

DST

SBDST



Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

VOL. 2 N^{os} 2, 3, 4 ABR/DEZ 1990

**Tianfenicol e
infecções não
complicadas
dos órgãos
genitais
inferiores
femininos**

**Epidemiologia
das DST**

**DST e
adolescentes**

Tricomoniase

Candidíase



DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

DST — J bras Doenças Sex Transm, 2 (2,3,4) 33-64, 1990

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Diretoria 88/90

Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Av. Roberto Silveira, 123 — Niterói — Rio de Janeiro — 24230 — Tels. (021) 710-1549 e 711-4766

Presidente: Mauro Romero Leal Passos (RJ)
1º Vice-Presidente: Almir Antônio Urbanetz (PR)
2º Vice-Presidente: Tomaz Barbosa Isolan (RS)
1º Secretário: Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)
2º Secretário: José Trindade Filho (RJ)
1º Tesoureiro: Marcelo Faulhaber (RJ)
2º Tesoureiro: Carlos Alberto Politano (SP)
Diretor Científico: José Vinicius Cruz (RS)

Conselho Editorial

Editor Chefe

Mauro Romero Leal Passos

Co-Editores

Adriana Lucy Ramos da Costa Moreira
Cristiane Guimarães Fonseca
Gutemberg Leão de Almeida Filho
Humberto Jonas Abrão
José Vinicius Cruz
Paulo da Costa Lopes
Roberto Souza Salles
Roberto Zajdenberg
Robinson Carvalho de Paiva
Rubem de Avelar Goulart Filho

Comissão Editorial

André Gomes
Anna Ricordi Bazin
Antonio Carlos Pereira Júnior
Eunice de Castro Soares Martins
Fabiano da Costa Carvalho
Gesmar Volga Haddad Herdy
Italvar Cruz Rios
Ivo Monteiro de Barros
José Augusto Pantaleão
José Seba
José Trindade Filho
Ledy do Horto dos Santos Oliveira
Luiz Fernando Goes de Siqueira
Marcelo Faulhaber
Paulo Sérgio Vieiro Naud
René Garrido Neves
Tomaz Barbosa Isolan
Walter Tavares

Endereço Científico/Scientific Address

DST — Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

Caixa Postal, 590
20001 — Rio de Janeiro — RJ

ecn

Editora Científica Nacional Ltda.

Av. Almirante Barroso, 97 —
Grupos 1 205 a 1.210
20031 — Rio de Janeiro — RJ
Tels.: 262-2825 — 262.2149 e 262-2247

Direção Geral

E. Carvalho Neto

Assessoria Especial

Maria Luíza Carvalho Doneda
Ivo Doneda

Tesouraria

C. Custódio

Contabilidade

Orlando Gualberto

Assinaturas

Maria Clara Carvalho

Secretária

Andréia Pontes

Revisão

Salvador Pittaro

Supervisor de Produção

Sergio Herdy

Produção

Xisto Campos
Ana Maria da Rocha
Marli M. Barboza
Nair Soares da Cruz
Maria Cristina Aguiar
Lourdes Oliveira
Ledi Damasceno Teixeira

Tráfego

Jorge da Silva
Everaldo

Representante em São Paulo

Vicente Capelli Jr.
Tel.: 296-2493 ou
BIP — 815-3344 — Código 694 K

Representante em Belo Horizonte

Paulo Machado
Rua Vassouras, 523
Tel.: 442-6470

Publicidade no Rio de Janeiro

Ivan Barbosa
Tel.: 262-2825

Pede-se permuta — Exchange requested — On prie l'échange — Se solicita
el canje — Man bittet um Austausch — Si prega lo scambio

Editorial

No período de 5 a 8 de junho de 1990 realizamos na Universidade Federal Fluminense (UFF) a 1.^a Conferência Internacional de DST e AIDS, evento patrocinado pelo Departamento de Microbiologia e Parasitologia (Setor de DST) da UFF e Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Contamos ainda com o co-patrocínio da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, Ministério da Saúde e da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Merece destaque o apoio global da Universidade Federal Fluminense, que através de seus vários departamentos ofereceram todas as condições indispensáveis para a realização deste evento. O professor Hildiberto Ramos Cavalcanti de Albuquerque Jr., Reitor da UFF, merece aqui os nossos mais sinceros agradecimentos pela distinção com que conduziu este empreendimento que só fortalece as instituições universitárias públicas.

O número de inscritos ultrapassou 500 e grande parte da atividade científica foi gravada em videocassete. Não gravamos tudo apenas por problemas técnicos.

O nível científico foi um dos mais elevados pois os conferencistas (nacionais e estrangeiros) apresentaram importantes atualizações sobre os temas.

Filosoficamente a 1.^a Conferência Internacional de DST/AIDS foi distinta de todas as outras reuniões que já freqüentamos no país. Iniciamos apresentando Custos de Programas de AIDS, introduzimos nas apresentações pragmáticas temas como HTLV₁ e Citomegalovírus e terminamos o evento proporcionando uma profunda reflexão ao apresentarmos, em excepcionais mesas-redondas, debates sobre abordagem psicológica, DST na gestação-puerpério e DST na infância e adolescência.

A 1.^a Conferência Internacional de DST/AIDS servirá como um marco na abordagem em Congressos sobre doenças de transmissão sexual. Será cada vez mais freqüente estes debates, pois já se fazia necessário discutir não só diagnóstico e tratamento mas também a trama emocional e social que acompanha cada caso.

Na medida do possível publicaremos os principais dados apresentados na reunião. Para este número escolhemos as apresentações de Yamil Kouri (Universidade Harvard), Yamil Kouri Jr. (Universidade de New York) e de Ahmed Latif (Universidade de Zimbábwe).

Desejamos ainda agradecer a *TODOS* que participaram do evento pois cada, com sua parte, ofereceu um importante alicerce para desenvolvimento de estudos na área.

Culminando com estas transformações, de forma democrática, passaremos a presidência da SBDST para o colega Gutemberg Leão de Almeida Filho, profissional equilibrado, moralmente inquestionável e dotado de profundo conhecimento sobre o tema. Gutemberg, juntamente com todos os membros da SBDST, procurará na gestão 90-92 continuar as relações de amizade e cooperação com todas as entidades que acreditem que acima das divergências conjecturais existe o bem comum. E tenho certeza estará pronto para apoiar quaisquer grupos emergentes ou já implantados que estejam dispostos a trabalhar pela saúde coletiva.

Mauro Romero Leal Passos

Candidíase

Gutemberg Leão de Almeida Filho¹
Mauro Romero Leal Passos²
Cristiane Guimarães Fonseca³

A candidíase é uma micose que tem aumentado muito a sua freqüência nos últimos tempos. Constitui-se atualmente um dos tipos mais comuns de vulvovaginite e a mais freqüente na mulher grávida. Eschenbach⁽⁴⁾ relata que a candidíase é quase duas vezes mais freqüente em mulheres grávidas que em não-grávidas. Entre nós, Signoretti e colaboradores⁽¹³⁾ revelam que, em mulheres grávidas, a incidência de candidíase é uma vez e meia superior à de tricomoniase.

Torna-se importante frisar a associação de infecção por *Candida* com a imunossupressão e com situações, nas quais o teor de glicogênio do meio vaginal está elevado, produzindo um pH baixo e propício ao desenvolvimento da infecção. Vários fatores têm sido incriminados como *predisponentes* ou *agravantes* de candidíase: a gravidez, diabetes mellitus, a terapia com corticosteróide e imunossupressores, o uso de antibióticos de amplo espectro, além da deficiente ventilação vulvar pelo uso de roupas sintéticas ou apertadas. As opiniões

são conflitantes quanto ao possível papel incrementador da incidência de candidíase por parte dos anovulatórios orais. Rohatiner e Grimble⁽¹²⁾ acharam maior freqüência da infecção, porém não souberam explicar se o medicamento agiria alterando o metabolismo dos hidratos de carbono ou facilitando maior diversidade de parceiros sexuais. Eschenbach⁽⁴⁾ cita que, embora ocorra alteração no metabolismo dos carboidratos em usuárias de anovulatórios orais, estes não predispõem à candidíase. Por outro lado, Fernández-Cid⁽⁵⁾ chega mesmo a relatar que houve, em sua série, pequena diminuição da incidência de candidíase em pacientes em uso de anovulatórios orais. Realmente, na prática, parece não haver diferença capaz de comprometer esta medicação como predisponente da referida doença.

Atualmente aceita-se como freqüente a transmissão pela via sexual, embora a contaminação, a partir do sistema gastrointestinal, seja bastante comum. Eschenbach⁽³⁾ relata que cerca de 10% dos parceiros têm uretrite ou balanite sintomáticas, quando a mulher é sintomática.

A candidíase pode ocorrer em qualquer fase da vida, porém, durante o menacme, sua incidência é maior. O acometimento de crianças e menopausadas é esporádico.

Discorreremos de forma pormenorizada apenas da candidíase geni-

tal, por tratar-se do objetivo desta obra.

Etiologia

A candidíase é uma infecção causada por fungo do gênero *Candida*. Foi Fue Wilkinson quem pela primeira vez associou os fungos ao corrimento vaginal (in Hurley)⁽⁸⁾.

Das 30 espécies existentes somente a *Candida albicans* (94%) e a *Candida glabrata* (3,5%), antiga *Torulopsis glabrata*, têm importância na etiologia da vulvovaginite micótica⁽⁶⁾.

Trata-se de um fungo oportunista que vive como comensal na mucosa do sistema digestivo e da vagina. Microbiologicamente é uma levedura vegetal, desprovida de clorofila, que se apresenta de duas formas: uma vegetativa ou de crescimento — a hifa — e outra de reprodução — o esporo. Com o crescimento, as hifas formam um conjunto de filamentos septados — o micélio, facilmente identificável à microscopia óptica. Seu mecanismo de reprodução é a esporulação ou brotamento. O sistema digestivo do homem e dos pássaros constitui-se no principal reservatório de *Candida* da natureza⁽⁸⁾, porém o contágio de animal para homem não se reveste de importância.

A *Candida albicans* não faz parte da flora normal da vagina sadia⁽¹⁾. Entretanto, pode ser encontrada em cerca de 10-20% colonizando a vagina de pacientes assintomáti-

¹Médico — Universidade Federal Fluminense (UFF)

²Professor e Chefe do Setor de DST — Dept.º de Microbiologia e Parasitologia da UFF

³Interna e Monitora — Dept.º de Microbiologia e Parasitologia da UFF — Setor de DST

cas.^{4 10)} Para que haja sintomatologia, torna-se necessário, além da grande concentração de microrganismos, terreno favorável ao seu desenvolvimento. Assim, a presença de *Candida* no meio vaginal indica morbidade e esta deve ser eliminada prontamente.

Quadro clínico

A *Candida* pode acometer o tegumento cutâneo, produzindo lesões intertriginosas, com eritema, maceração, exsudação e prurido nas dobras da pele, além de oniquia e paroníquia.

No sistema digestivo pode produzir o *sapinho*, freqüente em recém-nascidos contaminados durante o parto vaginal. A lesão caracteriza-se por placas brancas sobre uma mucosa eritematosa e dolorosa. A disseminação se faz para faringe e esôfago. Woodruff e Hesseltine⁽¹⁴⁾ relatam que recém-nascidos de mães portadoras de candidíase possuem tendência 35 vezes maior de adquirir candidíase oral que outros recém-natos.

A forma disseminada é representada por endocardite, meningite e septicemia, comumente fatal. A disseminação ocorre por via hemática.

Na mulher, a candidíase genital apresenta-se com quadro de vulvovaginite bastante típico, que se exacerba próximo ao período menstrual. Observa-se corrimento escasso, inodoro, de cor esbranquiçada e aspecto caseoso, às vezes em placas aderentes à superfície da mucosa vaginal e/ou cervical. Prurido vulvar é freqüente, em geral intenso, produzindo escoriações e até fissuras superficiais determinadas por coçadura intensa. Presentes, ainda, eritema e edema vulvoperineal, vaginal e cervical, podendo atingir regiões circunvizinhas. Algumas vezes, há relato de dispareunia determinada pelo ardor e dor vulvar. Disúria, polaciúria e sensação de queimação à micção podem estar associadas.

Convém lembrar que pacientes portadoras de distrofia vulvar apresentam prurido vulvar, caracteristicamente de evolução crônica, sem

qualquer correlação com candidíase genital.

No homem, a candidíase genital traduz-se por um quadro de balanopostite, onde se observam, com maior ou menor intensidade, eritema, edema e acúmulo de secreção de cor esbranquiçada no sulco balanoprepucial. O prurido também é freqüente. A presença de sintomas urinários revela um quadro de uretrite.

Korte e colaboradores⁽⁹⁾ assinalam invasão da cavidade uterina de gestante, determinando corioamnionite secundária e vasculite umbilical, tendo sido possível detectar o fungo na superfície do âmnio e do cordão umbilical. É recomendável, portanto, a erradicação da *Candida* da vagina das gestantes, mesmo assintomáticas.

Candida e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

A candidíase é a infecção mais constante nos pacientes infectados pelo VIH. Aparece precocemente assim que começa o comprometimento da imunidade celular. Manifesta-se clinicamente como placas brancas rodeadas por halo de hiperemia, que atingem gengivas, mucosa lateral da boca, palato e língua, podendo causar glossites com alterações gustatórias e sensação de dor e ardência. A infecção pode-se localizar na orofaringe ou disseminar, nos estágios mais avançados da imunossupressão, causando esofagites, abscessos pulmonares e lesões de trato digestivo até o ânus. Raramente, invade o sistema nervoso central por via hematogênica causando abscessos.

O diagnóstico é feito por exame direto e culturas. Na esofagite a esofagoscopia mostra as placas de monília e dilatações e motilidade esofágica anormais. Deve ser realizada biopsia das lesões para excluir a estomatite herpética e a causada por *Cytomegalovirus*. Podem estar presentes sintomas de disfagia e odinofagia.

A candidíase regride com a medicação adequada, mas freqüentemente recidiva.

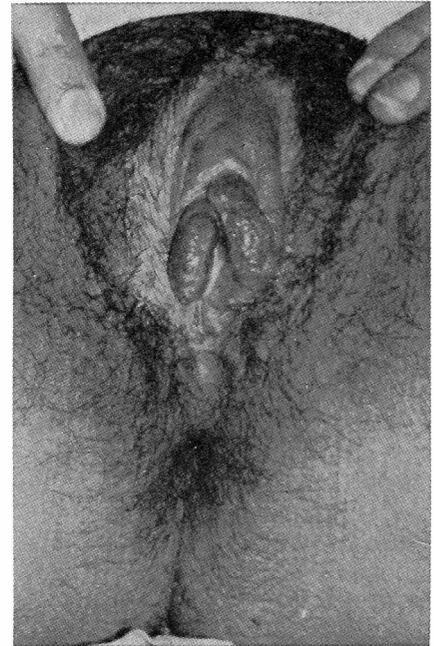


Fig. 1 — Intenso edema. Hiperemia e corrimento branco em grumos em gestante com vulvovaginite por *Candida*.

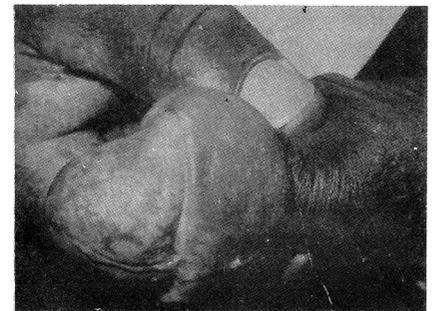


Fig. 2 — Balanite por *Candida* em parceiro de paciente com candidíase vulvovaginal.

Diagnóstico

Na maioria das vezes, a própria paciente esboça o diagnóstico da patologia, quando se refere ao prurido vulvar intenso e ao corrimento vaginal tipo *leite coalhado*. Entretanto, estas manifestações clínicas, embora típicas, são apenas sugestivas e, por tratar-se de uma infecção, é obrigatória a demonstração do microrganismo para a confirmação diagnóstica.

Os exames complementares exigidos para a detecção do fungo são de

simples confecção e de fácil interpretação.

Colposcopia — A colposcopia não é exame obrigatório para o diagnóstico da candidíase, porém, quando usada, revela indícios da micose. Comumente observam-se placas pseudomembranosas aderidas à mucosa vaginal e/ou cervical e pontilhado de colpíte difusa. Colpíte focal pode estar presente quando há associação com tricomoníase. O teste de Schiller revela iodo-positividade.

Citologia — O exame microscópico a fresco da secreção vaginal é método simples, devendo ser rotineiro, mesmo em pacientes assintomáticas. O material é recolhido com espátula de Ayre do fundo de saco posterior da vagina depositado em lâmina, diluído em uma gota de soro fisiológico ou hidróxido de potássio a 10% coberto com lamínula e examinado com objetiva de 10 ou 40X. Damos preferência à diluição com hidróxido de potássio, porque os leucócitos e hemácias se dissolvem, as células vaginais tornam-se transparentes e as hifas e esporos se intumescem e salientam-se, sendo facilmente observadas⁽⁵⁾.

A candidíase não pode ser afastada quando, sob suspeita clínica, o exame a fresco for negativo. Não são raros os casos negativos que apresentam cultura positiva.

O esfregaço corado pela técnica de Papanicolaou pode revelar ou não alterações inflamatórias nas células escamosas. O esfregaço é limpo, com pouco infiltrado leucocitário e raros detritos, o citoplasma celular apresenta apagamento de suas bordas e pseudo-eosinofilia. A *Candida albicans* é observada sob a forma de hifas ou esporos isolados ou aderidos a estas, corados em róseo ou marrom.

Outras técnicas de coloração usadas são a de May-Grünwald-Giemsa e a de Gram. Na técnica de Gram, a *Candida* cora-se em violeta, portanto, Gram-positiva.

Cultura — A cultura de *Candida albicans* está indicada quando há sintomatologia compatível com a enfer-

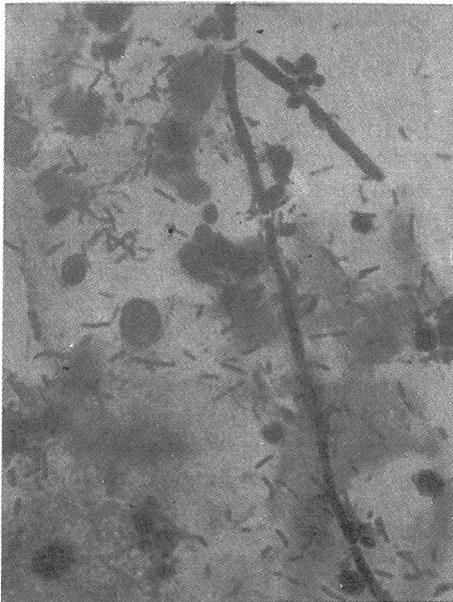


Fig. 3 — Levedura do gênero *Candida* em esfregaço de secreção vaginal.

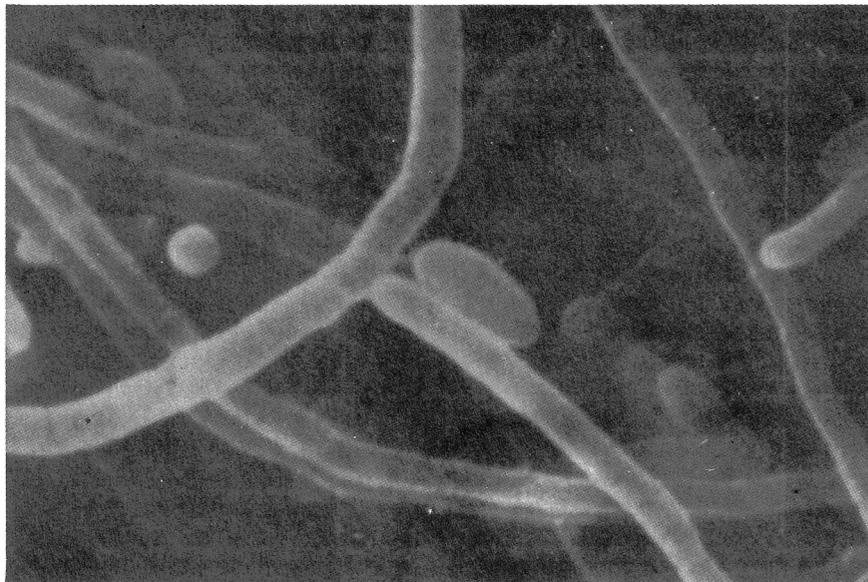


Fig. 4 — Fotomicrografia eletrônica de cultura de *Candida albicans*, mostrando a formação de micélio.

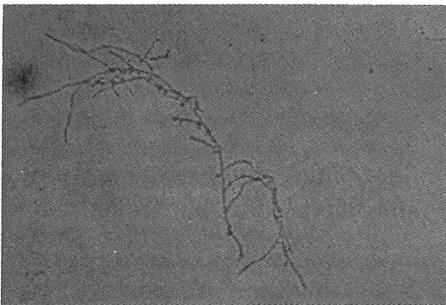


Fig. 5 — Micélios de *Candida* em esfregaço de secreção vaginal com KOH a 20%.

midade e o diagnóstico não foi confirmado pela citologia a fresco ou corada. Ainda assim, uma única cultura negativa não exclui a possibilidade da infecção, devendo nova cultura ser realizada 48 horas após.

Os meios de cultura mais comumente usados entre nós são os de Sabouraud e o de Nickerson.

Algumas precauções devem ser tomadas para a realização do exame: a paciente não deve ter feito lavagem ou uso de medicação vaginal três dias antes do exame e a coleta do material deve ser asséptica, com alça de platina ou *swab* estéril, do fundo de saco posterior da vagina. Após a semeadura, o tubo é mantido em temperatura ambiente ou em estufa a 37°C, durante 48 horas. Nas culturas positivas, observam-se colônias brancas ou cremes.

Tratamento

O tratamento da candidíase vulvovaginal mudou e evoluiu muito nos últimos anos. Atualmente várias drogas atuam satisfatoriamente sobre a *Candida*. Não há evidência de que esta seja resistente aos antibióticos poliênicos nem aos derivados imidazólicos⁽⁸⁾. No entanto, alguns cuidados devem ser observados para a obtenção de melhores resultados: iniciar sempre com a terapêutica local, não interromper o tratamento durante o fluxo menstrual, controlar os fatores predisponentes e repudiar as associações medicamentosas, sobretudo com o metronidazol. Hurley⁽⁸⁾ afirma que a associação de candidíase e tricomoníase é infreqüente, ocorrendo na prática em apenas 0,3% das pacientes, e que o tratamento aleatório com esta associação medicamentosa pode exacerbar a candidíase, devendo por isto ser evitada.

Os medicamentos de uso *local* além de eficazes apresentam a vantagem de não serem absorvidos pela mucosa vaginal, estando, portanto, indicados na vigência de gravidez.

Antibióticos poliênicos

— *Nistatina*: usada sob a forma de creme ou comprimido vaginal,

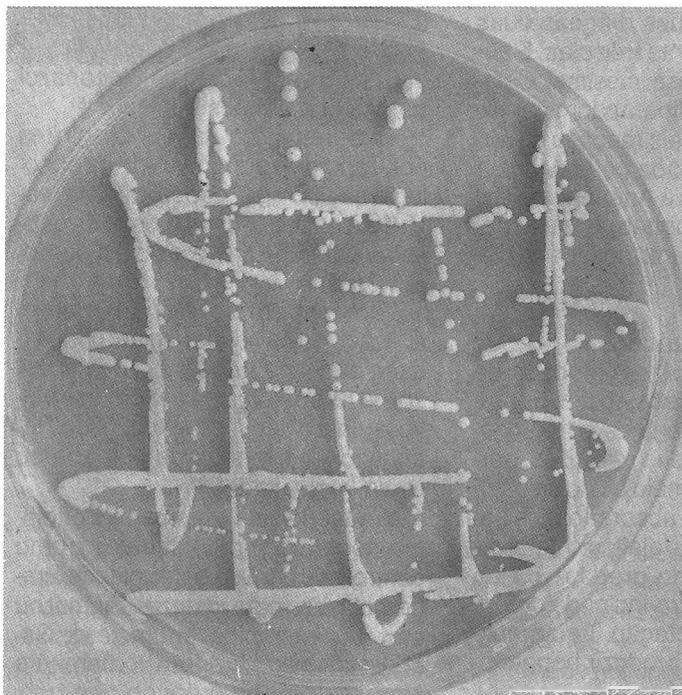


Fig. 6 — Cultura de *Candida albicans* isolada de corrimento vaginal.

100.000 UI diariamente, durante 10 dias.

— *Metil-Partricina*: na forma de creme ou óvulo vaginal, 25.000 UI diariamente, durante 15 dias.

Derivados imidazólicos

— *Miconazol*: somente na forma de creme vaginal a 2%, aplicação diária, durante 14 dias.

— *Clotrimazol*: em creme ou comprimido vaginal, 0,05 a 0,1g diariamente, durante seis dias.

— *Econazol*: na forma de creme ou óvulo vaginal, 150mg diariamente, durante três dias.

No homem, a candidíase genital, geralmente representada por balanopostite, requer apenas tratamento local, com medicações na forma de creme.

Esses medicamentos são eficazes e bem tolerados, no entanto a sintomatologia exuberante e desagradável, que pode resultar inclusive em desajuste conjugal, nos faz dar preferência a drogas de uso menos prolongado. É comum o abandono do uso da medicação, tão logo a sintomatologia desapareça.

Muito esquecida pelo clínico, embora de grande eficácia e de baixo custo, é a violeta de genciana em solução aquosa a 1 — 2%. Guarda o inconveniente de manchar as vestes e necessitar ser aplicada em consultório, além de produzir irritação química localizada, embora rara.

De maneira geral na candidíase vulvovaginal procedemos à lavagem com soro fisiológico e secagem da mucosa com gaze, pincelamos a mesma com violeta de genciana e prescrevemos uma droga de uso local menos prolongada.

As drogas para uso *sistêmico* representam opção valiosa nas virgens e naquelas que recusam a terapêutica local. Podem ser usadas isoladamente ou concomitante à terapêutica vaginal, sobretudo nas recidivas.

Antibióticos poliênicos

— *Nistatina*: em drágea com 500.000 UI, 1-2 drágeas três vezes ao dia, durante 10 dias. Não é absorvida pela mucosa digestiva, podendo ser usada durante a gravidez. Indicada apenas no tratamento da candidíase intestinal concomitante.

— *Metil-Partricina*: em drágea

com 50.000 UI, duas drágeas duas vezes ao dia, durante três dias. É absorvível pela mucosa intestinal. Cefaléia, náusea e cólica abdominal apresentam eventuais reações adversas. Deve ser evitada na gravidez.

Em nosso meio a Anfotericina B é comercializada apenas para uso parenteral no tratamento de formas disseminadas.

Derivados imidazólicos

— *Cetoconazol*: em drágeas de 200mg, duas drágeas ao dia, durante cinco dias. A droga deve ser ingerida durante uma das refeições, porque necessita do meio ácido do estômago, para que a absorção seja satisfatória. Possíveis efeitos colaterais são: náusea, vômito, prurido e cólica abdominal. É contra-indicada durante a gravidez e lactação. Tratamento prolongado pode produzir hepatotoxicidade.

Mais recentemente foram lançados no mercado mundial substâncias antifúngicas mais potentes e com efeitos colaterais cada vez menos intensos e mais toleráveis. Um exemplo importante deste grupo citamos o Fluconazol, um novo agente antifúngico triazólico. Sua administração é em dose única diária e está disponível para administração oral e por via endovenosa.

Dos efeitos colaterais, que são pouco freqüentes, relata-se náusea e cefaléia como os mais importantes. As alterações hematológicas mostram anormalidades em aproximadamente 1% dos pacientes e quando comparadas com Anfotericina B são realmente bem inferiores.

De maneira geral citamos que em pacientes com SIDA e candidíase orofaríngea usa-se 50mg ao dia durante sete a 14 dias. O aumento da dose e tempo de administração dependerá dos graus de imunodeficiência do paciente e invasão da *Candida*⁽¹⁸⁾.

Outra medicação desta mesma linhagem é o Itraconazol, sendo usado na candidíase oral 100mg diariamente durante 15 dias.

De outra forma, para tratamento de candidíase vulvovaginal em pa-

cientes não imunodeprimidas, uma extraordinária opção terapêutica é oferecida com 150mg de Fluconazol por via oral em dose única^(15,16).

Já o Itraconazol nas vulvovaginites por *Candida* é administrado na posologia de 200mg (2 cápsulas) pela manhã e à noite por um dia ou duas cápsulas (200mg) uma vez ao dia durante três dias.

Também em dose única, porém aplicado na cavidade vaginal pode-se usar, com boa freqüência de sucesso, na terapêutica da candidíase vulvovaginal o derivado imidazólico Tioconazol nas formas de pomada ou óvulo vaginal a 6,5%.

A ausência de sintomas e a citologia negativa são suficientes como controle de cura da enfermidade, embora a cultura de material vaginal ou oral, por exemplos, em meio de Sabouraud, além de ser extremamente simples, prático e pouco oneroso, oferecerá importantes subsídios para uma boa avaliação.

A *recidiva* ou *reinfecção* constitui-se um problema crucial da candidíase vulvovaginal. Aceita-se como causas importantes de reinfecção a contaminação a partir do sistema digestivo⁽²⁾ ou a partir do parceiro sexual. Oriel⁽¹¹⁾ mostrou em seu estudo que, em cada dez parceiros, um estava infectado. A *cronicidade* da infecção tem como causa principal a terapia inadequada⁽⁷⁾. Preparados que exigem longo tempo de administração podem levar ao abandono após alívio dos sintomas. Não pode ser desprezada a presença de fatores predisponentes não detectados na anamnese.

Na candidíase vulvovaginal recidivante recomenda-se o tratamento da forma vaginal e intestinal e do parceiro.

Medidas adjuvantes, visando melhorar a eficácia da terapêutica, devem ser observadas: higiene íntima diária com sabão neutro e água, ferver roupas íntimas, proporcionar boa aeração vulvar, evitar uso de roupas de fibras sintéticas ou vestimentas apertadas e afastar, tanto quanto possível, os fatores predisponentes.

O sofrimento e a angústia, causados pela recidiva ou persistência dos sintomas, podem produzir desajuste conjugal e necessitar apoio psicofarmacológico.

Referências

1. CARROL CJ, HURLEY R, STANLEY VC — Criteria for diagnosis of candida vulvovaginitis in pregnant women. *J Obstet and Gynaec Brit Cwlth*, 80: 258, 1973.
2. SOUZA HM, van UDEN N — The mode of infection and reinfection in yeast vulvovaginitis. *Am J Obstet Gynecol*, 80: 1096, 1960.
3. ESCHENBACH DA — A guide to the diagnosis and treatment of vulvovaginal infection. *Contemporary Ob/Gyn*, 20: 203, 1982.
4. ESCHENBACH DA — Vaginal infection. *Clin Obstet Gynecol*, 26: 186, 1983.
5. FERNANDEZ-CID A — Tratado y Atlas de Vaginitis. Barcelona, Salvat, 1979.
6. HURLEY R — The pathogenic *Candida* species: A review. *Rev Med Vet Mycol*, 6: 159, 1967.
7. HURLEY R — In-veterate vaginal thrush. *Practitioner*, 215: 753, 1975.
8. HURLEY R — Recurrent candida infection. *Clin Obstet Gynaecol*, 8: 209, 1981.
9. KORTE W, PATTU, NIESEN M — Patogenia y clínica de las micosis vaginales. *Rev Med Terap*, 50: 57, 1975.
10. MONIF G — Doenças Infeciosas em Ginecologia e Obstetrícia. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1978.
11. ORIEL JD, PARTRIDGE BM, DENNY MJ, COLEMAN JC — Genital yeast infections. *Brit Med J*, 4: 761, 1972.
12. ROHATINER JJ, GRIMBLE A — Genital candidiasis and oral contraceptives. *J Obstet and Gynaec Brit Cwlth*, 77: 1013, 1970.
13. SIGNORETTI SM, SALOMÉ N, LUCIOLA J, Di LORENZO RF, PAES CA — Leucorréias durante a gravidez. Etiologia, incidência, diagnóstico clínico x laboratorial. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 6: 133, 1984.
14. WOODRUFF PW, HESSELTINE HC — Relationship of oral thrush to vaginal mycosis and incidence of each. *Am J Obstet Gynecol*, 36: 467, 1938.
15. LASSUSA — A comparison of single dose oral fluconazole with three-day intravaginal clotrimazole in the treatment of vaginal candidiasis: Report of an international multicentre trial. *Br J Obstet Gynaecol*, to be published.
16. LEODOLTER S, OITTNER R, KUTZER E — A comparison of fluconazole and ketoconazole in the treatment of vaginal candidiasis: Report of a double-blind multicentre trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, to be published.
17. BRAMMER KW, LEES LJ — Single Dose Oral Fluconazole in the Treatment of Vulvovaginal Candidiasis: An Interim Analysis of a Comparative Study Versus Three-day Intravaginal Clotrimazole Tablets, in Fromtling RA (ed): *Recent Trends in the Discovery, Development and Evaluation of Antifungal Agents*. Barcelona, J.R. Prous Science Publishers, S.A., 1987, pp. 151-156.
18. MEUNIER F, GERAIN J, SNOECK R et al. — Fluconazole Therapy of Oropharyngeal Candidiasis in Cancer Patients, in Fromtling RA (ed): *Recent Trends in the Discovery, Development and Evaluation of Antifungal Agents*. Barcelona, J.R. Prous Science Publishers, S.A., 1987, pp. 169-174.
19. HOLMBERG K, MEYER R — Fungal infections in patients with AIDS and AIDS-related complex. *Scand Infec Dis*, 18: 179-192, 1986.
20. SOBEL JD — Pathogenesis of vaginal candidosis. Oral therapy in vaginal candidosis, 1. The Medicine Publishing Foundation, Oxford (1985).
21. WEISSBACHER E — The Role of *Candida albicans* in Vaginal Discharge. Oral Therapy in Vaginal Candidosis, 37. The Medicine Publishing Foundation, Oxford (1985).
22. RIPPON JW — A new era in antimycotic agents. *Arch Dermatol*, 122: 39, 1986.

Epidemiologia das DST

Mauro Romero Leal Passos
Cristiane Guimarães Fonseca

É sabido de todos que a incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) está atingindo, hoje, números absurdos e que tem muito a ver com problemas de saúde pública. A baixa condição sócio-econômica e cultural, a desinformação sobre educação sexual, o mau preparo dos profissionais de saúde e educação, as péssimas atuações dos serviços públicos, entre outros, estão de fato ocupando locais de destaque na concorrência para elevar cada vez mais estes índices. A falta de base educacional, principalmente na vida dos adolescentes, ao nosso ver, influi de forma decisiva para a perpetuação dessas entidades patológicas. A ponto de ser cada vez mais freqüente a constatação de casos de doenças sexualmente transmissíveis em indivíduos jovens de níveis sócio-econômico elevados.

Mister faz-se ainda a referência de ser gasta no Brasil uma soma elevada com exames de alta tecnologia, sem antes serem valorizados dados

clínicos. Com isso, os planos básicos de saúde pública são deixados à margem, mostrando uma enorme inversão de valores.

Num país de recursos financeiros restritos, a solução DEFINITIVAMENTE não está na implementação de técnicas avançadas e sim na medicina preventiva (educativa). Necessário ainda se faz investir na formação decente de profissionais de saúde e educação para que, com salários honestos e concursos idôneos, possam desempenhar seus papéis com consciência profissional e honestidade.

O problema das DST está aí como uma prova concreta. Apesar de todo o progresso da ciência, continua aumentando de forma assustadora, a ponto de admitir-se que a gonorréia é a doença infecciosa que mais acomete a humanidade depois da gripe.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis, moléstias infecto-contagiosas que transmitem-se, de pessoa a pessoa, pelo contágio direto durante o ato sexual, há milênios acompanham a humanidade. Já no Levítico, um dos livros do Antigo Testamento, há menção sobre a gonorréia e lesões ósseas seguramente causadas pela sífilis foram também encontradas em múmias egípcias, de mais de 3.000 anos.

Depois de disseminados por todos os continentes, essas doenças chegaram ao século XX altamente incidentes na quase totalidade dos países, panorama este que se manteve até o final da II Guerra Mundial.

Após a II Guerra, com o advento da penicilina, antibiótico eficaz no tratamento da gonorréia e da sífilis, as doenças venéreas experimentaram notável queda em sua incidência a ponto de serem consideradas como praticamente desaparecidas por volta de 1955. Essa situação, entretanto, permaneceu por poucos anos e, já no final da década de 1950, observava-se um nítido aumento no número de casos, iniciando-se uma curva ascendente que se acentuou nas décadas subseqüentes, atingindo-se o ano de 1980 com coeficientes de incidência comparáveis àqueles observados na era pré-penicilínica.

Por que a incidência dessas doenças está aumentando?

a) Pela diminuição de campanhas educativas, o que leva a uma desinformação total acerca do assunto.

É sabido que o meio social interfere ativamente na disseminação destas doenças. Dados como a baixa condição sócio-econômico-cultural, multiplicidade de parceiros sexuais, entre outros, contribuem para a perpetuação destas doenças na comunidade. Assim, pode-se dizer que a ignorância de fatos biológicos é responsável pela maioria das Doenças Sexualmente Transmissíveis. A família não tem cumprido suas responsabilidades educacionais e seus próprios líderes são desinformados. As escolas também têm sido negligentes e não podem deixar de encarar as verdades de frente. O contexto da

⁽¹⁾ Professor e Chefe do Setor de DST do Depto. de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

⁽²⁾ Interna e Monitora — Depto. de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

educação sexual não é apenas fisiológico ou mecanicista, mas sim o da educação sanitária e das relações humanas, que englobam o desenvolvimento físico, psíquico e social.

É necessário que as Faculdades de Medicina adotem uma postura mais efetiva, atualizando seus currículos e adequando-os às necessidades brasileiras.

Como exemplo, o tema "*Doenças Sexualmente Transmissíveis*" não recebe importância compatível com a situação atual.

b) A automedicação ou medicação indicada por pessoas não qualificadas.

Quando indivíduos acometidos de doenças sexualmente transmissíveis não encontram facilidade de atendimento nos Serviços de Saúde Pública, procuram as farmácias, que orientam de modo impróprio.

As farmácias, movidas pelo lucro financeiro imediato, fazem com que balconistas indiquem medicações as mais absurdas possíveis, concorrendo com isso para erros grosseiros no diagnóstico, tratamento e controle epidemiológico das doenças. Tal fato fica favorecido pela ausência de fiscalização às farmácias que fornecem várias medicações, entre elas antibióticos e quimioterápicos sem receita médica.

c) Parceiros múltiplos. Quem mantém relacionamento sexual com várias pessoas, possui maior possibilidade de adquirir uma doença de transmissão sexual.

d) Métodos anticoncepcionais sem controle médico, como a pílula. Isso leva uma pessoa a incrementar sua atividade sexual sem pagar o tributo de uma gravidez não desejada. Estamos vivendo uma era do prazer sexual, onde, juntamente com a era do consumismo, desencadeou uma verdadeira explosão sexual desordenada.

Os anúncios comerciais nas televisões, jornais e revistas representam exemplos da exploração do corpo, incrementando o desejo de relação sexual. Na verdade, existe uma incitação do sexo pelos meios de comunicação. Vale lembrar que em vários países da Europa, bem como nos Estados Unidos, estão à disposição do público várias lojas que expõem artigos de sexo.

e) Dificuldade de investigação dos parceiros devido à ausência de edu-

cação sexual e presença de preconceitos. Muitas pessoas ficam com vergonha de avisar o parceiro para também procurar auxílio médico. Podemos afirmar que estatisticamente, epidemiologicamente, nada adianta tratar apenas um dos parceiros sexuais. Mas, mesmo assim, o INAMPS por meio da maioria de seus Postos de Assistência Médica continua atendendo indivíduos com DST, não os notificando e nem se preocupando com a investigação epidemiológica.

É importante que o doente de Doença Sexualmente Transmissível seja encarado como portador de moléstia infecciosa comum (como realmente é), de fácil tratamento, e não como um caso de doença especial, vergonhosa, pois sendo ele tratado de maneira não repreensiva, poderá oferecer informações bem mais verdadeiras, que facilitarão na busca de seus contatos sexuais.

f) Aparecimento de germes resistentes aos antibióticos, principalmente o gonococo.

g) Menor temor do público devido à facilidade de diagnóstico e tratamento. No passado as pessoas apresentavam muito medo, pois o tratamento por vezes era doloroso e demorado.

h) Outro fator muito importante é a facilidade dos indivíduos se deslocarem de um lugar para o outro. Hoje, em menos de um mês, um indivíduo com gonorréia pode disseminá-la em todo o mundo.

Grupos sociais e idade das pessoas acometidas

— Toda a população é atingida em números significativos. Evidente que aquelas pessoas que apresentam uma grande multiplicidade de parceiros sexuais (mais de 10 parceiros diferentes por ano), juntamente com o não uso de métodos protetores (condom ou espermaticidas) possuem um comportamento de alto risco.

— A faixa de idade mais atingida está compreendida entre 20 e 30 anos. Contudo, cabe citar a grande frequência de adolescentes com estas doenças, bem como aumento de casos de DST em pessoas com mais de 40 anos.

Estatísticas a respeito

No Brasil não se possui números que traduzam a verdadeira situação em todo o país. Possuímos apenas

dados isolados que atestam uma elevação de casos em algumas regiões. Assim, em trabalho que apresentamos no 1.º Congresso Brasileiro de Entidades Médicas, comprovamos que 5,18% das pacientes que procuraram o Ambulatório Geral do Instituto de Ginecologia da UFRJ no período de maio a agosto de 1982 apresentaram reação sorológica positiva para sífilis. Ainda por nossas pesquisas foi observado que as pacientes que freqüentaram o Serviço de Pré-Natal da Maternidade Clara Basbaum — Rio de Janeiro, no período de janeiro a dezembro de 1982, 3,2% apresentaram reação sorológica positiva para sífilis.

No Hospital Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense os Professores H. de Martino, Israel Figueiredo e colaboradores, em pesquisa de repercussão internacional, verificaram cerca de 5% de reações sorológicas positivas para sífilis em gestantes que freqüentam a maternidade daquele Hospital, num total de 17.639 amostras de sangue do cordão umbilical de recém-nascidos.

Da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul citamos o seguinte trabalho:

"a) Magnitude: no período de 1972 a 1979 a Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul atendeu em suas Unidades Sanitárias uma média de 17.000 casos de DST, por ano.

Desses, cerca de 10.000 corresponderam a casos de gonorréia, 5.000 a casos de sífilis e 2.000 a casos de outras doenças venéreas menos incidentes.

De acordo com estudos realizados nos anos de 1973 e 1974, o número de casos atendidos pela SSMA corresponde a 1/3 do total de portadores de doença venérea que buscam atenção médica. Os outros 2/3 são atendidos pela rede previdenciária e pela medicina privada. Isto significa que o número de pessoas portadoras de doenças venéreas que anualmente procuram atenção médica no Rio Grande do Sul é de cerca de 50.000.

Quanto ao número dos que se automedicam ou que simplesmente não fazem qualquer tratamento, estima-se que seja superior ao dos que buscam atenção médica. Calcula-se, portanto, que a incidência de doenças venéreas em nosso Estado seja superior a 100.000 casos por ano.

de 90% dos casos ocorrem entre 15 e 30 anos de idade.

ascendência: embora considerada doença relativamente rara quando não traçada, pode levar à infecção, especialmente em sexo feminino, pela obstrução das Trompas de Falópio. Os nascidos, filhos de mães portadoras de gonorréia, com frequência na forma oftálmica da doença, em 10% dos casos leva à cegueira.

o à sífilis, 35% dos casos dos virão a ter lesões viscerais principalmente atingidos do cardiovascular e o sistema central, levando o indivíduo à morte ou à demência.

ntes com sífilis podem transmitir a doença ao feto que com alta probabilidade nascerá morto ou com sequelas irreversíveis.

o já citado, não se pode deprecionar a importância ecológica das doenças venéreas que, mais incidentes em indivíduos economicamente ativos, implicam perda de milhares de horas de trabalho gastos em consultas e tratamentos.

licações sociais: sendo relacionadas com o sexo, assunto socialmente persistem ainda em nossa sociedade inúmeros tabus, as doenças venéreas acarretam uma série de problemas sociais, além dos ecológicos já citados.

incomum a existência de pessoas que recusam funcionários para fazerem sorologia para sífilis, embora esta moléstia tenha fácil tratamento e o indivíduo não representa risco de contágio para seu parceiro sexual. Os preconceitos vigentes fazem com que a pouca divulgação sobre as moléstias e por esta razão muitos ignoram tê-lo por desconhecido completamente os sintomas das doenças venéreas. Por outro lado, esses mesmos sintomas fazem com que pessoas se sabem portadoras simplesmente uma espécie de criminosas, vez de procurarem tratamento junto aos médicos e/ou autoridades de Saúde, preferem se auto-tratar, costume aliás extremamente comum e que se constitui

num dos fatores que mais dificultam o combate a essas doenças."

Na França a proporção de contaminação, em 1962, foi superior em 300% à atingida em 1933. Segundo a Sociedade Francesa de Dermatologia e de Sifilografia, em 1974 houve 4.159 casos novos de sífilis e, em 1975, 4.368 casos.

Nos Estados Unidos de acordo com o Centro de Controle de Doenças, excluindo-se os casos militares conhecidos, em 1978 houve 66.624 casos novos de sífilis e 1.015.911 casos novos de gonorréia. Estes números não incluem os casos tratados nas farmácias, que não são notificados. No número total acredita-se que 1% da população norte-americana apresente um caso de gonorréia por ano.

Admite-se, ainda, que 20 milhões de pessoas sejam portadores de herpes.

A. Siboulet e F. Catalam estudando as infecções genitais da mulher concluíram que:

O exame sistemático de pacientes oriundos de origens diferentes (consultas hospitalares, dispensários de infecções urogenitais, hospitais de ginecologia, ou centros de planejamento familiar) evidenciou:

a) Consultas em infecções urogenitais:

- 10% a 12% das mulheres com infecções gonocócicas.
- 8% com *Trichomonas vaginalis*.
- 21 a 24% com *Candida albicans*.
- 40 a 45% com *Mycoplasma*.
- 15,2% a 17,42% com *Chlamydiae*.

b) Consulta em centros de planejamento familiar:

- *Gonococcia* em 12% dos casos.
- *Trichomonas vaginalis* em menos de 1%.
- *Candida albicans* em 31% dos casos.
- *Mycoplasma* em 58 a 60% dos casos.
- *Chlamydiae* em 9% dos casos.

Em Niterói, após fundarmos em 14 de maio de 1982 a Regional do Esta-

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul Casos de Doenças Venéreas — 1976/1982

Doenças	Anos 1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Sífilis	2.822	5.636	4.751	4.267	5.627	5.765	4.978
Gonorréia	10.172	10.840	11.246	12.876	16.095	16.875	15.683
Cancro mole	569	1.408	1.187	1.266	2.125	1.800	1.107
Linfogranuloma venéreo	53	52	147	185	297	276	272
Granuloma inguinal	38	32	12	6	14	1	5
Total	13.654	17.968	17.343	18.600	24.158	24.717	22.045

Serviço de Dermatologia Sanitária do Centro de Saúde "Geraldo de Paula Souza" da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Pacientes atendidos

Doentes	1979	1980	1981	1982	1983
Sífilis	105	145	161	263	252
Gonorréia	53	118	240	445	428
Cancro mole	21	19	44	81	50
Linfogranuloma	9	10	2	7	16
Cancro misto	90	71	15	3	16
Condiloma acuminado	11	7	70	40	91
Herpes simples	3	9	33	27	38
Uretrite não gonocócica	14	41	115	76	224
Candidíase	4	8	1	1	3
Escabiose	2	2	1		
Tricomoniase	6	7	20	34	11
Total	318	437	703	976	1.129

Doenças venéreas no Peru (1964-1973)

Ano	Sífilis n.º	Gonorréia n.º	Cancro mole n.º	Linfog. venéreo n.º
1964	3.397	7.978	1.395	175
1965	3.344	8.348	2.168	669
1966	3.235	6.220	1.565	314
1967	3.386	6.213	749	190
1968	2.664	8.414	1.022	229
1969	3.008	7.875	1.125	228
1970	3.315	7.558	848	251
1971	3.699	7.058	723	359
1972	3.329	5.123	552	377
1973	3.979	5.059	620	265

Fonte: Zuño Burstein — Acta Médica Peruana 7(1): 10-14, 1980

Casos notificados de gonorréia em 1980

Região	Nº de casos
Caribe (Cuba e República Dominicana contribuíram respectivamente com 10.211 e 18.540)	36.864
América Central (México contribuiu com 20.889)	48.840
América do Sul (Não há dados sobre o Brasil. Colômbia e Venezuela contribuíram, respectivamente, com 42.889 e 26.597 casos)	109.543
América do Norte Canadá	1.257.434 48.251
Estados Unidos	1.062.187

(Epidemiological Bulletin PAHO, 2(1), 1981).

do do Rio de Janeiro da União Brasileira contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis, que era ao mesmo tempo, um Departamento da Associação Médica Fluminense, começamos a desenvolver o Programa DST, que inclui não só atendimento aos portadores dessas doenças, mas também uma iniciação à educação sexual através de cartazes, manuais e palestras.

Iniciamos atendimento no Ambulatório Auxiliadora do Centro Comunitário da Paróquia Nossa Senhora Auxiliadora (Colégio Salesiano Santa Rosa), contando com apoio de Laboratórios de Análises Clínicas Particulares de Niterói, que executavam gratuitamente reações sorológicas para sífilis em pacientes por nós encaminhados.

Em fevereiro de 1983, este programa foi incorporado aos Programas de Saúde Pública da Secretaria Municipal de São Gonçalo, sendo transferido para o Hospital Luiz Palmier o ambulatório de DST.

Juntou-se a este combate a Cruz Vermelha Brasileira que possui um grupo de voluntários treinados por nós para proferirem palestras educativas.

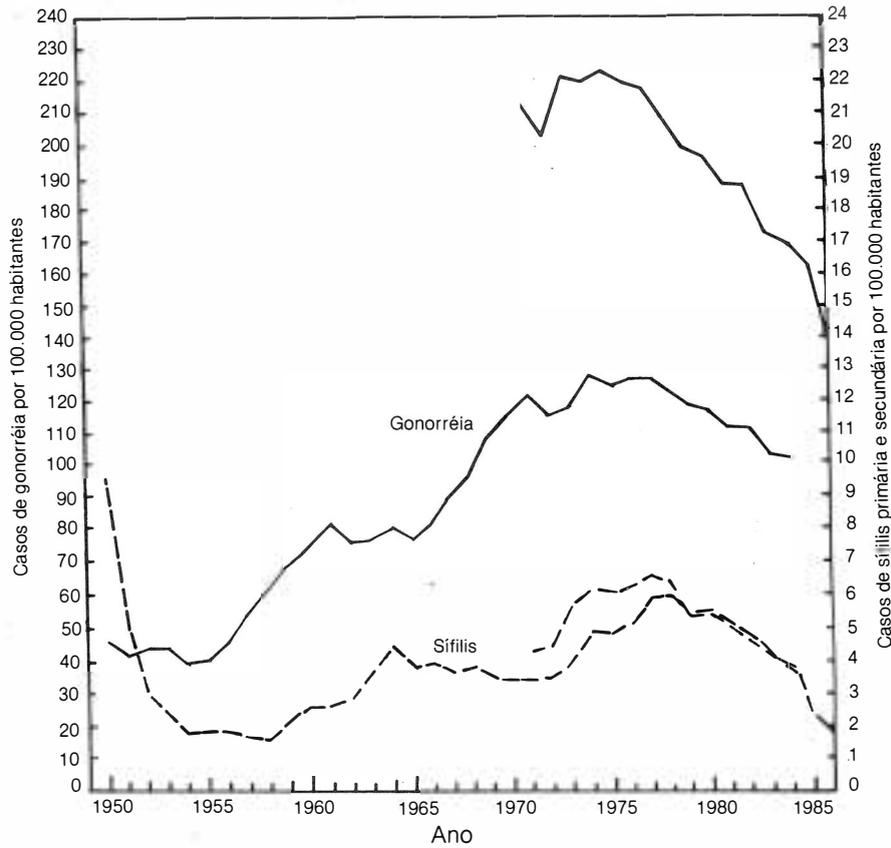
O trabalho ficou ainda maior após lançamento para a população do livro e disco educativo, sendo o primeiro em setembro de 1983 e o segundo em outubro de 1984. Tanto o livro como o disco discorrem em linguagem fá-

Série histórica das Doenças Sexualmente Transmissíveis notificadas no Distrito Federal

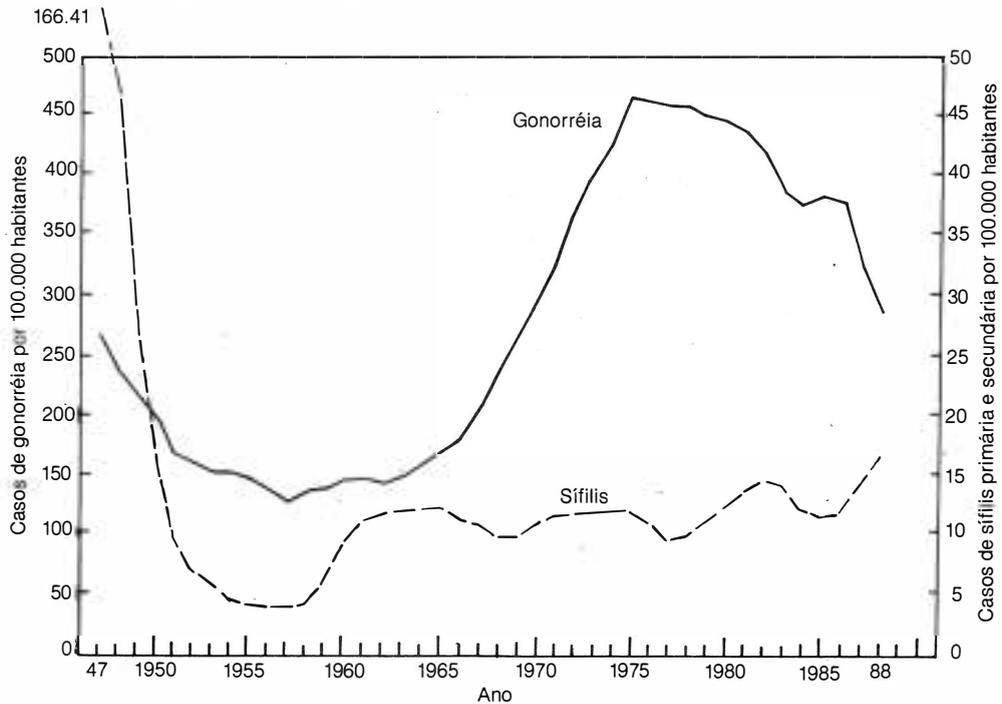
Ano	População (IBGE)	Número de casos novos							Total
		Sífilis adquirida	Sífilis congénita	Gonorréia	Uretr. cerv. e vaginites não gonocócicas	Cancro mole	Linfogranuloma venéreo	Sida	
1976	892.339	314	-	70	-	19	3	-	406
1977	956.183	182	-	85	-	11	3	-	281
1978	1.018.897	407	-	126	-	16	7	-	556
1979	1.083.042	366	-	303	-	64	55	-	788
1980	1.156.316	589	2	910	4	189	114	-	1.808
1981	1.225.583	665	3	672	471	185	69	-	2.065
1982	1.289.899	3.033	8	4.024	1.136	245	110	-	8.556
1983	1.362.550	1.713	9	3.549	1.847	187	55	-	7.360
1984	1.433.975	3.058	24	8.440	2.568	348	91	-	14.529
1985	1.505.405	2.099	37	7.580	2.153	373	137	4	12.383
1986	1.577.644	1.626	95	5.192	2.253	370	150	9	9.693
1987	1.577.644	1.341	106	2.566	1.182	131	45	19	5.390

Fonte: Coordenação do Programa de Controle de DST/AIDS no DF
Departamento de Recursos Médicos-Assistenciais/FHDF
Secretaria de Saúde Pública — DF

Incidência notificada de gonorréia e sífilis (primária e secundária) na Inglaterra e País de Gales. 1950 — 1985

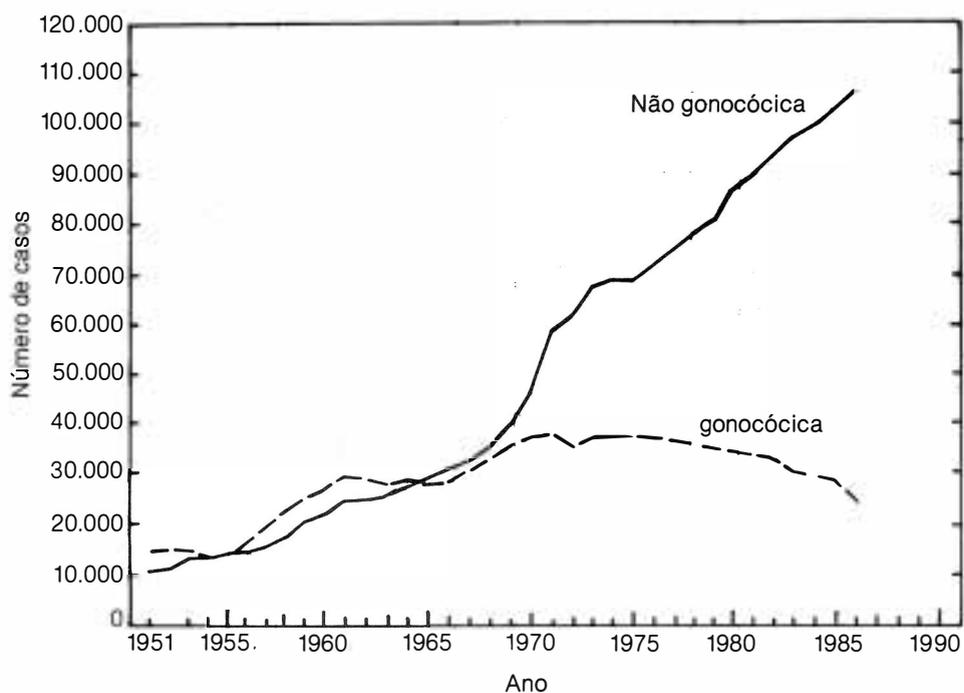


Incidência notificada de gonorréia e sífilis (primária e secundária) nos Estados Unidos da América (1947 — 1988)

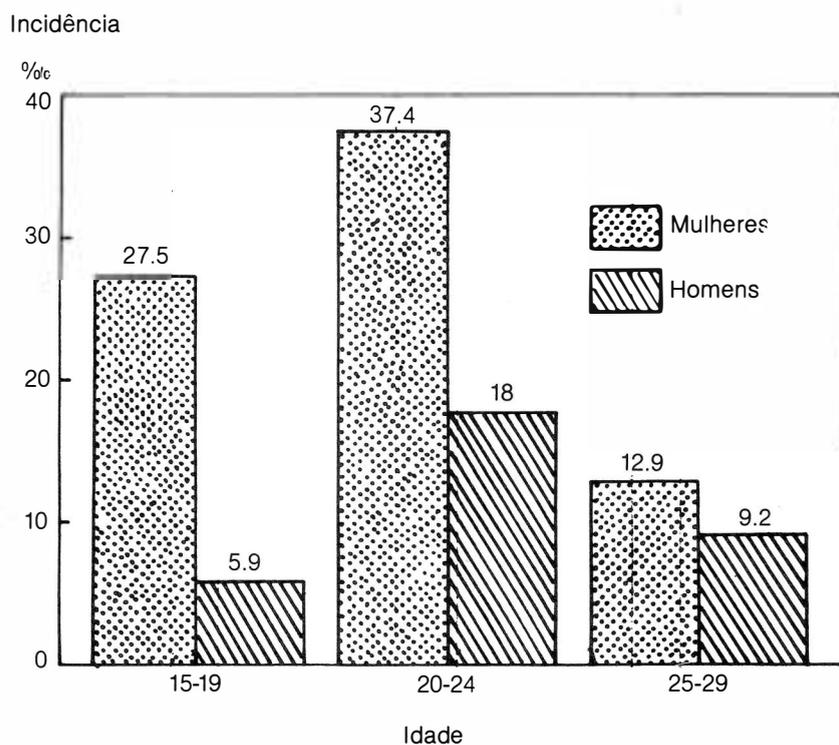


* Estimativa baseada em 11 meses

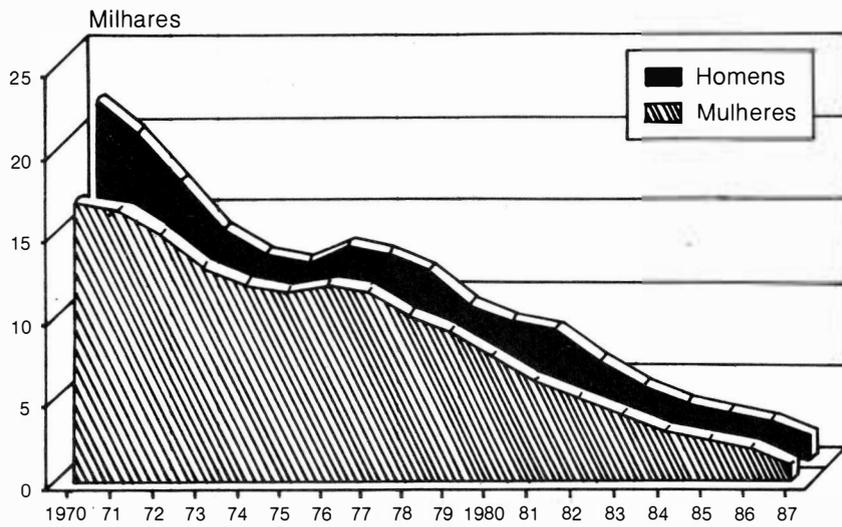
Curvas de incidência notificadas de uretrites gonocócicas e não gonocócicas em homens na Inglaterra e País de Gales. 1951 — 1986



Infecções notificadas de clamídia genital (Suécia, 1986)



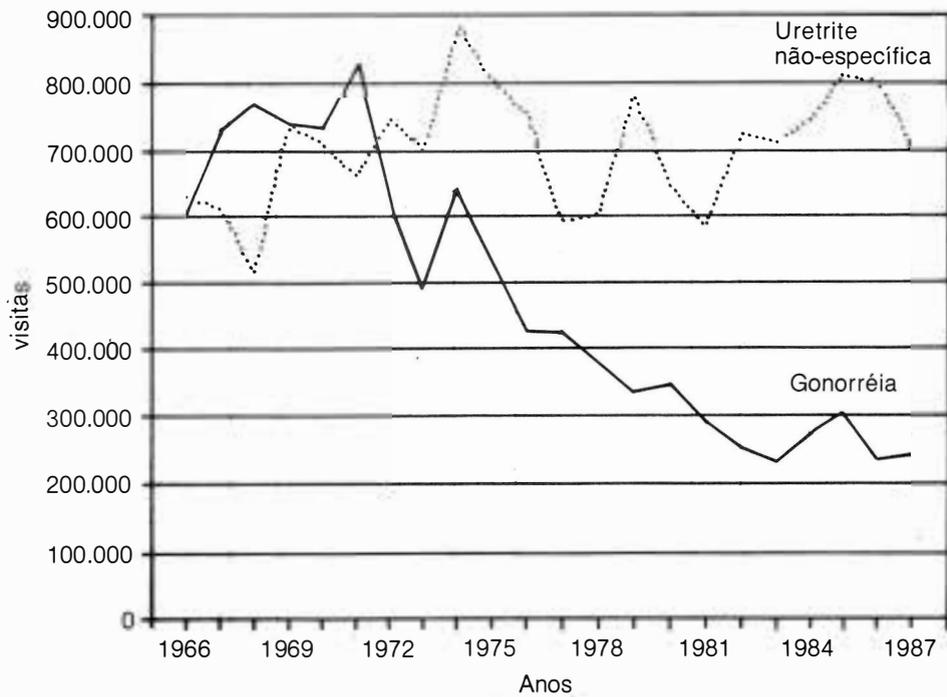
Número de casos de gonorréia. Suécia 1970 — 1987



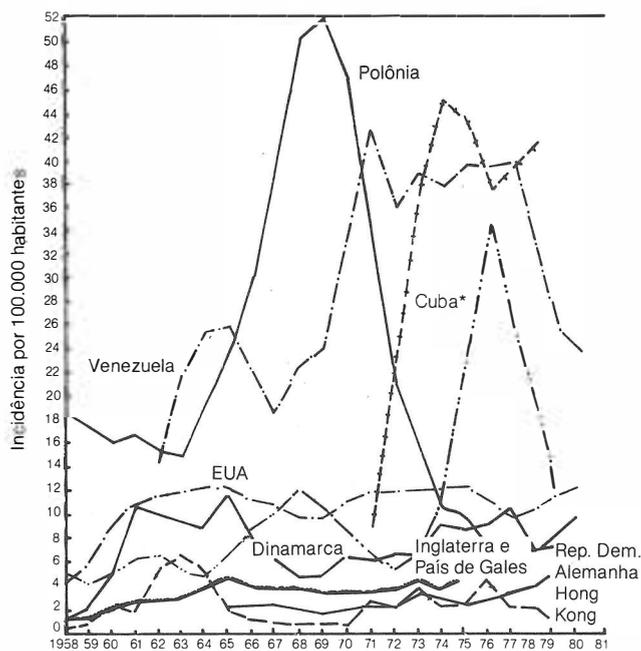
Fonte: State Bacteriological Laboratory-Suécia

Uretrite não específica e gonorréia em homens

Número de visitas aos médicos da rede privada. Estados Unidos, anos 1966 — 1987.

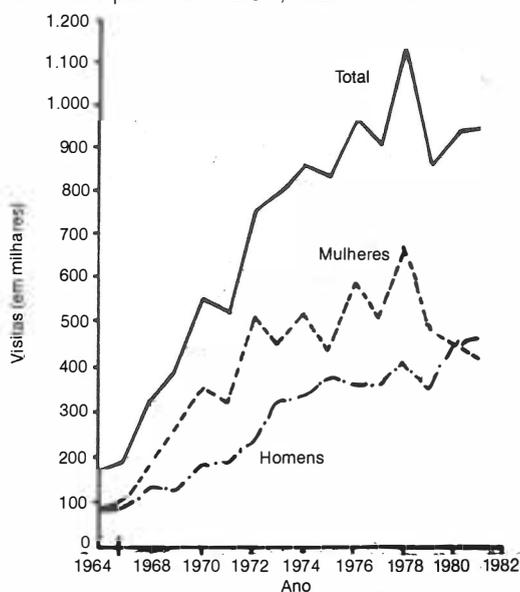


Incidência notificada de sífilis primária e secundária por 100.000 habitantes, 1958 — 80



* inclusive a sífilis latente

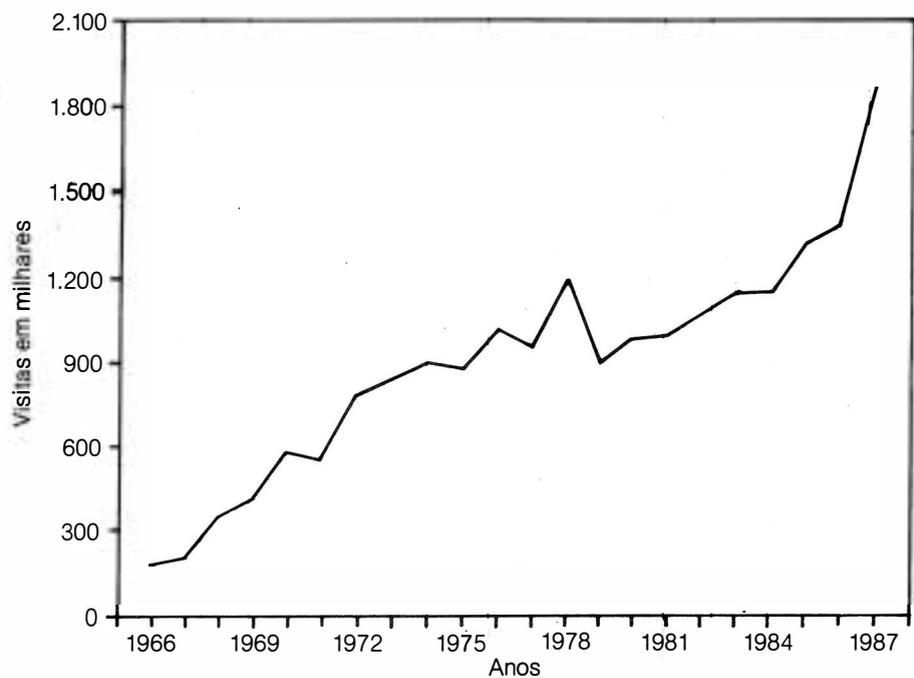
Número de consultas em consultórios particulares para tratamento de condiloma acuminado por ano — EUA, 1966 — 1981



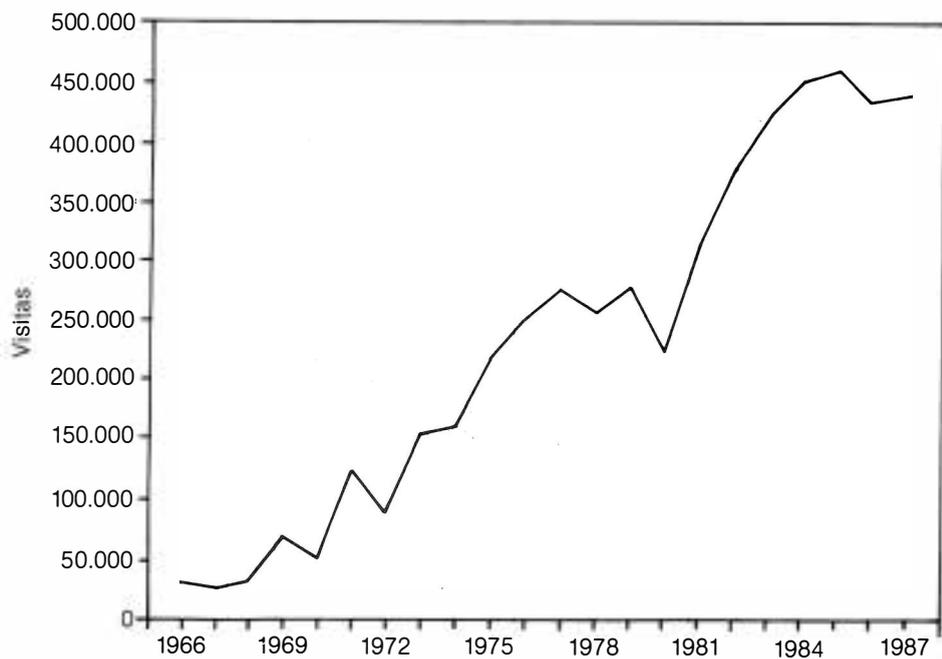
Número de consultas por condiloma acuminado por especialidade — EUA, 1981

Especialidade	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Consultas	%
Clínica geral	75.210	17,9	41.350	8,9	136.010	14,4
Obstetrícia-Ginecologia	7.130	1,7	252.000	54,4	273.160	28,9
Dermatologia	102.360	24,4	52.740	11,4	167.980	17,8
Cirurgia geral	39.340	9,4	32.600	7,0	71.940	7,6
Plantonistas	64.020	15,3	7.340	1,6	71.360	7,5
Urologia	44.280	10,6	13.430	2,9	64.230	6,8
Outras	87.070	20,8	63.760	13,8	161.590	17,1
Total	419.410		463.220		946.270	

Papilomavírus humano (HPV)
Número de visitas em consultórios particulares. Estados Unidos, anos 1966 — 1987



Infecções genitais pelo vírus Herpes simplex
Número de visitas em consultórios particulares. Estados Unidos, anos 1966 — 1987



cil, contendo aquele várias ilustrações, bem como estatísticas.

No período de junho de 1982 a maio de 1986 (quatro anos) apenas por mim foram proferidas 81 palestras para um público de 12.738 pessoas, cabendo frisar que aproximadamente 90% das pessoas que assistiram às palestras não possuíam, até aquela ocasião, informações educacionais acerca dessas doenças. Estas palestras foram feitas para os mais diversos públicos, tais como: escolas públicas e particulares, empresas públicas e particulares, universidades, clubes de serviço, corporações militares, igrejas, etc. Nestes diálogos observamos que o padrão de conhecimento sobre DST é basicamente o mesmo nas diversas camadas sociais. As dúvidas são as mesmas. O que muda é a maneira de se perguntar.

Ao término de cada palestra, é distribuído um manual, que possui a finalidade de servir como um reforço do que foi falado bem como divulgar o endereço do ambulatório.

Ainda, atuando no processo educacional, promovemos, sob o patrocínio da União Brasileira Contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis (RJ) e Associação Médica Fluminense; uma Campanha de Esclarecimento Público sobre DST por telefone, no período de 1.º de agosto a 21 de setembro de 1984. O atendimento era feito de 2.ª à 6.ªfeira, das 9 às 12 horas. Desta campanha citamos os dados estatísticos do quadro ao lado.

Afirmamos que o sucesso da campanha só foi alcançado graças ao apoio da imprensa, e cremos que um serviço como este deva funcionar permanentemente, sendo patrocinado por um órgão público, e seus participantes, encarados como profissionais e não a nível de voluntariado como foi efetuado este trabalho.

Finalizando, queremos citar que, através de pesquisas nas farmácias de Niterói (Estado do Rio de Janeiro), foi por nós verificada a ocorrência de aproximadamente 300 pessoas com DST (principalmente gonorréia), que procuram diariamente esses estabelecimentos em busca de medicamentos, sem consulta médica prévia.

Estes dados mostram o descontrole dos serviços de saúde pública, no que tange à educação sanitária, bem

	Nº	%
Total de telefonemas	1.302	
Telefonemas atendidos pela equipe	797	61,21
Sexo	Nº	%
Masculino	513	64,36
Feminino	284	35,63
Idade das pessoas	Nº	%
11 a 20 anos	105	13,17
21 a 30 anos	355	44,54
31 a 40 anos	192	24,09
41 a 50 anos	64	8,03
Acima de 51 anos	81	10,16
Nível escolar	Nº	%
1º grau	186	23,33
2º grau	358	44,91
3º grau	253	31,74
Renda familiar	Nº	%
1 salário mínimo	80	10,03
2 a 4 salários	182	22,83
5 a 7 salários	214	26,85
8 a 10 salários	103	12,92
Acima de 11 salários	218	27,35
Localidades	Nº	%
Rio de Janeiro	643	80,67
São Paulo	76	9,53
Outros Estados da Federação*	78	9,78
Meios de divulgação	Nº	%
Fantástico (Programa da TV Globo)	390	48,93
Jornal do Brasil	198	24,84
Rádios em geral	122	15,30
Manchete (Revista)	40	5,01
Isto é (Revista)	21	2,63
O Dia	7	0,87
Última Hora	7	0,87
Mulher (Revista)	4	0,50
Outros	8	1,00
Principais doenças inquiridas	Nº	%
Gonorréia	190	23,83
Sífilis	106	13,29
Herpes genital	97	12,17
Corrimento vaginal	85	10,66
Feridas em genitais	47	5,89
Condiloma acuminado	38	4,76
Problemas sexuais	30	3,76
Sexo oral/anal	23	2,88
AIDS	11	1,38
Outras	170	21,32

* (Bahia, Pernambuco, Distrito Federal, Goiás, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso, Espírito Santo, Minas Gerais, Piauí, Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Norte e do Sul).

como a fiscalização na venda de medicamentos sem receita médica pelas farmácias.

Outrossim, achamos que um pro-

grama contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis*, para ser completo, deva contar com os seguintes itens:

- Comunidade {
1. Educação { Profissionais de Saúde e Educação
População
 2. Serviços de Diagnósticos e Tratamento
 3. Serviços Epidemiológicos
 4. Serviços de Assistência Social
 5. Serviços de Assistência Pré-Natal (Materno-Infantil)
 6. Fiscalização de Bancos de Sangue (Sífilis pode ser transmitida por sangue contaminado)
 7. Fiscalização das farmácias (venda de medicamentos, ex. antibióticos, só com receita)
- Objetivo: Localização, tratamento e prevenção de casos.

* Modificado do Programa da Luta Contra Sífilis — OPAS — OMS — 1970 (10).

Atualmente, estamos desenvolvendo intenso trabalho na Sociedade Brasileira de DST e no Setor de DST do Depto. de Microbiologia e Parasitologia, Instituto Biomédico, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal Fluminense, a qual tem nos oferecido, a despeito de todas as dificuldades, importantes subsídios na luta contra estas patologias e na formação educacional de adolescentes.

Referências

- 1. BERNARDI CDV, GERBASE AC, FERREIRA J — B. Saúde, Porto Alegre, 10 (2): 82-89, dez., 1983.
- 2. Boletín Informativo de La Unión — n° 23, setembro, 1981. • 3. Boletín Informativo de La Unión — n° 29, março, 1984. • 4. Boletín Informativo de La Unión — n° 33, março, 1984. • 5. Boletín Informativo de La Unión — n° 35, setembro, 1984. • 6. BURSTEIN Z — Acta Med Peruana, 7(1): 10-14, 1980. • 7. PASSOS MRL — Experiência de 1 ano em Ambulatório de DST. Boletín Informativo de La Unión. Res. 42, n° 31, setembro, 1983. • 8. PASSOS MRL, — Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ed. Cult. Médica. Rio de Janeiro, 1984. • 9. SIBOULET A, CATALAN F — Infecções Genitais na Mulher. Boletín Informativo de La Unión — n° 21: 5, março, 1981. • 10. SIBOULET A, CATALAN F, BOHBOT JM — Gonorréia e Sífilis. Assembléia da Sociedade Francesa de Dermatologia e Sifilografia. Hosp. São Luiz. Paris, 18 de nov., 1976 (Fotocópia). • 11. Sexually Transmitted Disease (S.T.D.). — Statistical Letter. Calendar Year 1978. CDC-ISSUE, n° 128. • 12. Epidemiological Bulletin Paho, 2 (1), 1981. • 13. Condylomata Acuminatum — United States, 1966 — 1981. Current Trends. MMWH, June, 17, 1983. • 14. Treponematoses — Organização Mundial de Saúde. Série de Informes Técnicos, 674, 1982. • 15. LIND I, BOLLERUP AC, GADEBERG OV (et al). — Activities of the WHO Collaborating Centre for reference and research in gonococci, Copenhagen, for the year 1987. WHO/VDT/RES/GON/88.151. • 16. GRAVETT MG, NELSON HP, DeROUEN T (et al.) — Independent associations of bacterial vaginosis and *Chlamydia trachomatis* infection with adverse pregnancy outcome. JAMA, 1986; 256: 1899-1903.

Os adolescentes, grupo de risco das D.S.T.

Maria Dilce Barroso do Valle¹

Para Gauderer⁽¹²⁾, a adolescência é uma fase da vida humana em que não há padrão uniforme e universal. A adolescência vem ocorrendo de forma cada vez mais precoce acompanhando as melhorias sociais, nutricionais e o desenvolvimento cultural. O adolescente não é mais criança e ainda não é adulto. A dinâmica de sua maneira de ser é rica e desafiante.

Definir o início e o término da adolescência é tarefa complexa. Frequentemente são utilizados como referências as mudanças físicas (como por exemplo os caracteres sexuais secundários), o desenvolvimento psicológico, intelectual e emocional e fatores culturais.

Mosquera & Stobáus⁽²⁰⁾ concebem a adolescência como fenômeno psicossocial e cultural que pode ser estudado em três etapas: "a puberdade (faixa etária de 12 a 14 anos); a adolescência média (faixa etária de 14 a 16 anos); e a adolescência final (faixa etária aproximada de 16 a 20 anos)".

O adolescente tem sido sinônimo de conflito, agitação e contestação, há milênios. Hoje, essa concepção não mudou expressamente, apesar do progresso científico.⁽⁹⁾

Segundo Freud⁽¹¹⁾, os adolescentes são egoístas e consideram-se o "centro do universo". Entretanto, ressalva que a pessoa humana em nenhuma outra fase da vida se revela com tanta capacidade de sacrifício. Iniciam ou encerram abruptamente as mais apaixonadas relações de amor. Participam ativamente da vida social, apesar de serem atraídos pela solidão. Pendem entre a submissão cega ao líder do grupo e a firme rebeldia contra toda a autoridade. Egoístas, mas cultivam grandes ideais. Dividem-se entre o otimismo sem lógica e o profundo pessimismo. Revelam muitas vezes entusiasmo exuberante e em outras ocasiões demonstram-se apáticos na atividade laborativa.

Para Piaget⁽²²⁾ o que mais caracteriza os adolescentes é o grande interesse no estudo das possibilidades da teoria. Em seus momentos de reflexão, são o centro de sua atenção. Necessitam de condições para exercer a criatividade e têm necessidade de alcançar maior sucesso do que seus predecessores. Procuram adaptar seu ego ao meio ambiente, ao mesmo tempo que lutam para adaptar o meio ambiente ao seu eu (é o

comportamento egocêntrico). Desenvolvem grande capacidade de pensar, abstrair, teorizar e encontrar soluções para tudo.

Segundo Ulhoa⁽²⁵⁾, a vida afetiva do adolescente é muito mais rica e mais dirigida para uma finalidade do que a fase da pré-adolescência. Os dois estados afetivos que mais chamam atenção no adolescente são o estado melancólico e o estado amoroso.

De acordo com Gauderer⁽¹²⁾, desde a vida intra-uterina até a adolescência é que se forma a estrutura e a auto-imagem de uma pessoa; o contato com o mundo que a cerca, o relacionamento com as diferentes pessoas do seu dia-a-dia, as emoções vividas, as informações recebidas pelos diversos sentidos — a maioria das quais subliminares — contribuem para firmar os alicerces da estrutura da personalidade. Entre outros fatores, o amor no relacionamento pais/filhos e a integridade da família favorecem a estratificação de uma auto-imagem positiva e conseqüente sensação de auto-estima. Esta é imprescindível no relacionamento interpessoal gratificante.

As necessidades de auto-imagem e auto-estima são valorizadas pelo adolescente e nem sempre compreendidas pelos adultos. Cita como exemplo o atraso da escolaridade, uma das características de baixo ní-

¹ Mestre em Enfermagem de Saúde da Comunidade — UERJ; Livre-Docente em Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem — UERJ; Professor Adjunto de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem — UERJ — Subchefe do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública

vel sócio-econômico que atinge a sua auto-imagem e a sua auto-estima.

O mesmo autor assegura que a meta principal de todo homem é o equilíbrio da vida: é viver com saúde, com satisfação, liberdade, criatividade e fraternidade. Talvez o adolescente seja quem mais procure esse ideal.

Mahler⁽¹⁸⁾, em sua mensagem sobre o Ano Internacional da Juventude — 1985, considera que o jovem com suas características, como por exemplo, a impaciência, a curiosidade, a independência e o gosto pela aventura, carece de compreensão e apoio dos adultos para ser estimulado a desenvolver todo o seu potencial. Relata que mais de 75% dos jovens entre 15 e os 24 anos distribuem-se pelos países em desenvolvimento e prevê para o ano 2000 o aumento desta proporção para 84%, realçando que justamente nessas áreas os problemas sociais e de saúde são mais complexos; refere-se à tendência de migração dos jovens do campo para a cidade como um dos fatores desencadeantes da tensão social, pois, na busca de melhores condições de vida, abandonam a estrutura tradicional da família rural e passam frequentemente a viver na miséria e marginalidade, opções invariáveis dos grandes centros metropolitanos.

Para Mahler⁽¹⁸⁾, os impulsos dos jovens pela aventura ou gosto do risco devem ser orientados para formas positivas de esporte, lazer, estudos e convivência social em substituição à vida marginal. Atribui aos adultos a importante tarefa de melhor compreender os jovens, principalmente no que os jovens, cômicos de seus problemas de saúde, são abertos às mudanças e são os mais aptos a apreciarem os princípios elementares dos cuidados primários de saúde, iniciando pela responsabilidade da proteção de sua própria vida.

Aspectos epidemiológicos

O aumento das DST, com maior incidência da gonorréia e da sífilis, em adolescentes de ambos os sexos, na maioria dos países da América Latina, vem alertando as autoridades sanitárias quanto à necessidade de investigar esse problema em busca de uma abordagem mais simplificada de controle.

Lopez⁽¹⁷⁾ considera os adolescentes grupo de risco na prevenção das DST, ressaltando a maior incidência

da gonorréia e da sífilis. Pondera que o incremento dessas doenças colide com o avanço e a melhoria dos serviços de saúde, agravando-se a situação por envolver jovens, fração relevante da pirâmide populacional.

Para Guthe⁽¹⁴⁾, Hung⁽¹⁵⁾ e Lopez⁽¹⁷⁾, se o controle das DST em adultos tem sido um trabalho ingente, desafio maior é a sua prevenção na adolescência.

Festa Neto & Cucé⁽¹⁰⁾ relatam que a faixa etária de 15 a 30 anos é a mais atingida pela gonorréia e pela sífilis e que este grupo merece muita atenção da Saúde Pública privilegiando os mais jovens.

Segundo Lopez⁽¹⁷⁾, a idade de preferência da gonorréia é de 15 a 24 anos. Por isso deve dar-se grande importância à prevenção, ao descobrimento oportuno de casos e ao tratamento de grupos de adolescentes e adultos jovens sem esquecer o resto da população. Afirma que a cada minuto um adolescente adquire gonorréia.

Guthe⁽¹⁴⁾, confirmando Hung⁽¹⁵⁾ e Lopez⁽¹⁷⁾, ressalta em sua pesquisa que os grupos jovens sexualmente ativos representam, atualmente, uma parcela muito maior da população. O período da vida sexual é mais prolongado devido à maturidade precoce; a idade da menarca vem sendo antecipada nos países desenvolvidos, a menopausa vem sendo retardada por estrogênios e há maior longevidade em ambos os sexos. Constatou que as DST acometem com predominância os adolescentes.

Carvalho e Carvalho⁽⁸⁾ referem-se à incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) anorretais, com prevalência da gonorréia e da sífilis, em pacientes jovens (femininos) na faixa etária de 18 a 28 anos, dando como responsável o mito da virgindade e a impressão errônea de que a possibilidade de infecção venérea seja menor pelo coito anal do que pelo vaginal.

Carballo⁽⁷⁾ informa que, na Europa e nos Estados Unidos, devido à natureza do relacionamento que mantém com os pais, muitos adolescentes não podem discutir importantes questões referentes à reprodução, razão pela qual se envolvem em relações sexuais com relativo desconhecimento do seu potencial de consequências; os pais deixam a responsabilidade cada vez maior na prepara-

ção do jovem para instituições educacionais e estas não têm podido acompanhar as modificações que ocorrem; ex.: o casamento, a reprodução e a criação de filhos é deixado à escola ou a outros grupos organizados, quando a família podia resolver. A participação feminina na força de trabalho tem aumentado acentuadamente. Psicólogos têm assinalado que os filhos constituem uma força estabilizadora no âmbito do lar. Não só simbolizam as aspirações e expectativas dos pais mas agem como fatores de coesão.

Adami⁽¹⁾, Gould⁽¹³⁾, Guthe⁽¹⁴⁾, Llopis⁽¹⁶⁾ e Passos⁽²¹⁾ lembram as implicações sociais que as DST acarretam em sua abrangência cultural. Indicam a década de 70 como a época inicial de mudança nas perspectivas demográficas, econômicas e de comportamento da sociedade.

Guthe⁽¹⁴⁾ alerta para o clima da opinião pública a favor da liberação sexual que está facilitando a transmissão das infecções adquiridas sexualmente. Este fato favorece a alteração da ecologia dessas doenças. As mudanças ambientais produzidas têm originado também mudanças sociais colaterais, como por exemplo o aumento da incidência de dependentes de drogas.

Reforça este autor que a intensidade dos processos epidemiológicos nas infecções adquiridas, mediante atividade sexual, depende em grau maior que qualquer outro grupo de enfermidade, do equilíbrio das complexas forças humanas e ambientais que facilitam ou reprimem a propagação da enfermidade.

Adami⁽¹⁾ refere-se a uma situação de crise no sistema de serviços de saúde do País, a partir de 1970, que é configurada por aspectos marcantes, tais como:

- baixa cobertura populacional;
 - sofisticação tecnológica, superespecialização e alto custo dos serviços;
 - concentração de recursos e domínio das ações curativas, nos serviços de níveis secundário e terciário de atendimento;
 - articulação tênue e informal entre os serviços existentes em diferentes níveis assistenciais;
 - insatisfação tanto no receptor como do agente de saúde;
- Ressalta a autora que algumas destas forças relacionam-se com os

fatores demográficos, mudanças sócio-econômicas, de conduta e aspecto médico e de Saúde Pública. Acrescenta ainda os fatores demográficos, cuja relação de causa e efeito está ligada diretamente ao rápido incremento demográfico.

Considerando o fator econômico, as estimativas atuais indicam que existem muitas pessoas expostas à incapacitação ou à morte prematura por causa da sífilis. É preciso localizá-las e submetê-las a tratamento, do contrário os prejuízos econômicos para o País, em assistência hospitalar e perda de rendas, podem muito bem ascender a bilhões de dólares. Cumpre evitar esta carga. É necessário dedicar recursos à luta contra as doenças venéreas de sorte que, como no passado, as repercussões econômicas para a nação não representem uma perda⁽⁶⁾.

Segundo os especialistas^(1,3,4,13,14,23,24) são diversas as causas que favorecem o aumento das DST em jovens, a saber:

— a maior mobilização de adolescentes da zona rural para a zona urbana por falta de escola intermediária;

— o complexo de machismo próprio desta idade na qual eles tratam de adquirir prestígio entre os companheiros;

— maior difusão do uso de anticoncepcionais que contribuiu para o aumento das relações sexuais com pouca possibilidade de engravidar;

— o aumento da circulação livre de revistas pornográficas e de filmes eróticos;

— a ignorância do grupo jovem a respeito de doenças venéreas;

— mudança de critérios morais assim como de conduta com respeito à autoridade paterna de uma forma mais liberal.

Prosseguem os autores citando os fatores específicos que favorecem a propagação da gonorréia:

a) o maior número de susceptíveis é de gonorréia, já que a mesma não confere imunidade e é doença aguda;

b) a incubação a curto prazo da gonorréia com multiplicação das fontes de infecção;

c) predomínio nas prostitutas;

d) resistência do gonococo à penicilina;

e) a escassez de laboratórios, impedindo a investigação do gonococo

em todas as mulheres assintomáticas, o que dificulta a descoberta do foco;

f) automedicação — não se ajusta à realidade já que o mecanismo de transmissão das DST e outros fatores favorecem a propagação.

Valle⁽²⁶⁾, numa pesquisa de campo com adolescentes infectados por DST obteve os seguintes resultados:

— a maioria deles era do sexo masculino, pertencente à classe sócio-econômica baixa e recebeu o diagnóstico de gonorréia;

— antes da intervenção da enfermeira a maioria deles revelou hábitos higiênicos aquém do desejável, nenhum deles demonstrou conhecimento correto e completo sobre a prevenção das DST e a maioria dos reinfetados não soube explicar as razões da recaída;

— após a intervenção da enfermeira através de orientações individuais, todos os adolescentes responderam corretamente às questões sobre a prevenção das DST.

Tais resultados valorizaram o "plano de ação" do enfermeiro não só como novo procedimento na abordagem de adolescentes mas também como atividade de vigilância epidemiológica, conforme preconiza Borges⁽⁵⁾.

Segundo a recomendação de Allain-Regnault⁽²⁾, Valle⁽²⁶⁾ aplicou o referido plano como orientação adequada ao universo dos adolescentes, cujo sucesso deveu-se à estratégia utilizada na comunicação verbal, o uso de vocabulário próprio do adolescente favoreceu o relacionamento interpessoal, a conversa informal, trabalhando os problemas emergentes, possibilitou a atmosfera amistosa e a confiança dos jovens no profissional.

De acordo com Miller-Burt⁽¹⁹⁾ a propagação das doenças venéreas é um problema grave de saúde pública, considerando principalmente que há mais de 25 anos a disponibilidade da penicilina vem possibilitando a cura da sífilis e da gonorréia. Afirmo que o esforço conjunto dos profissionais da saúde para superar a negligência e a ignorância nos cuidados de higiene corporal e de prevenção dessas doenças deve ser dirigido predominantemente para os jovens que são mais susceptíveis à promiscuidade e consequentemente às doenças sexualmente transmissíveis; ainda adverte que são milhares os jovens que

desconhecem os perigos dessas infecções e quando infectados são negligentes em relação ao tratamento, propiciando dessa maneira a expansão da cadeia de transmissibilidade.

Considerando a conduta dos adolescentes face ao problema das DST, é preciso reforçar a importância do aspecto ético na conduta profissional.

Referências

1. ADAMI NP — Cuidados primários de saúde no controle das D.ST. *Rev Esc Enf USP*, 17 (1): 21-6, 1983.
2. ALLAIN-REGNAULT M — Comunicação nos dois sentidos. *A Saúde do Mundo*, (1) 21-2, jan./fev., 1985.
3. ARMSTRONG S — Doenças transmitidas por contato sexual. *A Saúde do Mundo*, 3-5, nov., 1985.
4. BARROS MJ — Aumento da incidência da gonorréia. *At Med*, (ed. Gonorréia) 2-5, abr., 1975.
5. BORGES MV — Atividades de enfermagem na vigilância epidemiológica. *Rev Bras Enf*, 30: 157-76, 1978.
6. CALLIN AE — Las repercusiones económicas de las enfermedades venéreas. *Bol Of sanit Panam*, 70 (1): ene., 95-102, 1971.
7. CARBALLO M — Necesidades de adaptación: adolescência. *A Saúde do Mundo*, 34-7, ago/set., 1975.
8. CARVALHO FS, CARVALHO A — Doenças venéreas anorretais. *JBM*, 22 (4): abr., 1970.
9. EEUU — Comitê sobre adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria. *Dinâmica da Adolescência*, aspectos biológicos, culturais e psicológicos. (Normal adolescent — its dynamics and impact). Trad. Octavio Mendes Cajado. • 10. FESTA NETO C, CUCÉ LC — Síntese das doenças sexualmente transmissíveis. *Rev Bras CT*, 13 (8): 29-42, ago., 1984.
11. FREUDA A — The psychoanalytical treatment of children. New York, Schohen, 1964.
12. GAUDERER EC — Adolescência, os jovens e nós. *JBM*, 47 (6): 15-38, dez., 1984.
13. GOULD D — Doenças venéreas em busca de uma resposta final. *A Saúde do Mundo*, 28-31, jun., 1974.
14. GUTHET — Tendências epidemiológicas mundiais de la sífilis y blenorragia. *Bol Ofic Sanit Panam*, 70 (1): 6-25 ene., 1971.
15. HUNG M — Sexualité adolescentes: quelques nouveaux chiffres suisses. *Med et Hyg*, 43: 1.193-200, 1985.
16. LLOPIS A — O problema de las enfermedades venéreas en las Américas. *Bol Ofic Sanit Panam*, 70 (1): 26-58, ene., 1971.
17. LOPEZ ET — Las enfermedades venéreas en las adolescentes del estado de Taulmalipas. *Salud Públ de México*, 14 (2): 233-8, mar/abr., 1972.
18. MAHLER H — Revolução moral. *A Saúde do Mundo*, 2-3, ago./set., 1975.
19. MILLER BF, BURT JJ — Salud individual y colectiva; el hombre y la sociedad actual, 3ª ed., México, Interamericana, 400p., 1972.
20. MOSQUERA J, STOBASA C — Educação para a saúde; desafio para sociedades em mudança. Porto Alegre, Ed. da Universidade, UFRGS, 1983.
21. PASSOS MR et alii — Gonorréia. *Clín. Méd.*, 3 (5): jun., 1985.
22. PIAGET T — The language and thought of the new child. New York, Humanities Press, 1962.
23. SERRUYA J, PEREIRA JÚNIOR AC — Sífilis. *Bol. D.N.D.S.*, 37: (1/4), 1978.
24. SERRUYA J, TROPE JM — Doenças sexualmente transmissíveis. *JBM*, 48 (4): 62-80, abr., 1985.
25. ULHOA MJC — Características do comportamento adolescente brasileiro. Petrópolis, Vozes, 1974, p. 21-4. Trad. e adapt. da Tese de doutorado do Prof. Jean Guillaumin.
26. VALLE MDB — Intervenção do Enfermeiro na Prevenção da Gonorréia e da Sífilis. Orientação individual a adolescentes. Rio de Janeiro, UFRJ, 1986. Tese de Mestrado em Enfermagem. 141 p.

Endereço para correspondência

Maria Dilce Barroso do Valle
Rua Joaquim Palhares, 608, ap. 904
20260 — Rio de Janeiro — RJ

Tianfenicol no tratamento das infecções não complicadas dos órgãos genitais inferiores na mulher

Antoine Siboulet¹
Paulo S.V. Naud²

Resumo

A eficácia do Tianfenicol foi avaliada em 25 mulheres, acometidas por infecções dos órgãos genitais inferiores, que procuravam o centro OMS-DST do Instituto Alfred Fournier, Paris. Na maioria dos casos tratava-se de pacientes assintomáticas, encaminhadas pelos parceiros masculinos portadores da infecção; nos outros casos constatou-se leucorréia, prurido vulvar, vulvovaginite, exocervicite, edema vulvar e/ou cistite com dispareunia.

O tratamento foi constituído por Tianfenicol 2,5g, de 12/12 horas, no primeiro dia e, a seguir, 500mg de 8/8 horas durante 20 dias. Houve negatização das culturas, realizadas em célula McCoy, em 88% dos casos.

Pelas observações efetuadas, inclusive pela excelente tolerabilidade, o Tianfenicol constitui-se na terapêutica de escolha para o tratamento das infecções genitais baixas não complicadas por *Chlamydia trachomatis*

Unitermos: infecções dos órgãos genitais inferiores; *Chlamydia trachomatis*; tianfenicol

¹Centro Colaborador para as DST da OMS — Instituto Alfred Fournier — Paris (França)

²Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da UFRGS — Porto Alegre — Rio Grande do Sul (Brasil)

* GLITISOL, Zambon Labs. Farms. S.A.

O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do Tianfenicol* no tratamento das infecções não complicadas dos órgãos genitais inferiores na mulher.

O Tianfenicol é um antibiótico de amplo espectro utilizado há muitos anos na França e em vários países. Absorvido facilmente pelo organismo, o Tianfenicol determina rapidamente altas concentrações plasmáticas. É eliminado por via renal, alcançando elevadas concentrações urinárias em forma biologicamente ativa. De fato, o Tianfenicol não sofre degradação metabólica ao nível hepático e, por outro lado, é escassa ou nula a sua ligação às proteínas plasmáticas.

Numerosas experiências, realizadas tanto *in vitro* como *in vivo*, têm demonstrado a eficácia do Tianfenicol contra a *Chlamydia trachomatis*. É outrossim a se salientar que o Tianfenicol não favorece o desenvolvimento dos micoplasmas, é ativo contra os gonococos produtores de β -lactamase e pode ser empregado eficazmente nos pacientes alérgicos à penicilina ou ao probenecide. Apresenta ainda a vantagem de, quando empregado, não mascarar a sífilis em incubação.

Pacientes e métodos

O estudo foi realizado em 25 mulheres que procuraram, a fim de consulta, o centro de referência da OMS-DST do Instituto Alfred Fournier. Na

maioria dos casos tratava-se de infecções recentes, sendo, na realidade, a maioria das pacientes portadoras assintomáticas, freqüentemente encaminhadas por seus parceiros masculinos, nos quais a sintomatologia era muito mais aguda. Nos outros casos, constatou-se leucorréia, prurido vulvar, vulvovaginite, exocervicite, edema vulvar, cistite com episódios de dispareunia. Foram excluídos do estudo os seguintes casos:

- portadoras de infecção localizada: eskenite, bartolinite, etc.
- formas complicadas: salpingite ou com comprometimento sistêmico (especialmente com localização cutâneo-mucosa e/ou artrites)
- com localização extragenital: anal, faringea

Tabela 1

Idade	
14—17	1
18—20	3
21—25	9
26—30	7
30—40	5

Tabela 2

Período de incubação	
Indeterminado	19
< 15 dias	2
> 15 dias	4

Tabela 4

Exame clínico	
Portadoras sãs	12
Leucorréia isolada	6
Leucorréia + dispareunia	3
Vulvovaginite subaguda	3
Vulvovaginite aguda	1

Diagnóstico

Foi efetuada coleta de material sistemática ao nível do colo do útero com suabe de plástico (bactopic). As culturas foram feitas em células McCoy. Também foi efetuado um exame sorológico com o método de micro-imunofluorescência que representa um elemento essencial do ponto de vista da infecção e da sua cura, como também para prevenir o aparecimento de eventuais complicações altas.

Tratamento

As pacientes foram tratadas com duas doses de 2,5g de tiamfenicol administradas com um intervalo de 12 horas no primeiro dia; a seguir, com 500mg de 8/8 horas durante vinte dias.

Testes de controle

As culturas foram realizadas antes e 27 dias após o tratamento; os exames sorológicos antes, 27 e 60 dias após o tratamento.

Observações clínicas e bacteriológicas

Os resultados clínicos foram definidos como muito bom, bom, regular e insucesso, segundo a seguinte escala:

- muito bom: desaparecimento total da cervicite, leucorréia, prurido, sinais e sintomas inflamatórios, etc.
 - bom: melhora evidente.
 - regular: persistência de cervicite c/ sinais e sintomas de leucorréia
 - insucesso: nenhuma melhora
- Enfim, destaca-se nas mulheres as portadoras assintomáticas.

Quando a bacteriologia resultava positiva ao segundo controle após o tratamento, era instaurada terapia com outro antibiótico.

É a se salientar que durante o tratamento as relações sexuais foram proibidas ou, ao limite máximo, permitidas com o uso de preservativo. Em todos os casos em que havia um parceiro habitual, este era sistematicamente tratado.

Resultados

Os resultados clínicos e bacteriológicos são resumidos nas tabelas seguintes.

Tabela 5

Resultados clínicos		
	Nº	%
Muito bom	16	64
Bom	4	16
Regular	2	2
Nulo	3	12

Tabela 6

Resultados bacteriológicos		
	Nº	%
Bons (negativação das culturas)	22	88
Insucessos (culturas ainda positivas)	3	12

Digna de nota a importância da portadora sã, uma vez que constitui um quadro bastante clássico nas infecções genitais baixas iniciais por clamídias na mulher.

É evidentemente difícil avaliar a eficácia clínica nestes casos. Foram observados três insucessos bacteriológicos, isto é, com culturas positivas apesar do tratamento.

Esses três casos, nos quais era a se excluir a recontaminação, foram em seguida tratados com tetraciclina por 15 dias.

Conclusão

Em face das observações efetuadas, evidencia-se que o tiamfenicol constitui-se numa terapêutica de escolha para o tratamento das infecções genitais baixas não complicadas causadas por *Chlamydia trachomatis*. Por outro lado, é mister frisar

que a tolerabilidade geral do produto foi muito boa.

Summary

The effectiveness of thiamphenicol in the treatment of lower genital tract infections was evaluated in 25 women referred for consultation from the WHO-STD center of the Institut Alfred Fournier, Paris. In the most of cases the patients were asymptomatic and directed by the male partner suffering for infection; in the other cases, vaginal discharge, vulvar pruritus, vulvovaginitis, exocervicitis, vulvar edema and/or cystitis with dyspareunia were detected.

The patients received 2.5g of thiamphenicol b.i.d. in the first day, followed by 500mg every 8 hours for 20 days. Bacteriological findings of cultures, performed on McCoy cells, were negative after treatment in 88% of patients.

Considering the large percentage of patients cured and the excellent tolerance, thiamphenicol appears a drug of choice for the treatment of uncomplicated lower genital tract infections by Chlamydia trachomatis.

Uniterms: lower genital tract infections; Chlamydia trachomatis; thiamphenicol

Referências

- 1. BHADRAKOM C, VARDTHANAMUSARA C, USVAJIADAWATH C — Treatment of severe pelvic inflammatory disease with thiamphenicol. *J Med Ass Thailand*, 66(1): 37-40, 1983.
- 2. CATALAN F — Les chlamydiae: importance on pathologie humaine. *Rev Inst Pasteur de Lyon*, 13(1): 123-131, 1980.
- 3. KUNZ J, MACCIOCCHI A — Acute salpingitis and thiamphenicol: a microbiologic and therapeutic study. *Sex Transm Dis*, 11(4, supl.): 449-453, 1984.
- 4. MÄRDH PA — Introductory address: microbial etiology of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis*, 11(4, supl.): 428-429, 1984.
- 5. MARTIN AD, CATTAPAN A, COTTA MC, FURTADO DM — Treatment of Chronic Pelvic Pain with Thiamphenicol and Fentiazac. Apres. 2º World Congress on S.T.D., Paris, junho 1986.
- 6. NAUD P, KRUSEW, BARCELLOS S, RAMOS GL, PASSOS E, RANK B, CAVALHEIRO A — Chlamydia Trachomatis Detection in Pelvic Inflammatory Disease — Apres. 2º World Congress on S.T.D., Paris, junho 1986.
- 7. PASSOS MRL, ROCA W, NETTO BAS, SOUZA ET — Doença inflamatória pélvica aguda. Aspectos da etiologia e tratamento. *J bras Ginec*, 98(4): 193-195, 1988.
- 8. VIGE PM, HENRION RM — Thiamphenicol for treatment of salpingitis. *Sex Transm Dis*, 11(4, supl.): 441-443, 1984.

Tricomoniase

Cristiane Guimarães Fonseca¹
Mauro Romero Leal Passos²

A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* no trato gênito-urinário da mulher e do homem. É o tipo mais freqüente de vulvovaginite na mulher adulta.

Coube a Alfred Donné, na França, em 1836, a descoberta do agente etiológico.

Mais de 100 espécies do gênero *Trichomonas* já foram descritas, contudo três delas foram isoladas no homem: o *T. tenax*, na cavidade oral, o *T. hominis*, no tubo digestivo, e o *T. vaginalis*, no trato gênito-urinário. Não é relatado patogenicidade pelas duas primeiras espécies.

O agente etiológico

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário cosmopolita, anaeróbico, provido de grande mobilidade, devido a seus quatro flagelos e uma membrana ondulante ântero-lateral. Tem uma estrutura que percorre todo seu corpo, sendo proeminente na parte posterior — o axostilo. Sua forma é ovalada, medindo em média 15µm, sendo pouco maior do que um leucócito. O núcleo, também oval, está localizado próximo aos flagelos. Não possui mitocôndrias, alimentando-se por fagocitose e osmose. Sua multiplicação é por divisão binária, crescendo

bem em meio úmido, pH de 4,9 a 7,5 à temperatura de 35 a 37°C.

O *T. vaginalis* é morto facilmente pela dessecação e exposição prolongada à luz solar. Contudo, em material colhido da vagina misturado com soro fisiológico, é capaz de manter-se ativo, entre lâmina e lamínula, por tempo superior a cinco horas.

Epidemiologia

A via de transmissão principal é o contato sexual.

O ser humano é vetor e hospedeiro único e obrigatório do *T. vaginalis*, funcionando a mulher como reservatório. Em casos de infecção crônica, o homem também atua como reservatório.

É possível, em condições especiais, a transmissão por meio de banheiros públicos, saunas, toalhas de banho, material para exame ginecológico indevidamente esterilizado, contudo estes casos são estatisticamente desprezíveis.

Sua freqüência varia de três a 15% em pacientes assintomáticos atendidas em clínica ginecológica⁽¹¹⁾. Através de nossas verificações, encontramos aproximadamente 14% de processo inflamatório por trichomonas em colpocitologias de pacientes atendidas no Instituto Ginecológico da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Leitzke et al.⁽⁴⁾ detectaram tricomoníase em 27% das mulheres que procuraram o Posto de Prevenção do Câncer Ginecológico da Escola Paulista de Medicina, em 1979.

Não é comum a cura espontânea de mulher infectada. No homem pode ocorrer a descolonização espontânea do trato urinário baixo em três semanas, desde que não ocorra reinfeção ou infestação crônica⁽⁷⁾.

A tricomoníase é a infecção que mais se associa a outras D.S.T. A associação com gonorréia varia de três a 40%. Ovcinnikov⁽⁹⁾ mostrou, através da microscopia eletrônica, a endocitobiose, que representa a sobrevivência de *Neisseria gonorrhoeae* no interior do *T. vaginalis*, mantendo as neisserias suas características morfofuncionais. Neste particular, Stree et al.⁽¹³⁾ estudaram *in vitro* misturas de suspensões da *N. gonorrhoeae*, *Mycoplasma hominis* e *C. trachomatis*, após a ingestão desses microrganismos pelos trichomonas. As culturas estudadas indicam que o gonococo e o micoplasma são ingeridos e que o número de organismos viáveis intracelulares decai muito e a maioria dos gonococos estão mortos dentro de seis horas e todos os micoplasmas dentro de três horas. Não existem evidências, seja através de cultura ou de microscopia eletrônica, que a *C. trachomatis* persista em culturas mistas com *T. vaginalis*.

Patogenia

Christian et al.⁽¹⁾ sugeriram que é a movimentação enérgica e intensa dos trichomonas contra as células sua principal ação citotóxica.

Vários estudos tentam estabelecer a correlação entre displasia cervical

¹ Interna Setor de D.S.T. Dept.º Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense

² Professor Assistente e Chefe de D.S.T. (MIP) Universidade Federal Fluminense

e tricomoníase. Naguib⁽⁸⁾, em 46 casos de colpocitologias classe III-IV, encontrou 13 (28,3%) de associação com tricomoníase. Meisels⁽⁶⁾, em 39 casos de displasia, correlacionou 11 (28,2%) com tricomoníase. No Instituto de Ginecologia da U.F.R.J., em 31 casos de displasia cervical foram achados seis (19,35%) associados à tricomoníase. Por outra observação, de 137 processos inflamatórios por trichomonas, seis (4,37%) apresentavam associação com displasia cervical.

É necessário que se façam estudos com análise de todos os ângulos, principalmente para essas patologias do colo, que na verdade estão associadas com múltiplas infecções e inflamações crônicas, traumatismo local (partos e abortamentos) e o fator de predisposição individual. Achamos que na patologia do colo os fatores são múltiplos.

Então, antes de qualquer terapêutica mais agressiva no colo uterino, o mais lógico deve ser proceder um tratamento local e sistêmico, avaliação do parceiro, para posterior reavaliação do caso. O acompanhamento citológico revela comumente regressão do quadro displásico.

Quadro clínico

No homem — Na quase totalidade dos casos é assintomático, mas alguns apresentam quadro clínico típico de uma uretrite não gonocócica acrescido de prurido no meato uretral ou sensação de fisgadas na uretra.

Complicações como prostatite, vesiculite e epididimite podem ocorrer, tendo como agravante maior a oligospermia, determinante, por vezes, de esterilidade conjugal.

Na mulher — A ausência de sintomas ocorre com frequência nas mulheres infectadas de trichomonas. Entretanto como estas são capazes de transmitir a doença e a maioria apresentarão manifestações clínicas, devem ser tratadas.

Na fase aguda, é característico corrimento vaginal abundante, amarelo-esverdeado ou cinzento, espumoso, com odor acre associado a edema e hiperemia da mucosa vulvovaginal e cervical. Este eritema toma aspecto de framboesa e representa uma colpíte multifocal. O prurido vaginal é frequente. A disúria e/ou polaciúria podem coexistir, bem como a dispareunia.



Fig. 1 — Vulvovaginite por *T. vaginalis*

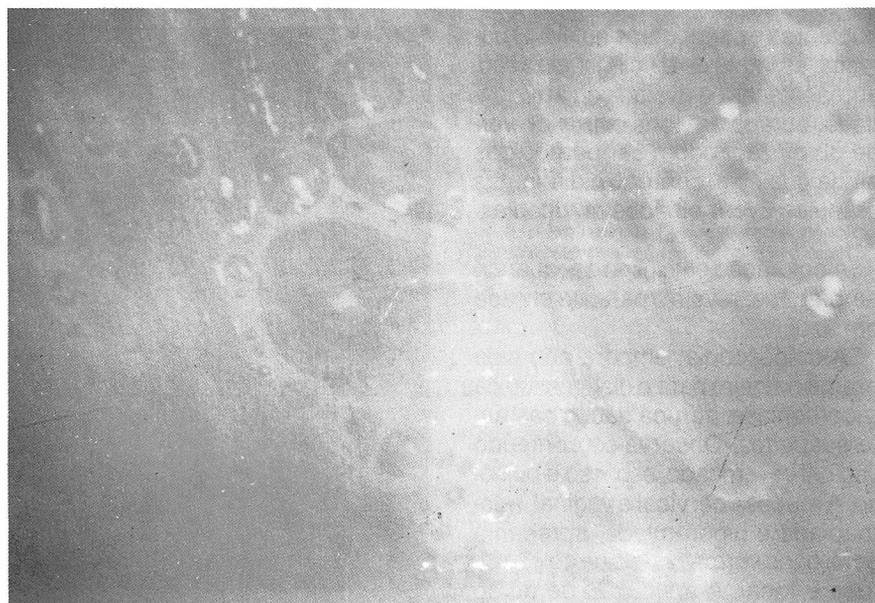


Fig. 2 — Colpíte — Observar aspecto bolhoso do corrimento vaginal

Na forma crônica, que representa a maior parte dos casos, todos os sinais e sintomas anteriormente descritos diminuem de intensidade e são bem tolerados pela paciente. O exame clínico revela leve ou moderado eritema vulvovaginal, com pouca secreção branco-amarelada, que pode ter bolhas e odor acre. O aspecto de mucosa em framboesa desaparece. O desconforto à micção e a dispareunia quase não são relatados. Frequentemente, há exacerbação do quadro periodicamente.

Embora seja relatado que o *T. vaginalis* só se desenvolve em epitélio vaginal de mulheres adultas cujo pH varia de 4,5 a 5, a tricomoníase urogenital pode ocorrer em crianças. O contato com fômites é a principal via de transmissão, quando não existe o contato sexual. A sintomatologia é basicamente igual à da mulher adulta, entretanto é maior o comprometimento da região vulvar.

Diagnóstico

É incompleto o diagnóstico da tri-

comoníase urogenital baseado apenas na anamnese e sinais objetivos do exame ginecológico.

O método mais correto para firmar-se o diagnóstico é através do exame direto. A citologia corada e a cultura de secreção podem ser também usadas.

O exame direto ou a fresco consiste em colocar uma gota da secreção do fundo de saco vaginal posterior e uma gota de solução de cloreto de sódio a 0,9% entre lâmina e lamínula e observar ao microscópio. Com objetiva de 10X ou 40X, é possível visualizar o protozoário movendo-se ativamente entre células epiteliais e leucócitos.

O esfregaço cérvico-vaginal corado pelo método de Papanicolaou ou de Shorr revela citólise, leucócitos e muco característico de aspecto granuloso. Alterações inflamatórias intensas são observadas nas células epiteliais, sobretudo apagamento de bordas ectoplasmáticas, halos perinucleares e pseudo-eosinofilia. O parasita, às vezes de difícil visualização, apresenta forma ovalada ou arredondada, corado em tons claros de verde ou cinza. Podem ser percebidos ainda núcleo excêntrico e diminutos grânulos avermelhados no citoplasma.

A coloração pelo Giemsa, quando empregada, revela o parasita corado em azul.

A colposcopia, embora não seja exame rotineiro para o diagnóstico da tricomoníase, agrupa dados bastante suspeitos. Observa-se conteúdo vaginal esverdeado, espesso e bolhoso. A mucosa cervical e vaginal, edemaciada e hiperemiada, apresenta pontilhado vermelho fino de colpíte difusa e focal. A aplicação de ácido acético provoca vasoconstricção das alças capilares, diminuindo a nitidez do pontilhado. O teste de Schiller revela iodopositividade, com pontilhado branco típico.

A cultura em meios de Feinberg-Whittington-CPLM, Küpferberg, Trussel ou de Loewe dá bom resultado. Todavia, o seu emprego na prática médica, além de onerar e atrasar o diagnóstico, não apresenta resultados tão melhores do que o exame direto que justifique sua feitura, exceto para fins de pesquisa ou quando sob forte suspeita clínica, o exame a fresco e corado se revelam repetidamente negativos.

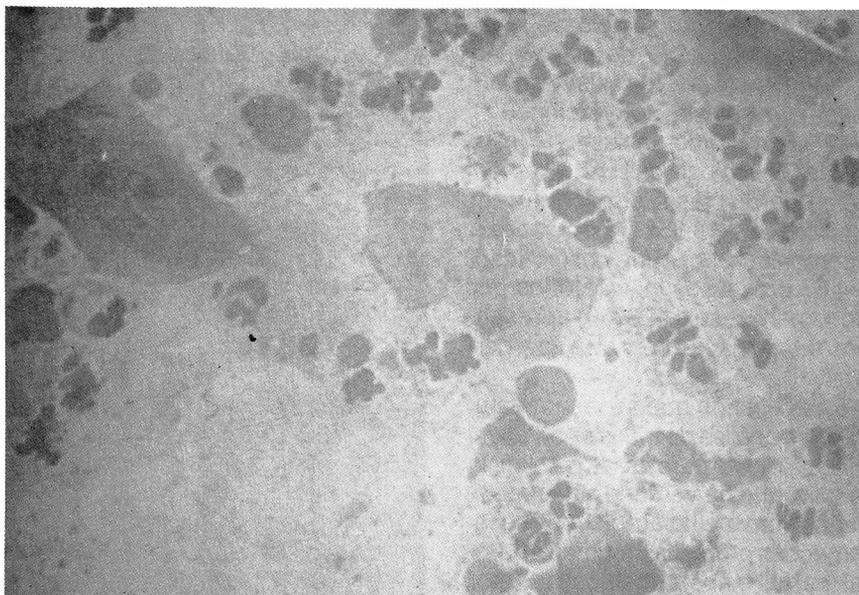


Fig. 3 — Aspecto de colpocitologia corada onde notam-se *Trichomonas vaginalis* de forma oval

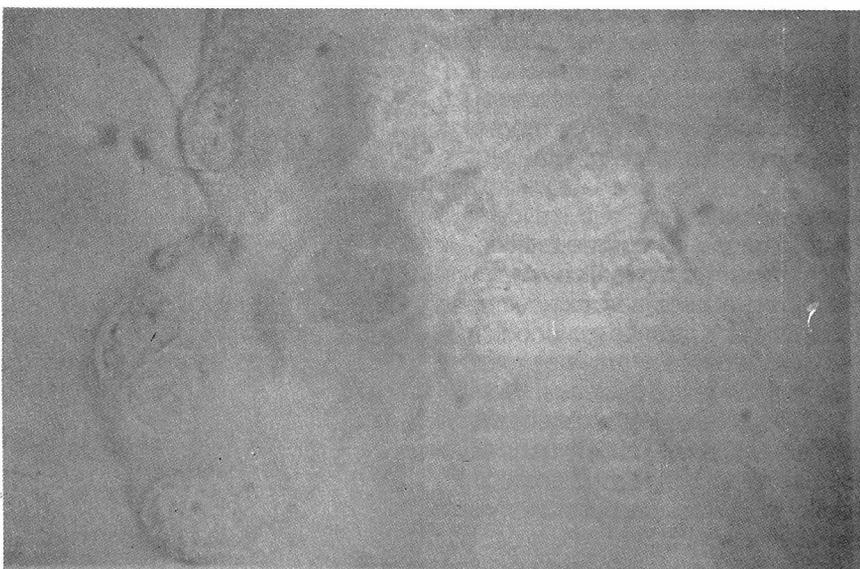


Fig. 4 — Aspecto da colpocitologia corada observando-se alterações celulares com binucleações inclusive

O controle de cura deve ser feito através do exame fresco e da citologia corada.

Tratamento

O tratamento deve ser simultâneo para os parceiros sexuais, sendo sistêmico e local para a mulher e apenas sistêmico para o homem. O médico deve orientar para que seja feita abstinência sexual e para que não seja ingerida qualquer bebida alcoólica, pois o aparecimento de náuseas, vô-

mitos, cólicas intestinais, tonteiras e rubor cutâneo é freqüente.

Segundo afirmação de Hurley⁽¹⁴⁾, a associação de candidíase e tricomoníase é infreqüente, ocorrendo na prática em 0,3% das pacientes, o que nos leva a repudiar o uso de associação medicamentosa e preferir drogas específicas para o tratamento da tricomoníase.

Medicação sistêmica

- *Metronidazol* — 250mg (1 compri-

mido) V.O. a cada 12 horas por 10 dias.

- *Nimorazol* — 1g (2 comprimidos de 500mg) V.O. a cada 12 horas. Total de seis comprimidos.
- *Ornidazol* — 1,5g (3 comprimidos de 500mg) V.O. Dose única.
- *Tinidazol* — 2g (4 comprimidos de 500mg) V.O. Dose única.

Medicação local

- *Metil-Partricina* — 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme (25.000 U.I.) na vagina ao deitar, durante 15 dias.
- *Metronidazol* — 1 óvulo ou 1 aplicador cheio de creme na vagina ao deitar por 10 dias.
- *Ornidazol* — 1 óvulo de 500mg na vagina ao deitar por 5 dias.
- *Tinidazol* — 1 óvulo na vagina ao deitar por 10 dias.

Grávidas — Nestas eventualidades, emprega-se apenas o tratamento local, embora o metronidazol não seja um comprovado agente teratogênico ou toxigênico para o feto. O tratamento sistêmico deve ser feito após o parto.

Crianças — O metronidazol por via oral na dose total de 80mg/kg de peso, divididas em duas doses diárias, por um período de 5 a 10 dias, é usado em geral com sucesso. Deve-se associar a medicação local dando preferência aos cremes, e usa-

da por meio de aplicadores próprios para virgens.

Na tricomoníase recidivante, deve-se observar a falha no tratamento que se dá por uso incorreto da medicação, tempo insuficiente ou por ausência de tratamento por um dos parceiros sexuais. O contato com outras pessoas infectadas não deve ser esquecido.

Nas *agudizações* da tricomoníase, deve-se atentar para a terapêutica incorreta, o abandono da medicação antes de erradicada a infecção, a ausência de tratamento do parceiro sexual e inobservância de abstinência sexual durante o tratamento.

Nas *recidivas* é importante questionar contato sexual com outras pessoas infectadas e pesquisar a localização uretral do parasita após terapêutica específica.

Embora tenha sido publicada a resistência *in vitro* do *Trichomonas vaginalis* ao metronidazol, não é esta uma causa usual de insucesso terapêutico⁽⁵⁾.

Temos observado que os esquemas com tempo prolongado, levam o abandono, por parte da cliente, antes do intervalo prescrito. Isto leva na prática a uma maior taxa de insucesso terapêutico. Por isto usamos o esquema com tinidazol para dose única com modificação: repetição da dose após uma semana. Esta posologia é

bem aceita pelos parceiros contando com a vantagem de melhorar, sensivelmente, a percentagem de cura clínica e microbiológica.

Referências

- 1. CHRISTIAN RT, MILLER NF, LUDOVICI PP, RILEY GM — A study of *Trichomonas vaginalis* in human cell culture. *Am J Obstet Gynecol*, 85: 947, 1963.
- 2. CRUICKSHANK R — *Microbiologia Médica*, 4ª ed. Fund. Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1973.
- 3. ESCHENBACH DA — Vaginal infection. *Clin Obstet Gynecol*, 26(1): 186, 1983.
- 4. LEITZKE G, MARTINS NV, GATTI AMG, TERREIRO LM, ALVES DE LIMA Fº O — Alterações colposcópicas e citológicas acarretadas pelo *T. vaginalis* — Eficácia do tinidazol no tratamento da tricomoníase genital. *Rev Bras Clin Terap*, 8: 69, 1979.
- 5. MEINGASSNER JG, THURNER J — Stain of *Trichomonas vaginalis* resistant to metronidazole and other 5-nitroimidazoles. *Antimicrob Agents Chemother*, 15: 254, 1979.
- 6. MEISELS A — Dysplasia and carcinoma of the uterine cervix IV. A correlated cytologic and histologic study with special emphasis on vaginal microbiology. *Acta Cytol*, 13: 224, 1969.
- 7. MONIF G — Doenças Infecciosas em Ginecologia e Obstetria. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1978.
- 8. NAGUIB SM, COMSTOCK GW, DAVIS HI — Epidemiologic study of trichomoniasis in normal women. *Am J Obstet Gynecol*, 27: 607, 1966.
- 9. OVCINNIKOV NM e cols. — Further studies of *Trichomonas vaginalis* with transmission and scanning electron microscopy. *Brit J Vener Dis*, 51: 357, 1975.
- 10. PERES JAT, ALVES DE LIMA Fº O, MARTINS NV — Doenças sexualmente transmissíveis. *JBM*, 42(6): 115, 1982.
- 11. REIN MF, CHAPEL TA — *Trichomonas*, candidiasis and the minor venereal diseases. *Clin Obstet Gynecol*, 18: 73, 1975.
- 12. SIBOULET A — *Aspects Actuels de la Thérapeutique des Maladies Sexuelles Transmissibles*. Institut Alfred Fournier, Paris (Fotocópia).
- 13. STREE DA et al. — Interaction between *Trichomonas vaginalis* and other pathogenic microorganisms of the human genital tract. *Br J Vener Dis*, 60: 31, 1984.
- 14. HURLEY R — Recurrent candida infection. *Clin Obstet Gynaecol*, 8: 209, 1981.

VIII Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual

Septiembre 1991 — Santiago, Chile
Organizado por la Fundación Nacional contra el SIDA
FUNACS

Presidente: Dr. Juan Bernal, Casilla 132-12 — Santiago, Chile
Telex: 340412 PB VTR-CK FOR ETS
Fax: ETS 56-02-2742823

Considerações básicas sobre DST

NOTA DO EDITOR

O controle das DST se baseia em quatro conceitos principais: 1) educação das pessoas em risco sobre os modos de transmissão da doença e os meios para reduzir o risco da transmissão; 2) detecção da infecção em pessoas assintomáticas e em pessoas sintomáticas que não são prováveis de solicitar um diagnóstico e tratamento; 3) diagnóstico e tratamento eficaz das pessoas infectadas, e 4) avaliação, tratamento e assessoramento para os parceiros sexuais das pessoas com DST. Estas considerações tratam principalmente dos aspectos clínicos do controle das DST, a prevenção das DST se baseia primariamente na troca dos comportamentos sexuais que representam um risco para os pacientes.

Considerações clínicas

Para as pessoas que solicitam serviços sanitários para avaliar uma DST, os cuidados adequados consistem nos seguintes componentes (em ordem temporal pode variar, segundo o caso e diagnóstico):

- história
- avaliação dos riscos médicos e comportamentais
- exame físico
- provas de laboratório
- diagnóstico
- terapia curativa ou paliativa
- assistência e educação:
 - episódio atual da DST

- prevenção de futuros episódios
- comunicação do caso quando for necessário
- identificação, notificação e abordagem do parceiro sexual.
- seguimento clínico quando proceder.

Para as pessoas que solicitam serviços sanitários por outros motivos, mas que tenham risco de contrair uma DST*, deve ser realizado o seguinte como parte da atenção médica rotineira:

- valorização do risco de contrair DST.
- exame físico baseado nos sintomas.
- busca de infecções assintomáticas.

Em situações especiais, como nas visitas pré-natais, agressões sexuais, maltrato infantil e abortamento, o exame de DST poderia ter maior impacto para prevenir as complicações das DST.

Emitir diretrizes específicas para cada situação está mais além do âmbito

**As pessoas com risco de contrair uma DST incluem pessoas com atividade sexual, menores de 25 anos, as que tenham vários parceiros sexuais durante os seis meses precedentes e aquelas com história de DST. Além disso, deve-se avaliar as prostitutas, pessoas em contato com prostitutas, usuários de drogas e pessoas em cárceres, que apresentam uma taxa elevada de DST.*

destas considerações. Não obstante, quando for possível, deverão ser efetuadas as seguintes provas de laboratório:

- Prova de anticorpos do VIH (avaliação e prova de confirmação).
- Sorologia para sífilis (prova de confirmação de treponemas).
- Cultura para *N. gonorrhoeae*.
- Cultura ou prova de antígenos de *C. trachomatis*.
- Microscopia com coloração Gram, preparada de secreções vaginais.
- Microscopia em campo escuro para *Treponema pallidum*.

O diagnóstico de uma DST deve ser considerado como um "aviso" que reflete uma atividade sexual não protegida. Os pacientes com uma DST podem contrair outra. Portanto, deverá ser examinada a possível existência de outras DST, incluindo a sífilis, sorologia de VIH (se não foi efetuada nos três meses anteriores), provas para gonorréia e chlamydia nos lugares adequados, e um exame físico. Deverá ser aconselhado às mulheres que devem prevenir gravidez não desejada e que não utilizam anticoncepcionais. As clínicas que proporcionam serviços de DST deveriam dispor de anticoncepcionais e testes de gravidez, assim como de testes anuais de colposcopia oncológica.

Prevenção primária

As clínicas e médicos que tratam

de pacientes como DST deveriam dispor de recursos para educar os pacientes sobre os riscos e comportamentos. A valorização dos comportamentos é uma parte integral da história das DST, e dever-se-ia informar aos pacientes sobre os meios para diminuir seu risco de contrair DST, incluindo a abstinência, eleição cuidadosa do parceiro, preservativos e espermaticidas e exames periódicos. As recomendações específicas da avaliação dos comportamentos e os conselhos estão mais além do âmbito destas diretrizes.

Preservativos e espermaticidas

Toda clínica que proporcione serviços clínicos para DST deveria dispor de preservativos e espermaticidas. Também deveria proporcionar informação sobre seu uso correto. Ainda que os preservativos não proporcionem uma proteção absoluta contra qualquer infecção, se utilizados adequadamente reduzem o risco de infecção. O CDC (USA) e outras organizações sanitárias têm emitido recomendações para a utilização adequada dos preservativos (Tabela 1).

Tabela 1 — Recomendações sobre o uso de preservativos

1. Devem ser utilizados preservativos de látex pois oferecem maior proteção contra o VIH e outras DST que os preservativos de membranas naturais.
2. Os preservativos devem ser guardados em lugares frescos e secos, fora da luz solar direta.
3. Não devem ser utilizados preservativos em embalagens rotas ou com sinais claros de violação (p. ex., quebradiços, pegajosos ou descolorados). Não se pode confiar que previnem uma infecção ou gravidez.
4. Devem ser manejados com cuidado os preservativos para prevenir roturas.
5. Deve-se colocar o preservativo antes de qualquer contato genital para prevenir a exposição a fluidos que contenham agentes infecciosos. Colocar no pênis ereto, deixando espaço na ponta para armazenar o sêmen, mas assegurando que não tenha

entrado ar na ponta do preservativo.

6. Só devem ser utilizados lubrificantes com base aquosa. Não devem ser utilizados lubrificantes com base de vaselina ou azeites (como vaselina, azeites comestíveis, manteiga e loções), e que debilitam o látex e poderiam causar roturas.
7. O uso do preservativo com germicida pode proporcionar certa proteção adicional contra DST. Assim sendo, o uso de germicidas vaginais junto com os preservativos pode proporcionar uma maior proteção.
8. Se o preservativo se romper, deve ser substituído imediatamente. Se a ejaculação ocorrer depois do seu rompimento, sugerimos o uso imediato de um espermaticida. O valor protetor do espermaticida após a ejaculação é desconhecido.
9. Depois da ejaculação devem ser tomadas precauções para assegurar que o preservativo não saia do pênis antes de sua retirada; deve sustentar-se a base do preservativo quando se retira o pênis. O pênis deve ser retirado quando estiver ereto.
10. Nunca deve voltar a utilizar preservativo já utilizado.

Grupos especiais

• Mulheres grávidas

As DST intra-uterinas e de transmissão perinatal podem ter consequências mortais ou efeitos graves sobre o feto. Os cuidados pré-natais de rotina deveriam incluir um exame de DST, que, na maioria dos casos, inclui um exame sorológico para sífilis e hepatite B, testes de chlamydia e gonorréia. As provas pré-natais do VIH estão indicadas para todas as pacientes com risco de contrair VIH ou com um parceiro sexual de alto risco; algumas autoridades recomendam provas de VIH para todas as mulheres grávidas.

Deve-se perguntar às mulheres grávidas e a seu parceiro sexual sobre as DST, informando sobre possíveis infecções neonatais. As mulheres grávidas com infecção primária de herpes genital, hepatite B, infecção primária por citomegalovírus ou

infecções por estreptococos do grupo B podem precisar de tratamento por parte de especialistas. Se não existem lesões ou evidência de doença ativa, as provas do vírus herpes simples (VHS) e o parto por cesariana não estão indicados de forma rotineira para mulheres com história de infecção herpética recorrente durante a gravidez. Não se recomendam as provas rotineiras de papilomavírus.

• Crianças

O tratamento das DST em crianças requer uma estreita colaboração entre clínicos, laboratórios e autoridades de proteção ao menor. As investigações devem iniciar-se o mais breve possível. Algumas doenças, como gonorréia, sífilis e chlamydia, se são contraídas depois do período neonatal, são indicativas quase em 100% de contato sexual; em outras doenças, como a infecção por VIH e vaginites, a associação com o contato sexual não está tão clara.

• Pacientes com episódios múltiplos de DST

Estes pacientes apresentam uma taxa de DST desproporcionalmente elevada e deveriam ser incluídos para assistência intensiva sobre os métodos para reduzir os riscos. São necessárias mais investigações sobre os métodos de modificação do comportamento destes pacientes, incluindo o papel de serviços de apoio. Em muitos casos podem estar indicadas visitas periódicas para avaliar as DST.

• Grupos centrais de DST

As populações de transmissores centrais de DST representam a principal morbidade das DST. Ainda que existam grandes variações regionais, na maioria das áreas urbanas, os grupos centrais estão formados principalmente por minorias étnicas com baixos níveis educativos e sócio-econômicos. Em muitos desses ambientes é comum o uso de drogas e a prostituição. Os grupos centrais estão limitados geograficamente, o que permite definir as áreas geográficas e as populações. Os programas de DST deveriam avaliar o aparecimento de DST em suas jurisdições para

definir as populações e áreas centrais com fins educativos, examinativos, clínicos, programas de reexaminação e medidas de controle.

• **Usuários de drogas**

As DST parecem estar cada vez mais relacionadas com os usuários de drogas. Essas pessoas podem apresentar um maior risco pelos comportamentos sexuais que os pre-dispõem às DST. Além do mais estes usuários representam uma grande proporção das infecções por VIH. Precisam-se de mais investigações sobre os comportamentos associados com o uso de drogas e as DST, particularmente para facilitar a intervenção clínica dirigida aos usuários de drogas. Devem ser considerados os programas de apoio comunitário em cooperação com os programas de tratamento do vício.

• **Prisioneiros e detentos**

Os residentes das prisões têm elevadas taxas de DST. Deveriam ser executados exames e tratamento das infecções prevalentes na dita comunidade. Em muitas situações o exame e o tratamento dos presos é essencial para assegurar um controle eficaz das DST. Além do mais, para muitos pacientes os serviços de correção sanitária podem ser a única oportunidade de tratar com pessoal de saúde pública.

• **Pacientes com infecção por VIH e DST**

O tratamento de pacientes com DST que também estão infectados pelo VIH apresentam problemas complexos do tipo clínico e comportamental. Devido ao seu efeito sobre o sistema imune, o VIH pode afetar a história natural de muitas DST e o efeito das terapias antimicrobianas. É imperativo um acompanhamento estrito. A infecção com DST em pacientes com ou sem VIH é uma advertência, que indica uma atividade sexual continuada sem proteção. Nestas situações está indicado aconselhar os pacientes.

Comunicação das DST e confidencialidade

As atividades de vigilância das en-

fermidades que incluem a identificação correta e comunicação das DST, formam parte integral de um controle eficaz das doenças. A comunicação ajuda as autoridades sanitárias locais a identificar os contatos sexuais que poderiam estar infectados. A comunicação também é importante para dar o valor das tendências de morbidade.

A comunicação pode basear-se no clínico ou no laboratório. Os casos devem ser comunicados seguindo as normas locais e o quanto antes possível. Os médicos que não conhecem bem os requisitos locais de comunicação podem solicitar informação no departamento local sanitário ou aos programas estatais de DST.

A comunicação da DST se considera estritamente confidencial e em muitas jurisdições de alguns países está protegida dos chamados judiciais pelas legislações. Antes que os representantes do programa de DST iniciem o seguimento de uma prova positiva de DST, deverão consultar com o clínico assistente do caso para verificar o diagnóstico e tratamento.

Tratamento do parceiro sexual e notificação

O rompimento da cadeia de transmissão é crucial para o controle das DST. Se previne uma futura transmissão e reinfecção enviando os parceiros sexuais para o diagnóstico e tratamento. Os pacientes devem assegurar-se de que seus parceiros sexuais, incluindo os assintomáticos, sejam examinados. Deve-se examinar os parceiros de pacientes com DST; não se proporcionará tratamento aos parceiros não examinados, exceto em casos pouco freqüentes, como quando o parceiro estiver em algum lugar em que não se pode conseguir cuidados médicos. Deve-se enviar ao especialista os parceiros sexuais se o médico inicial não puder proporcionar os cuidados devidos. Os especialistas, profissionais de saúde pública com treinamento em DST, podem ajudar aos pacientes e médicos com sua intervenção e procedimentos confidenciais. Muitos departamentos locais e estaduais de saúde oferecem serviços de especia-

listas de intervenção em doenças. Os médicos e outros profissionais de saúde devem utilizar estes serviços para assegurar um tratamento completo dos casos. Os dirigentes dos departamentos de saúde devem destinar recursos para os especialistas, baseados nas pautas locais de morbidade, situações epidemiológicas e recursos disponíveis.

Recursos médicos

Os profissionais de saúde pública que tratam com DST deveriam assegurar que se dispõem dos seguintes recursos localmente ou em outros lugares que se possa enviar os pacientes:

- Hospitalização para os pacientes com infecções complicadas, como doença inflamatória pélvica aguda e infecção gonocócica disseminada.
- Serviços médicos, pediátricos, de doenças infecciosas, dermatologia, urologia, proctologia, psicologia e ginecologia-obstetrícia que se possa encaminhar os pacientes.
- Serviços de planejamento familiar.
- Instalações para exame e tratamento médico de pacientes infectados com VIH.
- Serviços de tratamento do viciado em drogas.

Tratar a pessoa

O tratamento das doenças infecto-contagiosas apresenta aspectos médico-sociais imediatos, com responsabilidades divididas entre o profissional e o cliente. Ao médico cabe atender dentro dos melhores padrões possíveis, instruindo sobre os cuidados pessoais, divulgando informações epidemiológicas e sua importância na transmissão da doença. O cliente, conscientizado do seu problema, colabora para sua recuperação e responsabiliza-se para bloquear ou minimizar os elos de transmissão.

Em geral, tais fatos são aceitos e praticados para a maioria das moléstias infecto-contagiosas e já fazem parte do conhecimento popular. No entanto, em relação às denominadas doenças sexualmente transmissíveis,

no final do século XX, surgem, com freqüência, dificuldades, contradições e as chamadas *situações delicadas*, dificultando uma abordagem mais abrangente nestas afecções.

As transformações rápidas e radicais ocorridas na sociedade humana nos últimos 40 anos trouxeram inúmeros fatos inéditos em suas várias manifestações. A patologia humana como espelho destas alterações acompanhou estas mudanças do ponto de vista qualitativo e quantitativo. Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), relacionam-se os seguintes fatos: uso abusivo dos antibióticos, os anticoncepcionais modernos, os meios de comunicação e de transporte, as várias dimensões da manifestação de sexualidade, a mulher em seus novos papéis sociais, as novas modalidades de casamento, a situação da família, o fenômeno das metrópoles e megacidades, o amplo uso dos tóxicos.

No final da década de cinquenta houve uma perigosa ilusão quanto ao desaparecimento destas afecções e, talvez, este fato resultou em perda de motivação no estudo, ocasionando um despreparo das novas gerações médicas e um afrouxamento das medidas sanitárias de controle.

A dinâmica destes fatos desenhou

um quadro em estilo moderno referente à epidemiologia e manifestações clínicas. Apesar da revolução dos costumes, divulgada amplamente e assumida de maneira aparente, o cotidiano do consultório médico denuncia os tabus vigentes, em relação à sexualidade e à presença dessas moléstias.

As secreções purulentas, as ulcerações e vegetações dos órgãos genitourinários carregam aos seus portadores uma ameaça maior do que a realidade clínica exprime. O temor de lesões deformantes genitais, a ameaça à fertilidade, a sensação de *sujeira* e de algo repugnante ligado à sexualidade podem atingir níveis geradores de futuros problemas.

O medo e a culpa, pelo possível contágio do parceiro, podem determinar reações depressivas e estados de intensa ansiedade e angústia. De repente, uma destas doenças invade a privacidade de um casal, denunciando outras ligações amorosas que podem colocar em perigo a continuação desse par. De maneira inusitada, esses microrganismos demonstram a fragilidade desse tecido social em que são impressos em cores vivas os mais variados graus de liberdade nas uniões afetivas.

O papel social do médico e de

qualquer elemento da equipe de saúde torna-se cada vez mais importante, difícil e desafiador.

Na abordagem clínica desses clientes, a sensibilidade, o conhecimento técnico, o bom senso devem ser parte de um todo.

No tratamento de uma pessoa com uma DST, talvez mais fácil, ou mais didático, seja recomendar o que *não se deve fazer*.

a) Ter uma atitude preconceituosa sobre a sexualidade.

b) Emitir diagnósticos baseados em suposições, sem averiguar dados clínicos e laboratoriais.

c) Não convidar o cliente para uma atitude reflexiva sobre o problema, não fornecendo informações básicas.

d) Tomar uma atitude de juiz.

e) Ignorar toda a trama emocional e existencial envolvida no caso.

Mauro Romero Leal Passos¹
Cristiane Guimarães Fonseca²

Fontes: MMWR, Vol. 38, Supl. 8; 1989.
Passos MRL — DST, 3.^a ed.,
Cult. Médica, 1989.

GLITISOL[™]

Princípio ativo: Tianfenicol ou D (-)-treo-2-diclo-roacetamido-1-(4-metilsulfonil-fenil)-1,3-propano-di-ol. Pó branco, cristalino, pouco solúvel em água (0,5%) mas muito solúvel na urina tanto ácida como alcalina. Para uso injetável emprega-se seu éster glicínico (cloridrato de tianfenicol glicinato) que se hidrolisa totalmente no organismo.

Propriedades: GLITISOL é um antibiótico de amplo espectro de ação que abrange germes Gram + e Gram -, tanto aeróbios como anaeróbios, em particular os agentes responsáveis pelas D.S.T. A atividade não é alterada pela presença de soro, pus, bile e íons bivalentes tais como Mg⁺⁺ e Ca⁺⁺. GLITISOL não sofre transformação metabólica sendo eliminado exclusivamente em forma bacteriológicamente ativa. Isto lhe confere uma elevada previsão e regularidade de efeitos com incomum paralelismo entre atividade "in vitro" e "in vivo". Não se liga às proteínas plasmáticas, difundindo-se em tecidos e líquidos biológicos em concentrações equivalentes ou superiores às plasmáticas.

Toxicidade e tolerabilidade — A toxicidade de GLITISOL é extremamente baixa, propiciando uma margem terapêutica muito elevada. GLITISOL apresenta boa tolerabilidade gástrica, cutâneo-mucosa e geral. Não interfere na funcionalidade hepática e é isento de nefro e ototoxicidade e de reações de tipo anafilático. Não provoca discrasias hematológicas graves e/ou irrever-

síveis tais como anemia aplásica, agranulocitose, trombocitopenia.

Indicações — Infecções genitourinárias, especialmente as de transmissão sexual; infecções hepato-biliares e entéricas; infecções respiratórias, infecções meningíticas e por germes anaeróbios.

Contra-indicações — Hipersensibilidade individual à droga, anúria, insuficiência da hemopoese.

Efeitos colaterais: Raramente, leves distúrbios gastroentéricos e reações cutâneas de tipo urticariforme. Leve diminuição de eritrócitos e leucócitos, especialmente com dosagens acima das médias e em tratamentos prolongados, que se reverte espontaneamente ou com a suspensão do tratamento.

Precauções — Reduzir oportunamente a posologia em caso de insuficiência renal; controlar periodicamente a crase hemática em caso de tratamentos prolongados (acima de 10 dias) e com doses elevadas.

Gravidez e aleitamento — Embora não proveja efeitos teratogênicos nos animais de experimentação, a segurança de uso no primeiro trimestre de gestação não foi estabelecida. Deve ser evitado em mulheres que amamentam por ser parcialmente eliminado com o leite materno.

Posologia — Em média, 25-30 mg/Kg/dia, por qualquer via de administração.

Posologia nas D.S.T. — *Uretrite gonocócica aguda* (inclusive por PPNP): homens: 2,5 g de uma só vez após refeição; se, após 24 horas,

persistir a secreção, repetir a dose; mulheres: 2,5 g, após refeição, por 2 dias consecutivos — *Uretrite gonocócica crônica ou complicada*: 500 mg, 3 vezes ao dia, por 5-8 dias — *Uretrites não gonocócicas*: 500 mg, 2 vezes ao dia, por 10-14 dias — *Cancro mole*: 5 g, de uma só vez, após refeição — *Linfogranuloma venéreo*: 500 mg, 3 vezes ao dia por 10 dias — *Donovanose*: 2,5 g, de uma só vez por 2 dias consecutivos, seguidos de 500 mg, 3 vezes ao dia, por 10-14 dias — *Doença Inflamatória Pélvica*: *leve*: 2,5 g nos primeiros 2 dias, seguidos por 500 mg, 2 vezes ao dia, por 10 dias; *moderada*: 2,5 g, nos primeiros 2 dias, seguidos por 500 mg, 3 vezes ao dia, por 10-14 dias; *grave*: 1,5 g por via E.V., inicialmente e 750 mg E.V. cada 12 horas por 2-3 dias. Ao se manifestar resposta terapêutica continuar com 500 mg V.O., 3 vezes ao dia, por 10-14 dias.

Apresentações : GLITISOL cápsulas: caixa com 10 cápsulas com 250 mg — GLITISOL 500 cápsulas: caixa com 20 cápsulas com 500 mg — GLITISOL suspensão: vidro com 60 ml (cada ml contém 25 mg) — GLITISOL 250: frasco-ampola com 250 mg + solvente — GLITISOL 750: frasco-ampola com 750 mg + solvente.



ZAMBON
Laboratórios Farmacêuticos S.A.