

URETRITE GONOCÓCICA EM PACIENTES MASCULINOS DO SETOR DST-UFF

GONOCOCCAL URETHRITIS IN SETOR DST-UFF MALE PATIENTS

Eloiza M Camarte¹, Maria FB Matta²,
Vera RB Ferro³, Mauro RL Passos⁴

RESUMO

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é a uretrite gonocócica, que pode deixar seqüelas como infertilidade se não for adequadamente tratada. A presente monografia visa determinar o perfil socioeconômico e comportamento sexual dos indivíduos do sexo masculino com uretrite gonocócica atendidos no período de Janeiro de 1997 a dezembro de 1998 no Setor de DST-UFF. Procurou-se também identificar os tratamentos utilizados e os índices de retorno para seguimento da evolução clínica. Foi realizado um estudo retrospectivo dos 115 prontuários de indivíduos com diagnóstico laboratorial positivo para gonorréia pelas técnicas de bacterioscopia pelo método de Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*. Determinados dados foram entrecruzados, e destes alguns foram correlacionados, aplicando-se o coeficiente de contingência, que estabelece a intensidade da relação entre dois grupos de variáveis. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Observou-se no grupo estudado um predomínio de indivíduos abaixo dos 30 anos, solteiros, com baixa renda familiar e escolaridade, heterossexuais, com início de vida sexual entre os 13 e 16 anos e, em 61,7 % dos casos não era feito uso de preservativo. Cerca de 35 % dos pacientes tinham história de DST prévia, sendo a mais freqüente a gonorréia. É indispensável a promoção de campanhas educativas a fim de prevenir a disseminação não só da gonorréia, mas de todas as DST/Aids.

Palavras-chave: DST, gonorréia masculina, comportamento sexual masculino

ABSTRACT

One of the main purposes for male's medical consultations related to Sexually Transmitted Diseases (STD) is gonococcal urethritis which can set up sequels such as infertility if not properly treated. The main aim of the present monograph is to determine the social and economical profiles of male individuals suffering from gonococcal urethritis (as well as their sexual behavior) who have been attended from January 97 to December 98 at the STD section of *Universidade Federal Fluminense*. It was identified the different medical treatments applied to each case and also found out the rates of recurrence for follow up of clinical evolution. It was built up a retrospective study of the 115 promptuaries of individuals with positive laboratory diagnosis for gonorrhoea by using bacterioscopy techniques following the Gram method and/or the Thayer-Martin specific culture mean. Some of the data have been intersected and some have been correlated by using the contingency rate, which has settled the intensity of the analogy between the two variable groups. The data was organized in charts and lists. In the groups under investigation, most of the individuals were single, under 30, with low family income, low educational rate, heterosexuals, having started sexual activity from 13 to 15 years old and, 61,7 % of them have never wore condoms. Around 35 % of them have shown a previous case of STD, most frequently gonorrhoea. There is an absolute need of educational campaigns to prevent people from spreading not only gonorrhoea but all STD/Aids as well.

Keywords: STD, male gonorrhoea, male sexual behavior

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(6):17-30, 2000

Introdução

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é, nos dias de hoje, a uretrite gonocócica, apesar de todas as campanhas educativas e propagandas sobre as DST/Aids e importância do uso de preservativo. A gonorréia pode ter sérias complicações como orquite, epidídimorquite, prostatite, infertilidade, esterilidade, cegueira neonatal, artrite, cardite, representando apesar de todo avanço tecnológico/científico, um grande ônus para a Saúde Pública no Brasil^(1,2,3). A uretrite gonocócica não pode ser encarada em termos de política sanitária apenas no âmbito mas-

¹Eloiza Moreira Camarte, médica ginecologista e obstetra do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

²Maria de Fátima Bevilacqua da Matta, bióloga, especialista em Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

³Vera Regina Bahiense Ferro, médica ginecologista e obstetra, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

⁴Mauro Romero Leal Passos, Professor Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia (CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense

culino visto que o aumento desta foi reconhecido na década passada particularmente por causa dos sérios efeitos na fertilidade feminina e nos neonatos⁽⁴⁾.

Há referências acerca da existência de corrimentos genitais em registros escritos tão antigos quanto o Talmud e a Bíblia (Levítico 15), sendo encontrados relatos datando até de 4 a 5.000 anos. Hipócrates descreveu a doença em 400 a.C.⁽⁵⁾. A palavra gonorréia deriva-se do grego gonos - esperma + rhoia - corrimento = espermatorréia, sendo assim denominada em 130 a.C. por Galeno. Arataeus já no segundo século distinguia a espermatorréia das secreções uretrais patológicas, mas apenas com Maimônides (1135 - 1204 d.C.) houve uma real diferenciação do esperma em relação aos corrimentos uretrais^(5,6). Em 1879 Neisser identificou o agente etiológico da doença denominando-o gonococo; em 1882 Lestikow obtém as primeiras culturas "in vitro". O termo *Neisseria gonorrhoeae* foi então aplicado por Trevisan em 1885^(7,8).

A gonorréia difundiu-se mundialmente no século XVI por ocasião das grandes navegações, sendo levada da Europa para a América pela tripulação de Colombo^(2,6). Até o final da Segunda Guerra Mundial a incidência da gonorréia manteve-se elevada, decrescendo de modo importante com o advento das sulfonamidas em 1930 como primeira medicação eficaz no seu combate, seguidas pela penicilina em 1940^(2,6). A partir do final da década de 50 as mudanças socioeconômicas e culturais ligadas à liberação sexual dos indivíduos levaram a novo incremento das doenças sexualmente transmissíveis, tornando-as sério problema de Saúde Pública^(2,7,9).

Apesar do surgimento, a partir da década de 80, do vírus da imunodeficiência adquirida, com todas as suas particularidades de doença incurável e letal, iniciar modificações no comportamento sexual das pessoas, incentivando-as à prevenção das DST de um modo geral e à diminuição da promiscuidade, podemos afirmar que estas continuam aumentando a nível mundial, afetando indivíduos de ambos os sexos, de diferentes classes socioeconômicas, hábitos culturais e práticas sexuais^(2,6,9). As clássicas doenças "venéreas" foram preteridas, de certo modo, com o surgimento do HIV e a hipervalorização da Aids; entretanto os indícios clínicos de que as DST atuam como facilitadores para esta infecção direcionam os esforços em nível de Saúde Pública mundial para o combate às mesmas, e dentre estas a gonorréia, que destaca-se como uma das DST mais prevalentes na população sexualmente ativa, constituindo uma verdadeira epidemia^(2,9).

Objetivos

Revisar os prontuários de pacientes masculinos com diagnóstico laboratorial positivo para gonorréia, atendidos no Setor DST-UFF no período de Janeiro de 1997 a Dezembro de 1998, traçando seu perfil socioeconômico, identificando seus hábitos sexuais, relacionando os esquemas terapêuticos mais usados e determinando a frequência de retorno.

Metodologia

Através de consulta ao Livro de Registro de pacientes foi realizado um levantamento do número total de indivíduos atendidos de primeira vez e com prontuários abertos no ambulatório do Setor de DST-UFF no período de 1º de janeiro de 1997 à 31 de dezembro de 1998, separando-se os de indivíduos masculinos, e destes, foram revisados 115 prontuários cujos pacientes apresentavam diagnóstico laboratorial com resultado positivo para gonorréia pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*.

Foram selecionadas as seguintes variáveis: seguro saúde; idade estratificada por faixa etária; cor; estado civil; escolaridade; renda familiar; profissão; local de residência por cidade e estado; condições de moradia; quem o encaminhou para o Setor de DST-UFF; educação sexual; uso rotineiro de preservativo; idade da primeira relação sexual; orientação sexual; realização de coito oral e/ou anal nas relações sexuais; história de DST anterior; número de parceiros sexuais; passado de relação homossexual; ocorrência de relações extraconjugais; uso de drogas ilícitas (como cocaína e maconha); e dados sobre o parceiro sexual com relação à passado de DST, ou presença de queixas ou DST atuais. Foram identificados os esquemas terapêuticos utilizados e retorno do paciente.

Os dados foram coletados em um protocolo inicial, condensados em um segundo protocolo, sendo submetidos ao assessoramento de um profissional da área de estatística para tratamento e organização dos mesmos. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos por frequência, e as seguintes variáveis foram entrecruzadas e correlacionadas: idade e uso de preservativo; escolaridade e educação sexual; escolaridade e uso de preservativo, educação sexual e uso de preservativo; renda familiar e uso de preservativo; parcerias e uso de preservativo; DST anterior e orientação sexual; orientação sexual e DST associada; tratamento e retorno do paciente.

Para a correlação entre as variáveis foi usado o coeficiente de contingência, que mede a intensidade com que dois conjuntos de atributos se relacionam; quanto mais tender à unidade, maior a associação entre eles. Por fim, foi realizada a análise e discussão dos resultados obtidos.

Revisão da Literatura

A gonorréia - doença gonocócica; blenorragia; blenorria; corrimento; escorrimento; esquentamento; pingadeira; fogaçagem; estrela matutina; gota matinal; gota militar^(5,6,7) - é uma doença infecto-contagiosa, pandêmica, de transmissão predominantemente sexual, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*; as transmissões não sexuais e acidentais são excepcionais podendo o contágio por fômites ser responsável por alguns casos em crianças e, muito raramente, em adultos. A infecção não confere imunidade contra a reinfecção^(6,7,10).

A uretrite gonocócica é a principal representação da gonorréia no homem; pode-se afirmar que a gonorréia é basicamente uma doença da uretra anterior^(1,7). O reservatório natural do gonococo é o ser humano⁽⁷⁾. As condições que facilitam ou difi-

cultam a transmissão sexual das doenças têm influência decisiva na disseminação da gonorréia⁽⁵⁾. Atinge ambos os sexos, com predominância no sexo masculino⁽⁶⁾. As relações sexuais com múltiplos parceiros, o relacionamento casual, a existência de portadores assintomáticos, o não uso de preservativo e o início precoce da vida sexual, ligados ao intenso apelo erótico veiculado atualmente pela mídia, fazem parte dos fatores epidemiológicos ditos de risco para aquisição e aumento da incidência não só da uretrite gonocócica como das DST no geral. A prostituição sempre foi imputada como a grande fonte da gonorréia, mas nas últimas décadas, com o advento dos contraceptivos orais nos anos 1960/1970, mudanças no comportamento sexual e maior aceitação da homossexualidade e bissexualidade, a promiscuidade sexual adquiriu papel altamente relevante. A mudança no comportamento sexual envolveu mais as mulheres que os homens, fazendo com que o aumento da incidência da doença gonocócica no grupo feminino fosse mais dramático. A importância de tal fato é que grande percentual de mulheres são portadoras assintomáticas^(5,6,11). De acordo com Belda⁽⁵⁾ os diferentes relatos indicam gonorréia assintomática em 6 a 17% dos homens, e em 60 a 80% das mulheres; para Srougi⁽¹¹⁾ os percentuais são respectivamente 10% e 40%. **Os portadores assintomáticos possuem grande importância epidemiológica na disseminação da infecção gonocócica**, pois a ausência de sinais e sintomas faz com que tais indivíduos não procurem cuidados médicos, se transformando na principal fonte de transmissão da doença^(5,7,11).

Embora a maior notificação de taxas de prevalência e incidência de gonorréia em negros se explique mais por problemas de ordem sócio-econômica do que por questões de etnia, alguns estudos sugerem que o risco de se contrair uretrite gonocócica se relaciona com caracteres raciais, o que indicaria a interferência de fatores genéticos neste fenômeno^(5,11).

Com relação à faixa etária dos indivíduos do sexo masculino acometidos, o que se observa é uma maior frequência de gonorréia entre os 20-30 anos, com tendência ao crescimento naqueles com menos de 20 anos⁽¹¹⁾. Conforme Passos⁽⁶⁾ a maior incidência ocorre entre os 15-30 anos. No que diz respeito ao estado civil há uma maior prevalência entre solteiros e separados⁽¹¹⁾.

A determinação dos índices de incidência e prevalência da gonorréia no Brasil é extremamente dificultada, uma vez que não há uma confiabilidade absoluta dos sistemas de registro das doenças, e a auto-medicação em balcões de farmácia é uma realidade freqüente.

A família *Neisseriaceae* inclui espécies de *Neisseria* e *Branhamella catarrhalis*, assim como as espécies de *Acinetobacter*, *Kingella* e *Moraxella*. A *Neisseria gonorrhoeae* (gonococos) e *Neisseria meningitidis* (meningococos) são patogênicas para os seres humanos, tipicamente encontradas dentro de células polimorfonucleares ou associadas a essas⁽¹²⁾.

Após o contato com a fonte pode ou não ocorrer infecção, dependendo a variabilidade do risco também de outros fatores como a resistência individual do hospedeiro. Ocorrendo a infecção, o indivíduo poderá permanecer como portador assintomático (mais freqüente no sexo feminino) ou desenvolver a doença⁽⁷⁾. A infecção não tratada pode disseminar-se por contigüidade, ou via vasos linfáticos ou sanguíneos, podendo causar doen-

ça à distância^(6,7). Os gonococos atacam a mucosa do trato geniturinário, olhos, reto e faringe sendo geralmente uma patologia aguda, de fácil identificação pela presença da secreção purulenta; entretanto tentativas frustradas de tratamento podem levar à cronicização da doença (mais de 1 a 2 meses após a sintomatologia inicial), com diminuição dos sintomas e maior dificuldade diagnóstica^(6,12).

A gonorréia masculina manifesta-se principalmente sob a forma de uretrite aguda anterior, após período de incubação variável, que em geral se situa entre 2 a 5 dias após a exposição ao gonococo^(5,6,7,11); em 75% dos casos é este o período de incubação⁽⁵⁾. O uso inadequado de antibióticos pode prolongá-lo⁽⁷⁾. O sintoma inicial da uretrite gonocócica é a disúria representada por sensação de formigamento, prurido ou ardor intra-uretral, seguida de edema inflamatório do meato; cerca de 2 a 3 dias depois aparece secreção uretral mucóide, a qual em poucas horas torna-se purulenta, abundante e de eliminação espontânea ou à leve pressão^(5,6,7). Descarga uretral e disúria são os sintomas mais comuns de uretrites sexualmente transmissíveis em homens. Deve-se estar atento à possibilidade de uma uretrite transmitida por contato sexual sempre que houver queixa de disúria, mesmo que não acompanhada de imediato por secreção uretral; é importante esta lembrança, visto que, enquanto uma queixa de fluxo uretral geralmente é logo associada ao diagnóstico de uretrite, a disúria, isoladamente, a princípio, é ligada à idéia de uma infecção urinária⁽¹³⁾.

A uretrite gonocócica não tratada dura em média 8 semanas⁽¹¹⁾; 95% daqueles que não são tratados ficam assintomáticos em 6 meses^(5,7). Em aproximadamente metade dos casos, 5 a 14 dias após o início da infecção, esta atinge a uretra posterior, levando à associação de disúria e polaciúria à secreção uretral; na segunda ou terceira semana a secreção diminui e volta a ser mucóide^(5,7). A uretrite gonocócica pode se estender às glândulas anexas causando complicações como: litrites; cowperites; epididimite (pode levar à obstrução do canal epididimário com conseqüente oligospermia ou azospermia); orquite e prostatite. Outra complicação é a balanopostite, seguida ou não de inflamação das glândulas de Tyson⁽⁵⁾, mais comum em indivíduos com excesso de prepúcio e orifício prepucial estreito⁽⁶⁾. A prostatite é a mais freqüente complicação da gonorréia, podendo causar febre e mal-estar geral⁽⁶⁾. As orquiepididimites são freqüentemente responsáveis por casos de infertilidade masculina⁽⁵⁾. Atualmente complicações locais como epididimite, linfangite e prostatite são menos comuns que no passado, e a estenose uretral, felizmente, tornou-se rara, pois instalações e lavagens uretrais, em voga antes do aparecimento dos antibióticos, deixaram de ser feitas^(6,11). Cerca de 1% dos pacientes do sexo masculino apresentam infecção gonocócica disseminada, comumente secundária a focos assintomáticos em uretra ou faringe⁽¹¹⁾. Em 0,3 a 3% dos casos há disseminação hematogênica podendo causar dermatite, artrite, meningite e endocardite⁽⁶⁾. Infecção anorectal é freqüente em homossexuais masculinos passivos com gonorréia^(5,6,7). Como complicações podem-se citar ainda a gonorréia faringiana devida às práticas de feação e cunilíngua, e a conjuntivite gonocócica.

A *Neisseria gonorrhoeae* é identificada através do seu isolamento em meios de cultura específicos, podendo também ser

detectada por meio de exame bacterioscópico com coloração pelo Gram⁽¹¹⁾. O material a ser examinado é o exsudato uretral, sendo que nos casos onde não se observa secreção os testes devem ser realizados com material colhido da uretra anterior (mais de 2 cm do meato uretral) ou no sedimento pós-centrifugação de urina do primeiro jato (5 a 10 ml iniciais)^(1,11). O achado bacterioscópico de diplococos Gram negativos intracelulares no interior de polimorfonucleares no esfregaço é o suficiente para o diagnóstico da gonorréia^(1,2,5,6,11,14), por ser o gonococo o único diplococo Gram negativo patogênico, além do meningococo⁽⁶⁾. A mera existência de diplococos extracelulares não significa obrigatoriamente que o indivíduo apresenta uma uretrite gonocócica; para que se possa fazer tal afirmação é necessário realizar cultura específica para gonococo⁽¹¹⁾. A constatação definitiva da presença da *Neisseria gonorrhoeae* é dada pela positividade da cultura do material em meios seletivos^(5,11); atualmente o meio de escolha para seu isolamento é o ágar de Thayer-Martin, que impede o desenvolvimento de colônias contaminantes, inclusive neisserias saprófitas⁽⁶⁾. O material a ser semeado deve ser colhido com auxílio de uma alça de platina através de delicada descaiação da mucosa^(6,15) ou de um swab⁽¹⁵⁾. A necessidade de instituir uma terapêutica precoce e, a alta sensibilidade (98 a 100%) e especificidade (93 a 99%) do exame direto bacterioscópico do exsudato pela coloração de Gram, tornam dispensável a realização sistemática da cultura⁽¹¹⁾. Recomenda-se ainda o cultivo de material de faringe e canal anal em indivíduos do sexo masculino homossexuais e bissexuais⁽⁵⁾.

Novos métodos para diagnóstico da infecção gonocócica, baseados em **técnicas imunológicas ou de identificação de DNA, demonstram adequada sensibilidade clínica, entretanto não são mais eficientes que a bacterioscopia direta pelo Gram ou a cultura em meios específicos**^(5,11).

Atualmente dispomos de várias opções terapêuticas no combate à *Neisseria gonorrhoeae*, a maioria com alto índice de cura^(5,6). Faz-se mister o retorno do paciente para o controle de cura em 48 a 72 horas e uma semana após o tratamento⁽⁶⁾. A escolha terapêutica relaciona-se ao tipo da infecção, se aguda ou crônica, dando-se preferência aos esquemas de dose única (simplificados) para infecções agudas, que rapidamente interrompem a cadeia epidemiológica, somando-se à vantagem da não descontinuidade do tratamento⁽⁷⁾. O uso irregular ou insuficiente das drogas aumenta o risco de falência terapêutica e favorece a emergência de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes às mesmas. Nos casos de infecções extragenitais crônicas ou complicadas é aconselhável o uso de esquemas prolongados por 7 a 10 dias^(6,7).

Os antibióticos comumente utilizados são:

a) dose única via oral

Ampicilina 3,5 g, precedida de Probenecid 1,0 g;

Amoxicilina 3,0 g, precedida de Probenecid 1,0 g;

Ciprofloxacina 500 mg;

Floxacina 400 mg;

Rosoxacina 300 mg;

Lomefloxacina 400 mg;

Azitromicina 1,0 g;

Tianfenicol 2,5 g (na mulher deve ser repetido após 48 horas);

b) dose única injetável (IM)

Penicilina G procaína 4.800.000 UI, precedida de Probenecid 1,0 g;

Ceftriaxone 250 mg;

Espectinomomicina 2 g;

c) doses múltiplas via oral

Tetraciclina 500 mg de 6 em 6 horas por 5 a 7 dias;

Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 5 a 7 dias;

Tianfenicol 500 mg de 8 em 8 horas por 5 a 7 dias.

Os seguintes esquemas terapêuticos constam no "Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis" do Ministério da Saúde – Coordenação de DST/Aids, nas doses e vias de administração previamente mencionadas: Ampicilina com Probenecid; Ciprofloxacina; Floxacina; Rosoxacina; Azitromicina; Tianfenicol; Ceftriaxone; Tetraciclina⁽¹⁵⁾. A penicilina benzatina não deve ser utilizada porque não atinge concentração mínima para inibir a atividade do gonococo^(6,7). A penicilina G procaína é indicada nas formas retais e faringianas, e em mulheres grávidas^(6,11) além de tratar a sífilis⁽¹¹⁾. A Amoxicilina e a Ampicilina não devem ser indicadas nas infecções anorretais e faringianas; a Tetraciclina é ineficaz contra a infecção gonocócica anal⁽⁵⁾. É também eficaz para o tratamento da gonorréia não complicada o uso de fluoroquinolonas em dose única, incluindo infecção causada por *Neisseria gonorrhoeae* resistente à penicilina⁽¹⁶⁾; é importante observar a existência de **estudos que indicam a diminuição da sensibilidade e falência terapêutica com as quinolonas**^(16,17).

Cerca de 15 a 45% dos indivíduos com UG apresentam simultaneamente infecção por *Chlamydia trachomatis* que para ser erradicada necessita o emprego de outro antibiótico, levando à associação terapêutica; as tetraciclinas são eficientes no tratamento desta infecção, tornando-se uma boa escolha seu uso concomitante com penicilina. Usa-se habitualmente a penicilina em dose única e, a doxiciclina 200 mg por um período de 10 dias⁽¹¹⁾. As doses únicas de fluoroquinolonas não são eficientes no tratamento da *Chlamydia trachomatis*⁽¹⁶⁾.

Enquanto na mulher o controle da eficácia do tratamento está vinculado à realização da cultura de endocérvice, no homem o critério de cura é basicamente clínico, pelo desaparecimento dos sinais e sintomas, podendo-se realizar cultura para confirmar a erradicação do gonococo.

"Excluída a abstinência, a medida preventiva mais eficaz é ainda a monogamia com fidelidade conjugal recíproca, ou, pelo menos, a limitação do número e a escolha criteriosa dos parceiros sexuais."⁽¹⁰⁾

O uso de preservativo é a profilaxia mais indicada para a prevenção da gonorréia e das DST em geral. A nível de controle epidemiológico **é altamente relevante a investigação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(ais)**. A antibioticoterapia profilática em caso de suspeita de contaminação pelo gonococo pode ser utilizada diminuindo os riscos da UG, mas não prevenindo-a totalmente.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Origem e Seguro Saúde

De 1º de janeiro de 1997 à 31 de dezembro de 1998 foram atendidos no Setor de DST-UFF 2.104 pacientes, sendo 955 o total de indivíduos do sexo masculino. Destes últimos 115 apresentaram diagnóstico laboratorial com resultado positivo para uretrite gonocócica pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*.

A maior parte da clientela masculina apresentando gonorréia veio encaminhada por outros serviços de saúde (73%), tanto de serviços públicos quanto privados. A demanda espontânea representou 26,1% dos casos, e incluiu situações nas quais o paciente tomou conhecimento à respeito do Setor DST-UFF por meio de amigos, colegas de trabalho, parentes e pela mídia (panfletos, televisão, campanha de prevenção de DST/Aids). Em apenas 0,9% o acesso ao ambulatório fez-se por intermédio de seus parceiros portadores de alguma doença sexualmente transmissível, em tratamento no Setor DST-UFF ou em outros serviços de saúde.

É importante observar que embora 69,6% não possuíssem nenhum tipo de seguro saúde, 8,7% mesmo usufruindo de tal benefício procuraram este ambulatório especializado da UFF, sendo algumas vezes orientados neste sentido por seus próprios médicos particulares. Em 21,7% tal dado era ignorado, talvez devido à ambigüidade do item seguro saúde, que pode ser interpretado como algum seguro de vida e não como assistência médica propriamente dita, o que pode ter levado alguns entrevistados a desconsiderá-lo. Portanto, é bem possível que parte destes 21,7% tivessem na realidade algum tipo de assistência médica privada, e mesmo assim tenham procurado atendimento no Setor DST-UFF. As considerações prévias com relação aos tipos de origem dos pacientes e à posse de seguro saúde demonstram que o Setor DST-UFF além de ter boa credibilidade não só na população geral como no âmbito da classe médica é, de fato, um centro de referência em DST/Aids.

Perfil Socioeconômico

A faixa etária na qual se enquadra a absoluta maioria está abaixo dos 30 anos (85,3%), com preponderância entre os 21 e 30 anos de idade (50,5%), embora a freqüência de UG entre os 11 e 20 anos também seja elevada (34,8%). Isto está de acordo com a literatura, que indica a maior freqüência de gonorréia entre os 15 e 30 anos (6), e pode estar relacionado ao fato de que adolescentes e adultos jovens geralmente estão em busca de seu "par ideal", sendo mais comum a multiplicidade de parceiros e uniões instáveis do que em indivíduos mais velhos. A ocorrência de UG entre 31 e 40 anos diminui (13%), queda esta mais acentuada após os 41 anos (1,7%), possivelmente devido à tendência das relações afetivas/sexuais se tornarem mais estáveis e monogâmicas. Neste levantamento de dados não houve casos de UG abaixo dos 11 anos ou acima dos 50 anos.

Os dados referentes à cor da pele nos mostra um predomínio de negros correspondendo à 40,9%, seguidos de 31,3% de bran-

cos e 26,1% de indivíduos de cor parda. Em 1,7% dos casos tal dado era ignorado. Outros estudos também indicaram uma maior freqüência de gonorréia em negros (5,11).

Com relação ao estado civil 69,6% eram solteiros, 13,9% casados, 0,9% separados, 14,8% solteiros com companheiro(a), e em 0,9% eram ignorados. A literatura consultada apontou uma maior prevalência de UG entre solteiros e separados (11).

No que diz respeito à escolaridade 1,7% eram analfabetos; 55,8% tinham primeiro grau incompleto; 13,0% primeiro grau completo; 17,4% segundo grau incompleto; 7,8% segundo grau completo; 0,9% curso superior incompleto; 1,7% curso superior completo; e em 1,7% desconhece-se o nível de instrução. **Chama atenção a freqüência de indivíduos que tendo boa escolaridade (2. grau completo em diante) apresentaram gonorréia (10%).**

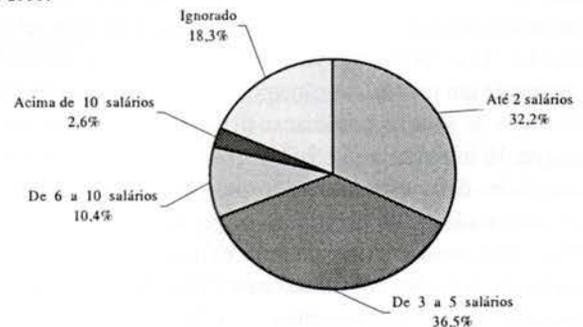
A distribuição de renda familiar, discriminada em faixas salariais, encontra-se demonstrada no **gráfico 1**, assinalando-se a preponderância de rendas inferiores a 5 salários mínimos (68,7%); o Setor de DST-UFF tem como característica a gratuidade assistencial, o que pode justificar sua grande procura por indivíduos de baixa renda. Mesmo assim 13% dos pacientes com UG que procuraram este serviço tinham renda familiar elevada, 10,4% oscilando entre 6 a 10 salários mínimos, e 2,6% acima de 10 salários.

As ocupações profissionais eram as mais variadas possíveis, sendo agrupadas e classificadas na **tabela 1**, de acordo com as normas do Instituto Nacional de Seguridade Social. A incidência maior no grupo de Trabalhadores de Serviços e Assemelhados justifica-se por este abranger um número muito grande de profissões.

As condições de moradia foram avaliadas em função do tipo de material usado na sua construção, e da presença ou não de infra-estrutura básica, sendo observado que em 90,4% dos casos eram de alvenaria, em 93,0% possuíam luz elétrica, em 83,5% eram servidas de rede de esgoto e em 75,6% de água encanada como observa-se na **Tabela 2**.

A maioria dos clientes residiam em Niterói (53%) e em São Gonçalo (36,5%), e estes todos, moradores do estado do Rio de Janeiro; 11 indivíduos (9,6%) eram provenientes de outros municípios, sendo 5 de Itaboraí, 2 do Rio de Janeiro, 1 de Nova Iguaçu, 1 de Comendador Soares, 1 de Duque de Caxias e 1 de

Gráfico 1 - Distribuição por renda familiar dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Tabela 1 – Distribuição por atividade profissional dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999

Atividade profissional	n	%
Profissões Científicas, Técnicas, Artísticas e assemelhados	4	3,5
Membros dos Três Poderes, Servidores Cíveis e Militares	1	0,9
Trabalhadores Administradores e assemelhados	10	8,7
Trabalhadores do Comércio e assemelhados	13	11,3
Trabalhadores de Serviços e assemelhados	45	39,1
Trabalhadores da Produção Industrial	14	12,2
Não especificado nas classes anteriores	28	24,3
Total	115	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF

Tabela 2 – Condições de moradia dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

Condições de moradia	Sim		Não		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alvenaria	104	90,4	3	2,6	8	7,0	115	100,0
Luz elétrica	107	93,0	-	-	8	7,0	115	100,0
Água encanada	87	75,6	20	17,4	8	7,0	115	100,0
Rede de esgoto	96	83,4	11	9,6	8	7,0	115	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF

Maricá. Em 0,9 % dos casos ignora-se o local de moradia do indivíduo. A procura de assistência médica em Niterói por pessoas de áreas adjacentes, principalmente São Gonçalo e Região dos Lagos, denota a insuficiência do sistema de saúde dessas localidades.

Comportamento Sexual

A maioria absoluta dos pacientes referiu sua orientação sexual como heterossexual (93,9 %); alguns poucos referiram ser bissexuais (4,3 %) e apenas um paciente disse ser homossexual (0,9 %); somente um prontuário não apresentava este dado (0,9 %).

Passado de relação homossexual fazia parte da história pregressa de 16 indivíduos (13,9 %). O elevado índice de heterossexualidade, dado este fornecido pelo próprio paciente, pode estar mascarado pelos preconceitos gerados pelas convenções sociais; esta mesma causa poderia explicar o baixo índice de passado de relações homossexuais (79,1 %). Ignora-se esta informação em 7 % dos pacientes.

Dos 115 homens com gonococcia 29,6 % tinham parceira(o) fixa(o) exclusiva(o), 22,6 % fixa(o) não exclusiva(o), 23,5 %

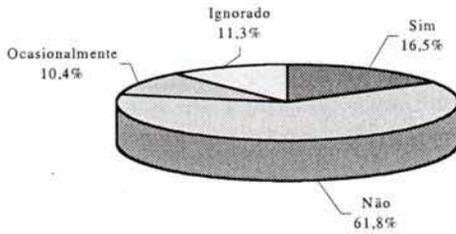
múltiplas(os), e 20,9 % estavam atualmente sem parceira(o); este dado era ignorado em 3,5 %.

No que se refere à experiência extraconjugal, esta foi observada em 38,3 % dos entrevistados, e 25,2 % afirmaram não tê-las; em 36,5 % desconhece-se esse dado.

A educação sexual (informações sobre os aparelhos reprodutivos masculino e feminino e seu funcionamento, doenças sexualmente transmissíveis e modo de evitá-las, métodos contraceptivos), avaliada pelo próprio paciente, evidenciou que poucos se consideravam com bons conhecimentos a esse respeito (8,7 %); a maior parte dos indivíduos considerava tendo-a pouca (38,3 %) ou nenhuma (25,2 %); 26,1 % disseram ter média educação sexual e em 1,7 % dos casos esse dado era ignorado.

O uso de preservativo em geral não é feito (61,8 %), ou então só ocasionalmente (10,4 %). Apenas 16,5 % dos pacientes afirmaram fazer uso rotineiro do preservativo nas suas relações sexuais (**Gráfico 2**). É interessante observar que em alguns prontuários cujos pacientes faziam uso ocasional do preservativo coexistia a informação de que o método contraceptivo utilizado era o preservativo, o que nos deixa a suposição de que assim o faziam como método anticoncepcional e não com o intuito de proteger-se contra uma possível DST. O não uso do preservativo

Gráfico 2 - Uso de condom pelos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

seria consequência da pouca informação, dificuldade na sua aquisição, preconceitos quanto ao seu uso e falta de costume no seu manuseio, decorrentes de hábitos arraigados da sociedade patriarcal. Na atualidade é imprescindível a conscientização dos indivíduos, homens e mulheres, que a sexualidade vivida na sua plenitude está inegavelmente vinculada à segurança, em outras palavras, à prevenção.

A maioria dos pacientes avaliados não usava drogas ilícitas (79,2 %); 9,6 % usava cocaína, 1,7 % usava maconha e, 7,8 % fazia uso de ambas estas drogas. Em 1,7 % desconhece-se tal item.

Conforme verifica-se na **tabela 3**, 35,7 % apresentavam história de DST progressa; dentre estes a principal doença mencionada era a gonorréia, e em seguida o HPV, ficando a sífilis em terceiro lugar. A especificação das DST anteriores teve seus percentuais estabelecidos em função do número de respostas, isto é, trata-se de um percentual de respostas múltiplas (**Tabela 4**).

Geralmente não havia outras DST concomitantes à UG nos prontuários levantados, entretanto pode-se observar 7 casos de sífilis, 6 de HPV, 5 de HIV positivo, 1 de cancro mole, 1 de *Chlamydia trachomatis*, e 1 de candidíase; aqui também consiste de um percentual de respostas múltiplas, ou seja alguns indivíduos apresentavam mais de uma DST associada. Embora realizado sempre que possível, o rastreamento para *Chlamydia trachomatis* não vem sendo feito sistematicamente no Setor DST-UFF devido à falta recorrente de verbas que possibilitem a aquisição dos kits para sua pesquisa. Provavelmente a frequência dos indivíduos apresentando-a concomitantemente à UG seria maior se a sua pesquisa fosse rotineira.

Realização de sexo oral é mais freqüente que de sexo anal: 53 % dos pacientes praticam sexo oral, 46,1 % não o praticam; já no caso de coito anal apenas 35,7 % o fazem, enquanto que 62,6 % não são adeptos deste tipo de coito. A primeira relação sexual ocorreu mais comumente entre os 13 e 16 anos, como pode-se ver no **gráfico 3**. Deve-se atentar para o fato da precocidade no início da vida sexual destes homens, em alguns casos

Tabela 3 – Doenças sexualmente transmissíveis anteriores dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

DST anteriores	n	%
Sim	41	35,7
Não	72	62,6
Ignorado	2	1,7
Total	115	100,0

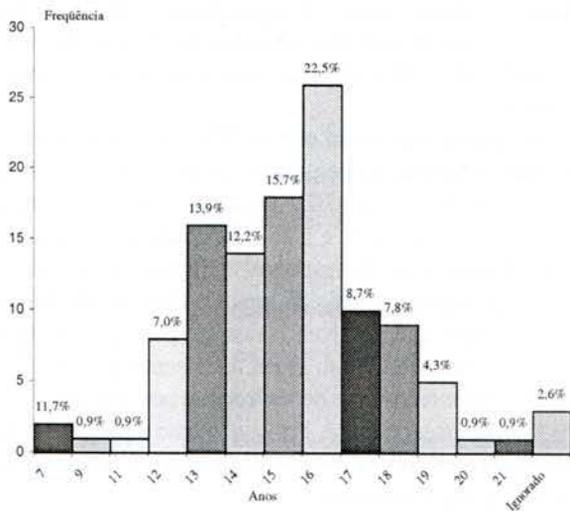
Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF.

Tabela 4 – Especificação das doenças sexualmente transmissíveis anteriores dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

Especificação das DST anteriores	n	%
Gonorréia	35	85,4
Sífilis	4	9,8
HPV	6	14,6
Cancro mole	2	4,9
Herpes genital	2	4,9
HIV	1	2,4

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Gráfico 3 - Idade do primeiro intercurso sexual dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

chegando a extremos, como o daqueles que principiaram relações sexuais aos 7 e 9 anos de idade; o número dos que começaram suas incursões sexuais aos 12 anos também não chega a ser desprezível. **A precocidade do início do intercurso sexual torna indispensável a educação sexual nas escolas e dentro dos lares, com ênfase à prevenção de DST/Aids,** maior divulgação, orientação e facilidade para obtenção de condons adequados a adolescentes.

DST das Parcerias dos Pacientes com UG

Em se tratando de DST atual, ou queixa atual relacionada a possível DST, que a(o) parceira(o) estivesse apresentando, apenas em 10,4 % existia alguma delas; 1,7 % dos clientes não sabia informar este dado; em 16,5 % dos casos não havia queixas por parte da(o) parceira(o); e em 71,4 % não havia tal dado no prontuário, sendo 20,9 % por não estar o paciente tendo parceira(o) na ocasião. É necessário que se insista com o paciente para que suas parcerias sexuais busquem tratamento médico adequado a fim de evitar reinfecções, e ainda sobre a importância da realização dos testes sorológicos para lues e HIV.

Sorologias para Sífilis e HIV

Faz parte da rotina do Setor DST-UFF oferecer e solicitar (com consentimento do paciente) os testes sorológicos para HIV e sífilis.

O teste anti-HIV foi realizado por 44,3 % dos pacientes, dos quais 4,3 % foram positivos (5 casos) e 40,0 % negativos; em 55,7 % o resultado é ignorado.

O VDRL foi feito por 47,0 % dos pacientes, dos quais 6,1 % foram positivos e 40,9 % negativos, e em 53 % dos casos o resultado é ignorado.

Os resultados ignorados podem ser explicados pela desistência por parte do paciente de realizar o exame, ou por melhora do quadro clínico e não retorno ao Setor DST-UFF, ou por preconceito/medo deste tipo de teste, ou ainda pela possibilidade de terem realizado estas sorologias em outros serviços da rede pública ou privada.

Tratamento e Retorno

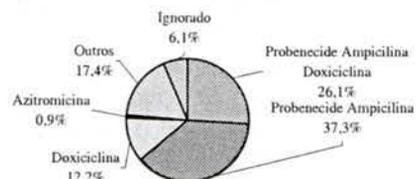
Os tratamentos mais utilizados foram Ampicilina 3,5 g precedida de 1,0 g de Probenecid, em 37,3 % dos atendimentos e, em 26,1 % dos casos, além destas duas drogas foi associado o uso de Doxiciclina 200 mg ao dia por intervalos de tempo variando de 7 a 14 dias.

Por ser objetivo do Setor DST-UFF o tratamento imediato do paciente a fim de evitar que este permaneça como fonte disseminadora de DST enquanto aguarda-se os resultados laboratoriais segue-se a abordagem sintomática preconizada pelo Ministério da Saúde.

Outras vezes fez-se só doxiciclina (12,2%) e em 17,4% foram usados outros medicamentos (**Gráfico 4**). Destes outros medicamentos, a associação mais constante foi a de Probenecid 1,0 g, Doxiciclina 20 mg, e Ceftriaxone 250 mg (5 casos); em 2 casos foram feitos apenas Doxiciclina com Ceftriaxone; em outros 2 casos foram prescritos conjuntamente Probenecid, Ampicilina e Ceftriaxone. Observou-se ainda tendência à associação de doxiciclina com outras drogas, tais como: lomefloxacina 400 mg (1 caso); probenecid 1,0 g (1 caso); e espectinomicina (2 casos). Outras terapêuticas utilizadas foram azitromicina 1,0 g + norfloxacina 400 mg (2 casos) e probenecid 1,0 g + amoxicilina (1 caso). Em 4 pacientes empregaram-se drogas isoladas, a saber: lomefloxacina 400 mg; tianfenicol 2,5 g, norfloxacina 400 mg e espectinomicina 2,0 g.

A falta de uma padronização na medicação advém do fato dos medicamentos disponíveis no já mencionado setor serem variáveis conforme doações de laboratórios farmacêuticos, amostras grátis e fornecimento pelo Ministério da Saúde, que nem sempre o faz de maneira regular. Outra possível causa de esquemas terapêuticos diferentes dos tradicionalmente preconizados

Gráfico 4 - Tratamento dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.

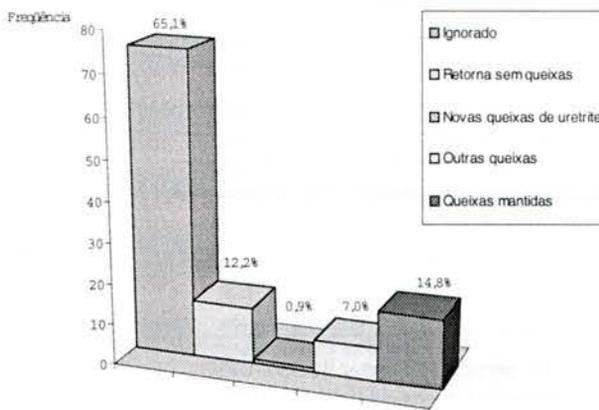


Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

zados para UG é a intercorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis. Por fim cabe lembrar que a experiência individual de cada médico pode interferir na escolha do tratamento.

Com relação ao retorno do paciente para seguimento clínico, avaliado num período de até 3 meses após o diagnóstico da uretrite, em 12,2 % ele retornou sem queixas; em 14,8 % dos casos voltou ao serviço mantendo as queixas; em 0,9 % com novas queixas de uretrites; em 7,0 % dos casos com outras queixas compatíveis com outras doenças que não gonorréia; e em 65,1 % dos casos ele é ignorado. Este último pode estar ligado ao êxito do tratamento, ao retorno direto ao médico que o encaminhou ao Setor DST-UFF, ou mesmo à volta a este serviço que não tenha sido registrado em prontuário (**Gráfico 5**).

Gráfico 5 - Retorno dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Vários são os possíveis motivos para os 14,8 % dos insucessos do tratamento: uso incorreto dos antimicrobianos, o não tratamento das(os) parceiras(os), nova(o) parceira(o) contaminada(o) e resistência bacteriana ao antibiótico. O desenvolvimento de cepas de gonococos resistentes à penicilina, por sinal, é uma das circunstâncias preocupantes na atualidade, cujas causas relacionam-se com o uso indiscriminado e/ou incorreto de antibióticos. A dificuldade de tratamento da(o) parceira(o) e os portadores assintomáticos (principalmente mulheres) atuam de modo decisivo na disseminação da doença e portanto não devem ser relegados a um segundo plano. Além disso, **parceiras(os) que não se tratam tornam-se fonte de reinfecção permanente.**

Entrecruzamento e Correlação dos Dados

Os percentuais de uso do preservativo são maiores nos mais jovens; o maior índice de utilização ocorreu na faixa dos 11 aos 20 anos (25 %), enquanto que pacientes entre os 31 e 40 anos em 79,9 % dos casos não o faziam. Nenhum dos 2 pacientes acima dos 41 anos usava preservativo. A maior aceitação do uso de preservativo nas gerações mais jovens parece estar relacionada a fatores culturais, uma vez que começaram a exercer sua sexualidade já cientes de um grande número de informações recebidas pela mídia, educa-

ção sexual nas escolas e orientação familiar. Os homens mais velhos tendem a preconceitos arraigados firmemente quanto ao não uso de preservativo. Além disso, como já foi comentado anteriormente, há uma tendência maior à multiplicidade de parceiros e relações menos estáveis nos indivíduos de menor faixa etária.

Embora haja uma tendência a melhores níveis de educação sexual com o aumento da escolaridade (coeficiente de contingência 0,55), isto não é uma verdade absoluta, pois observam-se casos em que, apesar do maior grau de escolaridade, a educação sexual é menor. Isto pode estar relacionado com o caráter subjetivo e de auto avaliação deste item (**Tabela 5**).

Dentro de todos os níveis de escolaridade o percentual de não uso do preservativo é elevado, apesar do que, nota-se uma tendência ao maior uso do preservativo à medida que aumenta o grau de instrução. A percepção de indivíduos melhor instruídos que não usam preservativo habitualmente, pode ser conseqüente a fatores que não a escolaridade, tais como faixa etária mais elevada, e maior frequência de parceiros fixos. O grau de educação sexual interfere pouco com o uso rotineiro de preservativo, que ainda é baixo (**Tabelas 6 e 7**).

Verifica-se maior uso de preservativo conforme o aumento da faixa salarial: 66,7 % dos que tinham renda familiar superior a 10 salários mínimos faziam uso rotineiro de preservativo, enquanto que 70,3 % dos homens cuja renda era de até 2 salários não o fazia (**Tabela 8**).

A despeito da elevada quantidade de homens que não usavam preservativo, mesmo quando tinham múltiplos parceiros, comparativamente foi neste grupo, e no grupo de homens com parceiros eventuais que a sua utilização foi mais acentuada.

Dos 41 indivíduos com DST anteriores (35,7 % do total de prontuários levantados), 92,7% eram heterossexuais, 4,9 % bissexuais e 2,4 % homossexuais (**Tabela 9**).

A DST anterior mais freqüente foi a gonorréia com 35 casos; destes 33 (94,2 %) ocorreram em heterossexuais; 1 caso (2,9 %) em bissexual e 1 caso (2,9 %) em homossexual. A segunda DST mais freqüente foi HPV com 6 casos, dos quais 5 (83,3 %) ocorreram em heterossexuais e 1 caso (16,7 %) em bissexual. A sífilis ocupou o terceiro lugar com 4 casos, sendo 3 (75 %) em heterossexuais, e 1 caso (25 %) em homossexual. Ocorreram 2 casos de cancro mole e 2 de herpes genital, todos em heterossexuais. O único caso de HIV relatado como DST prévia pelo paciente, ocorreu em um bissexual. O número elevado de recidivas de gonorréia sugere que, apesar de toda informação e campanhas educativas para prevenção de DST/Aids, existe uma certa resistência ao uso de preservativo e um descaso no que diz respeito ao tratamento da parceira, este último podendo estar ligado à freqüente ausência de sintomas da doença na mulher (**Tabela 10**).

Dos 108 heterossexuais, 86,1 % não apresentaram DST associada a sua doença atual; as comumente apresentadas eram sífilis, HPV, e HIV, conforme observado na **tabela 11**; ocorreram 3 casos de mais de uma DST associada à gonorréia: sífilis com HPV, sífilis com candidíase, e sífilis com cancro mole. Dentre os bissexuais (5 indivíduos) 1 apresentou sorologia positiva para HIV e outro condiloma acuminado; o homossexual (apenas 1 caso na amostra) apresentava sífilis como DST concomitante.

Do esquema terapêutico mais usado, Probenecid associado à Ampicilina (43 casos), 2,3 % retornaram sem queixas, 7,0 %

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a escolaridade por educação sexual. Niterói, RJ. 1999.

Escolaridade		Educação Sexual					Total
		Nenhuma	Pouca	Média	Boa	Ignorado	
Analfabeto	n		1	1			2
	Linha %		50,0	50,0			100,0
1º. grau incompleto	n	21	24	15	3	1	64
	Linha %	32,8	37,5	23,4	4,7	1,6	100,0
1º. grau completo	n	2	7	4	2		15
	Linha %	13,3	46,7	26,7	13,3		100,0
2º. grau incompleto	n	3	7	6	4		20
	Linha %	15,0	35,0	30,0	20,0		100,0
2º. grau completo	n		5	3	1		9
	Linha %		55,6	33,3	11,1		100,0
Superior incompleto	n			1			1
	Linha %			100,0			100,0
Superior completo	n	2					2
	Linha %	100,0					100,0
Ignorado	n	1				1	2
	Linha %	50,0				50,0	100,0
Total	n	29	44	30	10	2	115
	Linha %	25,2	38,3	26,1	8,7	1,7	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,55

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a escolaridade por uso de condom. Niterói, RJ. 1999.

Escolaridade		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Analfabeto	n		2			2
	Linha %		100,0			100,0
1º. grau incompleto	n	6	43	6	9	64
	Linha %	9,4	67,1	9,4	14,1	100,0
1º. grau completo	n	3	10	1	1	15
	Linha %	20,0	66,6	6,7	6,7	100,0
2º. grau incompleto	n	6	8	4	2	20
	Linha %	30,0	40,0	20,0	10,0	100,0
2º. grau completo	n	3	5	1		9
	Linha %	33,3	55,6	11,1		100,0
Superior incompleto	n		1			1
	Linha %		100,0			100,0
Superior completo	n		2			2
	Linha %		100,0			100,0
Ignorado	n	1			1	2
	Linha %	50,0			50,0	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,39

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a educação sexual por uso de condom. Niterói, RJ, 1999.

Educação Sexual		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Nenhuma	n	4	20	2	3	29
	Linha %	13,8	69,0	6,9	10,3	100,0
Pouca	n	6	28	3	7	44
	Linha %	13,6	63,7	6,8	15,9	100,0
Média	n	6	17	5	2	30
	Linha %	20,0	56,6	16,7	6,7	100,0
Boa	n	2	6	2		10
	Linha %	20,0	60,0	20,0		100,0
Ignorado	n	1			1	2
	Linha %	50,0			50,0	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,31

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a renda familiar por uso de condom. Niterói, RJ, 1999.

Renda Familiar		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Até 2 salários	n	3	26	5	3	37
	Linha %	8,1	70,3	13,5	8,1	100,0
De 3 a 5 salários	n	10	26	5	1	42
	Linha %	23,8	61,9	11,9	2,4	100,0
De 6 a 10 salários	n	2	8	2		12
	Linha %	16,7	66,6	16,7		100,0
Acima de 10 salários	n	2	1			3
	Linha %	66,7	33,3			100,0
Ignorado	n	2	10		9	21
	Linha %	9,5	47,6		42,9	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,49

retornaram com outras queixas, 20,9 % mantiveram as mesmas queixas de uretrite, e em 69,8 % ignora-se o retorno do paciente. Cabe lembrar que os percentuais de retorno ignorado podem estar associados ao sucesso do tratamento, ao retorno direto ao médico que encaminhou o paciente ao Setor DST-UFF ou ainda à volta a este serviço que não tenha registro em prontuário. O segundo tratamento mais prescrito - Probenecid, Ampicilina e Doxiciclina (30 casos, 26,1 %) apresentou 26,7 % de retorno sem queixas. Quando as drogas utilizadas foram diversas (20 casos, 17,4 %), 5 % retornaram sem queixas, 5 % com novas queixas de uretrite, 10 % com outras queixas, e 20 % retornaram com a mesma sintomatologia. A Doxiciclina foi prescrita em 14

casos (12,2 %), tendo 28,6 % retornado sem queixas, e 21,4 % com os mesmos sintomas anteriores. Neste estudo o emprego da azitromicina isolada ocorreu apenas uma vez, sendo desconhecido o retorno. Dos 115 homens com gonorréia 75 tem retorno ignorado, cujo maior índice se deu no grupo tratado com probenecid + ampicilina (40 %), seguido do esquema probenecid, ampicilina e doxiciclina (26,7 %); do total de pacientes que retornaram sem queixas (14 casos), 57,2 % utilizaram este último esquema citado, e 28,6 % apenas doxiciclina. Daqueles que mantiveram as queixas (17 casos), 53,0 % foram tratados com probenecid + ampicilina, e 23,5 % com outras drogas (Tabela 12). **Preconiza-se no âmbito mundial o uso de cefalosporinas**

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997-1998, segundo as DST anteriores por orientação sexual. Niterói, RJ, 1999.

DST Anteriores		Orientação Sexual			Total
		Heterossexual	Bissexual	Homossexual	
Sim	n	38	2	1	41
	Linha %	92,7	4,9	2,4	100,0
Não	n	69	3		72
	Linha %	95,8	4,2		100,0
Ignorado	n	1			2
	Linha %	50,0		50,0	100,0
Total	n	108	5	1	115
	Linha %	93,9	4,3	0,9	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF.
Coeficiente de contingência = 0,58

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo os tipos das DST anteriores por orientação sexual. Niterói, RJ, 1999

DST Anteriores		Orientação Sexual			Total
		Heterossexual	Bissexual	Homossexual	
Gonorréia	n	33	1	1	35
	Linha %	94,2	2,9	2,9	100,0
Sífilis	n	3		1	4
	Linha %	75,0		25,0	100,0
HPV	n	5	1		6
	Linha %	83,3	16,7		100,0
Cancro Mole	n	2			2
	Linha %	100,0			100,0
Herpes genital	n	2			2
	Linha %	100,0			100,0
HIV	n		1		1
	Linha %		100,0		100,0
Total	n	38	2	1	41
	Linha %	109,8	7,3	4,9	122,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF.
Coeficiente de contingência = 0,56

de terceira geração e de quinolonas como Ciprofloxacina e Ofloxacina como primeira escolha terapêutica para gonorréia não-complicada. Têm-se obtido bons resultados ainda com Ceftriaxone e Espectinomicina. Antibióticos como Eritromicina e Tetraciclina apesar do baixo custo devem ser evitados devido ao surgimento de cepas de *Neisserias* resistentes à penicilina^(17, 18).

É impossível dissociar medidas preventivas e sanitárias em Saúde Pública, dentre elas o estímulo ao uso do preservativo, do momento político e histórico vivido pelo país, caracterizado pelos altos índices de desemprego, salários aviltantes, baixo

prestígio da Educação e Saúde. Obviamente os índices de utilização do preservativo além de relacionados a fatores sociais e culturais, vinculam-se às questões econômicas, em última análise ao poder aquisitivo dos indivíduos. A distribuição gratuita de medicação e preservativo nos serviços de saúde públicos é de extrema importância, uma vez que grande parcela da população que recorre a esses serviços encontra-se na faixa de baixa renda.

Apenas conscientizar não resolve; é preciso dissolver preconceitos, disponibilizar medicamentos e preservativos, viabilizar o fluxo da população aos Serviços de Saúde e formar profissionais especializados na área de DST/Aids.

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a orientação sexual por DST associadas. Niterói, RJ. 1999.

Orientação Sexual		DST Associadas						Total	
		Sífilis	HPV	Cancro mole	HIV	Chlamydia trachomatis	Candida sp.		Não há
Heterossexual	n	6	5	1	4	1	1	93	108
	Linha%	5,6	4,6	0,9	3,7	0,9	0,9	86,1	100,0
Bissexual	n		1		1			3	5
	Linha%		20,0		20,0			60,0	100,0
Homossexual	n	1							1
	Linha%	100,0							100,0
Ignorado	n							1	1
	Linha%							100,0	100,0
Total	n	7	6	1	5	1	1	97	115
	Linha%	6,1	5,2	0,9	4,3	0,9	0,9	84,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência=0,39

Conclusões

Dos 2.104 indivíduos atendidos de primeira vez e com prontuários abertos no Setor DST-UFF de 1º de Janeiro de 1997 a 31 de Dezembro de 1998, 955 (45,4 %) eram homens, e destes 115 (12 %) apresentaram diagnóstico laboratorial indicativo de uretrite gonocócica pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio de *Thayer-Martin*.

A clientela masculina com UG mostrou um predomínio de indivíduos adolescentes e adultos jovens (85,3 %), sendo de 11 a 20 anos 34,8 %, e de 21 a 30 anos 50,5 %, solteiros (69,6 %), negros (40,9 %), oriundos de Niterói (53 %), com baixa escolaridade (55,8 % só tinham até o 1º grau incompleto) e baixa renda familiar (68,7 % ganhavam até 5 salários mínimos).

Geralmente vinham encaminhados por outro serviço de saúde (73 %) e 8,7 % tinham seguro saúde.

Na sua maioria afirmavam ser heterossexuais (93,9 %) e tinham início de vida sexual entre 13 e 16 anos (64,3 %).

Faziam uso rotineiro de preservativo 16,5 % dos indivíduos estudados, enquanto 10,4 % informaram fazer seu uso ocasionalmente e 61,8 % não o utilizavam.

Com relação à história de DST anterior, esta ocorreu em 35,7 % dos homens com UG, sendo em 85,4 % dos casos gonorréia.

Em 18 pacientes houve co-infecção com outras doenças sexualmente transmissíveis, sendo que 3 deles apresentaram mais de uma associada: 5 casos de HIV positivo, 5 de HPV, 1 de Clamídia, 4 de sífilis, 1 de sífilis com cancro mole, 1 de sífilis com HPV e 1 de sífilis com candidíase.

O exame anti-HIV foi realizado no Setor DST-UFF por 44,3 % dos pacientes, sendo 4,3% positivo; o VDRL, por sua vez, foi feito neste serviço por 47,0 % deles, sendo positivo em 6,1%.

Os tratamentos mais utilizados foram as associações Probenecid, Ampicilina e Doxiciclina (26,1 %) e Probenecid com Ampicilina (37,4 %).

Dos 115 pacientes estava registrado o retorno em 34,9 % dos casos, sendo que 12,2 % retornaram sem queixas e 7,0 % com outras queixas compatíveis com outras doenças que não gonorréia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smith, Donald R. Aspectos Urológicos Das Doenças Venéreas no Homem. In: Smith, Donald R. *et al. Urologia Geral*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1985. 576 p. Cap. 14, p. 209-216.
- Gir, Elucir, Moriya, Tokico Marakawa, Costa, João Carlos, Duarte, Geraldo, Oliveira, Maria Helena Pessini, Bueno, Sônia Maria Villela, TAVARES, Maria Solange Guarino. Estudo das Condutas Adotadas por Balconistas de Farmácias Frente a Casos Relatados de Gonorréia. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 15-25, jan./mar. 1991.
- Ness, Roberta B., Markovic, Nina, Carlson, Catherine L., Coughlin, Michael T., Do men become infertile after having sexually transmitted urethritis? An epidemiologic examination. *Fertility and Sterility*, v. 68, n. 2, p. 205-213, Ago. 1997.
- Grosskurth, H.; Mayaud, P.; Mosh, F.; Todd, J Senkoro, K.; Newell, J.; Gabone, R.; Changalucha, J.; West, B.; Hayes, R.; Mabey, D. Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. *BMJ*, v. 312, n. 7026, p. 277-280, Feb. 1996.
- Belda, Walter. Gonorréia. *Ars Cvrandi*, v. 21, n. 1, p. 32-34, 36, 38, Jan./Fev. 1998.
- Passos, Mauro Romero Leal, Lopes, Paulo da Costa, Filho, Gutemberg Leão de Almeida, GOUV A, Tegnus Vinícius Depes. Gonorréia. In: PASSOS, Mauro Romero Leal *et al. DST-Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda., 1995. 552 p. Cap. 8, p. 121-137.
- Belda, Walter. Gonorréia. In: Veronesi, Ricardo. *Doenças Infeciosas e Parasitárias*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1982. 1209p. Cap. 105, p. 982-989.
- Francisco, Waldemar. Gonococias e Clamídias. In: Ferreira, A. Walter, Ávila, Sandra L. M. *Diagnóstico Laboratorial das*

- Principais Doenças Infecciosas e Auto-imunes.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A., 1996. 302 p. Cap. 11, p.101-107.
- 9 Gir, Elucir, Duarte, Geraldo, Martinez, Roberto, Moriya, Tokico Murakawa, Figueiredo, José Fernando de Castro, Costa, João Carlos, Machado, Alcyone Artioli. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de Aids. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 93-99, Abr. 1994.
- 10 Baldy, José Luís da Silveira. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por contato sexual: aspectos epidemiológicos e de saúde pública. **AMB Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasil, v. 31, n. 9/10, p. 146-151, Out. 1985.
- 11 Srougi, Miguel, Arap, Sami. Uretrites gonocócica e não-gonocócica. **AMB revista da Associação Médica Brasileira**, Brasil, v. 31, n. 9/10, p. 157-164, Out. 1985.
- 12 Jawetz, E. *et al* **Microbiologia Médica**. 18^a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1991. 519 p. Cap. 21: Neisseria, p. 205-210.
- 13 Ainsworth, J. G.; Weaver, T.; Murphy, S.; Renton, A. General practitioners' immediate management of men presenting with urethral symptoms. **Genitourinary Medicine**, v. 72, p. 427-430, Sept. 1996.
- 14 Siqueira, Luiz Fernando de Góes, Júnior, Manuel Fernando Queiroz, BELDA, Walter. O Laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Ações de Saúde Pública. In: PASSOS, Mauro Romero Leal *et al.* **DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda., 1995. 552 p. Cap.48, p. 525-530.
- 15 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 74p.
- 16 Moi, H.; Morel, P.; Gianotti, B.; Barlow, D.; Phillips, Ian; Jean, C. Comparative efficacy and safety of single oral doses of sparfloracin versus ciprofloxacin in the treatment of acute gonococcal urethritis in men. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, England, v. 37, suppl. A, p. 115-122, May 1996.
- 17 Gordon, M. Steven, Carlyn, Cynthia J., Doyle, Laura J., Knapp, Cynthia C., Longworth, David L., Hall, Geraldine S., Washington, John A. The Emergence of *Neisseria gonorrhoeae* with Decreased Susceptibility to Ciprofloxacin in Cleveland, Ohio: Epidemiology and Risk Factors. **Annals of Internal Medicine**. United States of America, v. 125, n. 6, p. 465-470, Sept. 1996.
- 18 Al-Hattawi, K.; Ison, C. A. Characteristics of gonococci isolated from men with urethritis in Dubai. **Epidemiol.Infect.**, London, England, v. 116, n. 1, p. 15-20, Feb. 1996.

Endereço para correspondência:**Setor de DST-UFF (MIP/CMB/CCM)**

Vera Bahiense Ferro

Outeiro São João Batista, s/n, Campus do Valonguinho, Centro.

Niterói,RJ – 24210-150

Tel: (21) 717-6301 – Fax (21) 719-2588

E-mail: mipmaur@vm.uff.br.