

# DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

VOLUME 12 - Nº 4 - 2000

INDEXADA: LILACS

- *Vigilância Epidemiológica das DST*
- *Epidemiologia das DST*
- *Abordagem Sindrômica das DST*
- *DST 4 in Manaus, setembro de 2002*



---

# SUMÁRIO

---

---

## EDITORIAL

---

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS . . . . .	3
<i>Valderiza L Pedrosa</i>	

---

## ARTIGOS

---

EPIDEMIOLOGIA DAS DST: PERFIS DOS PACIENTES ATENDIDOS NUM CENTRO NACIONAL DE TREINAMENTO . . . . .	4
<i>Epidemiology of the STD Profiles Patients Assisted in National Training Center</i> <i>Alberto S Tibúrcio, Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro</i>	
ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS . . . . .	40
<i>Syndromic Approach of the STD</i> <i>Fabio Moherdau</i>	
DST 4 IN MANAUS, 2002 . . . . .	50
LANÇAMENTO DE LIVROS . . . . .	51
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO . . . . .	52





**SBDST**

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

Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - RJ  
CEP 24230-160  
Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

**DIRETORIA SBDST**

**Presidente:**

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

**1º Vice-Presidente:**

Adele Benzakem (AM)

**2º Vice-Presidente:**

Mauro Cunha Ramos (RS)

**1º Secretário:**

Geraldo Duarte (SP)

**2º Secretário:**

Paulo Giraldo (SP)

**1º Tesoureiro:**

Telma Queiroz (CE)

**2º Tesoureiro:**

José Carlos Sardinha (AM)

**Diretor Científico:**

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

**CONSELHO EDITORIAL**

**Editor Chefe:**

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

**Co-Editores:**

Geraldo Duarte (SP)  
Gutemberg Leão de Almeida Filho (RJ)  
Humberto Jonas Abrão (MG)  
Luiz Carlos Moreira (RJ)  
Nero Araújo Barreto (RJ)  
Paulo da Costa Lopes (RJ)  
Roberto de Souza Salles (RJ)  
Rubem de Avelar Goulart Filho (RJ)  
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (RJ)

**Comissão Editorial:**

Anna Ricordi Bazin (RJ)  
Antonio Carlos Pereira Júnior (RJ)  
Cicero Carlos de Freitas (RJ)  
Dêlcio Nacif Sarruf (RJ)  
Eva Mila Miranda Sá (RJ)  
Gesmar Volga Haddad Herdy (RJ)

Gilberto Ottoni de Brito (RJ)  
Iara Moreno Linhares (SP)  
Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)  
Izabel Cristina F. Paixão (RJ)  
José Antônio Simões (SP)  
José Augusto Pantaleão (RJ)  
José Trindade Filho (RJ)  
Ledy do Horto dos Santos Oliveira (RJ)  
Neide Kalil (RJ)  
Ney Francisco Pinto Costa (RJ)  
Paulo Canella (RJ)  
Paulo César Giraldo (SP)  
Pedro Chequer (DF)  
Raimundo Diogo Machado (RJ)  
Renata de Queiroz Varella (RJ)  
Renê Garrido Neves (RJ)  
Sílvia Maria Baeta Cavalcanti (RJ)  
Solange Artimos de Oliveira (RJ)  
Tomaz Barbosa Isolan (RS)  
Vilma Duarte Câmara (RJ)  
Walter Tavares (RJ)

**Comissão Editorial Internacional**

Evelio Perea (Espanha)  
Juan Carlos Flichmann (Argentina)  
Ken Boechart (EUA)  
Luis Olmos (Espanha)  
Peter Piot (UNAIDS - Suíça)  
Rui Bastos (Moçambique)  
Steven Witkin (EUA)

**ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR  
DE DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS**

**MIP / CMB / CCM  
Universidade Federal  
Fluminense**

Outeiro de S. João Batista, s/nº  
Campus do Valonguinho - Centro  
Niterói - RJ - 24210-150  
Tel.: (21) 719-4433 (Fax): (21) 719-2588  
Tel.: (21) 620-8080 - Ramal 298  
e-mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR  
<http://www.uff.br/dst/>

**Reitor da UFF:**

Cicero Mauro Fialho Rodrigues

**Vice-Reitor da UFF**

Antonio José dos Santos Peçanha

**Pró-Reitor de Pesquisas e**

**Pós-Graduação:**

Jésus de Alvarenga Bastos

**Pró-Reitor de Planejamento:**

Clinio Freitas Brasil

**Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:**

Esther Hermes Luck

**Pró-Reitor de Extensão:**

Firmino Marsico Filho

**Diretor do CCM:**

Maximus Taveira Santiago

**Diretor do Instituto Biomédico:**

Tarcisio Rivello

**Chefe do MIP:**

Otilio Machado Pereira Bastos

**Chefe do Setor do DST:**

Mauro Romero Leal Passos

**Secretária do JBDST:**

Dayse Dacache Felício

**Diretor do HUAP:**

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

José Carlos Carraro Eduardo

**Prefeito do Campus Universitário:**

José Carlos Batista Xavier

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Ministro**

José Serra

**COORDENAÇÃO NACIONAL DE  
DST/Aids**

Paulo Roberto Teixeira



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

**Presidente:**

Ross Philpot

**Secretário Geral:**

Ron Ballard

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

**Direcionamento e Distribuição:**

O **Jornal Brasileiro de DST** é direcionado aos  
sócios da SBDST, Urologistas, Ginecologistas,  
Assinantes, Bibliotecas, Centros de Estudos,  
Centros de Referências, Bancos de Sangue e  
Entidades afins. Entidades que mantêm convênio.

**Pede-se permuta  
Exchange requested  
On prie l'échange  
Se solicita el canje  
Man bitet un Austausch  
Si prega lo seambio**

**INDEXADA: LILACS** - Literatura Latino  
Americana em Ciências da Saúde.



## Editorial

## Vigilância Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis

A vigilância epidemiológica das DST como problema de particular importância, em nosso tempo, se enquadra dentro da vigilância especializada e para tanto se aplica um conjunto de técnicas e procedimentos próprios para enfrentá-las.

No caso específico das DST os sistemas de vigilância possuem os seguintes componentes:

1. a notificação de casos tem como objetivos fundamentais conhecer o peso das DST em relação às demais demandas de atenção, monitorar a incidência e as tendências das doenças ou síndromes, prover informação útil para o planejamento e condução dos programas, obter informação necessária para o manejo dos pacientes e suas(eus) parceiras(os) e prover dados importantes para a gestão dos serviços de saúde que permitam estimar necessidades de recursos materiais, medicamentos e outros.

A notificação de casos de DST pode ser feita por síndromes ou diagnósticos etiológicos e independentemente do método que se utiliza deve compreender um conjunto de dados básicos que são: diagnóstico; lugar onde se faz a notificação; data da notificação; gênero (sexo); idade ou grupo de idade.

Onde seja possível ou nos centros sentinelas deve-se incorporar outros dados como: lugar de residência; nível educacional; situação socioeconômica; data de início dos sintomas; fatores de risco; gravidez; história de DST; tratamento; outros dados de interesse local.

A notificação de casos de DST, de acordo com as unidades podem ter duas modalidades: universal, em que participam todos os centros de saúde ou mediante centros sentinelas, que são unidades selecionadas. O ideal é a combinação dos sistemas, quer dizer que a totalidade das unidades notifiquem dados mínimos e dispor de centros sentinelas estrategicamente situados para obter informação complementar adicional.

2. Avaliação e monitoramento da prevalência: o propósito principal dos estudos de prevalência é identificar subgrupos da população com elevada prevalência em muitos lugares. Estes grupos são responsáveis, por uma parte importante das novas infecções, como: profissionais do sexo, os caminhoneiros, usuários de drogas ilícitas, trabalhadores migratórios e outros.

Também é de utilidade para avaliar a tendência da prevalência de doenças em populações definidas como: gestantes e os jovens chamadas ao serviço militar. E também para estudos de grupos assintomáticos que procuram os serviços de saúde por outros motivos;

3. avaliação da etiologia das síndromes: dado que o manejo sintomático de casos de DST é a melhor opção disponível na atualidade como estratégia para tratar casos de DST e a maior parte dos países de nossa região e de outras partes do mundo o adotaram, essa avaliação se faz imprescindível para prover

dados que guiem o tratamento e ajudem na interpretação da importância que cada patógeno em particular tem na etiologia das síndromes em escala local e, para estimar as necessidades de medicamentos;

4. monitoramento da resistência microbiana: um dos componentes essenciais do sistema é a vigilância da susceptibilidade das capas locais de gonococo aos antibióticos de uso comum na região.

Entre os objetivos do monitoramento da resistência se encontram a obtenção de dados para desenvolver pautas de tratamento e com a utilização de certos dados do tipo demográfico e epidemiológicos permite caracterizar fatores de risco para a resistência;

5. estudos especiais: componente que deve estar presente em um Sistema de Vigilância de DST moderno é a realização de estudos especiais que não sejam parte da notificação de casos e estudos de prevalência sistemáticos ou de rotina e que permitam a obtenção de informações complementares de grande utilidade para o aperfeiçoamento dos programas de controle de DST, tais como: a determinação de fatores e condutas de risco locais; validação de Fluxogramas; investigações de surtos; prevalência das DST de etiologia viral; estimativas de custos; incidência de complicações; associações de DST, entrevistas; Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP); marketing de camisinhas; susceptibilidade e resistência de *H. ducreyi* aos antibióticos e muitos outros de acordo com as possibilidades e interesses locais;

6. avaliação: o sistema de vigilância, permite avaliar os demais componentes do programa (atenção de casos, educação, capacitação, etc.) porém, ao mesmo tempo, é sujeito e objeto de sua própria avaliação. Cada componente da vigilância deve ser avaliado em separado devendo identificar-se as duplicações, omissões e eficácia no cumprimento dos objetivos para o qual foi desenhado.



**Valderiza L Pedrosa**

Gerente de Epidemiologia e Controle de Doenças



---

# EPIDEMIOLOGIA DAS DST

## PERFIS DOS PACIENTES ATENDIDOS NUM CENTRO NACIONAL DE TREINAMENTO

### *EPIDEMIOLOGY OF THE STD PROFILES PATIENTS ASSISTED IN NATIONAL TRAINING CENTER*

---

*Alberto S Tibúrcio, Mauro RL Passos, Vandira MS Pinheiro*

#### RESUMO

Trata-se de um estudo transversal de 1182 pacientes que abriram seus prontuários no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, no período de janeiro a dezembro de 1995. Em 698 (59,0%) destes 1182 pacientes foram diagnosticados uma ou mais doenças infecciosas de possível transmissão sexual. Procedeu-se à um estudo epidemiológico desta população, com os fins de identificar os motivos mais frequentes que levaram os pacientes a procurar atendimento no Setor de DST-UFF, identificar as DST/infeções genitais mais frequentes entre estes pacientes, verificar a distribuição de determinadas variáveis socioeconômico-culturais entre os pacientes nos quais foram diagnosticadas DST/infeções genitais e entre os quais não foram diagnosticadas estas enfermidades, identificar alguns fatores comportamentais que possam ter contribuído para a aquisição destas enfermidades, avaliar a frequência do uso rotineiro de condom nesta população, analisar os índices de retorno destes pacientes ao Setor de DST-UFF, e verificar quantos destes pacientes eram contactos sexuais de outros pacientes já sob cuidados médicos. Os autores destacaram importância de um estudo inicial do tipo epidemiológico descritivo, na busca que possam interferir na dinâmica destas infecções na população.

**Palavras-chave:** Epidemiologia, Doenças Sexualmente Transmissíveis, DST

#### ABSTRACT

This is a transversal study on 1182 out patients whose medical records were opened at the Sexually Transmitted Diseases (STD) Sector, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brazil between January and December 1995. In 698 out of these 1182 patients (59,0%), one or more infectious diseases with presumable sexual transmission were diagnosed. A epidemiological study was done on this population, aiming to identify the most frequent causes for seeking medical advice at the STD Sector; to identify the STD/genital infectious most frequent in these patients; to inspect the distribution of socio-economic and educational variables among patients with and without STD/genital infections, to identify some behavioral factors that may have been implied in the acquisition of these infections; to know the frequency of routine using of condoms; to assess the rate of subsequent return to the STD Sector; and to verify how many patients were sexual contacts of others already under medical assistance. The author emphasizes the importance of preliminary descriptive epidemiologic studies in the research of factors that may interfere in the dynamics of these infections in a given population.

**Keywords:** Epidemiology, Sexually Transmitted Diseases, STD

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 12(4):4-39, 2000

## 1. INTRODUÇÃO

Em 1983, os grupos consultores da Oficina Sanitária Panamericana descreveram as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como:

*"... grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas (sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo, cancro mole e donovanose) e um número crescente de síndromes e entidades clínicas (uretrites não-gonocócicas, herpes genital, vaginites etc.), que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual."*<sup>1</sup>

A incidência das DST tem aumentado muito nos últimos anos no Brasil e no restante do mundo, mostrando a precarie-

dade da saúde pública. Estas doenças, devido à elevada morbidade, têm influência importante na saúde, economia e organização social das comunidades. Infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, aborto, neoplasias anogenitais e morte podem ocorrer como complicações das DST, sendo enormes os gastos despendidos no tratamento.<sup>2</sup>

Alguns fatores têm contribuído para o aumento da incidência das DST: desinformação sobre o assunto devida à diminuição das campanhas educativas, automedicação ou medicação indicada por pessoas não-qualificadas, multiplicidade de parceiros, maior liberdade para a prática da atividade sexual em decorrência do uso de métodos anticoncepcionais, dificuldade na investigação dos parceiros sexuais, menor temor do público por estas doenças pela facilidade do diagnóstico e tratamento, facilidade



de deslocamento das populações, e por fim o aparecimento da resistência microbiana aos antibióticos e quimioterápicos.<sup>2</sup>

Cerca de quarenta agentes microbianos podem ser transmitidos pela via sexual. Os agentes etiológicos das DST têm o trato genital humano como único reservatório, não sobrevivendo fora do corpo humano. A transmissão de qualquer um destes agentes microbianos entre as pessoas depende basicamente de três variáveis: a infecciosidade (transmissibilidade) do patógeno, os índices de interação entre pessoas susceptíveis e contaminantes, e a duração do período de infecciosidade.<sup>3</sup>

As diferentes práticas sexuais permitem a transmissão de agentes infecciosos. Entre praticantes da **sodomia** são frequentes o condiloma e o cancro anal, o herpes genital, a gonorréia e a uretroprostatite crônica. O **anolingüismo** propicia a transmissão de amebíase, salmonelose, shigelose, hepatite A etc. O **cunilingüismo** cria condições para a transmissão de candidíase, herpes genital, condilomatose, sífilis, gonorréia etc. A **felação** pode ser um meio de transmissão da sífilis, gonorréia, herpes genital, hepatite B, condilomatose e uretrites. O **tribadismo** pode transmitir candidíase vulvovaginal, tricomoníase vaginal, sífilis, herpes genital, condilomatose, entre outras infecções. Diversas DST e/ou infecções genitais (candidíase, tricomoníase, condilomatose, herpes genital, cérvico-colpites bacterianas) podem ser veiculadas por instrumentos reproduzindo órgãos sexuais, masculinos ou femininos.<sup>1</sup>

As DST podem ser classificadas em: doenças **essencialmente** transmitidas por contato sexual (sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e uretrite por *Chlamydia sp.*), doenças **frequentemente** transmitidas por contato sexual (donovanose, condiloma acuminado, uretrites não-gonocócicas / não-clamídicas, herpes simples genital, tricomoníase, candidíase genital, fitiríase, hepatite B e Aids), e doenças **eventualmente** transmitidas por contato sexual (escabiose, pediculose, molusco contagioso, shigelose e amebíase):<sup>4,5,6</sup>

A dinâmica da transmissão das DST envolve três variáveis que resultam na **taxa reprodutiva (Ro)** das mesmas dentro de uma população: a **eficiência da transmissão** ou **medida da infecciosidade (b)**, o **índice de interação entre pessoas susceptíveis e contaminantes (c)**, e a **duração da infecciosidade (D)**. Assim sendo, a fórmula a seguir reflete a dinâmica de transmissão das DST na comunidade:  $Ro = bcD$ .<sup>2,7</sup> Devido à dificuldade de se medir diretamente estas variáveis, epidemiologistas se valem de outros conceitos tais como **indicadores de risco e fatores de risco**.<sup>7</sup>

Os **indicadores de risco** dizem respeito à relação causal entre variáveis demográficas e as DST: estado civil, etnia, local de residência, e condição socioeconômica.

Os **fatores de risco** estão relacionados com as probabilidades de exposição às DST, de infecção após a exposição, e de complicações após a infecção.<sup>7</sup>

Os **fatores de risco** têm dois componentes: a **conduta sexual** (que se refere ao nível de promiscuidade, à preferência e às práticas sexuais dos indivíduos), e a **conduta em relação aos cuidados de saúde** (uso ou não de preservativos, consulta para diagnóstico e tratamento precoce ou tardiamente, grau de aderência ao tratamento, comunicação, ou não, aos parceiros sexuais). A conduta sexual envolve diversos componentes:

idade com que se iniciou a atividade sexual, quantidade de parceiros sexuais no presente e no passado, frequência de atividade sexual, e tipos de práticas sexuais, entre outras variáveis; a distribuição destes componentes na população determina o risco de aquisição das DST.<sup>7</sup>

Outras variáveis tais como idade, sexo, tabagismo, etilismo, uso de drogas, presença de outras DST, uso de métodos contraceptivos e ausência de circuncisão podem ser definidos tanto quanto fatores quanto indicadores de risco, embora a classificação para uma ou outra categoria seja difícil. A idade e o sexo das pessoas estão **indiretamente** relacionados ao risco de aquisição de DST ao se considerar a conduta sexual das mesmas; por outro lado, estas variáveis podem **diretamente** influenciar a susceptibilidade para aquisição das DST. No que diz respeito à idade, a ectopia cervical, mais frequente em mulheres mais jovens, aumenta a susceptibilidade à infecções tais como por *Chlamydia trachomatis* e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Quanto ao sexo, infecções por *Neisseria gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, pelo vírus da hepatite B (HBV) e pelo HIV, podem trazer mais risco às mulheres durante o intercuro vaginal. O abuso de álcool e drogas podem influenciar na conduta sexual e na conduta em relação aos cuidados com a saúde.<sup>7</sup>

Certas DST (como ulcerações genitais, gonorréia, tricomoníase e infecções por clamídia) podem servir de fatores de risco na transmissão do HIV.<sup>2,7,8,9,10</sup> Por outro lado, a infecção pelo HIV pode alterar a evolução natural de outras DST (infecções por herpesvírus e pelo papilomavírus humano, e cancro mole).<sup>7,10</sup>

O uso de drogas tais como a heroína e o **crack** (cocaína) estão relacionados com a prostituição e foi verificado um aumento na incidência de sífilis, cancro mole e gonorréia em comunidades onde aumentou o consumo de **crack**.<sup>7</sup>

Métodos contraceptivos de barreira podem influenciar a transmissão de DST. O uso de diafragma associado com espermaticida oferece proteção contra microrganismos com tropismo para o epitélio colunar da uretra e para o epitélio de transição da cérvice uterina, tais como *C. trachomatis* e a *N. gonorrhoeae*. O uso de preservativo, desde que usados corretamente, também conferem proteção contra estes agentes, e também proteção parcial contra o vírus Herpes Simples (HSV) e contra o papilomavírus humano (HPV). O uso de contraceptivos orais, associado ao número aumentado de parceiros sexuais, correlaciona-se com risco aumentado de infecção cervical pela *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*.<sup>7</sup>

Pessoas que não têm muitos parceiros sexuais podem estar sob risco de adquirir uma DST, por causa da conduta sexual de seu parceiro: são ditas **receptoras**, uma vez que é baixa a probabilidade delas infectarem outras pessoas. Em muitas sociedades, as mulheres são mais prováveis de pertencerem a este grupo.<sup>7</sup>

Indivíduos que trocam de parceiros sexuais com grande frequência por unidade de tempo (durante doze meses, por exemplo), embora constituam uma minoria da população, são vitais para a perpetuação das DST, pois podem atuar como **reservatório e fonte da infecção** para outras pessoas. Indivíduos infectados, transmitindo DST para seus novos parceiros são descritos com **transmissores de alta frequência** ou **membros de grupos nucleares**.<sup>3,7</sup>



Outros fatores importantes para a *persistência* das DST na população são: as *infecções assintomáticas* (comuns em infecções gonocócicas, por clamídia, por HSV, HPV, HIV e HBV) e as *estratégias* (modificações das estruturas antigênicas, estímulo incompleto ou ausência de estímulo da imunidade, infecção fora do alcance do sistema imune) das quais os microrganismos se valem para alcançar um estado de equilíbrio com o hospedeiro humano.<sup>3</sup>

Populações com *predominância de adolescentes e adultos jovens sexualmente ativos*, com *rápidas mudanças demográficas* (alta taxa de natalidade e baixa taxa de mortalidade, altos índices de urbanização e grandes movimentos populacionais), com *rápidas mudanças econômicas*, e com *instabilidade política*, estão associadas com elevados níveis de incidência de DST. As mudanças bruscas nas características demográficas, econômicas e políticas de uma população podem gerar desintegração social e marginalidade, o que pode levar a respostas adaptativas tais como prostituição e utilização de drogas ilícitas, fatores sociais que favorecem a disseminação das DST.<sup>7</sup>

Levantamentos dos atendimentos realizados no Serviço de Dermatologia Sanitária da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 1992, bem como no Setor de DST (MIP/CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense, no período de outubro de 1990 a outubro de 1993, mostraram que o **condiloma acuminado / infecção pelo HPV** foi a principal DST em termos de ocorrência entre os usuários destes serviços, variando de 17,5 a 28,3%, respectivamente. A sífilis teve uma frequência destacada entre as diversas DST nestes dois serviços: 8,2% (Setor de DST-UFF) a 17,0% (Serviço de Dermatologia Sanitária-USP).<sup>2,11</sup>

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) é outra DST que tem revelado as sérias falhas da Saúde Pública, causando um forte impacto nos campos psicológico, social e econômico. Os primeiros casos surgiram em fins da década de 70, acometendo inicialmente adultos jovens homossexuais, levando à noção errônea de tratar-se de uma "peste gay", fato que gerou intolerância por parte da sociedade contra este grupo de pessoas. A partir de 1982, ficou comprovado que a doença podia afetar também as mulheres, crianças, usuários de drogas, e pessoas transfundidas com sangue e seus derivados.<sup>12</sup> Atualmente, a aids adquiriu proporções epidêmicas a nível

mundial, atingindo também pessoas que não pertenciam aos grupos de risco iniciais, *principalmente através da transmissão por via sexual*.<sup>10</sup>

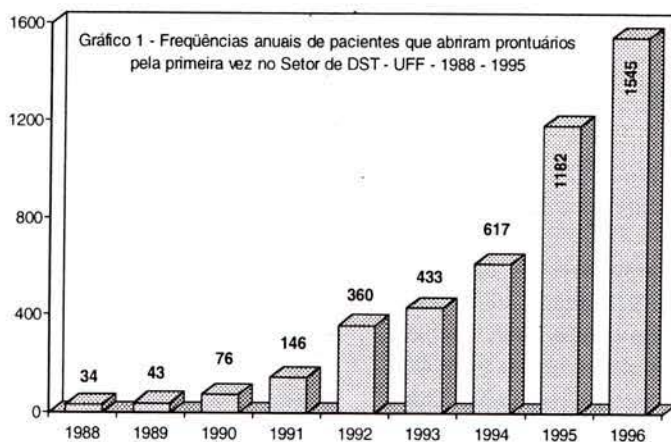
As estratégias para o controle das DST devem levar em consideração medidas que visem:<sup>7</sup>

- a **redução da eficiência da transmissão das DST**: uso de condons, melhoria da capacidade de diagnóstico e tratamento das DST (e conseqüentemente, a redução da eficiência de transmissão do HIV), a adoção de práticas de sexo seguro;
- b) a **diminuição da taxa de aquisição de parceiros sexuais infectados**: postergação do início da atividade sexual, redução do número de parceiros, e mudanças nos métodos de seleção dos parceiros;
- c) a **redução da duração da infectividade** de pessoas com DST passíveis de tratamento: melhoria no acesso aos serviços de saúde e da qualidade dos mesmos, permitindo diagnósticos e tratamentos mais eficientes, bem como educação sanitária direcionada para o reconhecimento dos sintomas e tratamento precoces.

Criado em 1988, o Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis, vinculado ao Instituto Biomédico e ao Departamento de Parasitologia e Microbiologia da Universidade Federal Fluminense, vem de encontro às necessidades da população e, em especial, dos adolescentes, no que tange ao problema das DST. Na mesma linha de compromisso existentes nos níveis municipal, estadual e federal, com respeito à prevenção das DST, o Setor de DST-UFF oferece atividades de extensão, de graduação, de pós-graduação, de pesquisa, e assistencial. Em 1994, o Setor de DST foi selecionado como Centro Nacional Treinamento em DST / Aids através de Portaria do Ministério da Saúde.

Têm-se verificado no Setor de DST um aumento crescente na demanda por parte dos pacientes a cada ano. Considerando-se apenas os pacientes que necessitaram abrir prontuário, até dezembro de 1995 foram atendidos 2899 pacientes, sendo que 1182 deles (40,8%) apenas em 1995, período do estudo em questão. (**gráfico 1**)

O Setor de DST-UFF presta também **atendimentos especiais (AE) e consultas em educação sexual e planejamento familiar**, nos quais prontuários não chegam a ser abertos. No caso dos AE, são pacientes encaminhados por outras instituições assisten-



□ obs: os dados referentes a 1996 foram coletados em setembro / 97.



ciais para fins de parecer especializado ou para realizar exames laboratoriais, ou pacientes encaminhados por outras pessoas.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Geral

Estudar as principais características clínico-epidemiológicas apresentadas pelos pacientes atendidos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (DST - UFF), no período de janeiro a dezembro de 1995.

### 2.2. Específicos

- identificar os motivos mais freqüentes que levaram estes pacientes a procurar atendimento no Setor de DST-UFF;
- identificar as doenças infecciosas de possível transmissão sexual mais freqüentes entre estes pacientes;
- verificar a distribuição de variáveis demográficas tais como faixa etária, sexo, estado civil, orientação sexual, e determinantes socioeconômico e culturais entre os pacientes nos quais foram diagnosticadas DST e / ou infecções genitais e entre os pacientes nos quais não foram diagnosticadas tais enfermidades;
- identificar alguns fatores comportamentais, entre estes pacientes, que possam ter contribuído para a aquisição destas enfermidades;
- avaliar a **freqüência do uso rotineiro de** condons nesta população de pacientes, correlacionando-a com algumas variáveis comportamentais e socioeconômico e culturais;
- analisar os índices **de retorno** destes pacientes ao Setor de DST-UFF;
- verificar a freqüência de pacientes desta casuística que eram contactos sexuais de outros pacientes já sob cuidados médicos.

## 3. PACIENTES E MÉTODOS

### 3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo **transversal (de prevalência), de agregado, observacional**, baseado em dados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos, de pacientes do Setor de DST-UFF.

### 3.2. População estudada

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes que abriram seus prontuários no ambulatório do Setor de DST-UFF, durante o período de janeiro a dezembro de 1995.

Devido à demora para conclusão de determinados diagnósticos, clínicos e laboratoriais, o prazo para encerramento da pesquisa dos prontuários destes 1182 pacientes prolongou-se até 140 dias (20 semanas completas) após o último dia do período de estudo em questão.

### 3.3. Pesquisa de prontuários e de outras fontes de registro

O autor desta dissertação pesquisou todos os prontuários dos pacientes referidos no ítem anterior, para coletar informações referentes aos dados pessoais, aos dados clínicos e laboratoriais destes pacientes. Estas informações encontravam-se registradas na ficha de anamnese própria do Setor de DST-UFF.

Além dos prontuários, foram também pesquisadas outras fontes de dados: livros de microbiologia (onde estavam registrados os resultados de exames a fresco e corados), de histopatologia (onde se encontravam registrados os laudos de biópsias e colpocitologias), e de sorologias.

Para realizar o armazenamento e o processamento dos dados pessoais dos pacientes desta casuística, utilizou-se o programa aplicativo de banco de dados ACCESS versão 2.0 (Microsoft Corporation).

#### 3.3.1. Categorização de variáveis relacionadas aos pacientes

Algumas variáveis, tais como "ocupações e/ou profissões" e "motivos que levaram os pacientes ao Setor de DST-UFF" necessitaram de uma classificação por categorias devido à grande diversidade de opções.

##### 3.3.1.1. Ocupações e/ou profissões

Foram divididas de acordo com as classes da "tabela de ocupação principal" constante no Manual da Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda de Pessoa Física de 1996 ano-base 1995: *trabalhadores das profissões científicas, técnicas, artísticas e trabalhadores assemelhados* (classe 1); *membro dos poderes legislativo, executivo e judiciário, servidores civis e militares* (classe 2); *trabalhadores administradores e assemelhados* (classe 3); *trabalhadores do comércio e assemelhados* (classe 4); *trabalhadores de serviços e assemelhados* (classe 5); *trabalhadores agrícolas, da pecuária, florestais, da pesca, extração e trabalhadores assemelhados* (classe 6); *trabalhadores da produção industrial* (classe 7); *ocupações não-especificadas nas classes anteriores* (classe 9). Foram incluídas ainda as seguintes categorias: "autônomo (sem especificar)", "prendas do lar", "desempregado", e "ocupação desconhecida".

##### 3.3.1.2. Motivos que levaram os pacientes ao Setor de DST-UFF

Foram divididos em três categorias: "sinais e sintomas relacionados aos pacientes", "outros motivos", e "sinais e sintomas relacionados aos pacientes em associação com outros motivos".

Além dos sinais clínicos que servem como definições de caso de DST a serem notificadas (úlceras genitais, corrimento uretral em homem, corrimento vaginal, corrimento cervical, dor pélvica em mulher, condiloma acuminado, e vesículas genitais),<sup>13</sup> considerou-se também outros sinais e sintomas



(prurido vulvovaginal, dispareunia, disúria, condiloma plano, erupção exantemática, sinais e sintomas decorrentes da aids, secreção anal, e lesões penianas) descritos na literatura.

### 3.3.2. Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e com alguns determinantes socioeconômico e culturais

Com a finalidade de se verificar a distribuição de determinantes demográficos tais como faixa etária, sexo, estado civil, orientação sexual, nível de educação sexual, renda familiar e grau de escolaridade, os pacientes foram divididos em dois grupos: aqueles nos quais foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, e os demais pacientes, nos quais não foram diagnosticadas tais enfermidades.

### 3.3.3. Tipos de práticas sexuais

No que diz respeito aos tipos de coito, oral e anal, foram adotadas as seguintes denominações:

- 1 coito oral ativo (ou "cliente no parceiro") é o contacto da boca do paciente com a genitália masculina (felação), ou com a genitália feminina (cunilingus), do parceiro sexual;
- 2 coito oral passivo (ou "parceiro no cliente") é o contacto da boca do parceiro sexual com a genitália masculina (felação), ou com a genitália feminina (cunilingus), do paciente;
- 3 coito anal ativo (ou "cliente no parceiro") é a introdução do pênis do paciente no ânus do parceiro sexual (sodomia);
- 4 coito anal passivo (ou "parceiro no cliente") é a introdução do pênis do parceiro sexual no ânus do paciente (sodomia).
- 5 itens abordando as práticas de anolinguismo e de tribadismo não constavam nos prontuários.

Para fins de tratamento estatístico dos fatores comportamentais de risco para aquisição de DST e/ou infecções genitais, não foram considerados os pacientes que apenas referiam praticar coito anal e/ou oral, sem especificar se ativa ou passivamente.

### 3.3.4. Uso rotineiro de preservativo e uso de drogas

Nos prontuários não havia especificação quanto à definição de "uso rotineiro" de preservativo, nem quanto ao que os pacientes consideravam como "drogas".

Considerou-se que o paciente fazia uso rotineiro de preservativo quando, no prontuário, estava assinalada a alternativa "sim", e que o paciente não fazia uso rotineiro de preservativo quando a alternativa "não" estava marcada. Nos prontuários onde não havia qualquer marcação neste item, a informação foi considerada como "ignorada".

Do mesmo modo, considerou-se que o paciente fazia uso de drogas quando, no prontuário, estava assinalada a alternativa "sim", e que o paciente não fazia uso de drogas quando a alternativa "não" estava marcada. Nos prontuários onde não havia qualquer marcação neste item, a informação foi considerada como "ignorada".

### 3.3.5. Diagnósticos clínico e laboratorial

Os **exames diretos** (a fresco ou corados) de espécimes clínicos colhidos dos pacientes desta casuística foram realizados no próprio laboratório do Setor de DST-UFF, bem como as **sorologias** para diagnóstico de infecção pela sífilis e pelo HIV. O laboratório do Setor de DST-UFF realiza as colorações de Gram, *Wright*, *Fontana-Tribondeau*, entre outras.

A **colpocitologia tríplice corada** de material colhido no exame preventivo do câncer de colo uterino, bem como o estudo **histopatológico** de material colhido a partir de biópsias, foram realizados no Serviço de Patologia do Hospital Universitário Antônio Pedro - UFF.

#### 3.3.5.1. Cérvico-colpite bacteriana (CCB)

A CCB foi diagnosticada pela presença de "**processo inflamatório exsudativo bacteriano**" à colpocitologia tríplice corada, ou pela presença de "**flora bacteriana acentuada associada a piócitos**" ao exame direto da secreção vaginal. Podiam também ser visualizadas *clue cells* (células "marcadoras" ou "indicadoras") ao exame direto (a fresco ou corado pelo método de Gram) ou "bactérias sugestivas de *G. vaginalis*" à colpocitologia tríplice corada.

Dos quatro critérios para se fazer o diagnóstico clínico de cérvico-colpite bacteriana (presença de *clue cells* à microscopia óptica, corrimento vaginal, teste da amina positivo, e pH vaginal superior a 4,5),<sup>14</sup> apenas os dois primeiros critérios foram identificados nos prontuários, não havendo referência aos dois últimos.

#### 3.3.5.2. Infecção pelo HPV / Condiloma acuminado

A infecção pelo HPV foi confirmada através de biópsia e/ou colpocitologia tríplice corada. Condilomas não-biopsiados foram considerados como casos de infecção de possível transmissão sexual, apenas em bases clínicas.<sup>13</sup>

#### 3.3.5.3. Candidíase vulvovaginal (CVV)

Para o diagnóstico desta infecção, o exame a fresco da secreção vaginal incluiu um preparado com hidróxido de potássio a 10% e outro com soro fisiológico a 0,9%.

#### 3.3.5.4. Gonorréia

A gonorréia foi diagnosticada através de bacterioscopia e/ou cultura de exsudato uretral, com coloração pelo método



de Gram, onde podiam ser visualizados **diplococos Gram-negativos intra e extra-celulares**. No Setor de DST - UFF é usado de rotina o meio de cultura de *Thayer-Martin*, seletivo para a *N. gonorrhoeae*.

### 3.3.5.5. Sífilis

Foram empregados no diagnóstico da sífilis a pesquisa de treponemas em campo escuro, a coloração de *Fontana-Tribondeau*, o VDRL e o FTA-Abs (*bio-Mérieux*).<sup>13</sup>

### 3.3.5.6. Tricomoníase vaginal (TV)

O exame a fresco da secreção do FSP, utilizando solução de cloreto de sódio a 0,9%, e a colpocitologia tríplice corada foram os métodos empregados para a visualização de *T. vaginalis*.<sup>13</sup>

### 3.3.5.7. Infecção pelo HIV / Aids

A sorologia para o diagnóstico da **infecção pelo HIV** empregou a técnica de ELISA, utilizando-se os kits Vironostika<sup>®</sup> HIV Uni-Form II (*Organon Teknika*), VIDAS HIV 1 e 2 new<sup>®</sup> (*bio-Mérieux*), e Immuno Comb II HIV 1 e 2 BiSpot<sup>®</sup> (*Organics*). Os três kits utilizam antígenos e/ou peptídeos sintéticos do HIV 1 e 2. O kit VIDAS HIV 1 e 2 new permite a realização de um teste qualitativo com dosagem de IgG anti-HIV 1 e anti-HIV 2, utilizando a metodologia ELFA. O kit Immuno Comb II permite a realização de um teste qualitativo rápido de enzimo-imunoensaio (EIA) de fase sólida indireta.

As amostras de sangue que apresentaram reações anti-HIV positivas, duvidosas, ou discordantes por alguma das três técnicas citadas acima foram enviados para outros laboratórios (LACEN no Rio de Janeiro, e Miguelote Viana em Niterói) para análise complementar por Imunofluorescência e *Western-Blot*.

### 3.3.5.8. Uretrites não-gonocócicas (UNG)

O diagnóstico de uma UNG baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais. Os sintomas característicos são o **corrimento uretral** e a **disúria** porém, a coexistência destes sintomas é observada em apenas 38% dos casos.<sup>15</sup>

A UNG é diagnosticada quando houver **infecção uretral, na ausência de gonococos** à bacterioscopia e/ou à cultura.<sup>11, 27, 53</sup> A alteração laboratorial característica é o **aumento dos leucócitos PMN** (cinco ou mais PMN por campo de imersão em óleo) na secreção uretral.<sup>16,17,18</sup>

Os exames laboratoriais utilizados no Setor de DST-UFF para o diagnóstico das UNG foram: bacterioscopia através de esfregaço da secreção uretral corado pelo Gram, exame a fresco para *T. vaginalis* e fungos, bacterioscopia do sedimento da primeira micção do dia utilizando a coloração de Gram, *swab* de uretra para pesquisa de *C. trachomatis*, cultura da secreção uretral e/ou do sedimento urinário em meios comuns para a identificação de germes piogênicos e cultura da secreção uretral no meio de *Thayer-Martin* para exclusão da etiologia gonocócica.

### 3.3.5.9. Herpes genital (HG)

A infecção pelo Vírus Herpes Simples, causando o HG, foi diagnosticada através da história clínica, exame físico, ou através de citologia.<sup>13,19,20</sup>

### 3.3.5.10. Cancro mole (CM)

A infecção pelo *H. ducreyi* foi diagnosticada através da bacterioscopia em exsudato retirado da superfície de úlceras genitais e corado pelos métodos de Gram, *Wright* ou *Giemsa*, onde podia ser observada a presença de **pequenos estreptococos Gram-negativos intracelulares em polimorfonucleares**.<sup>4,13,21</sup>

### 3.3.5.11. Cervicite por clamídia

A pesquisa de clamídia, através de swabs endocervical e uretral e posterior análise microbiológica, começou a ser utilizada em 1995, sendo que dos 1182 pacientes desta casuística, em apenas 27 deles (19 do sexo feminino e oito do sexo masculino) foi realizado este exame. A técnica utilizada foi o ELISA com leitura em imunofluorescência no aparelho mini-VIDAS<sup>®</sup> (*bio-Mérieux*).

## 3.4. Doenças Sexualmente Transmissíveis e infecções genitais - definição de caso

Considerou-se como *um caso* de DST aquele relacionado com qualquer entidade clínica transmitida durante a atividade sexual,<sup>1</sup> **sintomática ou assintomática**, apresentada por paciente desta casuística. O diagnóstico *do caso* de DST pode ter sido feito através de sorologias, isolamento do agente etiológico a partir de secreções ou de amostras de tecidos (histopatologia), ou apenas pelas características clínicas das lesões (herpes genital e condiloma acuminado são exemplos).<sup>13</sup> Um



mesmo paciente pode ter sido acometido por mais de uma DST, cada uma delas correspondendo a um caso.

Devido à possibilidade de determinadas infecções (cervicocolpíte bacteriana e candidíase vulvovaginal) poderem ser adquiridas por outros meios, além da via sexual, estas entidades foram designadas simplesmente como "infecções genitais".

Incluiu-se no presente estudo somente diagnósticos de condições clínicas existentes durante o ano de 1995. Não foram consideradas recorrências, recaídas ou recidivas das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Algumas entidades clínicas foram consideradas como "suspeitas de DST e/ou infecções genitais": corrimentos vaginais e uretrais inespecíficos, úlceras genitais inespecíficas, e os casos de balanopostite de etiologia indefinida. Estas entidades clínicas não foram consideradas para efeitos de identificação de comportamentos de risco para aquisição de DST e/ou infecções genitais.

### 3.5. Tratamento estatístico

Para análise das associações entre os fatores comportamentais (quantidade de parceiros sexuais, frequência de relações sexuais, prática de coito oral ativo e passivo, prática de coito anal ativo e passivo, relações extra-conjugais, uso de drogas e uso rotineiro de preservativo) e a presença de DST, de infecções genitais e de infecções essencialmente transmitidas por via sexual, foi empregado o teste não-paramétrico do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) adotando-se o nível de significância estatística de 5% ( $p = 0,05$ ).<sup>22</sup>

Foi utilizado o desvio padrão (d) para determinar-se a variação existente em relação à média mensal de consultas de primeira vez, considerando-se o sexo masculino, o sexo feminino, e os 1182 pacientes.<sup>23</sup>

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Dados pessoais

Dos 1182 pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de DST da UFF em 1995, 694 (58,7%) eram do sexo feminino e 488 (41,3%), do sexo masculino.

De acordo com a cor, identificamos: 664 brancos (56,2%), 291 pardos (24,6%), 175 negros (14,8%), um amarelo (0,1%), um albino (0,1%), e 50 (4,2%) sem referência.

Dentre os pacientes desta casuística, 512 tinham domicílio em Niterói (43,4%), 438 em São Gonçalo (37,0%), 109 em cidades do interior do estado do Rio de Janeiro (9,2%), 107 na cidade do Rio de Janeiro (9,0%), um em outro estado da Federação (0,1%), e 15 (1,3%) sem endereço conhecido.

As idades variaram entre três e 68 anos, com a seguinte distribuição por faixa etária: 476 (40,3%) entre 20 e 29 anos,

305 (25,8%) entre 30 e 39 anos, 188 (15,9%) com idade igual ou superior a 40 anos, 187 (15,8%) entre 15 e 19 anos, 14 (1,2%) entre dez e 14 anos, três (0,2%) menores de dez anos, e nove (0,8%) sem referência. A média de idade dos 1173 pacientes que tiveram suas idades registradas nos prontuários foi de 29,2 anos: sendo de 29,3 anos entre 690 pacientes do sexo feminino, e de 29,0 anos entre 483 pacientes do sexo masculino.

De acordo com a escolaridade, identificou-se: 444 pacientes (37,6%) com o primeiro grau incompleto, 188 (15,9%) com o segundo grau completo, 183 (15,5%) com o segundo grau incompleto, 172 (14,5%) com o primeiro grau completo, 87(7,4%) com o nível superior incompleto, 62 (5,2%) com o nível superior completo, 32 (2,7%) analfabetos, e 14 (1,2%) com nível de escolaridade desconhecido.

A distribuição dos pacientes, conforme a renda familiar, foi a seguinte: 31,8% (376 pacientes) tinham renda familiar de até dois salários-mínimo, 31,0% (366 pacientes) entre três e cinco salários-mínimo, 14,3% (169 pacientes) entre seis e dez salários-mínimo, 6,5% (77 pacientes) superior a dez salários-mínimo, e 16,4% (194 pacientes) renda familiar ignorada.

Com relação ao estado civil, a distribuição foi a seguinte: 494 solteiros (41,9%), 331 casados (28,0%), 247 solteiros com companheiro (a) (20,9%), 76 separados (6,4%), 23 viúvos (1,9%), e onze pacientes (0,9%) sem referência.

As ocupações e/ou profissões dos pacientes foram as seguintes: 401 trabalhadores de serviços (34,0%), 155 prendas do lar (13,1%), 95 trabalhadores do comércio (8,0%), 87 trabalhadores das profissões científicas, técnicas e artísticas (7,4%), 73 trabalhadores da produção industrial (6,2%), 54 trabalhadores administradores (4,6%), 48 servidores civis e/ou militares (4,1%), 16 trabalhadores autônomos não-especificados (1,3%), cinco trabalhadores da pesca (0,4%), 188 trabalhadores não-especificados nas classes anteriores (aposentados, estudantes, proprietários e capitalistas) (15,9%), 23 trabalhadores desempregados (1,9%), e não identificadas em 37 (3,1%).

Quanto ao nível de educação sexual dos pacientes, tivemos: 426 pacientes com "nenhuma" (36,1%), 273 com "pouca" (23,1%), 178 com "média" (15,1%), 276 com "boa" (23,3%), e 29 pacientes que não tinham este dado registrado (2,4%).

No que diz respeito à atividade sexual, tivemos:

- em relação ao coito oral: 4,9% dos pacientes praticavam apenas a forma passiva, 3,3% dos pacientes praticavam apenas a forma ativa, 30,5% dos pacientes praticavam ambas as formas, 17,3% dos pacientes apenas relataram praticar sem especificar, 37,3% dos pacientes não exerciam tal prática, e 6,7% dos pacientes não tinham esta informação registrada;
- em relação ao coito anal: 8,3% dos pacientes praticavam apenas a forma passiva e 7,2% dos pacientes praticavam apenas a forma ativa, 0,6% dos pacientes praticavam ambas as formas, 0,6% dos pacientes apenas relataram praticar sem especificar, 64,2% dos pacientes referiam não



praticar, e 19,1% dos pacientes não tinham esta informação registrada;

- 1088 pacientes heterossexuais (92,0%), 30 pacientes bissexuais (2,5%), 21 pacientes homossexuais (1,8%), e de 43 pacientes (3,6%) não se obteve informação acerca da orientação sexual;
- 791 pacientes com parceiro fixo exclusivo (66,9%), 124 pacientes "sem parceiro atualmente" (10,5%), 121 pacientes com parceiro fixo não-exclusivo (10,2%), 74 pacientes com múltiplos parceiros (6,3%), e 72 pacientes (6,1%) dos quais a quantidade de parceiros sexuais não foi avaliada;
- 15,8% (77 / 488) dos pacientes do sexo masculino e 2,7% (19 / 694) das pacientes do sexo feminino referiam passado de homossexualismo;
- 214 pacientes (109 do sexo masculino e 105 do sexo feminino) afirmaram fazer uso rotineiro de condom;
- 383 pacientes (214 do sexo masculino e 169 do sexo feminino) referiam passado de doenças sexualmente transmissíveis, sendo que, entre os pacientes que especificavam quais tinham sido as DST, verificamos que a gonorréia foi a mais citada pelos pacientes do sexo masculino (145 casos) e a sífilis, a mais citada pelas pacientes do sexo feminino (38 casos);
- a frequência de relações sexuais foi referida em 823 prontuários: duas vezes à semana para 156 pacientes (18,9%), três vezes à semana para 141 (17,1%), uma vez à semana para 119 (14,5%) e diariamente para 86 (10,4%). Trezentos e vinte e um pacientes (39,1%) não relataram adequadamente.

A média de idade da 1ª relação sexual, de 1109 pacientes que prestaram esta informação, foi de 16,8 anos: sendo de 15,3 anos entre 448 pacientes do sexo masculino, e de 17,8 anos entre 661 do sexo feminino. Treze pacientes, todas do sexo feminino, não tinham tido até então relações sexuais.

Não havia referência quanto à idade da 1ª relação sexual em 60 prontuários.

Setenta e oito (6,6%) pacientes referiam ter sofrido violência sexual em algum momento de suas vidas: 10,4% (72 / 694) do sexo feminino e 3,3% (16 / 488) do sexo masculino.

Em relação ao uso de drogas, 16,4% (80 / 488) dos pacientes masculinos e 5,3% (37 / 694) das pacientes femininas referiam tal prática, sendo que apenas um paciente do sexo masculino e duas do sexo feminino referiam utilizar a via injetável. Negavam o uso de drogas 89,3% (620 / 694) das pacientes do sexo feminino e 79,1% (386 / 488) dos pacientes do sexo masculino.

Sessenta e três pacientes (9,1%) do sexo feminino e 26 (5,3%) do sexo masculino apresentavam relato de hemotransfusões.

Deve-se observar que nem todas as informações foram registradas nos prontuários, ou porque o paciente não respondeu às perguntas, ou porque não houve registro de alguns dados quando do preenchimento dos prontuários.

## 4.2. Motivos que levaram os pacientes ao Setor de DST - UFF

A distribuição do número de pacientes de acordo com o mês da primeira consulta, independente do diagnóstico, é mostrada no gráfico 2.

A média de pacientes atendidos pela primeira vez foi de 98,5 pacientes/mês ( $d = 9,2$ ). A média foi de 57,8 pacientes/mês no sexo feminino ( $d = 5,7$ ) e de 40,7 pacientes/mês no sexo masculino ( $d = 4,1$ ).

A distribuição dos 1182 pacientes, de acordo com os motivos que os levaram a se consultar pela 1ª vez no Setor de DST-UFF em 1995, é mostrada nos gráficos 3 e 4. Observa-se que foram excluídos 16 pacientes (13 do sexo feminino e três

Gráfico 2 - Distribuição mensal das primeiras consultas de acordo com o sexo dos pacientes - Setor de DST - UFF - 1995

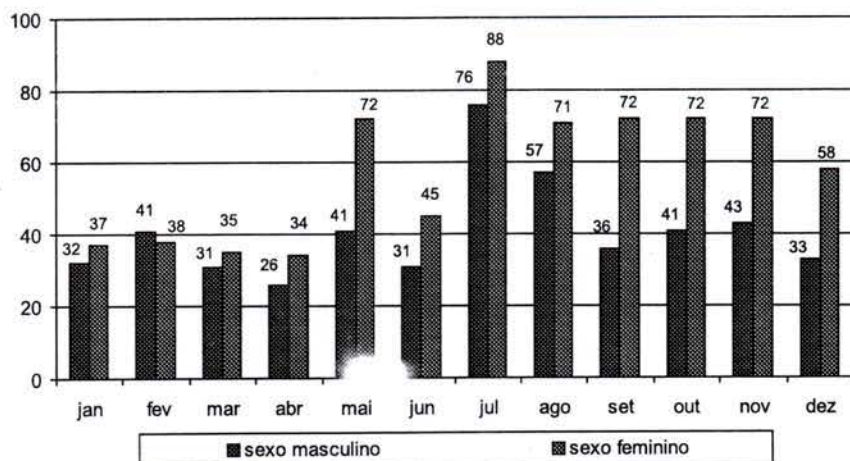




Gráfico 3 - Motivos que levaram as pacientes do sexo feminino ao Setor de DST - UFF em 1995

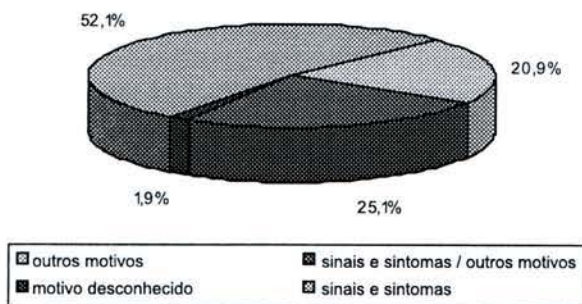
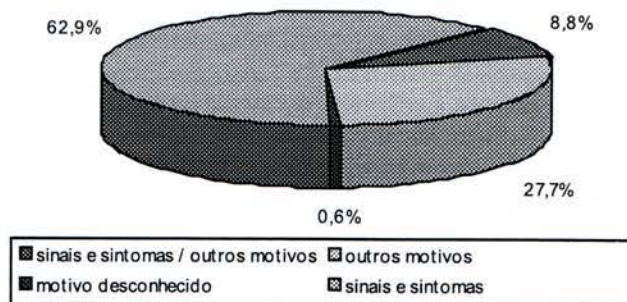


Gráfico 4 - Motivos que levaram os pacientes do sexo masculino ao Setor de DST - UFF em 1995



do sexo masculino), por falta de registros de dados nos prontuários.

Entre as 694 pacientes do **sexo feminino** (gráfico 3), 536 (77,2%) delas apresentavam as seguintes manifestações clínicas quando da 1ª consulta:

- **corrimento vaginal** em 338 pacientes;
- **prurido vulvovaginal** em 178 pacientes;
- **desconforto ou dor pélvica** em 150 pacientes;
- **dispareunia** em 92 pacientes;
- **lesões condilomatosas** em 41 pacientes, com as seguintes localizações: vulva em 26 casos (47,3%), região perianal em seis casos (10,9%), região perineal em dois casos (3,6%), e na boca em um caso (1,8%). A colposcopia evidenciou mais lesões deste tipo: sobre a parede vaginal em 16 casos (29,1%), e em colo do útero em quatro casos (7,3%);
- **disúria** em 32 pacientes;

- **lesões exulceradas** em nove pacientes, com as seguintes localizações: vulva em seis casos (60,0%), região perianal e região inguinal em um caso (10,0% cada). A colposcopia evidenciou este tipo de lesão em mais duas pacientes (10,0% cada);
- **lesões vesiculosas** em oito pacientes, localizadas nas nádegas (três casos), em vulva (dois casos), em região perianal e sobre a coxa (um caso cada), e em local não-especificado em um caso;
- **condiloma plano** em cinco pacientes, com as seguintes localizações: vulva em dois casos, sítio não-especificado em outros dois casos, e região perianal em um caso;
- **erupção exantemática** em três pacientes;
- **sinais e sintomas relacionados à aids** em duas pacientes (candidíase oral em ambas);
- **outros tipos de queixas** em 84 pacientes, sendo as mais frequentes: alterações da menstruação em 25 casos, lesões em vulva, vagina e períneo em 22 casos, alterações relacio-

Fig. 1 - Lesões exulceradas em vulva devidas a Herpes genital



Fonte: Passos, MRL, 1995.



**Fig. 2** – Lesões ulceradas em pênis causadas por cancro mole



Fonte: Passos, MRL. 1995.

nadas às mamas em 17 casos. Todas estas pacientes, bem como as quinze pacientes portadoras do HIV, foram encaminhadas às respectivas especialidades médicas.

As treze pacientes do sexo feminino, que ainda não haviam tido relação sexual, apresentavam como queixas: corrimento vaginal (nove casos), prurido vulvovaginal (três casos), dor pélvica (dois casos), e condiloma na boca, fístula vulvar, dismenorréia, lesão em vulva, e linfangioma em coxa (diagnosticado no Setor de DST - UFF através de biópsia) com um caso cada.

Ainda entre as 694 pacientes do sexo feminino, 319 (46,0%) apresentavam outros motivos para procurar atendimento no Setor de DST: **exame preventivo do câncer ginecológico** (189 pacientes), **presença, confirmada ou suspeita, de DST / infecção genital em si ou em seus parceiros sexuais** (77 pacientes), **realização de VDRL e/ou anti-HIV** (27 pacientes), **acompanhamento de DST / infecção genital já tratada alhures e apresentação de resultados positivos de sorologias (VDRL e/ou anti-HIV) realizadas previamente** (nove pacientes cada), **orientação sobre planejamento familiar** (sete pacientes), e **abuso sexual** (uma paciente). Entre as 189 pacientes que solicitaram o **exame preventivo do câncer ginecológico**, 115 (60,8%) estavam sintomáticas, sendo o **corrimento vaginal** o distúrbio mais freqüente entre estas pacientes, acometendo 84 delas (73,0%).

Entre os 488 pacientes do **sexo masculino** (gráfico 4), 350 (71,7%) apresentavam as seguintes manifestações clínicas quando da 1ª consulta:

- **síndrome uretral** (corrimento uretral e / ou disúria) em 132 pacientes, sendo que ambos os sinais e sintomas estavam presentes em 66 deles (50,0%), corrimento uretral sem

disúria em 40 pacientes (30,3%), e somente disúria em 26 pacientes (19,7%);

- **lesões condilomatosas** em 83 pacientes, com as seguintes localizações: pênis em 75 (90,4%) casos, região perianal em cinco (6,0%) casos, e região inguinal, coxa, e lábio inferior da boca em um (1,2%) caso cada;
- **lesões penianas** em 79 pacientes, sendo as *lesões eritematosas* (15 casos), as *lesões vesiculosas* (sete casos) e as *fissuras* (cinco casos), os tipos de lesão mais freqüentes;
- **lesões exulceradas** em 39 pacientes, com as seguintes localizações: pênis em 31 (79,4%) casos, lábios da boca em quatro (10,3%) casos, região perianal em dois (5,1%) casos, bolsa escrotal e em um (2,6%) caso, e localização não-especificada no prontuário em outro (2,6%) caso;
- **erupção exantemática**, verificada em oito pacientes;
- **queixas relacionadas à aids** em sete pacientes: emagrecimento acentuado (quatro casos), candidíase oral e diarreia crônica (dois casos cada), e febre persistente e tuberculose (um caso cada);
- **secreção anal** em um paciente (gonorréia extragenital);
- **outros tipos de queixas** em 19 pacientes: onze (57,9%) deles com infecções cutâneas, sendo a dermatofitose a mais freqüente, outros cinco (26,3%) com distúrbios urológicos (fístula uretral infectada, ejaculação precoce, distúrbio da ereção, aumento de volume da bolsa escrotal e orquite pós-traumática), mais dois (10,5%) pacientes com alterações proctológicas (dor anal à evacuação e proctite purulenta), e finalmente um (5,3%) paciente com ginecomastia. Todos estes 19 pacientes foram encaminhados às respectivas especialidades da medicina clínica, bem como os 23 pacientes portadores do HIV.

Ainda entre os 488 pacientes do sexo masculino, constatou-se 178 deles (36,5%) tinham *outros motivos* para procurar



atendimento no Setor de DST, a saber: **presença, confirmada ou suspeita, de DST / infecção genital em si ou em seus parceiros sexuais** (155 pacientes), **realização de VDRL e/ou anti-HIV** (onze pacientes), **apresentação de resultados positivos em sorologias (VDRL e/ou anti-HIV) realizadas previamente** (cinco pacientes), **acompanhamento de DST / infecção genital já tratada alhures** (quatro pacientes), **abuso sexual** (dois pacientes), **planejamento familiar e prevenção do câncer de próstata** (um paciente cada).

Três crianças com menos de dez anos de idade foram levadas por seus responsáveis ao Setor de DST-UFF devido à suspeita de abuso sexual. Em duas destas crianças foi detectada a presença de sífilis.

### 4.3. Doenças Sexualmente Transmissíveis / infecções genitais

Quatrocentos e cinquenta e seis (65,7%) das 694 pacientes do sexo feminino, e 242 (49,6%) dos 488 pacientes do sexo masculino, encontravam-se acometidos, pelo menos por uma DST e/ou infecção genital. De acordo com o sexo, as enfermidades observadas nestes 698 pacientes foram as seguintes:

- **sexo feminino (gráfico 5):** 253 casos de cérvico-colpite bacteriana, 104 casos de candidíase vulvovaginal, 62 casos de infecção pelo HPV / condiloma acuminado, 51 casos de tricomoníase, 26 casos de sífilis, 15 casos de infecção pelo HIV / Aids, dez casos de gonorréia, e oito casos de herpes genital.
- **sexo masculino (gráfico 6):** 111 casos de infecção pelo HPV / condiloma acuminado, 60 casos de gonorréia, 29 casos de UNG, 27 casos de sífilis, 23 casos de infecção pelo HIV / Aids, nove casos de herpes genital, e dois casos de cancro mole.

No gráfico 7 é mostrada a **distribuição mensal** dos diagnósticos das DST / infecções genitais, entre os 698 pacientes

Gráfico 5 - Frequência dos diagnósticos no sexo masculino  
Setor de DST - UFF - 1995

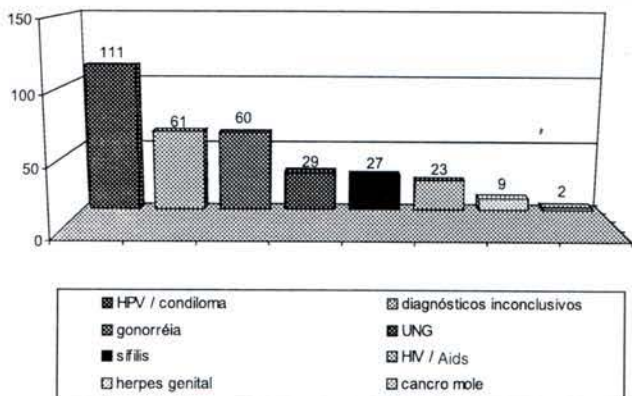


Gráfico 6 - Frequência dos diagnósticos no sexo masculino  
Setor de DST - UFF - 1995

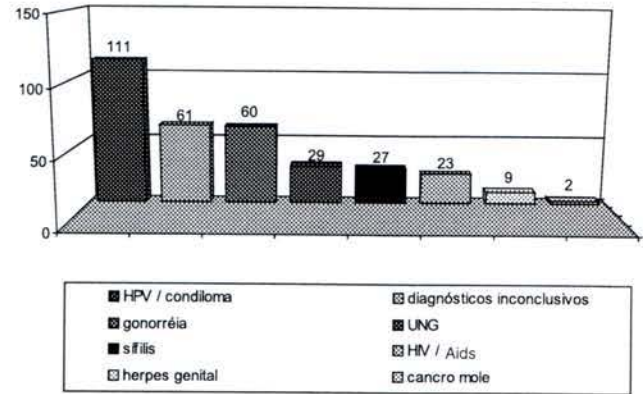
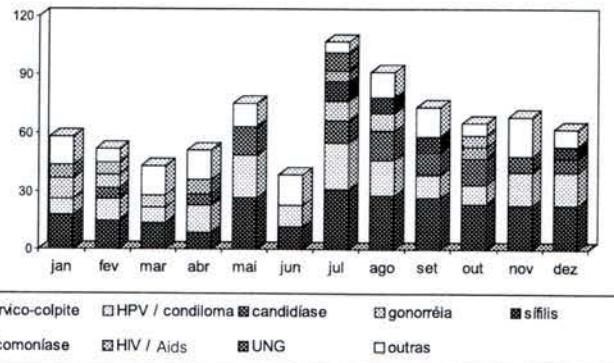


Gráfico 7 - Distribuição mensal dos diagnósticos das DST / infecções genitais - Setor de DST - UFF - 1995



que se encontravam acometidos por tais enfermidades. Apenas os diagnósticos iniciais foram considerados na elaboração deste gráfico; as infecções **adquiridas posteriormente** à primeira consulta não foram computadas. Em cada coluna deste gráfico, foram incluídas como "outras", as infecções com **até cinco casos ao mês**. O mês que teve maior número de diagnósticos foi **julho** (107 casos) e, o mês com menor quantidade de diagnósticos foi **junho** (39 casos).

#### 4.3.1. Pacientes nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais

Doenças sexualmente transmissíveis e/ou infecções genitais não foram detectadas em 484 (41,0%) dos 1182 pacientes.

Em 143 (29,5%) destes 484 pacientes não houve um diagnóstico definitivo, apesar da presença de manifestações clínicas sugestivas de DST/infecção genital (**corrimento vaginal** - 82 pacientes, **balanopostite** - 30 pacientes, **lesões ulceradas** - 17 pacientes do sexo masculino e três do sexo feminino e **corrimento uretral** - 14 pacientes do sexo masculino).

Os quatorze pacientes do sexo masculino com corrimento uretral apresentavam-se assintomáticos à primeira consulta e, das 82 pacientes com corrimento vaginal, 41 (50,0%) não



foram submetidas à colpocitologia tríplice corada nem ao exame direto da secreção vaginal.

#### 4.3.2. Cérvico-colpite bacteriana (CCB)

Havia 253 pacientes acometidas por uma CCB. Na anamnese, 167 (66,0%) destas apresentavam corrimento vaginal (156 casos) e prurido vulvovaginal (57 casos). As 86 pacientes restantes (34,0%) não apresentavam tais sintomas.

A presença de *clue cells* foi detectada pelo exame direto da secreção vaginal em 56 pacientes (22,1%); "bactérias sugestivas de *G. vaginalis*" foram observadas na colpocitologia tríplice corada em 37 pacientes (14,6%); a concomitância de ambos os achados ocorreu em 20 pacientes (7,9%). Nas 140 pacientes restantes (55,3%), com o diagnóstico desta infecção, não foram constatados estes achados.

#### 4.3.3. Infecção pelo HPV / Condiloma acuminado

Esta DST acometeu um total de 173 pacientes: 111 (64,2%) do sexo masculino e 62 (35,8%) do sexo feminino.

Dos 111 pacientes do sexo masculino, 38 foram diagnosticados a nível histológico (11 possuíam condiloma) e 73 somente pela presença de condilomas.

Das 62 pacientes do sexo feminino, 47 foram diagnosticadas a nível histológico (somente por biópsia - 30 pacientes das quais 28 com condilomas, somente por colpocitologia tríplice corada - 13 pacientes, ambos os métodos - quatro pacientes), 13 somente pela presença de condilomas, e duas pacientes que já tinham diagnóstico prévio realizado em outro local.

A **peniscopia alargada** foi realizada em 130 (26,6%) dos 488 pacientes do sexo masculino. Este método propedêutico localizou **lesões aceto-brancas** em 41 pacientes (dos quais apenas 14 eram portadores de condilomas): somente três destes pacientes não foram submetidos à biópsia, sendo que todos os 38 pacientes restantes foram confirmados histologicamente como portadores de infecção pelo HPV.

A **peniscopia alargada** não evidenciou lesões aceto-brancas em apenas cinco pacientes portadores de condilomas, dos quais apenas quatro se submeteram à biópsia (confirmadora) das lesões.

Corrimento vaginal (16 casos), prurido vulvovaginal (sete casos), e dispareunia (quatro casos) foram os sintomas em 20 pacientes do sexo feminino, e disúria (quatro casos), corrimento uretral (três casos), e ulceração no pênis (um caso) foram os sintomas em seis pacientes do sexo masculino.

As localizações dos condilomas entre os 84 pacientes do sexo masculino com estas lesões foram: 90,5% em pênis (76 pacientes), 5,9% em região perianal (cinco pacientes) e 1,2% em lábios da boca, em coxa e em região inguinal (um paciente cada). Entre as 41 pacientes do sexo feminino que tinham estas lesões, suas localizações foram: 47,3% em vulva (26 pacientes), 29,1% em vagina (16 pacientes), 10,9% em região perianal (seis pacientes), 7,3% em cérvix uterina (quatro

pacientes), 3,6% em região perineal (duas pacientes) e 1,8% em boca (uma paciente).

#### 4.3.4. Candidíase vulvovaginal (CVV)

A CVV estava presente em 104 pacientes. Setenta e cinco (72,1%) destas mulheres apresentavam os seguintes sintomas: corrimento vaginal (61 casos), prurido vulvovaginal (40 casos), dispareunia (15 casos), e disúria (quatro casos).

A presença de *Candida sp.* foi detectada somente pelo exame direto da secreção vaginal em 56 (53,9%) pacientes; somente pela colpocitologia tríplice corada em 26 (25,0%) pacientes; e através de ambos os exames laboratoriais em 22 (21,1%) pacientes.

#### 4.3.5. Gonorréia

A gonorréia foi diagnosticada em 70 pacientes. Os sessenta pacientes do sexo masculino apresentavam-se com as seguintes queixas: 33 com corrimento uretral associado a disúria (54,9%), 25 com corrimento uretral somente (41,7%), um com disúria apenas (1,7%) e outro com secreção anal unicamente (1,7%). As dez pacientes do sexo feminino tinham como queixas corrimento vaginal (seis casos), prurido vulvovaginal (três casos), disúria (dois casos), e um caso de desconforto pélvico e um caso de dispareunia. Três mulheres não apresentavam tais sintomas.

#### 4.3.6. Sífilis

A sífilis acometeu 53 pacientes (27 do sexo masculino e 26 do sexo feminino), sendo que os sinais e sintomas mais frequentes foram: lesão ulcerada (18 pacientes), exantemas (nove pacientes), adenopatias satélites (sete pacientes), e condiloma plano (seis pacientes). As **lesões ulceradas** se localizaram em pênis (oito casos), em região perianal (três casos), em vulva, vagina, e lábios da boca (dois casos cada), e em região inguinal, "genital" e "não-descrito" (um caso cada). Os **condilomas planos** se localizavam em região perianal e vulvar (dois casos cada), e as outras duas lesões sem especificação de local. Vinte e oito pacientes (56,0%) não apresentavam estes sinais clínicos.

Onze pacientes faziam uso de drogas (não-injetáveis ou por via não-especificada), e dois pacientes tinham história de hemotransfusão.

Quanto ao VDRL, tivemos os seguintes resultados: titulação 1/16 (treze pacientes), 1/32 e 1/64 (doze pacientes cada), 1/128 (cinco pacientes), 1/256 e 1/512 (três pacientes cada), 1/8 e não-reator (dois pacientes cada), e 1/2 (um paciente).

Dos dois pacientes com VDRL não-reator, um apresentava uma úlcera no pênis e o outro, uma úlcera perianal. A paciente com VDRL igual a 1/2 apresentava condiloma plano vulvar. O diagnóstico de sífilis nestes pacientes se fez pela identificação do *T. pallidum* em microscopia de campo escuro.



Um dos dois pacientes com resultado do VDRL igual a 1/8 teve o diagnóstico clínico (úlceras de base endurecida com evolução de sete dias), a outra paciente apresentava antecedentes de sífilis, tratada após resultado com título de 1/32.

#### 4.3.7. Tricomoníase vaginal (TV)

A TV foi diagnosticada em 51 pacientes, das quais apenas 33 (64,7%) apresentavam sintomas: corrimento vaginal (29 casos), prurido vulvovaginal (16 casos), dispareunia (nove casos), e disúria (um caso).

A presença da *T. vaginalis* foi detectada através somente da colpocitologia tríplice corada em 18 pacientes (35,3%); somente pelo exame direto da secreção vaginal em 15 (29,4%) pacientes; e através de ambos os exames laboratoriais em 18 pacientes (35,3%).

O *T. vaginalis* também foi visualizado no exame clínico de urina em uma das 51 pacientes.

#### 4.3.8. Infecção pelo HIV / Aids

A infecção pelo HIV estava presente em 38 (3,2%) dos 1182 pacientes: em 23 (4,7%) dos 488 pacientes do sexo masculino e em 15 (2,2%) das 694 pacientes do sexo feminino. Nove pacientes (sete homens e duas mulheres) apresentavam indícios de progressão para Aids: candidíase oral (quatro pacientes), emagrecimento acentuado (três pacientes), febre persistente (dois pacientes), diarreia crônica e tuberculose pulmonar (um paciente cada). Um paciente masculino se apresentava à 1ª consulta com úlceras labiais cujo laudo histopatológico foi de "processo inflamatório inespecífico".

Oito pacientes relataram uso de drogas, sendo que em dois deles foi por via injetável. Cinco pacientes tinham história de hemotransfusão.

#### 4.3.9. Uretrites não-gonocócicas (UNG)

Foram diagnosticados 29 casos de UNG, dos quais dois devidos a uretrite pós-gonocócica (UPG). Os 29 pacientes apresentavam: corrimento uretral (26 casos) e disúria (onze casos).

O **exame direto da secreção uretral**, realizado em 27 pacientes, evidenciou: ausência de bactérias (13 casos), presença de cocos gram-positivos (13 casos), *cocobacilos Gram-negativos sugestivos de G.vaginalis* (um caso), e *Candida sp.* (um caso).

A **cultura de secreção uretral**, realizada em seis pacientes, não revelou crescimento de germes em quatro, presença de *G. vaginalis* em um e de estafilococos em outro. A pesquisa de *C. trachomatis* mostrou-se positiva em um caso.

Ao **exame do sedimento urinário** de um paciente detectou-se *T. vaginalis*.

#### 4.3.10. Herpes genital (HG)

Em dezessete pacientes foi diagnosticada infecção herpética. Nove pacientes do sexo masculino tinham as seguintes alterações: lesões vesiculosas localizadas no pênis (sete casos), e úlceras em pênis (dois casos). As oito pacientes do sexo feminino apresentavam: lesões vesiculosas localizadas nas nádegas (três casos), em vulva (dois casos), sobre a coxa e em região perianal (um caso cada), e em localização não-especificada (um caso). Em quatro pacientes acompanharam-se de corrimento vaginal, e em duas de prurido vulvar.

#### 4.3.11. Cancro mole (CM)

Dois pacientes do sexo masculino apresentavam úlceras em pênis, tendo-se estabelecido o diagnóstico desta infecção.

#### 4.3.12. Cervicite por clamídia

Um exame preventivo de rotina detectou cervicite numa paciente assintomática. A pesquisa de antígenos em raspado de endocérvice, detectou infecção por *C. trachomatis*.

#### 4.3.13. Doenças sexualmente transmissíveis / infecções genitais em adolescentes

Noventa e sete (67,4%) das 144 adolescentes do sexo feminino, e 32 (56,1%) dos 57 adolescentes do sexo masculino, encontravam-se acometidos, ao menos por uma DST e/ou infecção genital, no momento da primeira consulta (gráficos 8 e 9). As infecções observadas nestes 129 adolescentes foram:

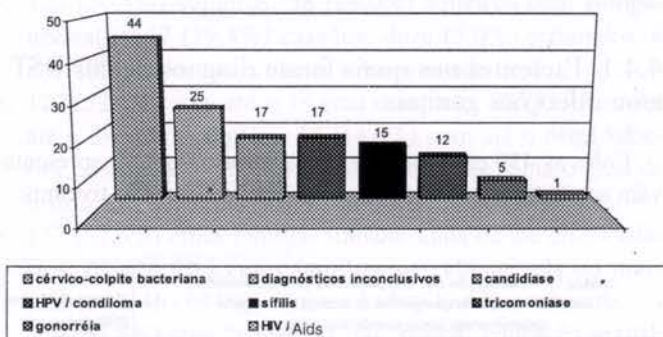
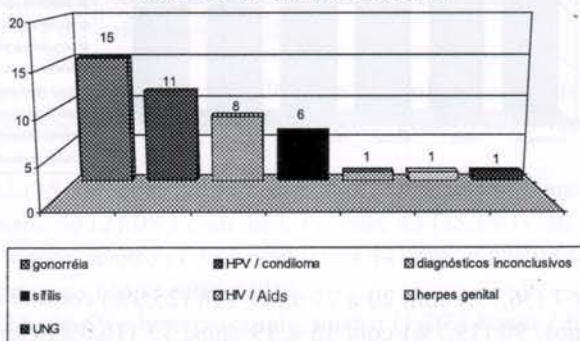
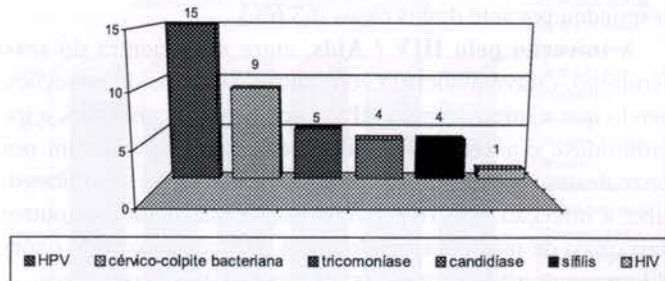
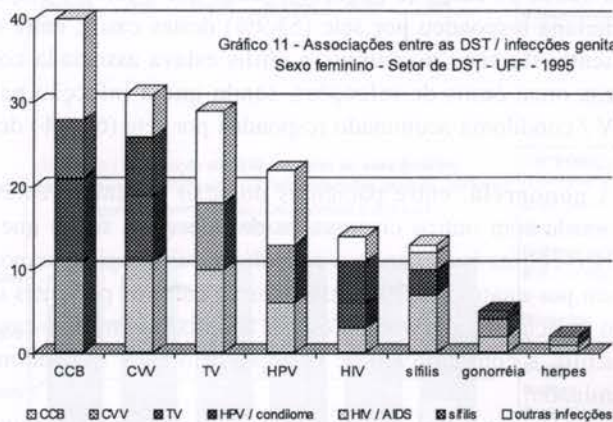
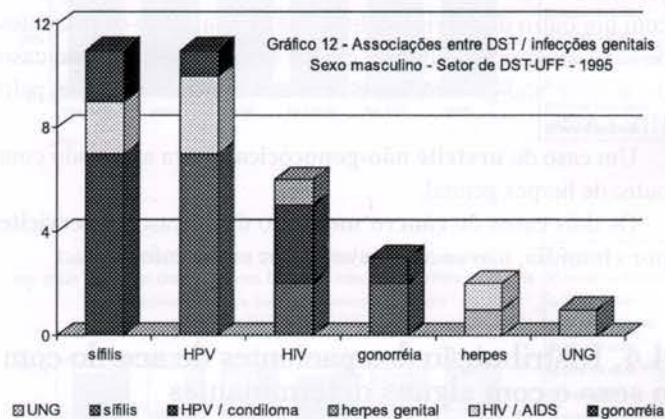
- **sexo feminino:** cérvico-colpite bacteriana (44 casos), candidíase vulvovaginal e infecção pelo HPV / condiloma acuminado (17 casos cada), sífilis (15 casos), tricomoníase (12 casos), gonorréia (cinco casos), e infecção pelo HIV / Aids (um caso);
- **sexo masculino:** gonorréia (15 casos), infecção pelo HPV / condiloma acuminado (onze casos), sífilis (seis casos) e, infecção pelo HIV / Aids, herpes genital, e UNG (um caso cada).

Em 24 casos de corrimento vaginal, cinco de balanopostite, dois de corrimento uretral, e dois de lesões ulceradas (um caso em cada sexo) não se firmaram diagnósticos etiológicos.

#### 4.3.14. Doenças Sexualmente Transmissíveis / infecções genitais em gestantes

Entre as 694 pacientes do sexo feminino desta casuística, havia 34 (4,9%) gestantes. Em 28 destas gestantes (82,3%) foram diagnosticadas as seguintes DST / infecções genitais, conforme mostra o **gráfico 10: infecção pelo HPV / condilo-**



Gráfico 8 - Frequências dos diagnósticos em adolescentes  
Sexo feminino - Setor de DST - UFF - 1995Gráfico 9 - Frequências dos diagnósticos em adolescentes  
Sexo masculino - Setor de DST - UFF - 1995Gráfico 10 - Frequências dos diagnósticos em 34 gestantes  
Setor de DST - UFF - 1995Gráfico 11 - Associações entre as DST / infecções genitais  
Sexo feminino - Setor de DST - UFF - 1995Gráfico 12 - Associações entre DST / infecções genitais  
Sexo masculino - Setor de DST-UFF - 1995

ma acuminado (15 casos), **cérvico-colpite bacteriana** (nove casos), **tricomoniase vaginal** (cinco casos), **candidíase vulvovaginal** e **sífilis** (quatro casos cada), e **infecção pelo HIV / Aids** (um caso).

#### 4.3.15. Associações entre DST / infecções genitais

Dos 698 pacientes desta casuística nos quais foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, 620 (89,0%) apresentavam apenas uma delas, 69 (9,9%) apresentavam duas, sete (1,0%) apresentavam três, e somente uma paciente (0,1%) apresentava quatro destas infecções. Os **gráficos 11 e 12** mostram as associações de cada infecção com as demais, de acordo com o sexo. Nestes dois gráficos foram destacadas apenas as **três** associações (quando ocorreram) mais frequentes, sendo que as associações restantes foram designadas simplesmente como "outras".

A **cérvico-colpite bacteriana** estava associada com outros 40 casos de infecções, sendo que a **candidíase vulvovaginal** e a **tricomoniase vaginal** responderam por 21 (52,5%) destes casos.

A **candidíase vulvovaginal** estava associada com outros 31 casos de infecções, sendo que a **cérvico-colpite bacteriana** e a **tricomoniase vaginal** estavam presentes em 19 (61,3%) destes casos.

A **tricomoniase vaginal** estava associada com outros 29 casos de infecções, sendo que a **candidíase vulvovaginal** e a **cérvico-colpite bacteriana** responderam por 18 (62,1%) destes casos.

A **infecção pelo HPV / condiloma acuminado**, entre as pacientes do sexo feminino, estava associada com outros 22 casos de infecções, sendo que a **candidíase vulvovaginal** e a **cérvico-colpite bacteriana** responderam por 13 destes casos (59,1%); entre os pacientes do sexo masculino, a infecção



pelo HPV / condiloma acuminado estava associada com outros onze casos de infecções, sendo que somente a sífilis respondeu por sete destes casos (63,6%).

A **infecção pelo HIV / Aids**, entre as pacientes do sexo feminino, estava associada com outros 14 casos de infecções, sendo que a infecção pelo HPV / condiloma acuminado, a tri-comoníase e a cérvico-colpite bacteriana responderam por onze destes casos (78,6%); entre os pacientes do sexo masculino, a infecção pelo HIV / Aids estava associada com outros seis casos de infecções, sendo que a infecção pelo HPV / condiloma acuminado respondeu por três (50,0%) destes casos.

A **sífilis**, entre as pacientes do sexo feminino, associava-se com outros 13 casos de infecções, sendo que a cérvico-colpite bacteriana respondeu por sete (53,9%) destes casos; entre os pacientes do sexo masculino, a sífilis estava associada com outros onze casos de infecções, sendo que a infecção pelo HPV / condiloma acuminado respondeu por sete (63,6%) destes casos.

A **gonorréia**, entre pacientes do sexo feminino, estava associada com outros cinco casos de infecções, sendo que a cérvico-colpite bacteriana e a candidíase vulvovaginal responderam por quatro (80,0%) destes casos; entre os pacientes do sexo masculino, a gonorréia estava associada com dois casos de sífilis, e com um caso de infecção pelo HPV / condiloma acuminado;

O **herpes genital**, entre as pacientes do sexo feminino, estava associado com um caso de candidíase vulvovaginal e com um outro de cérvico-colpite bacteriana; entre os pacientes do sexo masculino, o herpes genital associava-se com um caso de uretrite não-gonocócica e com um outro de infecção pelo HIV / Aids.

Um caso de **uretrite não-gonocócica** estava associado com outro de herpes genital.

Os dois casos de **cancro mole**, e o único caso de **cervicite por clamídia**, não se associavam com outras infecções.

#### 4.4. Distribuição dos pacientes de acordo com o sexo e com alguns determinantes socioeconômico e culturais

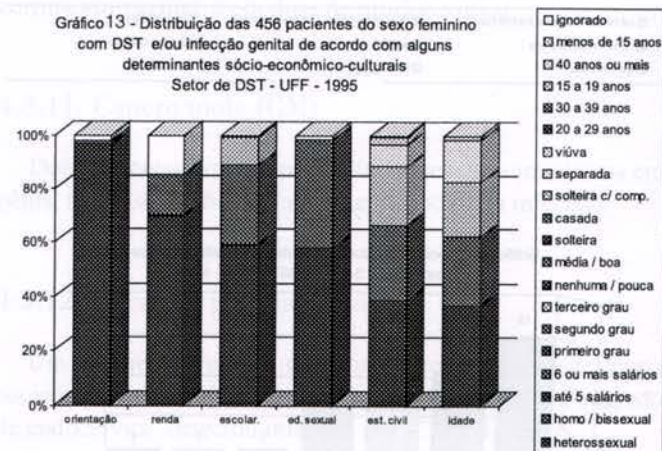
As informações, referentes a estes determinantes demográficos, não foram expressas em muitos prontuários a saber: quanto à **renda familiar**, em prontuários de 43 pacientes (32 do sexo feminino e onze do sexo masculino), **orientação sexual**, em prontuários de 29 pacientes (16 do sexo feminino e 13 do sexo masculino), **nível de educação sexual**, em prontuários de quatorze pacientes (dez do sexo feminino e quatro do sexo masculino), **grau de escolaridade**, em prontuários de onze pacientes (nove do sexo feminino e dois do sexo masculino), **estado civil**, em prontuários de 11 pacientes (nove do sexo feminino e dois do sexo masculino) e nos prontuários de nove pacientes (cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino) no que diz respeito à **faixa etária**.

Nos **gráficos 13 e 14** são mostradas as distribuições dos pacientes nos quais foram diagnosticadas DST e/ou infec-

ções genitais e nos **gráficos 15 e 16** daqueles nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais.

##### 4.4.1. Pacientes nos quais foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais

Entre as 456 pacientes do **sexo feminino** que se apresentavam acometidas por tais enfermidades (gráfico 13), tivemos:



- 167 (36,7%) com 20 a 29 anos, 118 (25,9%) com 30 a 39 anos, 90 (19,7%) com 15 a 19 anos, 73 (16,0%) com 40 anos ou mais, sete (1,5%) com dez a 14 anos e um (0,2%) menor de dez anos de idade;
- 440 (96,5%) heterossexuais, sete (1,5%) homo / bissexuais e nove (2,0%) das quais não se sabia a orientação sexual;
- 175 (38,4%) solteiras, 128 (28,1%) casadas, 100 (21,9%) solteiras com companheiro(a), 37 (8,1%) separadas, 14 (3,1%) viúvas e duas (0,4%) das quais não se sabia o estado civil;
- 270 (59,2%) com até o 1º grau completo, 135 (29,6%) com até o 2º grau completo, 48 (10,5%) com até o nível superior completo, e três (0,7%) dos quais não se conhecia o grau de instrução;
- 320 (70,2%) apresentavam renda familiar de até cinco salários, 70 (15,3%) de seis salários ou mais, e 66 (14,5%) pacientes não referiram esta informação;
- 264 (57,9%) com “nenhuma” ou “pouca” educação sexual, 185 (40,6%) com “média” ou “boa” educação sexual e sete (1,5%) não tiveram esta informação registrada em seus prontuários.
- Entre os 242 pacientes do **sexo masculino** que se apresentavam acometidos por tais enfermidades (gráfico 14), tivemos:
- 118 (48,9%) com 20 a 29 anos, 64 (26,4%) com 30 a 39 anos, 31 (12,8%) com 15 a 19 anos, 25 (10,3%) com idade de 40 anos ou mais, dois (0,8%) com dez a 14 anos, um (0,4%) menor de dez anos de idade e outro (0,4%) do qual não se conhecia a idade;



- 208 (85,9%) heterossexuais, 29 (12,0%) homo / bissexuais, e cinco (2,1%) dos quais não se sabia a orientação sexual;
- 123 (50,8%) solteiros, 58 (24,0%) solteiros com companheira(o), 47 (19,4%) casados, doze (5,0%) separados, e dois (0,8%) dos quais não se sabia o estado civil;
- 127 (52,5%) com até o 1º grau completo, 80 (33,1%) com até o 2º grau completo, 34 (14,0%) com até o nível superior completo, e um (0,4%) do qual não se sabia o grau de instrução;
- 127 (52,5%) cujas famílias tinham renda de até cinco salários, 69 (28,5%) cujas famílias percebiam seis ou mais salários, e 46 (19,0%) com renda familiar desconhecida;
- 149 (61,5%) com “nenhuma” ou “pouca” educação sexual, 88 (36,4%) com “média” ou “boa” educação sexual, e cinco (2,1%) dos quais não se sabia o nível de educação sexual.

#### 4.4.2. Pacientes nos quais não foram diagnosticadas DST e / ou infecções genitais

Entre as 238 pacientes do **sexo feminino** nas quais não foram diagnosticadas tais enfermidades (**gráfico 15**), tivemos:

- 84 (35,3%) com 20 a 29 anos, 52 (21,8%) com 40 anos ou mais, 50 (21,0%) com 30 a 39 anos, 43 (18,1%) com 15 a 19 anos, quatro (1,7%) com dez a 14 anos, e cinco (2,1%) das quais não se sabia a idade;
- 211 (88,6%) heterossexuais, quatro (1,7%) homo / bissexuais, e 23 (9,7%) das quais não se sabia a orientação sexual;
- 98 (41,3%) solteiras, 77 (32,3%) casadas, 30 (12,6%) solteiras com companheiro(a), 19 (8,0%) separadas, sete (2,9%) viúvas, e sete (2,9%) das quais não se sabia o estado civil;
- 123 (51,7%) com até o 1º grau completo, 79 (33,2%) com até o 2º grau completo, 29 (12,2%) com até o nível superior completo, e sete (2,9%) das quais não se sabia o nível de escolaridade;
- 145 (60,9%) com renda familiar até cinco salários, 53 (22,3%) de seis salários ou mais, e 40 (16,8%) das quais não se sabia a renda familiar;
- 136 (57,1%) pacientes com “nenhuma” ou “pouca” educação sexual, 93 (39,1%) com “média” ou “boa” educação sexual, e nove (3,8%) das quais não se sabia o nível de educação sexual.

Entre os 246 pacientes do **sexo masculino** nos quais não foram diagnosticadas estas enfermidades (**gráfico 16**), tivemos:

- 107 (43,6%) com 20 a 29 anos, 73 (29,7%) com 30 a 39 anos, 38 (15,4%) com idade de 40 anos ou mais, 23 (9,3%) com 15 a 19 anos, um (0,4%) com dez a 14 anos, um (0,4%) com menos de dez anos, e três pacientes (1,2%) dos quais se desconhecia a idade;

Gráfico 14 - Distribuição dos 242 pacientes do sexo masculino com DST e/ou infecção genital de acordo com alguns determinantes socioeconômico e culturais Setor de DST-UFF - 1995

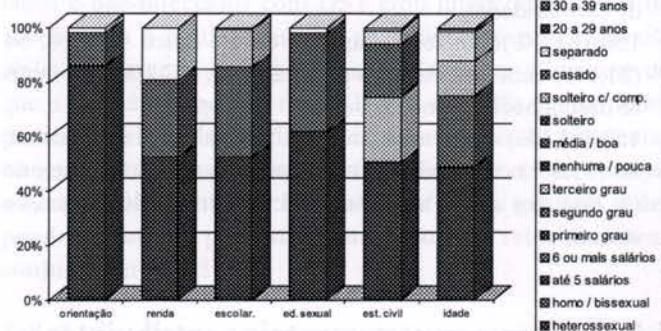


Gráfico 15 - Distribuição das 238 pacientes do sexo feminino nas quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, conforme alguns determinantes socioeconômico e culturais Setor de DST-UFF - 1995

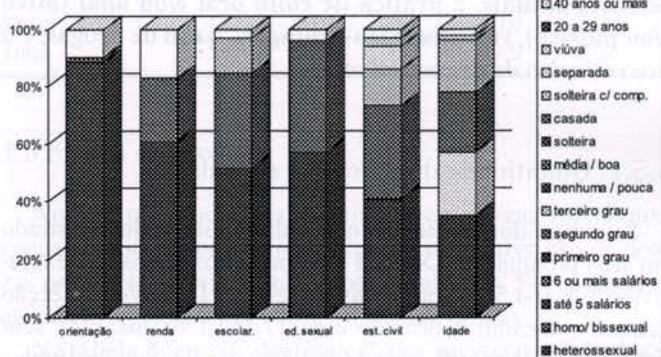
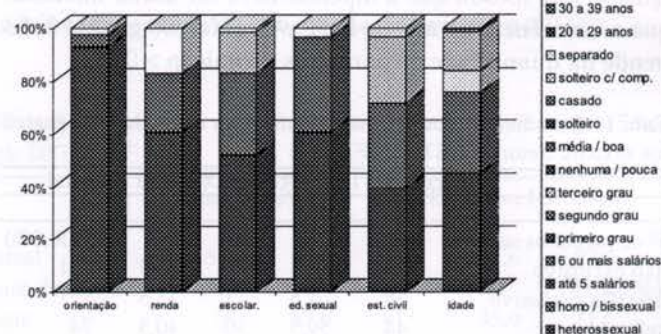


Gráfico 16 - Distribuição dos 246 pacientes do sexo masculino nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, conforme alguns determinantes socioeconômico e culturais Setor de DST-UFF - 1995



- 229 (93,1%) heterossexuais, onze (4,5%) homo / bissexuais, e seis (2,4%) dos quais se desconhecia a orientação sexual;
- 98 (39,9%) solteiros, 79 (32,1%) casados, 61 (24,8%) solteiros com companheira(o), e oito (3,2%) separados;



- 128 (52,1%) com até o 1º grau completo, 77 (31,3%) com até o 2º grau completo, 38 (15,4%) com até o nível superior completo, e três (1,2%) dos quais não se sabia o nível de escolaridade;
- 150 (61,0%) com renda familiar de até cinco salários, 54 (21,9%) com seis ou mais salários, e 42 (17,1%) dos quais se desconhecia a renda familiar;
- 150 (61,0%) com “nenhuma” ou “pouca” educação sexual, 88 (35,8%) com “média” ou “boa” educação sexual, e oito (3,2%) dos quais se desconhecia o nível de educação sexual.

#### 4.5. Fatores comportamentais contribuintes para a aquisição das Doenças Sexualmente Transmissíveis / infecções genitais

Para a identificação dos fatores / comportamentos de risco para aquisição de DST e/ou infecções genitais foram considerados: a **quantidade de parceiros sexuais**, a **frequência de relações sexuais**, a **prática de coito oral e/ou anal (ativo e/ou passivo)**, **relações extra-conjugais**, o **uso de drogas**, e o **uso rotineiro de preservativo**.

##### 4.5.1. Quantidade de parceiros sexuais

Setenta e dois pacientes não tinham este dado registrado em seus prontuários. Dos 121 com parceiros “fixos não-exclusivos”, 78 (64,5%) apresentavam-se com DST e/ou infecção genital, o mesmo ocorrendo com 77 (62,1%) dos 124 “sem parceiros atualmente”, com 44 (59,5%) dos 74 com “múltiplos parceiros” e com 469 (59,3%) dos 791 com parceiros “fixos-exclusivos”. (Tabela 1)

Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência, ou não, de DST e/ou infecção genital independia da quantidade de parceiros sexuais. O  $\chi^2$  calculado igual a 1,27 mostra que a hipótese deve ser aceita indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independe da quantidade de parceiros sexuais** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 1** - Distribuição dos pacientes conforme a quantidade de parceiros sexuais. Setor de DST - UFF - 1995

nº de parceiros sexuais	com DSTe/ou IG		sem DSTe/ou IG		total
	nº	%	nº	%	
fixo exclusivo	469	59,3	322	40,7	791
fixo não-exclusivo	78	64,5	43	35,5	121
múltiplos	44	59,5	30	40,5	74
atualmente sem	77	62,1	47	37,9	124
Total	668	60,2	442	39,8	1110

##### 4.5.2. Frequência de relações sexuais

Na **tabela 2** encontram-se as frequências de relações sexuais dos pacientes infectados e dos não-infectados com DST e/ou infecções genitais. Vinte e quatro (77,4%) dos 31

pacientes que referiam frequência **quinzenal**, 94 (62,2%) dos 151 com frequência **semanal**, 23 (62,2%) dos 37 com frequência **mensal** e 51 (59,3%) dos 86 com frequência **diária** de relações sexuais apresentavam-se acometidos pela época da 1ª consulta.

O  $\chi^2$  calculado igual a 4,00 mostra que a hipótese deve ser aceita, isto é, que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independe da frequência de coitos** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 2** - Distribuição dos pacientes conforme a frequência de relações sexuais. Setor de DST-UFF - 1995

frequência de relações sexuais	com DSTe/ou IG		sem DSTe/ou IG		total (100,0%)
	nº	%	nº	%	
diária	51	59,3	35	40,7	86
semanal (1 vez / semana)	94	62,2	57	37,8	151
quinzenal (15 / 15 dias)	24	77,4	7	22,6	31
mensal (1 vez / mês)	23	62,2	14	37,8	37
Total	192	62,9	113	31,1	305

##### 4.5.3. Prática de coito oral (ativo e/ou passivo)

Na **tabela 3** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com a prática, ou não, de coito oral ativo. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia da prática de coito oral ativo. O  $\chi^2$  calculado igual a 0,17 mostra que a hipótese deve ser aceita, indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independe do fato do paciente praticar ou não coito oral ativo** ( $p > 0,05$ ).

Na **tabela 4** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com a prática, ou não, de coito oral passivo. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia da prática de coito oral passivo. O  $\chi^2$  calculado igual a 0,02 mostra que a hipótese deve ser aceita, indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independe do fato do paciente praticar ou não coito oral passivo** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 3** - Distribuição dos pacientes conforme a prática de coito oral ativo. Setor de DST - UFF - 1995

coito oral ativo	com DSTe/ou IG		sem DSTe/ou IG		total
	nº	%	nº	%	
semanal (1 vez / semana)	94	62,2	57	37,8	151
sim	234	58,5	166	41,5	400
não	264	59,8	177	40,2	441
Total	498	59,2	343	40,8	841



**Tab. 4** - Distribuição dos pacientes conforme a prática de coito oral passivo. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total (100,0%)
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
coito oral passivo					
sim	248	59,2	171	40,8	419
não	264	59,8	177	40,2	441
Total	512	59,5	348	40,5	860

#### 4.5.4. Prática de coito anal (ativo e/ou passivo)

Na **tabela 5** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com a prática, ou não, de coito anal passivo. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia da prática de coito anal passivo. O  $\chi^2$  calculado igual a 6,16 mostra que a hipótese deve ser rejeitada, indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital não é independente do fato do paciente praticar ou não coito anal passivo** ( $p = 0,05$ ).

Na **tabela 6** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com a prática, ou não, de coito anal ativo. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia da prática de coito anal ativo. O  $\chi^2$  calculado igual a 3,43 mostra que a hipótese deve ser aceita, indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independe do fato do paciente praticar ou não coito anal ativo** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 5** - Distribuição dos pacientes conforme a prática de coito anal passivo. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total (100,0%)
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
coito anal passivo					
sim	114	69,9	49	30,1	163
não	454	59,8	305	40,2	759
Total	568	61,6	354	38,4	922

**Tab. 6** - Distribuição dos pacientes conforme a prática de coito anal ativo. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total (100,0%)
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
coito anal ativo					
sim	94	52,5	85	47,5	179
não	454	59,8	305	40,2	759
Total	548	58,4	390	41,6	938

#### 4.5.5. Relações extra-conjugais

Foram registradas nos prontuários as respostas de 894 (75,6%) dos 1182 pacientes. Dos 182 pacientes que referiam

ter tido relações extra-conjugais, 125 (68,7%) eram do sexo masculino e 57 (31,3%) do sexo feminino.

Na **tabela 7** é mostrada a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com a prática, ou não, de relações extra-conjugais. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia da existência de relações extra-conjugais. O  $\chi^2$  calculado igual a 0,02 mostra que a hipótese deve ser aceita, ou seja, **a ocorrência ou não de DST e/ou infecções genitais independe do fato do paciente manter, ou não, relações extra-conjugais** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 7** - Distribuição dos pacientes conforme a prática de relação extra-conjugal. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total (100,0%)
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
total	548	58,4	390	41,6	938
relações extra-conjugais					
sim	110	60,4	72	39,6	182
não	427	60,0	285	40,0	712
Total	537	60,1	357	39,9	894

#### 4.5.6. Uso de drogas

Apenas três pacientes referiam usar drogas injetáveis, enquanto que outros 114 pacientes referiam fazer uso de drogas por via inalatória ou não-especificada. Em 59 prontuários não havia registro sobre o uso, ou não, de drogas.

Na **tabela 8** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com o uso, ou não, de drogas. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia do uso de drogas. O  $\chi^2$  calculado igual a 1,43 mostra que a hipótese deve ser aceita, indicando que **a ocorrência ou não de DST e/ou infecções genitais independe do uso ou não de drogas** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 8** - Distribuição dos pacientes conforme o uso de drogas. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total (100,0%)
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
total	548	58,4	390	41,6	938
uso de drogas					
sim	76	65,0	41	35,0	117
não	596	59,2	410	40,8	1006
Total	672	59,8	451	40,2	1123

#### 4.5.7. Uso rotineiro de preservativo masculino

Informaram sobre o uso rotineiro, ou não, de condom durante suas relações sexuais 874 pacientes: 497 (56,9%) do sexo feminino, e 377 (43,1%) do sexo masculino.



Na **tabela 9** temos a distribuição dos pacientes infectados e não-infectados com DST e/ou infecções genitais de acordo com o uso rotineiro, ou não, de preservativo. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital independia do uso rotineiro de preservativo. O  $\chi^2$  calculado igual a 0,63 mostra que a hipótese deve ser aceita, indicando que **a ocorrência de DST e/ou infecções genitais independe do fato do paciente usar condom rotineiramente ou não** ( $p > 0,05$ ).

**Tab. 9** - Distribuição dos pacientes conforme o uso rotineiro de preservativo. Setor de DST - UFF - 1995

	com DST e/ou IG		sem DST e/ou IG		total
	n <sup>o</sup>	%	n <sup>o</sup>	%	
não uso rotineiro de preservativo	596	59,2	410	40,8	1006
sim	121	56,5	93	43,5	214
não	394	59,7	266	40,3	660
Total	515	58,9	359	41,1	874

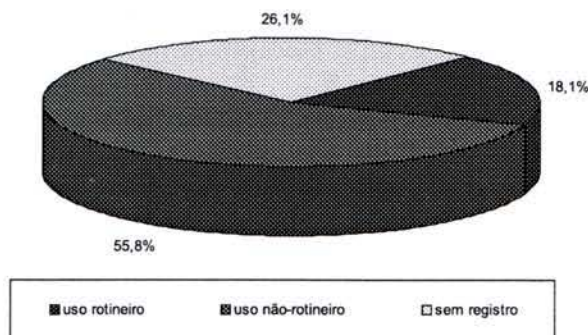
#### 4.6. Frequência do uso rotineiro de preservativo de acordo com algumas variáveis comportamentais e socioeconômico e culturais

Dos 1182 pacientes, 660 (55,8%) referiam não fazer rotineiramente uso de preservativo, 214 (18,1%) referiam usá-lo rotineiramente, e os 308 restantes (26,1%) não informaram. (**gráfico 17**)

Referiam uso de preservativos de **forma rotineira** em suas relações sexuais:

- 30,9% (46 / 149) dos pacientes com até o nível superior completo, 22,9% (85/371) dos pacientes com até o 2<sup>o</sup> grau completo, e 12,5% (81 / 649) dos pacientes com até 1<sup>o</sup> grau completo;
- 28,0% (69 / 246) dos pacientes com seis salários ou mais de renda familiar, e 17,6% (131 / 743) dos pacientes com até cinco salários de renda familiar;
- 22,3% (109 / 488) dos pacientes do sexo masculino, e 15,1% (105 / 694) das pacientes do sexo feminino;
- 24,9% (123 / 494) dos pacientes solteiros, 15,8% (39 / 247) dos pacientes solteiros com companheiro, 14,5% (11 / 76) dos pacientes separados, e 12,3% (41 / 332) dos pacientes casados;
- 24,4% (111 / 454) dos pacientes que se diziam com “média” ou “boa” educação sexual, e 14,5% (101 / 698) dos pacientes que se diziam com “nenhuma” ou “pouca” educação sexual;
- 22,3% (106 / 476) dos pacientes na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, 19,8% (37 / 187) dos pacientes com 15 a 19 anos de idade, 15,1% (46 / 305) dos pacientes com 30 a 39 anos de idade, e 12,2% (23 / 188) dos pacientes com idade igual ou superior a 40 anos;

**Gráfico 17** - Distribuição dos pacientes de acordo com o uso de condons - Setor de DST - UFF - 1995



- 20,7% (25 / 121) dos pacientes com parceiros “fixos não-exclusivos”, 20,3% (15/74) dos pacientes com “múltiplos parceiros”, 18,8% (149 / 791) dos pacientes com parceiros “fixos exclusivos”, e 17,7% (22 / 124) dos pacientes “sem parceiros atualmente”;
- 42,5% (17 / 40) dos pacientes homo / bissexuais masculinos, 20,8% (91 / 437) dos pacientes heterossexuais masculinos, 18,2% (2 / 11) dos pacientes homo / bissexuais femininos, e 15,8% (103 / 651) dos pacientes heterossexuais femininos;
- 17,6% (32 / 182) dos pacientes que referiam manter relações extra-conjugais.

#### 4.7. Retorno dos pacientes ao Setor de DST - UFF

Dos 1182 pacientes desta casuística, 738 (62,4%) deles tinham retornado ao Setor de DST-UFF após a 1<sup>a</sup> consulta, considerando-se como limite de prazo as primeiras 20 semanas de 1996: 498 pacientes apresentavam-se com ao menos uma DST e/ou infecção genital no momento da 1<sup>a</sup> consulta, e em 240 pacientes não foram diagnosticadas estas enfermidades nesta ocasião. (**gráfico 18**)

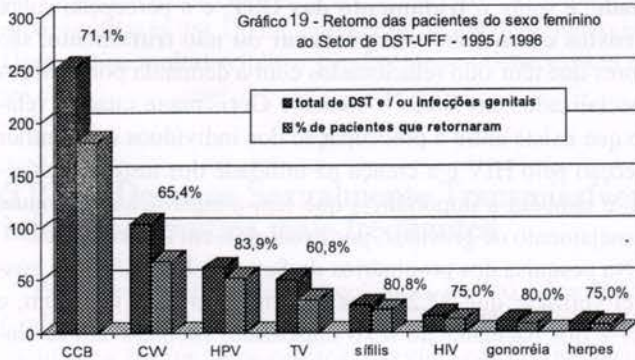
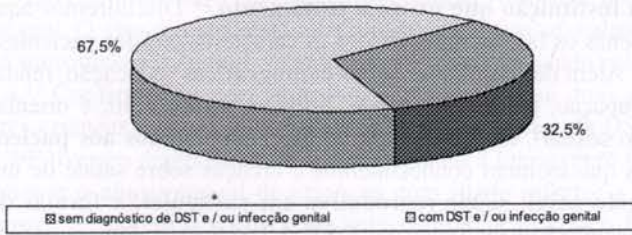
Os motivos que levaram os 240 pacientes, sem diagnóstico inicial de DST e/ou infecção genital, a comparecerem para uma outra consulta foram: **realizar ou receber resultados de exames tais como colpocitologias, peniscopias, biópsias e sorologias** (184 pacientes), **revisão dos sintomas ou surgimento de outros sintomas não relacionados à DST e/ou infecções genitais** (54 pacientes), e **orientação em planejamento familiar** (dois pacientes).

De acordo com o sexo, as DST e/ou infecções genitais que, **percentualmente**, mais solicitaram o retorno dos pacientes ao Setor de DST - UFF foram as seguintes:

• **sexo feminino (gráfico 19)**: infecção pelo HPV / condiloma acuminado (83,9% ou 52/62 pacientes), sífilis (80,8% ou 21/26 pacientes), gonorréia (80,0% ou 8/10 pacientes), infecção pelo HIV / Aids (80,0% ou 12/15 pacientes), herpes genital (75,0% ou 6/8 pacientes), cérvico-colpíte bacteriana (71,9% ou 182/253 pacientes), candidíase vulvovaginal



Gráfico 18 - Diagnóstico inicial dos 738 pacientes que retornaram ao Setor DST - UFF - 1995 / 1996



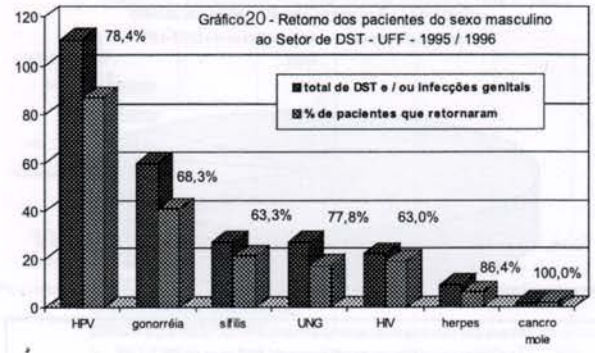
(65,4% ou 68/104 pacientes), e tricomoníase vaginal (60,8% ou 31/51 pacientes);

- **sexo masculino (gráfico 20):** cancro mole (100,0% ou 2/2 pacientes), infecção pelo HIV / Aids (82,6% ou 19/23 pacientes), infecção pelo HPV / condiloma acuminado (78,4% ou 87/111 pacientes), sífilis (77,8% ou 21/27 pacientes), gonorréia (68,3% ou 41/60 pacientes), herpes genital (66,7% ou 6/9 pacientes), e UNG (63,0% ou 17/27 pacientes).

Um paciente com diagnóstico de balanopostite e mais oito pacientes com diagnóstico de DST e/ou infecção genital retornaram ao Setor de DST-UFF, após o tratamento de suas enfermidades iniciais, por apresentarem-se com outras infecções.

Dentre os 738 pacientes que retornaram ao Setor de DST-UFF após a 1ª consulta, 322 (43,7%) tinham **domicílio** em Niterói, 278 (37,7%) residiam em São Gonçalo, 69 (9,3%) residiam na cidade do Rio de Janeiro, 65 (8,8%) eram provenientes de cidades do interior do estado do Rio de Janeiro, um (0,1%) deles era residente em outro estado da Federação e de três destes pacientes (0,4%) não se conhecia o local de residência.

De acordo com a **escolaridade** dos 738 pacientes que retornaram, observou-se o seguinte: 279 (37,9%) com o primeiro grau incompleto, 117 (15,8%) com o segundo grau incompleto, 114 (15,4%) com o primeiro grau completo, 108 (14,6%) com o segundo grau incompleto, 50 (6,8%) com o nível superior incompleto, 42 (5,7%) com o nível superior



completo, 25 (3,4%) analfabetos, e três pacientes (0,4%) com nível de escolaridade desconhecido.

A distribuição dos 738 pacientes que retornaram, considerando-se a **renda familiar**, foi a seguinte: 31,6% (233 pacientes) tinham renda familiar de até dois salários-mínimo, 29,9% (221 pacientes) com renda familiar entre três e cinco salários-mínimo, 14,5% (107 pacientes) com renda familiar entre seis e dez salários-mínimo, 6,9% (51 pacientes) com renda familiar superior a dez salários-mínimo, e 17,1% (126 pacientes) com renda familiar ignorada.

Quanto ao nível de **educação sexual** dos pacientes que retornaram, 36,7% (271 pacientes) não tinham “nenhuma”, 24,7% (182 pacientes) tinham “pouca”, 22,4% (165 pacientes) tinham “boa”, 14,6% (108 pacientes) tinham “média”, e doze pacientes que não tinham este dado registrado (1,6%).

#### 4.8. Pacientes com parceiros sexuais em acompanhamento médico

Cento e um (8,5%) entre os 1182 pacientes relataram em seus prontuários que tinham *um* parceiro sexual com diagnóstico de DST e/ou infecção genital em acompanhamento em outro serviço médico. Apenas 30 (29,7%) destes 101 pacientes apresentavam-se acometidos por DST e/ou infecções genitais.

Cento e quarenta pacientes (11,8%) relataram em seus prontuários que tinham um parceiro sexual sob acompanhamento no Setor de DST-UFF, sem referir se os mesmos eram portadores ou não de DST e/ou infecção genital.

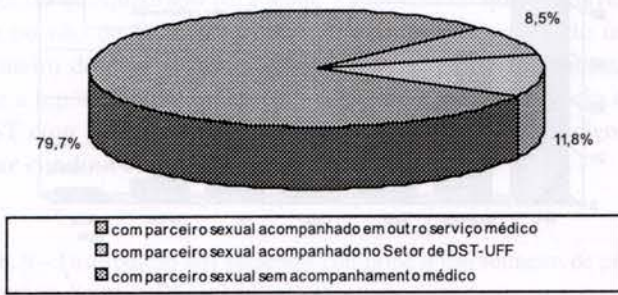
Dezoito por cento (125 / 698) dos pacientes *com diagnóstico de DST e/ou infecção genital* e 24,0% (116 / 484) *sem tais diagnósticos*, tinham parceiros sexuais em acompanhamento num serviço médico. Quando se considerou apenas os pacientes portadores de *DST essencialmente transmitidas por via sexual* (32 / 122), o percentual de de acompanhamento médico dos parceiros foi de 26,2%.

Não foi possível saber sobre o acompanhamento médico do(s) parceiro(s) sexual(is) de 941 (79,7%) entre os 1182 pacientes desta casuística. (**gráfico 21**)

A elaboração de um trabalho científico com base em informações recolhidas de prontuários médicos sofre, necessariamente, a influência negativa de fatores, tais como deficiências ou inadequações em seus registros. Como não poderia de ser,



Gráfico 21 - Pacientes com parceiros sexuais em acompanhamento médico - Setor de DST-UFF - 1995 -



tal fato também ocorreu no presente estudo. Assim, pudemos verificar que não houve preenchimento completo de todos os prontuários no que diz respeito aos dados pessoais dos pacientes. As informações com maiores índices de **não-preenchimento** foram aquelas sobre a **freqüência de relações sexuais** (30,4%), sobre a **prática de coito anal** (19,1%), e sobre a **renda familiar** (16,3%). As duas primeiras informações, de certa forma, constituem-se em tabus de nossa sociedade. O baixo nível de registro da renda familiar é até esperado em serviços onde o atendimento é gratuito, pois existem pacientes que acreditam que não serão atendidos caso informem sua renda familiar.

Nesta casuística, havia mais pacientes do sexo feminino que do sexo masculino, numa proporção de 1,4 / 1. Este achado é comum na maioria dos serviços públicos, sendo que alguns fatores podem ter influído: primeiro, mais dois ginecologistas chegaram ao Setor de DST-UFF neste ano; segundo, as mulheres são mais propensas do que os homens a utilizar os serviços de saúde, embora elas tenham maiores dificuldades em detectar sintomas e em perceber o grau de severidade dos mesmos;<sup>24,25</sup> e terceiro, o horário de atendimento das 8 às 17 horas favorece mais as mulheres, geralmente donas-de-casa.

Seis prontuários estavam completamente em branco e um outro não foi localizado. Este fato pode ter sido devido à solicitação de abertura do prontuário por parte dos pacientes, sendo que estes pacientes retiraram-se do Setor de DST-UFF antes de ocorrer a consulta médica. Desta forma, os dados percentuais do texto tiveram por base o número total de 1182 pacientes.

## 5.1. Motivos mais freqüentes que levaram os pacientes a procurar o Setor de DST-UFF

O conhecimento dos fatores que motivam as pessoas a procurar ou não atendimento médico reveste-se de importância quando se deseja um controle efetivo das DST.

Alguns autores têm proposto classificações de fatores que podem afetar a utilização de serviços promotores de prevenção e tratamento das DST. Estes fatores poderiam basicamente ser divididos em três categorias: **características dos**

**pacientes (incluindo as condições sócio-demográficas), fatores socioculturais e sócio-ambientais, e características da instituição que provê o tratamento.**<sup>24</sup> Discutiremos aqui apenas os fatores relacionados às características dos pacientes.

Além das **condições sócio-demográficas** (educação, renda, ocupação, etnia, sexo, idade, religião, estado civil, e orientação sexual), existem outros fatores **relacionados aos pacientes** que incluem conhecimentos e crenças sobre saúde de um modo geral, saúde reprodutiva em particular, e formas de transmissão e sintomas das DST.<sup>24</sup> Todos estes fatores podem influenciar na busca por um atendimento médico.

Crenças sobre a **susceptibilidade individual**, sobre a **severidade**, e sobre o **tratamento das DST**, e a percepção sobre os **custos e benefícios em procurar ou não tratamento**, são fatores que têm sido relacionados com a demanda por serviços especializados em DST.<sup>24</sup> Amaro e Gornemann citam a relação que existe entre a preocupação dos indivíduos em contrair infecção pelo HIV e a crença na utilidade dos testes sorológicos, e também a importância que tem a motivação individual (planejamento de gravidez, por exemplo), em tais situações.<sup>24</sup>

Na pesquisa dos prontuários do Setor de DST-UFF foi possível verificar que 77,2% das pacientes do sexo feminino, e 71,7% dos pacientes do sexo masculino, encontravam-se sintomáticos, mesmo que tais sintomas não estivessem relacionados de fato ao problema das DST. Além disso, 46,0% das pacientes do sexo feminino, bem como 36,5% dos pacientes do sexo masculino, apresentavam motivos ligados à esfera preventiva: planejamento familiar, preventivo do câncer ginecológico, realização de sorologias, acompanhamento de DST já tratada em outro local, queixas por parte dos parceiros sexuais, abuso sexual. Estas observações colocam em evidência dois aspectos: primeiro, a percepção dos pacientes desta casuística quanto à possibilidade de seus sintomas poderem estar relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis, e segundo, a preocupação destes pacientes no tocante à prevenção. Podemos alcançar a importância da abordagem síndrome pela facilidade com que os pacientes puderam reconhecer a maioria de seus sintomas como ligados à área sexual.

Esta abordagem síndrome dos pacientes tem a vantagem de seu uso universal, principalmente nos locais de atendimento à saúde onde não existam grandes laboratórios disponíveis. A desvantagem do uso da abordagem síndrome podem ser suas baixas sensibilidade e especificidade. No entanto, se as prevalências das diferentes causas de uma síndrome são conhecidas em uma dada população, pode-se estabelecer estimativas de morbidade pelas diversas DST.<sup>2</sup>

No **gráfico 1**, onde é mostrada a distribuição mensal das consultas de 1ª vez, de acordo com o sexo dos pacientes, verifica-se que houve um aumento do número de consultas de primeira vez para as pacientes do sexo feminino a partir do mês de maio. Este fato pode ser atribuído à chegada de mais dois ginecologistas ao Setor de DST-UFF nesta época, o que pode ter gerado um incremento na realização de exames preventivos (colpocitologias). Outra possibilidade, difícil de ser mensurada, é a resposta da população aos trabalhos educativos junto à comunidade. Além disto, a partir de março foi incrementado o convênio com a BEMFAM permitindo assim aten-



ção à saúde, com distribuição gratuita de materiais, e desenvolvimento de práticas de planejamento familiar.

Encontramos nesta casuística três crianças vítimas de abuso sexual. O abuso sexual está relacionado a doenças sexualmente transmissíveis, sendo considerado problema de saúde pública.<sup>13</sup> Confirmando esta assertiva, verificamos que duas das três crianças levadas por seus responsáveis ao Setor de DST-UFF tiveram diagnóstico de sífilis. Segundo a literatura, é frequente o abuso sexual de crianças com idade inferior a 16 anos,<sup>26,27</sup> porém a sífilis seria uma complicação pouco frequente entre vítimas de abuso sexual.<sup>26</sup>

O atendimento a vítimas de estupro é complexo e necessita de vários cuidados tais como apoio psicológico, amparo jurídico, profilaxia das DST e prevenção de gravidez indesejada. Uma equipe multidisciplinar geralmente se faz necessária nestes casos.

## 5.2. As Doenças Sexualmente Transmissíveis/infecções genitais mais frequentes

Por ordem decrescente de frequência, os 790 casos de DST / infecções genitais que acometeram os 698 pacientes desta casuística foram os seguintes: cérvico-colpite bacteriana (32,0%), condiloma acuminado / infecção pelo HPV (21,9%), candidíase vulvovaginal (13,2%), gonorréia (8,9%), sífilis (6,7%), tricomoníase vaginal (6,5%), infecção pelo HIV / Aids (4,8%), UNG (3,7%), herpes genital (2,1%), e cancro mole (0,2%). Em período anterior, compreendendo quatro anos (1990 a 1993), os 1646 casos de DST / infecções genitais por ordem decrescente de frequência foram os seguintes: condiloma acuminado / infecção pelo HPV (41,1%), cérvico-colpite bacteriana (13,3%), sífilis (11,9%), gonorréia (7,6%), candidíase vulvovaginal (7,3%), UNG (4,7%), herpes genital (4,4%), infecção pelo HIV / Aids (4,1%), tricomoníase vaginal (3,4%), cancro mole (0,7%), escabiose (0,5%), LGV e pediculose (0,4% cada), e donovanose (0,2%).<sup>2</sup>

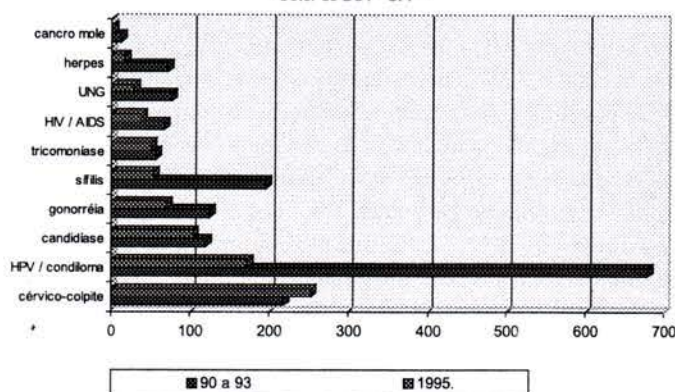
Comparando-se os dois períodos (1990 / 1993 e 1995) e retirando-se as DST / infecções genitais não-comuns a ambos, tivemos que as **cérvico-colpites bacterianas**, a **infecção pelo HPV / condiloma acuminado**, a **candidíase vulvovaginal**, a **gonorréia**, e a **sífilis** corresponderam a 82,7% dos diagnósticos mais frequentes em ambos os períodos, conforme mostra o **gráfico 22**.

### 5.2.1. Cérvico-colpite bacteriana (CCB)

Definida como a cérvico-colpite *não causada* por fungos, tricomonas ou gonorréia, é a **causa mais comum de cérvico-colpite**. Provavelmente é causada por uma infecção mista envolvendo bactérias aeróbias e anaeróbias que é geralmente, mas nem sempre, associada com a *G. vaginalis*.<sup>28</sup>

A denominação "cérvico-colpite" foi adotada nesta dissertação devido ao fato de geralmente ocorrer uma **coexistência de cervicitis com infecções vaginais**, especialmente nos casos de vaginite bacteriana e tricomoníase.<sup>29</sup>

Gráfico 22 - Frequências dos diagnósticos em 1990 / 1993 e 1995 - Setor de DST - UFF -



A frequência desta afecção é variável, dependendo da população estudada. Foi diagnosticada em 17 a 19% das mulheres que buscavam assistência ginecológica em setores de assistência familiar ou à saúde de estudantes, e em 24 a 37% das mulheres sintomáticas que procuravam assistência em clínicas de DST.<sup>30</sup> Nesta casuística, a CCB foi diagnosticada em 36,4% (253 / 694) das pacientes do sexo feminino que procuraram assistência médica no Setor de DST-UFF.

A literatura refere que até 50% das mulheres com vaginite bacteriana podem ser assintomáticas. Nas mulheres sintomáticas, odor vaginal desagradável e corrimento vaginal são as queixas mais comuns.<sup>14</sup> A frequência de pacientes com sintomas (corrimento vaginal e prurido vulvovaginal) decorrentes desta afecção, foi de 66,0% nesta casuística.

Entre as causas de **corrimentos vaginais sintomáticos**, as vaginites bacterianas respondem por 33% dos casos.<sup>31</sup> Em 338 pacientes que apresentavam corrimento vaginal, 156 (46,1%) tiveram diagnóstico de CCB.

O prurido é citado na literatura como inexistente na CCB,<sup>14,32</sup> enquanto é referido por outros autores, como sintoma desta afecção em até 15% das pacientes.<sup>11,28</sup> Entre as pacientes de nossa casuística, este sintoma estava presente em 22,5% dos casos.

Entre os critérios clínicos para diagnóstico da vaginite bacteriana, a presença das *clue cells* constitui-se, isoladamente, no preditor mais confiável para se fazer o diagnóstico desta afecção.<sup>14</sup> *clue cells* são células vaginais epiteliais escamosas exfoliadas recobertas com cocobacilos Gram-negativos (sugestivos de *G. vaginalis*), o que lhes confere um aspecto granuloso ou pontilhado, com desaparecimento das bordas celulares. Pelo menos 20% das células epiteliais observadas devem ser células "indicadoras" para que haja significado diagnóstico. Bastonetes Gram-negativos do gênero *Mobiluncus* também são responsáveis pela formação de *clue cells*, embora menos frequentemente que a *G. vaginalis*, e podem estar presentes nos casos de cérvico-colpites bacterianas.<sup>13,14</sup>

Existe correlação entre as presenças de *clue cells* e de vaginite bacteriana, mas não necessariamente entre a presença de *clue cells* e o isolamento de *G. vaginalis*.<sup>28</sup> Nesta casuística,



*clue cells* estavam presentes no exame direto da secreção vaginal de 29,7% das pacientes com cervico-colpíte bacteriana, sendo que havia presença simultânea de *clue cells* e de *G. vaginalis* em 7,8% das pacientes com este diagnóstico.

O papel da *G. vaginalis* na patogenia da vaginite bacteriana tem sido questionado devido às discrepâncias existentes entre os resultados encontrados por alguns autores. Esta bactéria pode ser isolada de pacientes com ou sem sintomas,<sup>28</sup> de adolescentes virgens,<sup>14</sup> e até mesmo, da uretra de maridos de mulheres com vaginite bacteriana recorrente.<sup>28</sup> A coloração pelo Gram tem **sensibilidade** de 93% e **especificidade** de 70% para fazer este diagnóstico.<sup>14</sup>

Atualmente, a presença da *G. vaginalis* é mais valorizada quando sua concentração no conteúdo vaginal é superior a 10<sup>7</sup> UFC / ml de secreção vaginal. Em mulheres sem vaginite, a concentração de *G. vaginalis* dificilmente ultrapassa a 10<sup>4</sup> UFC / ml de secreção vaginal.<sup>31</sup>

Em nossa casuística, a *G. vaginalis* foi visualizada ou isolada em 22,2% das mulheres com este diagnóstico.

### 5.2.2. Infecção pelo HPV / Condiloma acuminado

As verrugas genitais são conhecidas desde a Antigüidade,<sup>33</sup> sendo que há pouco mais de quatro décadas foi demonstrada **clínicamente** a possibilidade de transmissão sexual destas lesões.<sup>34</sup> O Papilomavírus humano, agente desta infecção, é um DNA-vírus e pertence à família dos Papovavírus, gênero Papilomavírus.<sup>33</sup>

Revisões de literatura têm feito referência ao aumento da incidência das verrugas genitais.<sup>33,35,36</sup> No entanto, a **incidência** de verrugas genitais é apenas um indicador indireto da incidência real de infecções do tracto genital feminino pelo HPV devido à existência de lesões sintomáticas mínimas, infecções subclínicas e infecções latentes.<sup>36</sup>

Informações a respeito da **prevalência** desta infecção provêm de alguns poucos estudos. No Reino Unido, as verrugas genitais estão em 4<sup>o</sup> lugar entre as DST mais comuns (após as infecções inespecíficas, a gonorréia e a candidíase) e, nos Estados Unidos, entre 1966 e 1984, houve um aumento de aproximadamente sete vezes no número de consultas em hospitais, consultórios e por telefone devido a verrugas genitais. No Brasil, os dados estatísticos são escassos.<sup>33</sup>

A maioria dos estudos realizados em clínicas de DST mostram que o sexo masculino é o mais frequentemente afetado pelas verrugas genitais.<sup>17</sup> Nosso estudo também evidenciou mais indivíduos do sexo masculino (64,2% dos casos) acometidos por infecção pelo HPV / condiloma acuminado.

Quanto à topografia das verrugas, as partes mais acometidas são: o freio, a corona e a glande (10 a 52%), o corpo do pênis (51%), e o prepúcio (8 a 33%) no sexo masculino, e vulva/clitóris (66%), vagina/intróito vaginal (37%) e a cérvix uterina (8%) no sexo feminino.<sup>33</sup> Em nossos pacientes, as verrugas se localizavam predominantemente sobre o pênis (90,5% das localizações no sexo masculino), e sobre a região vulvar (47,3% das localizações no sexo feminino).

A detecção de **infecções subclínicas** pelo HPV pode ser feita por meio de observação clínica (peniscopia, vulvosopia e colposcopia utilizando-se ácido acético a 5% e/ou azul de toluidina a 1%), através de métodos citológicos (esfregaços cervico-vaginal e de uretra distal) e histológicos, e pelo achado de partículas virais ou do DNA viral (microscopia eletrônica, imuno-histoquímica, hibridização molecular e reação em cadeia da polimerase). A **sensibilidade** e a **especificidade** destes métodos necessitam ser melhor estabelecidas.<sup>33,36,37</sup> Na prática diária, o diagnóstico se faz através dos achados da peniscopia, vulvosopia e colposcopia, associados ao encontro da coilocitose.<sup>38</sup> São causas de resultados **falsos-positivos** à peniscopia: processos inflamatórios e infecciosos (bacterianos ou fúngicos) na região interna do prepúcio distal, e microtraumas.<sup>38</sup>

A **coilocitose** é altamente característica de uma lesão provocada pelo HPV e praticamente sela o diagnóstico. O coilocito é uma célula grande com núcleo hiper cromático e anel perinuclear claro no citoplasma, sendo provavelmente resultante do efeito citopático provocado pela infecção pelo HPV sobre o epitélio. No entanto, existem tecidos infectados pelo HPV que não mostram coilocitose e, por isso, a ausência desta alteração em espécimens citológicos ou histológicos não descarta a possibilidade de infecção pelo HPV.<sup>36</sup>

De acordo com os resultados obtidos por alguns estudiosos do assunto, a peniscopia tem sido capaz de detectar lesões subclínicas por HPV em 60 a 100% dos parceiros de mulheres com infecção genital pelo HPV comprovada.<sup>33,37</sup> Em outro estudo, empreendido por um laboratório de patologia, baseando-se nos resultados obtidos a partir de esfregaços cervico-vaginais, encontrou-se uma prevalência de 3% de infecção subclínica por HPV.<sup>27</sup>

Entre os pacientes de nossa casuística, a peniscopia alargada foi capaz de detectar lesões subclínicas de infecção pelo HPV (confirmadas posteriormente por biópsia) em 29,2% (38 / 130) dos pacientes que se submeteram a este exame, e a colpocitologia tríplice corada foi capaz de detectar alterações citológicas sugestivas de infecção pelo HPV em 3,6% (17 / 478) das pacientes que foram submetidas a este exame. A utilização combinada do ácido acético a 5% e do azul de toluidina a 1%, embora possa aumentar a positividade da peniscopia na pesquisa de lesões subclínicas pelo HPV,<sup>37</sup> não foi realizada sistematicamente nos pacientes de nossa casuística que foram submetidos à peniscopia.

### 5.2.3. Candidíase vulvovaginal (CVV)

É a segunda causa mais freqüente de vaginite.<sup>31,39,40</sup> Estima-se que aproximadamente 75% de todas as mulheres têm ao menos um episódio de CVV durante suas vidas.<sup>39,40</sup>

A colonização genital de parceiros masculinos assintomáticos é quatro vezes mais comum em parceiros sexuais de mulheres infectadas. Geralmente os parceiros infectados são portadores de cepas idênticas às das pacientes com candidíase. A *Candida sp.* pode ser recuperada do ejaculado prostático



por meio de culturas. Apesar destas evidências, a confirmação da via sexual como meio de transmissão ainda é incerta.<sup>14,39</sup>

O sintoma mais freqüente da CVV é o prurido vulvar, presente em praticamente todas as pacientes sintomáticas. Corrimento vaginal mínimo, dispareunia e disúria também fazem parte do quadro clínico. Esta vulvovaginite exacerba-se no período pré-menstrual.<sup>14,40</sup> O **corrimento vaginal** foi a manifestação clínica mais freqüentemente relatada nos prontuários de pacientes que apresentavam esta infecção genital (58,6% dos casos).

Hifas e esporos de *Candida sp.* podem ser visualizados através do exame a fresco.<sup>13</sup> O preparado com KOH a 10% aumenta a sensibilidade do exame a fresco, mas a solução salina pode também ser utilizada para excluir a presença de *clue cells* e *T. vaginalis*.<sup>39</sup> A cultura da secreção vaginal deveria ser efetuada sempre que houvesse forte suspeita clínica em presença de microscopia negativa.<sup>39,40</sup>

O exame a fresco da secreção vaginal, realizado no próprio Setor de DST-UFF, evidenciou *Candida sp.* em 76,0% (79 / 104) das pacientes nas quais esta infecção foi diagnosticada, sendo que o restante das pacientes recebeu este diagnóstico através da colpocitologia tríplice corada, realizada no HUAP.

#### 5.2.4. Gonorréia

A etiologia gonocócica respondeu por 45,4% (60 / 132) das queixas sugestivas de uretrite entre os pacientes do sexo masculino, e por 1,8% (6 / 338) das queixas de corrimento vaginal. A presença de diplococos Gram-negativos ao exame direto, em paciente com quadro clínico de uretrite aguda, constitui base suficiente para o diagnóstico de gonorréia. Na mulher, há necessidade de cultura em meio seletivo.<sup>13,15,41</sup>

A coexistência de disúria e corrimento uretral é observada em 71% dos pacientes com uretrite gonocócica.<sup>13</sup> No presente estudo constatou-se tal ocorrência em 54,9% dos casos.

Pouco menos que 10% (20 / 201) dos adolescentes desta casuística apresentavam-se acometidos por gonorréia, enquanto que apenas 5,1% (50 / 981) dos pacientes não-adolescentes também estavam acometidos por esta infecção.

A literatura cita que a maioria dos casos de gonorréia ocorre entre pacientes do sexo masculino,<sup>41</sup> e mais freqüentemente entre os jovens na faixa etária entre 15 a 29 anos.<sup>41,42</sup> Além disso, apenas 10 a 20% das mulheres infectadas apresentam-se com secreção endocervical ou vaginal do tipo mucopurulenta.<sup>43</sup>

Os resultados por nós obtidos mostram predominância da gonorréia no sexo masculino (85,7% dos casos), sintomatologia mais exuberante entre os pacientes do sexo masculino, e acometimento mais importante em termos de freqüência entre os jovens adolescentes. Estes resultados vão ao encontro do que é citado na literatura.

#### 5.2.5. Sífilis

Vinte e cinco pacientes (47,2%) com sífilis encontravam-se na **fase recente de infecção**, caracterizada pela presença de cancro de inoculação, adenopatia satélite, roséolas e sífilides.

O diagnóstico desta infecção em sua fase recente é importante visto que as manifestações clínicas da sífilis exantemática, também conhecida como secundária, costumam desaparecer espontaneamente, mesmo sem tratamento, após 3 a 12 semanas. Após o desaparecimento da sífilis recente, se não tratados, os indivíduos entram na **fase latente** da sífilis,<sup>44</sup> com todas as graves consequências dela decorrentes.

Tem-se como clássico considerar infecção em atividade quando o resultado do VDRL for igual ou superior 1:16.<sup>4,45</sup> Títulos baixos (1:8) frente a quadro clínico suspeito, são sugestivos de doença.<sup>45</sup>

A **sensibilidade** dos testes sorológicos para a sífilis varia de acordo com o estágio evolutivo da doença,<sup>46</sup> conforme é mostrado na tabela abaixo:

**Tabela 10** – Sensibilidade dos teste sorológicos para sífilis.

	VDRL	FTA-abs
sífilis primária	59 a 87%	86 a 100%
secundarismo	100%	99 a 100%
sífilis latente recente	73 a 91%	96 a 99%
sífilis tardia	37 a 94%	96 a 100%

O **exame de campo escuro**, realizado a partir de material do cancro duro, tem sensibilidade de 60% quando o cancro tem menos de 15 dias de evolução, e de 30% quando o cancro possui mais de 15 dias de evolução. Na fase exantemática, o exame de campo escuro das lesões exsudativas tem sensibilidade de 50%.<sup>47</sup>

O VDRL possui **especificidade** de 99% na população considerada normal, mas esta especificidade pode diminuir para 60% em determinados grupos de pessoas (idosos, gestantes, viciados em drogas, portadores de doenças auto-imunes e de doenças crônicas) devido às reações falso-positivas biológicas (FPB). Estas reações FPB costumam apresentar baixos títulos (1:1 até 1:4), embora estes títulos eventualmente possam mostrar-se elevados. O FTA-Abs tem **especificidade** estimada em torno de 96 a 99%.<sup>48</sup>

Dois pacientes apresentavam VDRL com valores iguais a 1:2, sendo que o diagnóstico de sífilis, nestes pacientes, foi feito pela visualização do *T. pallidum* à microscopia de campo escuro (**fig. 3**). Os **testes sorológicos não-treponêmicos** costumam se tornar reatores quatro a sete dias após o aparecimento das lesões, muito embora possam não ser reatores em 13 a 41% dos indivíduos com sífilis em fase de cancro duro.<sup>44</sup>

O uso de drogas ilícitas (parenterais e não-parenterais) constitui-se numa das causas para o aumento da incidência de sífilis entre pacientes heterossexuais.<sup>44</sup> Onze (20,7%) entre os 53 pacientes com sífilis relatavam fazer uso de drogas.

Apenas dois (3,8%) dos 53 pacientes tinham relatos de hemotransfusão. A transfusão de sangue e derivados infectados constitui-se numa possível via de transmissão de sífilis,



Fig. 3 – Microscopia em campo escuro de raspado de lesão genital evidenciando bactérias espiroquetas, *T. pallidum*.



Fonte: Passos, MRL. 1995.

principalmente nos países em desenvolvimento, onde a triagem sorológica está aquém do ideal.<sup>44</sup>

### 5.2.6. Tricomoníase vaginal (TV)

É a terceira causa mais freqüente de vaginite.<sup>2</sup> O *T. vaginalis* é freqüentemente transmitido pela via sexual,<sup>6,14,49,50</sup> sendo que a tricomoníase pode ser encontrada em 30 a 40% dos parceiros sexuais masculinos de mulheres infectadas e em até 85% das parceiras sexuais de homens infectados.<sup>14</sup>

Esta infecção está associada de forma significativa ao **não-uso** de métodos contraceptivos de barreira.<sup>14,49</sup> **Nenhuma** das 51 pacientes desta casuística com TV referiam usar preservativo de forma rotineira.

Conforme a literatura, a TV tem sido diagnosticada em sete a 35% das mulheres nas clínicas de DST,<sup>14</sup> fato também verificado nesta casuística, já que acometeu 7,3% (51 / 694) do total das pacientes do sexo feminino.

A ausência de sintomas em 35,3% das pacientes bem como a ocorrência de corrimento vaginal em 56,9%, prurido vulvovaginal em 31,4% e dispareunia em 17,6% são plenamente condizentes com os relatos de outros autores.<sup>14,49</sup>

O diagnóstico usualmente é feito pelo exame direto da secreção do FSV com solução salina a 0,9%. No entanto, a realização de culturas da secreção vaginal pode oferecer uma sensibilidade mais elevada.<sup>38</sup> Quanto à **sensibilidade** dos métodos diagnósticos, temos: a do preparado salino situa-se entre 40 e 80%, a da colpocitologia tríplice corada situa-se entre 60 e 70%, e a da cultura em meio anaeróbio é de 95%.<sup>14</sup>

O exame direto mostrou-se extremamente útil no diagnóstico desta infecção, se levarmos em conta a positividade de 64,7% e a facilidade e a rapidez de execução.

Não foram realizadas culturas específicas para a *T. vaginalis*, porém atualmente o Setor de DST-UFF dispõe do In Pouch TV (BIOMED DIAGNOSTICS, INC.), sistema que pode aumentar a sensibilidade e a especificidade da detecção de *T. vaginalis*. Trata-se de meio seletivo para crescimento deste microrganismo, inibindo a proliferação de contaminantes. Um inóculo contendo de 1 a 10 microrganismos é suficiente para positivar o teste, enquanto que outras espécies de tricomonas não sobrevivem no meio.

### 5.2.7. Infecção pelo HIV / Aids

Quinze (2,2%) das 694 pacientes do sexo feminino, e 23 (4,7%) dos 488 pacientes do sexo masculino estavam infectados pelo HIV, sendo que nove (23,7%) destes 38 pacientes apresentavam-se sintomáticos. A relação entre o número de pacientes masculinos e femininos, portadores da infecção pelo HIV, nesta casuística, foi de 1,5. No mesmo Setor de DST-UFF foi verificada uma relação de 2,9 entre o número de pacientes masculinos e femininos (26 / 9) infectados pelo HIV, no período compreendido entre abril / 92 e outubro / 93.<sup>78</sup> Estes números consideráveis mostram a importância da realização rotineira do anti-HIV em clínicas que realizam atendimento às DST. Em nosso Setor, este exame é oferecido de rotina, sempre após orientação.

O Ministério da Saúde, segundo dados coletados até 31 de agosto de 1996, mostra uma relação de **casos de aids** no Brasil na ordem de três pacientes do sexo masculino para cada paciente do sexo feminino, no ano de 1995.<sup>51</sup> Podemos observar que esta relação poderia tornar-se ainda menor se considerássemos também, na medida do possível, a infecção assintomática pelo HIV.



No Brasil, o Ministério da Saúde mostra ainda uma **tendência decrescente** na relação de pacientes masculinos / femininos com aids desde 1983.<sup>25, 51</sup> Este fato também se verificou entre os pacientes atendidos no Setor de DST-UFF, quando se considerou também a infecção assintomática pelo HIV, ao se comparar dois períodos distintos (1993 / 1994 e 1995).<sup>52</sup> Em 1994 estimava-se que já existiriam no Brasil aproximadamente 60.000 mulheres, com idade superior a 15 anos, infectadas pelo HIV.<sup>25</sup>

No **gráfico 23** apresenta-se estudo comparativo entre as frequências relativas das faixas etárias, dos pacientes do Setor de DST nos quais foi diagnosticada infecção pelo HIV, nos períodos de 1993 / 1994 e 1995. Verifica-se que as faixas etárias de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos foram as mais infectadas pelo HIV, em ambos os períodos. Em 1993 / 1994, 70,6% dos pacientes tinham entre 20 e 39 anos, enquanto que em 1995, 83,8% dos pacientes infectados pelo HIV apresentavam idade entre 20 e 39 anos.

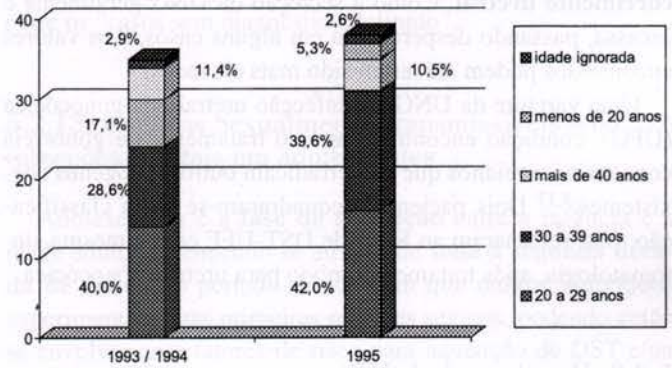
Alguns autores destacam a importância das ocupações dos pacientes no contexto epidemiológico da aids.<sup>4,47</sup> Entre os 38 pacientes infectados pelo HIV, tivemos: "trabalhadores de serviços" (onze pacientes); "prezadas do lar" (seis pacientes); "trabalhadores das profissões técnico-científicas e artísticas", "trabalhadores do comércio", e "desempregado" (três pacientes cada); "servidores civis e militares"; "trabalhadores da administração", "trabalhadores da produção industrial", "estudantes", e ocupação desconhecida (dois pacientes cada); "autônomo" e "trabalhadores da pesca" (um paciente cada). Destaque-se que apenas três (7,9%) possuíam ocupação de maior especialização.

Entre as 15 mulheres acometidas por esta infecção, as **donas-de-casa** constituíram a maioria (40,0%), o que aliado ao fato de serem casadas e possuírem parceiros fixos-exclusivos, não exclui o risco de adquirirem a infecção pelo HIV, geralmente através de seus próprios parceiros sexuais. Senão vejamos: 5,9% (6 / 101) das mulheres prezadas-do-lar, 2,0% (7 / 349) das mulheres com parceiro fixo-exclusivo, e 1,6% (2 / 128) das mulheres casadas estavam infectadas pelo HIV. Quando se considerou apenas as 36 mulheres casadas, com parceiro fixo-exclusivo, e prezadas-do-lar, tivemos que *todas* estavam acometidas por ao menos uma DST e/ou infecção genital e que uma (2,8%) era portadora da infecção pelo HIV.

Segundo Grangeiro, a alteração do perfil epidemiológico da epidemia nos últimos anos está relacionada com a predominância da transmissão por uso de **drogas injetáveis** e pela **via heterossexual**, levando a um aumento do número de casos entre indivíduos com padrão de vida de menor qualidade.<sup>53</sup>

Cinco (13,2%) dos 38 pacientes tinham na **via parenteral** uma possível forma de aquisição do HIV: três deles com história de hemotransusão e os outros dois pacientes, além de hemotransfundidos, faziam uso de drogas injetáveis. Outros seis pacientes referiam-se a uso de drogas, por via inalatória ou por via não-especificada. Segundo dados do Ministério da Saúde, o uso de drogas injetáveis e a transfusão sanguínea estavam presentes na história epidemiológica em 21,7% e 2,7%, respectivamente, dos casos de aids diagnosticados em 1995 no Brasil.<sup>51</sup>

Gráfico 23 - Distribuição dos casos de infecção pelo HIV de acordo com a faixa etária - Setor de DST-UFF - 1993 / 1994 e 1995



A técnica de ELISA apresenta elevadas **sensibilidade e especificidade**, ambas ao redor de 98,9%.

### 5.2.8. Uretrites não-gonocócicas (UNG)

Entre as uretrites agudas no sexo masculino **que não são causadas por gonococos**, destacam-se, pela frequência, as determinadas pelo *Ureaplasma urealyticum* (em 10 a 40% dos casos) e pela *C. trachomatis* (em 30 a 50% dos casos).<sup>16,17,18</sup> O *T. vaginalis*, fungos e o HSV são agentes etiológicos menos frequentes.<sup>16</sup> Deve ser lembrado que, quase sempre, as UNG são causadas por associações de microrganismos.<sup>18</sup> O isolamento da *G. vaginalis*, a partir da uretra de parceiros sexuais de mulheres com vaginites inespecíficas, é comum.<sup>28</sup>

A infecção por *C. trachomatis* foi diagnosticada em apenas um (3,4%) dos 29 pacientes com UNG, porém este microrganismo foi pesquisado em apenas oito destes pacientes, pois o equipamento mini-VIDAS, utilizado para diagnóstico da infecção por clamídia, foi adquirido pelo Setor de DST-UFF durante o ano de 1995.

Em 14 dos 29 pacientes (48,3%) não houve evidência de microrganismos ao exame direto e/ou cultura da secreção uretral. Nestes casos, no entanto, não houve uma pesquisa sistemática para germes que requerem exames laboratoriais mais complexos para sua detecção. Devemos levar em consideração também que o uso prévio de antibióticos e a micção antes do exame são outros fatores que podem ter influenciado desfavoravelmente a recuperação do agente etiológico. Segundo a literatura, o agente etiológico da UNG não consegue ser detectado em 20 a 40% dos casos.<sup>4,15,18</sup>

A literatura refere que nos dias atuais, em alguns países escandinavos, Inglaterra e EUA, a incidência de UNG supera a de uretrite gonocócica.<sup>16,17,18</sup> Entretanto, em diferentes clínicas de atendimento à DST, a proporção de casos de uretrites que são **não-gonocócicas**, no sexo masculino, pode variar entre 20 e 80%.<sup>16</sup> No Setor de DST-UFF, as UNG corresponderam a 29,3% (29 / 99) de todas as uretrites diagnosticadas em pacientes do sexo masculino que abriram seus prontuários em 1995.



Constatou-se que 89,6% (26 / 29) dos pacientes referiam **corrimento uretral**. Como a secreção da UNG geralmente é escassa, passando despercebida em alguns casos,<sup>16</sup> os valores encontrados podem até terem sido mais elevados.

Uma variante da UNG é a infecção uretral pós-gonocócica (UPG), condição encontrada após o tratamento de gonorréia com antimicrobianos que não erradicam outros patógenos coexistentes.<sup>4,17</sup> Dois pacientes, enquadraram-se nesta classificação, pois retornaram ao Setor de DST-UFF com a mesma sintomatologia, após tratamento prévio para uretrite gonocócica.

### 5.2.9. Herpes genital (HG)

Trata-se de uma infecção cuja incidência anual aumentou mais de dez vezes no período de 1966 a 1988 nos EUA, tornando-se a **doença ulcerativa genital** sexualmente transmissível mais diagnosticada naquele país.<sup>19,54</sup> Este aumento na incidência pode ser atribuído ao **número aumentado de parceiros sexuais**, à **precocidade da atividade sexual**, e à **falta de proteção imunológica** pela diminuição da incidência de infecção pelo vírus herpes tipo 1.<sup>54</sup>

O diagnóstico do HG **geralmente é clínico**, entretanto a citologia e a sorologia aumentam as chances de diagnóstico ao detectarem **formas subclínicas** de infecção.<sup>20</sup>

Em nossa casuística, o HG foi causa pouco freqüente de ulceração genital (4,2% dos casos). A média de idade da primeira relação sexual dos pacientes com HG foi de 17,1 anos, sendo que 47,1% (8 / 17) dos pacientes referiam que suas primeiras relações sexuais ocorreram antes dos 17 anos de idade.

Quatro (23,5%) dos 17 pacientes com HG tinham **múltiplos parceiros sexuais**, enquanto que apenas 6,3% dos 1182 pacientes desta casuística responderam que tinham múltiplos parceiros sexuais.

A **fig. 1** (página 13) mostra a presença de lesões exulceradas em região vulvar numa das pacientes de nossa casuística, acometida por herpes genital recorrente.

### 5.2.10. Cancro mole (CM)

Nos países desenvolvidos, o CM parece estar sob controle desde 1977,<sup>11</sup> com os casos novos surgindo principalmente em indivíduos do sexo masculino envolvidos com promiscuidade sexual e com consumo de drogas.<sup>55</sup> As mulheres assintomáticas ou oligossintomáticas, com múltiplos contatos sexuais, parecem atuar como reservatório do *H. ducreyi*.<sup>21,55,56</sup>

No Setor de DST-UFF, esta infecção praticamente se manteve estável em sua freqüência de diagnóstico em 1995, comparando-se com o período compreendido entre 1990 / 1993 (0,2% e 0,7%, respectivamente). Os dois casos de úlceras genitais devidas ao CM representaram 4,2% dos 48 casos de úlceras genitais verificadas em pacientes de ambos os sexos em 1995, sendo que os dois pacientes com esta infecção eram do sexo masculino.

A **fig. 2** (página 14) mostra a presença de lesões ulceradas num dos pacientes de nossa casuística, acometido pelo cancro mole.

### 5.2.11. Cervicite por clamídia

Em clínicas de atendimento às DST a **prevalência de infecção por clamídia** entre mulheres alcança 20%, ao passo que varia de 3 a 5% em mulheres assintomáticas na população geral. Fatores demográficos associados com maior risco de infecção por clamídia incluem: idades mais precoces, tez negra, estado civil "solteiro", e uso de contraceptivos orais.<sup>15,57</sup> A infecção por *C. trachomatis* associa-se freqüentemente com a gonorréia e a tricomoníase vaginal.<sup>15</sup>

Entre as mulheres sintomáticas, o corrimento vaginal está entre os sinais clínicos mais freqüentemente encontrados.<sup>57,58</sup> As mulheres podem também se queixar de disúria, dispareunia, e desconforto pélvico.<sup>58</sup>

A paciente de nossa casuística, na qual foi diagnosticada cervicite por clamídia, estava assintomática, era solteira, de cor branca, e tinha 28 anos de idade. Nesta paciente não foi diagnosticada outra DST e/ou infecção genital. Como explicado anteriormente, a propósito das UNG, a pesquisa deste microrganismo só foi incorporada à rotina laboratorial do Setor durante o ano de 1995.

### 5.2.12. Pacientes nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais

Incluam-se neste item 484 pacientes, dos quais 29,5% referiam **sintomas sugestivos** de DST e/ou infecções genitais: corrimento uretral, corrimento vaginal, balanopostite, e lesões ulceradas. Os pacientes com estas queixas permaneceram como "pacientes com diagnósticos inconclusivos" ou "pacientes com suspeita de DST e/ou infecções genitais". Apesar de apresentarem clínica, os pacientes podem ter feito uso de cremes, soluções, antibióticos, ou ter lavado a lesão antes do exame laboratorial, dificultando o achado ou recuperação do agente etiológico.

Muitas vezes, a etiologia das **ulcerações genitais** permanece desconhecida pelas seguintes razões: a) impossibilidade de efetuar todos ou alguns dos exames diagnósticos indicados; b) não-realização dos exames diagnósticos, apesar da exequibilidade destes; c) estágio avançado das lesões, dificultando a avaliação precisa através dos exames laboratoriais; d) a causa das lesões pode não estar entre as doenças investigadas. A **ulceração genital** pode ser determinada tanto por doenças transmitidas por via sexual quanto por outras causas menos comuns. Entre as causas incomuns podemos citar: abrasões e traumatismos, erupções farmacogênicas fixas, carcinomas, síndromes de *Reiter* e de *Behçet*, mononucleose infecciosa e úlceras aftosas.<sup>59,60</sup>

Tivemos 14 pacientes do sexo masculino com queixas de **corrimento uretral** nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, pois apresentavam-se **sem manifesta-**



ção clínica compatível quando da consulta médica. Existem recomendações, na literatura, no sentido de que os homens sintomáticos que não tiverem uretrite comprovada por ocasião da primeira consulta, sejam reavaliados posteriormente, pela manhã, antes da primeira micção.<sup>17,31</sup>

Salientam-se, a propósito, os relatos de grande prevalência de uretrites, gonocócicas ou não-gonocócicas **assintomáticas**.<sup>16,61</sup> Nestes casos, os pacientes podem servir como **reservatório** para disseminação da infecção por via sexual. Por este motivo, os parceiros sexuais destes pacientes deveriam também ser investigados, na tentativa de detectarem-se mais casos de infecções transmitidas sexualmente.

Das 338 pacientes com queixas de **corrimento vaginal**, 297 (87,9%) foram submetidas à colposcopia e a uma avaliação laboratorial da secreção cérvico-vaginal. As 41 pacientes restantes não foram submetidas à colposcopia por encontrarem-se em período menstrual, e não retornarem posteriormente ao Setor de DST-UFF.

Em 41 (13,8%) das 297 pacientes que realizaram colposcopia mais exame direto e/ou citologia da secreção cérvico-vaginal, não foram encontrados microrganismos patogênicos. No entanto, a literatura descreve que de 2 a 5% das infecções vaginais são devidas a causas não-determinadas.<sup>31,62</sup> Aproximadamente 10% das mulheres com queixas de corrimento apresentam apenas secreção mucóide fisiologicamente aumentada.<sup>62</sup>

A **balanopostite** é uma doença inflamatória envolvendo a glândula peniana e a superfície interna do prepúcio sobrejacente. Pode ser causada por fungos, bactérias, vírus ou protozoários. Entre as doenças infecciosas de possível transmissão sexual temos a candidíase, o herpes genital, o cancro mole, a sífilis recente,<sup>63</sup> e a gonorréia<sup>41</sup> (**fig. 4**). Entre as diversas causas não-sexualmente transmissíveis podemos citar a síndrome de Reiter, a dermatite de contato, e o eritema multiforme.<sup>60,63</sup>

Os trinta pacientes com esta manifestação clínica não tiveram confirmação etiológica por meios laboratoriais, permanecendo entre os "casos sem diagnóstico definido".

### 5.2.13. Doenças Sexualmente Transmissíveis e/ou infecções genitais em adolescentes

Adolescência é a **fase de transição** entre a infância e a idade adulta, estendendo-se através de **toda a segunda década de vida**. É o período da vida em que muitos indivíduos experimentam suas primeiras relações sexuais, podendo então se envolver com fatores de risco para aquisição de DST e/ou infecções genitais.<sup>64</sup>

A adolescência pode ser dividida em **duas fases** distintas: de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos de idade. Esta divisão leva em consideração as características evolutivas dos adolescentes. Na primeira fase da adolescência (10 a 14 anos de idade) observam-se alterações biológicas por conta de modificações endócrinas, e alterações comportamentais ligadas ao desenvolvimento psicossocial e cognitivo e à estruturação da personalidade. Na segunda fase da adolescência ocorre a formação da identidade individual e a constituição corporal adulta.<sup>64</sup>

Entre os adolescentes de nossa casuística encontramos elevada frequência de gestantes solteiras (5,5% das adolescentes femininas), de pacientes com múltiplos parceiros (10,5% dos adolescentes masculinos e 8,3% das adolescentes femininas), e pequena frequência de uso rotineiro de preservativos (17,4% das adolescentes femininas e 21,0% dos adolescentes masculinos).

A respeito da multiplicidade de parceiros sexuais, certos autores consideram que esta conduta sexual durante a adolescência representa mais um estágio na vida do adolescente, que propriamente um estilo de vida.<sup>65</sup> De qualquer forma, tais dados põem em evidência que muitos adolescentes de nossa

Fig. 4. Balanopostate devido à Gonorréia



Fonte: Passos, MRL. 1995



casuística não tiveram adequada educação em saúde, pelo menos no que diz respeito à esfera sexual.

A maior parte (65,8%) dos 111 diagnósticos de DST e/ou infecções genitais realizados entre as 144 adolescentes do sexo feminino eram de infecções vaginais (cérvico-colpíte bacteriana, candidíase e tricomoníase).

Entre os 57 adolescentes do sexo masculino predominaram as uretrites (14 gonocócicas e uma não-gonocócica), as quais responderam por 44,1% dos 34 diagnósticos realizados.

A infecção pelo HPV / condiloma acuminado e a sífilis também foram freqüentes entre os adolescentes, em ambos os sexos. Dos dez diagnósticos de gonorréia realizados em pacientes do sexo feminino, a metade ocorreu entre adolescentes.

Dois adolescentes desta casuística estavam infectados pelo HIV, ambos no estágio assintomático desta infecção. Estes dois casos corresponderam a 5,3% dos 38 casos de infecção pelo HIV, diagnosticados no Setor de DST-UFF em 1995. No mesmo Setor de DST-UFF, no período de 1993 / 1994, os adolescentes representavam 17,1% dos 35 casos diagnosticados desta infecção.<sup>52</sup>

#### 5.2.14. Doenças Sexualmente Transmissíveis e/ou infecções genitais em gestantes

Algumas DST e/ou infecções genitais, quando acometem as mulheres durante o período gestacional, podem causar: gestação ectópica, abortamentos espontâneos, natimortalidade, prematuridade, infecções congênitas perinatais, infecções puerperais, septicemias materna e do recém-nascido, além de dificultar ou até mesmo impedir a gestação.<sup>66,67</sup> Trinta e oito DST e/ou infecções genitais acometeram 28 gestantes desta casuística.

A infecção pelo HPV / condiloma acuminado foi o diagnóstico mais freqüente, atingindo 44,1% das gestantes desta casuística. Quatorze pacientes apresentavam-se com verrugas genitais, sendo que muitas destas gestantes com condiloma acuminado foram encaminhadas de outros serviços médicos para tratamento no Setor de DST-UFF.

A gravidez tem sido implicada como fator associado ao surgimento e crescimento de lesões genitais condilomatosas.<sup>33,66</sup> Este crescimento, por vezes exagerado, das verrugas genitais pode estar relacionado com a redução transitória da imunidade celular materna durante a gestação, com a elevação do nível estrogênico e com o aumento da vascularização e da umidade da genitália da gestante.<sup>33</sup> As conseqüências da presença de verrugas genitais durante a gravidez, podem ser a obstrução do canal de parto e a papilomatose genital e laríngea recorrentes na infância.<sup>3,30,36,68</sup>

Em 26,5% das gestantes desta casuística se fez o diagnóstico de **cérvico-colpíte bacteriana**, com a *G. vaginalis* estando presente em quatro destas gestantes. A *G. vaginalis*, o *Ureaplasma urealyticum*, bactérias anaeróbias presentes na microbiota vaginal, os estreptococos do grupo B, bactérias Gram-negativas, e também o *Haemophilus influenza* podem causar corioamnionite e endometrite puerperal.<sup>66,67</sup> Os estreptococos do grupo B podem causar infecções generalizadas em

recém-nascidos, abortamento espontâneo, e desencadear um trabalho parto prematuro.<sup>5,67</sup>

A **tricomoníase vaginal**, diagnosticada em 13,2% das gestantes da presente casuística, não parece produzir complicações maternas ou fetais,<sup>67</sup> porém em nossa opinião propicia o surgimento de um meio vaginal potencialmente facilitador para complicações infecciosas.

A **candidíase vulvovaginal**, encontrada em 11,8% das gestantes da presente casuística, pode infectar o concepto durante a gestação ou durante o parto. Infecção pulmonar disseminada e infecção mucocutânea são as principais manifestações clínicas no período perinatal.<sup>69</sup>

A **sífilis** foi diagnosticada em 11,8% das gestantes desta casuística. O *T. pallidum* pode causar pneumonia no recém-nascido,<sup>5</sup> abortamento espontâneo,<sup>3,68</sup> trabalho de parto prematuro,<sup>67</sup> natimortalidade,<sup>3,67,68</sup> e embriopatias.<sup>3,44,68</sup> O Ministério da Saúde mostra, em seu Boletim Epidemiológico, que a **sífilis congênita** respondeu por 3,0% de todos os casos de sífilis notificados no Brasil no período de 1987 a 1996.<sup>13</sup>

A **infecção assintomática pelo HIV** estava presente em uma (2,9%) das 34 gestantes desta casuística. A literatura cita que esta infecção pode estar associada com baixo peso ao nascimento<sup>66</sup> e prematuridade.<sup>3,66,68</sup> As estimativas da taxa de transmissão vertical do HIV variam muito, com diversos estudos mostrando um risco entre 7 a 40%.<sup>66,70,72,73</sup>

O Ministério da Saúde, através de seu Boletim Epidemiológico, mostrou que a **transmissão perinatal** foi responsável por 2,7% dos casos de aids diagnosticados em 1995.<sup>51</sup>

Em dezembro de 1995, foi sancionada uma lei pelo governo do Estado do Rio de Janeiro que institui a obrigatoriedade, por parte das empresas conveniadas ao Sistema Único de Saúde, da realização do teste imunológico para o HIV no período pré-natal. Esta lei ressalva que além de se proceder ao esclarecimento prévio acerca do teste deve haver o consentimento por parte da gestante para sua realização.<sup>71</sup> A detecção precoce da infecção materna pelo HIV permite que a gestante tenha um acompanhamento pré-natal especializado, incluindo avaliação de seu status imunológico e profilaxia contra doenças oportunistas.

Como podemos observar, a presença de uma infecção sexualmente transmissível durante a gestação pode acarretar sérias conseqüências, tanto para a gestante quanto para o feto. A detecção precoce de uma infecção materna durante a gestação é muito importante, pois com base nele pode-se evitar muito sofrimento para os pais e custos com assistência médica. Apenas para citar dois exemplos, o tratamento precoce da sífilis durante a gestação pode diminuir a incidência de complicações fetais,<sup>67</sup> e o uso de AZT durante a gravidez, no parto, e no período neonatal por seis semanas, pode reduzir o risco de transmissão do HIV da gestante ao concepto em quase 70%.<sup>70</sup>

#### 5.2.15. Associações de Doenças Sexualmente Transmissíveis e/ou Infecções Genitais

A literatura tem dado importância às possíveis associações que podem ocorrer entre as DST / infecções genitais.



Entre as diversas possibilidades de associações, podemos citar: a *G. vaginalis* e o *T. vaginalis* produzem amíde infecções vaginais concomitantemente;<sup>32</sup> mulheres com tricomoníase freqüentemente têm gonorréia;<sup>49</sup> as uretrites não-gonocócicas podem ocorrer com associações de microrganismos.<sup>18,49</sup> Recentemente, um estudo realizado com 73 doentes com aids mostrou que as infecções que mais se associaram com a infecção pelo HIV, em ordem decrescente, foram: hepatite B (presente em 71,2% dos 73 pacientes), sífilis (em 32,9%), herpes genital (em 19,2%), e gonorréia (em 15,1%).<sup>52</sup>

As **doenças ulcerativas genitais** (cancro mole, sífilis e herpes genital),<sup>2,7,9,10</sup> bem como as **uretrites** (gonocócicas e não-gonocócicas)<sup>74</sup> têm grande importância nos aspectos epidemiológicos e de prevenção devido ao **risco aumentado de transmissão do HIV**. Homens soropositivos para o HIV-1 com uretrite podem apresentar no sêmen concentrações de RNA do HIV-1 oito vezes mais elevadas que homens soropositivos sem uretrite; além disso, o tratamento da uretrite pode fazer com que os níveis de RNA viral no sêmen caiam significativamente.<sup>74</sup>

Candidíase vulvovaginal associada à cérvico-colpite bacteriana, com onze casos no sexo feminino, e sífilis associada à infecção pelo HPV / condiloma acuminado, com sete casos no sexo masculino, constituíram as associações de diagnósticos mais freqüentes na presente casuística.

### 5.3. Distribuição das variáveis individuais e determinantes socioeconômico e culturais entre os pacientes nos quais foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais e nos pacientes nos quais não foram diagnosticadas tais enfermidades

Certas características demográficas tais como idade, sexo, estado civil, *status* socioeconômico, orientação sexual e nível de educação, são consideradas como fatores que podem ter influência sobre determinadas condutas de risco para aquisição de DST.<sup>2,7,65</sup>

**Idade e gênero** podem ter influência na **quantidade** e no **modo de selecionamento** dos parceiros sexuais. Estudos norte-americanos, realizados em mulheres que procuraram serviços de planejamento familiar em 1987, verificaram que a idade destas mulheres era inversamente relacionada ao número de parceiros sexuais.<sup>65</sup> As mulheres, também, tendem a escolher seus parceiros sexuais de uma forma menos casual.<sup>19</sup>

O **estado civil** tem influência sobre a conduta sexual. Indivíduos divorciados e separados, e os que nunca foram casados, têm uma tendência maior em estabelecer condutas sexuais de risco do que os indivíduos casados.<sup>65</sup>

O meio social pode ter influência sobre crenças e atitudes individuais, e estas crenças e atitudes individuais, por sua vez, podem ter efeito sobre a conduta pessoal. Fatores associados com o *status* socioeconômico podem estar relacionados com condutas de risco para aquisição de DST.<sup>65</sup>

A homossexualidade masculina é citada na literatura como uma característica individual que pode levar a um aumento na

freqüência de relações sexuais e na quantidade de parceiros sexuais e conseqüentemente, levar a um aumento na incidência de DST neste grupo de pessoas.<sup>65</sup>

O **nível de educação** pode influenciar na duração da infecção de uma DST na medida em que ocorra um retardamento na procura por um atendimento médico.<sup>65</sup>

Em relação ao presente trabalho, a **renda familiar** serviu como medida indireta do *status* socioeconômico dos pacientes, e os **níveis de escolaridade** e de **educação sexual** serviram como medidas do nível de educação dos pacientes.

Ao compararmos os gráficos 13 a 16 observamos que os pacientes com 20 a 29 anos de idade, os heterossexuais, os solteiros, os pacientes com até o 1<sup>o</sup> grau completo, os pacientes com renda familiar de até cinco salários, e os pacientes com nenhuma / pouca educação sexual foram as **categorias** mais freqüentes dentro das seis variáveis sob estudo, entre os pacientes **nos quais foram** e **nos quais não foram** diagnosticadas DST / infecções genitais, em ambos os sexos. Estas categorias, no entanto, também foram as mais freqüentes, considerando-se o total de pacientes da presente casuística.

Em ambos os sexos, considerando-se a presença ou não do diagnóstico de DST e/ou infecções genitais, ocorreram diferenças na **ordem de freqüência das categorias** somente nas seguintes variáveis: faixa etária e estado civil.

No **sexo masculino**, os pacientes com "40 anos ou mais de idade" foram mais freqüentes do que os "adolescentes de 15 a 19 anos de idade", quando não havia diagnóstico de DST e/ou infecção genital, ocorrendo o inverso quando havia presença destas enfermidades. Ainda entre os pacientes deste sexo, os "casados" foram mais freqüentes do que os "solteiros com companheira(o)" quando não havia diagnóstico de DST / infecção genital, ocorrendo o inverso quando houve diagnóstico destas enfermidades.

No **sexo feminino**, as faixas etárias de "20 a 29 anos", de "30 a 39 anos" e de "40 anos ou mais" foram as mais freqüentes quando não houve diagnóstico de DST / infecção genital, e as faixas etárias de "15 a 19 anos", de "20 a 29 anos" e de "30 a 39 anos" foram as mais freqüentes quando houve diagnóstico destas enfermidades. Ainda entre as pacientes deste sexo, as pacientes "casadas" foram mais freqüentes do que as "solteiras com companheiro(a)", não importando se um diagnóstico de DST / infecção genital estivesse presente ou não.

Estas diferenças sutis que ocorreram mostram que, em ambos os sexos, as idades dos pacientes tendiam a ser menores quando os pacientes estavam acometidos pelas DST e/ou infecções genitais. Assim, 88,1% dos pacientes do sexo masculino e 82,3% das pacientes do sexo feminino, **com diagnóstico** de DST e / ou infecções genitais, tinham idade entre 15 a 39 anos, e 88,7% dos pacientes do sexo masculino e 78,1% das pacientes do sexo feminino, **sem tais diagnósticos**, tinham idade acima dos dos 20 anos.

Quanto ao estado civil, os pacientes "**casados**" do sexo masculino foram mais freqüentes do que os pacientes "solteiros com companheira(o)" somente entre os pacientes que **não tiveram** diagnóstico de DST e/ou infecções genitais, porém o mesmo não se verificou entre as pacientes do sexo feminino,



onde as pacientes "casadas" predominaram em termos quantitativos sobre as "solteiras com companheiro(a)".

#### 5.4. Fatores comportamentais que podem ter contribuído para a aquisição das DST e/ou infecções genitais

A elevada quantidade de parceiros sexuais, o uso de drogas, determinados tipos de práticas sexuais (anal, oral), a frequência aumentada de relações sexuais, e o não-uso de preservativo rotineiramente são citados na literatura como condições que colocam as pessoas sob risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis.<sup>1,2,65,75</sup> Queríamos também saber se a existência de relações extra-conjugais, quando referida pelos pacientes, poderia estar associada à presença do diagnóstico de uma DST e/ou infecção genital. Todas estas variáveis foram analisadas estatisticamente no ítem 4.5, sendo que apenas no caso da prática de **coito anal passivo** a hipótese de independência entre a existência destes fatores comportamentais e a ocorrência ou não de DST e/ou infecções genitais foi *rejeitada*. Para os demais fatores comportamentais, **a ocorrência ou não de DST e/ou infecção genital foi independente da presença ou não destes fatores comportamentais**.

Entretanto, foram considerados **todos os diagnósticos** realizados nestes pacientes, inclusive as infecções genitais. De todos os diagnósticos realizados nesta casuística, porém, somente a sífilis, a gonorréia, a uretrite por *C. trachomatis*, e o cancro mole são consideradas infecções **essencialmente** transmitidas por contacto sexual.<sup>4,5,6</sup>

Aplicando-se o teste do qui-quadrado para testar a hipótese de que a ocorrência ou não das infecções essencialmente transmitidas por contacto sexual independia da presença não-combinada destes fatores comportamentais, mostrou-se que a hipótese deve ser *rejeitada* quando se considera a **quantidade de parceiros sexuais** ( $\chi^2$  calculado = 28,32 /  $p = 0,05$ ), o **uso de drogas** ( $\chi^2$  calculado = 14,89 /  $p = 0,05$ ), a **prática do coito anal ativo** ( $\chi^2$  calculado = 12,83 /  $p = 0,05$ ) e a prática de **relações extra-conjugais** ( $\chi^2$  calculado = 8,54 /  $p = 0,05$ ), indicando que **a ocorrência ou não de infecções essencialmente transmitidas por via sexual estava associada à presença destes fatores comportamentais**. Para fins de cálculos, os pacientes que **não eram** portadores de infecções essencialmente transmitidas por via sexual, e os pacientes nos quais não foram diagnosticadas DST e/ou infecções genitais, foram considerados conjuntamente.

A ocorrência de infecção essencialmente transmitida por via sexual apresentou, nesta casuística, independência em relação ao uso rotineiro, ou não, de preservativo ( $\chi^2$  calculado igual a 0,27 para  $p > 0,05$ ). Porém, este ítem do prontuário foi colocado de forma fechada, não sendo verificado pelo entrevistador o **período de tempo** em que o paciente vinha fazendo uso rotineiro do preservativo, **como e com quem** este preservativo era usado etc.

Embora o preservativo não ofereça proteção total contra a transmissão de agentes infecciosos (devido à qualidade do produto, aos tipos de práticas sexuais, ou à forma como o produto é utilizado), é de bom alvitre usá-lo corretamente. O preservativo pode proteger seu usuário contra doenças adquiridas pelo contato com órgãos genitais e secreções (vaginais, uretrais, cervicais e retais) infectadas.<sup>76,77</sup>

#### 5.5. Frequência do uso rotineiro de preservativo masculino de acordo com algumas variáveis comportamentais, socioeconômico e culturais

O preservativo tem sido utilizado principalmente como meio de se evitar gravidez, e seu uso como meio de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis tem encontrado resistência por parte de muitas pessoas, que alegam não terem necessidade de usá-lo.<sup>78,79</sup> Os motivos mais frequentemente citados na literatura para **não se usar o preservativo masculino** são: parceiros sexuais fixos, ausência de relação sexual promíscua, ou simplesmente pelo fato de não se gostar de usá-lo.<sup>79</sup>

Sem dúvida, o surgimento recente da aids resultou numa preocupação crescente por parte das pessoas sexualmente ativas em como evitar esta doença. Uma vez que é difícil atuar sobre o comportamento sexual pois este segue uma lógica diferente daquela da saúde pública, o uso de condons tem recebido destaque como meio de prevenção às DST / Aids.<sup>79</sup>

A grande dificuldade em relação ao uso do preservativo durante as relações sexuais ocorre quando um dos parceiros, ao usar ou solicitar ao outro o uso do preservativo, levanta suspeitas sobre seu estado de saúde e sobre sua vida sexual.<sup>79</sup>

Em nossa casuística, verificamos que o uso rotineiro de condons **aumentava percentualmente** à medida que aumentava o grau de escolaridade, o nível de renda familiar, o nível de educação sexual, e a quantidade de parceiros sexuais dos pacientes. Também, o uso rotineiro de condons foi mais frequente entre os pacientes solteiros, entre os pacientes com 20 a 29 anos de idade, e entre os homo / bissexuais masculinos. Poucos pacientes que mantiveram relações extra-conjugais usavam o preservativo de forma rotineira. A literatura mostra que as pessoas que possuem **um nível socioeconômico e cultural mais elevado** e as que tendem a possuir **maior número de parceiros sexuais** foram as que mais rapidamente se adaptaram ao surgimento da aids, adotando várias estratégias de prevenção, entre elas o uso de preservativo.<sup>10,79</sup>

As pacientes do sexo feminino fizeram uso rotineiro do preservativo com uma frequência ainda menor que os pacientes do sexo masculino. Ainda segundo a literatura, as mulheres também não gostam de usar preservativos, em parte devido às dificuldades criadas pelos homens quanto ao uso deste meio de prevenção das DST.<sup>79</sup>



## 5.6. Motivos do retorno dos pacientes ao Setor de DST-UFF

O retorno dos pacientes aos serviços especializados em doenças sexualmente transmissíveis, para fins de acompanhamento clínico, faz parte de uma estratégia de controle para várias DST.<sup>76</sup>

O retorno se torna mais importante para determinadas doenças tais como sífilis, cancro mole e doença inflamatória pélvica, e para aqueles pacientes que precisam fazer uso de um medicamento com múltiplas doses. Por outro lado, o seguimento dos pacientes se torna menos importante quando o tratamento utilizado é altamente efetivo, quando a aderência ao tratamento é altamente provável, e quando o principal objetivo do tratamento é a retirada dos sintomas ao invés da cura (nos casos de condilomas genitais e de herpes genital).<sup>76</sup>

Em nossa casuística, podemos observar que os índices de retorno dos pacientes, de acordo com a presença de uma determinada doença, variaram de 60,8% a 83,9% entre as pacientes do sexo feminino, e de 63,0% a 100,0% entre os pacientes do sexo masculino. Ademais, o retorno dos pacientes ao Setor de DST-UFF foi maior entre os pacientes que receberam ao menos um diagnóstico de DST e/ou infecção genital, quando comparado com os pacientes que não receberam estes diagnósticos (71,3% versus 49,6%, respectivamente). O retorno de 79,2% dos pacientes acometidos por sífilis ao Setor de DST-UFF foi considerado muito satisfatório.

Os pacientes infectados pelo HIV têm alta incidência de sífilis e de infecção genital pelo HPV.<sup>36,44</sup> No caso da sífilis, recomenda-se uma monitorização rigorosa dos títulos de VDRL devido à maior possibilidade de fracasso terapêutico em portadores do HIV.<sup>10,44</sup> Os condilomas acuminados tendem à recorrência nos portadores do HIV, e a resposta ao tratamento pode ser mais prolongada.<sup>10</sup> Quatorze (45,2%) dos 31 pacientes infectados pelo HIV **que retornaram** ao Setor de DST-UFF apresentavam outros diagnósticos concomitantemente, tendo sido a **infecção pelo HPV e/ou condiloma acuminado** e a **sífilis** os mais comuns.

Comparando-se o conjunto de pacientes que retornaram com o conjunto de todos os pacientes desta casuística, verificou-se que houve **semelhança na estratificação de categorias** quanto ao local de domicílio, nível de renda familiar, nível de escolaridade, e nível de educação sexual dos pacientes.

Cabe neste item destacar-se que como no nosso serviço há uma grande rotatividade de alunos de graduação e pós-graduação, que fazem atendimento, é possível supor que alguns pacientes possam ter retornado, contudo, não sendo registrado no prontuário. Isto é possível uma vez que alguns pacientes retornam para "pegar" resultados de sorologias e estando assintomáticos não se interessam por uma consulta médica, apenas desejam saber resultado do exame. Outra possibilidade está na hipótese de cura dos sintomas levando ao paciente imaginar que não necessita mais retornar. É possível ainda imaginar que o paciente tenha voltado mas não tenha conseguido ser atendido devido ao número grande de pessoas que procuram o serviço e pelo número pequeno de profissionais para o atendimento.

## 5.7. Pacientes com parceiros sexuais em acompanhamento médico

O controle das DST, para ser efetivo, deve objetivar o diagnóstico e tratamento das pessoas que se apresentam aos serviços de saúde, bem como a localização e tratamento dos contactantes das pessoas que se mostraram infectadas. O convite para acompanhamento médico aos parceiros sexuais permite também que a **educação sobre saúde sexual** se estenda a um número maior de pessoas sob risco de infecção.<sup>80</sup>

Através do levantamento dos prontuários, constatou-se que apenas 20,3% (241/1182) dos pacientes atendidos em 1995 no Setor de DST-UFF tinham registro no prontuário **ao menos um** de seus parceiros sexuais sob supervisão médica. Este percentual pouco se alterou quando considerou-se os pacientes portadores de DST e/ou infecções genitais, os pacientes sem tais diagnósticos, ou ainda os pacientes com DST essencialmente transmitidas por via sexual.

Acreditamos que o número de pacientes com parceiros sexuais atendidos seja bem maior, porém sem registros nos prontuários. Além disso, a procura dos parceiros por assistência médica pode ter ocorrido após o término do levantamento dos dados da presente pesquisa. É pertinente acreditar que muitos dos pacientes foram atendidos no Setor de DST sem referir-se ao prontuário de seu parceiro. Durante a pesquisa nos departamentos com tal problema. Imediatamente e aleatoriamente inquerimos a trinta pacientes sobre acompanhamento médico de seus parceiros. O resultado foi interessante: 16 (53%), estavam em acompanhamento no próprio Setor de DST, 9 (30%) estavam sendo acompanhados em outros serviços e apenas 5 (16%), realmente não sabiam sobre este procedimento. Isto pode demonstrar que, embora não haja registro, nosso "acompanhamento bem como o nível de responsabilidade e entendimento desta população encontra-se bem satisfatório.

## 6. CONCLUSÕES

Acredita-se que ao terminar o trabalho conseguiu-se expor e discutir os aspectos epidemiológicos mais importantes dos 1182 pacientes estudados.

Não se encontrou estudo semelhante na literatura no que diz respeito aos **motivos mais frequentes que levaram os pacientes a procurarem atendimento médico**, nem ao que se refere aos **índices de retorno dos pacientes**, ou ainda, concernente ao **acompanhamento médico dos parceiros sexuais**. Por este motivo, a comparação de nossos resultados com a literatura ficou de certa forma prejudicada, carecendo-se, dessa forma, de estudo inicial como o presente, do tipo **transversal descritivo**.

Outras pesquisas sobre o assunto se fazem também necessárias, principalmente **estudos de intervenção**, nos quais podem-se remover fatores suspeitos de serem prejudiciais à avaliação do fenômeno.

De acordo com os objetivos estabelecidos, concluiu-se o que se segue:

- a) a pesquisa dos prontuários permitiu identificar os **motivos mais frequentes que levaram os pacientes a procurar**



**atendimento no Setor de DST-UFF.** A distribuição mensal das consultas de primeira vez mostrou um aumento da procura de atendimento, por parte das pacientes do sexo feminino, a partir do mês de maio, porém não houve uma determinada DST ou infecção genital que pudesse ser responsabilizada por este aumento do número de consultas de primeira vez.

- b) as doenças infecciosas de possível transmissão sexual apresentaram **peculiaridades** quando foram considerados os seguintes aspectos demográficos dos pacientes: sexo, adolescência e gestação. Assim, as infecções cervico-vaginais (por bactérias, por *Candida sp.* e por *T. vaginalis*) constituíram os diagnósticos mais frequentes entre as pacientes do sexo feminino, enquanto que a infecção pelo HPV / condiloma acuminado, a gonorréia, a sífilis, a infecção pelo HIV / Aids e o herpes genital foram mais diagnosticados entre os pacientes do sexo masculino.

Entre as 34 gestantes, a infecção pelo HPV / condiloma acuminado foi o diagnóstico mais frequente. Entre os adolescentes do sexo masculino, a gonorréia revelou-se o diagnóstico predominante.

A cervico-colpite bacteriana, no sexo feminino, e a infecção pelo HPV / condiloma acuminado, no sexo masculino, foram os diagnósticos mais envolvidos em associações com outras infecções.

- c) houve semelhança de distribuição das características demográficas e socioeconômico e culturais entre os pacientes de ambos os sexos, portadores ou não de DST e/ou infecções genitais.
- d) quando se consideraram *todos os diagnósticos de DST e/ou infecções genitais* desta casuística, somente a prática de **coito anal passivo** se mostrou associada de forma significativa à presença destas enfermidades entre os pacientes. No entanto, ao se considerar apenas as *infecções essencialmente transmitidas por via sexual*, a prática de **coito anal ativo**, a **quantidade de parceiros sexuais**, o **uso de drogas** e a prática de **relações extra-conjugais** se correlacionaram de forma significativa à prevalência destas infecções entre os pacientes desta casuística.
- e) algumas variáveis comportamentais (quantidade de parceiros sexuais, e preferência sexual) e certos determinantes sócio-econômico-culturais (escolaridade, renda familiar, educação sexual, estado civil, faixa etária) foram avaliados em relação à prática do uso rotineiro de preservativo durante as relações sexuais.

Os pacientes que apresentavam nível socioeconômico e cultural mais elevado, os solteiros, os pacientes com 20 a 29 anos de idade, e os pacientes que tendiam a ter maior número de parceiros, foram os que mais fizeram uso rotineiro de preservativo masculino.

- f) entre os pacientes que retornaram ao Setor de DST-UFF existiam, proporcionalmente, mais pacientes com diagnóstico de DST e/ou infecções genitais do que pacientes nos quais não foram diagnosticadas tais enfermidades.

Em relação a cada um dos diagnósticos realizados, os índices de retorno dos pacientes ao Setor de DST-UFF foram sempre superiores a 60,0% em ambos os sexos.

O local de domicílio e os níveis de renda familiar, de escolaridade, e de educação sexual dos pacientes parecem não ter influenciado no retorno dos pacientes ao Setor de DST-UFF.

- g) apenas uma pequena percentagem dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de DST-UFF em 1995 tinha registro em seus prontuários acerca do acompanhamento médico de seus parceiros sexuais.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que tivemos a oportunidade de empreender nos mostrou o caminho que já foi percorrido e o quanto ainda temos pela frente.

Em nove anos de funcionamento, o Setor de DST-UFF vem crescendo em termos não somente do número de atendimentos mas também em formação de recursos humanos, capacitação técnica, recursos materiais, e divulgação para a sociedade da importância do combate às Doenças Sexualmente Transmissíveis. Já tivemos oportunidade de participar de diversas palestras e de duas Semanas de Prevenção às DST em Niterói, e sabemos como é gratificante e enriquecedora a experiência de se lidar diretamente com o público.

Se o número de atendimentos vem crescendo a cada ano, isto mostra que o público encontra-se ainda carente de conhecimentos sobre sexualidade, planejamento familiar, modos de transmissão das DST, e sobre que atitudes tomar para se prevenir ou, em caso de acometimento, para se tratar.

A experiência mostra que não basta divulgar conhecimentos sobre as doenças mas sobretudo é importante a população dispor de locais de atendimento com alta resolutividade de problemas. Os benefícios decorrentes de investimentos na criação de centros especializados e formação de recursos humanos sem dúvida superam os custos empregados para tais fins, e isto é particularmente verdadeiro em relação às DST, cuja magnitude e transcendência são notórios no Brasil. Contudo, para atenção da demanda como um todo é necessário que toda a rede esteja capacitada e disponível para tamanha ação. Só assim lograremos um verdadeiro êxito.

O Setor de DST-UFF, desde sua implantação, tem procurado suprir as carências não só na área de atendimento, como na área de pesquisa envolvendo as Doenças Sexualmente Transmissíveis. O binômio atendimento-pesquisa é fundamental para a solução de problemas peculiares a cada população atingida. Como vimos nos resultados desta pesquisa epidemiológica, tivemos pacientes gestantes, usuários de drogas, crianças, adolescentes, e mulheres casadas e donas-de-casa. O atendimento a uma população tão heterogênea faz necessário o envolvimento de equipes multidisciplinares, com a participação de médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, biólogos, estatísticos, epidemiologistas, profissionais da área de Educação, e farmacêuticos. Tal perfil de atendimento, no



entanto, não existe na rede pública, gerando, muitas vezes, o encaminhamento destes pacientes para o Setor de DST-UFF.

Apesar de contar com a participação de uma equipe multidisciplinar em seu quadro de pessoal, o Setor de DST-UFF nos dias atuais requer ainda a contratação de pessoal com vistas à formação de um quadro permanente. O Setor de DST-UFF conta com apenas os docentes, Mauro Romero Leal Passos e Nero Araújo Barreto, efetivos contratados da Universidade e Vandira Pinheiro como prestadora de serviços, para orientações nas atividades diárias de ambulatório e laboratório. Neste sentido, o convênio do Setor de DST, através da Universidade, com o Sistema Único de Saúde deveria ser incrementado, com benefícios para ambos.

Destaque-se, por fim, que a questão das Doenças Sexualmente transmissíveis não pode ser considerada isoladamente, mas sim no contexto de um problema estrutural maior que inclui, entre outras, as seguintes variáveis: drogas, prostituição e trabalho infantil, abuso sexual, crianças de rua, deficiência na educação sexual nas escolas, problemas de planejamento familiar, fome e miséria, injusta distribuição de renda, desemprego, estrutura agrária deficiente, sistema penitenciário ineficiente, problema de boas escolas públicas, precária rede de saúde pública e carência de educadores e profissionais de saúde bem preparados. Sem resolver estas questões eminentemente sociais inviabiliza-se ou dificulta-se enormemente iniciativas para controle e prevenção das DST.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADIMORA, Adaora A., HAMILTON, Holli, HOLMES, King K., SPARLING, P. F. **Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 1: Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases, 1-9.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 3: Gonococcal Infections in the Adult, 25-40.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 4: *Chlamydia trachomatis* Infections in the Adult, 41-55.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 6: Syphilis in the Adult, 63-86.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 7: Chancroid and *Haemophilus ducreyi*, 87-92.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 11: Genital Herpes, 135-54.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 13: Genital Human Papillomavirus Infection, 162-74.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 18: *Trichomonas vaginalis* and trichomoniasis, 212-22.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 19: Vulvovaginal Candidiasis, 223-32.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 20: Lower Genital Tract Infections in Women: Cystitis, Urethritis, Vulvovaginitis, and Cervicitis, 233-44.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 23: Urethritis in Males, 271-80.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 28: Sexually Transmitted Diseases in Pregnancy, 335-51.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 32: Child Sexual Abuse and Sexually Transmitted Diseases, 378-86.
- Sexually Transmitted Diseases**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: McGRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, 1994. 436 p. Chapter 33: Patient Education and Counseling and Other Strategies for Prevention of Sexually Transmitted Diseases, 387-97.
- ALENCAR, Marcello. **Lei 2.479 de 13 de dezembro de 1995**: Dispõe sobre a obrigatoriedade de as redes privada e pública de saúde realizarem o teste imunológico para HIV (Aids) no período pré-natal. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. Poder Executivo. Rio de Janeiro, 14 dez. 1995. n. 236, parte I, p. 2.
- ALMEIDA FILHO, Gutemberg, PASSOS, Mauro R. L., GOUVEA, Tegnu V. D. **Candidíase**. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 18, p. 202-10.
- ALMEIDA FILHO, Gutemberg L., PASSOS, Mauro R.L., LOPES, Paulo da C. **Papilomavírose Genital (Condiloma Acuminado)**. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 20, p. 220-62.
- AMARO, Hortensia e GORNEMANN, Isolde. Health Care Utilization for Sexually Transmitted Diseases: Influence of Patient and Provider Characteristics. In: WASSERHEIT, Judith N., ARAL, Sevgi O., HOLMES, King K., HITCHCOCK, Penelope J. **Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the aids Era**. Washington: American Society for Microbiology, 1991. 391 p., p. 140-60.
- ARAL, Sevgi O. FULLILOVE, Robert E., COUTINHO, Roel A., Van Den HOEK, J. A. R. Demographic and Societal Factors Influencing Risk Behaviors. In: WASSERHEIT, Judith N., ARAL, Sevgi O., HOLMES, King K., HITCHCOCK, Penelope J. **Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the aids era**. Washington: American Society for Microbiology, 1991. 391 p. p. 161-76.
- AZULAY, Mônica M. e AZULAY, David R. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. In: SCHECHTER, Mauro e MARANGONI, Denise V. **Doenças infecciosas: Conduta diagnóstica e terapêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1994. 500 p. Capítulo 16, p. 335-57.
- BARBOSA, Regina M. e VILLELA, Wilza V. A Trajetória Feminina da Aids. In: PARKER, Richard e GALVÃO, Jane - **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, 206 p. Capítulo 1, p. 17-32.
- BARRETT, Thomas J., SILBAR, John D., MCGINLEY, James P. Genital Warts - A Venereal Disease. **JAMA**, London, v. 154, n. 4, p. 333-4, Jan. 1954.



23. BAZIN, Anna R. Infecções causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 23, p. 276-306.
24. BELDA Jr., Walter. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Conceito. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 2, p. 15-17.
25. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Classificação. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 3, p. 18-21.
26. BERQUÓ, Elza e SOUZA, Marta de. Homens adultos: conhecimento do uso do condom. In: LOYOLA, Maria A., GIAMI, Alain, BERQUÓ, Elza et al. - **Aids e sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: UERJ, 1994. 246 p., p. 161-82.
27. BOWIE, William R. Avaliação dos Homens com Uretrite e Complicações Urológicas das Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1661-76, 1990.
28. BROWN, Darron R. e FIFE, Kenneth H. Infecções do Trato Genital pelo Papilomavírus Humano. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1571-1602, 1990.
29. BRUNHAM, Robert C. e PLUMMER, F. A. Modelo Geral da Epidemiologia das Doenças Sexualmente Transmissíveis e suas Implicações para o Controle. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1447-61, 1990.
30. BRUNHAM, Robert C. e RONALD, Allan R. Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries. In: WASSERHEIT, Judith N., ARAL, Sevgi O., HOLMES, King K., HITCHCOCK, Penelope J. **Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the aids era**. Washington: American Society for Microbiology, 1991. 391 p., p. 61-80.
31. CAMARGO, Mário E. Sífilis. In: FERREIRA, Walter e ÁVILA, Sandra L. M. - **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-ímmunes**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 302 p. Capítulo 14, p. 127-32.
32. COHEN, Myron S., HOFFMAN, Irving F., ROYCE, Rachel A. et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. **Lancet**, London, v. 349, n. 9069, p. 1868-73, June 1997.
33. COSTA, Ney F. P. Prevenção das DST / Aids em Clínicas de Planejamento Familiar. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 42, p. 478-87.
34. DUARTE, Geraldo e QUINTANA, Silvana M. Vírus da Imunodeficiência Humana e Gravidez. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 25, p. 323-35.
35. EHRHARDT, Anke A. e WASSERHEIT, Judith N. Age, Gender, and Sexual Risk Behaviors for Sexually Transmitted Diseases in the United States. In: WASSERHEIT, Judith N., ARAL, Sevgi O., HOLMES, King K., HITCHCOCK, Penelope J. **Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the aids era**. Washington: American Society for Microbiology, 1991. 391 p. p. 97-121.
36. FLEURY, Frederick J. Adult Vaginitis. **Clin. Obst. Gynecol.**, Philadelphia, v. 24, n. 2, p. 407 - 38, June 1981.
37. FLICHMAN, Juan C. Sífilis I - Microbiologia e Imunologia. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 6, p. 48-85.
38. GIBBS, Ronald S. Doenças Sexualmente Transmissíveis nas Mulheres. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 233-47, 1983.
39. GRANGEIRO, Alexandre. O perfil socioeconômico dos casos de Aids na cidade de São Paulo. In: PARKER, Richard, BASTOS, Cristiana, GALVÃO, Jane, PEDROSA, José S. **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA: IMS, UERJ, 1994. 360 p. Capítulo 4, p. 91-125.
40. HANDSFIELD, H. H., LIPMAN, Timothy O., HARNISCH, James P., TRONCA, Evelyn, HOLMES, King K. Asymptomatic Gonorrhoea in Men. Diagnosis, Natural Course, Prevalence and Significance. **N. Engl. J. Med.**, London, v. 290, n. 3, p. 117-23, Jan. 1974.
41. HUTCHINSON, Catherine M. e HOOK III, Edward W. Sífilis em Adultos. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1501-29, 1990.
42. JESSAMINE, Peter G. e RONALD, Allan R. Cancróide e Função da Doença Ulcerativa Genital na Disseminação dos Retrovírus Humanos. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1531-45, 1990.
43. JONES, Robert B. **Chlamydia trachomatis** (Trachoma, Perinatal Infections, Lymphogranuloma venereum, and other genital infections). In: MANDELL, Gerald L., BENNETT, John E., DOLIN, Raphael - **Principles and practice of infectious diseases**. 4ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1995. 2803 p. Chapter 157, p. 1679-93.
44. JUDSON, Franklyn N. Gonorréia. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1463-77, 1990.
45. KRUSE, Wilson, NAUD, Paulo, PASSOS, Eduardo, RAMOS, José G. L. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Gestaçao. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 36, p. 410-22.
46. LOYOLA, Maria A. Aids e Prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, Maria A., GIAMI, Alain, BERQUÓ, Elza et al. - **Aids e sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: UERJ, 1994. 246 p., p. 19-72.
47. MARTIN, David H. Infecções por "Chlamydia". **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1479-1500, 1990.
48. McCORMACK, William M. e REIN, Michael F. Urethritis. In: MANDELL, Gerald L., BENNETT, John E., DOLIN, Raphael - **Principles and practice of infectious diseases**. 4ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1995. 2803 p. Chapter 88, p. 1063-74.
49. MERTZ, Gregory J. Infecções Genitais pelo Vírus do Herpes Simples. **Clínicas Médicas da América do Norte**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1547-70, 1990.
50. MILLER, Michael J. Fungal Infections. In: REMINGTON, Jack S. e KLEIN, Jerome O. - **Infectious Diseases of the Fetus e Newborn Infant**, 4ª ed. Philadelphia: W. B. SAUNDERS COMPANY, 1995. 1373 p. Chapter 17, p. 703-44.
51. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Convocação de parceiros sexuais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis.



- DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm., Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 30-3, dez. 1994.
52. **Considerações Gerais do Binômio: HIV / Aids e Gravidez.** Brasília. 1995. 48 p.
  53. **Aids - Boletim Epidemiológico.** Brasília, Ano IX, n. 3, Semanas Epidemiológicas 23 a 35 - junho a agosto / 96. 31 p.
  54. **DST - Boletim Epidemiológico.** Brasília, Ano III, n. 2, jan. - mar./97. 16 p.
  55. BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 2ª ed. Brasília. 1997. 74 p.
  56. MOSS, Gregory B. e KREISS, Joan K. Inter-relação entre Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Clínicas Médicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1767-81, 1990.
  57. MROCKOWSKI, Tomasz F. Lesões Genitais Não-Venéreas Comuns. **Clínicas Médicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1623-46, 1990.
  58. MURRAM, David. Abuso Sexual na Criança. **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 215-31, 1992.
  59. SÁ, Eva MM, Goulart Filho, Rubem A., Gouvêa, Tegnus V. D., et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: ação preventiva em Niterói - RJ; Limites e Possibilidades.** Niterói, 1993. 2 volumes. Monografia (Curso de Especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis). Setor de DST (MIP / CMB / CCM) - Universidade Federal Fluminense.
  60. NICOLAU, Sérgio M. **Importância da peniscopia, citologia oncológica e da histopatologia no diagnóstico da infecção peniana pelo papilomavírus humano.** São Paulo, 1992. 65 p. Dissertação (Mestrado em Ginecologia) - Escola Paulista de Medicina.
  61. NICOLAU, Sérgio M. e LIMA, Geraldo R. O Homem e Infecção por Papilomavírus. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 21, p. 263-69.
  62. PASSOS, Mauro R. L. Epidemiologia das Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 4, p. 22-39.
  63. Vaginite Inespecífica. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 19, p. 211-9.
  64. PASSOS, Mauro R. L. **Papel do hipoclorito de sódio no tratamento de infecção vaginal envolvendo diferentes microrganismos.** Rio de Janeiro, 1994. 76 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
  65. PASSOS, Mauro R. L., GOUV A, Tegnus V. D., ALMEIDA FILHO, Gutemberg L. Sífilis II. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 7, p. 86-120.
  66. Cancro Mole. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 9, p. 138-47.
  67. PASSOS, Mauro R. L. Gonorréia. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 8, p. 121-37.
  68. PASSOS, Mauro R. L. e ALMEIDA FILHO, Gutemberg L. Tricomoníase. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 17, p. 196-201.
  69. PASSOS, Mauro R. L., LOPES, Paulo da C., ALMEIDA FILHO, Gutemberg L. Outras Infecções causadas por *Chlamydia trachomatis*. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 30, p. 373-5.
  70. PEREIRA Jr., Antônio C. e SERRUYA, José **Proposta de Classificação das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** *Anais Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 137-8, abr. 1981.
  71. PEREIRA Jr., Antônio C. e SANTOS, Omar L. R. Herpes Simples Genital. In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 12, p. 162-70.
  72. PIOT, Peter e LAGA, Marie. Current Approaches to Sexually Transmitted Disease Control in Developing Countries. In: WASSERHEIT, Judith N., ARAL, Sevgi O., HOLMES, King K., HITCHCOCK, Penelope J. **Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the aids era.** Washington: American Society for Microbiology, 1991. 391 p. p. 281-95.
  73. RODRIGUES, Pedro C. **Bioestatística.** 2ª ed. Niterói: EDUFF, 1993. 268 p. Capítulo 6: Medidas de Posição e Variação, p. 47 - 58.
  74. RODRIGUES, Pedro C. **Bioestatística.** 2ª ed. Niterói: EDUFF, 1993. 268 p. Capítulo 12: Testes de Hipóteses, p. 79 - 88.
  75. SANTOS, Corinho. Uretrites Não-Gonocócicas (UNG). In: PASSOS, Mauro R. L. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 15, p. 188-92.
  76. SCHMID, George P. Avaliação do Paciente com Doença Ulcerativa Genital. **Clínicas Médicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1677-90, 1990.
  77. SOBEL, J. D. Infecções Vaginais em Mulheres Adultas. **Clínicas Médicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1691-1722, 1990.
  78. TIBÚRCIO, Alberto S., PASSOS, Mauro R. L., GOUVÊA, et al. Pacientes Soropositivos ou com SIDA Atendidos no Setor de DST da UFF. **DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm.,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 26 - 9, dez. 1994.
  79. TIBÚRCIO, Alberto S. e AZEVEDO, Kátia M. L. Hepatite B na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. **DST - J. bras. Doenças Sex. Transm.,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 4-14, jun. 1996.
  80. VALENTE, Patrícia e MAIN, Elliott K. Papel da Placenta na Transmissão Perinatal do HIV. **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 589-98, 1990.

#### Endereço para correspondência:

**Mauro Romero Leal Passos**  
E-mail: mipmaur@vm.uff.br  
www.uff.br/dst/



# ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

## *SYNDROMIC APPROACH OF THE STD*

*Fabio Moherdau*

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 12(4):40-49, 2000

### O diagnóstico de DST

Os profissionais de saúde quando estão diante de um possível caso de DST geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

- Diagnóstico etiológico: utilização de testes laboratoriais para identificar o agente causador;
- Diagnóstico clínico: utilização da identificação e sintomas e sinais que possam caracterizar uma determinada DST; baseado na experiência pessoal de cada profissional.

O diagnóstico etiológico é o método ideal, já que permite que os profissionais de saúde saibam qual é o agente causal daquela doença e indiquem o tratamento mais adequado. No entanto ambos os métodos apresentam alguns problemas quando utilizados em DST.

A identificação etiológica de algumas DST requer técnicos especializados e equipamento sofisticado de laboratório, nem sempre disponíveis.

As gonorréias nos homens e as tricomoníases nas mulheres podem ser diagnosticadas no momento da consulta desde que estejam disponíveis um microscópio, insumos e um técnico treinado para a realização da bacterioscopia.

Tanto a infecção gonocócica como a causada por clamídia nas mulheres só podem ser diagnosticadas atualmente através de testes sofisticados de laboratório; as técnicas de cultura são difíceis e nem sempre estão disponíveis em unidades básicas de saúde. Testes para outras DST, como para cancro mole e herpes, por exemplo, são até mais complexos.

Um grande número de pacientes procura tratamento para DST em unidades básicas de saúde onde nem sempre estão dis-

poníveis os equipamentos, insumos e os técnicos habilitados para a realização do diagnóstico etiológico.

Em alguns casos o diagnóstico etiológico pode ser muito demorado e dispendioso. Existe necessariamente um lapso de tempo para a apresentação dos resultados dos testes e consequentemente para o início do tratamento.

Alguns clínicos acham que, após examinar os pacientes, é fácil fazer o **diagnóstico clínico** de uma uretrite gonocócica, por exemplo. Porém, até mesmo os especialistas podem equivocarse quando utilizam apenas sua própria experiência clínica. Por que? Em muitos casos, não é possível fazer clinicamente o diagnóstico diferencial entre as várias possíveis infecções e, além disso, é comum que ocorram infecções mistas. Um paciente que tem infecções múltiplas necessita receber tratamento para todas elas. Ao se tratar apenas uma das infecções a outra ou outras podem evoluir para complicações sérias, além de continuarem potencialmente sendo transmitidas, ou seja, não se rompe a cadeia de transmissão.

### Abordagem sindrômica de DST

As principais características da abordagem sindrômica são:

- classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome;
- inclui a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos.
- inclui a oferta da sorologia para sífilis e para o HIV.

<sup>1</sup> Médico Epidemiologista - CN DST/Aids, Ministério da Saúde - Brasil.  
www.aids.gov.br



## Identificação das síndromes

Embora as DST sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame. A tabela abaixo explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

O principal objetivo da abordagem síndrômica é facilitar a identificação de uma ou mais destas síndromes para então manejá-las de forma adequada.

Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um "fluxograma" para cada uma delas. Cada fluxograma nos conduz às decisões e ações que precisamos tomar, levando à condição ou condições que devam ser tratadas. Uma vez treinado, o profissional de saúde poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência aos portadores de DST em **qualquer** serviço de saúde, onde ele então terá acesso a orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta.

## Tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes

Como foi explicado, o diagnóstico síndrômico inclui o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais freqüentes. As infecções mistas ocorrem com freqüência, conseqüentemente os custos com o tratamento em excesso são compensados pelos custos elevados que advirão ao se deixar de tratar pessoas com infecções mistas ou sem os sintomas específicos de uma determinada doença.

Exemplo: um paciente se queixa de ardência e corrimento no pênis. Ao examiná-lo, você observa um corrimento na uretra. O sinal e o sintoma juntos sugerem uma síndrome de corrimento uretral, que é causada, na grande maioria das vezes, pela gonorréia ou pela infecção por clamídia, então qualquer tratamento prescrito deve ser eficaz para *ambas* as causas. Existem outras causas para a síndrome de corrimento uretral, tais como infecção por micoplasmas, *Ureaplasma urealyticum* e *Trichomonas vaginalis*. O paciente também deverá ser tratado para estas causas? Não necessariamente, porque ambas são menos comuns e causam menos complicações. Porém, tanto a infecção por gonorréia quanto a causada por clamídia são bastante comuns; elas não apenas causam complicações como também podem facilitar a transmissão e aquisição do HIV. Dessa forma, é essencial que o paciente seja tratado para estas infecções.

reia ou pela infecção por clamídia, então qualquer tratamento prescrito deve ser eficaz para *ambas* as causas. Existem outras causas para a síndrome de corrimento uretral, tais como infecção por micoplasmas, *Ureaplasma urealyticum* e *Trichomonas vaginalis*. O paciente também deverá ser tratado para estas causas? Não necessariamente, porque ambas são menos comuns e causam menos complicações. Porém, tanto a infecção por gonorréia quanto a causada por clamídia são bastante comuns; elas não apenas causam complicações como também podem facilitar a transmissão e aquisição do HIV. Dessa forma, é essencial que o paciente seja tratado para estas infecções.

## Respostas às críticas a abordagem síndrômica

*"A abordagem síndrômica é empírica."*

Ao contrário, baseia-se em uma grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países, incluindo o Brasil. Esses estudos compararam diagnósticos síndrômicos, clínicos e etiológicos para avaliar a precisão do diagnóstico síndrômico. O diagnóstico síndrômico apresentou excelentes resultados especialmente nos casos de corrimento uretral e ulcera genital; nos corrimentos vaginais, a maioria dos estudos apresentou resultados apenas satisfatórios porém, quando comparados com os resultados dos diagnósticos clínicos baseados na experiência pessoal do profissional, passaram a ter outra dimensão. Para esta última síndrome alguns fluxogramas que sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais básicas apresentaram bons resultados.

*"A abordagem síndrômica despreza o conhecimento e a experiência do profissional de saúde"*.

No caso de algumas DST o diagnóstico clínico é correto em menos de 50% dos casos, como demonstram vários estudos; além disso raramente as infecções mistas são diagnosticadas.

*"O diagnóstico síndrômico é simples demais para o médico. Deve ser usado por outros profissionais de saúde que não precisam ser tão bem preparados"*.

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: Tricomoníase Vaginose Bacteriana Candidíase Cervicite: Gonorréia Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por Clamídia Tricomoníase Micoplasma Ureaplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura >38°C	Gonorréia Infecção por Clamídia Infecção por germes Anaeróbios



Certamente é uma vantagem que outros profissionais de saúde possam usar a abordagem sindrômica para o diagnóstico. Por exemplo, na Holanda, os enfermeiros usam o diagnóstico sindrômico para tratar pacientes de DST há alguns anos. A legislação brasileira permite que enfermeiros possam indicar tratamentos, desde que estes sejam padronizados. O diagnóstico simplificado e o tratamento imediato também permitem que os profissionais de saúde possam dedicar mais tempo à educação e ao aconselhamento, e também não impede que sejam colhidos os materiais necessários para que seja feito posteriormente o diagnóstico etiológico.

*“Seria melhor oferecer tratamento ao paciente primeiro para a causa mais comum e depois, caso os sintomas persistam, tratar as outras possíveis causas”.*

É exatamente o que se quer evitar. Os pacientes que não são curados com o tratamento para uma única causa podem não retornar ao centro médico indo procurar tratamento em outro lugar. Podem também tornar-se assintomáticos e continuar disseminando a infecção ou infecções.

*“A abordagem sindrômica resulta em um desperdício de medicamentos porque os pacientes podem estar tomando drogas para doenças inexistentes”*

Na realidade, estudos demonstraram que a abordagem sindrômica, a longo prazo apresenta melhor relação custo-benefício, ou seja as complicações advindas de tratamentos inadequados, ou da falta de tratamento, podem resultar em custos elevadíssimos para o sistema de saúde; portanto a abordagem sindrômica funcionaria como uma ação preventiva de baixo custo relativo.

*“A abordagem sindrômica induz à resistência bacteriana”*

O que induz à formação de cepas de microorganismos resistentes é o tratamento feito de forma inadequada, tanto no que se refere à dosagem quanto na adesão a esse tratamento, ou seja, tomar todas as doses indicadas, com os intervalos de tempo indicados, independentemente do desaparecimento dos sintomas; se um tratamento não é completado, os microorganismos que sobrevivem serão os mais resistentes e tenderão a desenvolver-se em novas cepas, cada vez mais resistentes.

## Uso dos fluxogramas

Fluxogramas são as ferramentas essenciais na abordagem sindrômica porque permitem que profissionais de saúde, mesmo não especializados, diagnostiquem e tratem pacientes com DST no primeiro atendimento. Para maior orientação prática sobre o uso dos fluxogramas, o Módulo 4 será extremamente útil. Ele também fornece orientação sobre os tratamentos recomendados.

## O que é um fluxograma?

Fluxograma é uma árvore de decisões e ações. Ele orienta o profissional através de quadros de decisões e indicando as ações que precisam ser tomadas. Cada decisão ou ação tem como referência uma ou mais rotas que levam a outro quadro, com outra decisão ou ação.

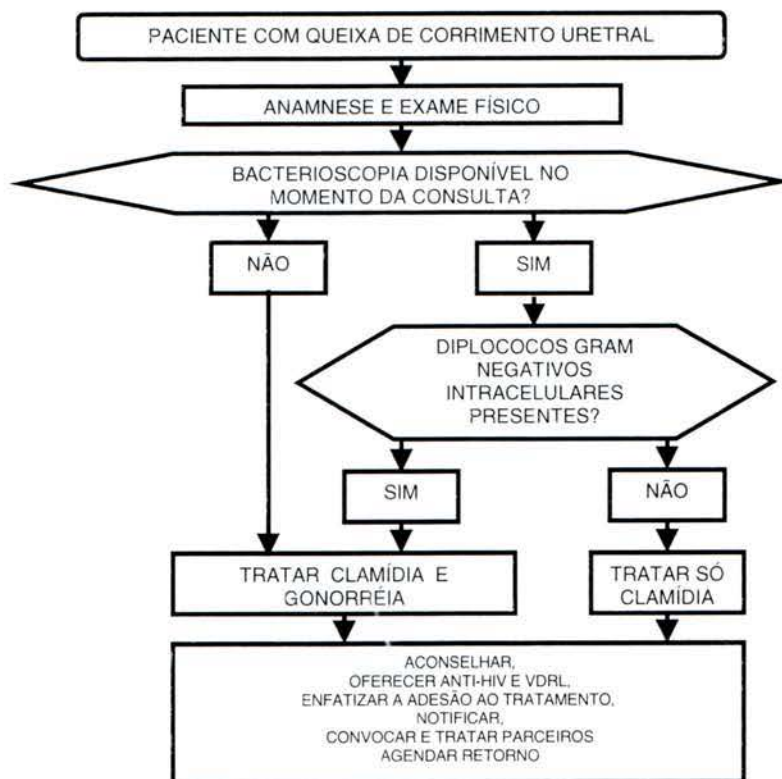
Após conhecer os sintomas de um paciente, o profissional de saúde consulta o fluxograma correspondente à queixa e trabalha através das decisões e ações sugeridas pelo instrumento.

## Passos para o uso de fluxogramas

1. Comece perguntando ao paciente sobre os sinais e sintomas que ele(a) apresenta.
2. Procure o fluxograma apropriado
3. O quadro do problema clínico geralmente leva a um quadro de ação, o qual pede que você examine o paciente e/ou colha a história clínica.
4. A seguir, vá para o quadro de decisão. Após colher a história e examinar o paciente, você deve ter a informação necessária para escolher SIM ou NÃO.
5. Dependendo da escolha, poderá haver outros quadros de decisão e ação.

À primeira vista os fluxogramas podem parecer complexos, especialmente se nunca se usou este tipo de instrumento. Uma vez familiarizados com eles, se tornam fáceis e práticos. A seguir são apresentados os fluxogramas elaborados e já validados para o manejo de casos de DST no país.





## TRATAMENTO

CLAMÍDIA
<b>Azitromicina</b> 1g, VO, em dose única; <b>ou</b> <b>Doxiciclina</b> 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; <b>ou</b> <b>Eritromicina (estearato)</b> 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias

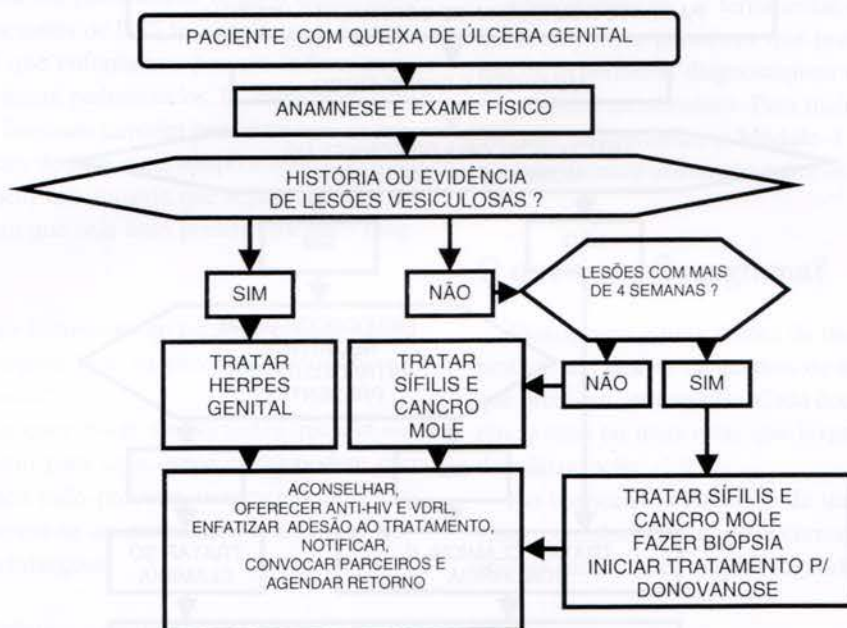
**mais**

GONORRÉIA
<b>Ofloxacina</b> 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); <b>ou</b> <b>Cefixima</b> 400mg, VO, dose única; <b>ou</b> <b>Ciprofloxacina</b> 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); <b>ou</b> <b>Ceftriaxona</b> 250 mg, IM, dose única; <b>ou</b> <b>Tianfenicol</b> 2,5g, VO, dose única.

**ATENÇÃO:** no retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

<b>Eritromicina (estearato)</b> 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias	<b>mais</b>	<b>Metronidazol</b> 2g, VO, dose única.
---	-------------	---





### TRATAMENTO PARA HERPES GENITAL

PRIMEIRO EPISÓDIO	RECORRÊNCIAS
Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou	Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 5 dias, ou
Valaciclovir 1g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou	Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias; ou
Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.	Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas por 5 dias.

**Gestantes:** evitar tratar recidivas; tratar o primeiro episódio:

- Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

### TRATAMENTO PARA SÍFILIS E CANCRO MOLE

SÍFILIS	CANCRO MOLE
Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (para os pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina)	Azitromicina 1g VO em dose única; ou Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou Tianfenicol 5g, VO, dose única; ou Ciprofloxacina 500mg, VO, 12/12 horas, por 3; ou Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; ou Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias; ou Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160mg), VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

mais

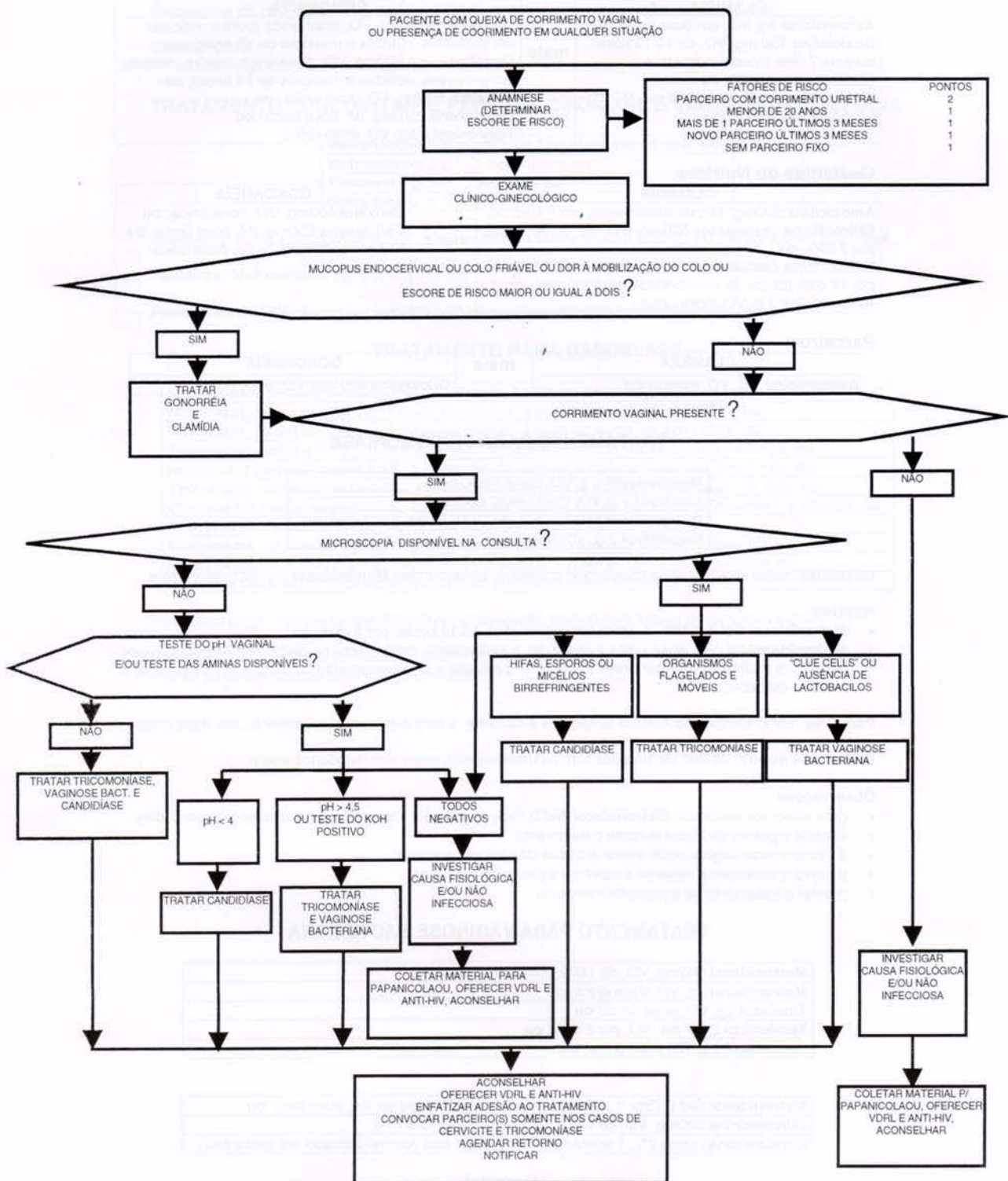
**Gestantes:** tratar sífilis e cancro mole respectivamente com:

Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única,	mais	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica.
--	------	--

### TRATAMENTO PARA DONOVANOSE

Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; ou
Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou
Tianfenicol granulado, 2,5 g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500mg, VO de 12/12 horas até a cura clínica; ou
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica.







## TRATAMENTO PARA INFECÇÃO POR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

CLAMÍDIA		GONORRÉIA	
<b>Azitromicina</b> 1g, VO, em dose única; <b>ou</b> <b>Doxiciclina</b> 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrízes); <b>ou</b> <b>Eritromicina (estearato)</b> 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias	<b>mais</b>	<b>Ofloxacina</b> 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); <b>ou</b> <b>Ciprofloxacina</b> 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); <b>ou</b> <b>Cefixima</b> 400mg, VO, dose única; <b>ou</b> <b>Ceftriaxona</b> 250 mg, IM, dose única; <b>ou</b> <b>Tianfenicol</b> 2,5g, VO, dose única.	
Gestantes ou Nutrízes:		GONORRÉIA	
CLAMÍDIA		<b>Cefixima</b> 400mg, VO, dose única; <b>ou</b> <b>Ceftriaxona</b> 250mg, IM, dose única; <b>ou</b> <b>Espectinomicina</b> 2g IM, dose única.	
<b>Amoxicilina</b> 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; <b>ou</b> <b>Eritromicina (estearato)</b> 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; <b>ou</b> <b>Eritromicina (estearato)</b> 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); <b>ou</b> <b>Azitromicina</b> 1 g, VO, dose única.	<b>mais</b>		
Parceiros:		GONORRÉIA	
CLAMÍDIA		<b>Ofloxacina</b> 400 mg, VO, dose única	
<b>Azitromicina</b> 1 g, VO, dose única.	<b>mais</b>		

## TRATAMENTO PARA TRICOMONÍASE

<b>Metronidazol</b> 2 g, VO, dose única, <b>ou</b>
<b>Tinidazol</b> 2 g, VO, dose única; <b>ou</b>
<b>Metronidazol</b> 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Secnidazol</b> 2 g, VO, dose única.

**Gestantes:** tratar somente após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

### Nutrízes:

- **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; **ou**
- **Metronidazol** 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento, diretamente no peito, por 24 horas. Neste período, a mulher deverá ser orientada quanto a retirada e armazenamento do leite, a fim de garantir a nutrição do bebê).

**Parceiros:** tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento, em dose única.

**Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

### Observações:

- para alívio dos sintomas: **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.
- evitar a ingestão de álcool durante o tratamento
- a tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica.
- durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais.
- manter o tratamento se a paciente menstruar.

## TRATAMENTO PARA VAGINOSE BACTERIANA

<b>Metronidazol</b> 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Metronidazol</b> 2g, VO, dose única; <b>ou</b>
<b>Tinidazol</b> 2g, VO, dose única; <b>ou</b>
<b>Tianfenicol</b> 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; <b>ou</b>
<b>Secnidazol</b> 2g, VO, dose única; <b>ou</b>

<b>Metronidazol Gel</b> 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; <b>ou</b>
<b>Clindamicina</b> 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Clindamicina</b> creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes).

### Gestantes:

<b>Metronidazol</b> 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); <b>ou</b>
<b>Metronidazol</b> 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); <b>ou</b>
<b>Clindamicina</b> 300 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Metronidazol Gel</b> 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).



**Parceiros:** não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

**Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

**Observações:**

- evitar a ingestão de álcool durante o tratamento

### TRATAMENTO CONCOMITANTE PARA TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

<b>Metronidazol</b> 500mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Metronidazol</b> 2 g, VO, dose única; <b>ou</b>
<b>Tinidazol</b> 2 g, VO, dose única; <b>ou</b>
<b>Secnidazol</b> 2 g, VO, dose única.

**Gestantes:** tratar após completado o 1º trimestre com **Metronidazol** 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

**Parceiros:** **Metronidazol** 2g, VO, dose única

**Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

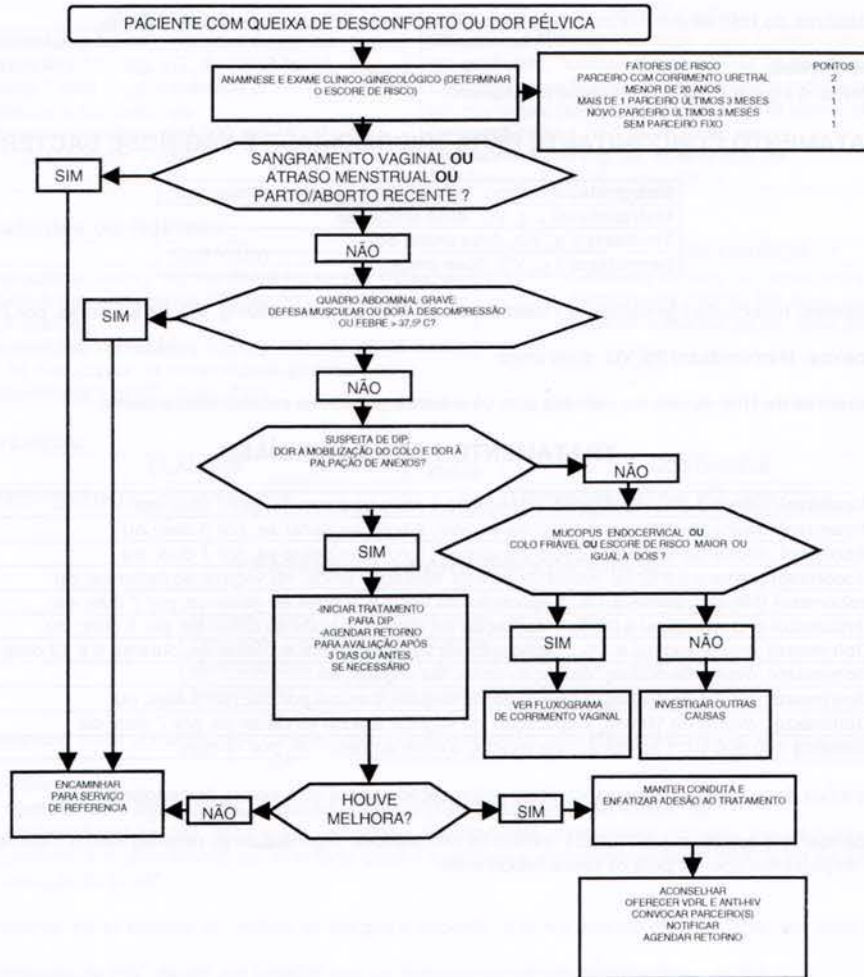
### TRATAMENTO PARA CANDIDÍASE

<b>Miconazol</b> , creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Miconazol</b> , óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; <b>ou</b>
<b>Miconazol</b> , óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Tioconazol</b> creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; <b>ou</b>
<b>Isoconazol</b> (Nitrato), creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Terconazol</b> creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; <b>ou</b>
<b>Clotrimazol</b> , creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; <b>ou</b>
<b>Clotrimazol</b> , óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; <b>ou</b>
<b>Clotrimazol</b> , óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; <b>ou</b>
<b>Clotrimazol</b> , óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; <b>ou</b>
<b>Nistatina</b> 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

Para alívio do prurido (se necessário): fazer embrocação vaginal com violeta de genciana a 2%.

**Parceiros:** não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes





### TRATAMENTO PARA DIP

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	<b>mais</b>	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 2	Cefoxitina 2g, IM, dose única	<b>mais</b>	Probenecida 1g, VO, dose única	<b>mais</b>	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por 14 dias
Esquema 3	Ofloxacina 400 mg, VO, de 12/12 horas	<b>mais</b>	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 4	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	<b>mais</b>	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	<b>mais</b>	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias
Esquema 5	Ampicilina 3,5 g, VO, dose única, antecedida em meia hora por Probenecida 1g, VO, dose única	<b>mais</b>	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, 14 dias	<b>mais</b>	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. **The Lancet**. 1995; 346:530-536.
- La Ruche G, Lorougnon F, Digbeu N: Therapeutic algorithms for the management of sexually transmitted diseases at the peripheral level in Côte d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. **Bulletin of the World Health Organization**, 1995, 73 (3): 305-313.
- Behets F, Williams Y, Brathwaite A et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic : Use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. **Clin Infect Dis** 1995; 21:1450-1455.
- Moherdau F, Vuylsteke B et al. Validação de fluxogramas para a abordagem das principais DST no Brasil. **Twelveth meeting of the International Society of STD Research (ISSTD)**, Sevilla, España, 19-22 October, 1997. Abstract 102.

### Endereço para correspondência:

**Fábio Moberlauri**

E-mail: [fabiomoh@aims.gov.br](mailto:fabiomoh@aims.gov.br)

[www.aims.gov.br](http://www.aims.gov.br)



# DST4



## Manaus 2002

Contatos para: *Fundação Alfredo da Matta – FUAM –*, Av. Codajás, 24, Cachoeirinha  
CEP 69065-130 – Manaus – AM. Fone/fax (92) 663-8922; e-mail: [fiam@prodamnet.com.br](mailto:fiam@prodamnet.com.br)

## Assine o DST

JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURAS

*Anual individual R\$ 60,00 / Institucional R\$ 80,00*

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Enviar cheque nominal (cruzado) à Sociedade Brasileira de DST:  
Av. Roberto Silveira 123, Icaraí – Niterói – RJ – CEP 24340-160



Livraria e Editora  
**REVINTER**  
*Qualidade em Livros Médicos*

Matriz: Rua do Matoso, 170 – Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – 20270-130  
Tel.: (21) 502-9988 – Fax: (21) 502-6830  
Filial: Rua Amaral Gurgel, 127 – S. 81 e 82 – Vila Buarque – SP – 01221-001  
Tel.: (11) 222-1114 – Telefax: (11) 3362-2465  
E-mail: [livraria@revinter.com.br](mailto:livraria@revinter.com.br) – <http://www.revinter.com.br>

## LANÇAMENTOS!!!

Mauro Romero Leal Passos

Vandira Maria dos Santos Pinheiro  
Renata de Queiroz Varella  
Rubem de Avelar Goulart Filho

Segunda Edição

**DOENÇAS  
SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS**

Se educar, dá para evitar!

REVINTER

**SEXUALIDADE  
HUMANA**

Carlos Alberto Moraes de Sá  
Mauro Romero Leal Passos  
Rosângela Souza Kalil

REVINTER

Peça já ao seu livreiro ou, em caso de  
dificuldade, diretamente à REVINTER



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

#### DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

#### PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

#### • Artigo em periódico

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

#### • Livro ou monografia

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

#### • Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

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

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

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

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