



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

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

www.dstbrasil.org.br

DIRETORIA SBDST (2004 - 06)

Presidente:

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

1º Vice-Presidente:

Geraldo Duarte (SP)

2º Vice-Presidente:

Newton Sergio de Carvalho (PR)

1º Secretário:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

2º Secretário:

Paulo César Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Carlos Alberto Sá Marques (PE)

2º Tesoureiro:

Mariângela Silveira (RS)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

REGIONAL ALAGOAS

Presidente: Cleodna Bezerra de Melo

REGIONAL AMAZONAS

Presidente: João Catarino Dutra Júnior

REGIONAL BAHIA

Presidente: Roberto Dias Fontes

REGIONAL CEARÁ

Presidente: Ivo Castelo Branco Coêlho

REGIONAL ESPÍRITO SANTO

Presidente: Angélica Espinosa Miranda

REGIONAL GOIÁS

Presidente: Rosane Ribeiro Figueiredo Alves

REGIONAL PARANÁ

Presidente: Newton Sergio de Carvalho

REGIONAL PERNAMBUCO

Presidente: Carlos Alberto Sá Marques

REGIONAL RIO DE JANEIRO

Presidente: Mauro Romero Leal Passos

REGIONAL RIO GRANDE DO NORTE

Presidente: Jair Maciel de Figueiredo

REGIONAL RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Mariângela Silveira

REGIONAL RONDÔNIA

Presidente: Alberto Saraiva Tibúrcio

REGIONAL SÃO PAULO

Presidente: Paulo César Giraldo



**ÓRGÃO OFICIAL DA ASSOCIAÇÃO
LATINO-AMERICANA E CARIBENHA PARA
O CONTROLE DAS DST**

Presidente: Adele Schwartz Benzaken (Brasil)

1º Vice-Presidente: Enrique G. Garcia (Cuba)

2º Vice-Presidente: Alicia Farinati (Argentina)

3º Vice-Presidente: Aníbal H. Pinochet (Chile)

4º Vice-Presidente: Mauro Cunha Ramos (Brasil)

1º Secretário: Mauro Romero Leal Passos (Brasil)

2º Secretário: Freddy T. Guzman (Bolívia)

1º Tesoureiro: José Carlos G. Sardinha (Brasil)

2º Tesoureiro: Miguel Tilli (Argentina)

Diretor Científico: Paulo César Giraldo (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Newton Carvalho (Brasil)

Diretor Científico Adjunto: Patrícia J. Garcia (Peru)

Conselho Fiscal: Maria Luiza Bezerra Menezes (Brasil)

Renata de Queiroz Varella (Brasil)

Vândira Maria dos S. Pinheiro (Brasil)



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

Filiado à
Associação Brasileira
de Editores Científicos



CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

Maria Luiza Bezerra Menezes (PE)

Vândira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

Comissão Editorial:

Adele Schwartz Benzaken (AM)

Geraldo Duarte (SP)

Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)

Iara Moreno Linhares (SP)

José Antônio Simões (SP)

Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)

Luiz Carlos Moreira (RJ)

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

Mauro Cunha Ramos (RS)

Newton Sérgio de Carvalho (PR)

Paulo Canella (RJ)

Paulo César Giraldo (SP)

René Garrido Neves (RJ)

Tomaz Barbosa Isolan (RS)

Walter Tavares (RJ)

Comissão Editorial Internacional:

Alicia Farinati (Argentina)

Enrique Galbán García (Cuba)

Peter Piot (UNAIDS-Suíça)

Rui Bastos (Moçambique)

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/nº
Campus do Valonguinho - Centro
Niterói - RJ - 24210-150 - Brasil
Tel.: 55 (21) 2629-2495 - 2629-2494

Fax.: 55 (21) 2629-2507

E-mail: dst@vm.uff.br

www.uff.br/dst

Reitor da UFF:

Roberto de Souza Salles

Vice-Reitor:

Emmanuel Paiva de Andrade

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Humberto Fernandes Machado



Editora da Universidade Federal Fluminense
<http://www.eduff.uff.br>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Agenor Alves da Silva

PROGRAMA NACIONAL

DE DST E AIDS

Mariângela Batista Galvão Simão

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

Direcionamento e Distribuição:

DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis é direcionado aos sócios da SBDST, assinantes, bibliotecas, centros de referência, ginecologistas, urologistas, infectologistas, dermatologistas, clínicos, programas saúde da família e entidades com convênio. É trimestral com tiragem de 3.000.

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

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

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

APOIO



Projeto - Atividade 532/03
Ministério da Saúde/PN DST/AIDS

Editorial

Tricomoníase: Uma Epidemia Negligenciada

A tricomoníase é causa comum de doença sexualmente transmissível nas mulheres, embora não seja tão valorizada no seu parceiro masculino. Em um estudo prospectivo multicêntrico (cultura e reação em cadeia da polimerase na urina) com a finalidade de diagnosticar a tricomoníase em parceiros sexuais, de 540 mulheres infectadas (diagnóstico com lâmina a fresco e/ou cultura), viu-se que a tricomoníase estava também presente em 177 (71,7%) dos 256 parceiros masculinos estudados, dos quais, 136 (77,3%) eram assintomáticos.¹

As taxas de prevalência vão de 5% a 10% na população em geral, e até valores entre 50 e 60% em população carcerária e entre profissionais do sexo.²

Em um outro estudo prospectivo realizado em 216 gestantes, analisando-se o conteúdo vaginal por microscopia a fresco e citologia corada pela técnica de Papanicolaou, o diagnóstico de tricomoníase observado em ambos os métodos (3,7% e 2,7%) traduz a importante prevalência desse parasita na gestação.³

Em um estudo envolvendo 101 pacientes com idades entre 16 e 55 anos, HIV positivas, feito por meio da citologia a fresco do conteúdo vaginal e corada por Papanicolaou, havia 15 (14,85%) pacientes com diagnóstico de tricomoníase.⁴

Um trabalho retrospectivo realizado entre 504.638 mulheres, com citologia corada por Papanicolaou, revelou a presença de tricomonas com tendência à diminuição, nos 5 anos de observação (1997 a 2002), de 4,96% para 3,31%, sendo o grupo etário de 30–39 anos o mais afetado.⁵

Tem sido postulado que a presença de tricomonas cria um ambiente anaeróbico que favorece a bacteriose vaginal. Em um estudo retrospectivo de 400 citologias coradas pelo Papanicolaou, observou-se que a incidência de bacteriose era maior no grupo com citologia positiva para *T. vaginalis* (46,5%) em comparação ao grupo sem a tricomoníase (24,5%) ($p < .0001$).⁶

Em um estudo em que se verificou a prevalência da tricomoníase em adultos jovens norte-americanos, Miller et al.⁷ encontraram taxas de 2,3% no geral (2,8% para mulheres e 1,7% para homens). Todavia, em mulheres de cor negra a taxa foi de 10,5%, bem maior do que em mulheres de cor branca, que apresentaram a taxa de 1,1%.

Em nosso meio, as taxas de prevalência de diversas regiões brasileiras apresentam, de acordo com tabela elaborada pelo Programa Nacional de DST/AIDS,⁸ números bem expressivos. Nela constam 28 referências. A taxa de 1,9% é a mais baixa e a taxa de 37,5% é a mais alta. A média das taxas é igual a 9,29%.

O importante nessa revisão do PNDST/AIDS é que as metodologias de diagnóstico são diversas, como por exemplo: microscopia a fresco, colpocitologia e cultura e técnica de biolo-

gia molecular (PCR). Outro dado que deve ser destacado refere-se à variação da população estudada: ambulatório de ginecologia, clínicas de DST, população indígena, usuárias de DIU, gestantes, mulheres sem e com evidência de infecção por HPV, profissionais do sexo, presidiárias e comunidade rural.

Ainda nessa citação do PNDST/AIDS⁸ em um estudo multicêntrico (Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre) realizado com a utilização da metodologia de diagnóstico com bacterioscopia, Gram e exame a fresco de conteúdo vaginal encontrou-se a taxa de 17,9%.

TIBÚRCIO ET AL.⁹ em um importante estudo envolvendo 694 pacientes do sexo feminino em um serviço de DST em Niterói – RJ chegaram ao diagnóstico de tricomoníase em 51 delas (7,3%). Do total de 694 mulheres, 34 estavam grávidas, e dentre essas, 5 (14%) tinham tricomoníase.

PASSOS ET AL.¹⁰, estudando 112 mulheres com queixas de corrimento vaginal, diagnosticaram, por meio de colpocitologia oncológica, 9 casos (8%) de tricomoníase.

Mediante outro trabalho bem interessante sobre diagnóstico de DST antes e depois do carnaval, realizado durante um período de cinco anos (1994-1998) em uma clínica de DST, foi possível diagnosticar que, em um total de 434 mulheres, 41 (9%) tinham tricomoníase.¹¹

Analisando 101 mulheres com queixas de corrimento vaginal em um importante estudo nacional com metodologia que envolveu a utilização de cultura para tricomonas, Gram e exame a fresco do conteúdo vaginal, Passos et al. encontraram 12 casos (11,89%) de tricomoníase.¹²

Dados da Organização Mundial de Saúde citam que ocorrem, a cada ano no mundo, mais de 170 milhões de novos casos de tricomoníase e que o Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde (PNDST/AIDS), em grande estudo nacional, estima uma incidência de 5,1% (8,2% em mulheres e 1,9% em homens), com mais 4,3 milhões de casos novos por ano.¹³ Com isso, a tricomoníase, junto com as infecções por clamídia, gonorréia e sífilis, representa uma clássica DST curável e que está longe de ser um problema de saúde pública em via de solução.

Até porque, o sentimento entre muitos profissionais de saúde, gestores de saúde, população e mídia em geral é de que a tricomoníase não apresenta um grau de incidência expressivo.

Para agravar a situação no que diz respeito à importância dessa infecção (na verdade, a de maior incidência dentre as DST curáveis), o PNDST/AIDS estabeleceu um sistema de vigilância das DST de notificação não-compulsória e de determinadas doenças específicas e síndromes consideradas de interesse nacional (**Quadro 1**) no qual a tricomoníase não foi incluída.

DST	Código (CID 10)
Síndrome da úlcera genital (excluído o herpes genital)	N485
Síndrome do corrimento uretral	R36
Síndrome do corrimento cervical	N72
Sífilis em adultos (excluída a forma primária)	A53
Sífilis congênita*	A509
Herpes genital (apenas o primeiro episódio)	A60
Condiloma acuminado (verrugas anogenitais) / INF. HPV	A630

*Deve ser notificada em instrumento específico

Assim, gostaríamos que o leitor refletisse sobre a negligência da qual a tricomoníase é acometida. Ou, que respondesse ao questionamento: a tricomoníase é uma doença desaparecida ou esquecida?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Sena AC, Miller WC, Hobs MM et al. Trichomonas vaginalis infection in male sexual partners: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Clin Infect Dis*, 2007;44(1): 23-25.
- Krieger JN, Tam MR, Stevens CE et al. Diagnosis of trichomoniasis. Comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures and monoclonal antibody staining of direct specimens. *JAMA*; 1988;259:1223-1227.
- Silva Filho, AR. Citologia vaginal a fresco na gravidez: correlação com a citologia corada pela técnica de Papanicolaou. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(7): 509-515.
- Brock MF. Alterações colpocitológicas em pacientes portadoras do vírus HIV atendidas na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28(8).
- Otarola CU, Briceno JF, Bahamondes MMI et al. Frecuencia de *Trichomonas vaginalis* detectadas mediante Papanicolaou em cuatro servicios de salud, 1997-2002. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(1): 3-7.
- Heller DS, Maslyak S, Skumick J. Is the presence of Trichomonas on a Pap Smear associated with an increased incidence of Bacterial Vaginosis? *J Lower Gen tract Dis* 2006; 10(3): 137-139.
- Miller WC, Swygard H, Hobbs MM et al. The prevalence of trichomoniasis in Young adults in the United States. *Sex Transm Dis* 2005; 32(10): 593-598.
- www.aids.gov.br/data/documents. acessado em 08.08.2007
- Tibúrcio AS, Passos MRL, Pinheiro VMS. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2000; 12(4): 4-39.
- Passos MRL, Machado DR, Goulart Filho RA, Bravo RS, Barreto NA. Um clássico e potente microbicida: a ação do hipoclorito de sódio em infecções vaginais. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2002; 14(1): 5-15.
- Passos MRL, Barros DS, Acceta AS et al. Ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis antes e depois do carnaval no Rio de Janeiro. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2002; 14(1): 38-42.
- Passos MRL, Barreto NA, Varella RQ et al. Estudo comparativo da eficácia de esquema oral, vaginal e oral e vaginal combinados para tratamento de vulvovaginites. *RBM - Rev Bras Méd* 2006; 63(3): 163-173.
- Miranda AE, Moherdau F, Ramos MR. Epidemiologia das DST in Passos MRL et al. *Deesetologia, DST 5. 5ª. Ed.* Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Editor Chefe JBDST

HEPATITES B E C EM USUÁRIOS DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA) DE FORTALEZA-CEARÁ

HEPATITIS B AND C IN USERS OF THE CENTER OF TESTING AND COUNSELING (CTA) IN FORTALEZA-CEARÁ

Maria AL Araújo,¹ Ana Amélia R Sales,² Maria Albertina R Diogenes³

RESUMO

Introdução: apesar de os dados de notificação não apresentarem a real magnitude, as hepatites B e C constituem relevantes problemas de saúde pública devido à elevada prevalência na população. **Objetivo:** Analisar a presença de marcadores sorológicos para hepatites B e C em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Fortaleza-CE, bem como apresentar o perfil sociodemográfico, quantificar o uso do preservativo, identificar o motivo da procura pelo CTA, além de detectar a presença de co-infecção das hepatites B e C com VDRL e HIV. **Métodos:** pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A amostra constou de 291 formulários de usuários que procuraram o CTA, entre os meses de agosto e dezembro de 2005, para realizar a testagem sorológica para Vírus da Imunodeficiência Humana de sífilis e para os quais foram ofertados os exames de Hepatites B e C. Os dados foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente, comparando-se variáveis com a utilização do Programa EPI-INFO 6.0. **Resultados:** os achados apontaram maior frequência de pessoas com idade entre 19 e 30 anos (69,1%), do sexo feminino (70,7%) e solteiras (46%). Os marcadores sorológicos encontrados foram: anti-HBc total reagente (30,6%), HBsAg positivo (10,8%), Anti-HCV positivo (6,3%). Vale salientar que a co-infecção aids e hepatite B representou 18% do total. Verificou-se ainda que o uso do preservativo ocorre somente às vezes, com parceiro fixo (76,3%) e não fixo (86,6%). Além disso, 14% adquiriram o Papillomavirus Humano (HPV) no último ano. **Conclusão:** pelo exposto, constata-se a necessidade de se investir cada vez mais para que a testagem das hepatites B e C ocorram na rotina dos serviços de saúde, visando à identificação e tratamento precoces.

Palavras-chave: hepatites, centros de saúde, epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: although the notification data do not show the real magnitude, hepatitis B and C are relevant public health problems due to their high prevalence in the population. **Objective:** analyzing the presence of serologic markers for hepatitis B and C in users of the center of testing and counseling (CTA) in Fortaleza-CE, as well as presenting the social-demographic profile, use of the condom, reasons for searching for CTA and the presence of co-infection of the hepatitis B and C with VDRL and HIV. **Methods:** descriptive research with quantitative approach. The sample was formed by 291 forms from users who went to CTA, from August through December 2005, to take the serologic testing to Human Immunodeficiency Virus and syphilis, to whom the tests for Hepatitis B and C were offered. The data were organized in charts and analyzed statistically, comparing variables, using the program EPI-INFO 6.0. **Results:** the findings showed higher frequency of people from 19 to 30 years of age (69,1%), women (70,7%) and single (46%). The serologic markers found were: total anti-HBc reagent (30,6%), HBsAg positive (10,8%), Anti-HCV positive (6,3%). It is worth mentioning that the co-infection Aids and hepatitis B represented 18% from the total; it may also be verified that the use of condom occurs only sometimes with a fixed partner (76,3%) and non-fixed (86,6%). Moreover 14% acquired the Human Papillomavirus (HPV) last year. **Conclusion:** with the findings, the need to include the testing to hepatitis B and C in the health service routine must be considered, aiming at the precocious identification and treatment.

Keywords: hepatitis, health centers, epidemiology.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 161-167, 2006

INTRODUÇÃO

As hepatites virais são problemas de saúde pública importantes, apresentando distribuição universal e magnitude variável de região para região. Trata-se de infecções sistêmicas que provocam necrose e inflamação das células hepáticas, produzindo um grupo peculiar de alterações clínicas, bioquímicas e celulares.

Até o momento, foram identificados vários tipos de hepatites virais, as mais comuns são: A, B, C, D e E. As hepatites A e E são similares nos modos de transmissão (via fecal-oral), enquanto as hepatites B, C e D compartilham muitas características em relação ao modo de transmissão e prevenção.¹

As hepatites encontram-se disseminadas pelo mundo inteiro, ocupando um dos primeiros lugares entre as infecções virais e representando uma das causas mais importantes de disfunção hepática. Estima-se que existam cerca de 325 milhões de portadores crônicos de hepatite B e 170 milhões de hepatite C no mundo.¹

No Brasil, pelo menos 15% da população já teve contato com o vírus da hepatite B. Estima-se que os casos crônicos de hepatite B e C representam 1% e 1,5% da população,¹ respectivamente.

¹Doutora – Professora do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

²Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Paraibaba-Ceará

³Doutora – Professora do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Essas doenças passaram a ser consideradas como de interesse sanitário a partir de 1995, porém a real prevalência ainda é desconhecida devido à falta de controle adequado das notificações. Os dados disponíveis são dispersos e relacionados apenas a alguns estados e municípios brasileiros.²

No Brasil, a vigilância epidemiológica das hepatites virais utiliza o sistema universal e passivo baseado na notificação compulsória dos casos suspeitos de hepatite viral. Todos os casos suspeitos devem ser notificados, mesmo antes da confirmação diagnóstica.¹

Em 2004, os indicadores epidemiológicos brasileiros apresentaram 13.582 casos de hepatite B e 10.952 de hepatite C. Já no estado do Ceará, ocorreram, nesse mesmo ano, respectivamente, 132 e 57 casos de hepatite B e C.³ A microrregião de Fortaleza tem os maiores índices de morbidade de hepatite B e C do estado do Ceará.⁴ Verificou-se, nos últimos anos, em relação a esses tipos de hepatites virais, um maior número de casos notificados em todas as faixas etárias.

Esses dados reforçam a necessidade de investigação dos casos de hepatites nos serviços de saúde, especialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento, já que são considerados locais de maior procura pelos usuários para realização da testagem do HIV que, por sua vez, apresenta formas de transmissão semelhantes às hepatites B e C.

Os vírus das hepatites B e C são ambos transmitidos por via parenteral, porém, a hepatite B é considerada uma doença de transmissão sexual e a transmissão vertical (de mãe para filho) é também causa freqüente de disseminação do vírus. No caso da hepatite C, a transmissão sexual e vertical são menos freqüentes. Entretanto, gestantes com carga viral de HVC elevada ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos.^{1,5}

A rede assistencial de saúde para identificação e acompanhamento dos casos de hepatites virais deve ser organizada levando em consideração os princípios da Norma Operacional de Assistência à Saúde,⁶ que preconiza a hierarquização dos serviços em três níveis de assistência: básica, secundária e terciária/quaternária.

O nível de atenção básica compreende os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), as Unidades Básicas de Saúde e o Programa Saúde da Família que têm como competências a promoção da saúde, a prevenção, a triagem sorológica, os exames confirmatórios e o acompanhamento de pacientes assintomáticos. Vale ressaltar que nos níveis secundário e terciário, o atendimento se dá nos centros de referência e ocorre com um maior nível de complexidade.¹

Visando ampliar o acesso às medidas preventivas, garantir a todo cidadão o direito ao tratamento quando necessário, otimizar recursos dos serviços de saúde e tempo dos usuários, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Hepatites Virais e do Programa Nacional de DST/Aids, iniciou a implantação da testagem para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), serviços implantados com o objetivo de ampliar a oferta de testagem do HIV à população.⁷

Como as hepatites virais, em especial a B e a C, são infecções cuja transmissão é semelhante à transmissão do HIV, a inserção da sua testagem nos CTA é uma medida importante, pois representa estratégia fundamental para sua prevenção. Assim, esses locais podem ser considerados adequados, pois já são procurados por pessoas que desejam submeter-se ao teste anti-HIV, além de disporem de profissionais capacitados para abordagem de questões íntimas envolvidas na transmissão dessas doenças.

Além disso, nesses locais, os profissionais de saúde têm uma atuação diferenciada e possuem características essenciais tais como as habilidades de comunicação, especialmente relacionadas à capacidade de escuta; a sensibilidade às demandas do indivíduo; o conhecimento técnico e o compromisso ético.

O Ministério da Saúde espera que haja um aumento progressivo de usuários nos CTA e conseqüente aumento da demanda pelos testes das hepatites B e C, além de estimular, por intermédio dos profissionais durante o aconselhamento, a realização dos testes, oferecendo-os a todas as pessoas que procurarem esse serviço para a realização do teste anti-HIV.⁷

OBJETIVO

Analisar a presença de marcadores sorológicos para hepatites B e C em usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Fortaleza-CE, bem como apresentar o perfil sociodemográfico, quantificar o uso do preservativo, identificar o motivo da procura pelo CTA, além de detectar a presença de co-infecção das hepatites B e C com VDRL e HIV.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, que ocorreu no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), unidade vinculada à Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza-CE. Esta unidade tem por objetivo atender à população para a realização das sorologias anti-HIV, VDRL e, mais recentemente, incorporou os marcadores sorológicos para hepatites B e C na rotina do CTA, por serem infecções cujas formas de transmissão se assemelham à do HIV.

O CTA foi implantado com o objetivo de facilitar o acesso às pessoas que desejavam realizar o anti-HIV, visando minorar a demanda pelos bancos de sangue. O centro atende, em média, 250 pessoas por mês e a demanda pode ser espontânea ou referenciada. O CTA dispõe de uma equipe composta por enfermeiras e assistentes sociais.

Os testes sorológicos para hepatites solicitados neste nível de assistência são: HBsAg e anti-HBc total, para hepatite B, e anti-HCV para hepatite C. O HBsAg é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pela hepatite B e está presente nas fases de incubação, na fase aguda, no final da fase aguda ou na hepatite crônica; o anti-HCV indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio; o HBsAg e o anti-HCV são testes de triagem, cuja necessidade de investigação mais apurada faz-se necessária por meio de outros exames mais específicos, a fim de identificar se a infecção está ou não em curso.

O universo da pesquisa foi de 1.063 formulários de usuários que procuraram o CTA durante os meses de agosto a dezembro de 2005 para realizar a testagem sorológica para Vírus da Imunodeficiência Humana, sífilis e que realizaram os exames para Hepatites B e C. Vale salientar que todas as pessoas que fizeram o anti-HIV aceitaram realizar as sorologias para hepatites B e C.

Foi definido o período da coleta de dados de agosto a dezembro de 2005 porque representa o início da oferta da sorologia para hepatites no CTA e o tempo cuja solicitação ocorreu de forma ininterrupta devido à disponibilidade de reagentes para exames. A amostra foi aleatória e calculada utilizando-se como base a fórmula para amostragem probabilística aleatória simples,⁸ sendo considerados um total de 291 formulários de pessoas que procuraram o CTA para realizar a testagem durante esse período.

Os dados foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente, com frequência absoluta e percentual e comparação de variáveis, utilizando-se o Programa EPI-INFO 6.0. Todos os formulários do período de agosto a dezembro de 2005 foram selecionados para a pesquisa.

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁹ Solicitou-se também autorização ao CTA, legitimando a entrada no campo. Como a pesquisa foi realizada no banco de dados da instituição, teve-se o cuidado de observar o compromisso com a privacidade e a confiabilidade das informações, preservando-se integralmente o anonimato. O acesso a esses dados deu-se por meio do termo de fiel depositário.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento

Os usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento, na sua

maioria, se encontravam na faixa etária de 19 a 30 anos, 201 (69,1%), seguidos de indivíduos na faixa etária de 31 a 40 anos, 55 (18,9%). Com relação ao sexo dos usuários, 171 (58,8%) eram mulheres e 120 (41,2%) eram homens (Tabela 1).

No que diz respeito à escolaridade, a maior proporção tinha entre 4 e 7 anos de estudo, 134 (46%), e pessoas autônomas ou empregadas representaram 126 (43,3%) da amostra. Houve uma prevalência de solteiros, 46% (134), seguida dos casados/união consensual, 113 (38,8%) (Tabela 1).

Um percentual considerável de pessoas encontrava-se trabalhando por ocasião da realização do teste (43,5%), tendo os homens apresentado um percentual bem mais elevado do que as mulheres (54,2 e 35,7%, respectivamente). Outro fato bastante observável foi também o quantitativo de pessoas que estavam desempregadas (30,3%) (Tabela 1).

Verificou-se que o principal motivo da procura pelo serviço foi a exposição ao risco do HIV, fato ocorrido em ambos os sexos e que representou 135 (46,4%) da amostra. Percebe-se também que percentual considerável dessas pessoas encontrava-se na janela imunológica para o HIV, 76 (26,1%). A testagem para o HIV, devido à gravidez, surgiu como terceiro motivo da procura pelo CTA, com 31 pessoas (10,6%) (Tabela 2).

Tabela 1 - Caracterização por sexo dos usuários, segundo faixa etária, anos de estudo, situação profissional e estado civil no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Fortaleza-Ceará, 2006.

Faixa Etária	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 - 18 anos	5	4,2	21	12,3	26	8,9
19 - 30 anos	80	66,7	121	70,7	201	69,1
31 - 40 anos	28	23,3	27	15,8	55	18,9
> 40 anos	7	5,8	2	1,2	9	3,1
Anos de Estudo						
Nenhum	18	15,0	7	4,1	25	8,6
1 a 3 anos	31	25,8	28	16,4	59	20,3
4 a 7 anos	54	45,0	80	46,8	134	46,0
8 a 11 anos	17	14,2	56	32,7	73	25,1
Situação Profissional						
Autônomo/ Empregado	65	54,2	61	35,7	126	43,3
Desempregado	37	30,8	51	29,8	88	30,3
Dona de Casa	-	-	26	15,2	26	8,9
Estudante	18	15,0	33	19,3	51	17,5
Estado Civil						
Casado/Amigado/a	42	35,0	71	41,5	113	38,8
Solteiro(a)	51	42,5	83	48,5	134	46,0
Separado(a)	25	20,8	13	7,6	38	13,1
Viúvo(a)	2	1,7	4	2,4	6	2,1
Total	120	100,0	171	100,0	291	100,0

Fonte: Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários por sexo de acordo com o motivo da procura pelo serviço no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Fortaleza-Ceará, 2006.

MOTIVO DA PROCURA	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exposição à situação de risco	70	58,3	65	38,0	135	46,4
Janela imunológica para HIV	35	29,2	40	23,4	76	26,1
Presença de DST	11	9,2	11	6,5	22	7,7
Encaminhado por outro serviço de saúde	-	-	19	11,1	19	6,5
Exame de pré-natal	-	-	31	18,1	31	10,6
Prevenção	4	3,3	5	2,9	8	2,7
Total	120	100,0	171	100,0	291	100,0

Fonte: Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

Tabela 3 - Distribuição por sexo dos resultados dos marcadores sorológicos de hepatites B e C. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Fortaleza-Ceará, 2006.

RESULTADOS DOS EXAMES	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anti-HBc total positivo	14	29,8	20	31,2	34	30,6
HBsAg reagente	5	10,6	7	10,9	12	10,8
Anti-HCV positivo	4	8,5	3	4,7	7	6,3
Total	23	100,0	30	100,0	53	100,0

Fonte: Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

Tabela 4 - Distribuição por sexo dos resultados dos exames de hepatites B e C e co-infecção com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Fortaleza-Ceará, 2006.

RESULTADOS DOS EXAMES	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HBsAg + Anti-HIV reagentes	8	17,0	12	18,7	20	18,0
HBsAg + VDRL reagentes	7	14,9	9	14,2	16	14,5
Anti-HCV + Anti-HIV reagentes	5	10,7	7	10,9	12	10,8
Anti-HCV + VDRL reagentes	4	8,5	6	9,4	10	9,0
Total	47	100,0	64	100,0	111	100,0

Fonte: Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários por sexo, de acordo com o uso do preservativo com parceiro fixo e não fixo. Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

PARCEIRO FIXO	Masculino		Feminino		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Sempre	1	0,8	-	-	1	0,3
Nunca	25	20,9	43	25,1	68	23,4
Às vezes	94	78,3	128	74,9	222	76,3
PARCEIRO NÃO FIXO	Masculino		Feminino		Total	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Sempre	7	5,8	12	7,0	19	6,5
Nunca	11	9,2	9	5,3	20	6,9
Às vezes	102	85,0	150	87,7	252	86,6
Total	120	100,0	171	100,0	291	100,0

Fonte: Centro de Testagem e Aconselhamento, Fortaleza-Ceará, 2006.

Análise dos marcadores sorológicos para hepatites B e C no CTA

No CTA, geralmente, solicitam-se os marcadores sorológicos para as hepatites B e C. Eventualmente, pode-se realizar o da hepatite Delta. Isso ocorre devido à semelhança entre as formas de transmissão dessas hepatites com o HIV e ao fato de apresentarem repercussões mais graves, justificando dessa forma a busca ativa dessas infecções no CTA. Pessoas que se expõem ao HIV também correm o risco de adquirir o vírus das hepatites, especialmente B e C.

A Tabela 3 evidencia por sexo a positividade de algum dos marcadores sorológicos para hepatites B e C analisados isoladamente. Observou-se que 53 (18,2%) dos usuários apresentaram algumas das sorologias de HBsAg, anti-HBc total ou anti-HCV positivas. Encontrou-se uma maior quantidade de indivíduos com anti-HBc total reagente, ou seja, pessoas que têm anticorpos para a hepatite B e que apresentaram a infecção no passado. Esse percentual representou 30,6% (34) dos usuários, 29,8% (14) homens e 31,2% (20) mulheres.

Em seguida, aparecem 12 (10,8%) usuários com HBsAg reagente assim distribuídos: 5 (10,6%) homens e 7 (10,9%) mulheres. O anti-HCV foi o marcador que apresentou menor positividade, com somente 7 (6,3%) das pessoas acometidas, 4 (8,5%) homens e 3 (4,7%) mulheres (Tabela 3).

No que diz respeito à co-infecção da hepatite B e C com a sífilis e o HIV, concluiu que um total de 111 (38,1%) pessoas apresentavam os exames de HIV ou VDRL positivos juntamente com algum marcador sorológico de hepatites B ou C. Vinte (18%) usuários do CTA apresentaram o exame de HIV e o HBsAg positivos, sendo 8 (17%) homens e 12 (18,7%) mulheres. A positividade do HBsAg e do VDRL foi de 14,5% (16 usuários), distribuídos, praticamente, de maneira uniforme entre homens e mulheres. O anti-HCV apresentou co-infecção com o HIV e a sífilis em 10,8 e 9% dos indivíduos, respectivamente (Tabela 4).

Em relação à ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), havia registro nos formulários das seguintes DST no último ano: 41 indivíduos (47,2%) haviam apresentado HPV, 25 (28,7%) gonorréia, 15 (17,2%) Herpes Vírus tipo 2 e 6 (6,9%) sífilis. Essa informação é referida pelo usuário no momento da entrevista, pois o CTA não realiza atendimento para DST.

A distribuição dos usuários, segundo o uso do preservativo, mostrou que, em ambos os sexos, a maioria, 222 (76,3%) e 252 (86,6%), respectivamente usa somente às vezes com parceiro fixo e não fixo.

Pela análise desses dados, verifica-se que, independentemente do estado civil, os usuários cadastrados no CTA vivem situações de vulnerabilidade. Em relação à mulher, a submissão aos homens e a repressão sexual destas causada pelos homens levam à dificuldade de negociar o uso de preservativos (Tabela 5).⁵

DISCUSSÃO

Observou-se que a maioria dos usuários que procura o CTA é jovem, do sexo feminino e em idade reprodutiva. Esses achados se justificam pelo fato de ser nessa faixa etária que as pessoas tendem a ter a vida sexual mais ativa, o que conseqüentemente favorece a exposição de risco para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis. As mulheres representaram o maior quantitativo de pessoas testadas, o que pode ser justificado pela inclusão do teste do HIV no que se refere a gestantes, fato que representou o terceiro motivo de procura por esse serviço.

Esse achado acarreta uma reflexão acerca da necessidade de descentralização do teste anti-HIV para as Unidades Básicas de Saúde, pois podem-se perder muitas oportunidades de testagem de grávidas devido à necessidade de deslocamento das gestantes para o CTA.

Encontrou-se também 28,9% das pessoas com até três anos de estudo, ou seja, pouca escolaridade, o que representa a possibilidade de pouca compreensão das mensagens educativas e maior exposição a situações de vulnerabilidade.

As condições socioeconômicas, culturais e a posição que a saúde ocupa na escala de valores do cliente influenciam no autocuidado, demonstrando maior vulnerabilidade da população mais jovem e com baixa escolaridade. Pesquisa realizada no Brasil mostrou que foi esse estrato da população que apresentou menor nível de conhecimento em relação às DST.¹⁰

Os níveis de instrução e a ocupação estão entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde da população. A escolaridade expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação, perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos.

Quanto à atividade laboral, a maioria está ligada a alguma função remunerada. Estes resultados se assemelham aos encontrados em um estudo que avaliou o perfil epidemiológico das pessoas que realizaram testes sorológicos anti-HIV e VDRL, em São Paulo, e mostrou que a maioria (75%) dos usuários trabalhava.¹¹

Em relação ao estado civil, os resultados desse estudo assemelham-se aos achados de um estudo realizado em Ribeirão Preto, que encontrou entre os infectados pelo HIV uma prevalência de pessoas solteiras.¹² Essa condição pode estar relacionada ao fato de as pessoas solteiras se exporem mais, pois tendem a ter mais parceiros sexuais do que as pessoas que estão em uma relação de convivência cotidiana.

No que diz respeito à procura pelo serviço, a própria característica do CTA já justifica esse grande percentual de pessoas que o procuraram porque se expuseram a uma situação de risco (46,4%), situação obviamente encontrada em outro estudo em Porto Alegre.¹³

Essa condição, porém, é auto-referida e quando somada às pessoas que se encontravam na janela imunológica e com as que apresentavam alguma DST, esse percentual sobe para 80,2%, mostrando que a exposição à situação de risco é muito grande entre usuários do CTA. Justifica-se a necessidade de se identificar e trabalhar as condições de vulnerabilidade e risco específicas dessa população, visando ao desenvolvimento de estratégias de prevenção durante o aconselhamento, para conseguir a adesão dessas pessoas às medidas preventivas.

Esse achado é confirmado quando se analisam os dados acerca do uso do preservativo e constata-se que somente 6,8% dos usuários referiram usar o preservativo em todas as relações sexuais.

Apesar de os dados da ficha de investigação terem sido analisados separadamente, as pessoas que vieram encaminhadas de outro serviço de saúde e pessoas que se submeteram ao teste devido ao pré-natal também foram analisadas. Por meio dessa análise constatou-se que não existem registros de homens que vieram referenciados de outros serviços. Esse fato causa estranheza e merece melhor investigação, pois talvez tenha ocorrido devido a um preenchimento incorreto da ficha. Ainda não há nenhum registro de pessoas que procuraram o CTA exclusivamente para se submeterem aos exames das hepatites, com certeza devido à precocidade do tempo dessa investigação em relação à divulgação da disponibilidade desse teste no CTA.

Os achados de anti-HBc total reagentes mostram que é grande o percentual de pessoas que adquirem, em algum momento

da vida, o vírus da hepatite B e que, apesar de apresentar resposta imune, alguns também podem evoluir para a forma crônica da doença. Daí a necessidade de identificação precoce, pois, apesar da evidência de que a imunização ativa com o anti-HBc possa originar resposta imune, esse marcador não é tido como anticorpo neutralizante e sua presença não assinala a recuperação da infecção pelo vírus da hepatite B.

Esses dados estão condizentes com os apontados por um estudo realizado em São Paulo, que encontrou o anti-HBc total positivo como o marcador mais freqüente nos testes de triagem, estando presente em 58,7% dos indivíduos.¹⁴

A presença de co-infecção das hepatites B e C com o HIV e a sífilis também é um dado alarmante, pois essas doenças podem como co-infecção complicar ainda mais o quadro de gravidade de pessoas infectadas. As hepatites são, atualmente, consideradas doenças oportunistas em pessoas infectadas pelo HIV, pois é grande a freqüência de co-infecções pelos vírus da imunodeficiência humana e das hepatites B e C, bem como a presença de doença hepática terminal em indivíduos HIV positivos.¹⁵

As inter-relações entre a vulnerabilidade para a aids e para as hepatites B e C e as desigualdades sociais, o preconceito e a marginalização têm como principais fatores a falta de infra-estrutura, baixa oferta de serviços e oportunidades de emprego, possibilidade restrita de atendimento em face das restrições das políticas públicas e orçamentos.¹⁶ Esses problemas se somam aos efeitos dos padrões de morbimortalidade diretamente decorrentes da agregação de pessoas com baixa renda em determinado espaço.

Esta multiplicidade de problemas e dificuldades está associada a um conjunto de agravos, tais como: os índices elevados de consumo de álcool e drogas, a violência estrutural e alta prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, as limitações impostas à sistematicidade e a abrangência das ações de prevenção, os elevados níveis de violência em determinadas comunidades.¹⁶ Todos esses fatores aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e pelas hepatites B e C.

Em relação à sífilis e à hepatite B, esses achados permitem avaliar que, apesar do percentual de casos de HIV, a sífilis também tem uma prevalência significativa relacionada às hepatites. Daí a importância de se realizar o VDRL (Venereal Disease Research Laboratories Test), freqüentemente, e evitar situações de risco e a contaminação entre parceiros, bem como a proliferação da doença.

Dentre os fatores que influenciam o risco de infecção pelo HBV, citam-se: os números de parceiros, a freqüência das relações sexuais, o tipo de prática sexual (oro-anal, oro-genital, relacionamento sexual ativo ou passivo), associação com uso comum de seringas e agulhas, a concomitância de outras DST (sífilis, cancro mole, gonorréia, herpes genital e/ou oral, dentre outras).¹⁰

No Brasil, a utilização de uma vacina contra o HBV para a população sexualmente ativa não pode ser contemplada como prática rotineira devido ao seu alto custo,¹⁰ no entanto, as pessoas com DST e seus parceiros formam populações altamente suscetíveis e que devem ser consideradas prioritárias nas ações de vacinação. Por esse motivo esta vacina deveria estar disponível nos CTA.

Com relação ao uso do preservativo, apesar de muitos estudos já trazerem baixa adesão e os determinantes do não uso, merece

ainda discussão, pois a sua adesão se caracteriza como maior desafio para as práticas preventivas. Nesse estudo, vale a pena destacar o quantitativo de pessoas que usavam o preservativo somente às vezes com parceiros não-fixos. Essas pessoas podem estar iniciando a atividade sexual com preservativo e abandonando o uso após alguns encontros, por considerarem que o relacionamento encontra-se estável.

Pesquisa realizada sobre o uso do preservativo mostrou que, quando se encontram apaixonadas, as pessoas não o utilizam. Observando-se esta proporção em relação ao sexo, os autores constataram que as mulheres, mais do que os homens, não solicitam o uso do preservativo quando estão apaixonadas.¹⁷

Esses dados confirmam que existem diferenças socialmente construídas sobre os papéis femininos e masculinos nas culturas urbanas brasileiras, fazendo com que as pautas de comportamentos previstos para as práticas sexuais sejam também diferenciadas. Assim, para a mulher, o ato sexual é mais frequentemente associado ao afeto, sendo, nessa circunstância, mais difícil a negociação do preservativo.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar que a prevalência de hepatite B e C nos usuários cadastrados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Fortaleza-CE é significativa, uma vez que a presença de hepatite B e C foi constatada em grande parte da população analisada.

Sobre os fatores de risco a que a população pesquisada está exposta para o surgimento da hepatite B e C, constatou-se a presença de outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a não utilização de preservativos nas relações sexuais, a homo/bissexualidade e o compartilhamento de seringas.

Sobre as doenças de transmissão sexual associadas às hepatites B e C, foram identificadas o HIV, a sífilis, o Papilomavirus Humano, a gonorréia e a Herpes Vírus tipo 2, tanto no sexo masculino como no sexo feminino.

Diante dessa situação, considera-se, portanto, que o conhecimento da prevalência de hepatite B e C em um Centro de Testagem e Aconselhamento torna-se relevante, pelo fato de a instituição receber uma quantidade significativa de pessoas que querem conhecer seu *status* sorológico, pois, em sua maioria, expôs-se a alguma situação de risco, como a prática de sexo sem preservativo. Percebe-se, portanto, a necessidade de investigação em educação em saúde como um processo ativo, participativo, que provoque transformações no âmbito interno das pessoas envolvidas.

O fato de descobrir que se tem DST é certamente gerador de angústias e confrontos, mas também há ganhos advindos desse conhecimento, uma vez que se podem assumir novas formas de vivenciar práticas de hábitos conducentes à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Hepatites Virais. Hepatites Virais. O Brasil está atento. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília; 2002. 24p.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 142- 163.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Dados Epidemiológicos de Hepatites Virais. [Dados publicados em 2005]. [Disponível em <http://www.tabnet.datasus.gov.br>] [Acessado em 09/09/2006].
4. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. SESA. Indicadores de Morbidade e Fatores de Risco. [Dados publicados em 2004]. [Disponível em <http://www.saude.ce.gov.br>] [Acessado em 12/06/2006].
5. Camargos AF, Melo VH. Ginecologia Ambulatorial. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica; 2001.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso. (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília; 2001.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Manual de Aconselhamento em Hepatites Virais. Brasília; 2005.
8. Freund JE, Simon GA. Estatística Aplicada: Economia, Administração e Contabilidade. 9ª Ed. Porto Alegre: Bookman; 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Inf. Epidemiol. SUS 1996. jul./set.; 3: 67-35.
10. Szwarcwald CL, Barbosa Júnior A, Pascom AR, Sousa Júnior PR. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 54 anos, 2004. In: Brasil. Ministério da Saúde. Aids Bol epidemiol, Semanas epidemiológicas 1 a 26, janeiro a junho de 2004; ano I, n 1.
11. Bassichetto KC, Lascale BA. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/HIV da Rede Municipal de São Paulo. Rev Bras Epidemiologia 2004; 7(3): 12-20.
12. Machado AA, Souza MG, Esmeraldino LE. Co-infecção HIV e vírus da hepatite B e C: prevalência e fatores de risco. Rev Soc Bras Med Trop 2004 37(5): 34-51.
13. Finkler LT. HIV/Aids e Relacionamentos conjugais. Dissertação (mestrado em psicologia). Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2003. p. 100-114.
14. Valente VB, Covas DT, Passos AD. Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2004; 27(1): 36-42.
15. Ferraz GG, Moimaz PE. Prevalência de Infecção pelos vírus "B" e "C" da Hepatite (HBV e HCV) em pacientes com infecção pelo vírus B e C da Imunodeficiência humana (HIV). Revista Médica do H.S.E 2002; 11(36): 26-31.
16. Bastos FI, Landmann CT. Aids e Pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Caderno de Saúde Pública 2000; 16(1): 5-13.
17. Ferreira MP, Santos CM, Gomes MC, Silva SM, Gadelha TD, Guerra MS, et al. Testagem sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Coletiva 2001; 6(2): 47-56.

Endereço para correspondência:

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO

Rua São Gabriel, nº 300, apto 1101. Fortaleza, Ceará.

CEP 60135-450.

E-mail: alix.araujo@secret.com.br

Recebido em: 05/09/2006

Aprovado em: 17/11/2006

MICROBIOTA VAGINAL NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS

VAGINAL MICROFLORA IN THE PRE AND POST-OPERATIVE OF GYNECOLOGIC SURGERIES

Marina CM Silvino,¹ Paulo César Giraldo,² Regina Maria R Vicentini,³
José Eleutério Júnior⁴

RESUMO

Introdução: muitos são os componentes e aspectos que podem variar na composição do conteúdo vaginal. **Objetivo:** determinar se há variação na microbiota vaginal entre o pré e pós-operatório em pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas em um hospital universitário. **Métodos:** avaliou-se a microbiota vaginal de 41 mulheres submetidas a cirurgias ginecológicas por via abdominal ou vaginal. Foram colhidos esfregaços da parede vaginal para a realização de bacterioscopia no pré-operatório (dia da internação) e no pós-operatório (dia da alta hospitalar). O material foi corado pelo método de Gram e analisado por microscopia óptica. A microbiota vaginal foi caracterizada, conforme a presença de *Lactobacillus spp*, em tipo I (>80%), II (entre 5% e 80%) e III (<5%). Para a análise estatística, foram utilizados os testes Exato de Fisher e de McNemar. **Resultados:** obteve-se flora vaginal normal (flora I) no pré-operatório em apenas 34,1% dos casos estudados. Flora anormal (flora III) foi encontrada em outros 34,1% dos casos. Após o ato cirúrgico estes números passaram para 7,3% de flora I e 73,2% de flora III ($p<0,05$). Com relação à via de acesso cirúrgico, houve uma redução dos lactobacilos de 17,1% para 7,3% nos casos de cirurgias abdominais e 17,1% para zero nas cirurgias vaginais, sem uma correlação estatística significativa entre o tipo de flora encontrada e o tipo de cirurgia. **Conclusão:** houve uma mudança significativa da flora vaginal no pós-operatório precoce das cirurgias ginecológicas, mesmo com o uso de antibioticoterapia profilática, independentemente, porém, da via de acesso. Talvez o uso de antibióticos profiláticos pudesse ser minimizado se as pacientes com microbiota anormal fossem tratadas antes da cirurgia.

Palavras-chave: microbiota vaginal, pré e pós-operatório, vulvovaginites, antibioticoterapia profilática.

ABSTRACT

Introduction: many are the components and aspects that can vary in the composition of the vaginal content. **Objective:** to determine if there's variation in the vaginal microflora between the pre and post-operative in patients submitted to gynecologic surgeries in an university's hospital. **Methods:** the vaginal microflora of 41 women undergoing gynecologic surgeries was evaluated. Vaginal smears were collected in pre-operative (day of internation) and post-operative (day of discharge), were submitted to Gram stain and evaluated by microscopy. The vaginal microflora was characterized according to the presence of *Lactobacillus spp* in type I (>80%), II (between 5% and 80%) and III (<5%). For the statistical analysis, Fisher exact test and McNemar test were used. **Results:** among 41 cases studied, 21 were abdominal and the other 20, vaginal. Normal vaginal microflora (type I) was obtained in just 34,1% of the cases. Type III microflora was obtained in other 34,1% of the cases. After the surgical act, these numbers went to 7,3% of type I and 73,2% of type III ($p<0,05$). In relation to the surgical access, there was a reduction in the amount of *Lactobacillus* from 17,1% to 7,3% in the abdominal surgeries and from 17,1% to zero in the vaginal ones, without a significant statistical correlation between the type of microflora obtained and the type of surgical access. **Conclusion:** there was a significant change in the vaginal microflora in the early post-operative of gynecologic surgeries, despite the use of profilatic antibiotics, but independently of the surgical access. Perhaps the use of profilatic antibiotics could be reduced if the patients that carry abnormal vaginal microflora were treated before surgery.

Keywords: vaginal microflora, pre and post-operative, vulvovaginitis, profilatic antibiotics.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 168-171, 2006

INTRODUÇÃO

A microbiota bacteriana vaginal normal surge logo após o nascimento, com o aparecimento de lactobacilos que persistem enquanto o pH vaginal permanecer ácido, ou seja, por várias semanas. Quando o pH se torna neutro, o que se mantém até a puberdade, verifica-se a presença de uma microbiota mista de cocos e bacilos. Na puberdade, os lactobacilos aeróbios e anaeróbios reaparecem em grande número e contribuem para a manutenção do pH ácido, por meio da produção de ácidos, como o ácido láctico, a partir da fermentação de carboidratos, como o glicogênio. Após a menopausa, os lactobacilos diminuem em número novamente e reaparece uma

microbiota mista. Tais diferenças devem-se à variação nos níveis de estrogênio, o qual estimula a produção de glicogênio ao longo da vida da mulher.¹

Esses microrganismos componentes da flora vaginal impedem a colonização da vagina por outros microrganismos, que podem ser patogênicos. Essa proteção da mucosa vaginal é feita por competição pelos receptores nas células epiteliais da mucosa; competição por nutrientes; produção de peróxido de hidrogênio, que mantém o pH vaginal entre 3,5 e 4,5; produção de substâncias nocivas a outras bactérias, como bacteriocinas.²

A microbiota vaginal normal tem como componente principal *Lactobacillus spp*. (lactobacilos aeróbios e anaeróbios), mas também apresenta, com frequência significativa, *Peptococcus spp*, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium vaginale*, *Candida albicans*, *Bacteroides spp*, *Eubacterium spp*, *Escherichia coli*, *Streptococcus spp*, dentre outros microrganismos,³⁻⁸ os quais podem aumentar muito caso haja diminuição dos lactobacilos e, eventualmente, vir a favorecer infecções secundárias. No entanto, a frequência com que esses componentes foram encontrados varia de acordo com

¹Estudante de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

²Professor livre docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Chefe do Ambulatório de Infecções Genitais do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

³Professora doutora da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

⁴Doutorando do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp – Professor assistente da Universidade Federal do Ceará.

cada estudo feito, devido às diferenças na população estudada, no modo de coleta do material, nos métodos de cultura e nos critérios de identificação dos isolados.⁶

A microbiota vaginal varia de acordo com muitos fatores, como o ciclo menstrual, o uso de contraceptivos hormonais, o uso de antibióticos, a terapia de reposição hormonal, a gravidez etc.⁹⁻¹² Durante a menstruação, apesar de haver um aumento no número de *S. aureus*, não se observam alterações do meio vaginal em função do uso de diferentes tipos de absorventes higiênicos.^{9,10} O uso de anti-concepcionais hormonais orais, entretanto, leva a pequenas alterações na microbiota vaginal, tais como decréscimo no número de *Lactobacillus spp* e *Ureaplasma urealyticum*.¹²

Dado o efeito protetor da microbiota vaginal, alguns autores preconizam o uso de probióticos como uma terapia de restauração da flora vaginal normal, de forma a impedir infecções genitais.²⁻¹³ O uso diário de cápsulas orais de *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 e *Lactobacillus fermentum* RC-14 tem gerado a restauração dos lactobacilos da microbiota vaginal, reduzindo a colonização da vagina por bactérias potencialmente patogênicas.²

Estudando-se pacientes submetidas à histerectomia, alguns autores observaram alterações significativas na microbiota vaginal após a cirurgia, independentemente do uso profilático de antibióticos pelas pacientes. Além disso, obtiveram-se mais espécies bacterianas por cultura do pós-operatório no grupo de pacientes que utilizou placebo do que no grupo que utilizou antibioticoterapia.⁷⁻¹⁴

Nos casos em que a paciente já apresente condições desfavoráveis da flora vaginal no pré-operatório, com o ato cirúrgico, as alterações da flora vaginal poderão aumentar, favorecendo ainda mais as infecções pós-cirúrgicas. O uso profilático desses medicamentos, assumido pela maioria das instituições, não garante por si só a ausência de quadros infecciosos ou mesmo inflamatórios, obrigando a paciente a ficar por um dia ou mais no hospital.

OBJETIVO

Considerando-se a escassez de trabalhos na literatura nacional sobre a influência das cirurgias ginecológicas na microbiota vaginal e conseqüentes transtornos que as alterações na mesma poderiam trazer às pacientes, este trabalho busca determinar se há alguma variação na microbiota vaginal entre o pré e pós-cirúrgico em pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas em um hospital universitário.

MÉTODOS

Realizou-se estudo prospectivo, descritivo e comparativo com as primeiras 50 pacientes do sexo feminino no menacme que foram submetidas a cirurgias ginecológicas eletivas em um hospital universitário. Para determinação da flora vaginal, foram colhidas amostras do conteúdo da parede vaginal lateral direita, por meio de cotonetes longos, no pré (dia da internação) e pós-operatório (dia da alta hospitalar). O material colhido foi imediatamente fixado em duas lâminas de vidro, as quais, devidamente identificadas, foram coradas pelo método de Gram e analisadas sob microscopia óptica com objetiva de imersão. Foram excluídos: casos de cirurgias de urgência; as mulheres usuárias de DIU (Dispositivo intra-uterino) ou diafragma; as usuárias de drogas imunossupressoras; as portadoras de HIV (Vírus da imunodeficiência humana); as diabéticas; as que tenham tido vulvovaginite comprovada no último mês; as que tiveram relação sexual ou fizeram ducha vaginal até 24 horas antes da coleta do material; as tabagistas; as gestantes e aquelas que usaram algum tipo de creme vaginal dias antes da coleta. Houve a

necessidade de se eliminar nove casos em decorrência de cancelamento de cirurgias ou extravio de lâminas, totalizando 41 casos efetivos no estudo.

A microbiota vaginal foi caracterizada, segundo a presença de *Lactobacillus spp*, em tipo I quando havia presença de 80% ou mais destes bacilos em relação aos demais microrganismos, em tipo II quando o percentual estava entre 5% e 80% e em tipo III quando o percentual não ultrapassava 5%. Os laudos foram emitidos por profissional habilitado. Casos duvidosos foram revistos por dois observadores distintos.

Os dados obtidos foram arquivados em um banco de dados na forma de uma planilha do programa Excel e, posteriormente, foram convertidos para o software SAS versão 8.2 para tabulação e análise estatística. Para a análise estatística, consideraram-se as variáveis: tipo de cirurgia (abdominal ou vaginal, de acordo com a via de acesso cirúrgico), idade, cor da pele, escolaridade e estado marital de cada paciente estudada.

Inicialmente, os achados foram analisados por meio do teste Exato de Fisher, que buscou relacionar as variáveis demográficas das pacientes com o tipo de cirurgia a que foram submetidas e os tipos de flora vaginal nas fases pré e pós-cirúrgica com os tipos de cirurgia.

Para a análise comparativa entre os diferentes tipos de flora vaginal e as fases pré e pós-cirúrgica, foi utilizado o teste de McNemar, de forma a verificar a presença de alterações significativas na flora como conseqüência da cirurgia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e todas as pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os 41 casos estudados, encontraram-se 20 cirurgias cuja via de acesso foi abdominal (sendo 15 laparotômicas e 5 laparoscópicas) e 21 casos em que a via de acesso foi vaginal.

A análise do tipo de flora vaginal encontrada de acordo com o momento em que foi coletada (pré e pós-operatório) englobou os seguintes achados: a flora vaginal pré-cirúrgica encontrada foi caracterizada como sendo do tipo I, II e III em 34,1%, 31,7% e 34,1% dos casos, respectivamente. Após a cirurgia, houve uma mudança estatisticamente significativa, especialmente com relação às floras tipo I e III, obtendo-se 7,3% e 73,2%, respectivamente, com diminuição importante do número de lactobacilos ($p < 0,05$). No entanto, a mudança encontrada não foi significativa com relação à flora tipo II (**Tabela 1**).

Por outro lado, a análise da flora vaginal pré e pós-cirúrgica de acordo com a via de acesso cirúrgico (abdominal ou vaginal) não mostrou qualquer tendência estatisticamente significativa, apesar da acentuada diminuição dos lactobacilos de 17,1% para 7,3%, nos casos de cirurgias abdominais, e 17,1% para zero, nos casos de cirurgias vaginais (**Tabela 2**).

A distribuição das diferentes variáveis demográficas das pacientes de acordo com o tipo de cirurgia realizada não mostrou diferenças estatísticas significativas, o que indica que a população analisada é homogênea. Mais da metade das pacientes tinha menos de 40 anos (57,1% para as cirurgias vaginais e 70% para as abdominais); a maior parte era de cor branca para as cirurgias vaginais (66,7%) e de cor não-branca para as abdominais (55%); mais da metade tinha até o ensino fundamental completo (61,9% para as cirurgias vaginais e 55% para as abdominais); mais da metade era casada, sendo 52,4% para as cirurgias vaginais e 65% para as abdominais (**Tabela 3**).

Tabela 1 - Avaliação da flora vaginal segundo a quantidade de lactobacilos nas fases pré e pós-cirúrgica

Tipo de flora	Pré-cirúrgica		Pós-cirúrgica		p*
	n	%	n	%	
Tipo I	14	34,15	3	7,32	0,0098
Tipo II	13	31,71	8	19,51	0,3320
Tipo III	14	34,15	30	73,17	0,0033
Total	41	50,00	41	50,00	

* teste de McNemar.

Tabela 2 - Associação dos tipos de cirurgias de acordo com os tipos de flora vaginal

Tipo de cirurgia	Pré		Pós		P*
	Flora I	Flora II+III	Flora I	Flora II + III	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Vaginal	7(50,00)	14 (51,90)	0(0,00)	21(55,26)	ns
Abdominal	7(50,00)	13(48,10)	3(100,00)	17(44,74)	
Total	14(80,00)	27(42,86)	3(20,00)	38(58,46)	

* teste Exato de Fisher.

Tabela 3 - Características sociodemográficas das pacientes estudadas de acordo com o tipo de cirurgia.

Variáveis	Vaginal		Abdominal		P
	n	%	n	%	
Idade					
21 a 30 anos	4	19,05	4	20,00	
31 a 40 anos	8	38,10	10	50,00	0,6631*
acima de 41	9	42,86	6	30,00	
Total	21	51,22	20	48,78	
Cor					
Branca	14	66,67	9	45,00	0,2146*
Não-Branca	7	33,33	11	55,00	
Total	21	51,22	20	48,78	
Escolaridade					
Ensino Fundamental	13	61,90	11	55,00	0,7739*
Ensino Médio	5	23,81	5	25,00	
Ensino Superior	1	4,76	3	15,00	
Nenhuma	2	9,52	1	5,00	
Total	21	51,22	20	48,78	
Estado Marital					
Solteira	3	14,29	2	10,00	0,9234*
Casada	11	52,38	13	65,00	
Separada	1	4,76	1	5,00	
Viúva	1	4,76	1	5,00	
Amasiada	5	23,81	3	15,00	
Total	21	51,22	20	48,78	

* teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos, podemos concluir, inicialmente, que houve uma quantidade significativamente alta de pacientes com flora vaginal alterada (tipos II e III) sendo encaminhadas à cirurgia ginecológica. Acreditamos que nos demais hospitais esta prática possa ser semelhante e que a maior parte das cirurgias está sendo realizada sem levar em consideração o ecossistema vaginal. Esta situação poderia predispor a uma maior incidência de complicações cirúrgicas, já que é sabido que a diminuição no número de lactobacilos da flora vaginal aumenta a suscetibilidade ao desenvolvimento de patógenos oportunistas no microambiente vaginal.

O aumento significativo de flora tipo III no pós-operatório imediato sugere a necessidade de se avaliar o pós-operatório tardio, o que, apesar de não ter sido feito neste estudo, poderia identificar complicações que passariam despercebidas, principalmente aquelas relacionadas às infecções vaginais.

Com relação à antibioticoterapia profilática, apesar de seu uso ser preconizado rotineiramente na maioria dos hospitais brasileiros para evitar complicações pós-cirúrgicas, talvez este pudesse ser minimizado, caso houvesse uma observância do tipo de flora vaginal como cuidado pré-cirúrgico. Como é sabido, a flora tipo I, considerada normal, é, em si, protetora,² apenas as pacientes portadoras de floras tipo III, e eventualmente tipo II, seriam submetidas à antibioticoterapia, o que reduziria significativamente o uso dos antibióticos.

O próprio esquema atual de antibioticoterapia profilática tem sido contestado em alguns trabalhos,¹⁵⁻¹⁹ os quais constataram que doses únicas de antibióticos profiláticos têm a mesma eficácia de terapias prolongadas. Com isso, reduzindo-se a duração da antibioticoterapia, seria possível diminuir os custos hospitalares com esses medicamentos e a ocorrência de resistência microbiana pela exposição prolongada à droga.

A significativa modificação da flora vaginal no pós-operatório em relação ao pré-operatório pode ser resultante do uso de povidone-iodine e, principalmente, de clorexidina como métodos de anti-sepsia vaginal pré-cirúrgica.²⁰ Deve-se considerar também e, principalmente, o trauma cirúrgico, a resposta inflamatória e a desvitalização dos tecidos com sua conseqüente necrose. A anti-sepsia, que busca reduzir a contaminação vaginal durante o procedimento cirúrgico, acabaria reduzindo também o número de lactobacilos da flora vaginal normal. No entanto, a existência dessa relação causal ainda precisa ser avaliada adequadamente.

Obviamente, consideramos que o pequeno número inicial de casos estudados e a falta de acompanhamento do pós-operatório tardio foram fatores limitantes do estudo, os quais deverão ser sanados em futura análise. Este trabalho tem, por outro lado, o mérito de poder servir como projeto-piloto, abrindo novas perspectivas com relação aos cuidados pré-operatórios a serem considerados nas cirurgias ginecológicas.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à Fapesp pelo apoio financeiro concedido por meio de auxílio bolsa-pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jawetz E. Microbiologia médica, 20ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 132.

2. Reid G, Charbonneau D, Erb J, et al. Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women. *FEMS Immunol Med Microbiol* 2003; 35(2):131-134.
3. Bartlett JG, Moon NE, Goldstein PR et al. Cervical and vaginal bacterial flora: ecological niches in the female lower genital tract. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:658-661.
4. Bartlett JG, Onderdonk AB, Goldstein C, et al. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. *J Infect Dis* 1977; 136:271-277.
5. Bartlett JG, Polk BF. Bacterial flora of the vagina: quantitative study. *Rev Infect Dis* 1984; 6(1):567-562.
6. Levison M, Corman L, Carrington E, Kaye D. Quantitative microflora of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 127:80-85.
7. Ohm M, Galask R. Bacterial flora of the cervix from 100 pre-hysterectomy patients. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 122:683-687.
8. Zhou X, Bent SJ, Schneider MG et al. Characterization of vaginal microbial communities in adult healthy women using cultivation-independent methods. *Microbiology* 2004; 150(8):2565-2573.
9. Onderdonk AB, Delaney M, Zamarchi GR et al. Normal vaginal microflora during use of various forms of catamenial protection. *Rev Infect Dis* 1989; 11(1):561-567.
10. Onderdonk AB, Zamarchi GR, Rodriguez ML et al. Qualitative assessment of vaginal microflora during use of tampons of various compositions. *Applied and Environmental Microbiology* 1987; 53(12):2779-2784.
11. Pabich WL, Fihn SD, Stamm WE et al. Prevalence and determinants of vaginal flora alterations in postmenopausal women. *J Infect Dis* 2003; 188(7):1054-1058.
12. Eschenlach DA, Patton DL, Meier A, et al. Effects of oral contraceptive pill use on vaginal flora and vaginal epithelium. *Contraception* 2000; 62(3):107-112.
13. Lepargneur JP, Rousseau V. Protective role of the Doderlein flora. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002; 31(5):485-494.
14. Ohm M, Galask R. The effect of antibiotic prophylaxis on patients undergoing vaginal operations: alterations of microbial flora. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123(6):597-604.
15. Su HY, Ding DC, Chen DC et al. Prospective randomized comparison of single-dose versus 1-day cefazolin for prophylaxis in gynecologic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(4):384-9.
16. Mele G, Loizzi P, Greco P et al. Antibiotic prophylaxis for abdominal hysterectomy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1988; 15(4):154-6.
17. Latkowski KJ, Blok R, Blok K, Grybos M. Antibiotic prophylaxis after abdominal hysterectomy – comparative analysis of two treatment patterns. *Ginekol Pol* 2003; 74(3):215-9.
18. Giuliani B, Periti E, Mecacci F. Antimicrobial prophylaxis in obstetric and gynecological surgery. *J Chemother* 1999; 11(6):577-80.
19. Stiver HG, Binns BO, Brunham RC et al. Randomized, double-blind comparison of the efficacies, costs and vaginal flora alterations with single-dose ceftriaxone and multidose cefazolin prophylaxis in vaginal hysterectomy. *Antimicrob Agents Chemother* 1990; 34(6):1194-7.
20. Culligan PJ, Kubik K, Murphy M et al. A randomized trial that compared povidone iodine and chlorhexidine as antiseptics for vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2):422-5.

Endereço para correspondência:

MARINA CALVACANTI MAROJA SILVINO

Rua dos Bandeirantes, 380, apto. 41 – Cambuí Campinas/SP
CEP: 13024-010

Telefone: 55 19 3252-0789

E-mail: a.rubens@uol.com.br

Recebido em: 10/10/2006

Aprovado em: 12/11/2006

MONITORAMENTO EXTERNO DE QUALIDADE EM CITOPATOLOGIA CERVICAL E O REFLEXO NA ROTINA DOS LABORATÓRIOS DA REDE PÚBLICA

EXTERNAL QUALITY CONTROL OF CERVICAL CYTOPATHOLOGIC AND THE REFLEX IN THE HEALTH PUBLIC LABORATORY

Sonia Maria M Pereira,¹ Daniela EL Ramos,² Luzia SU Yamamoto,³ Neuza K Shirata,³ Celso di Loreto,⁴ Maria da Gloria MC Ferraz,⁴ Adhemar Longatto Filho,⁵
grupo de colaboradores do monitoramento externo

RESUMO

Introdução: o monitoramento externo de qualidade foi proposto como método capaz de melhorar o desempenho dos laboratórios de citologia da Rede Pública de Saúde por meio da minimização de variação interobservador. **Objetivo:** avaliar as concordâncias e discordâncias diagnósticas dos exames citopatológicos cervicais no processo de revisão. **Métodos:** foram revisados 67.954 diagnósticos de amostras cervicais escrutinadas por 140 laboratórios que atendem a pacientes da Rede Pública do Estado de São Paulo no período de 2000-2004. **Resultados:** Houve discordância diagnóstica em 9.641 (14,2%) casos. Observou-se, no período estudado, redução de discordância nas categorias: ASCUS/AGUS de 32,3% para 19,2%; LSIL de 20,6% para 6,3%; HSIL de 27,1% para 10,6% e lesões invasivas de 31,7% para 11,5%. Casos falsos-positivos (1.348) distribuíram-se nas categorias: 64,6%, ASCUS/AGUS; 28,7%, LSIL; 6,5%, HSIL e 0,2%, lesões invasivas. Casos falsos-negativos (1.137) distribuíram-se em: 75,1%, ASCUS/AGUS; 20,2%, LSIL; 3,9%, HSIL e 0,8%, lesões invasivas. **Conclusão:** Os resultados demonstraram uma melhoria de concordância diagnóstica evolutiva e o reconhecimento da necessidade de programas de garantia de qualidade dos laboratórios que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: citologia cervical, diagnóstico, controle de qualidade, rastreamento populacional, câncer do colo uterino.

ABSTRACT

Introduction: external quality monitoring system was proposed as an optimal option able to improve the performance of Public Health cytology laboratories reducing the interobserver variation. **Objective:** to evaluate agreements and disagreements in cytology results submitted to diagnoses control. **Methods:** 67,954 cases of gynaecological cytology were revised from 140 Laboratories working for the São Paulo State Public Health System during 2000 to 2004. **Results:** discordant diagnoses were observed in 9,641 cases (14.2%). During the years of this study it was observed a reduction of discordant results in the following categories: ASCUS/AGUS, from 32.3% to 19.2%; LSIL, from 20.6% to 6.3%; HSIL, from 27.1% to 10.6% and, invasive carcinomas from 31.7% to 11.5%. False positive rates (1,348) were: 64.6% ASCUS/AGUS; 28.7% LSIL, 6.5% HSIL and 0.2% of invasive carcinomas. False negative rates (1,137) were: 75.1% ASCUS/AGUS; 20.2% LSIL; 3.9% HSIL and 0.8% invasive carcinomas. **Conclusion:** the results demonstrated progressive rates of diagnoses agreement during the years of this study and also highlighted the crucial necessity of inter-laboratorial quality control programs.

Keywords: papanicolaou test, cervical cytology, diagnoses, quality control, population screening, cervical cancer.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 172-177, 2006

INTRODUÇÃO

O carcinoma do colo uterino ainda é um grande problema de saúde pública para mulheres dos países em desenvolvimento, responsável por cerca de 471 mil novos casos e pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se, para o ano de 2006, 19.260 novos casos no Brasil e 3.910 no Estado de São Paulo.¹ O escrutínio em grandes populações pelo método de Papanicolaou é considerado um método efetivo para detectar lesões precursoras

e diminuir a incidência de lesões invasoras e mortalidade. A qualidade do preparado citológico, entretanto, pode comprometer seriamente a confiabilidade do método devido a uma série de motivos, como a presença de exsudato inflamatório, celularidade inadequada ou falha de amostras da zona de transformação.²

A citologia convencional é, até agora, o teste mais usado no mundo. Seu sucesso em programas de rastreamento nos países desenvolvidos deve-se à constante repetição do teste de Papanicolaou em intervalos de 1 a 5 anos, cobertura em população de risco e procedimentos de controle de qualidade.³ A acurácia da citologia cervical tem sido questionada devido ao alto índice de resultados falsos-negativos. Para melhorar a sensibilidade da citologia é fundamental ter-se em conta os fatores que impedem o diagnóstico de lesão de alto grau.⁴ Na avaliação de Neto et al,⁵ a citologia como método de rastreamento no Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo de Útero originou elevados índices

¹Biomédica – Pesquisadora Científica - Encarregada do Setor de Citologia Oncótica do Instituto Adolfo Lutz

²Biomédica – Pesquisadora Científica - (IAL)

³Mestres – Pesquisadora Científica - (IAL)

⁴Doutores – Médicos Patologistas - (IAL)

⁵Doutoras – Pesquisador Científico - (IAL)

de falsos-negativos (27,3%) e falsos-positivos (12,5%). Ejersbo et al⁶ relatam que, para prevenir resultados falsos-negativos, é importante o treinamento e a educação continuada dos escrutinadores. Maeda e Cols⁷ mostraram em seus estudos a mesma preocupação, além da necessidade de estratégias como monitoramento de procedimentos de colheita, fixação, transporte de material citológico, programas de qualidade interno e externo, treinamento/reciclagem, e revisão por laboratório indicado por órgão competente ou laboratório de referência da região.

O Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) foi elaborado a partir de recomendações do INCA, com intuito de oferecer aos laboratórios da Rede Pública uma avaliação de desempenho nos diagnósticos citológicos de colo uterino e fornecer fomentos para educação continuada aos profissionais envolvidos. A Resolução SS -116 de 27/07/2000 instituiu a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e o Instituto Adolfo Lutz de São Paulo (IAL) como responsáveis pelo MEQ no estado de São Paulo.⁸

A partir de 2000, os exames citopatológicos realizados nos laboratórios da rede pública estadual foram inseridos no Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (SISCOLO), formando um banco de dados. Por meio deste sistema foram selecionados os casos revisados neste estudo.

OBJETIVO

Nosso objetivo foi avaliar as concordâncias e discordâncias diagnósticas dos exames citopatológicos cervicais no processo de revisão, no período de 2000 a 2004; identificar o desempenho dos laboratórios da rede pública do estado de São Paulo envolvidos no MEQ; além de avaliar a aplicabilidade deste método de controle de qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Dos 140 laboratórios cadastrados no MEQ, foram avaliados 67.954 diagnósticos de amostras cervicais colhidas pelo método convencional e coradas pelo método de Papanicolaou, escrutinadas nos laboratórios que prestam serviços à Rede Pública do estado de São Paulo e revisadas no Laboratório de Citologia Oncótica do IAL de São Paulo, durante o período de 2000 a 2004.

O tamanho da amostra obedeceu, como critério, a seleção de todas as lâminas de casos suspeitos, positivos, insatisfatórios e no mínimo 5% dos exames com diagnósticos negativos, selecionados aleatoriamente pelo SISCOLO, até atingir 10% do total de exames realizados no mês de maior demanda de cada ano dos respectivos laboratórios cadastrados no Sistema de Monitoramento Externo da Qualidade.

O fluxo das amostras selecionadas segue os seguintes parâmetros: a FOSP recebe as lâminas junto com o banco de dados da Secretaria de Estado de Saúde, organiza e preenche parte da avaliação pré-analítica, informando a quantidade de amostras, além de acondicionar e identificar as lâminas. O IAL prossegue com a avaliação pré-analítica e analítica. A fase pré-analítica avalia os procedimentos técnicos e informa a qualidade da confecção do esfregaço, fixação, coloração, montagem e contaminação das amostras. A fase analítica é realizada por dois revisores com experiência mínima de 20 anos e o diagnóstico final é firmado por consenso. Nos casos de discordâncias diagnósticas é realizada a

captura de imagens das áreas discordantes, que são gravadas em CD-Rom e enviadas junto com o relatório de desempenho aos respectivos laboratórios de origem (LO).

Critérios de avaliação

Utilizou-se a nomenclatura proposta pelo Sistema Bethesda por permitir a uniformidade no relato e a interpretação dos resultados. Considerou-se discordância diagnóstica a mudança de um diagnóstico primário para outra categoria diagnóstica emitida pelo laboratório revisor (LR).

Os diagnósticos de revisão representam os diagnósticos finais emitidos pelo LR – Instituto Adolfo Lutz, e os diagnósticos primários ou de origem são aqueles emitidos pelos LO cadastrados no MEQ.

Este estudo retrospectivo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto Adolfo Lutz (CEPIAL).

Avaliação estatística

O Sistema SISCOLO – MEQ compara o resultado original com o da revisão, gerando um relatório dos casos discordantes. O método estatístico KAPPA (K) foi utilizado para avaliar a concordância entre os laboratórios de origem e revisor. O K é estimado considerando-se a proporção de concordância observada e a estimativa da proporção de concordância esperada ao acaso.

A avaliação pelo método estatístico K é dividida em seis categorias:

K=0 ou K<0 = ausência de concordância;

0,400,60K>0,80 = concordância excelente, e

K=1 = concordância perfeita.

RESULTADOS

Dos 67.954 casos analisados no período entre 2000 e 2004, houve discordância diagnóstica em 9.641 (14,2%) casos. O total de alterações epiteliais atípicas observadas no período estudado foi de 21,5%, distribuídas nas categorias ASCUS/AGUS, 8,8%, LSIL, 9,1%; HSIL, 3,2%; e lesões invasivas, 0,4%. O número de casos insatisfatórios encontrados foi de 12,8% (**Tabela 1**).

O percentual de discordância na categoria diagnóstica ASCUS/AGUS, em 2000, foi de 32,3% com redução para 19,2% em 2004. O mesmo ocorreu com os diagnósticos de LSIL, HSIL e lesões invasivas com valores respectivos de 20,6%, para 6,3%, 27,1% para 10,6% e 31,7% para 11,5% (**Gráfico 1**).

Do total de 67.954 exames analisados, 4.481 (6,6%) foram diagnosticados pelo LO como insatisfatórios, sendo que o LR detectou alterações epiteliais atípicas em 65 (1,5%). Em 2002, o LR detectou 3% de alterações epiteliais atípicas em que o LO diagnosticou como insatisfatório, sendo que 2 (0,2%) foram lesão de alto grau e lesão invasiva. A frequência de casos insatisfatórios reduziu de 11,6%, em 2001, para 3,8% em 2004 (**Tabela 2**).

No período de cinco anos de MEQ, observamos que os casos previamente diagnosticados como alterações epiteliais atípicas, a redução dos falsos-positivos foi de 17,8%, em 2000, para 16,6%, 9,2%, 3,5% e 3,7% nos anos subsequentes (**Tabela 3**). Os 1.348 casos falsos-positivos diagnosticados pelo LO como alterações epiteliais atípicas foram distribuídos em 871 (64,6%) ASCUS/AGUS; 387 (28,7%) LSIL; 87 (6,5%) HSIL; e 3 (0,2%), lesões invasivas (**Tabela 1**).

Do total de 14.556 (21,4%) casos diagnosticados pelo LR como alterações epiteliais atípicas, 1.137 (7,8%) foram diagnosticados pelos LO como negativos (**Tabela 4**), distribuídos em: 854 (75,1%) ASCUS/AGUS; 230 (20,2%), LSIL; 44 (3,9%) HSIL; e 9 (0,8%), lesões invasivas (**Tabela 1**).

Dos 2.455 casos diagnosticados pelo LR como HSIL ou lesão invasiva, 53 (2,2%) foram previamente diagnosticados como negativos e 6 (0,2%) como insatisfatórios. Do ano 2000 a 2004, houve um aumento de duas vezes e meia do total de casos falsos-negativos (**Tabela 5**).

Tabela 1. Distribuição dos casos citopatológicos diagnosticados pelo LO e LR no período de 2.000 - 2.004

LO \ LR	Insatisfatório		Negativo		Atípicas*		LSIL		HSIL		Lesões Invasivas*		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Insatisfatório	3.949	5,8	467	0,7	48	0,1	11	0,02	4	0,006	2	0,003	4.481	6,6
Negativo	4.217	6,2	42.905	63,1	854	1,3	230	0,3	44	0,1	9	0,01	48.259	71,0
Atípicas *	267	0,4	871	1,3	4.325	6,4	500	0,7	145	0,2	18	0,03	6.126	9,0
SIL	176	0,3	387	0,6	602	0,9	5.162	7,6	190	0,3	2	0,003	6.519	9,6
HSIL	46	0,1	87	0,1	103	0,2	245	0,4	1.787	2,6	40	0,1	2.308	3,4
Lesões invasivas**	23	0,03	3	0,004	17	0,03	4	0,006	29	0,04	185	0,3	261	0,4
TOTAL	8.678	12,8	44.720	65,8	5.949	8,8	6.152	9,1	2.199	3,2	256	0,4	67.954	100,0
Concordante	3.949	45,5	42.905	95,9	4.325	72,7	5.162	83,9	1.787	81,3	185	72,3	58.313	85,8
Discordante	4.729	54,5	1.815	4,1	1.624	27,3	990	16,1	412	18,7	71	27,7	9.641	14,2

*ASCUS e AGUS

**Carcinomas e adenocarcinomas

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

Gráfico 1. Discordâncias nas alterações epiteliais cervicais atípicas durante o período de 2.000 a 2.004

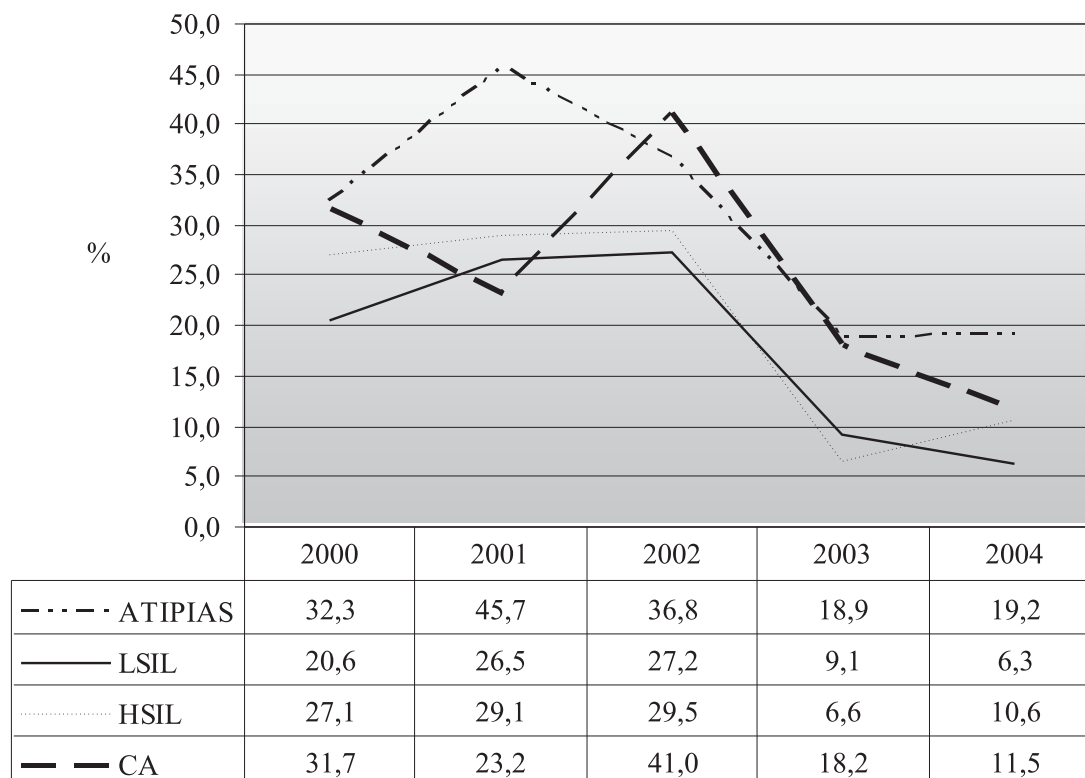


Tabela 2. Distribuição das alterações epiteliais atípicas detectadas pelo LR com diagnóstico primário (LO) de insatisfatório no período de 2.000 – 2.004

Diagnóstico \ Ano	2.000 N= 9.406		2.001 N= 15.959		2.002 N= 13.357		2.003 N= 16.860		2.004 N= 12.372		Total N= 67.954	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insatisfatórios / LO	407	4,3	1.855	11,6	853	6,4	899	5,3	467	3,8	4.481	6,6
Alterações epiteliais atípicas / LR	5	1,2	17	0,9	26	3,0	9	1,0	8	1,7	65	1,5

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

Tabela 3. Distribuição dos casos citopatológicos negativos detectados pelo LR com diagnóstico primário (LO) de alterações epiteliais atípicas, no período de 2.000 - 2.004

Diagnóstico \ Ano	2.000 N= 9.406		2.001 N= 15.959		2.002 N= 13.357		2.003 N= 16.860		2.004 N= 12.372		Total N= 67.954	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alterações epiteliais atípicas / LO	2.117	22,5	2.630	16,5	2.865	21,4	4.344	25,8	3.258	26,3	15.214	22,4
Negativos / LR	376	17,8	437	16,6	263	9,2	151	3,5	121	3,7	1.348	8,9

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

Tabela 4. Diagnósticos falsos-negativos dentre as alterações epiteliais atípicas detectados pelo LR, no período de 2.000 - 2.004.

Diagnóstico \ Ano	2.000 N= 9.406		2.001 N= 15.959		2.002 N= 13.357		2.003 N= 16.860		2.004 N= 12.372		Total N= 67.954	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alterações epiteliais atípicas/ LR	1.772	18,8	2.206	13,8	2.854	21,4	4.391	26,0	3.333	26,9	14.556	21,4
Falsos-negativos / LO	82	4,6	221	10,0	390	13,7	233	5,3	211	6,3	1.137	7,8

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

Tabela 5. Distribuição dos casos negativos e insatisfatórios re-classificados pelo LR como HSIL ou lesões invasivas no período de 2.000 - 2.004

Diagnóstico \ Ano	2.000 N= 9.406		2.001 N= 15.959		2.002 N= 13.357		2.003 N= 16.860		2.004 N= 12.372		Total N= 67.954	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HSIL/lesão invasiva/ LR	362	3,8	352	2,2	607	4,5	769	4,6	365	3,0	2.455	3,6
Negativos/ LO	5	1,4	11	3,1	9	1,5	15	2,0	13	3,6	53	2,1
Insatisfatórios/ LO	0	-	2	0,6	2	0,3	0	-	2	0,5	6	0,2

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

Tabela 6 – Distribuição dos valores de K durante o período de 2.000-2.004

ANO	Método KAPPA	Concordância entre LO e LR
2.000	0,67	Boa
2.001	0,67	Boa
2.002	0,62	Boa
2.003	0,79	Boa
2.004	0,82	Excelente
TOTAL	0,73	Boa

LO = Laboratório de origem

LR = Laboratório revisor

O desempenho dos laboratórios no período de 2000 a 2004 foi avaliado pelo método estatístico KAPPA (Tabela 6). Dos 140 laboratórios, 22 que haviam apresentado concordância pobre, atingiram concordância boa/excelente; 2 laboratórios mantiveram a concordância pobre sem melhora no desempenho; 25 laboratórios mostraram concordância boa/excelente por todo o período.

DISCUSSÃO

O método de Papanicolaou, apesar das inúmeras limitações já discutidas, ainda tem sido largamente utilizado na prática clínica com a intenção de reduzir a incidência de câncer e mortalidade. Para que ele seja eficiente, é necessária uma intensa atividade de controle de qualidade a fim de evitar os inúmeros casos falsos-negativos e os falsos-positivos. Paradoxalmente, o método proposto para ser largamente utilizado em países em desenvolvimento obteve sucesso em países que adotaram um rígido e disciplinado controle do teste citológico. Não é por acaso que somente em países desenvolvidos encontram-se evidências de redução da incidência de mortalidade por câncer cervical pós-implantação do método citológico convencional. Em várias regiões de países em desenvolvimento onde os programas de citologia cervical foram implementados não houve redução significativa da doença, observando-se como causa a inconstância de qualidade do teste e do programa de cobertura da população, que deveria garantir o tratamento das mulheres com diagnóstico positivo.³

Tem sido demonstrado que a implementação de procedimentos de controle de qualidade interno e externo nos laboratórios, em relação ao desempenho dos profissionais e à qualidade diagnóstica, é um passo fundamental para o sucesso de programas de rastreamento baseados em citologia.^{9,10,11,12}

A variabilidade interobservadores é relatada em vários estudos de patologia e citopatologia pelo fato de se tratar de exames sujeitos à avaliação subjetiva e depender da interpretação e aplicação dos critérios diagnósticos descritos para cada entidade diagnóstica. Gatsha et al¹³ demonstraram em seus estudos de revisão que, de 632 amostras com diagnóstico anterior de atipias, 200 casos (32%) apresentaram concordância por três observadores com 91 (45%) diagnósticos primários de atipias confirmados, demonstrando a baixa reprodutibilidade dessa categoria diagnóstica. Na literatura, as taxas de atipias e de SIL são influenciadas pela rigidez na adoção de critérios morfológicos e pelo grau de experiência dos observadores na interpretação dos esfregaços citológicos, sendo muitas vezes desconhecidos os fatores que afetam a reprodutibilidade interobservadores.^{14,15,16}

Nossos dados revelam que o MEQ é um exercício de aprimoramento diagnóstico muito importante, principalmente pela identificação de várias não conformidades diagnósticas relevantes. Foi constatado também que 0,13% dos casos primariamente classificados como insatisfatórios foram reclassificados como HSIL ou lesões invasivas. Contrariamente, 2,7% dos casos classificados como lesões importantes, HSIL e câncer, foram reclassificados como insatisfatórios.

Acreditamos que, pelo fato de a citologia cervical ser um teste de escrutínio visual e, portanto, subjetivo, seja necessário estabelecer uma padronização de critérios diagnósticos, sendo o procedimento de controle da qualidade uma ferramenta fundamental para melhora da acurácia diagnóstica.

Diante da constatação de que grande número de casos com

resultados de falsos diagnósticos decorrem de falhas de amostragem relativas à colheita, às falhas técnicas de fixação e à coloração, o MEQ tem oferecido, por intermédio dos profissionais da FOSP, treinamento em colheita, fixação e coloração das amostras, resultando na melhoria da qualidade dos exames ao longo do período do monitoramento da qualidade. As avaliações do monitoramento externo da qualidade podem ser usadas pelos laboratórios da Rede Pública para implantação de estratégias de controle interno de qualidade e aprimoramento das preparações técnicas.

Anualmente os representantes dos laboratórios envolvidos participam de reuniões para discussão dos resultados obtidos, bem como para avaliação crítica do trabalho realizado.

CONCLUSÃO

Neste estudo observamos uma melhoria significativa de concordância diagnóstica das lesões intra-epiteliais entre os LO e LR no período de cinco anos de monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos cervicais; melhoria significativa no desempenho de 22 laboratórios que passaram de concordância pobre para concordância boa/excelente; reconhecimento do MEQ como estratégia eficiente para redução das taxas de resultados falsos-negativos e falsos-positivos, além da garantia de qualidade dos laboratórios que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde.

Ética

Este estudo é parte integrante do Projeto “Estratégias de controle de qualidade em diagnóstico citopatológico em laboratório de referência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Adolfo Lutz (CEPIAL), em abril de 2005, de acordo com a resolução 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos/CNS/MS, Brasília, 1996.¹⁷

Grupo de colaboradores do monitoramento externo

Gislene M Namiyama¹, Luciana S Aguiar¹, Yuriko I Sakai¹, Lai WS Shih,¹ Maria Lúcia Utagawa,¹ Camilo L Feres,¹ Rosemeire OL Rodrigues,¹ Lise Cristina PB Cury,² José Candido S Dias.²

¹Instituto Adolfo Lutz, Divisão de Patologia, Setor de Citologia Oncótica; São Paulo, Brasil.

²Fundação Oncocentro de São Paulo, São Paulo, Brasil.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oncocentro de São Paulo pelo suporte administrativo do Monitoramento.

Pelo suporte laboratorial: Mariete dos Santos Teixeira, Leni Negreiros, Regina Gomes, Silvana Aparecida Silva e aos bolsistas do Programa de Aprimoramento Profissional – FUNDAP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nacional do Câncer (INCA) – Ministério da Saúde. [Capturado em 20/07/2006]. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br>
2. Kotaska AJ & Maticic JP. Cervical cleaning improves Pap smear quality. CMAJ 2003; 169(7): 666-9.

3. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89: S4-S12.
4. Gupta S & Sodhani P. Why is high-grade squamous intraepithelial neoplasia under-diagnosed on cytology in a quarter of cases? Analysis of smears characteristics in discrepant cases. *Indian J Cancer* 2004; 41(3): 104-8.
5. Neto AR et al. Avaliação dos métodos empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde. *RBGO* 2001; 23(4): 209-15.
6. Ejersbo D, Dahl MB, Holund B. False-negative Pap smears in a Danish material. *Ugeskr Laeger* 2003; 165(23): 2391-4.
7. Maeda MYS, di Loreto C, Barreto E, Cavaliere MJ, Utagawa ML, Sakai YI et al. Estudo preliminar do SISCOLO – Qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *J Bras Patol Med Lab* 2004; 40(6): 425-29.
8. São Paulo (Estado). Resolução SS-116, de 27/07/2000. Dispõe sobre o Programa de Controle de Qualidade em exames colpocitológicos para prevenção e detecção do câncer de colo uterino e lesões precursoras no âmbito do SUS/SP. *Diário Oficial*, nº 144, 28 jul 2000. Sec I, p 34.
9. Marsan C. Quality control in cytopathology applied to screening for cervical carcinoma. *Pol J Pathol* 1995; 46(4): 245-8.
10. Kostova P. Cervical screening – its essence and quality-control methodology in cytology laboratories. *Akush Ginekol* 1998; 37(4): 58-61.
11. Flisser A, Garcia-Malo F, Canepa Mde L, Doncel S, Espinoza R, Moreno R et al. Implementation and evaluation of a national external quality control program for cervical cytology in México. *Salud Publica Mex.* 2002; 44(5): 431-6.
12. Salvetto M, Sandiford P. External quality assurance for cervical cytology in developing countries. Experience in Peru and Nicaragua. *Acta Cytol.* 2004; 48(1): 23-31.
13. Gatscha RM, Abadi M, Babore S, Chhieng D, Miller MJ, Saigo PE. Smears diagnosed as ASCUS: Interobserver variation and follow-up. *Diag Cytopathol.* 2001; 25(2): 138-140.
14. Smith AE, et al. Review of the Bethesda System atlas does not improve reproducibility or accuracy in the classification of atypical squamous cells of undetermined significance smears. *Cancer* 2000; 90(4): 201-6.
15. Juskevicius R, et al. An analysis of factors that influence the ASCUS/SIL ratio of pathologist. *Am J Clin Pathol* 2001; 16(3): 331-5.
16. Stoler MH, Schiffman M. Atypical squamous cells of undetermined significance/low-grade squamous intraepithelial lesion triage study (ALTS) group: interobserver reproducibility of cervical cytology and histology interpretations; realistic estimates from the ASCUS-LSIL triage study. *JAMA* 2001; 285(11): 1500-5.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 1996.

Endereço para correspondência:**SONIA MARIA MIRANDA PEREIRA**

Instituto Adolfo Lutz

Av. Dr. Arnaldo, 355 – 7º andar

Cerqueira César – São Paulo/SP, Brasil

CEP: 01246-902

E-mail: spereira@ial.sp.gov.br

Recebido em: 13/11/2006

Aprovado em: 13/11/2006

CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA E SUA INTERFACE COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO À AIDS EM ADOLESCENTES

CAMPAIGNS OF MASS COMMUNICATION AND THEIR INTERFACE WITH THE PUBLIC POLITCS OF PREVENTION TO THE AIDS IN ADOLESCENTS

Simone HS Oliveira,¹ Maria Grasiela T Barroso,² Maria Julia GO Soares³

RESUMO

Introdução: devido à relevância da problemática da aids para o adolescente realizou-se o presente estudo. **Objetivos:** resgatar e apresentar reflexões acerca das campanhas de comunicação de massa voltadas à prevenção da aids entre adolescentes e sua interface com as políticas públicas de prevenção de risco à aids e com a promoção da saúde. **Métodos:** trata-se de um levantamento realizado no site da Coordenação Nacional de Prevenção em DST e aids acerca das campanhas de prevenção à aids divulgadas na mídia. **Resultados:** foram veiculadas na mídia televisada 25 campanhas de prevenção à aids; dessas, apenas três foram direcionadas aos adolescentes e jovens. Os enfoques foram direcionados para o incentivo ao uso do preservativo a grupos específicos, não sendo, de maneira geral, avaliados os seus impactos. O custo das três campanhas foi de aproximadamente R\$ 9.000.000,00, ficando evidenciada a falta de regularidade e não sendo identificada nenhuma articulação dessas com ações de educação em saúde desenvolvidas para promoção da saúde dos adolescentes. **Conclusão:** alertamos para a importância da veiculação estratégica de comunicações de massa, sobretudo tendo como veículo a televisão, com regularidade, embasadas em estudos que apontem possíveis caminhos para ações mais efetivas e articuladas às propostas de educação em saúde, encampadas pelas políticas públicas voltadas a este campo de ação.

Palavras-Chave: aids, adolescentes, prevenção, educação em saúde

ABSTRACT

Introduction: due to the relevance of the problematic of the aids for the adolescents the present study was done. **Objectives:** rescuing and presenting reflections concerning the campaigns of mass communication about prevention of aids among adolescents and its interface with the public politics of prevention of risk to aids and with the promotion of health. **Methods:** it is a survey carried through in the site of the National Coordination of Prevention of DST and aids concerning the campaigns of prevention to the aids in the media. **Results:** 25 campaigns for preventing aids were released, only three were at the adolescents and young people. The approaches had been directed for the incentive to the use of the condom by specific groups, without a more specif evaluation of impacts. The cost of the three campaigns was of approximately R\$ 9.000.000,00, emphasizing the lack regularity as well as the lack of a link with actions of education in health development for promotion of the health of the adolescents. **Conclusion:** we highlight importance of the strategical propagation of mass communications, mainly television, with regularity, based on studies that show possible ways with respect to more articulated and effective actions and to the proposals of education in health, expropriated by the public politics coming back to this field of activity.

Keywords: aids, adolescents, prevention, education in health.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 178-184, 2006

INTRODUÇÃO

As informações sobre os modos de transmissão e de prevenção do HIV têm sido o enfoque central dos programas de prevenção à aids e promoção da saúde, tanto no Brasil como em outros países. O pressuposto embutido nessas ações era o de que, ao receberem as informações, as pessoas responderiam com escolhas racionais e igualmente objetivas, o que resultaria em mudanças de comportamento e redução dos riscos de infecção pelo HIV.¹

Não se pode negar o impacto dos meios de comunicação social na difusão de informações sobre a aids. Entretanto, essa ação por si só não tem sido eficaz na mudança de comportamento. Tal fato

pode ser evidenciado nos resultados de pesquisas que apontam para um baixo nível de utilização do preservativo, durante as relações sexuais, embora este seja um dos principais meios de prevenção à aids difundido pela mídia.

Entre os adolescentes, por exemplo, no período de 1980 a 2004, foram notificados 7.407 casos de aids.² Até 2002, entre os tipos de exposição referidos para esta faixa etária, destacaram-se as relações sexuais (42,4%) e a transfusão sanguínea (38,1%), dados que revelaram a transmissão pela via sexual, como a principal causa da enfermidade nesta faixa etária.³

Outro dado relevante foi a existência de 100.895 casos de aids na faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos, que representa 27,8% da população acometida.² Considerando-se que o intervalo aproximado entre a infecção pelo HIV-1 e o surgimento das manifestações clínicas da doença corresponde a dez anos, pode-se inferir que a contaminação deste universo de indivíduos ocorreu durante a adolescência, sugerindo possíveis falhas nas campanhas educativas direcionadas à prevenção do HIV nesse grupo.

¹ Professora da UFPB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

² Livre Docente e Professora Emérita da UFC. Doutora em Enfermagem pela UFC.

³ Professora Adjunta da UFPB. Doutora em Enfermagem pela UFC.

As discussões que têm sido travadas em torno do entendimento da diversidade de fatores inerentes à síndrome ganham nuances a cada aspecto que se pretende analisar, seja canalizando esforços para o estudo de aspectos relacionados ao tratamento dos pacientes acometidos ou para pesquisas extenuantes que visam compreender a complexidade do vírus causador da síndrome, de forma a conseguir encontrar uma alternativa eficaz para combatê-lo. Alguns estudos visam analisar os aspectos epidemiológicos, avaliando o padrão distribuição do HIV/aids entre as populações dos diversos países e suas peculiaridades.^{4,5,6} Outros buscam, no campo das ciências sociais e da saúde, a identificação de fatores que influenciam a realização de comportamentos preventivos.^{7,8,9}

Pesquisas, cujo enfoque é o estudo do comportamento humano, procuram apontar caminhos que estimulem os indivíduos a adotarem condutas preventivas, entendendo-se que estas são meios de conter a disseminação da doença. Dados do Ministério da Saúde revelam que a epidemia da aids no Brasil, embora se encontre em patamares elevados, está num processo de estabilização, tendo sido diagnosticados em 2003, 32.247 casos novos, perfazendo um total de 362.364 casos no período de 1980 a 2004. A tendência à estabilização da sua incidência é observada apenas entre os homens, evidenciando-se crescimento da incidência entre as mulheres.¹⁰

Entre os adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos, desde 2000 vem sendo observada uma inversão na relação da doença entre homem e mulher, com um número maior de casos no sexo feminino. Em 2000, foram 191 casos em meninas contra 151 em rapazes. Em 2001, foram notificados 152 casos no sexo feminino e 91 no masculino. Em 2002, 211 casos entre os homens e 266 entre as mulheres. Em 2003, 218 casos no sexo masculino contra 277 no feminino. Em 2004, os dados parciais contabilizados de janeiro a junho evidenciaram 77 casos de aids entre adolescentes do sexo masculino e 102 no feminino.²

Esses números confirmam uma maior feminilização da epidemia, mudando o perfil do período de 1980-1990, no qual havia uma média de 6,5 casos de aids em homens para cada caso observado em mulheres, passando no período de 1991-2001 para uma relação média de 2,4 casos em homens para cada caso na população feminina.¹¹

Associado ao perfil apresentado para a população brasileira encontra-se a iniciação sexual precoce como possível fator que concorre para aumento do risco de contaminação pelo vírus da aids. Segundo pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde, desenvolvida pela socióloga Ana Camargo, a primeira relação sexual ocorre, em média, aos 15 anos de idade, sendo que geralmente as meninas têm suas primeiras relações sexuais com parceiros mais velhos e o abandono do uso do preservativo mostrou-se relacionado com a presença da afetividade e do entendimento do casal de que estão vivendo um relacionamento de confiança. Outro dado do estudo aponta que entre os adolescentes com 16 a 19 anos, as mulheres têm mais relações sexuais que os homens, justamente por estarem em relacionamentos considerados estáveis.¹¹

Diante da necessidade de identificar alternativas no âmbito das ações preventivas ao HIV/aids direcionadas aos adolescentes, em estudo de nossa autoria, buscou-se identificar os fatores que influenciam a intenção comportamental de adolescentes do sexo masculinos em usar camisinha e, do sexo feminino, em solicitar ao parceiro para que use o preservativo durante as relações sexuais.¹²

O estudo revelou que para os adolescentes do sexo masculino as vantagens de usar camisinha durante as relações sexuais foram prevenção da gravidez, de DST e da aids e as desvantagens apresentadas foram incômodo, diminuição da sensibilidade e dificuldades relacionadas à habilidade na colocação e conservação do preservativo. Para as adolescentes as vantagens e as desvantagens de solicitar ao parceiro que use camisinha durante as relações sexuais tiveram configuração semelhante às respostas dos adolescentes do sexo masculino, apresentando prevenção da gravidez, prevenção de DST, da aids e segurança como as crenças positivas mais citadas. Como desvantagens foram mencionadas diminuição da sensibilidade no momento da relação sexual e discriminação.

Quando questionados a respeito das pessoas por quem eles têm relação de estima, que consideram importante o uso do preservativo, os adolescentes citaram os pais, os amigos e os irmãos, como os referentes mais importantes. As adolescentes, de modo semelhante aos sujeitos do sexo masculino, também citaram como principais referentes positivos os pais, os amigos e os irmãos, mudando apenas a frequência com que foram referidos. Com relação às fontes de informação sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, o estudo revelou uma frequência significativa da televisão, da escola e da família. Os amigos e os pais apresentaram o mesmo percentual, ocupando o quarto lugar entre os meios de informação mais citados.¹²

Estudos com este enfoque buscam contribuir com ações governamentais e não-governamentais no planejamento de ações de promoção da saúde focadas para o adolescente, já que as taxas de incidência ao longo dos anos vêm revelando a gravidade do problema, com repercussões não somente para o campo da saúde, mas para a economia e para a sociedade.

OBJETIVO

Resgatar e apresentar reflexões acerca das campanhas de comunicação de massa voltadas à prevenção da aids entre adolescentes e sua interface com as políticas públicas de prevenção de risco à aids e com a promoção da saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo que focalizou as políticas públicas voltadas à prevenção da aids entre adolescentes, partindo especialmente da análise das campanhas de massa voltadas estritamente aos adolescentes, que foram divulgadas pela mídia, de modo particular pela televisão, desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e aids ao longo de mais de duas décadas de epidemia da doença. Paralelamente são apresentadas reflexões aos possíveis efeitos dessas ações e sua interface com a promoção da saúde do adolescente.

Definiu-se como fonte para obtenção do material o site da Coordenação Nacional de DST e aids do Ministério da Saúde, considerando-se que necessariamente esta coordenação mantém permanentemente em seu site todas as ações voltadas à problemática da aids ao longo dos anos.

Após localização da fonte e obtenção do material, foram destacados o ano de execução, o slogan e o enfoque abordados, o custo da campanha e a avaliação feita pelo ministério dos resultados obtidos. As informações relativas ao enfoque e à avaliação das campanhas foram lidas e analisadas, elaborando-se uma síntese destas informações e, juntamente com as demais, foram agru-

padas de forma a constituírem um quadro-síntese, facilitando a observação, análise e construção lógica da discussão dos dados.

Como fonte de análise das campanhas foram considerados artigos científicos sobre as políticas públicas de âmbito nacional voltados à temática da aids entre adolescentes e jovens.

RESULTADOS

Ao longo de mais de duas décadas da epidemia da aids, o governo brasileiro, por intermédio da Coordenação Nacional de DST/aids, veiculou na mídia televisionada 25 campanhas de massa direcionadas à prevenção da aids, conforme levantamento realizado no portal da Coordenação Nacional de DST e aids, do Ministério da Saúde.¹¹ Segundo informações do programa, as campanhas desenvolvidas tiveram como embasamento para sua construção

dados epidemiológicos e pesquisas de comportamento e contaram com a participação da sociedade civil.

As campanhas veiculadas tiveram enfoques variados, abordando questões como o preconceito ao homossexualismo masculino, aos travestis, às profissionais do sexo e aos portadores do HIV. Focalizaram alguns grupos específicos como caminhoneiros, adolescentes, pais e filhos e usuários de drogas injetáveis. De modo geral, as campanhas direcionaram as informações para o campo da prevenção, sendo o incentivo ao uso do preservativo como medida preventiva à aids, a principal mudança de atitude sugerida à clientela-alvo das mesmas.

No que concerne aos jovens, identificaram apenas três campanhas a eles direcionadas, sendo estas veiculadas nos anos de 1998, 1999 e 2003, cuja síntese das informações é apresentada no quadro 1.

Quadro 1 – Campanhas de massa apresentadas em emissoras de televisão de 1980 a 2006, direcionadas aos adolescentes.

Ano	Campanha	Slogan	Enfoque	Avaliação	Custo em TV R\$
1998	Dia mundial	Os jovens, a força da mudança	Mobilização da população jovem para a prevenção da aids e para a melhoria da qualidade de vida de jovens com HIV/aids	Não identificada no site.	3.093.926,97**
1999	Dia mundial	Escute, Aprenda e Viva sem Aids	Pais e Filhos: o diálogo é o melhor instrumento na defesa dos jovens contra a epidemia	Não identificada no site.	2.137.715,53*
2003	Carnaval	Mostre que você cresceu e sabe o que quer	Campanha de carnaval estimula jovens que iniciam a vida sexual a tomarem para si a responsabilidade da prevenção à aids, exigindo do parceiro o uso do preservativo e não tendo vergonha de comprá-lo ou carregá-lo na bolsa.	Positiva, apesar das críticas ao Ministério da Saúde por se articular com organizações não-governamentais e pela escolha da protagonista.	3.906.220,81

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids.

* O custo total da campanha correspondeu a R\$ 2.958.564,85, sendo R\$ 756.049,32 com rádio e R\$ 64.800,00 com cinema, acrescidos do custo com TV.

** Foram investidos ainda R\$ 787.461,28 na divulgação em rádio e R\$ 53.500,00 em cinema, perfazendo um total de R\$ 3.934.888,25.

No dia mundial de luta contra a aids, em 1998, a UNAIDS recomendou como tema “Os jovens, a força da mudança”, buscando dar resposta à situação de vulnerabilidade dos jovens à infecção pelo HIV que, naquela ocasião, foi evidenciada uma prevalência superior a 30% dos casos de aids, em pessoas entre 10 e 24 anos de idade, de países em desenvolvimento. A campanha ocorreu no período de 1º a 15 de dezembro daquele ano e procurou despertar a seriedade e a responsabilidade do jovem em relação ao problema, convidando a sociedade a refletir sobre seu enfrentamento, sendo veiculada pela televisão, rádio e cinema.

Ao analisar as informações da campanha contidas no site, não se identificou nenhuma avaliação acerca do seu impacto, enquanto fonte de informação que permitisse aos jovens, mesmo que momentaneamente, refletir sobre a seriedade do problema e sua responsabilização e envolvimento com o mesmo.

O custo da campanha, especificamente com a divulgação pela televisão, foi da ordem de aproximadamente R\$ 3.100.000,00, atingindo quase R\$ 4.000.000,00, quando somados aos custos com as divulgações em rádio e cinema.

A campanha seguinte, realizada por ocasião do Dia Mundial

de Prevenção e Luta contra a aids, em 1999, teve o Brasil como sede para lançamento da campanha mundial. Na cerimônia de lançamento ficou definido que crianças e jovens do mundo deveriam ser considerados populações prioritárias para a prevenção à aids e que o diálogo seria o melhor instrumento na defesa dos jovens contra a epidemia.¹¹

O tema escolhido pela UNAIDS foi “Escute, Aprenda e Viva” e a campanha que apresentou a temática “Escute, Aprenda e Viva sem Aids” desenvolveu-se principalmente com mensagens veiculadas pela televisão, spot de rádio, cartaz e dois grandes shows, dando destaque a mensagens de prevenção em DST/aids, um em Curitiba – PR, com duas retransmissões nacionais pela Rede Nacional da TV Educativa, e o segundo na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro.¹¹ Este show, segundo as informações contidas no site, marcou o início de um projeto que mensalmente realizaria shows de promoção da saúde e divulgação de ações preventivas em diferentes favelas do Rio de Janeiro, com a distribuição de preservativos e folders informativos. Entretanto, não se menciona a continuidade da proposta, tampouco a avaliação da mesma. O custo total da campanha foi de aproximadamente R\$ 3.000.000,00, sendo que somente com televisão correspondeu a aproximadamente R\$ 2.100.000,00.

A última campanha de massa direcionada aos jovens ocorreu durante o carnaval de 2003 e foi veiculada nas principais emissoras de TV, tendo como protagonista a cantora Kelly Key. Procurou estimular adolescentes, especialmente do sexo feminino, a que ao iniciarem sua vida sexual tomassem para si a responsabilidade pela prevenção à aids, exigindo do parceiro o uso da camisinha e não tendo vergonha de comprá-la ou carregá-la na bolsa. Foram produzidos um filme e um jingle apresentados nas emissoras de televisão, bem como divulgados cartazes e outdoors como peças publicitárias da campanha. Além disso, foram disponibilizados 9 milhões de preservativos, especificamente para serem distribuídos entre os foliões, além dos 19 milhões normalmente distribuídos para os estados a cada mês.¹¹

A campanha sofreu algumas críticas pelo fato de o Ministério da Saúde ter-se articulado com as organizações não-governamentais (não se tem maiores esclarecimentos a respeito) e de ter como protagonista a cantora Kelly Key, considerada sem perfil, por ativistas da sociedade civil de luta contra a aids, para atuar como interlocutora com as jovens brasileiras e pelo fato de suas músicas incitarem o desrespeito a relações amorosas e sexuais.¹¹

Ao que parece, diante das críticas sofridas, a Coordenação Nacional de DST e Aids foi motivada a realizar avaliação desta campanha, o que foi feito por meio de uma pesquisa de opinião pública, como forma de responder às pressões da sociedade civil. Após quatro meses de consecução da campanha, a Coordenação divulgou o relatório com os resultados.

Na pesquisa foram entrevistadas 1.006 jovens de 13 a 19 anos, de 86 municípios brasileiros, de todas as classes sociais, das quais 81% teve acesso à campanha pela televisão, sendo que 44% referiu lembrar da campanha e de frases mencionadas pela protagonista da mesma. De acordo com os dados, 28% das jovens verbalizaram ter entendido a mensagem de incentivo ao uso do preservativo para a prevenção da aids e 24% percebeu o incentivo para a compra de camisinha pelas mulheres.

Em relação à aceitação da campanha pelo público alvo, metade das entrevistadas referiu ter gostado muito e 15% mencionou ser razoável, ruim ou péssima. Não foi apresentada a opinião dos outros 35% das jovens. Diante dos resultados obtidos, a Coordenação Nacional de DST/aids considerou a campanha positiva, já que a mensagem transmitida foi apreendida pelo público-alvo.

DISCUSSÃO

Os resultados deste levantamento, embora se restrinjam a um limitado quantitativo de campanhas de comunicação de massa relativas à prevenção da aids em adolescentes e jovens veiculadas na mídia e, de modo particular, na televisão, nos apresenta uma série de questões, dentre as quais algumas merecem destaque diante dos objetivos propostos à reflexão.

Inicialmente, importa ressaltar o pequeníssimo número de campanhas de massa veiculadas na mídia, ao considerar que se ultrapassou a marca de 25 anos da chegada da aids ao Brasil. Ao computar o total de campanhas e relacioná-lo ao tempo mencionado temos a proporção de 1/1 (uma campanha para cada ano). Entretanto, se nos detivermos ao enfoque dirigido especificamente à população jovem, a proporção fica em torno de 1/8 (uma campanha de massa a cada oito anos).

Sabe-se que, por ocasião do advento da aids no Brasil e no mundo, pouco se conhecia sobre as vias transmissão e relacionava-se a

sua ocorrência aos chamados grupos de risco, nos quais os adolescentes não estavam inseridos. Contudo, mesmo considerando este aspecto, e tomando como referência o ano de 1998, momento de consecução da primeira campanha de massa voltada aos jovens, pela alta prevalência de aids identificada neste grupo, percebe-se uma relação correspondente a 1/2,6 (uma campanha para cada dois anos e meio).

Este dado torna-se relevante quando o associamos às finalidades as quais se propunham as campanhas de comunicação de massa veiculadas: Informar e alertar para os comportamentos de risco à aids? Influenciar atitudes e comportamentos preventivos à aids por meio de mensagens persuasivas? Reforçar um trabalho de educação em saúde para prevenção da aids em adolescentes?

Quanto ao primeiro questionamento, importa ressaltar que nos programas de prevenção à aids desenvolvidos no Brasil e em outros países, o enfoque central têm sido as informações sobre os modos de transmissão e de prevenção do HIV.¹³ O pressuposto embutido nessas ações era o de que, ao receberem as informações, as pessoas responderiam com escolhas racionais e igualmente objetivas, o que resultaria em mudanças de comportamento e redução dos riscos de infecção pelo HIV.¹

Não se pode negar o impacto dos meios de comunicação social na difusão de informações sobre a aids, sobretudo quando se referem ao acometimento de pessoas conhecidas no cenário nacional e até internacional. Este fator parece facilitar a identificação popular com o problema. Entretanto, ele por si só não se mostra eficaz na mudança de comportamento. Além disso, mesmo que tenha o propósito de informar quanto aos meios de transmissão e prevenção à aids, é imperativo que as ações tenham continuidade e regularidade, pois da forma pontual com que foram implementadas resultam apenas em despesas onerosas para os cofres públicos, sem que tenha atingido o objetivo desejado.

Outro aspecto que reforça a importância da regularidade das campanhas com enfoques específicos é que as pessoas que eram jovens em 1998, possivelmente, hoje já não mais o são, assim como outras, que eram crianças naquela ocasião, tornaram-se adolescentes e, em nenhum momento, tiveram acesso a essas informações pela mídia, pelo menos não voltadas para a sua faixa etária.

Vivemos na era da sociedade da informação. A importância da informação em nossas vidas e a forma como a estamos encarando estão sendo modificadas. Embora não disponhamos de muitos estudos sobre o impacto da informação para a saúde, é pertinente ressaltar o poder de penetração da televisão em nossos lares, nas nossas famílias e, em algumas situações, servindo de interlocutora na transmissão de mensagens relacionadas aos cuidados com a saúde, ocupando o lugar de membros da própria família, como fora identificado em estudo realizado por Oliveira, Silva e Dias,¹² no qual para os meios de informação sobre a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, constataram-se as maiores frequências para a televisão e para a escola. A família ocupou o terceiro lugar, e os pais, o quarto, entre os meios de informação mais citados.

A importância da televisão, como veículo de informação acerca dos meios de transmissão e de prevenção ao HIV/aids, é notória, embora, como afirmado anteriormente, o conhecimento de tais informações não implique na adoção de comportamentos preventivos. A mídia parece responder bem ao questionamento "o quê informar?". Mas, diante de estudos¹⁴ que apontam um bom nível de conhecimento da população, adquirido por intermédio da mídia, acerca dos meios de transmissão e de prevenção das DST/aids, o que falta para que esta mesma população coloque tais medidas em prá-

tica? Diante disso, parece-nos que o questionamento para o qual se necessita dar resposta é: “como estimular a população a adotar comportamentos preventivos às DST/aids?”.

Estudos, cuja preocupação principal é identificar as variáveis que mais exercem influência sobre um dado comportamento, podem trazer grandes contribuições para a diminuição da incidência da aids, pois indicarão os meios para se influenciar, de forma efetiva, os sujeitos que, porventura, pensem em ter comportamentos que possam comprometer seu estado de saúde, fazendo-os perceberem-se vulneráveis e co-responsáveis pela sua contaminação e de outros com os quais venham a se relacionar.

Acerca da segunda questão – influenciar atitudes e comportamentos preventivos à aids através de mensagens persuasivas? – várias são as estratégias utilizadas na comunicação persuasiva que procuram influenciar efetivamente o comportamento. A grande maioria delas procura fornecer algum tipo de informação aos sujeitos ou à população alvo, na expectativa de que esta induza à adoção do comportamento de interesse, podendo apresentar abordagem tradicional ou alternativa.⁷

De acordo com a abordagem tradicional, os efeitos de uma comunicação dependem da importância dada à *atenção*, à *compreensão* e à *aceitação*, que servem de mediadores para o *efeito* (mudança de atitude) dos *fatores origem* (fonte de comunicação; quem), *mensagem* (o quê) e *audiência* (para quem). A *atenção* e a *compreensão* determinam o que o sujeito irá aprender a respeito do conteúdo da mensagem e a *aceitação* seria decorrente de processos que envolveriam aspectos específicos da audiência, como fatores de personalidade e auto-estima, para aceitação daquilo que foi aprendido. O pressuposto embutido nesta concepção era o de que uma dada manipulação tanto pode facilitar como pode inibir a mudança de atitude.⁷

Segundo a abordagem alternativa, se a comunicação persuasiva pretende mudar um comportamento, terá de influenciar os determinantes básicos daquele comportamento e de cada uma das variáveis que o antecedem, sendo que o determinante básico de um comportamento reside nas crenças. Portanto, influenciando-se as crenças sobre as conseqüências de se ter um comportamento, pode-se produzir mudanças na *atitude* e influenciando-se as crenças sobre as expectativas dos referentes específicos, pode-se afetar o que os autores denominam de *norma subjetiva*.⁷

Não nos cabe neste momento julgar qual das abordagens seria a mais apropriada para favorecer a persuasão de adolescentes a desempenharem comportamentos preventivos à aids. A alusão às duas abordagens, tradicional e alternativa, foi sumariamente apresentada com o intuito de respaldar a opinião pessoal de que as campanhas de comunicação de massa veiculadas parecem ter sido desenvolvidas com o objetivo de persuadir os jovens, e, se almejavam tal resultado, equivocaram-se, pois foram desenvolvidas desatreladas de um referencial teórico que sustentasse as campanhas. Afora isto, se mostraram pontuais, esporádicas e isoladas do contexto sociocultural e político, respaldando-se somente nos dados epidemiológicos evidenciados naquela ocasião.

Quanto ao terceiro questionamento – reforçar um trabalho de educação em saúde para a prevenção da aids em adolescentes? – passaremos a pontuar alguns aspectos sobre a recente trajetória das políticas públicas destinadas aos jovens no Brasil.

No período de 1995-2002 pode-se evidenciar a baixa atividade coordenadora do governo federal em relação aos seus programas e projetos, verificando-se que “nenhum órgão da administração fede-

ral demonstrou capacidade de concentrar e publicar informações acerca das políticas de juventude” e um dos primeiros diagnósticos constatados se relaciona “à ausência de registros sobre a avaliação e o acompanhamento gerencial das políticas”. Em levantamento realizado foram identificados 30 programas/projetos direcionados aos jovens de 15 a 25 anos e três ações sociais não-governamentais de abrangência nacional, sendo assinalado que a quantidade de projetos em um mesmo ministério não significava necessariamente maior atenção e qualidade das ações. Ao Ministério da Saúde atribui-se o desenvolvimento de um único e longo programa no qual as ações se mostram institucionalmente orgânicas, racionalmente focalizadas, refletidas teoricamente e articuladas com redes governamentais e da sociedade civil.^{15,21} Entretanto, não se percebe que o programa desenvolvido por este ministério venha sendo efetivamente acompanhado e avaliado com adequado registro de suas ações.

O olhar deste ministério para a saúde do adolescente teve início em 1989 com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), sendo criada no ano seguinte a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), na Secretaria de Políticas de Saúde, que tornou-se responsável pela articulação dos projetos e programas relativos à adolescência e à juventude.¹⁵

O PROSAD é dirigido a todos os jovens entre 10 e 19 anos e seus objetivos são: promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais; normatizar as ações nas áreas prioritárias; estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local; promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência e contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal. As áreas prioritárias de ação do PROSAD compreendem crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência e maus-tratos e família.¹⁶

Há o reconhecimento por parte do programa de que muitas intervenções dirigidas à melhoria da saúde do adolescente falharam devido ao foco estreito e à desarticulação das iniciativas governamentais e apontam ainda a pouca participação dos jovens no planejamento, na implementação e na avaliação das atividades oriundas de políticas públicas.¹⁵ Estas informações se contrapõem à visão de alguns pesquisadores na área ao referir que as ações do programa se mostram racionalmente focalizadas e articuladas com redes governamentais e da sociedade civil.

Retomando o último questionamento, entendemos que as ações propostas para a educação em saúde de jovens e adolescentes relativas à prevenção à aids devam, necessariamente, envolver a articulação de programas como o PROSAD e o Programa Nacional de DST/aids, com a participação da sociedade civil organizada e, de modo especial, dos jovens e adolescentes, no planejamento e monitoramento das ações, já que este é o público-alvo ao qual se destinam. Por outro lado, se um dos objetivos do PROSAD é promover a saúde integral do adolescente, isto não pode efetivar-se desatrelado de um processo educativo, considerando que educação e promoção da saúde podem ser entendidas como práticas sociais, que fundadas na intencionalidade de uma interação socialmente

consciente, refletem-se na sociedade, no encontro das intenções pessoais e coletivas.

Uma das principais concepções da relação da educação com a sociedade que se pode identificar é o entendimento de que a educação deve constituir-se em meio de realização de uma concepção da sociedade, a partir da crítica dessa mesma sociedade e da educação que nela se pratica, reconhecendo-se sua real capacidade de intervir e seus concretos condicionamentos históricos e sociais.¹⁷ A prática educativa é limitada quando dissociada de outras práticas. Portanto, é importante a consciência de que, na solidariedade com as outras práticas sociais estarão suas possibilidades de cooperar no processo de transformação.

Por outro lado, pensar na organização da atenção em saúde seguindo o paradigma da Promoção da Saúde implica que se considerem como fundamentos indispensáveis a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.^{18,19} A interdisciplinaridade deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas. As ciências da educação são “parceiras históricas” da saúde, materializadas amplamente na Educação em Saúde e na formação dos profissionais de saúde.^{20,17}

Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, sob o enfoque de fato social total, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico.²¹ Isto requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar a intersetorialidade²⁰. Assim, a expressão essencial de Promoção da Saúde trata do reconhecimento de que há uma crescente necessidade de intervenção sobre os determinantes e os fatores de risco e não apenas sobre os danos à saúde.

Diante das breves considerações a respeito da educação e saúde, cabe enfatizar que as políticas públicas nestas áreas fazem parte de uma totalidade maior, qual seja, o projeto de sociedade definido no confronto de interesses e na correlação de forças. Um dos fatores que surge e determina uma política pública para um setor advém de uma questão específica que se torna socialmente problematizadora, exigindo a atuação do Estado. Problemas como drogadição, gravidez indesejada, abortamento induzido, doenças sexualmente transmissíveis e aids entre adolescentes se enquadram como questão social específica, que demanda do Estado intervenções incisivas, que não podem se ater somente ao campo educacional ou a qualquer outro espaço de atuação isoladamente.

Diante desta problemática, foi lançado o programa Saúde e Prevenção nas Escolas, com o objetivo de ampliar o acesso ao preservativo masculino aos alunos matriculados no Ensino Fundamental, Médio e Ensino de Jovens e Adultos, da rede pública, e contempla a formação continuada dos professores e a disponibilização de preservativos masculinos. Além do MEC e da UNESCO/Brasil, integram o programa como parceiros as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde, organizações estudantis, escolas e Organizações Não-Governamentais. A UNESCO é responsável pela condução do processo de monitoramento e avaliação, com apoio do MEC e do Programa Nacional de DST e aids.²²

O programa prevê a apresentação e a discussão da proposta com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Coordenação Estadual e/ou Municipal de DST/Aids e gestores dos serviços de saúde próximos às escolas selecionadas; investigação sobre o uso do pre-

servativo e conhecimento em DST/HIV/aids; definição da estratégia local e estimativa de número de adolescentes e de preservativos necessários; disponibilização dos preservativos aos adolescentes nas escolas, de forma integrada às ações educativas e à formação continuada dos professores; e monitoramento e avaliação do projeto. Um dos argumentos apontados pela direção do Programa Nacional de DST e aids foi que para viabilizar a percepção individual das vulnerabilidades, seria indispensável oferecer paralelamente à educação meios concretos para criação de hábitos saudáveis, devendo o processo educativo ser interdisciplinar e pressupor ações intersetoriais, enfocando a sexualidade e os direitos humanos, já que somente a informação e o conhecimento não são suficientes para promover mudanças no comportamento.²²

Para auxiliar na divulgação do programa foram elaborados dois guias: o de Formação para Profissionais de Saúde, que auxilia na capacitação dos profissionais de educação e saúde que trabalham junto à população e o de Formação para Jovens, com conteúdos para essa faixa etária. Além dos guias, são montadas oficinas macrorregionais com representantes da Secretaria de Saúde, universidades e demais interessados no projeto.²³

Vale salientar que este programa é conhecido apenas no âmbito das instituições que o conceberam, daquelas que o integram como parceiras e dos atores das escolas selecionadas para o seu desenvolvimento. A sua divulgação ateu-se à disponibilização de guias para os alvos da ação e às oficinas e seminários locais. Não percebemos nenhuma divulgação nos meios de comunicação de massa no intuito de evidenciar a importância do programa e conclamar familiares e a sociedade a se engajarem, com o objetivo de favorecer a minimização de riscos à aids entre jovens e adolescentes e a outros problemas que afetam a saúde dos mesmos.

Finalizando, enfatizamos que não houve, a partir de 2004, ano de implantação do programa, nenhuma campanha de massa sobre a importância do uso do preservativo entre adolescentes, como meio de reforçar a ação de educação em saúde desenvolvida no âmbito das escolas, ação esta que se mostra inovadora, por estar localizada num espaço importante de convivência e interação para os adolescentes e, ao mesmo tempo, por congrega profissionais de saúde, educadores, pais, gestores e outros atores sociais. Sob este aspecto, retomamos a importância da veiculação estratégica de comunicações de massa, sobretudo tendo como veículo a televisão, com regularidade, embasadas em estudos que apontem possíveis caminhos para ações mais efetivas e articuladas a propostas de educação em saúde encampadas pelas políticas públicas voltadas a este campo de ação.

CONCLUSÃO

As necessidades de saúde durante a adolescência vão além do acompanhamento das mudanças físicas peculiares às idades que demarcam esta fase da vida, pois perpassam por intervenções que, antes de serem implementadas pelos serviços de saúde, devem estar embasadas por informações acerca da realidade sociocultural do grupo ao qual se destina.

As ações de educação em saúde voltadas para os adolescentes e jovens devem partir de uma concepção ampliada, incluindo políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde, bem como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, tendo a essência de suas ações calcadas na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde do homem. Propostas de

educação em saúde para adolescentes no âmbito escolar mostram-se relevantes e inovadoras, já que é irrefutável a importância deste ambiente na construção de conhecimentos, proporcionando ao indivíduo um espaço privilegiado para ouvir, analisar e discutir temas relacionados à promoção da saúde, num enfoque ampliado.

Por sua vez, ações como as desenvolvidas no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas devem estar articuladas com as campanhas de massa difundidas pela mídia, não só para esclarecer adequadamente a população sobre seus objetivos, como também para conclamá-la a participar, a envolver-se responsabilmente e a incentivar os adolescentes a usarem o preservativo, criticando e propondo alternativas que busquem a maior eficiência e eficácia dos programas propostos.

A título de exemplo, a televisão poderia ser utilizada como veículo de campanhas com imagens de pais e adolescentes, cujas falas procurassem desmistificar as crenças negativas em relação à sexualidade, à atividade sexual e ao uso do preservativo e, até mesmo, orientassem os adolescentes sobre a forma correta de usá-lo. Isso poderia concorrer para uma melhor aceitação e, portanto, maior adesão ao uso do preservativo por parte do adolescente, como também para estimular os pais a orientarem seus filhos a se prevenirem contra o HIV/aids, o que concorreria para um estreitamento da relação familiar, no que concerne ao diálogo sobre a iniciação sexual na adolescência, e para a diminuição da incidência da infecção pelo HIV nesta fase da vida.

Campanhas de massa com essas características poderiam contribuir para o rompimento de barreiras antepostas à mídia, pois, apesar de constituir-se a principal fonte de informação sobre os meios de transmissão e de prevenção ao HIV, não se inclui nas campanhas veiculadas a figura dos referentes mais significativos para os adolescentes de ambos os sexos – os pais – o que acaba por interferir na consecução do propósito ao qual se destina.

Entendemos ainda que as fontes de informação, tais como a mídia, a escola e, sobretudo, os familiares, devem atuar de forma integrada, num processo de educação contínuo, enfocando o envolvimento responsável de cada um desses elementos, com o intuito de estimular a camada jovem da sociedade a adotar condutas preventivas ao HIV/aids, implementando-se, assim, um processo de prevenção para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parker R. Diversidade sexual, análise sexual e a educação sexual sobre a AIDS no Brasil. In: Loyola, MA. AIDS e sexualidade. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Dados epidemiológicos. Boletim Epidemiológico – AIDS. Brasília, DF; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo contextual: educação, sociedade, cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
4. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad. Saúde Pública 2000; 16(1): 65 – 76.
5. Parker R. The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. American Journal of Public Health 2002; 92(3):343-346.
6. Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. Cad. Saúde Pública 2000; 16(1): 135-14.

7. Dias, MR. AIDS, comunicação persuasiva e prevenção: uma aplicação da teoria da ação racional [Tese]. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 1995.
8. Saldanha, AAW. Aspectos psicossociais de prevenção da AIDS em mulheres de baixa renda: entre o querer e o poder [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 1998.
9. Souza, FC. Fatores determinantes da intenção comportamental de pedir ao parceiro para usar camisinha: um estudo de persuasão com mulheres de baixa renda. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Dados e Pesquisas em DST e AIDS: dados de AIDS. 2006 abr. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/hiv.htm>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Carnaval 2003: campanha de carnaval estimula adolescentes a usarem camisinha. 2006 abr. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp>.
12. Oliveira, SHS, Silva, MIT, Dias, MR. Intenções de uso do preservativo entre adolescentes. João Pessoa: Editora Universitária; 2004.
13. Schiavo MR, Fontes M, Moreira EN. Informação, educação e comunicação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Guia de produção e uso de materiais educativos. 2000 out. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/prevenção/2>.
14. Fernandes AMS. Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Cad. Saúde Pública 2000; 16(1): 103-112.
15. Sposito MP, Carrano PCR. Juventude e políticas públicas no Brasil. Revista Brasileira de Educação 2003; 16-39.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente. Brasília; 1993.
17. Luckesi, CC. Filosofia da educação. São Paulo: Cortez; 1990.
18. Mendes, EV. Um novo paradigma sanitário. In: Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1999.
19. Bus, P. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Mimeo; 1998.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo integrador: planejando uma prática pedagógica autônoma e significativa em enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
21. Minayo, MCS. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? Revista Saúde e Sociedade 1994; 1(2):42-64.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Políticas de prevenção: saúde e prevenção nas escolas. 2004 abr. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Programa leva educação sexual a jovens estudantes. 2006 maio. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24052.

Endereço para correspondência:

SIMONE HELENA DOS SANTOS OLIVEIRA

Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Rua Coronel Miguel Sátiro, 401, apto. 504,
Cabo Branco, João Pessoa – PB
E-mail: simonehso@yahoo.com.br

Recebido em: 29/11/2006

Aprovado em: 21/12/2006

CONCEPÇÃO DA AIDS: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS E OS PACIENTES? CONCEPÇÃO DA AIDS

CONCEPT OF THE AIDS: WHAT DO PROFESSIONALS AND PATIENTS THINK? CONCEPT OF AIDS

*Cristiane G Ribeiro,¹ Maria PL Coutinho,² Ana Alayde W Saldanha,³
Regina LV Azevedo⁴*

RESUMO

Introdução: a aids, longo do tempo, vem se sobrepondo à concepção de doença, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos. **Objetivo:** identificar e comparar as representações sociais da aids sob a perspectiva de profissionais e pacientes que se inserem no contexto dos serviços de assistência especializada na cidade de João Pessoa, Paraíba. Para compreender melhor o tema, fez-se importante conhecer as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca da concepção da aids, utilizando como aporte teórico a Teoria das Representações Sociais. **Métodos:** participaram desta pesquisa 29 profissionais que trabalham com a aids, sendo categorizados em profissionais da área das ciências da saúde (médicos e enfermeiros) e profissionais da área das ciências humanas (psicólogos e assistentes sociais), em sua maioria do sexo feminino (83%) e 20 pacientes HIV positivos (54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino). Os dados coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas foram tratados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin. **Resultados:** com relação à aids, as duas categorias profissionais a objetivaram enquanto uma doença orgânica, incurável e crônica, ancorada no saber científico, demonstrando certa defensividade diante da doença, ao mesmo tempo que apontam a superação de antigas representações associadas à morte. Já para os pacientes a aids é um modo de viver, com suas particularidades e limitações, objetivada por uma concepção psicoafetiva e sociomoral, associada ao preconceito e à depressão, apontando o grande sofrimento vivenciado pelos indivíduos portadores do HIV. **Conclusão:** observa-se que as representações sobre a aids estão em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora por intermédio das relações sociais e de comunicação, deste modo, as representações sociais da aids vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam.

Palavras-chave: aids, profissionais de saúde, pacientes, representações sociais

ABSTRACT

Introduction: Aids has been placed during a long time, very beyond the conception of illness, involving questions surpass together epidemiological data. **Objective:** this study has the objective to identify and to compare the social representations of the aids under the perspective of professionals and patients who are inserted in the context of the services of specialized assistance in the city of João Pessoa, Paraíba. To understand the subject better, one should know the social representations of the professionals and patients concerning the conception of aids, using as the Theory of the Social Representations. **Methods:** 29 professionals who work with aids, being categorized as professionals of the area of sciences of the health (doctors and nurses) and professionals of the area of humanities (social psychologists and assistants), in its majority female (83%) and 20 infected patients had participated of this research (54% males and 46% females). The data collected through half-structuralized interviews was treated by the technique of thematic analysis of content of Bardin (2002). **Results:** with regard to aids, the two professional categories had objectified it as an organic, incurable and chronic illness, anchored in scientific knowledge, demonstrating certain defense against the illness, whereas they point the overcoming of old representations associated to death. One the other hand, patients face aids as a way of living, with its particularities and limitations, objectified through a psycho-affective conception and moral partner, associated to the prejudice suffered and the depression, demonstrating the great suffering lived deeply by the individuals who have HIV. **Conclusion:** it is observed that the representations of the aids are in accordance with the knowledge that each group elaborates through the social relations and of communication, in this way, the social representations of aids will be introduced to the consensual universe lived by the groups that represent it.

Keywords: aids, social professionals of health, patients, representations

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 185-189, 2006

INTRODUÇÃO

A aids, ao longo do tempo, tem-se sobreposto à concepção de doença, sendo considerada um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos, abrangendo aspectos subjetivos da nossa sociedade, fazendo aflorar crises sociais próprias das epidemias modernas.

Desde o seu aparecimento, em meados de 1981, foi a primeira doença cujas histórias médicas e sociais foram desenvolvidas conjuntamente, facilitando o surgimento de uma qualificação social

da doença.¹ Antes de as pesquisas trazerem algum esclarecimento, as pessoas elaboraram representações baseadas nos dados de que dispunham, ancoradas no senso comum e explicando, em parte, a construção desse fenômeno social, aumentando ainda mais o preconceito e a discriminação contra os chamados grupos de risco. Essa visão moral fez da doença um estigma social provocando ostracismo e rejeição,¹ visão esta que, até os dias atuais, acompanha os pacientes portadores do HIV.

A partir da década de 1990, depois da introdução dos novos antiretrovirais, a aids passou a assumir a característica de uma doença crônica semelhante, em alguma medida, ao câncer e às doenças cardíacas.² Ademais, essa nova condição da aids trouxe uma importante questão: os serviços de saúde, representados pelos profissionais que lidam diretamente com a doença, colocaram-se como locus de resposta à epidemia, tornando-se um elo entre o

¹ Professora da UFPB. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

² Livre Docente e Professora Emérita da UFC. Doutora em Enfermagem pela UFC.

³ Professora Adjunta da UFPB. Doutora em Enfermagem pela UFC.

paciente e sua doença. Entretanto, estes profissionais ainda sustentam a idéia de que a aids pertence a determinados grupos de risco e está associada à morte,³ demonstrando representações semelhantes às da população em geral e apontando poucas mudanças desde o início da difusão da doença.

Diante das premissas, optou-se, como referencial teórico, pela teoria das Representações Sociais⁴ apoiando-se no pressuposto de que as doenças têm sido um campo privilegiado para estudos sobre representações sociais. Além disso,⁵ a representação social dá sentido para uma doença, orientando suas condutas a partir de suas representações.

Percebe-se que as representações sobre a aids estão em consonância com os conhecimentos que cada grupo elabora por meio das relações sociais e de comunicação, deste modo, as representações sociais da aids vão estar atreladas ao universo consensual vivido pelos grupos que a representam.⁶

OBJETIVO

Conhecer e comparar as representações sociais dos profissionais e pacientes acerca da aids, e, desta forma, acessar o imaginário popular destes grupos de pertença, compreendendo melhor a dinâmica que envolve os serviços de assistência especializada à doença na cidade de João Pessoa, Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo desenvolvido sobre uma abordagem qualitativa, fundamentado nos aportes teóricos das Representações Sociais.

Participantes

Participaram desta pesquisa 29 profissionais que trabalham diretamente no contexto do HIV sendo 15 da área das ciências da saúde (médicos e enfermeiros) e 14 da área das ciências humanas (psicólogos e assistentes sociais), em sua maioria do sexo feminino, com idades variando dos 28 aos 53 anos. Também participaram 20 pacientes soropositivos para o HIV, com idades entre 20 e 52 anos, sendo 54% do sexo masculino e 46% do sexo feminino e a maioria (83%) com renda familiar inferior a três salários mínimos.

Lócus

Os dados dos profissionais foram coletados em uma instituição da rede pública de saúde considerada referência no atendimento ao paciente portador do HIV na cidade de JoãoPessoa-PB. Os dados referentes aos pacientes foram coletados no serviço ambulatorial desta instituição, bem como em duas Organizações Não Governamentais (ONG) que dão assistência ao indivíduo portador de HIV.

Instrumento

Adotou-se o modelo de entrevista semi-estruturada, constituída de itens referentes à identificação sociodemográfica e questões norteadoras e estruturadas de acordo com o referencial teórico adotado. Foi estabelecido o critério de saturação proposto por Sá⁷ para estabelecer o número de sujeitos entrevistados e selecionada a técnica de Análise de Conteúdo Temática,⁸ com o objetivo de inferir novos conhecimentos a partir das respostas dos sujeitos às entrevistas.

Procedimento

O mesmo procedimento foi estabelecido a todos os partici-

pantes da pesquisa; no início da coleta dos dados, procurou-se estabelecer um *rapport*, por meio do qual o participante teve uma idéia geral do que interessava ao pesquisador, e teve a oportunidade de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Quanto aos profissionais, realizaram as entrevistas em seus ambientes de trabalho, durante o horário de plantão. Quanto aos pacientes, foram abordados nos ambulatórios das referidas instituições, e em duas ONGs que trabalham com indivíduos portadores de HIV. Em ambos os casos, o instrumento foi aplicado de forma individual e efetivou-se em local reservado.

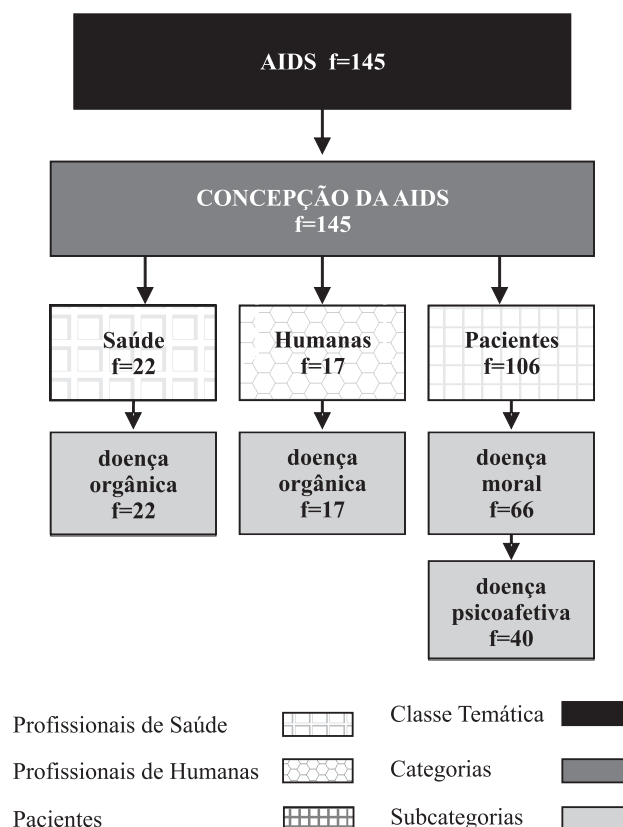
Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a "Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As interlocuções dos participantes resultantes das questões norteadoras das entrevistas e analisadas por meio da análise de conteúdo temática permitiram a construção de um conhecimento prático correspondente a 1 categoria: concepção da aids, subdividida em três subcategorias: doença orgânica, doença moral e doença psicoafetiva, conforme observado na Figura 1.

Figura 1. Categoria, subcategorias e distribuição das freqüências da classe temática Aids.



Faz-se necessário articular os resultados empíricos encontrados aos dados constantes na literatura a fim de enriquecer o conhecimento já elaborado acerca do tema e estabelecer novos caminhos em busca do conhecimento do contexto estudado.

1. Concepção da aids.

Esta categoria demonstra a maneira pela qual a aids é concebida, emergindo duas subcategorias semelhantes aos dois grupos de profissionais e duas subcategorias relacionadas aos pacientes. Em seguida verificam-se as unidades de análise referente às subcategorias comuns aos profissionais de saúde e humanas:

Quadro 1. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos profissionais da área de saúde f=22.

Doença orgânica f=22	... <i>“é uma síndrome que não tem cura”</i> (9). ... <i>“é uma doença crônica”</i> (13).
--------------------------------	--

Quadro 2. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos profissionais da área de humanas f=17.

Doença orgânica f=17	... <i>“é uma patologia que por enquanto não tem cura”</i> (6). ... <i>“é uma doença que tem tratamento (6) o paciente pode levar uma vida normal (...) hoje a aids é uma doença crônica (3) estamos convivendo com os filhos da aids”</i> (...).
--------------------------------	--

Verificaram-se representações convergentes nas duas categorias profissionais, ao representarem a aids como uma doença, caracterizada como crônica e, portanto incurável, ancorada no saber científico. Embora vivenciem a aids em seus cotidianos, estes profissionais demonstraram um distanciamento, ou provavelmente uma busca pela neutralidade diante da doença. Acerca desta questão Camargo Jr.⁹ aponta que, da mesma forma que seus pacientes, o profissional vê o mundo por intermédio do filtro de suas representações, entretanto, seu imaginário está sempre protegido pelo escudo da racionalidade científica; essa racionalidade assume, portanto, uma atitude defensiva destes profissionais, diante das incertezas e ameaças que a aids provoca.

Observa-se também nesta subcategoria, a superação de representações sociais da aids anteriormente associadas à morte,³ passando a ancorá-la nas doenças crônicas e incuráveis como a diabetes e a hipertensão, demonstrando de certa forma, uma visão mais positiva da doença.

Com relação ao grupo dos pacientes, este concebeu a aids ancorada em duas esferas: moral e psicoafetiva, conforme verificado a seguir:

Quadro 3. Unidades de análise sobre a concepção da aids pelos pacientes f=106.

Doença moral f=66	... <i>“todo mundo tem preconceito com essa doença (9) eu não digo a ninguém (2) até hoje ainda sinto rejeição (2) o próprio portador não diz com medo do preconceito (3) eu tinha mais preocupação com a minha aceitação lá dentro do sistema (...) era mais complicado para mim o sistema do que o diagnóstico (...)”</i> <i>“quando a gente chega nos outros hospitais, tem preconceito (3) no lá eles me deixaram jogado, não me deram água (...) lá eu me senti igual a um cachorro (...) largado (...) no posto de saúde eu não vou buscar um remédio porque fica tudinho falando (...) as enfermeira atendia todo mundo ruim (...) elas tinha medo de chegar até perto (...) tinha discriminação (2) outras pessoas que estão lá com outros problemas, e sabe que a gente tem [HIV]”</i> (2). ... <i>“meu pai com raiva de mim me botou pra fora (...) muita rejeição logo no início da própria família (5) nem toda minha família sabe (9)”</i> <i>“E eu passei a me valorizar depois do que aconteceu comigo (2) (...) mudar em todos os sentidos (3) houve uma mudança de hábito (2) uma força de vontade muito grande (2) deixei tudo para ter uma vida melhor (...) a doença trouxe coisa boa (...) mudei meus valores (...) minha estrutura de vida (...) muita força de vontade entendeu (...) tem que nascer de novo, minha vida tá até melhor do que era antigamente (...) tenho meu benefício que eu nunca tive (...) tenho minha televisão (...) tenho minha bicicleta (...) agora tenho tudo que eu quero graças a Deus (...)”</i> .
Doença psicoafetiva f=40	... <i>“foi o apoio de minha família (11) a família é muito importante (5) a base de tudo é a família”</i> (2). ... <i>“meu companheiro que eu conheci aqui (5) foi a melhor coisa (...) para ele foi muito difícil no começo (...) até ter uma aproximação maior (...) aí fomos morar juntos e estamos aí até hoje”</i> (...). ... <i>“eu sou vítima de depressão”</i> (9). ... <i>“ela ficou também muito deprimida (...) o paciente tá morrendo por depressão”</i> (3).

A primeira subcategoria denominada *doença moral*, emergida no grupo dos pacientes, aponta para duas direções contrárias: a aids associada ao preconceito e a aids associada à mudança de valores. O preconceito demonstra o lado obscuro e desolador do viver com aids, assinalando o sofrimento vivido por estes pacientes, ao carregar em seus corpos um vírus estigmatizante. Por intermédio das unidades de análise, os pacientes relataram o preconceito direcionado a três situações específicas: o preconceito da sociedade de uma forma geral, o preconceito de outros profissionais que, provavelmente, não trabalham com o HIV/Aids, e o preconceito dentro do seio da própria família.

Observa-se que, apesar de 25 anos de existência, a aids ainda provoca atitudes preconceituosas, demonstrando representações ancoradas nos, denominados inicialmente, grupos de risco,¹⁰ e, conseqüentemente, provocando nos pacientes comportamentos de isolamento, conforme os relatos abaixo:

...“*todo mundo tem preconceito com essa doença (9) eu não digo a ninguém (2) até hoje ainda sinto rejeição (2) o próprio portador não diz com medo do preconceito (3).*”

Os pacientes também relataram o preconceito que sofrem ao procurar outros serviços não especializados em HIV/Aids. Este fato demonstra o despreparo do profissional de saúde, de forma geral, baseado na falta de informação, e por não vivenciarem a soropositividade e não disporem de treinamento específico; suas representações acerca da doença acompanham as da população em geral, ancoradas no preconceito, estigma e discriminação,¹¹ conforme os relatos a seguir:

...“*quando a gente chega nos outros hospitais, tem preconceito (3) no posto de saúde eu não vou buscar um remédio porque fica tudinho falando (...)*”.

Esta moral também permeia o seio da família na qual um de seus membros, ao contrair o vírus, traz para o grupo familiar a ameaça perante o meio social, trazendo “vergonha” e “medo” da rejeição, preferindo muitas vezes optar pelo silêncio, conforme verificado nas unidades temáticas abaixo:

...“*meu pai com raiva de mim me botou pra fora (...) muita rejeição logo no início da própria família (5) nem toda minha família sabe*” (9).

A aids associada à mudança de valores demonstra os ganhos secundários da doença, apontando representações objetivadas por intermédio de um mecanismo de compensação, em que os pacientes conseguem sair da situação de vítima social. De acordo com Cardoso e Arruda,¹² a aids torna-se uma doença que se transforma em situação de aprendizagem, e o doente, em vez de ter um caráter meramente passivo, torna-se ativo, dedicado ao seu novo papel, lutando e reaprendendo a viver.

Observa-se, por meio das unidades temáticas, elementos que apontam uma nova perspectiva, nos quais os pacientes assumem uma mudança de valores, demonstrando uma forte valorização da vida. Segundo Cardoso e Arruda,¹² a soropositividade impõe perdas significativas (amigos, emprego, planos), mas ao mesmo tempo traz mudanças internas de cunho positivo incluindo novos valores e ganhos religiosos, conforme se verifica nos relatos abaixo:

...“*eu passei a me valorizar depois do que aconteceu comigo (2) (...) mudar em todos os sentidos (3) a doença trouxe coisa boa (...) mudei meus valores (...) minha estrutura de vida (...) muita força de vontade entendeu (...)*”.

Essa “nova” vida inclui também mudança de hábitos, impondo mais regras, até mesmo pelo tratamento que impõe uma maior disciplina. Muitos pacientes, devido a esta demanda, conseguem abster-se de uma vida descontrolada de álcool e/ou drogas,¹² priorizando a própria qualidade de vida, conforme os relatos a seguir:

...“*houve uma mudança de hábito (2) uma força de vontade muito grande (2) deixei tudo para ter uma vida melhor (...)*”.

Alguns ainda relatam uma melhora em suas vidas baseada na obtenção de uma aposentadoria ou licença pela Previdência Social, expressando o baixo nível socioeconômico da amostra e trazendo à tona a realidade da pauperização da doença no Brasil e no mundo. Vale ressaltar nesta subcategoria o caráter contraditório trazido pela aids, colocando em confronto fenômenos antagônicos como a limitação e a dor de ter uma doença incurável, e ao mesmo tempo os ganhos obtidos apontando uma vida melhor, conforme se observa a seguir:

...“*minha vida tá até melhor do que era antigamente (...) tenho meu benefício que eu nunca tive (...) tenho minha televisão (...) tenho minha bicicleta () agora tenho tudo que eu quero graças a Deus (...)*”.

A segunda subcategoria, denominada *doença psicoafetiva*, emergida no grupo dos pacientes, concebe a aids como uma doença socioafetiva, objetivada pelo apoio recebido dos diversos grupos sociais em que estão inseridos. Segundo Remor,¹³ esta rede de apoio torna-se um fator atenuador do impacto negativo da soropositividade na vida das pessoas infectadas, sendo um recurso que pode facilitar o processo de adaptação à doença. Segundo os pacientes, este apoio é proveniente de dois grupos: a família e o companheiro.

A família emergiu neste estudo como uma das mais fortes redes de apoio considerada pelos pacientes, corroborando estudos anteriores.¹⁴ Este apoio lhes dá o suporte para lutar dia a dia pela manutenção da vida, suportar melhor os efeitos colaterais dos medicamentos e, portanto, lidar melhor com a soropositividade:

“*foi o apoio de minha família (11) a família é muito importante (5) a base de tudo é a família (2).*”

A presença de um companheiro, na maioria das vezes também HIV positivo, surge após a soroconversão de ambos. Eles encontram no “outro”, uma identificação maior com o “estar com a doença” e se apóiam mutuamente, conseguindo de certa forma obter os ganhos que a doença traz, conforme se verifica nos relatos abaixo:

“*meu companheiro que eu conheci aqui (5) foi a melhor coisa (...) para ele foi muito difícil no começo (...) até ter uma aproximação maior (...) aí fomos morar juntos e estamos aí até hoje (...)*”.

Ainda na categoria *doença psicoafetiva*, emergida no grupo dos pacientes, observa-se que a aids, na contemporaneidade, também se ancora nos distúrbios psicoafetivos, associados à depressão.

Muitos pacientes relataram vivenciar a depressão em suas vidas, atingindo um alto índice de prevalência de 64%.¹⁵ Apesar dos mecanismos de compensação, pelos ganhos secundários da doença, a depressão parece acompanhá-los de maneira sombria. A seguir se verificam as unidades temáticas relacionadas ao tema proposto:

...“*eu sou vítima de depressão (9) ela ficou também muito deprimida (...) o paciente tá morrendo por depressão (3).*”

Diante destes relatos, presume-se que a depressão torna-se um fenômeno alarmante nestes serviços, assumindo caráter de saúde pública e exigindo de imediato uma intervenção neste sentido. Sabe-se que diante do fenômeno da depressão, não só o psicólogo se faz importante, mas um trabalho em conjunto com um médico psiquiatra, visto que muitos tipos de depressão demandam a terapia com medicamentos antidepressivos e ansiolíticos. Em nenhuma das instituições visitadas neste estudo foi verificada a presença de um médico com esta especialidade.

CONCLUSÃO

Diante das premissas, com base na categoria concepção da aids, observaram-se representações distintas entre dois grupos: o dos profissionais (independente da categoria) e o dos pacientes. As duas categorias profissionais conceberam a aids, enquanto uma doença incurável e crônica, ancorada no saber científico, provavelmente por promover um “escudo” diante das ameaças desta doença e também demonstrando mudança nas representações anteriormente associadas à morte.

Já para o grupo dos pacientes, diferentemente dos profissionais, a aids vai além do saber científico, mas é, antes de tudo, uma forma de viver, com suas particularidades e limitações, pois estes a conceberam enquanto uma doença ancorada em duas esferas: moral e psicoafetiva. A concepção moral denunciou lados antagônicos de se viver com aids, demonstrando, por um lado, o sofrimento causado pelo preconceito e discriminação e, por outro, a opção de obter ganhos com a doença, conseguindo grandes mudanças de vida. A concepção psicoafetiva demonstrou a importância do apoio da família e de um companheiro no dia-a-dia destes pacientes, diminuindo o impacto negativo da doença. Já a presença da depressão demonstrou um grave problema de saúde pública vivenciado nesses serviços de assistência especializada à aids, os quais demandam sérias intervenções governamentais, com o fim de diminuir o grande nível de sofrimento vivenciado por estes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jodelet D Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In D Jodelet (Org.), *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001. p.17-41.
2. Fee E & Fox D. *Aids The making of a chronic disease*. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press; 1992.
3. Avi GDS. Informação Técnica não Basta: as Representações Sociais da AIDS em Profissionais de Saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade). Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2000.
4. Moscovici AS. *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
5. Herzlich CA. A Problemática da representação e sua utilidade no campo da doença. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 1991; 1 (2): 23-36.
6. Oltramari LC. Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas* 2003; 45: 1-17.
7. Sá CP. *A Construção do Objeto de Pesquisa em representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 1998.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
9. Camargo Jr KR. Irracionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis - Revista de Saúde Coletiva* 1992; 2 (1): 203-228.
10. Joffe H. “Eu não, o meu grupo não”: representações sociais transculturais da aids. In Guareschi P & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações Sociais* (pp. 297-323). Petrópolis: Vozes; 1998.
11. Brandão J & Starling, P. Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2000.
12. Cardoso GP & Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (1): 151-162.
13. Remor E A. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2002; 18 (3): 283-287.
14. Sousa AS, Kantorski LP, Bielemann MLV. A aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Maringá* 2004; 26 (1): 1-9.
15. Castanha A, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Repercussões psicossociais da depressão no contexto da aids. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília; prelo.

Endereço para correspondência:

CRISTIANE G RIBEIRO
Avenida Geral Costa, 307, Aptº 802
Manaíra, João Pessoa – PB.
CEP: 58038-130
E-mail: cristianegr@ig.com.br

Recebido em: 17/06/2006

Aprovado em: 10/10/2006

SÍFILIS SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO A PARTIR DAS LESÕES ORAIS

SECONDARY SYPHILIS: DIAGNOSTIC MADE BY ORAL LESIONS

Augusto César C Noronha,¹ Mônica S Israel,² Daniel CF Almeida,³
Gisele M Moreira,⁴ Simone QC Lourenço,⁵ Eliane P Dias⁶

RESUMO

Introdução: a sífilis é uma doença infecto-contagiosa que se apresenta epidemiologicamente ascendente na saúde pública brasileira. Todos os profissionais da área de saúde devem estar atentos para as manifestações desta doença e para os possíveis locais de acometimento de lesões sífilíticas, inclusive manifestações bucais. **Objetivo:** relatar um caso clínico de sífilis recente que foi diagnosticado a partir de lesões intra-orais. **Métodos:** foram feitas a análise clínica e histopatológica das lesões do paciente, bem como exames laboratoriais (VDRL). **Resultados:** a associação dos achados anátomo-patológicos com o resultado positivo do VDRL confirmou a hipótese diagnóstica de sífilis. **Conclusão:** o conhecimento das manifestações orais da sífilis em todos os seus estágios por profissionais de saúde é de fundamental importância, para que os mesmos estejam capacitados a executar um diagnóstico correto e tratamento adequado.

Palavra-chaves: sífilis, manifestações bucais, placa mucosa.

ABSTRACT

Introduction: the syphilis is a infectious and contagious illness that is ascending in the Brazilian public health scenario. All professionals of the health area must be aware of the manifestations of this illness and the possibility of injuries made by the disease, also oral manifestations. **Objective:** to analyze a clinical case of syphilis that was diagnosed from injuries in the oral cavity. **Methods:** clinical and histopatologic analysis of the injuries of the patient have been made, as well as examinations in laboratories (VDRL). **Results:** the association of the histopatologic findings with the positive result of the VDRL, confirmed the diagnostic hypothesized of syphilis. **Conclusion:** the knowledge of the manifestations of the syphilis in all its period of training for health professionals is of basic importance, so that they are able to execute a correct diagnosis and treatment.

Keywords: oral syphilis, oral manifestation, mucous plate.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 190-193, 2006

INTRODUÇÃO

A sífilis representa uma infecção bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. Estima-se que ocorram no mundo mais de 12 milhões de casos por ano, dentre estes, 900 mil no Brasil. O período de incubação é de 21 a 30 dias após o contato, porém pode variar de 10 a 90 dias, dependendo do número e virulência de Treponemas e da resposta do hospedeiro.¹ As vias de transmissão desta infecção são as sexualmente transmissíveis ou vertical de mãe para feto. A doença pode ser classificada em: adquirida recente e tardia ou congênita recente e tardia. Os sinais e sintomas são diferentes de acordo com o estágio da doença.²

As manifestações orais da sífilis são, em muitos casos, os primeiros sinais da doença e podem orientar o diagnóstico correto e precoce, ponto importante para o tratamento desta enfermidade.¹

Os aspectos clínicos da sífilis são diversos, como no caso da infecção recente “primária” caracterizada pelo cancro e pelas lesões mucocutâneas “secundárias” ou da infecção tardia “terciária” representada por diversos sinais e sintomas, como alterações vasculares, neurológicas, tegumentares, dentre outras, sendo que na boca a lesão mais significativa é a goma sífilítica, uma forma de processo inflamatório granulomatoso.²

A manifestação intra-oral da sífilis “primária” recente consiste no cancro, que é uma lesão única, ulcerada, assintomática e de bordas endurecidas, podendo o paciente apresentar adenopatia satélite bilateral indolor e não inflamatória dos linfonodos submandibulares e cervicais.³ O cancro pode acometer a cavidade bucal em qualquer área, no entanto, o lábio representa o sítio mais comum de envolvimento, seguido pela língua e tonsilas.^{3,4} Uma característica importante da lesão sífilítica “primária” da cavidade bucal é ausência de sintomatologia dolorosa, portanto, tal condição deve ser diferenciada do carcinoma de células escamosas, neoplasia maligna comum nessa região anatômica.³

A sífilis “secundária” representa a evolução de um quadro de sífilis primária não tratada. Os sinais e sintomas prodrômicos da sífilis “secundária” são primeiramente sistêmicos, sendo semelhantes a uma gripe caracterizada por cefaléia, lacrimejamento, secreção nasal, faringite, artralgia generalizada e mialgia. A doença, nesta fase, caracteriza-se pelo envolvimento sistêmico e também por erupção cutânea máculo-papular difusa e indolor denominada roséola sífilítica, que, por vezes, acomete áreas palmoplantares e intra-orais, podendo acometer diversas áreas da cavidade bucal

¹Especialista em Estomatologia – OCEX/RJ, especialista em DST – UFF, mestre em Patologia Bucodental – UFF, RJ, professor convidado – FONE.

²Especialista em Estomatologia – UFRJ, professora substituta de Estomatologia – UERJ, Chefe do Serviço de Estomatologia do OMGCC – CBMERJ, mestre e doutoranda em Patologia Bucodental – UFF, RJ.

³Especialista em Estomatologia – OCEX/RJ, professor assistente de Morfofisiologia da UNIGRANRIO.

⁴Especialista em Estomatologia – OCEX/RJ, Mestranda em Patologia Bucodental – UFF, RJ.

⁵Doutora em Patologia Oral – FOB/USP, SP, professora adjunta do Departamento de Patologia – UFF, RJ.

⁶Doutora em Anatomia Patológica – UFF, pesquisadora da FBPN/Faculdade de Medicina de Campos, professora adjunta de Patologia – UFF, coordenadora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Patologia – UFF, RJ.

e aparece juntamente com as lesões cutâneas, associadas com o quadro sistêmico.⁵ Clinicamente, na cavidade bucal, observam-se máculas vermelhas ovais ou erupções máculo-papulares nas mucosas. Pode ainda apresentar a forma de condiloma *latum* ou condiloma plano, na comissura labial, caracterizada por lesões nodulares, firmes, ou placas mucosas discretamente elevadas, podendo estar superficialmente erodadas ou ulceradas. As margens apresentam-se irregulares e cobertas por uma pseudomembrana branco-acinzentada. Na língua observa-se por atrofia das papilas, no palato mole e regiões das fauces, as lesões podem ser representadas por pequenas úlceras.⁶

Na sífilis “terciária” ou tardia as lesões bucais afetam mais frequentemente o palato duro e a língua. No palato duro vê-se uma infiltração gomata e subsequente destruição e perfuração palatina. Os sinais clínicos iniciais incluem voz nasalada, queixa de comunicação buconasal dificultando a deglutição. A língua pode se apresentar aumentada com aspecto lobulado, forma irregular e áreas leucoplásicas lisas, brilhantes e despapiladas, sendo este quadro denominado de glossite sifilítica. Em geral, a infiltração gomata é difusa produzindo vasculite inicial e subsequente endoarterite obliterativa, porém lesões isoladas podem ser notadas em alguns pacientes.^{5,6}

Em relação à sífilis congênita uma das primeiras manifestações é a rinite sifilítica que ocorre usualmente no período neonatal. A inflamação da mucosa nasal pode destruir o osso e a cartilagem que formam o septo nasal, interferindo no desenvolvimento normal da região do dorso nasal e manifestando-se com o nariz em forma de sela, prejudicando o desenvolvimento normal do osso, acarretando na formação de um perfil côncavo para o terço médio da face, denominada de aparência em forma de prato-raso. Os primeiros molares permanentes podem também ser afetados com projeções bulbosas na superfície do dente e estreitamento do terço oclusal, sendo chamados de molares em amora ou molares de Moon. Já os incisivos superiores podem apresentar um aumento do diâmetro médio-distal no terço médio e ausência do lóbulo central de desenvolvimento, de forma que se assemelhem a um barril ou a uma chave de fenda, sendo denominados incisivos de Hutchinson.⁷

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de sífilis recente que foi diagnosticado com base nas lesões bucais.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, 18 anos, foi encaminhada para médico do ambulatório de Clínica Médica ao Serviço de Estomatologia do Odontocentro Militar Grey Caetano Coimbra do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, devido à presença de lesões brancas espalhadas pela mucosa oral. Durante a anamnese, a paciente relatou ter uma filha de dois anos de idade e ser solteira. Há aproximadamente um mês vinha apresentando mialgia e cefaléia intermitente, que a fez pensar em um quadro gripal. No exame físico não foram identificadas lesões cutâneas. Ao exame intra-oral, foram observadas lesões eritematosas circundadas por halo esbranquiçado ligeiramente elevado em mucosa labial e língua (Figura 1 e 2). Além destes aspectos, foram observadas lesões condilomatosas próximas à comissura labial (Figura 3). Diante destes achados, as hipóteses diagnósticas foram sífilis recente “secundária” e doença de Heck. A paciente foi submetida à biópsia incisiva seguida de solicitação de exame VDRL.

O exame anatomo-patológico revelou quadro inflamatório crônico mononuclear, com predomínio de plasmócitos, localizados principalmente ao redor dos vasos sanguíneos (HE) (Figuras 4 e 5). A associação dos achados anatomo-patológicos com o resultado positivo do VDRL, confirmou a hipótese diagnóstica de sífilis “secundária” recente.

A paciente foi encaminhada ao infectologista, sendo submetida a antibioticoterapia com penicilina benzatina. Durante consulta de controle após três semanas do início do tratamento, observou-se total remissão das lesões orais (Figura 6).

DISCUSSÃO

Embora a maioria dos casos de sífilis “primária” acometa a genitália, eventualmente o cancro pode ser observado na cavidade bucal.⁷ O cancro, manifestação da sífilis primária, apresenta-se clinicamente como uma úlcera única indolor, com bordas elevadas e endurecidas. Esta lesão faz diagnóstico diferencial com o carcinoma de células escamosas, infecções causadas pelo HSV, úlceras traumáticas e infecções fúngicas, entre outras.⁷

Na fase “secundária” da sífilis, observam-se alterações sistêmicas tais como: faringite, mialgia, artralgia, prostração, cefaléia, linfadenopatia generalizada e, caracteristicamente, lesões mucocutâneas denominadas placas mucosas. Quando estas acometem a cavidade oral, apresentam-se como máculas avermelhadas ovais ou erupções maculopapulares (roséola sifilítica). Em algumas situações, lesões semelhantes ao condiloma acuminado, geralmente denominadas condiloma lata ou condiloma plano, podem ocorrer na cavidade oral tendo como sítio preferencial de acometimento a comissura labial.⁸ Nesta paciente, verificou-se a presença de placas mucosas localizadas apenas na cavidade bucal, associadas a episódios de cefaléia e mialgia. Devido à presença das manifestações orais foi possível sugerir o diagnóstico de sífilis “secundária”.

Dentre os exames diagnósticos da sífilis tem-se o histopatológico, que apresenta como aspectos mais característicos o comprometimento de pequenos vasos e infiltração inflamatória rica em plasmócitos.³ Em todos os estágios observam-se endo e periarterite com edema e hiperplasia das células endoteliais com consequente redução do lúmen vascular.^{8,9} Bem como nos estágios tardios da doença observa-se um infiltrado granulomatoso com ou sem coliquação.⁹

Considerando que a sífilis apresenta um certo grau de inespecificidade sendo frequentemente mimetizadora de outras entidades, é indispensável que o profissional tenha em mente os possíveis diagnósticos diferenciais.⁸ Dentre os exames laboratoriais de extrema relevância para o diagnóstico, estão as sorologias não-treponêmicas: VDRL e PRR e as treponêmicas: MHTP, FTA-ABS e ELISA.⁹ A microscopia por campo escuro e a impregnação por prata, tal como a citopatologia, podem em lesões orais apresentar um resultado duvidoso, devido à constante presença de outros grupos de bactérias espiralares semelhantes morfológicamente ao *Treponema pallidum*.^{9,10} Neste paciente optou-se pelo VDRL devido ao seu baixo custo. O exame histopatológico também foi realizado com o objetivo de descartar outras possíveis doenças.

O tratamento da sífilis consiste em antibioticoterapia, sendo o antibiótico de eleição a penicilina G benzatina. A posologia preconizada consiste em 2.4 milhões de UI em dose única para a fase recente e 2.4 milhões UI por semana, durante três semanas, para a fase tardia.¹⁰ Um novo protocolo de tratamento da sífilis tem sido proposto baseado no uso de azitromicina em dose de 1g por semana durante duas a três semanas.¹⁰

CONCLUSÃO

A sífilis é uma doença que pode simular várias outras entidades. O conhecimento das manifestações orais desta doença em todos os seus estágios por profissionais de saúde é de fundamental importância, para que os mesmos estejam capacitados a executar um correto diagnóstico e tratamento.

Figura 1. Aspecto clínico das lesões.



Figura 2. Aspecto clínico das lesões.



Figura 3. Condiloma Latum.



Figura 4. Aspectos anatomo-patológicos.

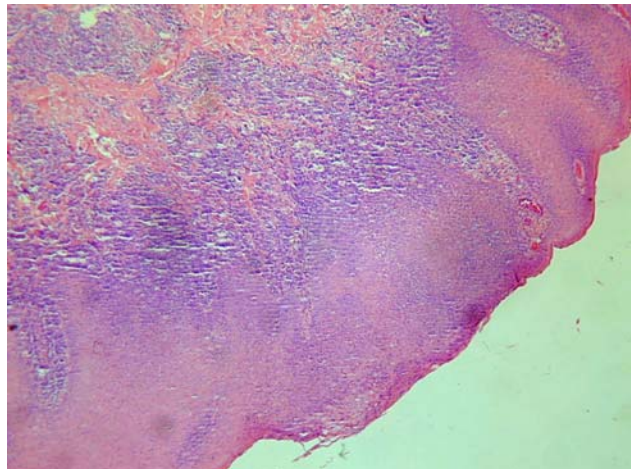


Figura 5. Aspectos anatomo-patológicos.

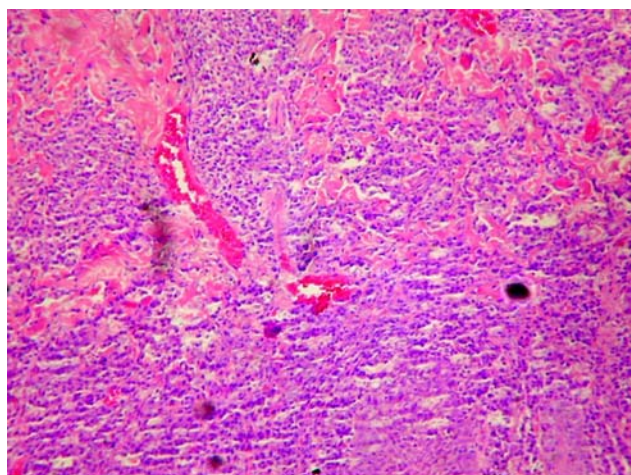


Figura 6. Aspecto clínico 3 semanas após o tratamento: Remissão das lesões.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Passos MRL. Deesetologia de bolso o que deve saber um profissional que atende DST. Piraf: RQV; 2004. p. 67.
2. Tiburcio AS. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Atendidos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense em 1995.p 118, Dissertação Faculdade de Medicina UFF, 1997.
3. Fiumara N, Grande D, Giunta AT. Papilar secondary syphilis of the tong. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967; 5:45-48.
4. Fiumara N, Berg M. Primary Syphilis in the oral cavity; Brit J Ven Dis 1974; 50: 463-464.
5. Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005: p. 639.
6. Manthon S, Egglestone S, Alexander I: Oral presentation of secondary syphilis. Br Dent J 1986; 160 : 237-238.
7. Schechter M & Maragoni DV. Doenças Infecciosas Conduta e Diagnóstica e Terapêutica. 2ª Ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1998 p. 674.
8. Meyer I, Shklar G. The oral manifestation of acquired syphilis. Oral Surg Oral Pathol Oral Med 1967; 23: p 45-48.
9. Azulay RD. Dermatologia, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 190-202.
10. Passos MRL et al. Azitromicina no tratamento de sífilis recente na gravidez. DST-J bras doenças sex trans 2002; 13(3): 33-8.

Endereço para correspondência:**AUGUSTO CÉSAR CUNHA DE NORONHA**

Rua Francisco Dutra, nº 38 - Aptº 601. Icaraí, Niterói- RJ.

CEP: 24220-150

E-mail: acnor@ig.com.br

Recebido em: 05/05/2006

Aprovado em: 15/07/2006

AVALIAÇÃO DA PODOFILOTOXINA 0,15% NA TERAPIA DE LESÕES DE HPV

EVALUATION OF PODOFILOTOXINA 0,15% FOR TREATMENT OF HPV LESIONS

Maria Fernanda RG Dias,¹ Ricardo P Sá², Felipe MS Sampaio,³ Pedro V Machado,³ William M Miller,⁴ Nadia T Kadi,⁵ José Augusto C Nery⁶

RESUMO

Introdução: o condiloma acuminado é provocado pelo Papilomavírus Humano (HPV), do qual existem mais de 100 tipos distintos. Acredita-se que seja um dos facilitadores da transmissão sexual do HIV, sendo por isso importante o seu diagnóstico precoce e tratamento. Comumente utilizados em saúde pública, o ácido tricloroacético (TCA 90%) e a eletrocauterização são métodos dolorosos e que necessitam de formação médica especializada. A solução de podofilina 25% é bastante utilizada, porém a preparação é extremamente instável com curto período de durabilidade. **Objetivo:** os autores estudaram o uso domiciliar da podofilotoxina creme a 0,15%, principal substância ativa da resina de podofilina, que inibe a metáfase celular, sendo uma medicação antiviral, que pode ser auto-aplicada. É considerada como forma de tratamento praticamente indolor quando comparada aos demais métodos. **Métodos:** os pacientes foram orientados a aplicarem o medicamento duas vezes ao dia, três vezes por semana por um máximo de quatro semanas (ciclos), com avaliação do número de lesões por consulta após cada ciclo. **Resultados:** a análise estatística provou ser significativa a diminuição do número de lesões ao longo do tratamento. O número de lesões da primeira consulta comparado respectivamente com o número após o primeiro ciclo e após o quarto ciclo mostraram p-valor = 0,001134 e p-valor = 0,000699. Ao final do quarto ciclo, observou-se cura em 72%, melhora em 15% e inalterado em 13% dos pacientes. **Conclusão:** a auto-aplicação de podofilotoxina creme a 0,15% para o tratamento do condiloma acuminado mostrou-se como um dos métodos mais eficazes para tratamento do HPV.

Palavras-chave: condiloma acuminado, verrugas anogenitais, papilomavírus humano, tratamento.

ABSTRACT

Introduction: condylomata acuminata is provoked by Human Papillomavirus (HPV), of which there are more than 100 different types. It's believed that is a factor that facilitates sexual transmission of Human immunodeficiency virus (HIV) making early diagnosis and treatment of HPV of great importance. Trichloroacetic acid (TCA 90%) and electrocauterization are the two most common forms of treatment, however both are painful and require a specialized physician. Podophyllin 25% solution is often used, but because of its unstable character it expires quickly. **Objective:** study the domiciliary use of podofilotoxina cream 0.15%, the active substance of podophyllin resin, chemically stable, inhibits cellular division, and is an antiviral drug with antimitotic properties that can be self-administered. It's considered painless when compared to other forms of treatment. **Methods:** patients were instructed to apply the medication twice a day, three times a week for a maximum of four weeks, and the lesions were counted during a consultation after each cycle. Results: A statistical analysis showed a significant reduction in the number of lesions over the course of treatment. The lesion count at the first consultation compared with that after the first cycle and after the fourth cycle resulted in a p-value of 0.001134 and 0.000699, respectively. After the completion of treatment, cure was observed in 72%, improvement in 15%, and no change in 13% of the patients. **Conclusion:** the auto-application of podofilotoxina cream 0.15% for the treatment of condylomata acuminata proved to be an effective method, with the advantage of reducing the necessary time to treat the patient in the private or public sector and not provoking pain.

Keywords: condyloma acuminata, anogenital warts, human Papillomavirus, treatment.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 194-199, 2006

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado é doença provocada pelo Papilomavírus humano (HPV). Existem mais de 100 tipos diferentes deste vírus, sendo 45 deles considerados sexualmente transmissíveis. Os tipos 6 e 11 são os que mais produzem verrugas anogenitais, e podem associar-se ao tumor de Buschke-Löwenstein.^{1,2} Acredita-se que a

transmissão do HPV é facilitada pela presença de verrugas clinicamente visíveis, além disso, o vírus pode ser transmitido ao feto, dando origem ao papiloma juvenil de laringe ou ao aparecimento de verrugas anogenitais nos primeiros anos de vida.^{1,2} O condiloma acuminado é considerado um dos principais fatores facilitadores da transmissão sexual do HIV. Sua prevalência em mulheres é de 25% e em homens 5% do total das DST notificadas no Brasil e pode ser detectado em 93% da população portadora do HIV.³ A presença clinicamente detectável de verrugas genitais acomete 0,5 a 1% da população sexualmente ativa, sendo que 10 a 30% de pessoas deste grupo podem estar infectadas subclínicamente com o HPV.⁴ Todo paciente com verrugas genitais deve ser investigado para outras DST, não sendo incomum a concomitância de doenças. A transmissão sexual é a regra, porém não se pode descartar a possibilidade de auto-inoculação.^{4,5}

Clinicamente apresentam-se como lesões vegetantes de aspec-

¹Doutora em Dermatologia pela UFRJ – Professora do curso de Pós-Graduação em Dermatologia do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, (IDPRDAzulay).

²Médico – Pós-Graduação do serviço de Dermatologia HUCFF.

³Acadêmico de medicina da Fundação Técnico Educacional Souza Marques – Membro da Liga de DST/Hanseníase do IDPRDAzulay.

⁴Research fellow USA – Membro da Liga de DST/Hanseníase do IDPRDAzulay.

⁵Médica-estagiária do setor de Dermatologia Sanitária do IDPRDAzulay.

⁶Doutorado – pesquisador associado do Laboratório de Hanseníase do IOC. FIOCRUZ RJ. Chefe do setor de Dermatologia Sanitária do IDPRDAzulay.

to verrucoso, únicas ou múltiplas, isoladas ou em placas, de coloração da pele normal, violácea ou esbranquiçada. A maioria das infecções é assintomática ou inaparente.^{1,2} As lesões podem ser subclínicas visíveis só com técnicas de magnificação como a aplicação de ácido acético a 5%, tornando-se brancas.^{6,7} O período de incubação é variável, sendo em média de quatro a seis semanas.^{8,9} Acredita-se que uma parte dos pacientes possa ter regressão espontânea das lesões após alguns anos. Ainda permanece sem explicação o motivo imunobiológico pelo qual o vírus HPV passa de seu estado latente a provocar o aparecimento de lesões visíveis.⁸

Os tratamentos disponíveis são: podofilotoxina – 0,15 a 0,5% creme, imiquimod 5%, crioterapia, ácido tricloroacético 90%, podofilina 25%, remoção cirúrgica – *shaving*, curetagem, eletrocauterização e laser. Todos os tratamentos envolvem algum grau de injúria tecidual, desconforto e dor. Alguns também geram inibição do paciente quando envolve a intervenção direta do médico, além de altos custos e várias visitas médicas para as sessões de terapia.^{7,8,10-13}

OBJETIVO

Avaliação do uso tópico de podofilotoxina a 0,15% na apresentação creme, nos pacientes com lesões de HPV.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção experimental de ensaio não randomizado e, quanto à modalidade de controle dos efeitos mensuráveis, aberto.

O estudo foi realizado no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária DST/Hansenfase da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, pavilhão São Miguel, no período de abril de 2003 a março de 2004.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade entre 18 e 60 anos.
- Homens e mulheres com beta -HCG negativo.
- Ausência de doenças infecciosas sexualmente transmissíveis concomitantes detectadas ao exame clínico.
- Ausência de imunossupressão (exame clínico normal e anti-HIV negativo).
- VDRL não reagente.
- Concordar em participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento.
- Compreender a proposta do estudo.
- Autorização do registro fotográfico.

Critérios de Exclusão:

- Gravidez.
- Estar lactando.
- Ter feridas abertas como, por exemplo, de procedimentos cirúrgicos.
- Uso de produto com outras preparações contendo podofilotoxina.

Participaram do estudo 45 pacientes sendo estes examinados clinicamente por dermatologistas com experiência no diagnóstico e tratamento do HPV, associado ao exame histopatológico.

Recomendou-se auto-aplicação domiciliar, por meio de receita explicativa da podofilotoxina a 0,15% na apresentação creme, duas vezes ao dia, três dias consecutivos por semana, por no máximo quatro ciclos, sendo um ciclo igual a um período de uma semana. Ao final

do tratamento todos os pacientes receberam avaliação ectoscópica da área genital e peri-anal e aplicação de ácido acético 5%.

A avaliação dos pacientes foi feita de acordo com os seguintes critérios:

- Cura: ausência de lesões clinicamente visíveis e aceto-brancas.
- Melhora: ausência de lesões clinicamente visíveis e presença de lesões aceto-brancas ou redução em mais de 50% do tamanho da lesão original.
- Inalterado: presença de lesões clinicamente visíveis com variação de tamanho inferior a 50% do original.

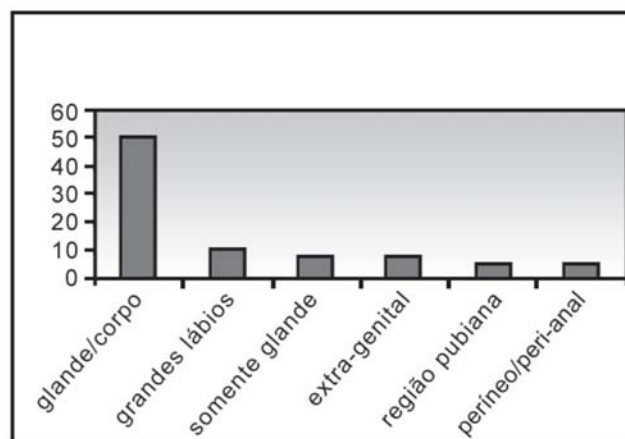
A análise estatística utilizada foi o teste *t-student* simples e pareado, aplicado no número total de lesões apresentadas durante as consultas.

RESULTADOS

Foram avaliados 45 pacientes, sendo 41 (91%) do sexo masculino e quatro (9%) do sexo feminino, com idade entre 18 e 60 anos.

Em se tratando dos locais de aparecimento das lesões, 50% manifestaram-se na glândula e no corpo do pênis e aproximadamente 5% nos grandes lábios e períneo (Figura 1). A incidência de efeitos colaterais durante o tratamento revelou que 99% dos pacientes apresentaram eritema e exulcerações nas áreas em tratamento (Figura 2). Observou-se cura em 72% dos pacientes após um a quatro ciclos, sendo que 42% do total dos pacientes obtiveram cura após o primeiro ciclo (Figura 3). O estudo estatístico mostrou que houve uma diminuição significativa do número de lesões ao longo do tratamento (Figura 4).

Gráfico 1 - Localização das Lesões



O tempo de evolução das lesões variou de um mês a quatro anos. A análise estatística do número de lesões da primeira consulta comparado, respectivamente, com o número de lesões após o primeiro ciclo e após o quarto ciclo mostraram p-valor = 0,001134 e p-valor = 0,000699. Ao final do quarto ciclo observou-se cura em 72%, melhora em 15% e inalterado em 13% dos pacientes.

Os pacientes não demonstraram recidiva em seis meses de *follow-up* e a taxa de recorrência foi apenas de 6,4% em até quatro semanas após a alta ambulatorial.

Gráfico 2 - Efeitos colaterais

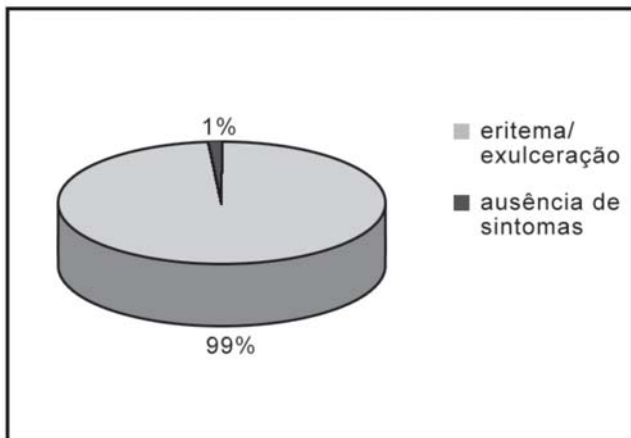


Gráfico 3 - Taxa de cura

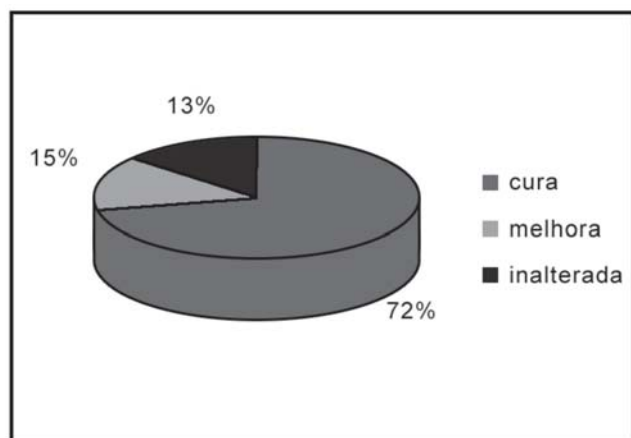
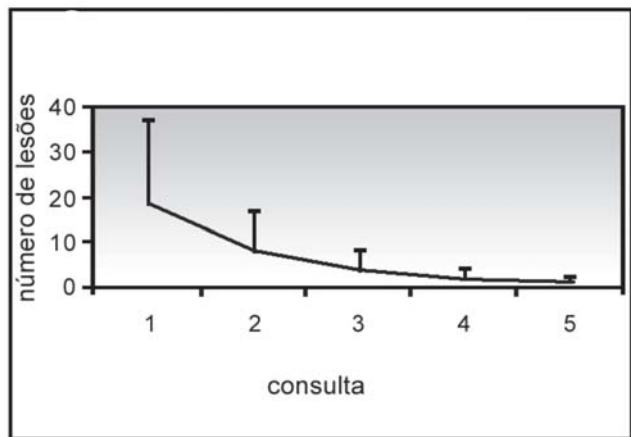


Gráfico 4 - Média do número de lesões por consulta



DISCUSSÃO

O condiloma acuminado é doença de preocupação da saúde pública.^{4,5} Além de facilitar a transmissão de outras DST, inclusive o HIV, por aumentar o risco de sangramento durante as práticas sexuais, está relacionado a neoplasias intraepiteliais e câncer de cérvix em mais de 90% dos casos.^{3,5,14} Lesões exofíticas estão mais associadas aos tipos de HPV 6 e 11, com baixo potencial oncogênico. Lesões planas estão mais associadas aos tipos 16 e 31, com alto potencial oncogênico.¹⁵ No Brasil os tratamentos mais comumente instituídos são aplicação de TCA e eletrocauterização. As desvantagens de tais práticas são o grande número de visitas médicas neces-

sárias para o desaparecimento das lesões clínicas, necessidade de disponibilização de médicos treinados para a realização das técnicas, instalações cirúrgicas com exaustores (para a prática de eletrocauterização), constrangimento e dor do paciente acometido pela enfermidade (seja pela ardência provocada pela aplicação de TCA ou pela anestesia local que precede a eletrocauterização). Algumas lesões, por serem muito numerosas ou de grande porte, não permitem a realização do tratamento em toda a área acometida, obrigando a uma associação de técnicas que encarecem e prolongam o tratamento e o sofrimento do paciente.

Tanto o TCA como a eletrocauterização provocam ulcerações na área tratada, portanto a chance de haver infecção secundária do local e sangramento no ato sexual cresce com o tempo e com o número de aplicações. Também a eletrocirurgia tende a provocar cicatrizes inestéticas que podem ser permanentes.

A podofilotoxina é a principal substância ativa da resina de podofilina, a qual se origina de plantas das espécies *Podophyllum peltatum* e *Podophyllum emodi*, sendo muito mais estável do que esta e desprovida dos efeitos tóxicos amplamente relatados na literatura médica e destacados nos trabalhos de Krogh¹⁶ e Slater.¹⁷ É uma medicação antiviral, com propriedades antimitóticas. Inibe a metáfase da divisão celular, ligando-se, reversivelmente, a pelo menos um sítio da tubulina (sítio este que se localiza próximo ao da colchicina) impedindo a polimerização da tubulina em microtúbulos.¹⁸

O trabalho revelou que, após o primeiro ciclo de tratamento houve cura em 42% dos pacientes (Figuras 5 e 6). Em um estudo por Syed et al., 20 pacientes aplicaram podofilotoxina 0,5% e nenhum paciente teve cura depois de uma semana.¹⁹ Em outro estudo 35% das lesões tinham desaparecido após o primeiro ciclo.²⁰ Trabalhos relatam que o desaparecimento das lesões é maior depois da primeira semana do que nas semanas seguintes, mas normalmente calculam a taxa de cura só depois do quarto ciclo.²⁰⁻²² De acordo com nosso estudo, 99% dos pacientes foram afetados por eritema, ardência discreta e exulceração da área tratada por uma semana após o término de cada ciclo. Em uma metanálise de trabalhos usando podofilotoxina 5% tópica foram encontrados os seguintes efeitos colaterais: ardência, inflamação, dor, erosão e coceira, variando entre 42 e 65% dos pacientes incluídos²³, o que demonstra a ligação direta; quanto maior a concentração maior a possibilidade de processos agressivos locais. Em nosso trabalho de podofilotoxina 0,15%, quando da análise dos dados clínicos, apenas eritema e exulceração, foram observados como efeitos adversos, o que mostra que a concentração de 0,15% traz menos efeitos colaterais do que uma concentração maior. Há possibilidade de os efeitos colaterais leves não terem sido contados pela maioria dos estudos. As exulcerações dos nossos pacientes, por serem superficiais, foram tratadas topicamente com creme com óxido de zinco.

A análise estatística do número de lesões observadas nas consultas de acompanhamento revelou uma redução significativa, já a partir do primeiro ciclo de tratamento (P-valor = 0,001134), com aumento na taxa de redução até o final do quarto ciclo (P-valor = 0,000699). Ao final do quarto ciclo observou-se cura em 72%, melhora em 15% e inalterado em 13% dos pacientes.

Os tratamentos disponíveis para as lesões clínicas causadas por HPV não evitam que o vírus se mantenha em latência no hospedeiro. Na avaliação pós-terapêutica, deve-se considerar sempre a possibilidade de aparecimento de lesões após a alta, não importando o tipo de tratamento instituído.

Duas situações foram observadas, a persistência das lesões

tratadas e o aparecimento de lesões em locais diferentes dos originais. A primeira ocorreu, em geral, após três semanas da alta e a segunda, seis meses após a alta. A literatura vigente em geral não separa os dois fenômenos e a maioria dos trabalhos refere-se ao aparecimento de lesões após o tratamento, como recidiva, sendo a taxa altamente variável entre 2 e 90% em até 10 meses de *follow-up* com o uso da podofilotoxina tópica.

Neste trabalho não foi observada recidiva em seis meses de *follow-up* e a taxa de recorrência foi de 6,4% em até quatro semanas após a alta. Seguindo esses conceitos, demonstrou-se que o sucesso do tratamento deve ser avaliado pelo desaparecimento das lesões originais, sendo o aparecimento de lesões em outras áreas não significativo de falência terapêutica, e sim de persistência viral. É sugerido que a aplicação da podofilotoxina pode ser feita não somente na lesão clinicamente visível, mas também em área adjacente.¹⁴ Trabalhos acompanhando dois grupos com o objetivo de observar o reaparecimento ou não de lesões condilomatosas, após o tratamento com quatro ciclos, utilizaram profilaticamente a administração de podofilotoxina 0,5% uma vez por dia, três vezes por semana, durante oito semanas. Foi observado um reaparecimento da lesão em 19% dos pacientes que utilizaram o método profilático e 50% no grupo que não seguiu esta padronização de profilaxia.²⁰

É interessante notar que utilizamos a droga 0,15% e vários trabalhos citados acima usam a podofilotoxina 0,5%.

A eliminação das lesões clinicamente visíveis diminui o risco de transmissão da doença e também de outras DST, por evitar a ocorrência de sangramento durante o ato sexual. Entretanto o trabalho de Rivera & Tyring²⁴ afirma que não há comprovação de que a eliminação das lesões clínicas diminua o risco de transmissão.

A resposta terapêutica com o uso da podofilotoxina tópica varia também de acordo com a adesão do paciente ao tratamento e do entendimento deste em relação à maneira como o medicamento deve ser aplicado sobre as lesões. Uma camada mais espessa deverá ser empregada para lesões mais queratinizadas. Efeitos colaterais aparentemente indesejáveis como irritação local e exulcerações, mais observados em pacientes com prepúcio longo ou com o uso de roupas íntimas de material sintético, são gerados pela oclusão das lesões recobertas com o medicamento, aumentando seu grau de absorção. O paciente deste grupo deve ser alertado a ter cautela evitando a oclusão da área em tratamento e utilizando uma fina camada sobre cada lesão. A abstinência sexual nos dias de aplicação da podofilotoxina deve ser encorajada, permitindo maior permanência do creme na área aplicada.

Observou-se que pacientes que higienizaram a área genital com água e sabão entre os horários de aplicação do creme necessitaram de um número maior de ciclos. Aconselha-se que a higiene seja feita antes de cada aplicação e não entre as aplicações. A proposta do ambulatório, inicialmente, destinou-se ao tratamento de condiloma acuminado e outras DST em homens, uma vez que há poucos serviços especializados ao atendimento deste grupo. Entretanto, incluíram-se duas pacientes do sexo feminino com exuberantes lesões genitais e perianais (Figura 7).

A experiência prática demonstrou que, apesar do baixo número de casos em mulheres (9%), a resposta terapêutica observada nestas pacientes foi rápida e eficaz. Uma das pacientes, em virtude da exuberância e extensão das lesões, levou a dividir a área a ser tratada em quadrantes, cuja aplicação de medicamento foi semanal e em rodízio, evitando, assim exulcerações muito extensas. Observou-se a regressão de cada área com apenas um ciclo de aplicação da podofilotoxina. Recomenda-se o uso de absorventes internos, durante o período menstrual, a fim de que não haja inter-

rupção da seqüência de ciclos. Os outros pacientes do trabalho aplicaram o medicamento simultaneamente em todas as lesões clinicamente visíveis, não tendo sido observado nenhum caso de fibrose pós-tratamento, já que ocorreram apenas eritema e exulcerações e nenhuma ulceração.

O conceito de tratamento autoaplicável vem sendo cada vez mais preferido, pois preserva a privacidade do paciente e poupa o profissional de saúde, que poderá ocupar-se com outros pacientes. Também preocupa o fato de qualquer tratamento envolvendo diatermia ou o tratamento a laser requererem instalações cirúrgicas que tenham exaustor, além do uso de máscaras cirúrgicas especiais.^{5, 9, 12, 15, 21, 22, 25-27} Apesar da cura clínica, os pacientes deverão ser reavaliados periodicamente, pois poderá haver persistência do vírus em tecidos adjacentes ocasionando o aparecimento de novas lesões.¹⁴

CONCLUSÃO

Podofilotoxina 0,15% creme é uma opção no tratamento do condiloma acuminado genital em pacientes imunocompetentes devido à sua facilidade de aplicação, rapidez de resposta clínica e ausência de efeitos colaterais graves ou toxicidade. O uso domiciliar permite que o tratamento seja feito por próprio paciente, dispensando instalações hospitalares especiais, o que reflete em economia para o setor público. A resposta adequada em verrugas vulvares coloca a podofilotoxina como droga opcional em mulheres com lesões extensas.

Figura 1 - Antes do início do tratamento

Figura 3 - No segundo ciclo terapêutico.



Figura 2 - Após o primeiro ciclo terapêutico





Figura 4 - Antes do início do tratamento.



Figura 5 - Após o segundo ciclo de tratamento.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos Professores David Rubem Azulay, chefe do Serviço de Dermatologia do Instituto Prof. Rubem David Azulay, pelo apoio dado durante a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
2. Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
3. Kreuter A, Brockmeyer NH, Hockdorfer B, Weissenborn SJ, Stücker M, Swoboda J, et al. Clinical Spectrum and virologic characteristics of anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(4): 603-608.
4. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) – Manual de Bolso: Ministério da Saúde; 2000.
5. Sexually transmitted diseases treatment guidelines: Centers for Disease Control and Prevention; 2002. Report No.: 51 (No. RR-6).
6. Brown TJ, Yen-Moore A, Tyring SK. An overview of Sexually Transmitted Diseases. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(5): 661-667.
7. Woodward C, Fisher MA. Treatment of Common STDs: Part II. Vaginal Infections, Pelvic Inflammatory Disease and Genital Warts. *Am Fam Physician* 1999; 60(6): 1716-1722.
8. French L. "What is the most effective treatment for external genital warts?" *J Fam Pract* 2002; 51(4).
9. Longstaff E, von Krogh G. Condyloma eradication: self-therapy with 0.15-0.5% podophyllotoxin versus 20-25% podophyllin preparations – an integrated safety assessment. *Regul Toxicol Pharmacol* 2001; 33(2): 117-137.
10. Kodner CM, Nasraty S. Management of genital warts. *Am Fam Physician* 2004 December 15; 70(12): 2335-2342.
11. Gilbert SM. Extensive Condyloma Acuminata of the Penis: Medical and Surgical Management. *Infect Control Urol Care* 2003; 16(3): 65-76.
12. Beutner KH, von Krogh G. Current Status of Podophyllotoxin for the treatment of Genital Warts. *Semin Dermatol* 1990; 9(2): 148-151.
13. Wikstrom A, von Krogh G. Efficacy of surgical and/or podophyllotoxin treatment against flat acetowhite penile human papillomavirus associated lesions. *Int J STD AIDS* 1998; 9(9): 537-542.
14. Gross G. Clinical aspects and therapy of anogenital warts and papillomavirus-associated lesions. *Hautarzt* 2001; 52(1): 6-17.
15. Cox JT, Petry KU, Rylander E, Roy M. Using imiquimod for genital warts in female patients. *J Womens Health* 2004; 13(3): 265-271.
16. Krogh GV. Topical Treatment of Outer Genital Warts. In: *The Cervix and the lower female genital tract*; 1992. p. 127-131.
17. Slater GE, Rumack BH, Peterson RG. Podophyllin poisoning. Systemic toxicity following cutaneous application. *Obstet Gynecol* 1978; 52(1): 94-96.
18. Rosen B. Podophyllotoxin-progress in the therapy of venereal warts. . *Norwegian Pharmaceutical J* 1988; 15: 18-19.
19. Syed TA, Khayyami M, Kriz D, Svanberg K, Kahlon RC, Ahmad SA, et al. Management of genital warts in women with human leukocyte interferon- α vs. podophyllotoxin in cream: a placebo-controlled, double-blind, comparative study. *J Mol Med* 1995; 73: 255-258.
20. Bonnez W, Elswick RK, Bailey-Farichione A, Hallahan D, Bell R, Isenberg R, et al. Efficacy and safety of 0.5% Podofilox Solution in the Treatment and Suppression of Anogenital Warts. *Am J Med* 1994;

- 96: 420-425.
21. Claesson U, Lassus A, Happonen H, Hogstrom L, Siboulet A. Topical treatment of venereal warts: a comparative open study of podophyllotoxin cream versus solution. *Int J STD AIDS* 1996; 7(6): 429-434.
22. Greenberg MD, Rutledge LH, Reid R, Berman NR, Precop SL, Elswick RK. A Double-Blind, Randomized Trial of 0.5% Podofilox and Placebo for the Treatment of Genital Warts in Women. *Obstet Gynecol* 1991 May; 77(5): 735-739.
23. Yan J, Chen S-L, Wang H-N, Wu T-X. Meta-Analysis of 5% Imiquimod and 0.5% Podophyllotoxin in the Treatment of Condylomata Acuminata. *Dermatology* 2006; 213: 218-223.
24. Rivera A, Tyring SK. Therapy of cutaneous human papillomavirus infections. *Dermatol Ther* 2004; 17(6): 441-448.
25. Beutner KR, Ferenczy A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997 5; 102(5A): 28-37.
26. Petersen CS, Agner T, Ottevanger V, Larsen J, Ravnborg L. A single-blind study of podophyllotoxin cream 0.5% and podophyllotoxin solution 0.5% in male patients with genital warts. *Int J STD AIDS* 1995; 6: 257-261.
27. Hellberg D, Svarrer T, Nilsson S, Vlentini J. Self-treatment of female external genital warts with 0.5% podophyllotoxin cream (Condyline) vs weekly application of 20% podophyllin solution. *Genitourin Med* 1995;6(4): 257-261.

Endereço para correspondência:**JOSÉ AUGUSTO C. NERY**

Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro-Setor de Dermatologia Sanitária- DST/Hanseníase- RJ.

E-mail: neryjac@ioc.fiocruz.br

Recebido em: 08/10/2006

Aprovado em: 18/11/2006

A PERTINÊNCIA DO *LACTOBACILLUS SP* NA FLORA VAGINAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO PREMATURO

LACK OF LACTOBACILLUS SP IN THE VAGINAL FLORA DURING THE LABOR OF WOMEN ENDING IN PRETERM DELIVERIES

Paulo César Giraldo,¹ Ana Maria D Fachini,² Renata TG Pereira,³ Silvio Pereira,⁴ Angela Von Nowakonski,⁵ Mauro Romero L Passos⁶

RESUMO

Introdução: Pouco ou nada foi investigado sobre a associação entre trabalho de parto prematuro (TPP) e vaginose bacteriana (VB) no momento do trabalho de parto. Mais relevante do que a presença da BV talvez seja a presença de flora vaginal lactobacilar protetora. **Objetivo:** quantificar e comparar a presença de flora vaginal anormal e da VB em mulheres com TPP e a termo instaurados. **Métodos:** gestantes em TPP confirmado foram convidadas a participar do estudo, que coletou amostras de conteúdo vaginal para análise microbiológica. Apenas as pacientes internadas para inibição do trabalho de parto foram aceitas. Qualquer gestante em trabalho de parto a termo subsequente ao caso índice foi convidada a constituir o grupo controle. Colheu-se material vaginal que foi disposto em duas lâminas de vidro e analisado sob microscopia óptica. **Resultados:** flora anormal (Tipo 3) foi encontrada em 28 mulheres (24,5%), sendo que 18 (34,61%) pertenciam ao grupo TPP e apenas 10 (16,1%) ao grupo trabalho de parto a termo (TPT), $p=0,02$. A VB esteve presente em 13 mulheres (11,4%), sendo 9 (17,3%) entre os TPP e apenas 4 (6,4%) dos casos de TPT (ns). Cento e quatro mulheres evoluíram para parto e 10 ainda estão em evolução da gestação ou tiveram partos em outra instituição. **Conclusão:** existe forte associação entre falta de *Lactobacillus sp.* e TPP quando o diagnóstico é realizado durante o trabalho de parto. A VB foi 2,7 vezes mais freqüente nos casos de TPP quando comparada aos casos de TPT.

Palavras-Chave: vaginose bacteriana, flora vaginal, trabalho de parto prematuro, *Lactobacillus sp.*, vulvovaginites.

ABSTRACT

Introduction: Little or nothing has been investigated about the association between preterm labor (PTL) and bacterial vaginosis (BV) during the moment of labor. More relevant than the presence of BV might be the presence of the protective *Lactobacillus sp* in the vaginal flora. **Objective:** to quantify and compare the presence of the *Lactobacillus sp.* and BV in women in PTL. **Methods:** pregnant women in confirmed PTL were sampled in order to obtain vaginal content for microbiologic analysis. Only patients hospitalised to inhibit labor were accepted in the study. Any other pregnant woman undergoing term labor makes up the control group. Vaginal content was collected and placed on two glass slides for microbiologic analysis under optic microscopy. **Results:** abnormal flora (type 3) was found in 28 women from the total amount of studied cases (24.5%), where 18 (34.61%) belonged to the PTL group and only 10 (16.1%) to the term labor (TL), $p=0.02$. BV was present in 13 women of the total (11.4%), being 9 (17.3%) among the PTL group and only 4 (6.4%) from TL group (ns). One hundred and four women delivered and 10 are still pregnant or gave birth in other institutions. **Conclusion:** there is a strong association between the lack of *Lactobacillus sp* and TPP when the diagnoses are done during the labor. BV was 2.7 times more frequent in the cases of PTL when compared to TL.

Keywords: bacterial vaginosis, vaginal flora, preterm labor, *Lactobacillus sp.*, vulvovaginitis.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 200-203, 2006

INTRODUÇÃO

É do conhecimento geral que a gravidez exerce uma grande influência no pH vaginal e no equilíbrio desse ecossistema. Por modificações próprias do organismo materno, observa-se aumento do fluxo sanguíneo, da temperatura, da produção de proteínas locais e da produção de anticorpos (principalmente IgA secretória) na região vulvovaginal e perineal. Todas estas modificações vi-

sam proteger o útero, a gravidez e o organismo materno contra a ascensão de microorganismos cervicovaginais à cavidade amniótica. Por outro lado, a imunomodulação que também ocorre neste período, apesar de favorecer a aceitação no organismo materno de proteínas estranhas (feto), poderá predispor a mulher a uma maior suscetibilidade

A vagina é habitada por numerosas bactérias de espécies diferentes, que vivem em harmonia e que, por isso, são consideradas comensais, mas que podem, em situações especiais, tornar-se patogênicas. O *Lactobacillus sp.* é a espécie bacteriana predominante no meio vaginal, determinando um pH ácido (3,8 a 4,5) que inibe o crescimento de várias outras bactérias potencialmente nocivas à mucosa vaginal.¹ Parâmetros como: concentrações adequadas de lactato, succinato, interleucina 1Beta, Interleucina 8, fator inibidor de leucócitos e receptores agonistas de interleucina 1, já foram associados favoravelmente com microbiota vaginal onde

¹Professor Associado Livre-Docente do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP Chefe do Ambulatório de Infecções Genitais.

²Graduada de Medicina.

³Enfermeira do Pronto Atendimento do CAISM/UNICAMP.

⁴Cirurgião dentista especialista em periodontologia, doutor Departamento de Tocoginecologia/UNICAMP, professor de pós-graduação da Faculdade São Leopoldo Mandic.

⁵Médica microbiologista contratada do Departamento de Microbiologia do HC/UNICAMP.

⁶Professor associado do departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense.

há predomínio de *Lactobacillus sp.* (Flora Tipo I).¹ Por outro lado, o conteúdo vaginal, no qual existe ausência ou baixa concentração de *Lactobacillus sp.* (Flora Tipo 3), associa-se significativamente a processos patogênicos, como a doença inflamatória pélvica, infecção pós-cirúrgica e às corioamnionites.^{2,3}

A microbiota que habita a vagina tem um papel importante na eclosão de doenças (vaginose bacterianas, vaginose citolíticas e doenças sexualmente transmissíveis),^{4,5} assim como na manutenção de um trato genital saudável. Além disso, o conteúdo vaginal tem atividade seletiva antimicrobiana contra espécies bacterianas não residentes. Este controle é mediado por ácido láctico, pH baixo e polipeptídeos antimicrobiais. Estudos clínicos têm demonstrado uma associação entre a presença de *Lactobacillus sp.* produtores de H₂O₂ e o decréscimo da prevalência da gonorréia, vaginose bacteriana e da contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).^{6,7,8,9,10}

A proporcionalidade entre os *Lactobacillus sp.* e os outros microrganismos presentes determina o tipo de microbiota vaginal, a saber três. Flora Tipo 1, quando no conteúdo vaginal existem 80% ou mais de *Lactobacillus sp.* Na Flora Tipo 2 existe uma proporção aproximada de 50% de *Lactobacillus sp.* e 50% de outras bactérias. Quando há um predomínio claro de outras bactérias e queda acentuada do número de *Lactobacillus sp.* (< 5%), a microbiota vaginal será chamada de Tipo 3.^{1,11}

Tendo em vista a importância do equilíbrio do meio vaginal, da presença dos *Lactobacillus sp.* e também de uma população bacteriana que não seja potencialmente causadora de doenças intra-uterinas ou que afetem o recém nascido durante a passagem no canal de parto, seria interessante verificar as condições da microbiota vaginal durante o trabalho de parto instalado. Várias publicações já analisaram esse aspecto durante o período gestacional,^{12,13,14,15,16} mas poucas relataram as alterações microbianas vaginais no estágio inicial do trabalho de parto efetivamente instalado. Importante consideração deve ser feita a respeito do tratamento da vaginose bacteriana (VB) com antibióticos, que não garantem sucesso terapêutico, sendo muito comum as recorrências da doença.

BV é uma doença bem conhecida causada por um aumento de bactérias anaeróbias, escassez de *Lactobacillus sp.* e muito poucos leucócitos.⁷ Contudo, o diagnóstico de VB, seja pelos critérios de Spiegel, Nugent ou mesmo por critérios de Amsel, é muito rigoroso e identifica menos casos anormais que o achado simples de microbiota vaginal tipo três (ausência de lactobacilos). Este fato acaba eliminando muitos casos que poderiam ser importantes para a compreensão do processo desencadeador do TPP.

Em vez de se diagnosticar VB durante o período gestacional e no momento do trabalho de parto, talvez fosse melhor verificar a ausência de *Lactobacillus sp.* nesses períodos.

OBJETIVO

Verificar se existe associação entre a microbiota vaginal anormal (ausência de lactobacilos) e o trabalho de parto pré-termo.

MÉTODOS

Todas as gestantes em trabalho de parto prematuro (TPP) (<37 semanas) confirmado por data da última menstruação e por ecografia de primeiro trimestre, atendidas no serviço de Pronto

Atendimento do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/UNICAMP, foram convidadas a participar do estudo. No período de 18 meses foram coletadas amostras de conteúdo vaginal e acompanhado o desfecho do parto. O trabalho de parto foi confirmado na presença de duas ou mais contrações uterinas em dez minutos por pelo menos duas horas de evolução. Apenas as pacientes internadas para inibição do trabalho de parto e sem qualquer condição reconhecidamente desencadeadora de TPP (polidrâmnio, hipertensão arterial moderada ou severa, diabetes mellitus, gemelaridade etc) foram aceitas para o estudo. O grupo controle foi constituído recrutando-se a subsequente gestante em trabalho de parto a termo que, nas mesmas condições descritas para o grupo estudo, dessa entrada no hospital até 24 horas após o caso índice.

As pacientes, que espontaneamente concordaram em colaborar com o estudo, foram informadas a respeito dos procedimentos e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta do material vaginal foi feita com *swab* de Dacron e disposto em duas lâminas (duplicata) de vidro adequadamente identificadas com iniciais e registro. Após secar ao ar livre, as lâminas foram acondicionadas em duas caixas apropriadas de madeira e guardadas em locais diferentes para evitar quebras, perdas e extravios. O material foi corado por técnica tintorial de Gram e analisado à medida do ingresso dos casos, tendo passado por uma segunda análise de checagem com microbiologista do serviço de patologia clínica. Os dados clínicos das gestantes, os dados do parto e do recém-nascido (RN) foram relacionados em ficha própria e arquivados em planilha de programa Excel. Conseguiu-se a inibição do TPP em alguns casos, obtendo-se a resolução do mesmo após as 37 semanas de evolução. A análise microbiológica visou à caracterização da microbiota vaginal, tendo sido usado os critérios de Nugent¹⁷ para o diagnóstico da vaginose bacteriana.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. A análise estatística usou os testes de Exato de Fisher ou X² para variáveis discretas e de Mann Whitney para a análise das variáveis não-paramétricas.

RESULTADOS

Concluíram o estudo, 52 mulheres que entraram em trabalho de parto pré-termo e outras 62 com 37 ou mais semanas, confirmadas por data de última menstruação e ecografia precoce. O diagnóstico de flora anormal (Tipo 3) foi encontrado em 28 mulheres do total estudado (24,5%), sendo que 18 pertenciam aos 52 casos de TPP (34,61%) e apenas 10 dos 62 casos de trabalho de parto a termo (TPT) (16,1%), p=0,02. A vaginose bacteriana, segundo os critérios de Nugent, esteve presente em 13 mulheres do total (11,4%), sendo que 9 (17,3%) estavam entre os TPP e apenas 4 (6,4%) dos casos de TPT (ns) (Tabela 2). Cento e quatro mulheres evoluíram para parto e 10 ainda estão em evolução da gestação ou tiveram seus partos em outra instituição. Encontraram 23 casos (22,1%) de flora vaginal anormal neste grupo sendo 10 (38,4%) entre os partos prematuros e 13 (16,6%) entre os que nasceram a termo (p= 0,02). A vaginose bacteriana esteve presente em 11 dos 104 partos (10,5%), dos quais 15,3% estavam entre os prematuros e apenas 8,9% dos casos a termo (ns) (Tabela 3).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, cor não-branca, abortamentos anteriores, escolaridade maior do que ensino fundamental, presença de bolsa amniótica rota e história anterior de TPP. Dentre as pacientes que entraram em trabalho de parto prematuro encontrou-se um número significativamente menor de casos de primigestas ($p=0,02$) e de parceiros sexuais eventuais ($p=0,008$) que entre aquelas com trabalho de parto a termo (**Tabela 1**).

DISCUSSÃO

Apesar de todos os esforços e evolução da medicina moderna, as taxas de prematuridade e baixo peso nos serviços de atenção à gestante continuam extremamente elevadas, chegando a quase de 12%. O TPP é, sem dúvida alguma, o responsável por muitos casos de prematuridade sem causa aparente. A associação entre TPP e VB, em função da relevância social, orgânica e econômica do tema, vem sendo exaustivamente estudada durante o período gestacional, sem ser conclusiva até o momento.^{18,19} Após um tratamento regular, espera-se até cinco semanas para que a microbiota vaginal se normalize. É muito improvável que, tratando a VB, 100% das pacientes obtenham cura, fazendo-nos supor que a VB pode estar presente em muitas mulheres no momento do trabalho de parto. Os achados deste trabalho, identificando altas taxas de VB (17,3%) e de microbiota vaginal anormal tipo 3 (34,6%) em mulheres que entraram em trabalho de parto prematuro, sugerem que mesmo tratando-se a VB aos moldes preconizados, em muitos casos, ela pode persistir ou mesmo recrudescer durante as semanas subsequentes ao tratamento.^{20,21,22,23} Este fato talvez possa explicar por que o uso de antibióticos de largo espectro não reduz as taxas de prematuridade nos berçários. A cura clínica do quadro de VB não necessariamente implica em cura microbiológica e, mesmo que ela ocorra, isto não garante que não vá recrudescer.^{24,25,26} A microbiota vaginal alterada, seja no TPP (34,6%), seja no parto prematuro propriamente dito (38,4%), implica em novos estudos, agora não mais tendo os critérios rígidos de Nugent para o diagnóstico da VB, mas sim um critério, talvez mais significativo e mais abrangente, que é a ausência de lactobacilos protetores.

Mesmo não atingindo diferenças estatisticamente significativas para VB, provavelmente devido ao pequeno número de pacientes, encontramos 2,7 mais casos no grupo TPP comparado ao grupo de TPT, confirmando alguns estudos em diferentes populações.^{12,16} Outros autores em estudos de metanálise não encontraram razões suficientes para indicar o tratamento da VB durante a gestação com o intuito de evitar o TPP.^{13,18} Diferentes critérios para o diagnóstico de VB talvez possam explicar a falta de resultados em diminuir as taxas de TPP e parto prematuro nessas mulheres. A solução para o parto prematuro deveria focar o tratamento que procure mais recolonizar a vagina com lactobacilos, que matar a microbiota vaginal anaeróbica.

CONCLUSÃO

Existe forte associação entre falta de *Lactobacillus sp.* e TPP quando o diagnóstico é realizado durante o trabalho de parto. A VB foi 2,7 vezes mais frequente nos casos de TPP quando comparada aos casos de TPT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Donders GG, Bosmans E., Dekeersmaecker A, Vereecken A, Van Bulck B, Spitz B. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora. *Am J Obstet Gynecol* 2000~ 182:8728.
- Soper DE. Gynecologic Complications of Bacterial Vaginosis: Fact or Fiction? *Curr Infect Dis Rep* 1999~ 1:3937.
- Ness RB, Hillier SL, Richter HE, Soper D.E, Stamm C, McGregor J et al. Douching in relation to bacterial vaginosis, lactobacilli, and facultative bacteria in the vagina. *Obstet Gynecol* 2002~ 100:7658.
- Zhou X, Bent SJ, Schneider MG, Davis CC, Islam MR, Forney LJ. Characterization of vaginal microbial communities in adult healthy women using cultivation-independent methods. *Microbiology* 2004~ 150:256573.
- Giraldo PC, Ribeiro Filho AD, Simões JÁ, Gomes FAM, Magalhães J. Vulvovaginitis uncommon aspects to be considered. *J Bra Gynec* 1997~ 107:8393.
- Burton JP, Cadieux PA, Reid G. Improved Understanding of the Bacterial Vaginal Micro biota of Women before and after Probiotic Instillation. *Applied Environm Microbiol* 2003~ 69:97101.
- Hawes SE, Hillier SL, Benedetti J et al. Hydrogen peroxide-producing lactobacilli and acquisition of vaginal infections. *J Infect Dis* 1996~ 174:105863.
- Royce RA, Thorp J, Granados JL, Savitz DA. Bacterial vaginosis associated with HIV infection in pregnant women from North Carolina. *J AIDS Hum Retrovirol* 1999~ 20:3826.
- Schwebke JR. Abnormal Vaginal Flora as a Biological Risk Factor for Acquisition of HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases. *J Infect Dis* 2005~ 192:13157.
- Tohill BC, Heilig CM, Klein RS, Rompalo A, CuUvin S et al. Vaginal flora morphotypic profiles and assessment of bacterial vaginosis in women at risk for HIV infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004~ 12:1216.
- Vasquez A, Jakobsson T, Ahrne S, Forsum U, Molin G. Vaginal lactobacillus flora of healthy Swedish women. *J Clin Microbiol* 2002~ 40:27469.
- McGregor JA, French JI. Bacterial vaginosis in pregnancy. *Obstet Gynecol Survey* 2000~ 55:119.
- Carey JC, Klebanoff MA, Hauth JC, Hillier SL, Thom EA, Ernest JM. et al. Metranidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis. *N Engl Med* 2000~ 342:53440.
- Adinkra P, Lamont RF. Adverse obstetric sequelae of bacterial vaginosis. *Hosp Med* 2000~ 6:4757.
- Kimberlim DF, Andrews WW. Bacterial vaginosis: association with adverse pregnancy outcome. *Semin Perinatol* 1998~ 22:24250.
- McGregor JA, French LI, Lawellin D, FrancoBuff A, Smith C, Todd JK. Bacterial protease-induced reduction of chorioamniotic membrane strength and elasticity. *Obstet Gynecol* 1987~ 69:16774.
- Nugent RP, Hrohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991~ 29:297301.
- Ugwumadu A, Reid F, Hay P, Manyonda I. Natural history of bacterial vaginosis and intermediate flora in pregnancy and effect of oral clindamycin. *Obstet Gynecol* 2004~ 104:1149.
- Wilson JD, Shann SM, Brady S., MammenTobin AG, Evans AL, Lee RA. Recurrent bacterial vaginosis: the use of maintenance acidic vaginal gel following treatment. *Int J STD AIDS* 2005~ 16:7368.
- Riggs MA, Klebanoff MA. Treatment of vaginal infections to prevent preterm birth a metaanalysis. *Clin Obstet Gynecol* 2004~ 47~ 796807.

21. Morris M, Nicoll A, Simims I, Wilson J, Catchpole M. Bacterial vaginosis: a public health review. BJOG 2001~ 108:43950.
22. Wang J. Bacterial vaginosis. Prim Care Update Ob Gyns 2000~ 7:1815.
23. Yost NP, Cox SM. Infection and preterm labor. Clin Obstet Gynecol 2000~ 43:75967.
24. Schwebke JR. Bacterial vaginosis. Curr Infect Dis Rep 2000~ 2:147.
25. Donders GG, Riphagen I, Vam Den Bosch T. Abnormal vaginal flora, cervical length and preterm birth. Ultrasound Obstet Gynecol 2000~ 16:4967.
26. Goffinet F, Maillard F, Mihoubi N, Kayem G, Papiernik E, Cabrol

D et al. Bacterial vaginosis: prevalence and predictive value for premature delivery and neonatal infection in women with preterm labour and intact membranes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003~ 108:14651.

Endereço para correspondência:

PAULO GIRALDO

Rua Dom Francisco de Campos Barreto, 145 Campinas, São Paulo, Brasil

CEP:13092160

Tel: 55 19 37889403 Fax: 55 19 37889306

Email: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 17/05/2006

Aprovado em: 23/08/2006

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ADOLESCENTE FEMININA ACERCA DA SEXUALIDADE EM TEMPO DE AIDS

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE FEMALE TEENAGER CONCERNING THE SEXUALITY IN AIDS TIME

Regina Lgia W Azevedo,¹ Aline A Fonseca,¹ Maria da Penha L Coutinho,² Ana Alayde W Saldanha³

RESUMO

Introduo: a sexualidade  um fenômeno inerente ao seu humano, e  na adolescência que começa a ser vivenciada com mais intensidade. **Objetivo:** apreender a Representao Social (RS) dos adolescentes do gênero feminino acerca da sexualidade, associada  aids. **Métodos:** a pesquisa foi desenvolvida em escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa/PB, com a participao de 110 adolescentes femininas, com idade entre 12 e 19 anos. Para a coleta dos dados foi utilizada a Técnica de Associao Livre de Palavras e estes, processados por meio do software Tri-Deux-Mots e analisados por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC). **Resultados:** os resultados demonstraram que a aids está incorporada nos universos cognitivo e afetivo dos jovens, e  apreendida a partir de símbolos e significados que compõem suas relaes sociais, e que articular representaes sociais, relaes de gênero, vulnerabilidade e práticas de preveno da aids  se defrontar com um todo não homogêneo, no qual estão expressas contradies, similaridades, cognio, afeio, emoes, racionalidade e muitas outras condies que estão presentes no seu cotidiano e que aumentam a vulnerabilidade  infeco de DST/aids. Foram identificadas as RS das adolescentes do gênero feminino acerca da sexualidade, associando-as a questões da vulnerabilidade ao HIV/aids, levando-se em considerao os elementos das suas esferas cognitiva, afetiva e social. **Conclusão:** observou-se que, ainda que as adolescentes tenham conhecimento da aids e de suas formas de preveno, continuam em situao de vulnerabilidade devido aos aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais.

Palavras-chave: representaes sociais, adolescentes femininas, sexualidade, aids.

ABSTRACT

Introduction: The sexuality is an inherent phenomenon to the human being, and it's in the adolescence that it starts to be lived deeply with more intensity. **Objective:** to apprehend the Social Representation of the adolescents of the female gender concerning the sexuality, associated with the aids. **Methods:** The research was developed in public and private schools of the city of João Pessoa/PB, with the participation of 110 feminine adolescents, with age between 12 and 19 years old. For the collection of the data the Free Technique of Association of Words was used and these words were processed through the software Tri-Deux-Mots and analyzed through the Factorial Analysis of Correspondence (AFC). **Results:** The results had demonstrated that aids is incorporated in the cognitive and affective universes of the young girls, that is apprehended from symbols and meanings that compose their social relations. Articulating social representations, practical relations of sort, vulnerability and of aids prevention is to confront with a heterogeneous whole, where contradictions, similarities, cognition, affection, emotions, rationality and many other conditions that are gifts in their daily and that increase the vulnerability to the infection of DST/aids are expressed. The Social Representation (RS) of the female gender adolescents concerning sexuality was identified associating them to questions of the vulnerability to the HIV/aids, taking the elements of their cognitive, affective and social spheres into consideration. **Conclusion:** It was observed that, although the adolescents have knowledge of aids and its forms of prevention, they continue in situation of vulnerability due to the psychological, social-economic and cultural aspects.

Keywords: social representations, female adolescents, sexuality, AIDS.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 204-210, 2006

INTRODUO

A adolescência  um período do desenvolvimento psicológico do ser humano, caracterizado como um processo complexo de metamorfoses entre a criança e o adulto, tendo suas manifestaes comportamentais dramaticamente variáveis, dependendo do mode-

lo de comportamento padronizado por cada cultura.¹ Em outras palavras, a adolescência  uma fase de mutao, na qual o adolescente atravessa barreiras sobre as quais ele nada pode dizer e na qual, para os adultos, ele  objeto de questionamento carregado de angústia e de total indulgência. Contudo, esta fase pode ser considerada ainda, um período de moratória psicossocial em que o indivíduo pode preparar-se para a autonomia ao mesmo tempo que ainda recebe da família apoio, proteo e orientao, e  menos exigido socialmente do que o adulto.  ainda, um período de dependência, no qual a pessoa ensaia modos de viver e de se relacionar com as demais, além de testar suas capacidades e limites.

Neste sentido, o aspecto biopsicossocial sofre forte influência nesta fase de mudanças. Na rea biológica, podem-se citar algumas mudanças físicas consideradas forte gerador de consequências psicológicas. Essas mudanças físicas estabelecem a diferenciao do conceito de puberdade e de adolescência, no qual a puberdade

¹Universidade Federal da Paraíba, psicóloga clínica, mestranda em Psicologia Social, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Preveno e Saúde Coletiva.

²Universidade Federal da Paraíba, Professora com ps-doutorado em Psicologia pela Universidade Aberta de Lisboa-Portugal/Programa de Pós-Graduao em Psicologia Social e coordenadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Preveno e Saúde Coletiva.

³Universidade Federal da Paraíba, professora com doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP-FCCLRP) e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa: Aspectos Psicossociais de Preveno e Saúde Coletiva.

marca a esfera da evolução do corpo biológico, ao passo que a adolescência compreende uma fase de evolução afetivo-emocional no indivíduo entre a sua infância e a vida adulta, na qual se inclui a puberdade.² As modificações corporais, o aparecimento de pêlos pubianos e axilares, o aumento de força muscular, a distribuição da gordura, a mudança da voz, o desenvolvimento dos seios, a primeira menstruação e a masturbação são elementos que exteriorizam as mudanças internas que muito acontecem nesta fase.³

Na finalização desses processos de mudança que ocorrem na puberdade, os corpos masculino e feminino se diferenciam de maneira bastante significativa, pois este processo de transformação física acontece devido a uma série de mecanismos hormonais responsáveis por um longo processo de modificações, apresentando um padrão diferente em ambos os sexos. Percebe-se, portanto, que mesmo se tratando da mesma fase de vida, a adolescência pode gerar conseqüências diferentes considerando a questão do gênero. Especificamente em relação ao sexo feminino, os primeiros sinais são o arredondamento dos quadris e o crescimento das mamas, juntamente com o surgimento dos pêlos púbicos. Ocorre também o crescimento do útero, da vagina, dos pequenos e grandes lábios e do clitóris, ocorrendo a menarca. Vale ressaltar que estes processos são produzidos de maneira lenta, tendo em média início entre os 10-11 anos e terminando pelos 14-16 anos de idade. Este fato mostra que o processo de mudança nas meninas acontece mais cedo e conseqüentemente termina mais rápido em comparação ao dos meninos.³

Em paralelo com estas mudanças físicas, surge o impacto desenvolvimental da puberdade, abrangendo reações psicológicas aos eventos destas mudanças. Em se tratando do gênero feminino especificamente, este tem suas atitudes e crenças acerca da primeira menstruação, denominada menarca, dependendo do contexto em que ela ocorra. Os pais têm papel fundamental neste acontecimento, pois, ao menstruar, a menina necessita de “pré-orientações” acerca do conceito e das mudanças ocorridas no seu corpo que está perdendo as características infantis para dar lugar à formação adulta. Neste sentido, algumas delas, por não terem estas orientações, ficam confusas e surpresas, enquanto outras têm uma reação mais positiva quando já possuem uma preparação.⁴

Estudos realizados por Cole e Cole⁴ enfatizam que as meninas que amadurecem fisicamente cedo são mais maduras tanto do ponto de vista psicológico quanto do ponto de vista social, do que aquelas que amadurecem fisicamente mais tarde. Contudo, os teóricos ainda ressaltam que este amadurecimento precoce tem também o seu lado negativo, pois pode prejudicar estas jovens por terem tido um fim, também precoce, da sua infância, devido a não estarem totalmente preparadas para enfrentar as mudanças hormonais e sociais que ocorrem, o que gera angústia e melancolia. Considerando ainda o âmbito psíquico, percebe-se uma definição da identidade sexual nesta fase da vida, tendo como conseqüência a experimentação e variabilidade de parceiros. O pensamento abstrato, ainda incipiente nas meninas desta faixa etária, faz com que se sintam invulneráveis, expondo-se a riscos sem prever suas conseqüências.

Na área social, Campos⁵ enfatiza que as adolescentes perdem direitos e privilégios de criança e começam a assumir direitos e responsabilidades de adulto, buscando seu papel na sociedade, sua identidade. Nesta formação de identidade incluem-se aspectos como o autoconceito e a auto-estima da adolescente, além do seu novo papel na sociedade. Neste contexto, Assis, Avanci, Santos e colaboradores⁶ realizaram um estudo no qual foi investigado o autoconceito e a auto-estima de adolescentes das escolas públicas e particulares de uma cidade do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de co-

nhecer a representação social que aqueles adolescentes fazem de si próprios, tendo como resultado uma visão muito positiva de si mesmos. Esses autores afirmam que tanto o autoconceito quanto a auto-estima são a base da representação social que a adolescente tem de si mesma, tornando-se fenômenos responsáveis por outros, como por exemplo, a vulnerabilidade à aids, pois adolescentes com baixa auto-estima desenvolvem mecanismos que provavelmente distorcem a comunicação de seus pensamentos e sentimentos, dificultando a integração social e conseqüentemente abalando sua representação do mundo ao seu redor.

Sendo a adolescência este período de desenvolvimento cognitivo, emocional, físico e social, freqüentemente caracterizado pela exploração e experimentação, é também o momento inicial de exploração da intimidade, da sexualidade e do desenvolvimento de autonomia. Ao ir aceitando sua genitalidade, a adolescente inicia a busca do parceiro de maneira tímida, porém intensa, dando início aos contatos íntimos que preenchem a sua vida sexual. Por essas razões é, simultaneamente, segundo Canavarro e Morgado,⁷ uma época de riscos, incluindo riscos cognitivos (distímias, depressão, ansiedade etc) e comportamentais (agressividade, uso de drogas, rebeldia etc), que podem levar à aquisição de novas vulnerabilidades, dentre elas a aids.

Para as meninas, a primeira relação sexual é relatada como dotada de grande expectativa, dando ênfase à problematização relativa à perda da virgindade, estando comumente interligada à perda do valor no mercado matrimonial e à categorização moral negativa.⁸

Neste mesmo sentido, Rieth⁹ enfatiza que as jovens elegem os namorados como parceiros ideais, ancorando o sexo no contexto de uma relação amorosa e preocupando-se com a reputação, aguardando a iniciativa dos homens de as pedirem em namoro. “*Essas concepções são compartilhadas tanto pelas jovens já iniciadas sexualmente, como pelas virgens*”. Estes aspectos demonstram o quanto as adolescentes femininas valorizam o amor romântico, o respeito e a reputação, que, desde crianças, aprendem segundo modelos sociais.

Assim sendo, a sexualidade é um aspecto relevante, pois é uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. Em decorrência, a jovem vem ocupando, nas últimas décadas, lugar de destaque no contexto de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e à aids, além de situações de gravidez indesejada e precoce. Este aspecto é confirmado por Taquette, Vilhena e Paula,¹⁰ quando relatam e comprovam nas suas pesquisas que na adolescência as relações sexuais têm sido iniciadas cada vez mais cedo e com um maior número de parceiros, o que contribui para aumentar a ocorrência das DST, incluindo a aids.

É importante salientar o crescente número de adolescentes infectadas pela aids nos últimos tempos, visto estarem incluídas num grupo de alta vulnerabilidade. Em uma pesquisa de Silveira, Béria, Horta e Tomasi,¹¹ realizada em Pelotas/RS, constatou-se que as mulheres acham impossível ou quase impossível contrair DST/aids, como resultado de comportamentos de risco, como não uso de preservativo nas relações sexuais, início das relações sexuais antes dos 18 anos de idade, uso de álcool ou drogas pelo parceiro ou pela mulher antes da última relação etc. Este aspecto foi encontrado também numa das pesquisas de Alves, Kóvacs e colaboradores,¹² em Maringá/PR, realizada com mulheres já infectadas pelo HIV, mas que negavam tal infecção, expondo-se a relações sexuais desprotegidas, podendo adquirir uma gravidez indesejada e uma possível reinfeção.

Percebe-se assim, o impacto social causado pela aids em consequência do aumento da incidência de casos, especificamente nas jovens adolescentes. Por ser esta fase de transição e conflitos, na qual o comportamento sexual e os padrões reprodutivos estão altamente susceptíveis a influências da sociedade, a adolescência torna-se um período mais vulnerável a contrair DST, e assim, a sexualidade ganha ampla conotação dentro do contexto sociocultural e biológico no qual está inserida. Estudos anteriores também têm demonstrado que a diminuição da idade de início das práticas sexuais, o aumento do número de parceiros e a ausência do uso de preservativos, aliados a hábitos socioculturais e crenças, apresentam-se como fatores relevantes da vulnerabilidade, dificultando a quebra da cadeia de transmissão da aids.

No tocante à aids, esta vulnerabilidade da população é determinada por uma série de circunstâncias, que podem ser ordenadas em fatores que envolvem os planos individuais, programáticos e sociais, tendo este último um papel de grande relevância, pois é nele que ocorre as formas de comunicação e difusão em que a aids é sempre o conteúdo principal.

Com o advento da *internet*, com a globalização e a pouca censura nos meios de comunicação de massa, surge um apelo sexual freqüente e precoce, levando os jovens a experiências ainda incompreendidas por eles. Os adolescentes desejam ser adultos, falando como adultos e querendo se comportar como tal e ter os privilégios da maturidade. Contudo, para o significado real do envolvimento sexual, falta-lhes a experiência e a responsabilidade, e a aids passa a ser uma das consequências desastrosas desta situação atual.

Assim, é atribuído à adolescência o seu despreparo inicial para compreender e desfrutar da sua sexualidade; o seu sentimento ilusório de proteção e poder sobre a vida, minimizando os seus riscos e a sua eventual baixa auto-estima, manifestação de conflitos emocionais, relacionamentos instáveis com a família, amigos e namorados, justamente no momento de cobrança e definição do seu papel a ser assumido na vida em sociedade. Ademais, existe uma série de dificuldades a serem enfrentadas para tomar decisões, definir a própria identidade, afirmar-se diante do seu grupo e contemporizar a satisfação do desejo com a sua permissão social. Todos esses fatores influem diretamente na adoção ou não de hábitos saudáveis para a prevenção das DST e do HIV/aids. É primordial, portanto, promover e fortalecer a participação ativa da juventude no processo de sua educação.

Neste contexto, como base para este estudo, recorreu-se à teoria das Representações Sociais, pela sua importância na análise de aspectos psicossocioculturais que permeiam o processo saúde/doença e as práticas sociais relativas ao mesmo, bem como pelos atos de comunicação social e fenômenos coletivos que contribuem para a formação de condutas e de normas que regem o pensamento social. A teoria das Representações Sociais torna-se um fio condutor neste estudo, pois por intermédio dela tem-se a noção de como as jovens adolescentes apreendem estas informações que circulam pela mídia e demais veículos de comunicação; aspectos de essencial importância na formação das suas representações.

Partindo desses pressupostos, o presente estudo tem como objetivo apreender a Representação Social das adolescentes do gênero feminino acerca da sexualidade e da aids. Este fato envolve a jovem em sua totalidade, no seu autoconceito, na sua forma de agir e reagir diante do sexo e da aids, no destemor ou medo, nos estereótipos e preconceitos, nas noções que estão subjacentes, organizações interpretativas que orientam, justificam e determinam condutas e comunicações.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi não-probabilística, intencional e acidental, constituída de 110 adolescentes, do sexo feminino, com idade entre 12 e 19 anos, inseridas no contexto escolar, sendo 60 de escolas públicas e 50 de escolas privadas, localizadas na cidade de João Pessoa/PB.

Instrumento

Na coleta dos dados foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras, que consiste num tipo de investigação aberta, estruturada na evocação de respostas dadas com base em um ou mais estímulos indutores. Utilizaram-se como estímulos as palavras: eu mesmo (1); adolescência (2); sexualidade (3); aids (4) e prevenção (5), nesta ordem. Esta técnica permite a evidência de universos semânticos de palavras que agrupam determinadas populações, ou ainda, permite a utilização de elementos implícitos ou latentes que seriam perdidos ou mascarados nas produções discursivas.¹³ É importante ressaltar que este instrumento já foi validado em Pesquisas de Representações Sociais.¹⁴

Procedimento de coleta de dados

Inicialmente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CCS (Centro de Ciências da Saúde) da UFPB, com o intuito de seguir os parâmetros éticos, tendo como base a Resolução nº 196/96 e recebendo parecer aprovado. Após autorização por escrito da diretoria das escolas, a pesquisa foi apresentada aos alunos que primeiramente foram informados acerca do estudo e esclarecidos quanto ao caráter voluntário da sua participação, sendo solicitados a assinarem um termo de consentimento e, em seguida, foi iniciada a aplicação do instrumento de maneira coletiva por dois pesquisadores, previamente treinados e qualificados. É válido mencionar que não foi verificada nenhuma recusa por parte dos adolescentes em participar da presente pesquisa.

Antes da aplicação dos estímulos já mencionados, foi feita uma simulação utilizando um exemplo, com o intuito de familiarizar as participantes com a funcionalidade do instrumento. Em seguida, foi apresentado o 1º estímulo indutor, seguindo-se a questão, “o que lhe vem à mente (cabeça) quando digo a expressão eu mesmo? Fale as primeiras palavras que, para você, lembram características suas”. O mesmo procedimento foi utilizado nos outros quatro estímulos (2 – adolescência, 3 – sexualidade, 4 – aids e 5 – prevenção).

Análise dos dados

Os dados coletados foram processados por meio do *software Tri-Deux-Mots*, método desenvolvido por Cibois,¹⁵ versão 2.2, que permite a visualização gráfica tanto das variáveis fixas (idade e tipo de escola) como das variáveis de opinião, crenças, estereótipos, enfim, o conhecimento prático, enunciado pelos participantes diante dos estímulos indutores e analisados pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

O princípio básico da AFC consiste em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos do campo representacional, ou seja, os conteúdos apreendidos nos discursos das adolescentes diante dos estímulos indutores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

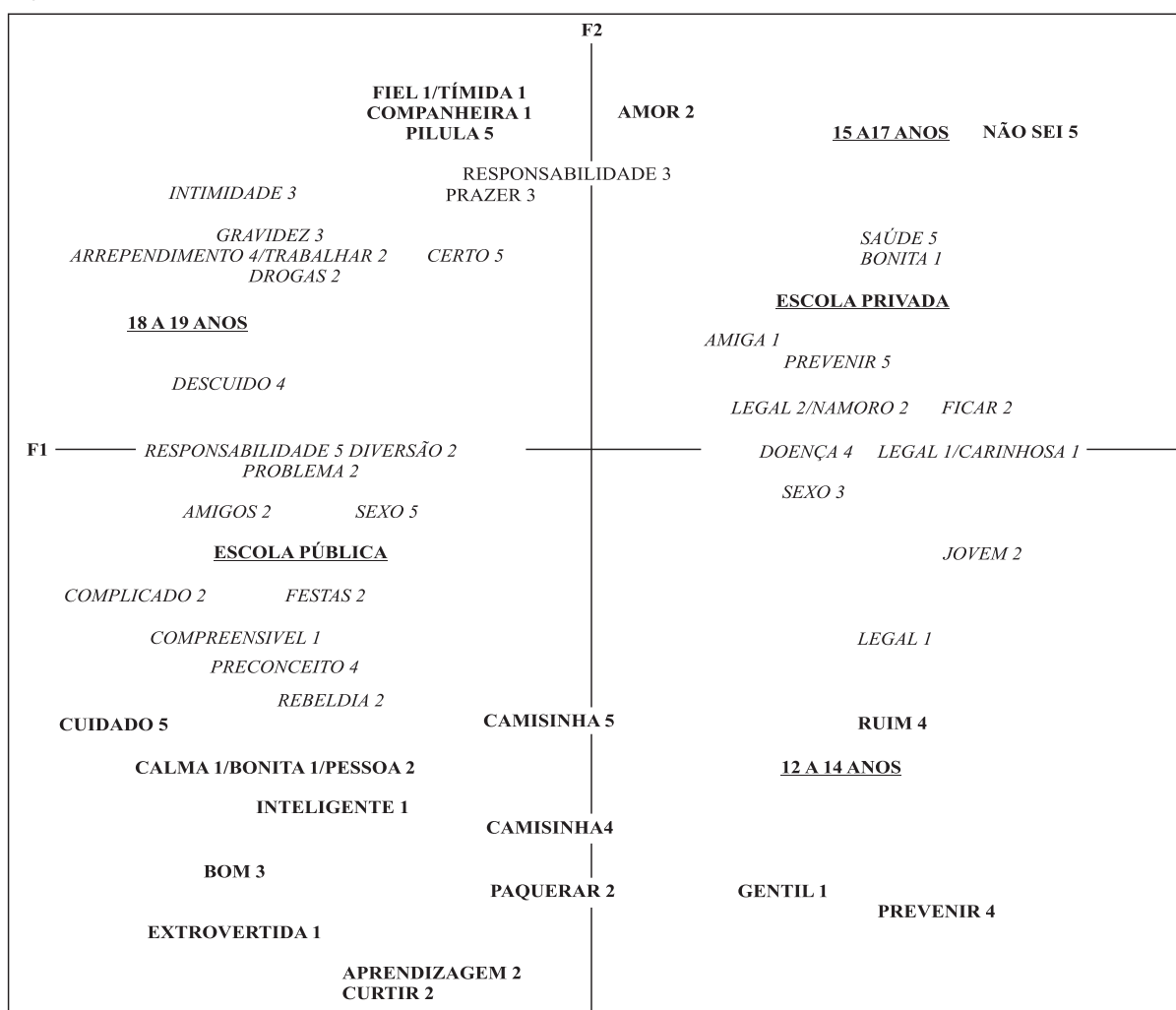
Os resultados coletados por meio do teste de associação livre de palavras, enquanto instrumento de apreensão de significados do conhecimento prático, possibilitaram, com as variáveis fixas, a emersão de campos semânticos sobre a auto-imagem, adolescência, sexualidade, AIDS e prevenção, conforme pode ser observado no plano fatorial, pelos dois fatores nele contemplados (F1 e F2).

O Fator 1 (F1) na linha horizontal, em itálico, é o de maior poder explicativo, com 59,8% da variância total das respostas. O fator 2 (F2), na linha vertical, em negrito, possui 24% da variância total das respostas. Na totalidade, os dois fatores têm poder explicativo de 83,8% de significância, possuindo, portanto, parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade,

tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das Representações Sociais.¹⁶

Observa-se no lado esquerdo do gráfico, em itálico, o campo semântico referente ao estímulo 1 – eu mesmo – elaborado pelas adolescentes de escolas públicas com idades entre 18 e 19 anos que fizeram emergir por meio de suas falas apenas a palavra *compreensível*. Já para as adolescentes de escolas privadas, observado no lado direito, também em itálico, elas se representaram como *amiga, bonita, legal e carinhosa*, aspectos ausentes na auto-imagem das adolescentes de escola pública. Contudo, percebe-se que a representação de si mesmas, em ambos os grupos, reflete uma auto-estima elevada, sendo um aspecto positivo na vida destas meninas, pois, supõe-se que se amem mais e conseqüentemente se cuidem mais.

Gráfico 1 – Representações Sociais de adolescentes do gênero feminino – eu mesmo(1), adolescência(2), sexualidade(3), Aids(4) e prevenção(5)



LEGENDA

PLANO FATORIAL		VARIÁVEIS DE OPINIÃO	
		Estímulos Indutores	
F1 – Eixo Horizontal a esquerda e direita, itálico.		1 = Eu Mesmo 2 = Adolescência	
F2 – Eixo Vertical superior e inferior, negrito.		3 = Sexualidade 4 = Aids 5 = Prevenção	
VARIÁVEIS FIXAS			
Faixa etária		Tipo de escola	
12 a 14 anos - em negrito, sublinhado.		Escola pública - em negrito, sublinhado	
18 a 19 anos - em negrito, sublinhado.		Escola privada - em negrito, sublinhado	

A Representação Social das adolescentes do gênero feminino, acerca de si mesmas, comprova que agrupamentos sociais se diferenciam e se representam de acordo com traços identificatórios sexuais, além de outros como raciais, nacionais, éticos etc. As adolescentes expressaram como marca identitária a subjetividade, quando se autoconceituaram como legal, amiga, compreensível e carinhosa. Esta representação reflete a sensibilidade considerada uma virtude feminina, não facilmente encontrada nos homens.

Esta distinção de gênero relacionada à representação de si mesmo, é enfatizada por Adelman e Silvestrin,¹⁷ como um choque de subjetividades que se expressa em expectativas e disposições diferentes e na exploração do repertório emocional das mulheres, que se mantém numa situação de vulnerabilidade afetiva, na medida em que se entregam à tarefa de satisfazer as necessidades afetivas dos outros, num contexto de falta de reciprocidade

No segundo fator (F2), representado pela linha vertical, a idade entre 15 e 17 anos na parte superior, e 12 e 14 anos, na parte inferior, não considerando o tipo de escola. As adolescentes entre 15 e 17 anos se “auto representam” como *fiel, tímida e companheira*. Já aquelas entre 12 e 14 anos se caracterizam como *calma, bonita, inteligente, gentil e extrovertida*.

Considerando a idade, os dados coletados demonstraram que as adolescentes mais velhas (15 a 17 anos) se representaram demonstrando autoconfiança em comparação às mais jovens. Este dado, de acordo com Outeiral,¹⁸ enfatiza que o final da adolescência tem como parâmetro a aquisição de uma maior estabilidade no que diz respeito à identidade, aos relacionamentos e ao humor, podendo haver ainda a possibilidade de escolha de uma profissão, em busca da independência econômica, e da consolidação da sexualidade.

Já as adolescentes entre 12 e 14 anos se representaram como pessoas que encaram a vida de maneira mais lúdica, demonstrando nitidamente a fase de transição que estão vivenciando, fator que demonstra a necessidade de um apoio familiar e escolar. Observa-se neste período, a valorização da família e da escola como uma fonte de apoio social, conceituado por Pietrukowicz,¹⁹ como um processo de interação entre pessoas ou grupos, que por meio do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, contribuindo para o bem-estar físico e mental.

O conceito de si mesmo constitui um dos elementos integrantes da identidade pessoal, sendo não apenas um conceito, mas um conjunto de representações, de juízos descritivos e valorativos a respeito do próprio sujeito. Em pesquisa realizada por Assis, Avanci e colaboradores,⁸ sobre a Representação Social do ser adolescente, foram encontrados resultados semelhantes, ou seja, os dados indicaram que os adolescentes têm uma visão muito positiva de si próprios, conjugando a idéia de alegria/bom humor/extroversão e satisfação com o corpo, a despeito da visão que os adultos e a sociedade em geral têm deles.

De acordo com Andrade,²⁰ a identidade é um conjunto de representações, sentimentos e opiniões que o sujeito tem sobre si mesmo. Para tanto, o sujeito constrói seu lugar e assume suas posições na sociedade pela apropriação da cultura e das instituições sociais mediadas pelo outro. Neste sentido, pode-se enfatizar que a identidade destas adolescentes se forma no jogo das relações sociais na medida em que estas se apropriam de regras, valores, normas e formas de pensar de sua cultura.

Em relação ao estímulo indutor 2 – adolescência – as adolescentes da escola pública a representaram como *fase de diversão, drogas, amigos, festas, trabalho e complicada*. A adolescência foi representada pelas jovens de escolas privadas como uma fase do desenvolvimento *legal*, que é boa para *ficar e de namoro*, pois é vista como uma fase *jovem*. Verifica-se, com estas representações, que a adolescência é ancorada como uma fase que oferece prazer, diversão, malícia, liberdade, riscos e aventuras, demonstrando-se socialmente imatura, tanto para a sexualidade, quanto para a responsabilidade social. Estes aspectos demonstram a vulnerabilidade social em que as jovens se encontram, pois, de acordo com Strauch,¹ as adolescentes não apenas se sentem atraídas pelo risco, mas esse comportamento é uma evolução natural e necessária em seu desenvolvimento.

Esta maneira de representar a adolescência, ancorada ao namoro e ao ficar, são questões cada vez mais abordadas nos estudos sobre relacionamentos afetivos na adolescência. Este dado demonstra a construção social do relacionamento amoroso das adolescentes, tomando como perspectiva que, em cada época, conforme enfatiza Silva,² as manifestações sexuais e amorosas, proclamadas como ideais ou não, também são reflexo das transformações sociais e culturais que os indivíduos vivem.

Levando em consideração o fator 2, nas adolescentes entre 15 e 17 anos, verificaram-se neste mesmo estímulo, representações como *amor* no seu discurso, enquanto aquelas entre 12 e 14 anos representaram esta fase como um período de *curtir, paquerar*, mas também um período de *aprendizagem*, aspectos que retratam a adolescência como um período de grandes conflitos e descobertas. Por essa apreensão pode-se supor que as adolescentes, à medida que amadurecem, vão modificando sua forma de pensar, encarando a adolescência não mais como algo tão superficial, como a curtidão e a paquera, mas considerando um sentimento mais profundo quando fazem emergir o amor como forma de representar esta fase. Em contrapartida, estas jovens, mesmo dando pouca ênfase, também expressaram a aprendizagem como forma de representar esta fase. Supõe-se que a aprendizagem emergiu, por essa fase ser o início da preparação para o vestibular, bem como um período de descobertas.

No fator 1, emergem os elementos relacionados ao terceiro estímulo indutor – sexualidade – em cujas representações entre adolescentes de escolas públicas emergiu a sexualidade objetivada a *intimidade e gravidez*. Já para as meninas das escolas privadas, a sexualidade foi representada apenas com o surgimento da palavra *sexo*. Este aspecto demonstra uma preocupação por parte das adolescentes das escolas públicas acerca da gravidez, cujo conteúdo foi ausente na representação das meninas estudantes das escolas privadas. Talvez esta preocupação esteja relacionada à vivência tão presente de um aumento na taxa de natalidade da classe socioeconômica na qual estão inseridas estas garotas.

Com relação ao fator 2, observou-se que as meninas entre 15 e 17 anos representaram a sexualidade como *prazer e responsabilidade*, enquanto as com idades entre 12 e 14 anos fizeram emergir apenas a palavra *bom*, como forma de representar a sexualidade. Mais uma vez, pode-se perceber o fator maturidade, pois considerando a idade, aquelas garotas mais “velhas” representam a sexualidade como algo que gera prazer, que é gostoso, mas também evidenciam a necessidade de se ter responsabilidade, aspecto inexistente na representação das meninas com menos idade.

O quarto estímulo indutor – aids – foi representado pelas adolescentes de escolas públicas e com idades entre 18 e 19 anos, como *descuido, arrependimento e preconceito*. As das escolas privadas fizeram emergir apenas a palavra *doença*. Já as adolescentes entre 12 e 14 anos, independentemente da escola, representaram a aids como algo *ruim*, e que necessita de *camisinha*. Nas adolescentes entre 15 e 17 anos não houve respostas significativas referentes a este estímulo. Verificou-se aqui, que as adolescentes de escolas públicas ancoram a aids ao arrependimento, como entendimento de que contrair aids é um caminho sem volta, tendo ainda como fator a objetivação do preconceito da sociedade para com as pessoas infectadas. Esta representação leva a supor que estas meninas têm informações necessárias para se prevenir contra a aids, visto terem citado no seu discurso a camisinha, além de demonstrarem entendimento acerca de suas conseqüências. Contudo, mesmo com este grau de informação, as pesquisas vêm demonstrando que o índice de jovens adolescentes com AIDS vem crescendo a cada dia. Uma das causas mencionada na literatura é o início sexual cada vez mais precoce, que, como afirma Candungo,²³ aliada à curiosidade pelas drogas, à gravidez na adolescência, à não adesão aos métodos contraceptivos e à afirmação grupal, os deixa cada vez mais suscetíveis aos riscos para as DST/aids.

Fazendo referência ao quinto estímulo indutor – prevenção – as adolescentes de escolas públicas, com idades entre 18 e 19 anos, a representaram como algo ligado ao *sexo, responsabilidade* e que *é certo*. As adolescentes de escolas privadas citaram as palavras *saúde e prevenir*, para representar a prevenção. Observou-se aqui que todas as adolescentes representam a prevenção como algo positivo e certo, contudo verificou-se algo mais profundo quando trazem a responsabilidade como fator preponderante neste contexto, demonstrando que a prevenção é um fator não só social, mas também uma opção individual.

No Fator 2 verificou-se que as adolescentes entre 15 e 17 anos representaram a prevenção como *pílula* e outras não souberam opinar. Já as com idades entre 12 e 14 anos fizeram emergir a *camisinha* como forma de prevenção. Assim, pode-se supor que todas as meninas aqui estudadas demonstraram uma preocupação não apenas direcionada às DST, quando afirmaram a importância do uso da camisinha, mas também a preocupação de uma possível gravidez, pois tanto no estímulo sexualidade quanto no estímulo prevenção, a gravidez e a pílula emergiram significativamente.

As variáveis de opinião que emergiram demonstraram a importância e a necessidade da prevenção das DST/aids, tendo como segurança a camisinha e, como conseqüência, a preservação da saúde. Os dados demonstram que as adolescentes fazem referência à prevenção como uma espécie de segurança pessoal, tendo conhecimento da necessidade de colocá-la em prática. Entretanto, em estudos desenvolvidos por Val,²⁴ acerca dos fatores relacionados à aids entre os estudantes do Ensino Médio, ou seja, adolescentes, os resultados demonstraram que as jovens têm certa distorção do que é realmente a prevenção da aids, tendo em vista que 50,6% das estudantes investigadas têm dúvidas de que a masturbação mútua seja uma prática sexual segura; a maioria tem conhecimentos corretos relacionados à aids, porém 50,5% ainda acreditam, erroneamente, que a doação de sangue pode contaminar o doador; 62,3% referem utilizar o coito interrompido na prevenção da aids e 30,4%, a pílula anticoncepcional; 53,2% consideram não correr nenhum risco ou pequeno risco para a aids, dentre outras questões que demonstram o grau de vulnerabilidade das jovens às DST/aids.

Esta lacuna existente entre o nível de conhecimento e a prática efetiva da prevenção também é demonstrada numa pesquisa de Taquete, Vilhena e Paula,¹⁰ cujos resultados comprovaram que os adolescentes em geral sabem que o preservativo evita doenças e gravidez, mas mesmo assim não o usam. Neste estudo, a juventude apontou numerosas justificativas para não usar a camisinha no momento do ato sexual, tais como esquecimento, custos e desprazer na relação sexual.

Os resultados apreendidos por meio do Teste de Associação Livre de Palavras demonstraram que as Representações Sociais acerca da sexualidade e conseqüentemente da aids e sua prevenção encontram-se incorporadas principalmente ao prazer (busca natural nesta fase) e nas formas de contágio mais difundidas pelas campanhas, no caso a via sexual e as drogas.

O estudo de fenômenos sociais, como a sexualidade e a aids, permite contemplar, pela teoria das Representações Sociais, não apenas os saberes científicos a este respeito, como também o conhecimento elaborado espontaneamente no convívio social, que determina o pensamento social e as condutas das adolescentes diante deste fenômeno, no seu grupo de pertença e na sociedade de um modo geral. Neste sentido, verificaram-se contradições, similaridades, cognição, afeição, emoções, racionalidade e muitas outras condições que estão presentes no cotidiano das adolescentes e que podem torná-las mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids.

Dito de outra forma, os dados apreendidos entre estas jovens, acerca deste fenômeno, perpassam por conhecimentos do senso comum que intercalam com o instruído, de modo que a prática, enquanto multiplicador de atitudes preventivas, faz-se presente no conhecimento elaborado e compartilhado por este grupo de pertença.

Por meio destes resultados, pôde-se perceber que essa dinâmica que ocorre com o indivíduo nesta fase da vida está em constante interação com o meio, seja com a família, seja com a sociedade mais ampla.² Desta forma, os acontecimentos que são observados e vivenciados pela adolescente no seu meio social são de fundamental importância, pois exercem uma influência direta na formação de sua identidade sexual, bem como na consolidação de sua personalidade.

CONCLUSÃO

No desenvolvimento da presente pesquisa, pretendeu-se verificar as representações sociais da sexualidade e da aids, elaboradas e compartilhadas por adolescentes do gênero feminino que estudam em escolas públicas e privadas, como também compreender os diversos aspectos psicossociais relacionados a esta fase do desenvolvimento, com o intuito de contribuir para um melhor conhecimento do senso comum referente à sexualidade da adolescente feminina.

Os dados obtidos revelaram as representações sociais das adolescentes do gênero feminino acerca da sexualidade e da aids, tendo uma associação com a prevenção desta doença na adolescência, ou seja, abordando questões da vulnerabilidade ao HIV/aids, levando-se em consideração os elementos das suas esferas cognitiva, afetiva e social.

Assim, os resultados demonstram que a aids está incorporada nos universos cognitivos e afetivos das jovens, que é apreendida a partir de símbolos e significados que compõem suas relações sociais e que articular representações sociais, relações de gênero,

vulnerabilidade e práticas de prevenção da aids é se defrontar com um todo não homogêneo, em que estão expressas contradições, similaridades, cognição, afeição, emoções, racionalidade e muitas outras condições que estão presentes no cotidiano das jovens adolescentes e que as tornam mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

Mesmo sendo observado, nesta pesquisa, que as adolescentes têm conhecimento da aids e de suas formas de prevenção, deve-se levar em conta a importância dos programas de prevenção do HIV, devendo estes considerar aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais que interferem de maneira consistente na vulnerabilidade das jovens adolescentes diante desta doença, e não apenas gerar meios de informações flutuantes e sem ligação com a realidade vivida por alguns jovens. Este aspecto é esclarecido por Vieira, Guimarães e colaboradores,²⁵ quando enfatizam a necessidade do desenvolvimento de novas estratégias de intervenção dirigidas especialmente aos adolescentes em condições desfavoráveis de vida, os quais constituem o segmento populacional de maior vulnerabilidade às DST e à aids.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvajal G. Tornar-se adolescente: A aventura de uma metamorfose. Uma visão psicanalítica da adolescência. (2ª edição). São Paulo: Cortez; 2001.
- Waideman MC. Adolescência, Sexualidade, Aids. 2ª Ed.. São Paulo: Arte e Ciência; 2003.
- Coll C, Palácios J, Marchesi A. Desenvolvimento Psicológico e Educação – Psicologia Evolutiva. Vol. 1 Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Cole M & Cole SR. O desenvolvimento da criança e do adolescente. Tradução: Magda França Lopes. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Campos MD. Psicologia da Adolescência. Petrópolis: Vozes; 2001.
- Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção de saúde. V8 n.3 Cia. Rio de Janeiro: Saúde Coletiva; 2003
- Canavarro MC, Pereira M, Morgado LM. A adolescência, a mulher e a SIDA; 2000.
- Heilborn ML. Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.
- Rieth F. A iniciação sexual da juventude de mulheres e homens. Horizontes Antropológicos. 2002; 8(17): 77-91.
- Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gênero: Um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2004; 20(1): 282-290.
- Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. Rev Saúde Pública 2002; 36(6): 670-7.
- Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev Saúde Pública 2002; 36(4 Supl): 32-9
- Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In MASP Moreira & Oliveira DC (Orgs.). Estudos disciplinares de representações sociais. Goiânia: AB; 1998.
- Di Giacomo, JP. Alliance et rejets intergroupes au sein d'un mouvement de revendication. In: W. Doise & A Palmonari (eds) L'étude des représentations sociales, Paris: Delchoux & Niestle; 1986. p.118-138
- Cibois Ph. L'analyse factorielle Paris: PUF, Colecion "Que sais-je?", 1990.
- Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Moreira ASPM, Jesuino JC. Representações Sociais – Teoria e Prática. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003.
- Adelman M, Silvestrin CB. Gênero Plural. Curitiba: UFPR, 2002.
- Outeiral J. Adolescer: estudos revisados sobre adolescência. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- Pietrukowicz LC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
- Andrade MFSS. A Identidade como a representação e a representação como Identidade. In: MASP Moreira & Oliveira DC (Orgs.). Estudos disciplinares de representações sociais. 2ª Ed. Goiânia, Gia: AB, 2000. p. 141 – 149.
- Strauch B. Como entender a cabeça dos adolescentes. Tradução de Deyse Batista. Rio de Janeiro: Campus, 2003.
- Silva SP. Considerações sobre o relacionamento amoroso entre adolescentes. Cad. Cedes, Campinas 2002; 22(57): 23-43.
- Candungo G. Infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids: conhecimento e crenças acerca dos riscos entre estudantes de nível médio de Lubango, Angola-África. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2005.
- Val LF. Estudo dos fatores relacionados à aids entre estudantes do Ensino Médio. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo: São Paulo; 2001.
- Vieira MAS, Guimarães EMB, Maria ABMA. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. DST – J bras Doenças Sex Transm 2004; 16(3): 77-83.

Endereço para correspondência:

REGINA LÍGIA WANDERLEI DE AZEVEDO

Endereço: Rua Rosa Lima dos Santos, 132, Apt. 201. Bancários João Pessoa/PB CEP: 58051-590

Tel: 55 083 3235-8274 / 8804-6072

E-mail: regina.azevedo@gmail.com

Recebido em: 17/11/2006

Aprovado em: 13/01/2007