

Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de AIDS*

Epidemiological expression of other sexually transmitted diseases among AIDS patients

Elucir Gir**, Geraldo Duarte***, Roberto Martinez****, Tokico Murakawa Moriya**, José Fernando de Castro Figueiredo****, João Carlos da Costa****, Alcyone Artioli Machado****

GIR, E. et al. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de AIDS. *Rev. Saúde Pública*, 28:93-9, 1994. Objetivou-se avaliar a frequência de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) em pacientes portadores de AIDS, identificando-se suas associações epidemiológicas e possíveis relações com as categorias de exposição ao vírus. Os dados foram coletados dos prontuários médicos, identificando-se as DST com base em dados de anamnese, exame físico e exames laboratoriais. Dos portadores de HIV/AIDS, atendidos no hospital estudado, de janeiro de 1986 a janeiro de 1992, 207 constituíram a amostra estudada. Dos pacientes estudados, 88 (42,5%) apresentaram alguma DST e 119 (57,5%) não, resultando proporção de pacientes com DST/pacientes sem DST igual a 0,7. As DST mais prevalentes foram hepatite B (33, 3%), sífilis (30, 3%) e gonorréia (12, 9%). Quanto às categorias de exposição dos indivíduos ao HIV, a mais prevalente foi a sanguínea (44, 9%), seguida pela sexual (21, 3%), sexual e sanguínea (17, 9%) e indeterminada em 15, 9%. Comparando particularmente as categorias de transmissão sexual e sanguínea do HIV e a presença de outras DST, estas foram significativamente mais frequentes nos casos cuja categoria de exposição referida foi a sexual.

Descritores: Doenças sexualmente transmissíveis, epidemiologia. Síndrome de imunodeficiência adquirida, complicações. Fatores de risco.

Introdução

O século XX assistiu a grandes progressos da humanidade em sua luta contra as doenças transmissíveis, podendo afirmar-se que foi, em grande parte, graças aos mesmos que a população mundial passou de 1, 6 bilhão, em 1900, para aproximadamente 6 bilhões, em 1990 (Montagnier¹⁸, 1991). Antimicrobianos, vacinas, novos métodos de higienização permitiram

a redução de muitas dessas enfermidades, como por exemplo, a raiva, a febre tifóide, a poliomielite, o tétano e a varíola. Entretanto, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) recrudesceram a partir dos anos 60, assumindo características de sério problema de saúde pública.

Segundo Belda² (1985), até a década de 50, pequeno número de doenças infecciosas era reconhecido como de transmissão sexual, salientando a sífilis, a gonorréia, o cancro mole, a donovanose e o linfogranuloma venéreo. A partir dos anos 60 novos patógenos foram também responsabilizados e implicados como de transmissão sexual, entre eles a *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* e vírus da hepatite B (HIV).

Na década de 80, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) veio integrar a lista das DST, agravando os problemas já existentes na medida em que a forma mais comum de transmissão, na maioria dos países, é a relação sexual com penetração e ejaculação em coito não protegido (Glaser¹⁰, 1991).

* Apresentado no IV Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e 1º Simpósio Internacional de Vícias Genitais e VIH. Salvador-BA, 1992.

** Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, SP - Brasil

*** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, SP - Brasil

**** Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto, SP - Brasil

Separatas/Reprints: E. Gir - Av. Bandeirantes, 3900 - 14040-902 - Ribeirão Preto, SP - Brasil

Edição subvencionada pela FAPESP. Processo 94/0500-0

Devido às particularidades na forma de transmissão e seu aspecto incurável e letal, a AIDS tem assumido caráter prioritário, relegando as demais DST a planos secundários (Cruz Rios⁷, 1991).

Evidências clínicas e razões teóricas sugerem que algumas DST podem facilitar a transmissão sexual da infecção pelo HIV, atuando como fator de risco, devido ao aumento da capacidade do portador de HIV infectar outras pessoas. A maioria das DST provoca inflamação e/ou ulceração genital da pele ou mucosas, facilitando assim a disseminação do HIV (Ahrtag¹, 1989).

Associadas ao reconhecimento da possibilidade de transmissão sexual de um grande número de microrganismos, ressaltam-se profundas modificações no comportamento sexual das pessoas, o que contribuiu sobretudo para alterar de maneira significativa o quadro dessas doenças, tanto nos seus aspectos epidemiológicos quanto nos clínicos-laboratoriais (Duarte⁸, 1989).

O objetivo do presente estudo foi avaliar a frequência de outras DST em pacientes infectados pelo HIV, atendidos em hospital localizado em Ribeirão Preto, SP, identificando suas associações epidemiológicas e possíveis relações com as categorias de exposição ao vírus.

Casuística e Metodologia

De janeiro de 1986 a janeiro de 1992 foram atendidos 916 indivíduos infectados pelo HIV no hospital estudado. Destes, 630 (68, 8%) foram identificados como tendo AIDS, grupo IV, e 286 (31, 2%) nos grupos I, II ou III, segundo classificação do Centers for Disease Control⁴, 1986.

Dos pacientes com AIDS (grupo IV), 392 (62, 2%) foram a óbito nos anos de 1990 a 1991, dos quais 207 (52, 8%) constituíram a amostra do presente trabalho. Considerou-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 15 anos e ter falecido nos anos de 1990 ou 1991.

A investigação foi do tipo retrospectiva e a coleta de dados realizada a partir dos prontuários médicos. Foram identificados os aspectos referentes a: 1. *Identificação Pessoal*: sexo, idade, procedência, estado civil; 2. *AIDS*: fator de risco, categoria de exposição (sexual, sanguínea, sexual/sanguínea, indeterminada), setor do hospital em que foi prestado o primeiro atendimento e tempo de evolução até o óbito; 3. *Aspectos relacionados às outras DST*: sífilis,

gonorréia, linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado, herpes genital, hepatite B, cancro mole e uretrite não gonocócica (UNG), buscando registros que informassem se os pacientes já haviam manifestado algumas dessas doenças anteriormente, independente de ser antes ou após a infecção pelo HIV. Como o atendimento clínico foi prestado por uma mesma equipe considerou-se os dados de prontuário de uniformidade satisfatória.

Foram considerados como antecedentes positivos quando havia alguma referência do paciente sobre o diagnóstico prévio de DST, dados do exame físico e de resultados de exames laboratoriais positivos. Esses aspectos foram avaliados isoladamente ou em associação.

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando-se frequências absolutas e relativas e o teste de significância X^2 para averiguar-se associação entre algumas variáveis.

Resultados e Discussão

Dos 207 pacientes avaliados, 172 (83, 1%) eram do sexo masculino e 35 (16, 9%) do sexo feminino, correspondendo a uma proporção 5:1. A idade em que ocorreu o óbito variou de 15 a 61 anos. Verificou-se que 101 pacientes (48, 8%) pertenciam à faixa de 20 a 29 anos e 67 (32, 4%) à faixa de 30 a 40 anos.

No Brasil, dos 34.881 casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde¹⁷ (1993), correspondentes ao período de 1980 a fevereiro de 1993, a razão entre os sexos masculino e feminino é de 6:1 e a faixa etária predominante de 25 a 34 anos (42, 1%), sendo as subsequentes de 35 a 39 anos (15, 8%) e de 20 a 24 anos (12, 0%). Tais dados indicam que as características dos pacientes do hospital estudado são, em geral, correspondentes aos dados do Ministério da Saúde, ressaltando-se entretanto que constam como notificados nesse órgão apenas 446 casos em Ribeirão Preto, até fevereiro de 1993, o que vem denotar o sub-dimensionamento dos dados do citado Ministério. Mesmo com este sub-dimensionamento, Ribeirão Preto apresenta o quinto maior coeficiente de incidência por 100.000 habitantes entre as cidades brasileiras.

Quanto ao estado civil, 75,8% dos indivíduos eram solteiros, e em proporções decres-

centes tem-se a condição casado, mencionada em 16,4%, e as condições viuvez, desquitado, divorciado e amasiado totalizando 7,7% dos casos. Esses dados são difíceis de serem avaliados, pois implicam profunda análise sociológica. O baixo percentual de pessoas casadas, nesta casuística, pode induzir ao raciocínio equivocado de que pessoas com esse tipo de vínculo tenham menos AIDS. Uma avaliação mais aprofundada e específica se faz necessária para dirimir essas dúvidas, uma vez que no cotidiano profissional vivencia-se muitas situações reveladoras de infidelidade conjugal, configurando situações de elevado risco para a infecção pelo HIV.

No que se refere à procedência, observou-se que 146 pacientes (70,5%) eram de Ribeirão Preto, 56 (27,1%) de outras cidades do Estado de São Paulo e 5 (2,4%) oriundos de outros Estados brasileiros. Esses números refletem o papel terciário do hospital estudado, atendendo pessoas do município, de outras regiões e até de outros estados. Esses encaminhamentos mui-

tas vezes se fazem por absoluta falta de suporte hospitalar em outras regiões e por ser Ribeirão Preto um centro relativamente diferenciado no atendimento específico desses pacientes, justificando o elevado número de pacientes em estado precário de saúde nesta casuística.

Quanto aos fatores de risco (Tabela 1), o mais prevalente foi a utilização de droga endovenosa (EV) alcançado 39,6%, seguido por droga EV + promiscuidade sexual (10,7%), homossexualidade + promiscuidade sexual (8,7%) e transfusão sanguínea (3,9%). Em um número de casos relativamente elevado (33 ou 15,9%) o fator de risco não pode ser determinado, por insuficiência de dados nos prontuários médicos ou em decorrência do mau estado geral do paciente no momento do atendimento.

As características epidemiológicas da presente casuística apontam no sentido de que a transmissão sanguínea, decorrente da utilização de droga EV, é principal forma de transmissão em nosso meio como fator isolado (39,6%),

Tabela 1 - Distribuição de 207 casos de AIDS atendidos em hospital de Ribeirão Preto, SP, segundo fator de risco.

Fator de Risco	Total	
	Nº	F(%)
Usuário de droga EV	82	(38,6)
Usuário de droga EV + promiscuidade sexual	22	(10,7)
Homossexual + promiscuidade sexual	18	(8,7)
Transfusão sanguínea	8	(3,9)
Promiscuidade sexual	6	(2,9)
Bissexual + usuários de droga EV + promiscuidade sexual	5	(2,4)
Homossexual + parceiro anti-HIV positivo	4	(1,9)
Promiscuidade sexual + relação com prostitutas	4	(1,9)
Usuários de droga EV + presidiário	4	(1,9)
Parceiro(a) anti-HIV positivo	3	(1,4)
Bissexual + promiscuidade sexual	3	(1,4)
Presidiário	2	(1,0)
Usuário de droga EV + parceiro(a) anti-HIV positivo	2	(1,0)
Homossexual + usuário de droga EV	2	(1,0)
Relação com prostitutas	1	(0,5)
Usuário de droga EV + transfusão sanguínea	1	(0,5)
Parceiro sexual usuário de droga EV	1	(0,5)
Homossexual + promiscuidade sexual + usuário de droga EV	1	(0,5)
Relação sexual com prostitutas + parceiros(a) anti-HIV	1	(0,5)
Homossexual + transfusão sanguínea	1	(0,5)
Promiscuidade sexual + transfusão sanguínea + parceiro(a) anti-HIV positivo	1	(0,5)
Homossexual + promiscuidade sexual + parceiro(a) anti-HIV positivo	1	(0,5)
Parceiro sexual promiscuo	1	(0,5)
Promiscuidade sexual + transfusão sanguínea	1	(0,5)
Não consta no prontuário	17	(8,2)
Indeterminado	16	(7,7)
Total	207	(100)

EV - Endovenosa

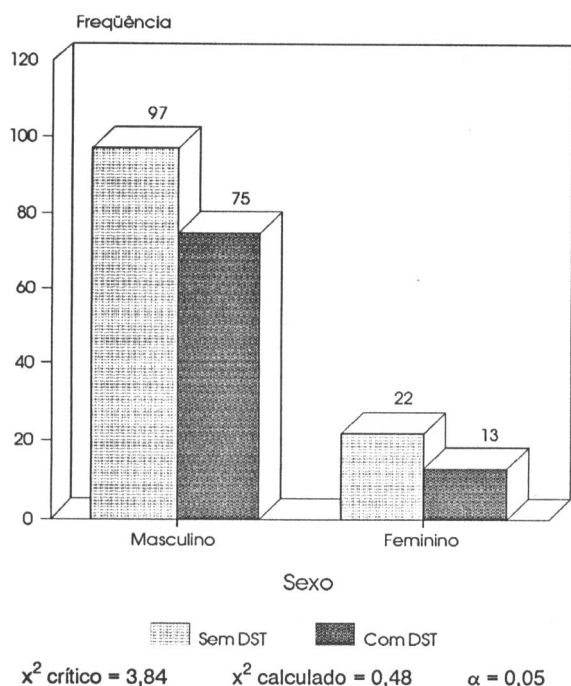


Figura 1 - Distribuição de 207 casos de AIDS, atendidos em hospital de Ribeirão Preto, SP, segundo o sexo e a ocorrência de outras DST

salientando-se que em 38 casos (18,4%) o uso de droga EV esteve associado a outros fatores de risco. Esses dados concordam com os resultados referidos por Duarte e col.⁹ (1991).

Em relação ao sexo e a ocorrência de outras DST (Fig. 1), observou-se que 43,6% dos homens tinham antecedentes de DST. Entre as mulheres observou-se que 37,1% também apresentaram tais doenças. Comparando-se a frequência dessas doenças entre os indivíduos dos sexos masculino e feminino, não se verificou diferença estatisticamente significativa, corro-

borando (1990-1991) os dados divulgados por Costa e col.⁶ (1991).

A proporção encontrada entre o número de pacientes que apresentaram alguma DST (88) e o número de indivíduos que não apresentaram tal diagnóstico (119) foi de 0,7, razão seguramente expressiva.

Dentre as DST que mais se associaram a pessoas infectadas pelo HIV, a mais prevalente foi hepatite B (33,3%), seguida por sífilis (30,3%), gonorréia (12,9%), herpes genital (9,8%), condiloma acuminado (5,3%), cancro mole (4,5%), UNG (3,0%) e linfogranuloma venéreo (0,8%), totalizando 132 diagnósticos de DST em 88 pacientes (Tabela-2). Refletindo sobre esse total de diagnósticos em relação ao total geral de pacientes estudados, observou-se uma proporção de 0,6 DST para cada indivíduo avaliado. A identificação dessas doenças se baseou em dados de anamnese, do exame físico e de resultados laboratoriais. Em relação ao diagnóstico através de exames laboratoriais, considerou-se como hepatite a presença no soro de ao menos um antígeno ou anticorpo relacionado ao HBV. Portanto, o total de 44 pessoas identificadas como indivíduos que tiveram antecedentes de hepatite B, não necessariamente indicam que todos tiveram a doença clinicamente manifesta, podendo expressar apenas infecção subclínica.

Esses dados mostram claramente a importância das DST serem consideradas como possíveis fatores de risco, predispondo à infecção pelo HIV, ou mesmo como marcadores/indicadores clínicos que podem identificar pessoas pertencentes a grupos/comportamentos de riscos, concordando portanto com diversos estu-

Tabela 2 - Distribuição de 132 episódios ou casos de doenças sexualmente transmissíveis, diagnosticadas em 88 pacientes portadores de AIDS atendidos no hospital de Ribeirão Preto, SP (1990-1991).

	Exame Laboratorial Positivo	Exame Físico	Referencial Paciente	Exame Laboratorial+ Exame Físico	Total
Hepatite B	41	-	3	-	44 (33,3%)
Sífilis	15	1	15	9	40 (30,3%)
Uretrite não gonocócica	-	1	16	-	17 (12,9%)
Herpes genital	-	12	1	-	13 (9,8%)
Condiloma acuminado	-	6	1	-	7 (5,3%)
Cancro mole	-	3	2	1	6 (4,5%)
Uretrite não gonocócica	-	-	4	-	4 (3,1%)
Linfogranuloma venéreo	-	-	1	-	1 (0,7%)
Total					132 (100%)

dos realizados em países ocidentais e africanos (Cameron e col.³, 1987; Handsfield e col.¹², 1987; Moss e col.¹⁹, 1987; Greenblatt e col.¹¹, 1988; Simonsen e col.²², 1988; Pepin e col.²¹, 1989; Chiasson e col.⁵, 1990; Harkess e col.¹³, 1990; Kwan e Lowe¹⁴, 1992).

Foram identificados como pessoas que nunca apresentaram nenhuma DST, 119 pacientes. Entretanto, dentre esses casos alguns não puderam ter identificado o seu passado venéreo em decorrência do precário estado geral no momento do atendimento. Além disso, verificou-se que 51,7% faleceram com menos de 2 meses de evolução, salientando-se que destes, 39,1% apresentaram um tempo de vida inferior a 30 dias (Fig. 2).

Associando-se as informações de que a maioria apresentou período curto de seguimento na instituição e o estado geral do paciente era grave, requerendo atendimento de urgência, entende-se que provavelmente a investigação sobre outras DST, nestas circunstâncias, torna-se não prioritária e até mesmo não factível.

No que se refere ao hospital em estudo, ressalta-se que este apresenta duas frentes de atendimentos situadas em locais distintos: a Unidade de Emergência (UE), localizada no centro da cidade de Ribeirão Preto, e o hospital

tempo (mês)

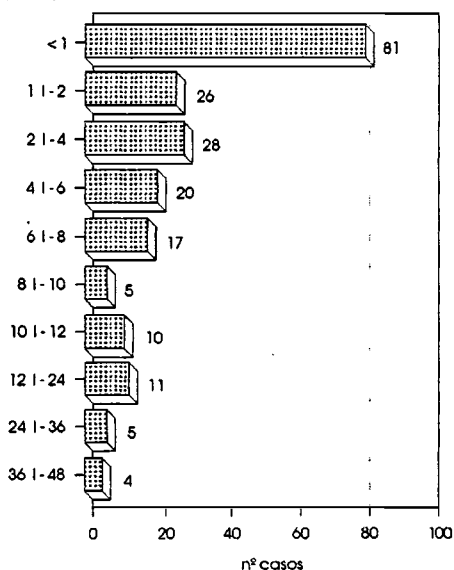


Figura 2 - Distribuição de 207 casos de AIDS atendidos no hospital de Ribeirão Preto, SP (1990-1991), segundo o tempo de seguimento médico nesta instituição.

localizado no campus universitário onde é prestado atendimento ambulatorial e internações de rotina. Em decorrência desta particularidade, 60,4% desses pacientes foram atendidos inicialmente na UE, mesmo por que o estado clínico de grande parte desses indivíduos demandava atendimento de urgência, por apresentarem graves quadros respiratórios, neurológicos, intestinais ou dermatológicos.

Por ocasião do primeiro atendimento, um total de 35,7% dos pacientes já sabiam que eram contaminados pelo HIV e os demais tiveram seu diagnóstico realizado no hospital.

No que diz respeito às categorias de exposição dos indivíduos ao HIV, verificou-se que em 93 pacientes (44,9%) a categoria de exposição foi sangüínea, seguida da transmissão sexual em 44 (21,3%), sexual e sangüínea em 37 (17,9%) e indeterminado em 33 pacientes (15,9%). Quando comparados os dados acumulados do Ministério da Saúde¹⁷ (1993) em relação à categoria de exposição, verifica-se que os dados gerais do Brasil indicam a categoria sexual como a mais prevalente (61,3%) (Parker e Carballo²⁰, 1991). Segundo Mhloyi¹⁵ (1992) a relação sexual pode não ser o modo mais eficiente de transmissão, mas constitui-se na mais comum e a mais amenizável forma de transmissão, visto que a transmissão heterossexual está aumentando em todos os países do mundo, em proporções alarmantes.

Ao se analisar as categorias de exposição do HIV em relação à presença ou não de outras DST, verificou-se que em relação à transmissão sexual isoladamente, 65,9% dos indivíduos apresentavam pelo menos uma DST, ao passo que, nessa categoria de exposição, apenas 34,1% não apresentaram essas doenças. Por outro lado, ao se estudar a transmissão sangüínea isoladamente, observaram-se dados opostos, ou seja, 33,3% apresentaram outras DST e em 66,7% não foi diagnosticada esta associação. Estas diferenças analisadas através de teste não paramétrico (qui-quadrado) mostraram significância estatística (Tabela 3), evidenciando uma correlação mais estreita entre categoria de exposição sexual e AIDS quando comparado com a categoria de exposição sangüínea.

Esses achados, portanto, constituem motivos para os autores evidenciar que as DST estão associadas aos portadores de HIV/AIDS,

Tabela 3 - Distribuição de 207 casos de pacientes atendidos no hospital de Ribeirão Preto, SP (1990-1991), segundo as categorias de exposição ao HIV e a ocorrência ou não de outras DST

Categoria de Exposição ao HIV	DST		Total
	Sim n ^o f(%)	Não n ^o f(%)	
* Sexual	29 (65,9)*	15 (34,1)*	44 (100)
* Sangüínea	31 (33,3)*	62 (66,7)*	93 (100)
Sexual/Sangüínea	22 (59,5)	15 (40,5)	37 (100)
Indeterminada	6 (18,2)	27 (81,8)	33 (100)
Total	88	119	207 (100)

* χ^2 crítico = 3,84 χ^2 calculado = 12,7

a = 0,05

embora não se tenham investigado a ocorrência temporal dessas patologias, em relação à infecção pelo HIV, se antes ou após.

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁶ (1989), existem fortes razões teóricas, assim como evidências clínicas para se afirmar que certas DST são fatores de risco na transmissão do HIV, ou seja, elas podem facilitar a transmissão do vírus de um pessoa infectada a seu parceiro durante a relação sexual. Especula-se, ainda, que a alta incidência de algumas DST, registrada em vários centros urbanos da África Tropical, pode ser um fato importante associado à rápida propagação do HIV na região, ocorrida através de relações heterossexuais.

Como referem Werne e Grusin²³ (1984), a hipervalorização da AIDS, as preocupações maiores com herpes e clamídia, desviaram para um plano secundário as clássicas doenças venéreas. Este também é o pensamento de Cruz Rios⁷ (1991), que sugere a necessidade imperiosa de combate às DST, pois, ontem como hoje, elas se firmam como causa decisiva na disseminação da AIDS, ficando portanto o controle da AIDS também na dependência das DST.

Desta forma, as tentativas de se controlar a disseminação do HIV, sem a implementação de medidas paralelas que visem à prevenção e ao controle das outras DST, têm menos possibilidades de serem eficazes.

No momento, a atenção governamental em todos os países tem se voltado prioritariamente para AIDS. Entretanto, consideram-se pertinentes as palavras de Woscoff²⁴ (1989) de que a AIDS é uma enfermidade de transmissão sexual, mas não é a AIDS que favorece as DST e sim as DST que favorecem a AIDS.

Logo, não se justifica elaborar projetos específicos sobre AIDS, devendo-se também dirigir e somar esforços à luta contra as DST clássicas que, ainda hoje, assumem importância em nível de saúde pública mundial.

A proporção de 0,6 DST para cada paciente com AIDS, encontrado na presente casuística, veio reforçar a inquietação de que a pesquisa e a associação das outras DST e a AIDS não devem ser subestimadas. Tampouco, as pessoas devem continuar hipervalorizando projetos e ações isoladas sobre AIDS uma vez que há razões teóricas e clínicas para se acreditar que a prevenção e o controle da AIDS estão umbilicalmente relacionados com a prevenção e o controle das outras DST e vice-versa.

GIR, E. et al. [Epidemiological expression of other sexually transmitted diseases among AIDS patients. *Rev. Saúde Pública*, 28: 93-9, 1994. This study was carried out in order to estimate the frequency of other sexually transmitted diseases (STD) among AIDS patients and to identify their epidemiological association and possible relations to the groups most exposed to the virus. The data were collected from the medical case histories and the STD were identified on the basis of data provided by anamnesis, physical examination and laboratory examinations. Of the total of HIV/AIDS patients assisted at the hospital studied (S.Paulo State, Brazil), between January 1986 and January 1992, 207 were included as sample subjects for this survey. Of the patients studied, 88 (42.5%) had some other STD and 119 (57.5%) had no other STD, equivalent to a proportion of 0.7 STD patients-STD to each non-STD patient. The most prevalent STD identified were hepatitis B (33.3%), syphilis (30.3%) and gonorrhoea (12.9%). Concerning the means of transmission by which the patients had probably been infected with HIV, blood transmission was the most prevalent (44.9%); followed by sexual contact (21.3%); sexual/blood (17.9%); in 25.9% it was

undetermined. In a particular comparison of sexual and blood transmission and the presence of other STD a statistical difference in those cases that were exposed to sexual transmission was observed.

Keywords: Sexually transmitted diseases, epidemiology. Acquired immunodeficiency syndrome, complications. Risk factors.

Referências Bibliográficas

1. AIIRTAG. O que você sabe sobre doenças sexualmente transmissíveis? *Ação Anti-AIDS*, (6) 1989.
2. BELDA, W. Doenças sexualmente transmissíveis. *Inform. Urolog. Encarte*, (16):1-2, 1985.
3. CAMERON, W.D.; PLUMMER, F.A.; SIMONSEN, J.N.; NDINYA - ACHIOLA, J.O.; D'COSTA, L.J.; PIOT, P. et al. Female to male heterosexual transmission of HIV infection in Nairobi. In: International Conference on AIDS, 3rd, Washington DC, 1987. *Abstract volume*. Washington DC, 1987. p.25.
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Classification system for Human T - Lymphotropic Virus type III/Lymphadenopathy: associated virus infections. *Ann. Intern. Med.*, **105**: 234-7, 1986.
5. CHLASSON, M.A.; STONEBURNER, R.L.; LIFSON, A.R.; HILDEBRANT, D.S.; EWING, W.E.; SCHULTZ, S.; JAFFE, H.W. Risk factors for human immunodeficiency virus type (HIV - 1) infection in patients at a sexually transmitted disease clinic in New York City. *Am. J. Epidemiol.*, **131**: 208-20, 1990.
6. COSTA, J.C.; DUARTE, G.; MACHADO, A.A.; FIGUEIREDO, J.F.G.; MARTINEZ, R.; GIR, E.; MORIYA, T.M. Prevalencia de otras "ETS" en pacientes con infección por el "VIII" en Ribeirão Preto (Brasil). In: Congresso Latino Americano de Enfermedades de Transmisión Sexual, 7º, Santo Domingo, 1991. *Programa*. p.28-47.
7. CRUZ RIOS, I. Editorial. *Bol Inform. UNIÓN*, **16**(62):1-3, 1991.
8. DUARTE, G. Doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. In: Viggiano, M.G.C. *Conduas em obstetrícia*, 3ª ed. Rio de Janeiro Atheneu, 1989. p. 411-46.
9. DUARTE, G.; MUSSI-PINHATA, M.M.; DEL LAMA, J.; TAKEDA,; PASTI, M.J.; COSTA, J.C. Valor do questionário específico nas identificações de parturientes de risco para a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). *J. Bras. Ginecol.*, **101**:169-74, 1991.
10. GLASEL, M. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da AIDS/SIDA. In: De Vita Jr, V.T.; Hellman, S.; Rosemberg, S.A. *AIDS/SIDA: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1991. p.363-76.
11. GREENBLATT, R.M.; LUKEHART, S.A.; PLUMMER, F.A.; QUINN, T.C.; CRITCHLOW, C.W.; ASHLEY, R.L.; D'COSTA, L.J.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; COREY, L.; RONALD, A.R. Genital ulceration as a risk factor for HIV infection. *AIDS*, **22**:47-50, 1988.
12. HANSFIELD, H.H.; ASHLEY, R.L.; ROMPALO, A.M.; STAMM, W.E.; WOOD, R.W.; COREY, L. Association of anogenital ulcer disease with human immunodeficiency virus infection in homosexual men. In: International Conference on AIDS, 3rd., Washington DC, 1987. *Abstract volume*. Washington, DC, 1987. p.206.
13. HARKESS, J.R.; KUDLAC, J.; ISTRE, G.R. Syphilis, human immunodeficiency virus infection and targeting prevention. *South. Med. J.*, **83**:1253-5, 1990.
14. KWAN, D.J. & LOWE, F.C. Acquired immunodeficiency syndrome: a venereal disease. *Urolog. Clin. North. America*, **19**:13-24, 1992.
15. MIHOYI, M.M. The psychosocial aspects of AIDS. In: Giraldo, G.; Rossi, G.B.; Beth-Giraldo, E.; Chieco-Bianchi, L.; Dianzani, F.; Giraldo, G.; Verani, P. Science challenging AIDS. Basel, Karger, 1992. p.159-74.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doenças sexualmente transmissíveis. *Bol. Epidemiol.*, **1**(2) 1989.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Semana epidemiológica. *AIDS Bol. Epidemiol.*, **6**(1) 1993.
18. MONTAGNIER, L. Medicina do futuro vai ser privilégio dos países ricos. *Folha de São Paulo, Caderno de Ciência*, 27 fev. 1991. p.14.
19. MOSS, A.R.; OSMOND, D.; BACHETTI, P.; CHERMANN, J.; BARRÉSINOSSI, F.; CARLOS, N.J. Risk factors for AIDS and HIV seropositivity in homosexual men. *Am. J. Epidemiol.*, **125**:1035-47, 1987.
20. PARKER, H. & CARBALLO, M. Sexual culture, HIV transmission and HIV research. *J. Sex. Res.*, **28**:77-8, 1991.
21. PEPIN, J.; PLUMMER, F.A.; BRUNHAM, R.C.; PIOT, P.; CAMERON, D.W.; RONALD, A.R. The interaction of HIV infection and other sexually transmitted diseases: on opportunity for prevention. *AIDS*, **3**:3-9, 1989.
22. SIMONSEN, J.N.; CAMERON, W.D.; GAKINYA, M.N.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; D'COSTA, L.J.; KARASIRA, P.; CHEANG, M.; MATHI, M.; RONALD, A.R.; PIOT, P.; PLUMMER, F.A. Human immunodeficiency virus infection among men with sexually transmitted diseases: experience from a Center in Africa. *N. Engl. J. Med.*, **319**:274-8, 1988.
23. WERNE, C.S. & GRUSIN, I. Failure to diagnose secondary syphilis. *Conn. Med.*, **48**:769-70, 1984.
24. WOSCOFF, A. Discurso de abertura do VII Congresso da Unión Latino Americana Contra Enfermedades de Transmisión Sexual (ULACETS), La Habana, Cuba, 1989. *Bol. Infor. UNIÓN*, **14**(55):1-2, 1989.

Recebido para publicação em 29.4.1993

Reapresentado em 12.11.1993

Aprovado para publicação em 26.11.1993