

# DST

SBDST



**Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**  
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
MIP/CMB/CCS/Universidade Federal Fluminense

**Vol. 6 N° 2 - Junho - 1994**

**Sexualidade após contágio por  
Doença Sexualmente Transmissível.**

**Porque o Brasil não deve ser campo de  
provas de vacinas contra a AIDS**

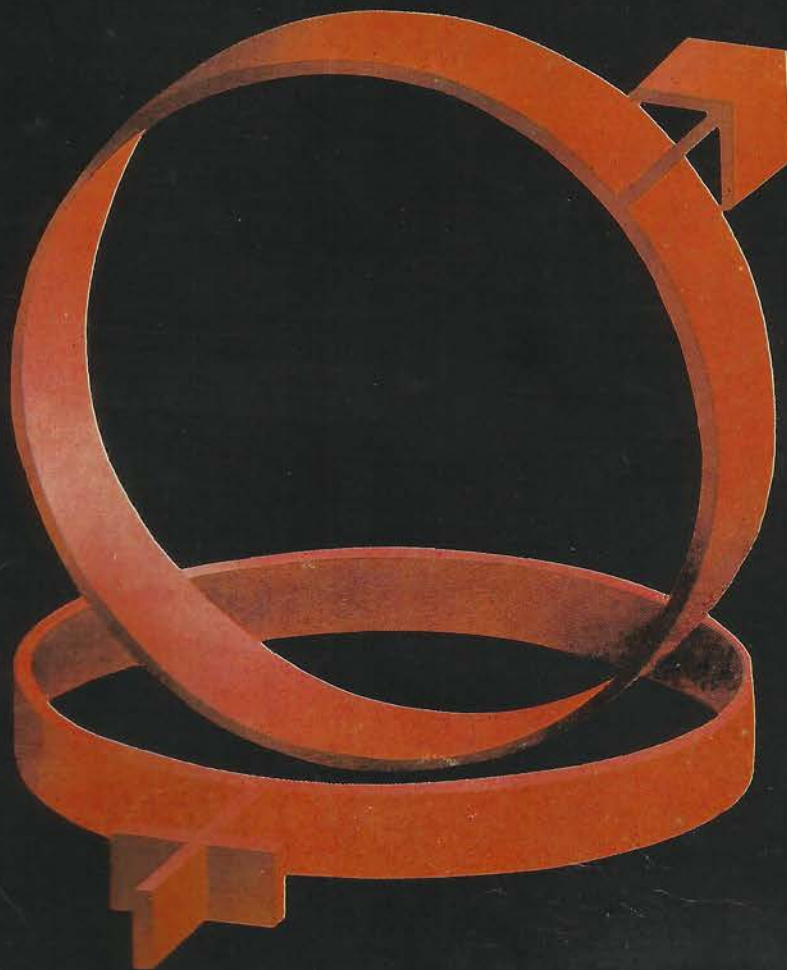
**Hepatite B: Uma DST ainda pouco lembrada.**

**O Homem e a Infecção por Papilomavírus.**

**Infecção e Infertilidade Feminina**

**Pesquisa de Agente Etiológico em  
Comunidade de Risco para Doenças  
Sexualmente Transmissíveis**

**Transmissão Sexual de Sarcoma de  
Kaposi - na Rota de um Agente Etiológico**



# DST

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. Vols 6 - Nº 2 - Jun - 1994 - **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis.  
Av. Roberto Silveira, 123 - Niterói - Rio de Janeiro  
-24230 - Tels.: (021) 710-1549 e 711-4766

#### Diretoria

Presidente: Gutemberg Leão de Almeida Filho  
1º Vice-Presidente: Tomaz Barbosa Isolan  
2º Vice-Presidente: Renato Souza Bravo  
1º Secretário: Tegnus Vinicius Depes de Gouvea  
2º Secretário: João Luiz Schiavini  
1º Tesoureiro: Rubem de Avellar Goulart Filho  
2º Tesoureiro: José Trindade Filho  
Diretor Científico: Mauro Romero Leal Passos

#### Conselho Editorial

Editor Chefe  
Mauro Romero Leal Passos

#### Co-Editores

Cristiane Guimarães Fonseca  
Gutemberg Leão de Almeida Filho  
Humberto Jones Abrão  
Nero Araújo Barreto  
Paulo da Costa Lopes  
Roberto Salles

#### Comissão Editorial

Antonio Carlos Pereira Júnior  
Anna Ricordi Bazin  
Eliane Dinau Leal Passos  
Eva Mila Miranda de Sá  
Gesmar Volga Haddad Herdy  
Italvar Cruz Rios  
Izabel Cristina F. Paixão  
José Augusto Pantaleão  
José Trindade Filho  
Ledy do Horto dos Santos Oliveira  
Marcelo Faulhaber  
Márcia Ramos e Silva  
Ney Francisco Pinto Costa  
Paulo Sérgio Vieiro Naud  
Raimundo Diogo Machado  
René Garrido Neves  
Sílvia M<sup>ª</sup> Baeta Cavalcanti  
Tegnus Vinicius Depes de Gouvea  
Tomaz Barbosa Isolan  
Vilma Duarte Câmara  
Walter Tavares  
Comissão Editorial Internacional  
Juan Carlos Fichman (Argentina)  
François Catalan (França)  
Raul Vignale (Uruguai)  
Felipe Aroça (Equador)  
Juan Paciel (Uruguai)  
Miguel Roca (Bolívia)  
Lola Bou Camps (Espanha)  
Luiz Olma (Espanha)  
Ahmed Latif (Zimbawe)

Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
MIP / CMB / CCS  
Universidade Federal Fluminense

Rua Hernani Mello, 101 - 24210-130 - Niterói - RJ  
Tel.: (021) 719-4433 (Fax) 719-2588  
Tel.: (021) 717-8080 Ramal 298

#### Reitor da UFF

Prof. Manoel Pereira Leite de Almeida

#### Pró-Reitor de Pesquisas e Pós Graduação

Prof. Waldimir Pirro e Longo

#### Pró-Reitor de Planejamento

Prof. José Francisco Borges de Campos

#### Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos

Prof. Jésus de Alvarenga Bastos

#### Pró-Reitor de Extensão

Prof<sup>ª</sup> Irineu Machado Benevides

#### Diretor do CCS

Prof. Luiz José Martins Romão

#### Diretor do Instituto Biomédico

Prof. Jorge Mamede de Almeida

#### Chefe do MIP

Prof. Afonso Celso Calvão

#### Chefe do Setor de D.S.T.

Prof. Mauro Romero Leal Passos

#### Colaboradores do Setor de DST no JBDST

Auri Vieira da Silva Nascimento  
Marcia Luzia de Abreu Maia  
Alberto Saraiva Tiburcio  
Emerson Carluccio  
Vandira Maria dos Santos Pinheiro  
Maria Helena Pais Cunha de Oliveira  
Carlos Alberto de Oliveira  
Elizabeth Alvarez Gomez  
Lilian Cristina Gomes da Rocha  
Luiz Alberto Peroza Marin  
Erika Ferraz de Gouvea  
Jairo Lima Cardoso  
Rosane Rosa Pereira  
Alcina M<sup>ª</sup> P.F. Teles de Souza

## ALDEIA

Revistas Médicas Setorizadas

Editor: Hermínio A. Cardozo F<sup>º</sup>  
Secretária: Michelle Tadeu

Jornalista Responsável:  
Sônia Maria P. Ferreira - MTb 17.624

Tráfego: Francisco J.A. Guimarães

Editoração Eletrônica/Scanner:  
Leonardo A. Costa e Idelfonso G. M. Filho

Tiragem: 5.000 exemplares

Publicidade: Hermínio Cardozo  
Tel.: (FAX) (021) 280-2639

#### Direcionamento e Distribuição:

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

#### Endereço Científico /Scientific Address

ALDEIA Editora e Gráfica Ltda.  
Rua Cardoso de Moraes, 399 - Sobrado  
CEP 21.032-000 - Tel.: (FAX) 280-2639  
Bonsucesso - Rio de Janeiro - RJ

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

O mundo está entendendo que para ocorrer um trabalho maior em AIDS há de ter uma boa estrutura na atenção às DST.

As úlceras e infecções genitais, principalmente por DST, elevam em muito as chances de transmitir ou adquirir AIDS. E na verdade são muito mais frequentes.

Vivemos um momento em que é necessário um apelo cada vez maior à educação. Antes de pensar em tratamento, vacina e tudo mais sobre AIDS, é necessário um trabalho educativo, bem estruturado no que tange aos aspectos das DST, não só do ponto de vista da AIDS, mas também de potenciais agentes malignos, no caso do Papilomavírus humano, na complicação da gonorréia, complicações da *Chlamydia* e *Mycoplasma* e da própria evolução dos microrganismos, com a prova insofismável de que muitas vezes não só o antibiótico resolve.

Nosso apelo, aqui, visa valorizar o trabalho educativo e achamos que esse trabalho deve ser múltiplo. Muitos ficam esperando que o Ministério da Saúde produza uma única cartilha, filme ou folheto. O Brasil é um país de dimensões continentais; temos hábitos e palavras distintos e típicos de cada região. Por isso deve ser feito um trabalho educativo para cada região.

Se não bastasse tais distinções, existem dentro das próprias famílias e escolas, diversificações no entendimento das questões ligadas à sexualidade. Fica muito difícil falar em educação de massa, em televisão, em rádio, quando não temos em cada escola o tema sendo abordado de maneira uniforme, constante e proporcional aos apêlos da realidade a que está envolvida a população.

Na verdade, estes dados ocorrem, na maioria dos países, mesmo nos desenvolvidos.

Defendemos hoje que esses trabalhos devam ser realizados em níveis municipais. Para isso, nós da Universidade Federal Fluminense - que tem curso de especialização em DST, e também disciplina de DST para alunos de graduação, pretendemos resgatar o ensino, a dinâmica do tema para os nossos alunos. Em Niterói foi criada uma lei que dá competência à Secretaria de Saúde para realizar anualmente um trabalho educativo em toda a cidade. Esse trabalho é feito em conjunto com o nosso Setor e com outros departamentos da UFF, postos de saúde, hospitais, postos de assistência médica, unidades sanitárias, clubes de serviços, empresas e com a sociedade em geral, a fim de propiciar a comunidade de Niterói um trabalho educativo amplo e diversificado.

Baseado neste trabalho, lei similar à existente em Niterói, já foi sancionada em 22/06/94, pelo Governador para todo o Estado do Rio de Janeiro.

Temos nos esforçado para levar tais atividades para todo o Brasil. Em Oriximiná, Estado do Pará, também já existe tal legislação. Vários municípios estão em processo de articulação.

Mas no geral o que nós encontramos?

Apesar de assistirmos pela televisão campanhas com "Use camisinha" e "Camisinha previne a AIDS", quando chegamos na escola muitas diretoras e professores sequer já viram uma camisinha. Então, que trabalho "educativo" é esse feito pela televisão se o elemento básico do processo de ensino e aprendizado, que vai participar intensamente da formação do indivíduo no primeiro e segundo graus, não conhece, não usa ou tem um preconceito enorme de uma peça básica no trabalho que está sendo divulgado.

Junto a isso não é raro encontrar profissionais de saúde, por exemplo médicos, que ainda não atendem indivíduos sororreativos para HIV. Assim qual é o papel mais importante do processo de educação: sair por aí distribuindo camisinha ou, num primeiro momento, parar tudo e tentar vencer o preconceito dentro de nossa casa, que é a casa da saúde e educação?

Quando se faz uma grande campanha usando várias peças de marketing, TV, rádio, outdoor, folhetos etc. deve-se ter em mente que só ocorrerá um bom desdobramento para aqueles grupos que conseguem, em nível individual, satisfazer suas dúvidas ou problemas mais íntimos. Para isso deve-se primeiro estruturar a rede de saúde e educação, a fim de atender a demanda criada pela divulgação do tema. É óbvio que essas campanhas despertam a atenção, o interesse, o desejo de conhecer mais, de se informar, de se prevenir, de se tratar. Mas será que todos conseguem respaldo para suas aflições na rede pública? Será que todos conseguem atendimento na medicina privada? E se conseguem, é com profissionais que dominam o tema, que não são preconceituosos, que entendem a sexualidade,

o medo, o desejo de seus clientes?

É uma ingenuidade pensar que educação se faz apenas com divulgação. Só devemos divulgar aquilo que temos para "vender". Se não temos sistemas de saúde e educação aptos para tratar de assuntos ligados à sexualidade, drogas, morte, não devemos gastar dinheiro com propaganda na televisão.

Estou convencido de que sem quebrar o tabu, sem eliminar o preconceito do tema educar, sem vencer as barreiras da sexualidade dos indivíduos, primeiramente dentro dos sistemas de saúde e educação dificilmente vamos conseguir um trabalho educativo mais importante, não só em DST como em qualquer outro tema. A própria Organização Mundial de Saúde, no lançamento de uma campanha sobre AIDS, criou um logotipo no qual a interseção de dois corações traz a imagem da morte. Esse foi um símbolo da OMS para uma campanha contra a AIDS. Que processo educativo poderemos proporcionar à população, se quem cria uma campanha tem tamanho preconceito? O que pensa uma equipe de saúde e educação sobre o amor, quando aprova uma campanha mundial sob esta marca?

O nosso trabalho hoje, na Universidade Federal Fluminense, com as suas disciplinas para alunos de graduação e o plano de atividades do curso de especialização, é tentar trazer o tema para que o primeiro grande passo seja discutir a sexualidade entre os nossos pares. Quais são os nossos pares? Equipes de saúde e equipes de educação. Enquanto esses grupos não estiverem treinados, informados, creio que vai ser muito difícil combater as DST.

Outro passo importante, além de atuar com as equipes de educação e saúde, é criar um espaço para que a família, como um todo, discuta o problema.

Devemos abastecer os pais de informações para que seus adolescentes, pré-adolescentes e crianças consigam diálogos dentro da estrutura familiar.

Pode ser ilusão pensar que apenas excelentes recursos visuais (slides, vídeos) podem sozinhos resolver o problema. Se os profissionais que assessoram essas atividades não estiverem seguros, não dominarem os aspectos biológicos, podem gerar inseguranças e profundas dúvidas nos espectadores treinandos.

Outro ponto importante é ter a certeza que a imprensa, que tanto divulga esses temas, são por vezes desconhecedores do assunto, e podem mesmo inconscientes passar para o público seus medos, preconceitos, mitos e ignorâncias (de ignorar) sobre DST, AIDS ou sexualidade.

Os políticos merecem também serem incluídos nesses trabalhos.

Pensar exclusivamente nos jovens pode ser um equívoco.

Por outro lado na abordagem clínica aos pacientes com DST, a sensibilidade, o conhecimento técnico e o bom senso devem ser parte de um todo.

Na atenção a uma pessoa com DST, talvez mais fácil, ou mais didático, seja também recomendar o que não se deve fazer:

- a- Ter uma atitude preconceituosa sobre a sexualidade.
- b- Emitir diagnósticos baseados em suposições, sem averiguar dados clínicos e laboratoriais.
- c- Não convidar o cliente para uma atitude reflexiva sobre o problema, não fornecendo informações básicas.
- d- Tomar uma atitude de juiz.
- e- Ignorar toda a trama emocional e existencial envolvida no caso.

Finalizando, gostaria de deixar uma pergunta. Que verdadeiros motivos levam muitos profissionais que trabalham diretamente com DST/AIDS ainda não terem feito seus próprios exames anti-HIV e/ou não discutirem o tema sexualidade com a própria família?

**SIDA**  
Un esfuerzo mundial lo vencerá.



Símbolo usado pela OMS em campanha mundial sobre Aids.

**Mauro Romero Leal Passos**  
Editor

## VAGINOSE BACTERIANA

### Teste rápido da Prolina Aminopeptidase

Atualmente tem sido rejeitado o papel isolado da *Gardnella vaginalis* causando vaginose bacteriana ( também conhecida como vaginite inespecífica ) e a tendência hoje, é que seja um processo infeccioso polimicrobiano envolvendo especialmente bactérias anaeróbias. Tal participação é tão marcante que não é raro encontrar-se uma aumento de até mil vezes da população bacteriana anaeróbia.

As bactérias anaeróbias encontradas no meio vaginal metabolizam um substrato chamado L. Prolina  $\beta$ - Naftilamide cujo produto é Prolina aminopeptidase +  $\beta$ -Naftilamina.

Em condições de normalidade a microbiota vaginal é predominantemente composta de bactérias aeróbias, principalmente de bacilos de Dodërlein.

Baseado nesse desequilíbrio ( muito mais anaeróbios do que aeróbios ) alguns pesquisadores<sup>1,2,3</sup> tem utilizado o teste da prolina aminopeptidase a fim de detectar rapidamente a presença maciça dos anaeróbios.

Nosso serviço, até onde sabemos, é pioneiro, a nível de norte-nordeste, em tal possibilidade diagnóstica.

Vale ainda lembrar sobre nossa experiência no isolamento de *Mobiluncus sp*, microrganismo, freqüentemente envolvido em vaginose bacteriana.

Finalizando, destacamos que o *Mobiluncus curtisii* é em noventa por cento das vezes resistente ao metronidazol, diferentemente do *Mobiluncus mullieris* cuja resistência ocorre em no máximo cinqüenta por cento mas em pesquisas recentes, tal bactéria tem se mostrado sensível aos antibióticos  $\beta$ -lactâmicos.

Por tais motivos, a abordagem clínico-terapêutica dessa infecção, por vezes, é difícil e com altos índices de insucessos, assim uma metodologia de excelência no que tange aos aspectos laboratoriais pode, em muito, decidir na investigação da vaginose bacteriana.

Gilson Cidrin  
Departamento de Bacteriologia  
LIAC - Recife - Pernambuco

#### Referências Bibliográficas:

I. Thomason, J.L. et Alli. Proline Aminopeptidase Activity as a Rapid Diagnostic Test Confirm Bacterial Vaginosis. *Obstetrics and Gynecology* 71(4): 707-1988. Westley, J.W. et Alli. Aminopeptidase profiles of various bacteria. *Appe Microbiol.* 15: 822, 1967. Watson, R.R. Substrate Specificities of aminopeptidases: A specific method for microbial differentiation. *Methods in Microbiology* Vol. 9. Edited by J.R. Norris, New York, Academic Press, 1976, pp1-14.

- 7 **Sexualidade após contágio por Doença Sexualmente Transmissível.**  
Yda Maria de Souza Bittencourt
- 21 **Porqueo Brasil não deve ser campo de provas de vacinas contra a AIDS**  
Carlos Alberto Morais de Sá
- 24 **Hepatite B: Uma DST ainda pouco lembrada.**  
Alberto Saraiva Tibúrcio e Mauro Romero Leal Passos
- 28 **Seção:**  
*Como eu Traço*
- 32 **O Homem e a Infecção por Papilomavírus.**  
Sérgio Mancini Nicolau e Geraldo Rodrigues de Lima
- 37 **Infecção e Infertilidade Feminina**  
Edmund Chada Baracat e Geraldo Rodrigues de Lima
- 42 **Pesquisa de Agente Etiológico em Comunidade de Risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis.**  
Marluce da Costa Gaspar, Cristina Lobato e Terezinha Aparecida Machado
- 46 **Transmissão Sexual de Sarcoma de Kaposi - na Rota de um Agente Etiológico.**  
Maria S. Santos e Luiz Antonio Alves de Lima
- 48 **Seção:**  
*Sugestões para Leitura*

# A Sexualidade após Contágio por Doença Sexualmente Transmissível

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (07-20), 1994

Yda Maria de Souza Bittencourt (1)

## Resumo

Um número cada vez maior de pessoas vem se contaminando com doenças transmitidas sexualmente e as reações emocionais a essas doenças variam de pessoa para pessoa e de sexo para sexo, dependendo dos valores culturais condicionados.

Nosso estudo demonstra haver significativa relação entre as D.S.T e o desenvolvimento de problemas sexuais e afetivos. Verifica-se, também, que as mulheres são mais sujeitas a desenvolverem esse tipo de problema do que os homens. Acredita-se que isso se deva a educação diferenciada que recebe.

Os preconceitos, as dúvidas, o medo e o sentimento de culpa despertado por uma sexualidade reprimida, são fatores frequentemente apontados por ambos os sexos, como causa dessas disfunções, o que vem a determinar que tanto as mulheres como os homens necessitam da orientação e esclarecimentos sobre saúde sexual a fim de que possam relacionar-se com segurança.

## 1. Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis representam hoje um sério problema de saúde pública. O aumento de casos registrados a cada ano, demonstra a falta de controle das autoridades sanitárias e que as campanhas destinadas à educação do povo, são insuficientes e pouco esclarecedoras.

A reação de cada pessoa atingida, varia em função de uma série de fatores como: o sexo, o relacionamento vivido, etc.

Dessa forma, oportuna se faz uma investigação mais profunda sobre os efeitos dessas doenças na vida do indivíduo contaminado, visto que além dos transtornos físicos causados pelos sintomas de cada doença, a reação emocional desencadeada, poderá afetar também sua vida afetiva e sexual.

A presente pesquisa analisa as mudanças ocorridas na sexualidade e o possível desenvolvimento de problemas sexuais após o contágio, a fim de que se possa vislumbrar algumas medidas preventivas contra tais seqüelas.

## 2. As Doenças Sexualmente Transmissíveis

Desde os tempos mais remotos, as doenças sexualmente transmissíveis acompanham a humanidade e vem se espalhando pelo mundo.

Segundo Masters Johnson (1988) "*As D.S.T., abrangem doenças que eram conhecidas anteriormente pelo nome de doenças venéreas (DV), aquelas transmitidas quase sempre através do contato sexual, bem como várias outras doenças que às vezes são transmitidas por via sexual. Além de referir-se a uma categoria mais ampla de doenças, o termo D.S.T. ainda não adquiriu a conotação estigmatizante que possui o nome DV*".

Após a II Guerra, as D.S.T. tiveram sua incidência diminuída com o surgimento da penicilina e por algum tempo deixaram de representar uma grande ameaça à saúde. Entretanto, reapareceram com força total no final da década de 50.

Hoje o número de pessoas contaminadas por alguma doença transmitida sexualmente é enorme e vem crescendo a cada ano em proporções assustadoras.

(1) Sexóloga - Pós Graduação em sexualidade humana na Universidade Gama Filho - RJ

Esse aumento de casos registrados e o aparecimento da AIDS, tornam as D.S.T. um sério problema de saúde pública, que preocupa autoridades e a população em geral.

Existem vários fatores responsáveis pelo aumento progressivo dessas doenças. De acordo com Passos (1990), podemos citar os seguintes:

**1. Desinformação:** Nem a família, nem a escola orientam os jovens sobre os assuntos relacionados ao sexo. As campanhas educativas veiculadas por autoridades sanitárias, geralmente são insuficientes e não esclarecem verdadeiramente à população sobre como proteger-se contra as D.S.T.

**2. Auto-medicação:** Com frequência os indivíduos acometidos por D.S.T., procuram balconistas de farmácia, ou colegas que orientam de forma imprópria.

**3. Parceiros múltiplos:** Quanto maior o número de parceiros maior a possibilidade de contaminação.

**4. Métodos anticoncepcionais sem médico:** o fato das pessoas não temerem uma gravidez indesejada faz que aumentem sua atividade sexual e conseqüentemente se exponham mais ao contágio.

**5. Dificuldade de investigação dos parceiros:** Por falta de educação sexual, por vergonha, etc., os parceiros dos indivíduos infectados geralmente não são avisados e dessa forma não recebem tratamento, continuando a contaminar outras pessoas.

**6. Aparecimento de germes resistentes aos antibióticos.**

**7. Menor temor do público:** Hoje as pessoas sabem que se adoecerem, o diagnóstico e o tratamento são conseguidos com relativa facilidade, o que as despreocupam.

**8. Facilidade de deslocamento das pessoas:** com os meios de transportes atuais, um indivíduo, em um curto espaço de tempo, pode disseminar uma D.S.T. em todo o mundo.

Guthe (1971), alerta para o clima da opinião pública a favor da liberação sexual que está facilitando a transmissão das infecções adquiridas sexualmente. Este fato favorece a alteração da ecologia dessas doenças. As mudanças ambientais produzidas tem originado também mudanças sociais colaterais, como por exemplo o aumento da incidência de dependentes de drogas.

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

Com relação a faixa etária mais afetada, pelas doenças transmissíveis sexualmente, observamos que a faixa compreendida entre 20 e 30 anos é a mais atingida apesar de encontrarmos também números significativos em outras idades.

Segundo Guthe, Hung e Lopes (1972), se o controle das D.S.T. em adultos tem sido um trabalho difícil, desafio maior é a sua prevenção na adolescência.

Guthe (1971) ressalta em sua pesquisa que os grupos jovens sexualmente ativos representam atualmente, uma parcela muito maior da população. O período da vida sexual é mais prolongado devido a maturidade precoce; a idade da menarca vem sendo antecipada nos países desenvolvidos, a menopausa vem sendo retardada por estrógeno e há maior longevidade em ambos os sexos, Constatou que as D.S.T. acometem com predominância, os adolescentes.

Importante também, a referência feita por Carvalho e Carvalho (1970) sobre a incidência de D.S.T. anorretais (principalmente gonorréia e sífilis), em pacientes jovens (femininos) na faixa etária de 18 a 28 anos, provavelmente motivada pelo mito do virgindade e a idéia errônea de que a possibilidade de infecção seja menor pelo coito anal do que pelo vaginal.

De acordo com Miller e Burt (1972) a propagação das doenças transmitidas sexualmente é um problema grave de saúde pública. O esforço conjunto dos



profissionais de saúde para superar a negligência e a ignorância nos cuidados de higiene corporal e de prevenção dessas doenças deve ser dirigido predominantemente para os jovens, que são mais susceptíveis à promiscuidade e conseqüentemente as doenças sexualmente transmissíveis; advindo, ainda, que a maioria dos jovens desconhecem os perigos dessas infecções e quando infectados são negligentes em relação ao tratamento.

Não existe um único grupo social livre de acometimento pelas D.S.T.

De acordo com Passos (1990), "*Toda a população é atingida em números significativos. Existe, contudo, uma camada de ALTO RISCO constituída por estudantes, prostitutas, homossexuais, vendedores viajantes, população portuária, marinheiros e militares subalternos. A causa reside na multiplicidade de parceiros que essas pessoas geralmente possuem*"

As doenças sexualmente transmissíveis, podem ser divididas em:

#### **1. Doenças de transmissão ESSENCIALMENTE através de relação sexual:**

- Gonorréia
- Sífilis
- Cancro mole
- Linfoceloma inguinal

#### **2. Doenças FREQUENTEMENTE de transmissão sexual:**

- Herpes simples genital
- Tricomoníase
- Candidíase genital
- Uretite não gonocócica
- Hepatite B
- Fitiríase
- Aids

#### **3. Doenças EVENTUALMENTE transmitidas por**

#### **via sexual:**

- Molusco contagioso
- Pediculose
- Escabiose
- Shigelose
- Amebíase

#### **3. Aspectos Psicossociais das D.S.T.**

Os indivíduos de uma maneira geral, não têm nenhum problema em procurar um médico quando adoecem. Uma dor na perna, uma coceira na vista, são encarados pelos pacientes como desconforto que requer atenção de um especialista.

Entretanto, quando essa doença se relaciona com a sexualidade a coisa muda de figura. As pessoas têm vergonha ou medo de procurar um médico e muitas vezes tentam se enganar, achando que vai passar logo e que não será necessário buscar ajuda; outros acham mais fácil consultar um colega que geralmente tem alguma receita infalível para acabar com o problema.

Essas medidas, entretanto, somente agravam a doença, que vai ganhando terreno e se propagando entre os eventuais parceiros.

A reação emocional diante do diagnóstico de uma D.S.T. varia de pessoa para pessoa, de acordo com a educação recebida, os valores introjetados, o tipo de relacionamento vivido e etc.

Segundo Masters e Johnson ... "*a maioria das pessoas reage à notícia de que estão com uma D.S.T. com incredulidade e raiva*".

A relutância em procurar um médico, geralmente é devido ao medo de se expor a crítica e reprovação por certas práticas sexuais adotadas.

Não é sempre que uma D.S.T. interfere na sexualidade do indivíduo. Esse é um aspecto que varia em função do tipo de doença adquirida, da reação emocional

desencadeada, do fato de estar ou não em tratamento, etc. Geralmente quando a infecção é tratada logo que detectada, por um especialista, haverá de acordo com Masters e Johnson poucos efeitos físicos.

Obviamente na fase aguda, certas doenças provocam dor e desconforto durante a relação sexual o que diminui durante esse período o interesse por essas atividades. Outros distúrbios sexuais também podem se desenvolver devido aos efeitos psicológicos gerados pelas D.S.T.. A culpa, a vergonha e o medo, podem por exemplo fazer com que o indivíduo em estado de ansiedade, não consiga praticar satisfatoriamente a relação sexual ou sofram uma inibição do desejo sexual.

As reações emocionais às D.S.T., podem gerar além de disfunções sexuais secundárias, a dissolução de relações afetivas consideradas estáveis em consequência da mágoa de um dos parceiros provocada pela suspeita ou certeza de ter sido enganado ou traído pelo parceiro infectado.

Masters, Johnson e Kolodny fazem referência, entretanto, ao fato de nem sempre isso ser verdade, pois algumas D.S.T. como por exemplo a hepatite B, também podem ser transmitidas por meios não sexuais.

Não se pode também desconsiderar a raiva e ressentimento que surgem em função do fato de ter sido contaminado pelo parceiro e dessa forma ter que se submeter a tratamento, às vezes, longo e doloroso. Esse sentimento, acaba, também, afetando o relacionamento, gerando conflitos e hostilidades.

Apesar de não representarem o grande problema que representavam antigamente, pois hoje o diagnóstico e o tratamento são conseguidos com relativa facilidade, as D.S.T., por serem transmitidas através do contato sexual, continuam sendo encaradas como diferentes das outras doenças. Masters e Johnson alertam para o fato de que isso somente se modificará quando as pessoas pensarem sobre sexo com a mesma naturalidade com que pensam sobre qualquer outra coisa.

Para que as pessoas possam pensar com naturalidade a respeito de sexo é necessário que tenham recebido orientação e informações sobre sexualidade, e

que essas informações tenham sido passadas adequadamente a fim de que se possa dizer que os indivíduos que as receberam, foram educados sexualmente.

Existe uma diferença entre informar pura e simplesmente e educar. Muitas pessoas recebem informações acerca de algo em que necessariamente não tenham sido educados.

Educar significa preparar o indivíduo para a mudança, através de questionamentos e indagações que apontam aumento de senso crítico e não simplesmente a imposição de conceitos já estabelecidos.

Segundo Paulo Freire (1983): "*A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não se pode temer o debate. A análise da realidade não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa.*"

A educação sexual é apenas parte do processo educativo mais amplo e por esse motivo achamos relevante discorrer sobre a evolução da educação em geral para melhor compreendermos a sua importância.

De acordo com Kilpatrick (1978) "*A educação existe desde o primeiro homem. Seu objetivo inicial era o de transmitir aos jovens os hábitos de conduta dos mais velhos; assim, as crianças aprendiam pela participação e imitação dos processos de execução das atividades.*"

Com o aparecimento da escola houve uma divisão do processo educativo em educação informal (fornecida pelo lar e trabalho não organizado) e a educação formal (com tempo e local pré-estabelecido - escola).

Com o passar do tempo, entretanto, a família foi se modificando por necessidade econômica, deixando de ser o fator de influência que foi no passado, o que aumenta em grau e qualidade, o dever da escola, que antes complementava apenas a educação e agora é o lugar onde a criança vive de fato.

Essa situação explica a confusão existente acerca da responsabilidade dos pais ou da escola de fornecer informações e educação sexual.

Sendo no lar ou na escola, de acordo com Nérice

(1972), "será, realmente alienada a educação que não efetivar a aproximação do indivíduo com a realidade, para dela alcançar o melhor conhecimento possível e para nela poder atuar de maneira eficiente, consciente e responsável"...

É curioso como a educação não tenha sofrido há mais tempo uma revolução. A nova educação visa substituir a obediência passiva pela atividade e iniciativa, em vez de reprimir sistematicamente os instintos e gostos naturais do indivíduo.

A influência não assertiva dos sistemas sociais reforçam e recompensam os indivíduos, quando estes não discordam e não questionam o que aprendem e dessa forma colaboram com a formação de um sujeito adulto não assertivo com baixo auto-estima e sem vontade própria, sendo sempre manipulado pelos outros.

A educação não deve se restringir a transmitir conhecimentos e valores já estabelecidos, mas questionar esses valores, costumes e formas de conduta, visando a modificação dos mesmos, se for o caso.

Segundo Jean Piaget (1973) "A educação é não apenas uma formação mas uma condição formadora necessária ao próprio desenvolvimento natural."

A educação sexual é um setor do processo educacional global direcionado para o esclarecimento a respeito das questões referentes ao sexo.

Importante a referência feita por Pernetta (1988), sobre o fato de que o homem não herda, da mesma forma que os animais, nenhum tipo de conduta. Ele aprende, impelido pelos impulsos, no convívio com outras pessoas, como se comportar nas diferentes atividades que pratica, inclusive, na atividade sexual. Dessa forma a educação sexual, poderá criar uma visão positiva sobre a sexualidade, evitando bloqueios e inibições.

Algumas escolas incluíram em seus currículos aulas de educação sexual para complementarem informações e estimularem a reflexão do sentido das coisas. Não tiveram a intenção de substituir a família na educação sexual das crianças.

Existe ainda controvérsia acerca do local apro-

priado para a criança receber informações sobre sexo. Alguns acham que a escola deveria se encarregar, outros acham que é uma responsabilidade da família, mas poucos lembram-se de que se os pais não receberam informações suficientes a respeito de sexo, logo não poderão também informar corretamente os filhos a esse respeito.

Hoje, felizmente, alguns profissionais vem sendo preparados para ministrar aulas de educação sexual aos jovens nas escolas, mas esse deve ser um trabalho complementar ao da família para que o resultado seja satisfatório.

A educação sexual, entretanto, não deve se restringir a um público infantil, visto que muitos adultos em plena atividade sexual desconhecem o funcionamento de seu próprio corpo, métodos contraceptivos eficazes e que medidas adotar na prevenção das D.S.T.

Passos (1990) alerta para o fato de que a ignorância é responsável pela maioria das D.S.T.

Os cursos de educação sexual, palestras, campanhas e programas educativos, tornam-se então uma necessidade também para aqueles que cresceram sem receber essas informações e sentem-se despreparados, hoje, para enfrentarem as solicitações da vida moderna e para educarem os filhos.

#### 4. A Resposta Sexual Humana

Para que uma pessoa responda sexualmente a um estímulo, é necessário que esteja relaxada e disposta a se deixar levar pela experiência vivida, pois somente desta forma as reações reflexas, acontecerão naturalmente.

Helen Kaplan (1977), ressalta a importância de um estudo emocional-orgânico sadio, no processo fisiológico da resposta sexual.

Master e Johnson, também alertam para o fato de uma variedade de fatores de origem orgânica e psicogênica poderem prejudicar a função sexual normal.

A resposta sexual humana durante muitos anos foi considerada como um todo único. O tratamento para qualquer problema sexual era o mesmo visto que todas as disfunções recebiam o mesmo diagnóstico.

Com o passar do tempo começou-se a perceber que a resposta sexual poderia ser melhor compreendida e estudada se fosse dividida em fases de acordo com as reações ou mudanças físicas definidas. Apareceram várias descrições do ciclo sexual em fases:

**HAVELOCK ELLIS:** Modelo bifásico (tumescência e detumescência).

**WILHELM REICH:** Ainda modelo bifásico (carga biolétrica e descarga biolétrica).

**WILLIAM MASTER e VIRGINIA JOHNSON:** Ciclo quadrfásico (excitação, platô, orgasmo e resolução)

Os trabalhos acerca de fisiologia sexual do casal, representavam um grande avanço na compreensão da função sexual.

**HELEN KAPLAN:** Inicialmente elaborou um ciclo bifásico (excitação e orgasmo e depois acrescentou mais uma fase, desejo). Modelo trifásico (desejo, excitação e orgasmo).

#### ● Descrição das fases

**1. Desejo:** Essa fase se caracteriza tanto no homem como na mulher por sensações que os levam a procurar a participar de experiências sexuais.

**2. Excitação:** Os sinais fisiológicos mais característicos em ambos os sexos são produzidos pela vasodilatação reflexa dos condutos sanguíneos genitais, juntamente com a sensação subjetiva de prazer. o pênis enrijece e a vagina fica lubrificada e distendida, preparada para a penetração.

**3. Orgasmo:** Contrações reflexas de certos músculos genitais. O orgasmo é considerado o auge do prazer sexual em ambos os sexos, mas o orgasmo masculino é formado por dois reflexos independentes, apesar de coordenados: emissão e ejaculação, e o orgasmo feminino é análogo à 2ª fase do orgasmo do homem.

A mulher não tem a fase de emissão.

**4. Resolução:** Tanto no homem como na mulher

essa fase se caracteriza por sensação generalizada de relaxamento, bem estar e descontração muscular.

Segundo Oliveira (1988), "*os distúrbios da função sexual (disfunções sexuais) constituem transtornos psíquicos e ou somáticos em sua origem que impedem o indivíduo de realizar de maneira adequada o ato sexual*".

As disfunções sexuais, podem ocorrer em qualquer uma das fases da resposta sexual, podem surgir repentinamente, depois de períodos de função normal, podem existir durante toda a vida, ou se limitarem a certos parceiros ou certas situações.

## 5. Disfunções Sexuais

### Distúrbio da fase do desejo:

#### **Inibição do Desejo Sexual ou Desejo Sexual Hipoativo:**

Perda do interesse pelo sexo. Não há entrega à gratificação erótica. Essa síndrome afeta ambos os sexos. Os indivíduos com essa disfunção, podem funcionar genitalmente, porém de modo mecânico, sem grande prazer.

### Distúrbio da fase de excitação:

#### **Masculino:** Impotência

**Feminino:** Problemas de lubrificação e intumescência (inibição durante a relação).

Pode gerar inibição secundária de desejo ou evitação de sexo.

### Distúrbio da fase do orgasmo:

**Masculino:** Controle ejaculatório inadequado ou ejaculação prematura e ejaculação retardada.

**Feminino:** Disfunção orgásmica (anorgasmia ou inorgasmia).

Quase todas as disfunções sexuais, podem ser classificadas como perturbações em uma das fases da resposta sexual. De acordo com Kaplan elas constituem

desordens psicofisiológicas geradas por ansiedade relacionada com o sexo e são passíveis de terapia do sexo.

Existem duas outras síndromes, que não estão ligadas a nenhuma fase específica mas também estão associadas à ansiedade sexual:

### 1. Espasmos dolorosos involuntários dos músculos dos órgãos genitais e reprodutores.

**Feminino:** Vaginismo

**Masculino:** Certos tipos de dor ejaculatória

O vaginismo, ocorre sempre que existe tentativa de penetração vaginal. Na forma mais branda esse espasmo vaginal causa dispareunia.

#### ● Dor ejaculatória e pós-ejaculatória psicogênica

A dor pode durar minutos, horas ou dias. Espasmo dos músculos cremastéricos, empurrando os testículos contra o períneo.

### 2. Fobias Sexuais

Desenvolvimento de evitação fóbica de sentimentos eróticos ou de certas atividades sexuais. Os pacientes experimentam aguda ansiedade a crises de pânico diante da situação fóbica, além de ansiedade antecipatória com forte evitação de qualquer situação que possa conduzi-lo a situação sexual tão temida.

#### ● Etiologia das disfunções sexuais

Kaplan (1983), alerta para o fato de que tanto as fobias sexuais, como as disfunções são causadas pela ansiedade.

Tendo a ansiedade como denominador comum o que determina a escolha do sintoma é o padrão de resposta psicológica do indivíduo, que é específico de cada pessoa e o momento em que a ansiedade e as defesas contra essa surgem na experiência sexual, a qualidade ou intensidade, bem como os antecedentes imediatos específicos ou defesas específicas contra a ansiedade são variáveis que contribuem na determinação do sistema.

Quando a ansiedade emerge no início de seqüência desejo, excitação, orgasmo, ocorrem problemas na fase do desejo. Quando essa surge mais adiante, os problemas ocorrem na fase da excitação e a causa dos problemas da fase do orgasmo, ocorrem quando a ansiedade é invocada no final da seqüência sexual.

Pensava-se no passado que todas as disfunções sexuais resultassem de conflitos graves e profundos.

A maioria dos psicanalistas são adeptos da teoria que considera as disfunções sexuais originárias da infância.

Masters e Johnson e outros behavioristas demonstram entretanto que ansiedades superficiais e brandas também podem gerar disfunções. Nesta categoria pode-se incluir as ansiedades de desempenho e sentimentos de culpa com gênese cultural, temor de doenças, gravidez, etc.

Oliveira (1989), reafirma que o "*êxito da função sexual depende de uma completa seqüência de eventos psicológicos, que são altamente influenciados por fenômenos de natureza psico-emocional*".

As emoções são invocados por uma série de estímulos internos ou externos, diretos ou indiretos, e são acompanhados por reações tais como aceleração da respiração, aumento de transpiração, palidez ou rubor, etc. Essas alterações são controladas pelo sistema nervoso autônomo que também controla os órgãos genitais e as glândulas de secreção externa e interna.

As emoções intensas e prolongadas, podem produzir importantes alterações endócrinas. As respostas sexuais são facilmente atingidas. Os reflexos orgásmicos por exemplo, estão muito sujeitos à inibição aprendida, se diante de sentimentos negativos de medo, culpa ou qualquer outra ameaça.

O indivíduo infectado por uma D.S.T., por exemplo, muitas vezes é vítima de acentuado sentimento de culpa, que, se condicionado e associado ao ato sexual, poderá levar ao desenvolvimento de disfunção sexual.

#### ● As disfunções sexuais como consequência das D.S.T.

Qualquer doença que afete os genitais acaba em maior ou menor grau interferindo na vida sexual dos indivíduos, constituindo fonte de ansiedade, desconforto físico ou até mesmo provocando disfunções sexuais secundárias. Além disso, quando se fala em doenças transmitidas sexualmente não se pode desprezar o impacto psicológico provocado por essas infecções.

Todas as lesões da vulva como condiloma ou infecções por *Cândida* ou *Triconomas* causam desconforto, podendo comprometer a satisfação sexual.

O herpes, tanto do homem como na mulher provocam lesões que podem levar à dispareunia, prurido interno e queimação e as lesões recorrentes podem impor um obstáculo crônico à atividade sexual. Algumas mulheres podem desenvolver vaginismo.

A gonorréia está relacionada entre as causas infecciosas de impotência secundária nos homens.

Algumas pessoas desenvolvem disfunção orgásmica em consequência do sentimento de culpa gerado pela D.S.T. e, a inibição do desejo sexual, pode também se desenvolver secundariamente a uma doença sexualmente transmissível.

## 6. Metodologia

### A. Descrição

Pesquisa de campo através de análise de resultados obtidos no levantamento de dados coletados com a aplicação de instrumento de medida, planejado de acordo com os objetivos da presente pesquisa. A aplicação de tal instrumento deverá ser realizada na forma de entrevista individual, operacionalizada através do Serviço de Psicologia do Setor de D.S.T. da UFF e a atuação pessoal da autora do presente projeto.

### B. Planejamento

Pesquisa planejada de acordo com as variáveis: Doenças Sexualmente Transmissíveis (VI) e Sexualidade (VD), ficando subjacentes as variáveis cor e classe sócio-econômica.

### C. População-Alvo

Representada por amostra composta de 80 casos de pacientes, de ambos os sexos, sendo 45 mulheres e

35 homens, situados na faixa etária acima de 15 anos, contaminados por alguma doença sexualmente transmissível, selecionados junto ao Setor de D.S.T. da UFF, durante o período de revisão de tratamento.

## D. Instrumento

Um questionário composto de perguntas fechadas do tipo resposta única organizadas em dois suportes ("a" e "b") desdobradas em 4 e 15 itens, respectivamente: um suporte (c) com 5 itens com nº de respostas não determinado e uma pergunta aberta do tipo resposta livre organizada em um suporte (d) desdobrada em um único item.

## 7. Resultados

### Dados Relativos a Existência de Parceiro(a) Sexual:

Tabela 1 - Você tem um parceiro(a) fixo(a)?

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 30       | 15   | 45        | 25     | 10   | 35        | 55    | 25   | 80    |
| %                        | 66,7     | 33,3 | 100       | 71,4   | 28,6 | 100       | 68,8  | 31,2 | 100   |

Tabela 2 - Você tem um parceiro(a) fixo(a)?

|                          | MULHERES |    |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|----|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N  | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 16       | 27 | 45        | 19     | 16   | 35        | 37    | 43   | 80    |
| %                        | 40       | 60 | 100       | 54,2   | 45,8 | 100       | 46,2  | 53,8 | 100   |

**Tabela 3 - Depois de Contrair uma D.S.T. você deixou de ter parceiro(a) Sexual Fixo?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 16       | 29   | 45        | 5      | 30   | 35        | 21    | 59   | 80    |
| %                        | 35,6     | 64,4 | 100       | 14,3   | 95,7 | 100       | 26,3  | 73,7 | 100   |

**Tabela 4 - Antes de episódio da D.S.T. você tinha bom relacionamento com o parceiro (a)?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 31       | 15   | 45        | 26     | 9    | 35        | 57    | 23   | 80    |
| %                        | 68,9     | 31,1 | 100       | 74,3   | 25,7 | 100       | 71,2  | 28,8 | 100   |

**Tabela 5 - Esse Relacionamento continuou sendo bom depois do Diagnóstico da Doença?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |    |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|----|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N  | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 14       | 31   | 45        | 54     | 14 | 35        | 35    | 45   | 80    |
| %                        | 31,1     | 68,9 | 100       | 60     | 40 | 100       | 43,8  | 58,2 | 100   |

**Tabela 6 - Depois que você teve uma D.S.T. tem tido menos desejo sexual?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |    |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|----|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N  | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 31       | 14   | 45        | 7      | 28 | 35        | 38    | 42   | 80    |
| %                        | 69,9     | 31,1 | 100       | 20     | 80 | 100       | 47,5  | 52,5 | 100   |

**Dados Relativos ao Orgasmo:**

**Tabela 7 - Depois da Doença, tem sentido alguma dificuldade em conseguir orgasmo?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 31       | 14   | 45        | 2      | 33   | 35        | 33    | 47   | 80    |
| %                        | 68,9     | 31,1 | 100       | 5,8    | 94,2 | 100       | 41,2  | 58,8 | 100   |

**Obs.:** Das 31 mulheres que tem sentido dificuldade em conseguir orgasmo, 15 já apresentavam esse problema e 16 passaram a apresenta após a DS.T.

**Tabela 8 - Você sentia prazer (Orgasmo) Antes?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 30       | 15   | 45        | 31     | 4    | 35        | 61    | 19   | 80    |
| %                        | 66,7     | 33,3 | 100       | 88,6   | 11,4 | 100       | 76,2  | 23,8 | 100   |

**Tabela 9 - Depois da D.S.T. você passou a ter mais cuidado com a Higiene?**

|                          | MULHERES |    |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|----|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N  | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 36       | 9  | 45        | 19     | 16   | 35        | 55    | 25   | 80    |
| %                        | 80       | 20 | 100       | 54,2   | 45,8 | 100       | 58,8  | 31,2 | 100   |

**Tabela 10 - Tem dificuldade hoje de relacionar-se sexualmente com alguém que acabou de conhecer?**

|                          | MULHERES |    |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|----|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N  | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 38       | 9  | 45        | 19     | 16   | 35        | 55    | 25   | 80    |
| %                        | 80       | 20 | 100       | 54,2   | 45,8 | 100       | 58,8  | 31,2 | 100   |

**Tabela 11 - Você sabe como se proteger contra D.S.T.?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |    |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|----|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N  | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 25       | 20   | 45        | 19     | 16   | 35        | 44    | 36 | 80    |
| %                        | 55,5     | 44,5 | 100       | 54,2   | 45,8 | 100       | 55    | 45 | 100   |

## Dados Relativos à Excitação:

**Tabela 12 - Sua excitação sexual diminuiu após o episódio de D.S.T.?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |    |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|----|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N  | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 28       | 17   | 45        | 4      | 31   | 35        | 32    | 48 | 80    |
| %                        | 62,2     | 37,8 | 100       | 11,4   | 88,6 | 100       | 40    | 60 | 100   |

## Dados Relativos ao Comportamento do Parceiro(a):

**Tabela 13 - Seu parceiro(a) aceitou bem o fato de ter que acompanhá-lo(a) ao médico para participar do tratamento?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |    |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|----|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N  | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 17       | 28   | 45        | 21     | 14 | 35        | 38    | 42   | 80    |
| %                        | 37,8     | 62,2 | 100       | 60     | 40 | 100       | 47,5  | 52,5 | 100   |

**Tabela 14 - Seu parceiro(a) colaborou aceitando as restrições durante o tratamento?**

|                          | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |      |       |
|--------------------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|------|-------|
|                          | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N    | TOTAL |
| N <sup>o</sup> RESPOSTAS | 19       | 26   | 45        | 26     | 9    | 35        | 45    | 35   | 80    |
| %                        | 42,2     | 57,8 | 100       | 74,2   | 25,8 | 100       | 56,2  | 43,8 | 100   |



**Tabela 15 - Seu parceiro(a) procura sexualmente com menos frequência do que antes da doença?**

|              | MULHERES |      |           | HOMENS |      |           | TOTAL |    |       |
|--------------|----------|------|-----------|--------|------|-----------|-------|----|-------|
|              | S        | N    | SUB-TOTAL | S      | N    | SUB-TOTAL | S     | N  | TOTAL |
| N. RESPOSTAS | 25       | 20   | 45        | 23     | 12   | 35        | 48    | 32 | 80    |
| %            | 55,5     | 44,5 | 100       | 65,8   | 34,2 | 100       | 60    | 40 | 100   |

**Dados Relativos a Incidência de cada tipo de D.S.T.**

**Tabela 16 - Quais as D.S.T. que você já foi portador?**

| D.S.Ts.       | MULHERES (45) |       | HOMENS (35) |       | TOTAL (80) |       |
|---------------|---------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
| Gonorréia     | 6             | 13,3% | 8           | 22,8% | 14         | 17,5% |
| Sífilis       | 5             | 10,9% | 5           | 14,2% | 10         | 12,5% |
| Cancro        | 0             | -     | 3           | 8,6%  | 3          | 3,7%  |
| Linf. Venéreo | 0             | -     | 0           | -     | 0          | -     |
| Condiloma     | 13            | 28,2% | 10          | 28,5% | 23         | 28,7% |
| Tríconoma     | 6             | 13,3% | 3           | 8,5%  | 9          | 11,2% |
| Candidíase    | 8             | 17,4% | 0           | -     | 8          | 10,0% |
| Uretrite      | 0             | -     | 0           | -     | 0          | -     |
| Herpes        | 8             | 17,4% | 17,1%       | 6     | 14         | 17,5% |
| Outras        | 0             | -     | 0           | -     | 0          | -     |

**Dados Relativos à Preferência Sexual:**

**Tabela 17 - Você Costuma ter Relações?**

| PREFERÊNCIA SEXUAL | MULHERES (45) |       | HOMENS (35) |       | TOTAL (80) |       |
|--------------------|---------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
| Hetero             | 38            | 84,5% | 22          | 62,8% | 60         | 75,0% |
| Homo               | 0             | -     | 2           | 5,7%  | 2          | 2,5%  |
| Bi                 | 7             | 8,7%  | 11          | 31,4% | 18         | 22,5% |

**Dados Relativos a sentimentos desencadeados:**

**Tabela 18 - Que tipo de sentimento acompanhou o fato de saber que contraiu uma D.S.T.?**

| SENTIMENTO | MULHERES (45) |       | HOMENS (35) |       | TOTAL (80) |       |
|------------|---------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
| Medo       | 16            | 35,6% | 7           | 20,0% | 23         | 28,7% |
| Raiva      | 3             | 6,7%  | 12          | 34,3% | 25         | 31,2% |
| Aversão    | 7             | 15,5% | 4           | 11,4% | 11         | 13,7% |
| Desprezo   | 4             | 8,8%  | -           | -     | 4          | 5,0%  |
| Culpa      | 20            | 44,4% | 6           | 17,1% | 26         | 32,5% |
| Nenhum     | 5             | 11,1% | 16          | 45,7% | 21         | 26,2% |

**Tabela 19 - Na sua opinião que tipo de sentimento esse episódio desencadeou no seu parceiro(a)?**

| SENTIMENTO | MULHERES (45) |       | HOMENS (35) |       | TOTAL (80) |       |
|------------|---------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
| Medo       | 5             | 11,1% | 8           | 22,8% | 13         | 16,2% |
| Raiva      | 13            | 28,8% | 7           | 20,0% | 20         | 25,0% |
| Aversão    | 6             | 13,3% | 6           | 17,8% | 12         | 15,0% |
| Desprezo   | -             | -     | 4           | 11,4% | 4          | 5,0%  |
| Culpa      | 5             | 11,1% | 1           | 2,8%  | 6          | 7,5%  |
| Nenhum     | 16            | 35,5% | 10          | 28,5% | 26         | 32,5% |

**Dados Relativos a Alterações ocorridas no Relacionamento:**

**Tabela 20 - O relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a) após a D.S.T. sofreu alteração.**

| SENTIMENTO | MULHERES (45) |       | HOMENS (35) |       | TOTAL (80) |       |
|------------|---------------|-------|-------------|-------|------------|-------|
| Medo       | 5             | 11,1% | 8           | 22,8% | 13         | 16,2% |
| Raiva      | 13            | 28,8% | 7           | 20,0% | 20         | 25,0% |
| Aversão    | 6             | 13,3% | 6           | 17,8% | 12         | 15,0% |
| Desprezo   | -             | -     | 4           | 11,4% | 4          | 5,0%  |
| Culpa      | 5             | 11,1% | 1           | 2,8%  | 6          | 7,5%  |
| Nenhum     | 16            | 35,5% | 10          | 28,5% | 26         | 32,5% |

## 8. Análise

Julgamos conveniente dividir os casos de acordo com o sexo, para que possamos comparar os resultados, já que verificamos, durante as entrevistas, que as mulheres (45 casos pesquisados), talvez pela educação recebida, sentem, vivenciam e reagem à contaminação por D.S.T., de maneira bem diferente dos homens (35 casos pesquisados).

Deixaremos de apresentar os dados sobre estado civil, idade e escolaridade relevantes para aferir o universo da pesquisa, embora sem importância direta nos objetivos do presente trabalho. Outrossim, informamos que a totalidade da amostra foi entrevistada após a fase aguda da doença (no final ou em fase de revisão do tratamento).

### ● Resultados obtidos com relação à existência do parceiro sexual

De acordo com os dados da Tabela 1, verifica-se 66,7% das mulheres e 71,4% dos homens entrevistados, possuem parceiro fixos, portanto, a maioria dos sujeitos 68,8%, possuem parceiros fixos.

Com relação aos dados das Tabelas 2 e 3, observa-se que 54,2% dos homens e 40% das mulheres possuem mais de um(a) parceiro(a) sexual. Dessa forma 46,2% dos 80 casos possuem mais de um parceiro sexual e 26,3% desses sujeitos, deixaram de ter parceiro fixo após contrair D.S.T. As mulheres tiveram mais dificuldade em manter seus parceiros após a D.S.T., e 35,6% delas deixaram de ter parceiros fixos ou relacionamento estável enquanto o mesmo apenas aconteceu a 14,3% dos homens.

### ● Resultados obtidos com relação ao tipo de relacionamento vivido

As tabelas 4 e 5 indicam que a maioria dos entrevistados 68,9% das mulheres e 74,3% dos homens, antes do episódio da D.S.T., tinham um bom relacionamento com o parceiro. Entretanto dos 71,2% dos sujeitos entrevistados que possuíam bom relacionamento, apenas 43,8% conseguiram manter bom relacionamento. Sendo que desse total, 31,1% foram mulheres e 60% foram homens, o que demonstra que para estes parece ser mais fácil manter relação satisfatória após uma D.S.T.

### ● Resultados obtidos com relação ao desejo sexual

De acordo com a Tabela 6, verifica-se que no total - 47,5% dos sujeitos tiveram uma diminuição do desejo sexual, enquanto 52,5% mantêm o desejo sexual inalterado após D.S.T.

Com relação às mulheres, 68,9% tiveram seu desejo sexual inibido, enquanto apenas 20% dos homens relataram diminuição de desejo após episódio de D.S.T.

### ● Resultados obtidos com relação ao orgasmo

As tabelas 7 e 8 mostram que 41,2% dos sujeitos entrevistados têm mantido alguma dificuldade em conseguir orgasmo após a D.S.T. e que apenas 5,8% dos homens entrevistados têm essa dificuldade, enquanto 68,9% das mulheres a possuem, mas que 33,3% delas já tinham essa dificuldade antes da doença, o que acontecia a apenas 11,4% dos homens. Portanto 76,2 dos sujeitos sentiam prazer (orgasmo) antes de contraírem D.S.T.

### ● Resultados obtidos com relação a cuidados pessoais

A Tabela 9 demonstra que 71,2% dos entrevistados 84,5% das mulheres e 54,2% dos homens passaram a ter mais preocupação com a higiene. As Tabelas 10 e 11 indicam que 58,8% dos sujeitos têm medo de relacionar-se com alguém que acabou de conhecer, sendo que 80% das mulheres entrevistadas têm esse medo, enquanto 54,2 dos homens demonstram dificuldade de relacionar-se sexualmente com novos parceiros, entretanto dos 45% dos sujeitos entrevistados que mostram não saber como se proteger contra as D.S.T., 45,8% são homens e 44,5% mulheres.

### ● Resultados obtidos com relação à excitação

De acordo com a Tabela 12, após o episódio de D.S.T., 40% dos sujeitos tiveram sua excitação sexual diminuída. Observa-se que 62,2% das mulheres tiveram esse problema e apenas 11,42% dos homens sentiram redução da excitação após D.S.T.

### ● Resultados obtidos com relação ao comportamento do parceiro

As Tabelas 13 e 14 indicam que 62,2% das mulheres, não tiveram um parceiro que aceitasse bem o fato de participar do tratamento e 40% dos homens também não tiveram. No total apenas 47,5% dos sujeitos

tiveram parceiros que aceitaram bem o fato de ter que participar do tratamento. Durante o tratamento, 42,4% das mulheres tiveram a colaboração dos parceiros com relação a aceitação das restrições e 74,2% dos homens também tiveram essa colaboração. 56,2% dos sujeitos entrevistados tiveram parceiros que aceitaram bem as restrições.

A Tabela 15 mostra que 60% dos entrevistados passaram a ser menos procurados sexualmente após a D.S.T.

Verifica-se que 55,5% dos parceiros das mulheres e 65,8 dos parceiros dos homens passaram a procurá-los sexualmente com menos frequência do que antes.

● **Resultados obtidos com relação a incidência de cada tipo de D.S.T.**

A Tabela 16 demonstra que a D.S.T. que teve maior incidência, 28,7% entre os entrevistados, foi o condiloma acuminado. 28,2% das mulheres e 28,5% dos homens foram ou são portadores dessa moléstia. Em seguida, verifica-se que a gonorréia e o herpes genital vem empatados na soma dos indivíduos portadores com 17,5%, sendo que a gonorréia teve maior incidência nos homens (22,8%), em relação às mulheres (13,3%), enquanto o herpes manteve quase a mesma incidência entre os dois sexos 17,4% nas mulheres e 17,1% nos homens.

Depois vem a sífilis atingindo 12,5% dos sujeitos sendo 14,2% dos homens e 10,9% das mulheres.

Tricomoníase atingindo 11,2% dos entrevistados, 13,33% das mulheres e apenas 8,5% dos homens.

A candidíase atingindo 10% dos sujeitos, 17,4% das mulheres e nenhum homem e por último cancro atingindo 3,7% do total, nenhuma mulher e 8,6% dos homens.

● **Resultados obtidos com relação à preferência sexual**

A Tabela 17 mostra que 75% dos entrevistados costumam ter relações heterossexuais. 84,5% das mulheres e 62,8% dos homens tem preferência por esse tipo de relação. Apenas 2,5% dos entrevistados, adotam relações homossexuais. Sendo que nenhuma das 45 mulheres

entrevistadas tem essa preferência, enquanto 5,7% dos homens a adotam.

Com relação a relações bissexuais 22,5% tem essa preferência, sendo 8,7% das mulheres e 31,4% dos homens.

● **Resultados obtidos com relação a sentimentos desencadeados**

Na Tabela 18 verifica-se que o sentimento que mais frequentemente acompanha o fato de saber que se contraiu uma D.S.T. é a culpa 32,5%, sendo as mulheres mais sujeitas a esse sentimento (44,4%) em relação a 17,1% dos homens. Segue-se a raiva aparecendo com 31,2% dos sujeitos. Desta vez sendo mais presente nos homens, 34,3% em relação as mulheres, 6,7%. Depois vem o medo que aparece em 28,7% dos casos. 35,6 nas mulheres e 20% nos homens. 26,2% dos entrevistados disseram que nenhum sentimento especial acompanha a D.S.T. Nesse caso, encontra-se 11,1% de mulheres e 45,7% de homens. No total, 13,7% dos sujeitos sentiram aversão pelo parceiro, 15,5% de mulheres e 11,4% de homens e apenas 5% sentiram desprezo pelos parceiros, 8,8% de mulheres e nenhum homem.

Os dados da Tabela 19 se referem ao tipo de sentimento que os entrevistados acham que o episódio da doença desencadeou no parceiro, 32,5% dos sujeitos concluíram que nenhum sentimento especial foi desencadeado sendo que desses, 35,5% são mulheres e 28,5% homens. A raiva, foi o sentimento apontado por 25% dos entrevistados, sendo 28,8% mulheres e 20% homens. Em seguida vem o medo, apontado por 16,2% dos sujeitos 11,1% de mulheres e sendo 22,8% de homens. Verificou-se que no total de 15% indicaram a aversão. Nesse caso 17,8% foram homens e 13,3% mulheres. A culpa foi o sentimento que 7,5% dos sujeitos apontaram, sendo 11,1% de mulheres e 2,8% de homens e, por último, o desprezo escolhido por 5% dos entrevistados, nenhuma mulher e 11,4% dos homens.

● **Resultados obtidos com relação a alteração provocada pelas D.S.T.**

A Tabela 20 refere-se ao tipo de alteração que a D.S.T. provocou no relacionamento. Nenhum sujeito apontou alteração positiva (melhora da relação) após a doença e 56,2% dos entrevistados ressaltaram altera-

ções negativas (piora do relacionamento). Sendo 64,5% mulheres e apenas 45,7% nos homens. Do total inalterado, sendo que 35,5% foram mulheres e 54,2 homens.

Obs.: Nossa verificação não observou a persistência destas alterações em função do tempo. As alterações verificadas referem-se ao(s) relaciona-mento(s) vivido(s) no momento da D.S.T. Somente um estudo mais longo poderia mostrar se as alterações se mantêm ou não na circunstância de mudança de parceiros.

### 9. Conclusão

De acordo com os resultados apresentados e a título de referencial para futuras pesquisas, julgamos procedente uma despreziosa inferência desses resultados.

Assim, verificamos que as mulheres respondem de maneira diferente dos homens a um episódio de doença transmitida sexualmente. Encontram mais dificuldade na manutenção do parceiro e qualidade da relação após uma D.S.T. Nos parece que estas são mais suscetíveis a reações emocionais de medo, culpa e desconfiança do parceiro, que na maioria das vezes resultam em inibições de desejo e outras disfunções. Talvez esta diferença, se deva a influência dos papéis sexuais sobre as atitudes e comportamentos ligados à sexualidade.

O homem, não se sente tão culpado com relação às suas atuações sexuais e muitos, em relação às mulheres, consideram o episódio um fato natural que não altera seu relacionamento, nem é capaz de despertar-lhe nenhum sentimento especial. Entretanto, notamos que este, também modifica seu comportamento, passando a selecionar mais as parceiras (os), preocupando-se mais com a higiene e apresentando dificuldade de relacionar-se

com novos(as) parceiros(as); apesar de não desenvolvimento de disfunção sexual na mesma proporção que as mulheres.

Finalmente, os resultados apontam que as D.S.T. alteram negativamente a vida sexual tanto de homens como de mulheres.

Julgamos, entretanto, que se uma boa orientação sobre saúde sexual for oferecida aos pacientes paralelamente ao tratamento clínico, talvez estes possam voltar a se relacionar de forma segura, sem medo; tomando medidas preventivas necessárias à manutenção de sua saúde.

### Referências Bibliográficas

1. **Carvalho, F.S.; Carvalho, A:** Doenças venéreas anorretais. JBM, 22(4), Rio de Janeiro, 1970.
2. **Freire, P.:** Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
3. **Gauderer, E.C.:** Adolescência, os jovens e nós. JBM, 47 (6) 15-38, 1984.
4. **Guthe, T.:** Tendências epidemiológicas mundiais de la sífilis y blenorragia. Bol Ofic Sanit Paham 70(1) 6-25 ene, 1971.
5. **Hung, M.:** Sexualité adolescentes quelques nouveaux chiffres suisses. Med et Hyg 43, 1985.
6. **Kilpatrick, W.H.:** Educação para uma civilização em mudança. Rio de Janeiro, Melhoramentos, 1978.
7. **Kolodny, R.C., Master, H.; Johnson, E.:** Manual de Medicina Sexual. São Paulo, Manole, 1982.
8. **Lazarus, A.:** Terapia multimodal do comportamento. São Paulo, Manole, 1980.
9. **Lopez, E.:** Las enfermedades venéreas en las adolescentes del estado de Tamaulipas. Salud Public de México, 14 (2) 223-8, 1972.
10. **Miller, B.F.; e Burt, J.J.:** Salud Individual y Colectiva El hombre y la sociedad actual. 3 ed., México, Interamericana, 1972.
11. **Nérice, I.G.** Ensino renovado e fundamental. São Paulo, Nobel, 1972.
12. **Passos, M.L.:** Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro, Biologia e Saúde, 1990.
13. **Pernetta, C.:** Amor e liberdade na educação da criança. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
14. **Piaget, J.:** Para onde vai a educação? Rio de Janeiro, Olympio, 1973.
15. **Valle, M. B.:** Os adolescentes grupos de risco das D.S.T., - JBDST, 49(2), 1990.
16. **Wolpe, J.:** Prática da Terapia Comportamental. São Paulo, Brasiliense, 1981.
17. **Sister, M.P.:** Impotência sexual masculina. Rio de Janeiro, Livro Médico, 1988.

***Nós, do Setor de DST/UFF, protegemos  
nossa equipe e nossos pacientes  
usando SOAPEX e  
PREP-CARE (Iodopovidona )  
antes e depois de cada atendimento.***

## Porque o Brasil não deve ser campo de provas de vacinas contra a AIDS\*

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6 (2): (21-23), 1994

Carlos Alberto Morais de Sá\*\*

Nos últimos oito anos mais de 15 imunógenos candidatos à vacina contra HIV/AIDS foram testados, de forma limitada, em pequenos grupos de indivíduos com o objetivo de se estabelecer a segurança e capacidade de estimular o sistema imune. Os resultados destes testes preliminares apontam uma capacidade de proteção passageira e eficiência duvidosa pelas diferenças antigênicas com as cepas em circulação nas regiões testadas (1,2,8).

A busca do esclarecimento sobre como o HIV causaria a AIDS (3) mostrou uma diversidade de mecanismos patogênicos participando por vias diretas ou indiretas no curso da infecção HIV. Nos primeiros momentos ocorrem respostas humoral e celular efetivas que limitam a replicação viral, as células T helper CD4 positivas tendem a se reduzir e células como os macrófagos, passam a transportar grande quantidade de HIV para os linfonodos. Proteínas celulares humanas como o HLA DR, classe I, beta-2-microglobulina estão no gp 120 do HIV e interagem com receptores celulares dos linfócitos T4 e das células apresentadoras de antígenos como os macrófagos (4).

O HIV quando citopático destrói diretamente as células infectadas. No entanto, a outra metade de isolados de HIV não é citopática e utiliza diferentes

mecanismos indiretos de comprometimento e/ou destruição em células infectadas ou não-infectadas: 1. Apoptose (5) - indução anormal nas células T maduras (linfócitos T CD4± e CD8±) da programação de morte celular, por via indireta utilizando o complexo imune gp120, o HIV a distancia e até linfócitos CD4+ não-infectados ou pela ação direta de linfócitos CD4+ infectados sobre os linfócitos T ativados não-infectados; 2. Resposta imune específica de linfócitos T citotóxicos contra células infectadas pelo HIV; 3. Resposta autoimune desencadeada por antígenos virais com homologia a antígenos celulares (10) ou pela presença de componentes HLA-DR na superfície do envelope do HIV (4).

Os componentes da resposta imune que promovem proteção contra o HIV não estão estabelecidos (6,8). São atribuídas atividades de proteção aos anticorpos neutralizantes e às células T citotóxicas (6). Estes componentes de proteção são fugazes, bem como substituídos ou simultâneos aos mecanismos de disfunção do sistema imune, autoimunidade e mesmo de destruição celular (1,3,6,8).

A maioria das vacinas contra infecção HIV e AIDS foram fabricadas no primeiro mundo a partir de vírus formadores de sincício (citopáticos), mantidos em laboratório por períodos longos (1). O HIV além de notável variabilidade genética (7,8) de indivíduo para indivíduo, de região para região, é transmitido preferencialmente quando as cepas são não-formadoras de sincício (1), isto é não-citopáticas. Portanto, a incompatibilidade é uma constante entre os produtos vacinas que vêm sendo testados e as cepas HIV em circulação nas diferentes populações.

Somente através de amplo conhecimento sobre estrutura, composição e mecanismos de ação das

\* Trabalho realizado no Centro Nacional de Pesquisa em AIDS, Clínica Médica B, Enfermaria 10, Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro - UNI RIO, Rio de Janeiro, Brasil.

\*\* Professor Titular Concursado de Clínica Médica da Universidade do Rio de Janeiro - UNI RIO; Professor Livre Docente de Clínica Médica da Universidade do Rio de Janeiro - UNI RIO; Diretor do Centro Nacional de Pesquisa em AIDS do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, Universidade do Rio de Janeiro, UNI RIO, Rio de Janeiro, Brasil.

diferentes cepas de HIV, do completo entendimento da resposta imune protetora e da fisiopatologia dos diferentes estádios da infecção HIV, será possível se chegar a vacinas ou imunomoduladores que venham a proteger o homem (1,8,9,13). A presença do HIV em linfócitos, macrófagos e células dendríticas expande a população de células infectadas (3,8), e ocorrem inúmeras interações com as células normais do organismo humano. São incontestáveis e muitas vezes imprevisíveis estas interações, podendo ocorrer eventos indesejáveis como disfunção, destruição, autodestruição ao invés de respostas protetoras (3,6,8,9). A questão fundamental para as vacinas que vêm sendo testadas e para os agentes imunomoduladores propostos é que tanto podem intensificar mecanismos favoráveis de proteção imunológica, como promover destruição ou desarranjo do sistema imune ou ainda ser inócuos e ineficientes (9). Por outro lado, imunossuppressores como corticosteróides, cicloporina e pentoxifilina (11,12) em determinadas situações de infecção HIV, mostraram resultados parcialmente favoráveis. Há que se considerar também as expressivas diferenças antigênicas regionais entre cepas de HIV (13).

Foi rigorosamente dentro do esperado os resultados negativos apresentados por vacinógos em HIV na 6ª conferência Anual sobre "Avanços no Desenvolvimento de Vacinas para AIDS", ocorrida em novembro de 1993, em Alexandria, Virgínia, patrocinada pelo Instituto Nacional em Alergia e Doenças Infecciosas (NIAID) (13). Estes resultados adversos nos testes preliminares de vacinação anti-HIV causaram desalento e mostraram a necessidade de revisão imediata das propostas de avaliações em larga escala. Certamente, produtos sem eficácia e segurança não devem ser testados em massa. Os resultados negativos foram atribuídos às diferenças existentes entre as vacinas, fabricadas a partir de vírus mantidos e adaptados em laboratórios, e os que estão em circulação nas diferentes populações testadas (13).

A necessidade de revisão dos projetos de vacinação, face aos resultados desfavoráveis, vêm causando atrasos e provocou apreensões entre os fabricantes de vacinas, pois empresas como a

Genetech e outras chegaram a estocar mais de 200 mil doses para uso nos países do terceiro mundo (13). A Organização Mundial de Saúde, através do chefe do programa de desenvolvimento de vacina para AIDS, José Esparza, considera que os testes de larga escala nos países em desenvolvimento darão mais informações do que 1000 experimentos de laboratório, embora reconheça o desinteresse dos fabricantes em preparar vacinas específicas a partir das cepas que circulam nos países do terceiro mundo (13).

Há que se considerar com preocupação o impacto que a vacinação em massa poderá provocar em danos na população dos países selecionados para o campo de provas. Os eventuais benefícios diretos consequentes ao desenvolvimento de uma vacina eficaz contra AIDS, não eliminam os riscos dos testes. Os produtos candidatos a vacina contra HIV/AIDS e uma eventual vacina contra a AIDS são propriedades exclusivas das companhias farmacêuticas que os desenvolvem (2). O reforço da infraestrutura médica e científica dos países participantes, índices elevados de infecção HIV, custos operacionais inferiores, menor tradição em direitos humanos e controle social são outras vantagens apresentadas (2,15).

Se para os países em desenvolvimento se obtiver uma vacina anti-HIV/AIDS com eficácia de 90 por cento, seria necessário vacinar 75 por cento dos adultos e adolescentes para se conseguir estabilização na prevalência da infecção HIV. Se, no entanto, a vacina utilizada tiver 50 por cento de eficácia, a prevalência ao longo de 20 anos pode se elevar em até 4 vezes (14). Vacinas menos eficazes teriam resultados ainda mais pobres.

Se considerarmos como exemplo o preço da vacina para hepatite B nos países pobres, concluiremos que nem sempre vacinas eficazes estão disponíveis em função do custo elevado. Portanto os países do terceiro mundo testam em larga escala vacinas do primeiro mundo (15), assumem os riscos deste procedimento, se beneficiam pelo fortalecimento de determinadas instituições médico-científicas, mas ficam dependentes de preços insuportáveis para suas economias em função da insistência de mecanismos internacionais reguladores (2), e são obrigados a utilizar produtos de eficácia inferior, pela

incompatibilidade entre as cepas existentes em suas populações e as que geraram os produtos vacinas, que dificilmente protegerão suas populações contra a ameaça devastadora da infecção HIV/AIDS.

### Referências Bibliográficas

01. Cohen J. What HIV parts should be the basis of a vaccine? How should they be presented to the immune system? Science 1993; 260:261. 02. McKenna, N. A fair trial? Testing AIDS vaccines in the developing world. Panos AIDS Briefing n° 2, November 1993. 03. Weiss, R.A. How does HIV-cause AIDS? Science 1993; 260:1273. 04. Arthur, L.O., Bess, J.W.Jr., Sowder II, R.C. et al. Cellular proteins bound to immunodeficiency virus: implication for pathogenesis and vaccines. Science 1992; 258:1935. 05. Gougeon, M.L. e Montaigner, L. Apoptosis in AIDS. Science 1993; 260:1269. 06. Cohen, J. What are the correlates of protection? Science 1993; 260:1259.
07. Cohen, J. How can viral variation be overcome? Science 1993; 260:1260. 08. Levy, J.A. HIV pathogenesis and long-term survival. AIDS 1993; 7:1401-1410. 09. Benson, E.M. Immune modulation in HIV infection: fact or fantasy? J. Acquir. Immune Defic. Syndr. 1993; 6 (Suppl.1): S61-S67. 10. Blackburn, R., Clerici, M., Mann, D. et al. Common sequence in HIV 1 GP41 and HLA class II beta chains can generate crossreactive autoantibodies with immunosuppressive potential early in the course of HIV 1 infection. Ad. Exp. Med. Biol. 1991; 303:63-69. 11. Jacobson, S.K., Calne, R.Y., Wreghitt, T.G. Outcome of HIV infection in transplant patients on cyclosporin. Lancet 1991; 337:794. 12. Han, J., Thompson, P., Beutler, B. Dexamethasone and pentoxifylline inhibit endotoxin - induced cachectin/tumour necrosis factor synthesis at separate points in the signalling pathway. J. Exp. Med. 1990; 172:391-394. 13. Cohen, J. Jitters Jeopardize AIDS vaccine trials. Science 1993; 262:980-981. 14. Dowdle, W. Future vaccine policy and implications for efficacy trials. AIDS Nachrichten 3193: IX Intl. Conf. AIDS, Berlin, 1993. 15. Comitê Brasileiro sobre Vacinas de HIV/AIDS. Plano Nacional Para Vacinas de HIV/AIDS: Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação no Brasil. Brasília, Outubro 1992.

**Vamos falar de frente sobre sexo.  
Abandonando os preconceitos,  
você estará prevenindo  
a maioria das  
Doenças Sexualmente Transmissíveis.  
Informe-se e informe  
a seus filhos, parentes e amigos.**

# Hepatite B: Uma DST ainda pouco Lembrada

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6 (2): (24-27), 1994

Alberto Saraiva Tibúrcio\*  
Mauro Romero Leal Passos\*\*

## Resumo

A hepatite B é uma doença infecciosa muito prevalente na população. Das diversas formas de transmissão dos vírus encontra-se o contágio sexual, sendo que o comportamento sexual de risco aumenta as chances de sua aquisição. Além do enfoque nas evidências de que a hepatite B é uma D.S.T., são brevemente discutidos a etiopatogenia, quadro clínico, profilaxia e tratamento.

## Abstract:

Hepatitis B is a infectious disease with a high prevalence in the population. Among the different transmission forms of the virus there is the sexual one, being that the sexual risk behavior increases the possibilities of this acquisition. Further on the mise in evidence that hepatitis B is a S.T.D., are briefly discussed the etiopathogenesis, clinical manifestations, prevention and treatment.

## Introdução

A hepatite B é causada por um vírus (VHB) amplamente disseminado na população humana. Estatísticas norte-americanas relatam uma incidência anual que pode variar de 8 a 11 casos em cada 100.000 pessoas<sup>1,2</sup>. No entanto outros estudos sugerem que a real incidência seja 5 a 8 vezes maior devido aos casos-não notificados<sup>2</sup>.

A hepatite B pode, além de causar uma infecção aguda, evoluir para uma fase crônica e desse modo, constituir-se numa causa importante de cirrose e car-

cinoma hepatocelular primário<sup>(3)</sup>. Estima-se que 5% da população mundial seja portadora crônica da infecção<sup>(2)</sup>.

Evidências existem de que, além das formas de transmissão por via parenteral (transfusão de sangue e derivados, hemodiálise, compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis), uma forma comum de transmissão se dá através da via sexual, podendo contar com até 30% dos casos notificados de hepatite B aguda<sup>(3)</sup>.

Apesar destes dados impressionantes acerca de hepatite B, existe um desconhecimento por parte das pessoas e mesmo dos provedores de saúde, de que a hepatite B é uma doença também sexualmente transmissível. Poucos médicos sabem que os contactantes sexuais de pessoas portadoras de hepatite B estão sob risco aumentado de adquirir a infecção e que o número de parceiros sexuais é um fator de risco importante<sup>(3)</sup>. Esta desinformação pode contribuir para a não-adoção de medidas profiláticas através de atividades educacionais e da aplicação de imunização passiva e ativa nos contactantes, como veremos adiante.

## 2. Etiopatogenia

O VHB pertence à família Hepadnaviridae, cujos membros apresentam tropismo hepatocelular e capacidade de causar infecções crônicas. Dos vírus desta família, o VHB é o único patogênico para o ser humano<sup>(5)</sup>.

O VHB pode se apresentar à microscopia eletrônica sob três morfológicas distintas<sup>(4)</sup>, a saber:

- | uma forma esférica com 22 nm de diâmetro;
- | uma forma filamentosa com 22 nm de diâmetro e

\* Ex-Residente em Doenças Infecciosas e Parasitárias - UFF - Especializando em DST - UFF

\*\* Professor e chefe do Setor de DST da UFF - Coordenador do Curso de Especialização em DST - UFF.



e 200-400 nm de comprimento; e

- uma estrutura esférica, com dupla membrana, medindo 42 nm de diâmetro, a qual se deu o nome de partícula de Dane.

As partículas pequenas, de 22 nm de diâmetro não são infecciosas pois são destituídas de ácido nucleico e possuem apenas antígeno HBsAg.

A partícula de Dane parece representar o complexo viral completo: a superfície externa, composta de proteínas, lipídios e carboidratos, contém o antígeno HBsAg e envolve um núcleo que contém o HBcAg. Existe ainda um terceiro antígeno (HBeAg) que é constituído de proteínas solúveis que conferem a infectividade viral.

As presenças da dupla fita de DNA e da atividade da DNA-polimerase estão condicionadas à presença do núcleo (4).

O VHB não exerce efeito citopatogênico direto, mas ativa uma reação auto-imune por parte do hospedeiro, resultando em lesão hepatocelular. A reação imune, medida por linfócitos T e NK (Natural Killer) estimulados pelo HBsAg expresso na membrana dos hepatócitos, provoca a necrose destas células e a formação de imuno-complexos que caem na circulação.

Com a eliminação do agente agressor, a reação celular se interrompe e os linfócitos T estimulam os linfócitos B à população de anticorpos (IgM e IgG)<sup>5</sup>.

Na hepatite crônica ocorreria uma deficiência de reação imune, com a permanência de hepatócitos infectados (3).

### 3. Quadro Clínico

A doença causada pelo VHB tem um longo período de incubação (40 a 180 dias) e o aparecimento de icterícia frequentemente é precedido de sintomas gastrointestinais e febre. Podem ocorrer exantema, púrpura, glomerulonefrite e outras manifestações decorrentes da deposição de imunocomplexos nos tecidos.

Após este período prodrômico pode sobrevir a

icterícia porém o mais comum de ocorrer é sua ausência. A hepatite viral sem complicações raramente perdura além de 10 semanas.

O VHB pode infectar, de forma assintomática, indivíduos que se tornarão reservatórios do vírus em até 10% dos casos, podendo disseminá-lo.

### 4. Diagnóstico

Uma vez que o quadro clínico pode ser indistinguível de hepatites por outras etiologias, o diagnóstico da hepatite viral B recai sobre a detecção dos seguintes marcadores sorológicos:

- \* HBsAg - aparece no soro durante a doença aguda; geralmente é detectado entre 2 a 12 semanas antes de evidência clínica e bioquímica de hepatite, mas desaparece por volta do 6º mês após a exposição.

- \* Anti-HBs - geralmente aparece na fase de convalescença e persiste por vários anos.

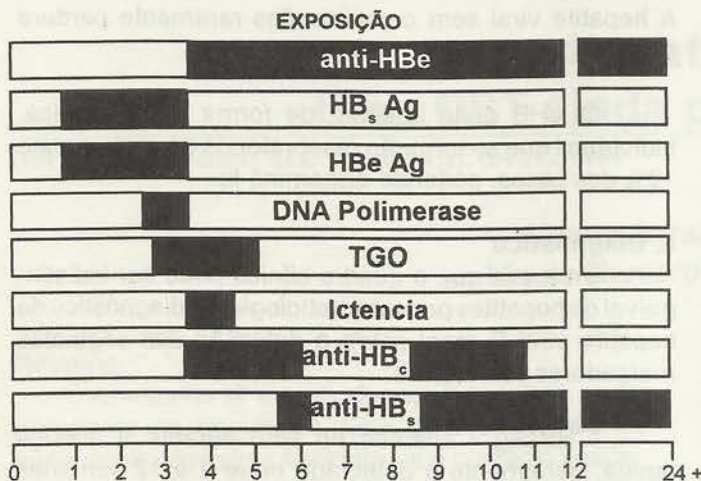
- \* Anti-HBc - usualmente aparece quando do início dos sintomas. Pode ser dosado nas frações IgM e IgG: a IgM é útil para o diagnóstico quando o HBsAg não é mais detectado e o anti-HBs ainda não o é; a fração IgG indica infecção recente ou pregressa pelo VHB pois persiste no sangue por vários anos.

- \* HBeAg - é um marcador da replicação viral em atividade e é detectado precocemente no curso da hepatite. Correlaciona-se com a presença do DNA viral e da DNA-polimerase. Sua persistência é sugestiva de cronificação do processo e pode ser encontrado junto com o anti-HBe neste caso.

- \* Anti-HBe - seu aparecimento pode ser considerado com um sinal de evolução favorável. Geralmente surge 2 a 3 semanas após o desaparecimento do HBeAg.

- \* DNA-polimerase - aparece precocemente, junto com o HBeAg, sendo útil no acompanhamento clínico dos portadores crônicos.

A cronologia de aparecimento destes diversos marcadores acima mencionados, pode ser visualizado na figura 1.



O melhor critério para avaliar a evolução da doença é o acompanhamento periódico destes marcadores através do tempo.

As pessoas que não manifestam a doença e permanecem anictéricas estão mais propensas a se tornarem portadores crônicos com a presença indefinida o HBsAg<sup>2</sup>.

A prevalência do estado de portador crônico é alta nas populações de "alto risco": homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e pacientes dialisados.

### 5. Evidências de ser a hepatite B uma D.S.T.

- presença do HBsAg no sêmem, saliva e secreções vaginais (3,5).

- prevalência mais alta dos marcadores sorológicos do VHB entre homens homossexuais (3 a 20 vezes maior que entre os heterossexuais). A maior frequência neste caso está relacionada com um maior número de parceiros e com a prática de relação anal entre os homossexuais (3,5).

- presença, com grande frequência, de úlceras genitais entre homens homossexuais, o que facilitaria a transmissão do VHB através da pele e mucosas não-integras (3,5).

- altas taxas de positividade do HBeAg (entre 65 e 75%) e do HBsAg (40 e 60 vezes maior que na

população geral) entre homens homossexuais.

- esposas ou outros parceiros sexuais de portadores do VHB tinham maior prevalência de infecção que outros membros da família (3).

- o número de parceiros e história pregressa de outras D.S.T. se correlacionam diretamente com uma maior probabilidade de apresentar os marcadores sorológicos para o VHB(3,5).

### 6. Profilaxia

As medidas preventivas para a não-aquisição do VHB dizem respeito a uma modificação no comportamento sexual de alto risco como por exemplo, a diminuição do número de parceiros. Por outro lado, o controle das doenças sexualmente transmissíveis pode contribuir neste sentido, principalmente entre os heterossexuais, onde se tem verificado um aumento da incidência de outras D.S.T.

Em relação à imunização, atualmente utilizam-se vacinas derivadas do DNA-recombinante (Engerix B<sup>®</sup>) com a aplicação de 3 doses com intervalos de 1 mês entre a 2ª e 3ª doses (5).

Sendo a hepatite B uma D.S.T., a imunização ativa encontra indicação nos indivíduos de comportamento sexual de "alto risco", além de profissionais da área de saúde que lidam com sangue ou secreções, usuários de drogas injetáveis e indivíduos institucionalizados.

A aplicação da vacina antes da exposição à infecção produz níveis protetores de anticorpos em 90% dos receptores (3,4) e a proteção pode se estender por um período de até 7 anos.

A profilaxia também pode ser realizada mesmo após a exposição ao VHB, através da administração da Gamaglobulina hiper-imune (não disponível no Brasil) ou da Gamaglobulina comum, associada à utilização da vacina (5). A eficácia destas medidas correlaciona-se com a rapidez com que são tomadas após a exposição (3).

### 7. Tratamento

Na forma aguda recomenda-se inicialmente o repouso absoluto e em seguida o repouso relativo até a

normalização das transaminases.

Quanto à dieta, deve-se evitar alimentos ricos em gordura na fase aguda, bem como a ingestão de bebidas alcóolicas e drogas de metabolização hepática.

Os anti-virais tem indicação apenas nas formas crônicas, não havendo evidências de eficácia na fase aguda. A vitamina K pode ser empregada quando há comprometimento dos fatores protrombóticos. Drogas hepatoprotetoras e complexos vitamínicos não têm utilidade na hepatites.

Além disso, medida gerais como controle do estado nutricional e dos sintomas estão indicados.

Nas hepatites crônicas ativas podem ser empregados os corticosteróides associados à

Azatioprina ou ao Interferon alfa-recombinante sendo que o Aciclovir parece potencializar a ação deste último, quando associado. Nas hepatites crônicas persistentes, os imunossupressores não devem ser feitos.

#### Referências Bibliográficas

- 1 - **Foccacia, R.** - Hepatite viral. In: Farhat, C. K. - Fundamentos e Prática das Imunizações em Clínica Médica e Pediatria, 3 ed, Rio de Janeiro, Ed. Atheneu, 1989, p. 349.
- 2 - **Hoffnagle, J. H.** - Acute viral hepatitis. In: Mandel, G. L. e cols - Principles and Practice os Infectious Diseases, 3 ed, Churchill Livingstone, 1990, p. 1001.
- 3 - **Alter, M. J. e cols** - Surgimento da Hepatite B como Doença Sexualmente Transmissível. In: Clínicas Médicas da América do Norte, Rio de Janeiro, Ed. Interlivros, 1990, p. 1647.
- 4 - **Hepatite por vírus.** In: Jawetz, E. e cols - Microbiologia Médica, 13 ed., Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 1980, p. 394.
- 5 - **Nascimento, A. V. S. e cols:** Ação Preventiva em D.S.T. no município de Niterói - Limites e Possibilidades. Monografia apresentada na conclusão do 1º Curso de Especialização em D.S.T. Universidade Federal Fluminense, 1993.

*Organize em sua cidade ou município a*

***SEMANA DE DST.***

*Maiores informações no*

***Setor de DST da UFF.***

***Rua Hernani de Mello, 101 - Anexo***

***Cep 24210-130 - Niterói - RJ - Brasil***

***Tel.: (021) 717-8080 R-298 / 719-4433***

***Fax: (021) 719-2588***

**A partir deste número do JBDST estaremos publicando as contribuições dos colegas em diagnóstico e tratamento das DST mais comuns em nosso dia-a-dia. Esperamos que esta seção possa colaborar com todos em suas decisões. Aguardamos também a sua contribuição.**

## **Tema: Gonorréia**

A Uretrite Gonocócica (UG) tem aumentado em freqüência no nosso meio ultimamente, entretanto os casos de Uretrite Não Gonocócica (UNG) superam seu aparecimento na proporção de 3:1.

Apesar da conduta existente elegendo a Penicilina G Procaina (4.800.000 UI precedida de 1,0g de Probenecida 30 min. antes da aplicação IM da Penicilina) não achamos prático tal indicação, não pela própria, mas pela dificuldade de encontrar o produto no mercado.

Partindo desse pressuposto, interessa-nos ao indicar o tratamento: a efetividade do produto, segurança, mínimos efeitos colaterais, preço, simplicidade e tempo de uso, ou contraindicar, de acordo com a nossa experiência, o uso de Penicilina Benzatina, com indicações específicas (profilaxia da Febre Reumática, tratamento da Sífilis etc.), dose única de Sulfametoxazol/Trimetropina, Gentamicina 280 mg IM, e outros de eficácia ainda mais discutível.

Na clínica diária procuramos observar resultados e os melhores são obtidos antes ou após comprovação laboratorial, com: - Lomefloxacina 400 mg - um comprimido/dia, 3 dias consecutivos: - Tianfenicol 2,5 g (granulado) - dose única, repetir 48hs após.

O tempo de aplicação da segunda dose de Tianfenicol (48hs após), embora com algumas controvérsias "doutrinárias", foi a que nos proporcionou melhores resultados.

Eventualmente na dúvida de UNG associada, indicamos Tetraciclina com resultados discutíveis, não do ponto de vista terapêutico mas sim diagnóstico.

Além do tratamento medicamentoso, métodos preventivos na disseminação da UG devem ser instituídos, tais como:

- tratamento do parceiro sexual;
- uso de preservativo ("condom").

Existe algumas indicações preventivas passíveis de discussão como: lavar os genitais após a relação sexual ou o uso de antibioticoterapia profilática antes ou após o contato sexual.

Pelo interesse das DSTs em geral a melhor profilaxia é a Educação, e orientamos sempre que o ensino das DSTs deve ser incluído no conteúdo programático da disciplina de Urologia das Faculdades de Medicina, conhecimento esse que será sem dúvida de valor inquestionável aos futuros médicos no manejo destas afecções.

**Tomaz B. Isolan**  
Professor Adjunto de Urologia  
Faculdade de MedicinaUFPEL

## Como eu trato

Com o advento da AIDS as doenças sexualmente transmissíveis clássicas tornaram-se pouco importantes sob o ponto de vista da mídia em geral e da literatura médica, em particular. É necessário lembrar que junto com a transmissão das DST, pode cursar a infecção pelo HIV.

A blenorragia continua extremamente frequente no nosso meio e devemos tratá-la de maneira adequada e objetiva para que possamos impedir o seu ciclo de transmissão. Além disso, no momento do diagnóstico e do tratamento poderemos aproveitar a oportunidade para fazer o aconselhamento do cliente e através dele, de sua(s) parceira(s) a fim de que possamos diminuir a incidência de DST em nosso país.

A blenorragia aguda tem vários esquemas de tratamento, todos eles com excelentes resultados.

A minha preferência recai sobre a utilização de Tianfenicol (2,5g) em 2 doses com intervalo de 24 hs. O intervalo menor deve-se ao fato que, em geral, os pacientes preferem tratamentos que apresentem resultados mais rápidos, seja pelo desconforto da secreção excessiva, seja pelo estado civil do indivíduo.

Como a uretrite gonocócica costuma cursar com outras infecções, como por exemplo, a Chlamydia (15 a 35%), se não houver o desaparecimento da secreção uretral em 72 horas, deveremos utilizar Doxiciclina (100 mg. / 2x dia) no mínimo por 7 dias.

O paciente deve ser alertado sobre a importância da realização de exames para Lues e HIV e instruído para o uso futuro e rotineiro de preservativo.

O controle de cura deve ser feito através de exame direto e bacterioscopia do primeiro jato de urina.

**Prof. Irineu Rubinstein**

Doutor em Medicina - Livre docente em Urologia - Prof. Adjunto de disciplina de Urologia - UERJ

A Gonorréia é uma DST (Doença Sexualmente Transmissível) que vem desde tempos remotos, causando grande desconforto ao homem e levando-o a contradições e tabus.

No começo usava-se as Sulfonamidas para o tratamento, porém o uso indiscriminado da droga resultou numa forte resistência ao medicamento, surgindo a Penicilina que sofreu os mesmos mecanismos de resistência Bacteriana.

Atualmente usamos, ainda como forma de tratamento da Gonorréia, a Penicilina-G Procainada: 4.800.000 UI em dose única intramuscular (metade em cada nádega), acompanhada de 1g. de Probenecide em dose única por via oral. Tratamos também a Gonorréia com Ampicilina 3,5 g. + 1 g. de Probenecide por via oral. E desprezamos esta terapêutica pela falta no comércio do Probenecide.

Evidenciamos que um grande problema que tem surgido atualmente são as infecções, associadas com *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Trichomonas vaginalis* e outras. É mister o diagnóstico laboratorial para identificar isoladamente a causa da Infecção uretral.

Após a certeza do diagnóstico, poderemos fazer uso também de:

- 1º) Tianfenicol 2,5 g. em dose única por via oral
- 2º) Espectinomicina 2 g. em dose única por via intramuscular
- 3º) Norfloxacin 800 mg. em dose única por via oral
- 4º) Ciprofloxacina 500 mg. em dose única por via oral

Devemos sempre lembrar que ao tratarmos a uretrite deve-se seguir a cultura com o antibiograma.

No nosso meio, constatamos que 60% das culturas positivas, recai para *Micoplasma*.

Finalizamos lembrando que devemos pensar em Gonorréia sempre acoplada principalmente a uma UNG (*Chlamydia*).

**Márcio Novaes**  
Urologista  
Bemfam-PE

Na ótica do ginecologista, a mulher é a maior vítima das infecções de transmissão sexual e desenvolve complicações mais frequentemente que o homem, o que nos permite dizer que as DST no sexo feminino apresentam maior morbidade, trazendo consigo impacto na saúde reprodutiva da mulher.

Vale ressaltar que em relação ao diagnóstico, o sítio preferencial de recolhimento de material em mulheres com suspeita de infecção pela *N. gonorrhoeae* é a endocérvice. Os sinais clínicos indicativos de alto risco de infecção gonocócica é a presença de DIP, descarga endocervical mucopurulenta ou a história de contacto anterior com gonococcia. A cultura em meio seletivo é essencial para o diagnóstico apropriado de infecção em muitas mulheres. Sistemas combiandos de cultura e transporte para a *N. gonorrhoeae* (TRANSROW, JEMBEC) são recomendados nos casos em que a colheita do material para cultura não é feita perto do laboratório.

Para as infecções não complicadas em uretra, endocérvice e anorectal acreditamos que o esquema terapêutico em dose única merece destaque. Deve ainda ser lembrada a associação desta DST com outras infecções sexualmente transmitidas quando da ocorrência de falha no tratamento. Temos dado, atualmente, preferência aos seguintes esquemas:

Tiafenicol 2.5g VO, repetindo a dose em 48 horas

Rosoxicina 300mg VO (2 comprimidos), repetindo a dose em 48 horas

Lomefloxacin 400mg VO (1 comprimido), repetindo a dose em 48 horas

Além do tratamento medicamentoso, alertamos ao cliente para os seguintes fatos:

- conclusão do tratamento independentemente dos sintomas
- interrupção de sua atividade sexual até termos estabelecida a cura
- considerar a associação existente entre DST e a infecção pelo HIV
- anunciar ao(s) parceiro(s) a existência desta infecção e solicitar-lhe(s) investigação e tratamento.

Após o tratamento, cerca de 7 dias, providenciamos o recolhimento de amostras para a realização do Gram e cultura.

**Renato Bravo**

Professor Assistente de Ginecologia da Universidade Federal Fluminense

# Doenças Sexualmente Transmissíveis

Editor: Mauro Romero Leal Passos

4ª Edição

**Novíssima edição com mais de 50 capítulos.**

Reserve desde já seu exemplar pagando antecipadamente  
com 20% de desconto.

**Reservas:** Aldeia Editora e Gráfica Ltda

Rua Cardoso de Moraes, 399 - Sobrado

CEP: 21032-000 - Bonsucesso - Rio de Janeiro - RJ

Tel. (Fax): (021) 280.2639

## O Homem e a Infecção por Papilomavírus

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (32-36), 1994

Sérgio Mancini Nicolau \*  
Geraldo Rodrigues de Lima \*\*

A partir da década de 70, renovou-se o interesse pela infecção pelo papilomavírus humano, pois começou a se evidenciar a provável relação do vírus com o câncer genital feminino, em especial com o do colo uterino<sup>(30)</sup>.

Em meados da década de 80, LEVINE et al.<sup>(25)</sup>, de forma pioneira, publicaram os resultados do estudo da inflamação no parceiro masculino, através da utilização de um instrumento óptico de magnificação, associado ao ácido acético, para o exame do pênis. Após este estudo, vários autores têm preconizado a peniscopia, para o diagnóstico da doença no homem, principalmente quando subclínica ou inaparente, em 50 a 98% dos casos<sup>(2, 5, 7, 8, 11, 21, 38, 40, 42, 43, 47, 50)</sup>. O parceiro é, na maior parte das vezes, assintomático, nega a existência de lesões genitais e só procura o atendimento por causa da infecção em sua parceira<sup>(33)</sup>.

A infecção apresenta-se nas formas clínicas - verrugas, pápulas, papilomas de uretra e placas hiperqueratóticas - nas formas subclínicas, as quais são indetectáveis pelos métodos clínicos usuais (lesões planas do colo e pênis) e também nas formas latentes, nas quais o DNA viral é encontrado em tecido clínicamente e histologicamente normal<sup>(36, 41)</sup>.

A epidemiologia da infecção, assim como o comportamento clínico no homem, são ainda pouco conhecidos. Provavelmente os mesmos fatores de risco para a mulher, como o início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros e número de relações casuais cada vez maior, são também válidos para o

homem<sup>(36)</sup>.

A maior parte das lesões localiza-se na porção distal do prepúcio, na área de pelos modificada, principalmente nos homens não circuncidados. Menos frequentemente encontram-se lesões na parte externa do prepúcio, na glândula e na bolsa testicular. O acometimento da uretra é relatado entre 0,5 e 5% dos casos, se considerada a presença de lesão papilomatosa<sup>(33)</sup>. Em estudos mais recentes, quando utilizadas técnicas de hibridização molecular, o DNA do vírus foi encontrado em esfregaço uretral de pacientes sem lesões clinicamente detectáveis, com o auxílio da peniscopia, em mais de 50% dos casos<sup>(14, 19)</sup>. A tipagem viral em escovado desta região, mesmo quando normal, revelou a presença dos tipos 16, 18 ou 31 em 70% dos casos<sup>(60)</sup>. Estudos citológicos da região uretral, detectaram alterações compatíveis com a infecção viral de 4,7 a 40% dos casos, mesmo sem lesão visível<sup>(1, 9, 24, 31, 33)</sup>. Outros estudos com metodologia molecular demonstram que aproximadamente um terço dos pacientes são portadores dos tipos 16 ou 33, potencialmente oncogênicos<sup>(15)</sup>.

A citologia da região do prepúcio distal e coroa da glândula raramente leva ao diagnóstico da infecção nesta topografia, pois o material obtido, apesar de abundante, é composto de células queratinizadas e anucleadas ou com núcleo picnótico<sup>(32)</sup>.

### Metodologia de Exame

Vários autores utilizam a denominação de colposcopia ou exame colposcópico do pênis<sup>(3, 11, 18, 24, 45)</sup>. Esta terminologia deve ser evitada, pois o termo colposcopia deriva do grego "kolpos", o qual significa vagina<sup>(6, 19, 26)</sup>. Temos a preferência por peniscopia.

\* Prof. Assistente da Disciplina de Ginecologia do Deptº de Toco-Ginecologia da Escola Paulista de Medicina;

\*\* Prof. Titular da Disciplina de Ginecologia do Deptº de Toco-Ginecologia da Escola Paulista de Medicina.

Outros termos como genitiscopia ou androscopia podem ser usados <sup>(33, 38)</sup>.

O exame deve ser realizado com o paciente sentado ou deitado na mesa ginecológica, ou em posição de litotomia. A primeira é mais cômoda para o examinador e para o paciente <sup>(33)</sup>. Na posição de litotomia há a possibilidade de se avaliar todo o pênis e bolsa testicular, assim como as regiões perineal e anal <sup>(44)</sup>.

Faz-se primeiramente, o exame sob magnificação, incluindo-se porção distal da uretra, de preferência com o auxílio de um afastador. O aparelho utilizado é um colposcópio comum com aumentos de quatro, seis e eventualmente dez vezes.

A seguir, todo o pênis e bolsa testicular são envolvidos com gazes embebidas em ácido acético a 5%, ou pode-se neles borrifar a solução, que assim permanece por cinco minutos. Na uretra distal coloca-se um cotonete com o ácido (Figura 1). Decorrido o tempo, faz-se novo exame com o peniscópio (Figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7, e 8).

Pode-se avaliar novamente após aplicar solução de azul de toluidina a 1% sobre toda a genitália, retirando-se o excesso após três minutos com ácido acético a 1 ou 2% <sup>(10, 20, 32, 39)</sup>.

Ostestes do azul de toluidina e do ácido acético se complementam, pois algumas vezes a lesão é observada com um deles e não com o outro. A reação com o azul de toluidina é mais duradora, funcionando como um marcador <sup>(2, 33)</sup>. Este teste não tem sido rotineiro, sendo utilizado apenas nos casos em que não se observam lesões acetobranças, o que abrevia muito o tempo do exame.

O material para a citologia uretral deve ser colhido entre a avaliação inicial e o exame com ácido acético. Pode-se utilizar um cotonete embebido em lidocaína a 2%, sem vasoconstritor, o qual permanece na uretra distal por três minutos; depois fazem-se movimentos de rotação para obter-se o material. Pode-se utilizar escova rotineiramente usada na colheita do material para citologia endocervical <sup>(46)</sup>.

A colheita de material para citologia da região do prepúcio distal e glândula, tem o inconveniente de causar traumatismo do epitélio e pode levar a resultados falsos-positivos à peniscopia <sup>(33)</sup>.

As lesões observadas devem ser biopsiadas sob anestesia local com lidocaína a 2%, sem vasoconstritor. Utiliza-se, para tanto, um dermatomo de dois ou três milímetros de diâmetro.

Em 1421 fragmentos estudados, com variados morfologias à peniscopia, a coilocitose foi observada à anatomia patológica em apenas 22,5% deles <sup>(34)</sup>. Em função deste resultados, procuramos sempre biopsiar os diferentes tipos de lesões e em topografias diversas.

As áreas suspeitas em uretra distal podem ser biopsiadas com pinça de biópsia de colo uterino, do tipo Gaylor modificada por Medina <sup>(28)</sup>.

### Diagnóstico

O diagnóstico, na prática diária, baseia-se nos achados na peniscopia, associados ao encontro de alterações citológicas ou histopatológicas compatíveis com a coilocitose <sup>(23, 29, 30, 33)</sup>.

Métodos como microscopia eletrônica, imunohistoquímica, hibridização molecular e reação em cadeia de polimerase, fundamentam-se no encontro de partículas virais ou do DNA viral <sup>(13, 14, 17, 35)</sup>. As duas últimas metodologias têm conseguido resultados melhores e espera-se que num futuro próximo possam ser empregadas de forma mais rotineira.

Sabe-se que 99% das lesões uretrais localizam-se junto ao meato e não se tem preconizado a uretrocistoscopia para estudo da sua porção proximal ou da bexiga <sup>(16)</sup>.

Por trata-se de doenças sexualmente transmissíveis, na grande maioria dos casos, devem ser, também, pesquisadas as reações sorológicas para sífilis.

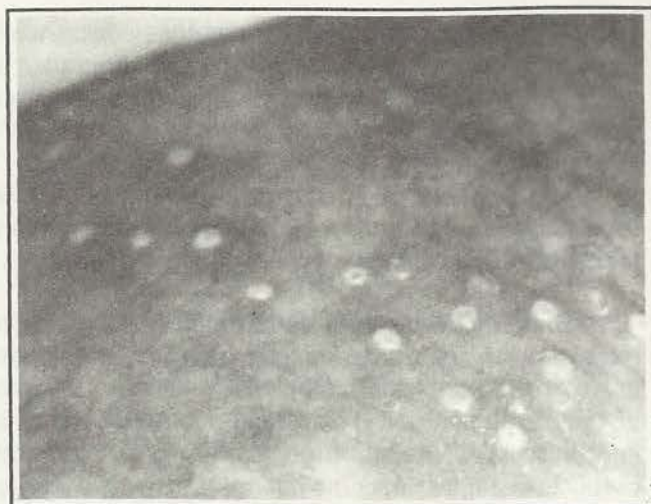
Devemos ressaltar ainda alguns aspectos em relação à infecção do parceiro masculino: esta pode associar-se a neoplasia intraepitelial peniana ou mesmo ao câncer do pênis <sup>(27, 33, 48)</sup>. Processos inflamatórios e infecciosos, bacterianos ou fúngicos na região interna do prepúcio distal, assim como microtraumas após o coito ou colheita de material citológico desta porção, podem levar a resultados falsos-positivos à peniscopia <sup>(1, 12, 22, 33, 37)</sup>; as papilas hipertróficas da região da coroa da glândula ou ventrais junto ao freio, no prepúcio distal, não estão relacionadas à presença do vírus <sup>(15, 17)</sup> (Figura 9); o



paciente deve ser esclarecido pelo médico quanto à necessidade do exame, e ser motivado para tanto, pois na maioria das vezes não apresenta sintomas ou lesões e por isso recusam-se a submeter-se à peniscopia.



*Fig. 1 - Envolvimento da genitália com gazes embebidas em ácido acético a 5%. Cotonete com ácido na uretra distal*



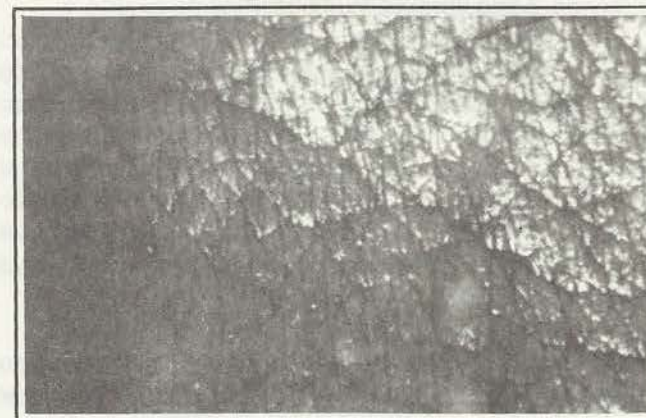
*Fig. 2 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Lesões em anel e micropápulas com umbilicação central, localizadas em prepúcio distal.*



*Fig. 3 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Micropápulas com erosão central (solução de continuidade), localizadas no prepúcio distal.*



*Fig. 4 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Mácula aceto-branca extensa com pontilhado vermelho no interior, localizada na face ventral do prepúcio distal*



*Fig. 5 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Pápula pequena acinzentada, aceto-branca. Histopatologia revelou neoplasia intraepitelial do pênis grau 1 (PIN 1)*



Fig. 6 - Peniscopia com ácido a 5%. Área da laceração com bordas acentuadamente aceto-brancas, localizada em região de sulco bálano-prepucial, face dorsal. Processo inflamatório intenso na região distal do prepúcio. Histopatologia revelou PIN 2.

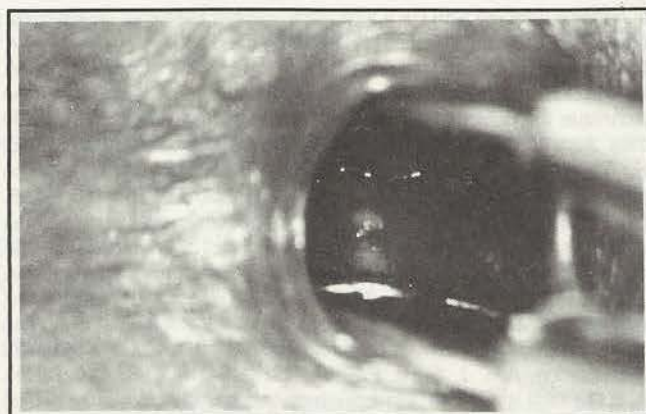


Fig. 8 - Exame da uretra distal com peniscópia e afastador. Visibilização de pápula aceto-branca com parede uretral direita. Histopatologia revelou neoplasia intraepitelial de grau 3.



Fig. 7 - Exame da uretra distal. Pequena lesão aceto-branca em parede uretral esquerda. Histopatologia compatível com infecção por HPV.

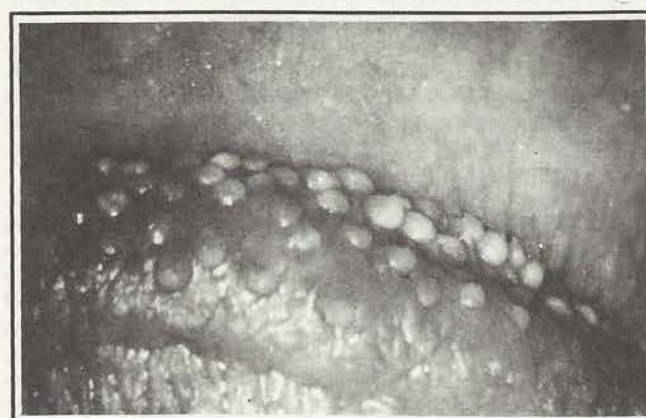


Fig. 9 - Peniscopia demonstrando a hipertrofia de papilas da coroa da glândula (sem relação com HPV).

#### Referências Bibliográficas

1. Aramainayagam, J. T.; Sumathipala, A. H. T.; Smallman, L.A.; Shahmanesh, M. - Flat condylomata of the penis presenting as patchy balanoposthitis. *Genitourin, Med.*, **66**: 251-253, 1990. 2. Barbier, F.; Boulanger, J.C. - La péniscopie; notre expérience à propos de 200 cas. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, **85**: 655-658, 1990. 3. Barrasso, R.; Guillemotonia, A.; Catalan, F.; Coupeze, F.; Siboulet, A. - Lésions génitales masculines a papillomavirus: Intérêt de la colposcopie. *Ann. Dermatol. Venereol.*, **113**: 787-795, 1986. 4. Bistoletti, P., Lidbrink, P. - Sexually transmitted diseases including genital papillomavirus infection in male sexual partners of women treated for cervical intraepithelial neoplasia III by conization.

*Br. J. Obstet. Gynecol.*, **95**: 611-613, 1988. 5. Boon, M. E.; Schneider, A.; Cornelis, J. A.; Hogewoning, C. J. A.; Van Der Kwast, T. H.; Bolhuis, P.; Kok, L. P. - Penile studies and heterosexual partners: peniscopy, cytology, histology, and immunocytochemistry. *Cancer*, **61**: 1652-1659, 1988. 6. Caplan, R. M. - Response to use of the word colposcopic. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **22**: 147-148, 1990. 7. Carpiello, V.; Sedlacek, T. V.; Cunnane, M.; Schlecker, B.; Malloy, T.; Wein, A. J. - Magnified penile surface scanning in diagnosis of penile condyloma. *Urology*, **28**: 190-192, 1986. 8. Caroti, S.; Siliotti, F.; Caroti, A. - Male condylomatosis in partners

of females affected with HPV infections: clinical statistical contribution. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, **17**: 181-183, 1990.

9. Cecchini, S.; Cipparone, I.; Confortini, M.; Scuderi, A.; Meini, L.; Piazzesi, G. - Urethral cytology of cytobrush specimens: a new technique for detecting subclinical human papillomavirus infection in men. *Acta Cytol.*, **32**: 314-317, 1988. 10. Collins, C. G.; Hansen, L. H.; Theriot, E. - A clinical stain for use in selecting biopsy sites in patients with vulvar disease. *Obstet. Gynecol.*, **28**: 158-163, 1966. 11. Comite, S. L.; Castadot, M.-J. - Colposcopic evaluation of men genital warts. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **18**: 1274-1277, 1988. 12. Cree, G. E.; Willis, A. T.; Phillips, K. D.; Brazier, J. S. Anaerobic balanoposthitis. *Br. Med. J.*, **284**: 859-860, 1982. 13. Del Mistro, A.; Braunstein, J. D.; Halwer, M.; Koss, L. G. - Identification of human papillomavirus types in male urethral condylomata acuminata by in situ hybridization. *Am. J. Surg. Pathol.*, **12**: 205-215, 1987. 14. Dunn, A. E.G.; Ogilvie, M. M. - Intranuclear virus particles in human genital wart tissue: observations on the ultrastructure of the epidermal layer. *J. Ultrastruct. Res.*, **22**: 282-295, 1968. 15. Evans, D & Patten, J. J. - Misdiagnosis of coronal papillae. *Med. J. Aust.*, **152**: 109, 1990. 16. Ferenczy, A. - Human papillomavirus. *Obstet. Gynecol. Report*, **1**: 167-191, 1989. 17. Ferenczy, A.; Richart, R. M.; Wright, T. C. - Pearly penile papules: absence of human papillomavirus DNA by the polymerase chain reaction. *Obstet. Gynecol.*, **78**: 188-192, 1991. 18. Gilgenkrantz, H. Lésion genitales a papillomavirus: concomitance chez les partenaires sexuels, rôle dans de cancer du col intérêt de la colposcopie. *Ann. Dermatol. Venerol.*, **144**: 1249 - 1252, 1987. 19. Helm, T. N. - Misuse of the term colposcopy. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **20**: 707, 1989. 20. Jacyntho, C.; Fonseca, N. M.; Costa, C.M.; Mongenot, C. A. B. - Importância do teste do azul de toluidina na peniscopia: análise de 41 casos. In: Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 15, São Paulo, Anais. São Paulo, 1989, p. 63. 21. Kennedy, L.; Buntine, D. W.; O'Connor, D.; Frazer, I. H. - Human papillomavirus: a study of male sexual partners. *Med. J. Aust.*, **149**: 309-311, 1988. 22. Kighorn, G. R.; Jones, B. M.; Crowdhury, F. H.; Geary, I. - Balanoposthitis associated with *Gardnerella vaginalis* infection in men. *Br. J. Vener. Dis.*, **58**: 127-129, 1982. 23. Koss, L. G., Durfee, G. R. - Unusual patterns of squamous epithelium of the uterine cervix: cytologic and pathologic study of koinocytotic atypia. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, **63**: 1245-1261, 1956. 24. Krebs, H. B. & Schneider, V. - Human papillomavirus-associated lesions of the penis: colposcopy, cytology, and histology. *Obstet. Gynecol.*, **70**: 299-304, 1987. 25. Levine, R. U.; Crum, C. P.; Herman, E.; Silvers, D.; Ferenczy, A.; Richart, R. M. - Cervical papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a study of male sexual partners. *Obstet. Gynecol.*, **64**: 19-20, 1984. 26. Levit, F. - Colposcopic examination of men. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **20**: 707, 1989. 27. McCance, D. J.; Kalache, A.; Ashdown, K.; Andrade, L.; Menezes, F.; Smith, P.; Doll, R. - Human papillomavirus types 16 and 18 in carcinomas of the penis from Brazil. *Int. J. Cancer*, **37**: 55-59, 1986. 28. Medina, J.; Salvatore, C. A.; Bastos, A. C. *Propedêutica ginecológica*, 3a. ed., São Paulo, Manole, 1977, 524 páginas. 29. Meisels, A. & Fortin, R. - Condylomatous lesions of the cervix and vagina: I. cytologic patterns. *Acta Cytol.*, **20**: 505-509, 1976. 30. Meisels, A.; Fortin, R.; Roy, M. - Condylomatous lesions of the cervix: II. cytologic, colposcopic and histopatologic study. *Acta*

*Cytol.*, **21**: 379-390, 1977. 31. Nahhas, W. A.; Marshall, M. L.; Ponziani, J.; Jagielo, J. A. - Evaluation of urinary cytology of male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia and human papilloma virus infection. *Gynecol. Oncol.*, **24**: 279-285, 1986. 32. Nicolau, S. M.; Stávale, J. N.; Lima, G. R.; Ribalta, J. C. L.; Ferraz, P. E. - Importância do ácido acético e do azul de toluidina na peniscopia para o diagnóstico da infecção por papilomavírus humano (HPV) In: Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 44, Brasília, 1991. Anais. Brasília, 1991. (TL. 383). 33. Nicolau, S. M. - Importância da peniscopia, citologia oncológica e da histopatologia no diagnóstico da infecção peniana pelo papilomavírus humano. São Paulo, 1992. [ Tese - Mestrado - Escola Paulista de Medicina ]. 34. Nicolau S. M.; Ferraz, P. E.; Lima, G. R.; Stávale, J. N.; Focchi, J.; Zamith, R. - Correlação da peniscopia e da histopatologia no diagnóstico da infecção genital pelo papilomavírus humano. In: Congresso Brasileiro de Patologia Cervical Uterina e Colposcopia, 9, Salvador, 1992. 35. O'Brien, W. M.; Jenson, A. B.; Lancaster, W. D.; Maxted, W. C. - Human papillomavirus typing of penile condyloma. *J. Urol.*, **141**: 863-865, 1989. 36. Oriel, J. D. - Identificación de people at high risk of genital HPV infection. *Scand. J. Infect. Dis. Suppl.*, **69**: 169-172, 1990. 37. Peutherer, J. F.; Smith, I. W.; Robertson, D. H. H. - Necrotising balanitis due to a generalised primary infection with herpes simplex virus type 2. *Br. J. Vener. Dis.*, **55**: 48-51, 1979. 38. Pfenninger, J. L. - Androscopy: a technique for examining men for condyloma. *J. Fam. Pract.*, **29**: 286-288, 1989. 39. Richart, R. M. - A clinical staining test for the in vivo delineation of dysplasia and carcinoma in situ. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **86**: 703-712, 1963. 40. Rosemberg, S. K. - Subclinical papilloma viral infection of male genitalia. *Urology*, **26**: 554-557, 1985. 41. Rosemberg, S. K.; Greenberg, M. D.; Reid, R. - Sexually transmitted papillomaviral infection in men. *Obstet. Gynecol. North Am.*, **14**: 495-512, 1987. 42. Rosemberg, S. K.; Reid, R. - Sexually transmitted papillomaviral infections in the male: I. anatomic distribution and clinical features. *Urology*, **24**: 488-492, 1987. 43. Sand, P. K.; Bowen, L. W.; Blishcke, S. O., Otergard D. R. - Evaluation of male consorts of women with genital human papillomavirus infection. *Obstet. Gynecol.*, **68**: 679-681, 1986. 44. Schultz, R. E.; H. G. - Value of acetic acid screening for flat genitalcondylomata in men. *J. Urol.*, **139**: 777-779, 1988. 45. Sedlacek, T. V.; Cunnane, M.; Carpinello, V. Colposcopy in the diagnosis of penile condyloma. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **154**: 494-496, 1986. 46. Terreiro, L. M.; Valente Martins, N.; Focchi, J. - A citologia exfoliativa em ginecologia. In: Clínica e Laboratório. Interpretação clínica das provas laboratórias. 4ª ed. São Paulo, Editora Sarvier, 1990, p. 700 a 704. 47. Vallone, N.; Caruso, G.; Guarino, S.; Cavallero, V.; Ferrara, C. - Screening mediante colposcopia su partners di donne affette da infezione genitale da HPV. *Minerva Ginecol.*, **40**: 403-405, 1988. 48. Villa, L. L. & Lopes, A. - Human papillomavirus DNA sequences in penile carcinomas in Brazil. *Int. J. Cancer*, **48**: 163-166, 1986. 49. Zderic, S. A.; Carpinello, V. L.; Malloy, T. R.; Rando, R. F. - Urological applications of human papillomavirus typing using deoxyribonucleic acid probes for the diagnosis and treatment of genital condyloma. *J. Urol.*, **141**: 63-65, 1989. 50. Wosnitzer, M. - Use of office colposcope to diagnose subclinical papillomaviral and other infections of male and female genitalia. *Urology*, **31**: 340-341, 1988.

# Infecção e Infertilidade Feminina

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (37-41), 1994

Edmund Chada Baracat \*  
Geraldo Rodrigues de Lima \*\*

## Introdução

As infecções do trato genital feminino, em especial as sexualmente transmissíveis, adquirem grande importância em Ginecologia e também na área de Saúde Pública pela sua crescente incidência, por acometer mulheres jovens no período reprodutivo e pelas seqüelas, em geral irreversíveis, que podem ocasionar.

Há progressivo aumento em sua frequência, graças à maior exposição dos fatores desencadeantes, os quais estão diretamente relacionados com a mudança radical no comportamento sexual, sobretudo entre os mais jovens (BARACAT et al, 1989).

Com isso, a infecção do trato genital superior, também designada de salpingite aguda (SA) ou doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), aumenta cada vez mais. Assim, diagnostica-se, anualmente nos Estados Unidos, cerca de um milhão de casos, que são responsáveis por 2,5 milhões de consultas médicas, 250 mil internações e 150.000 procedimentos cirúrgicos (SWEET et al, 1981). Calcula-se que, nos países desenvolvidos, 18 a 20 de cada 1000 mulheres ao ano, com idade variável entre 15 a 24 anos, adquirem a infecção alta. Nos Estados Unidos, a infecção pelo gonococo e pela clamídia é responsável por cerca de cinco milhões de casos ao ano (CATES et al, 1990).

\* Professor Adjunto-Livre Docente da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Escola Paulista de Medicina.

\*\* Professor Titular-Chefe da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Escola Paulista de Medicina.

## Mecanismos de Defesa

Para proteger a mulher dos inúmeros agentes agressores, o aparelho genital feminino dispõe de uma série de dispositivos naturais de defesa, mecânicos e biológicos.

A vulva representa a primeira barreira à penetração dos microorganismos patogênicos. Acha-se recoberta por tegumento cutâneo espesso e por pêlos abundantes. A coaptação adequada dos pequenos lábios protege o vestíbulo e auxilia a manter a temperatura e a umidade ideais.

A vagina, por sua vez, oferece um meio impróprio ao desenvolvimento dos agentes patogênicos, podendo mesmo exterminá-los. Tal mecanismo caracteriza sua função autodepuradora, que depende da integridade do diafragma pélvico e da justaposição das paredes vaginais, que agem sinergicamente com os mecanismos biológicos, representados pela acidez vaginal.

O pH normal varia entre 3,8 e 4,5, dependendo da ação hormonal, e é inadequado ao crescimento da maior parte dos microorganismos.

Sob a ação dos estrogênios, ocorre proliferação do epitélio, sendo maior a proporção de células superficiais quanto maiores forem os índices de estrogênios. A quantidade de glicogênio aumenta à medida que as células amadurecem. As células superficiais descamam, liberam-se no interior do órgão, sofrem a ação da flora bacteriana normal (bacilos de Döderlein), a qual degrada o glicogênio em ácido lático, tomando, pois, o pH vaginal ácido.

Determinadas condições, como por exemplo,

estados progestacionais prolongados, ectopias, cervicites, lacerações do colo uterino, entre outras, contribuem para a alcalinização ou elevação do pH vaginal.

Para manter a função autopurificadora de vagina é de capital importância a integridade do colo do útero. Além disso, o muco endocervical de pH neutro, é fundamental para impedir a ascensão de agentes patogênicos ao trato genital superior; é também influenciado pelos estrogênios e tem, igualmente, ação bactericida.

### Fisiopatologia das Infecções do Trato Genital

As infecções genitais baixas podem interferir nos mecanismos de defesa do trato genital, da mulher, determinando alterações no mecanismo de autodepuração da vagina e modificações histológicas e funcionais no colo do útero. Além disso, podem propiciar a ascensão de genes patogênicos ao endométrio, aos anexos, ao peritônio e às estruturas adjacentes, ocasionado SA ou DIPA.

O gonococo acomete, com freqüência, o canal cervical, tomando o muco purulento. Já a clamídia atua na cérvix uterina, induzindo alterações morfológicas, como ectopia cervical hipertrófica ou erosão cervical facilmente sangrante, além de muco purulento e opaco.

Essas modificações tornam o meio hostil aos espermatozoides.

Quanto à infecção pélvica, acredita-se, modernamente, que a sua etiologia seja polimicrobiana, incluindo como agentes o *Mycoplasma hominis* e o *Ureaplasma urealiticum*, bem como diversas bactérias aeróbias. Realçam, entre as primeiras, os estreptococos não hemolíticos, a *Escherichia coli* e o *Haemophilus influenzae*. Quanto às bactérias aneróbias, descrevem-se bacteróides, peptococos e peptoestreptococos.

Porém, não está bem esclarecido o papel patogênico de cada um desses organismos. No passado, achava-se que o gonococo era o principal agente responsável pelas salpingites. Sobressai, em seguida, a *Chlamydia trachomatis* (MARQUES, 1989).

Considera-se, como agente primário, aquele que desencadeia o processo infeccioso. Já o agente secundário seria um dos oportunistas, isto é, que adquirem potencial patogênico apenas em condições adequadas ou então

quando atingem organismos imunologicamente debilitados.

Sabe-se que o gonococo, a clamídia, o micoplasma e algumas cepas de estreptococos são considerados agentes patogênicos primários. Quanto aos demais microorganismos, em especial os anaeróbios, são oportunistas (agentes patogênicos secundários), ocasionando infecção secundária em mulheres previamente agredidas pelos agentes primários (MONIF e NAUD, 1993; PEIXOTO e TOMIOKA, 1993).

Portanto, como a flora vaginal é polimicrobiana, após o início do processo infeccioso do trato genital superior, diferentes tipos de bactérias podem ascender à cavidade uterina e às tubas. À medida que o potencial de oxido-redução diminui, cria-se um ambiente microbiológico propício para o desenvolvimento de bactérias aneróbicas que eventualmente estejam presentes. Assim, eliminar-se-iam as bactérias primárias, ou seja, as que iniciaram a infecção pélvica.

Desse modo, as alterações na morfologia tubária seriam determinadas não pelo diplococo ou pela Clamídia, mas pela superinfecção por bactéria anaeróbica (MONIF e NAUD, 1993).

Ademais, consoante TOTH (1983), as bactérias aeróbias e anaeróbias poderiam atingir a tuba uterina transportadas pelos espermatozoides, sobretudo quanto o contato sexual ocorre no meio do ciclo, ocasião em que o muco cervical é bastante receptivo.

Tanto a *Neisseria gonorrhoeae* quanto a *Chlamydia trachomatis* tem predileção pelos epitélios colunar e de transição. Aceita-se hoje que as alterações arquiteturais da tuba uterina e do peritônio pélvico sejam conseqüentes à infecção polimicrobiana, a qual, por sua vez, seria secundária à gonocócica.

Quanto à Clamídia, parece determinar nas tubas verdadeira infecção crônica ativa; permaneceria ali por longo período de tempo, acarretando lesões silenciosas, que são progressivas e, no geral, irreversíveis. Acarreta necrose das células secretoras e destruição dos cílios das células ciliadas do epitélio endossalpingeano; menos amíde, obstrução distal e hidrossalpingeo.

Os processos infecciosos que comprometem o

peritônio estão, habitualmente, associados com a formação de aderências. Sabe-se que as bactérias liberam numerosas enzimas que produzem lesão tecidual e exsudato inflamatório (DROLLETTE e BADAUWY, 1992). Estudos recentes demonstraram aumento significativo de Leucotriene B<sub>4</sub> e de prostaglandina E<sub>2</sub> no fluido peritoneal de mulheres com SA, em comparação a mulheres sem infecção. Ao que parece, esses mediadores químicos teriam importância no desenvolvimento de aderências após a SA (DROLLETTE e BADAUWY, 1992).

### Repercussões das Infecções Genitais Sobre a Fertilidade

Os processos infecciosos do trato genital baixo podem interferir na fertilidade ao alterarem o mecanismo de autodepuração da vagina, modificar a morfologia do colo deturpar as características físico-químicas do muco cervical. Desse modo, tornariam o meio hostil aos espermatozoides, destruindo-os e impedindo a sua ascensão às tubas.

De acordo com GLATT et al (1990), o micoplasma poderia atuar diretamente na transmissão dos espermatozoides e na fertilização do oócito. Além disso, causaria processo inflamatório que dificulta a movimentação e a implantação do zigoto.

MOORE e CATES (1990), após reverem a literatura, assinalaram que cerca de 30% das infecções por clamídia e/ou gonococo determinam salpingite e, aproximadamente, 17% destas propiciam obstrução tubária. Referem ainda ser de 125.000 casos ao ano a incidência estimada de infertilidade relacionada às DST.

As infecções do trato genital superior, como já assinalamos, por acometer principalmente jovens, podem deixar seqüelas que prejudicam a sua fertilidade (BARACAT et al, 1993).

Anotam-se, entre as suas principais complicações, infertilidade, algia pélvica crônica, gravidez ectópica, aderências pélvicas e episódios de reagudização da doença.

A infertilidade de causa tubária é, em geral, resultado direto da salpingite aguda. Advém, em geral, de lesão do epitélio tubário e/ou da destruição das fímbrias, com oclusão do óstio abdominal da tuba e conseqüente formação de hidrossalpígeo. É responsável, sem dúvida, pela diminuição das taxas de gravidez. Assim, na época

em que não se utilizavam antibióticos, os índices de gestações variavam de 25 a 45% e, com advento da antibioticoterapia, os referidos valores oscilam de 24 a 80% (WESTRÖM e MARDH, 1990).

Estudo prospectivo realizado em Lund, na Suécia, por WESTRÖM, com 20 anos de seguimento, mostrou que: 1) 11,4% das mulheres com SA tinham obstrução tubária após um ou mais episódios; 2) após um único episódio de SA, 14% das pacientes tornaram-se inférteis em decorrência de lesão tubária; 3) a taxa de infertilidade pós-infecção foi significativamente menor (13,9%) nas mulheres com 15 a 24 anos, em comparação àquelas com idade entre 24 e 34 anos (25,7%). Comprovou-se ainda que as cifras de infertilidade aumentaram de maneira significativa quanto maior o número de episódios de salpingite, a saber: um episódio (11,4%); dois episódios (23,1%) e três episódios (54,3%) (Tabela 1).

Deve-se assinalar, contudo, que as pacientes com salpingite aguda gonocócica têm melhor prognóstico quanto à fertilidade do que as mulheres com salpingite de outra etiologia (WESTRÖM, 1975 e 1980).

Cumprir referir, porém, que cerca de 50% das mulheres continuam férteis, apesar de terem tido um episódio acentuado de SA (WESTRÖM e MARDH, 1990). Ao contrário, descrevem-se casos de infecção pélvica assintomática, silenciosa, que pode determinar obstrução tubária (CATES et al, 1990; WESTRÖM e MARDH, 1990).

De acordo com WESTRÖM e BERGER (1992), 30 a 60% das mulheres com infertilidade de causa tubária apresentam anticorpos séricos anti-clamídia.

As aderências pélvicas e/ou tubo-peritoneais resultantes do processo infeccioso, além de comprometerem a fertilidade, são causa corriqueira de algia pélvica. Esta, por sua vez, é encontrada em cerca de 20% dos casos (CARTWRIGHT, 1988).

Representa a gravidez ectópica importante complicação da infecção do trato genital superior, que advém, habitualmente, dos danos estruturais da mucosa e/ou da parede tubária (LOPES et al, 1991). Consoante (WESTRÖM e MARDH (1990), a mulher que teve SA tem risco 7 a 10 vezes maior de apresentar prenhez ectópica, quando comparada à população controle.

É variável a relação entre gravidez ectópica e tópica após a ocorrência de SA. WESTRÖM (1975) calculou a relação em 1:16 para a primeira gestação após o episódio e em 1:24 para todas as gestações, comparativamente a apenas 1:147 entre as que não tiveram infecção.

Portanto, as infecções genitais podem produzir sérias alterações na fertilidade de um grupo considerável de mulheres jovens, quer dificultando ascensão dos espermatozoides ao trato superior, quer promovendo alterações morfo-funcionais na tuba uterina e/ou processos aderenciais tubo-peritoneais. Estas últimas complicações são, em boa parte dos casos, irreversíveis.

### Prevenção

É de fundamental importância no futuro reprodutivo de mulheres jovens a profilaxia dos processos infecciosos do trato genital.

### Para tanto, deve-se:

- 1 - tratar adequadamente as infecções do trato genital inferior, em especial, as **sexualmente transmissíveis**;
- 2 - adotar métodos contraceptivos eficientes e que, ao mesmo tempo, protejam contra as DST;
- 3 - evitar a promiscuidade sexual;
- 4 - evitar as manipulações do trato genital;
- 5- instituir terapêutica para o parceiro com DST;
- 6 - instituir programas de orientação sexual para as adolescentes.

**TABELA 1 - PREVALÊNCIA DE INFERTILIDADE TUBÁRIA APÓS SALPINGITE AGUDA, SEGUNDO O NÚMERO DE EPISÓDIOS, A SUA INTENSIDADE E A IDADE DAS PACIENTES**

| Número e Intensidade dos Episódios de SA | Infertilidade Tubária (%) |       |       |
|--|---------------------------|-------|-------|
|  | idade (em anos)           |       |       |
|  | 15-24                     | 25-34 | Total |
| 0  | 0                         | 0     | 0     |
| 1  | 9,4                       | 19,2  | 11,4  |
| LEVE                                     | 3,5                       | 7,8   | 6,1   |
| MODERADA                                 | 10,8                      | 22,0  | 13,4  |
| SEVERA                                   | 27,3                      | 40,0  | 30,0  |
| 2  | 20,9                      | 31,0  | 23,1  |
| > 3                                      | 51,6                      | 60,0  | 54,3  |

Adaptada de WESTRÖM e MARDH (1990).

### Referências Bibliográficas

1. BARACAT, E. C.; NICOLAU, S. M.; ZAMITH, R.; GONÇALVES, W. J.; FREITAS, V.; RODRIGUES DE LIMA, G. - Salpingite aguda. In: Atualização em Ginecologia RODRIGUES DE LIMA, G. & BARACAT, E. C. (ed). São Paulo, 1993. p. 4-14.
2. BARACAT, E. C.; VASSERMAN, J.; RODRIGUES DE LIMA, G. - Infecção genital baixa. J. bras. Ginec. 99:219, 1989.
3. CARTWRIGHT, P. S. - Pelvic Inflammatory disease. In: JONES III, H. W.; WENTZ, A. C.; BURNTTS, L. C. (ed). Novak's Textbook of Gynecology. 11ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1988. p. 507-24.
4. CATES, W.; ROLFS, R. T.; ARAL, S. O. - Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease and infertility: an epidemiologic update. Epidemiologic Reviews, 12:199, 1990.
5. DROLLETTE, C. M. & BADAWY, S. Z. A. - Pathophysiology of pelvic adhesions. Modern trends in preventing infertility. J. Reprod. Med., 37:107, 1992.
6. GLATT, A. E.; McCORMACK, W. M.; TAYLOR-ROBINSON, D. - Genital Mycoplasmas. In: Sexually Transmitted Diseases.
7. HOLMES, K. H.; MARDH, P. A.; SPARLING, P. F.; WIESNER, P. J. (ed), 2ª ed. - New York, McGraw Hill, 1990. p. 181-93.
8. LOPES, P. C.; LEAL PASSOS, M. R.; ALVEIDA FILHO, G. L. - Doença inflamatória

pélvica aguda. In: Doenças Sexualmente Transmissíveis. LEAL PASSOS, M. R. (ed). 3ª ed., Rio de Janeiro, Ed. Cultura Médica, 1991. p. 138-46. **9. MARQUES, J. A.** - Contribuição ao estudo da microbiologia da tuba uterina nas salpingites agudas. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo], 1989. 60 p. **10. MONIF, G. R. G. & NAUD, P.** - Doença inflamatória pélvica. In: Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. NAUD, P. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p. 142-53. **11. MOORE, D. E. & GATES, W.** - Sexually transmitted diseases and infertility. In: Sexually Transmitted Diseases. HOLMES, K. L.; MARDH, P. A.; SPARLING, P. F.; WIESNER, P. J. (eds). 2ª ed., New York, McGraw-Hill, 1990. p. 763-69. **12. PEIXOTO S. & TOMIOKA, E.** - Doença inflamatória pélvica aguda. In: Atualização Terapêutica. RAMOS, O. L. & ROTHSCHILD, H. A. (eds). 16ª ed., São Paulo, Artes Médicas, 1993. p. 736-39. **13. SWEET,**

**R.L.; DRAPPER, D.L. HADLEY, W.K.** - Etiology of acute Salpingitis: Influence of episode number and duration of symptoms. *Obstet. Gynecol.* 58:62, 1981. **14. TOTH A.** Alternative causes of pelvic inflammatory disease. *J. Reprod. Med.*, 28:699, 1993. **15. WESTRÖM, L.** - Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 121:707, 1975. **16. WESTRÖM, L.** - Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequence in industrialized countries. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 138: 880, 1980. **17. WESTRÖM, L. & BERGER, G. S.** - Consequences of pelvic inflammatory diseases. In: *Pelvic Inflammatory Diseases*. BERGER, G. S. & WESTRÖM, L. (eds). New York, Raven Press, 1992. p. 101-14. **18. WESTRÖM, L. & MARDH, P. A.** - Acute pelvic inflammatory disease (PID). In: *Sexually Transmitted Diseases*. HOLMES, K. K.; MARDH, P. A.; SPARLING, P. F.; WIESNER, P. J. 2ª ed., New York, McGraw-Hill, 1980. p. 593-613.

# DST

## Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

### Instruções aos Autores

**Observações Gerais** - Artigos inéditos escritos em língua portuguesa devem ser enviados para:

**Dr. Mauro Romero Leal Passos**  
DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis  
Caixa Postal 590  
20001 - Rio de Janeiro - RJ

Todos os artigos são submetidos à análise dos editores. Devem ser enviados em duplicata, datilografados em um só lado do papel, com espaço duplo e margens largas. A autorização para reprodução de ilustrações, tabelas etc. é responsabilidade do autor. Uma vez aceito para publicação torna-se o artigo propriedade permanente da **Aldeia Editora e Gráfica Ltda.** e não pode ser reproduzido por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização escrita.

#### Estrutura do Artigo

A primeira página deve conter o título do trabalho, nome dos autores e da instituição onde foi realizado. Os títulos dos autores devem indicar apenas o essencial.

**Resumos em português e inglês** (inclusive títulos), com no máximo 30 linhas datilografadas.

**Tabelas e ilustrações** - devem ser enumeradas

em arábico e e preparadas, inclusive legendas, ilustrações não são aceitas em negativo. **Fotos coloridas** serão cobradas do autor. **No verso de cada ilustração** devem constar as palavras "para cima" e "para baixo" e os números da figura.

**Referências** - devem incluir apenas publicações referidas no texto. Podem ser distribuídas por ordem alfabética ou na ordem de citação no texto.

**a) - Artigos publicados em periódicos** - 1. Sobrenome dos autores seguido das iniciais do primeiro nome ("et al" ou "e cols." não bastam); 2. Título completo do artigo; 3. Abreviatura do periódico seguida de vírgula; 4. Volume em arábicos; 5. Número do fascículo entre parênteses seguido de dois pontos; 6. Primeira e última páginas seguidas de vírgula; 7. Ano de publicação seguido de ponto.

**b) - Livros** - 1. Sobrenome dos autores com iniciais dos primeiros nomes; 2. Título completo; 3. Nome e domicílio dos editores e ano da publicação entre parênteses.

**Endereço dos autores:** endereço postal exato e completo do autor sênior, ou mais de um, se necessário.

**Unitermos:** em inglês e português, de acordo com publicação-padrão do index Medicus.

**Separatas:** de cada trabalho serão enviadas 30 separatas ao autor sênior. Para quantidades maiores pedir orçamento previamente.



# Pesquisa de Agente Etiológico em Comunidade de Riscos para Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Search of Ethiological Agent for Sexual Diseases in a Risk Group Community.

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (42-45), 1994

Marluce da Costa Gaspar \*  
Cristina Lobato \*\*  
Terezinha Aparecida Machado \*\*

## Resumo

Pesquisa realizada em população de 41 mulheres, todas prostitutas, pertencentes a grupo de risco para D.S.T. Nosso objetivo foi a pesquisa de 100% das mulheres, inclusive de vários A.E. (Agente Etiológico). O estudo foi realizado em prostíbulo situado próximo ao projeto de extração de Bauxita em Porto Trombetas, Oeste do Pará, na região Amazônica.

## Unitermos

Doenças Sexualmente Transmissíveis - Agente Etiológico

## Summary

The authors present a study performed with a 41 female patients all of them were prostitutes and so, in a risk group for sexual diseases. The study was performed to evaluate the incidence of ethiological agents (A.E.) to this selective group. One hundred percent (100%) had at least one type of A.E.

And the association of two was a common finding. This search was performed due to medical control "In loco" with this patients. The results, was processed at "Hospital de Porto Trombetas", located in closed Mining Project, at Amazon Forest, near the place of the collected samples. The authors conclude that early sexual practice increase the risk of getting sexual disease.

## Material e Método

Estudo feito no Ambulatório de Saúde Pública do Hospital de Porto Trombetas - (H.P.T.) pertencente a núcleo habitacional fechado na Amazônia, projeto de extração e exportação de minério. Esta população que reside às margens do Rio Trombetas, nas proximidades do projeto, consta de 41 mulheres que sobrevivem da prostituição, tendo como sua clientela viajantes marítimos e ou força operacional residente em alojamentos do projeto.

Inicialmente colheu-se informações referentes a características pessoais tais como: idade, história gestacional e idade que iniciaram a prática sexual. Eram realizados exames físico, Ginecológico, e análise laboratorial, incluído-se os seguintes exames: Pesquisa bacteriológica pelo método de GRAM, pesquisa de chlamydia pelo método GIEMSA, citologia a fresco, colpocitologia, pesquisa de HIV E VDRL.

## Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis, D.S.T., continuam sendo grande problema de Saúde Pública, e sua incidência é alta em todos os países principalmente nos países do terceiro mundo.

Segundo o centro de controle de doenças do Estados Unidos (C.D.C.) são registrados anualmente 1,5 milhões de casos novos de gonorreia.

No que diz respeito ao aumento da disseminação destas doenças vem sendo enfrentada as condições sócio-econômicas culturais, vale lembrar que a auto medicação com o uso indiscriminado de antibióticos e

\* Médico - Ginecologista do Hospital de Porto Trombetas - Pará.

\*\* Enfermeira de Saúde Pública de Porto Trombetas.

\*\*\* Bioquímica do Hospital de Porto Trombetas.

quimioterápicos levam a tratamento inadequado dificultando assim o controle de tais patologias.

As infecções e infestações devem ser lembradas visto que estão diretamente responsabilizadas como fator predisponente na carcinogênese do colo uterino (1.3). Em citologia tem-se observado que os agentes inflamatórios mais frequentes ou mesmo associados são *Trichomonas* sp, *Candida* sp, *Chlamydia* e o Papovavírus. (4).

O diagnóstico e início do tratamento às vezes é feito já em fase avançada, pela falta de esclarecimento e orientação da população, seria necessário que os responsáveis pela Saúde Pública executassem uma programação com envolvimento de equipe multidisciplinar e que contasse com o apoio de meios de comunicação para que a orientação chegasse as comunidades tão distantes, sem acesso e assistência médica e educacional.

#### Resultado

Do total de 41 mulheres, cerca de 34% apresentavam idade entre 21 a 26 anos, tendo como idade média 24.2 anos. Quanto à história gestacional predominou o grupo das multigestas 49%. Cerca de 16% do grupo estudado tinha história de pelo menos 01 aborto. Iniciaram a prática sexual entre 13 a 16 anos 68% das mulheres. (TABELA 1, 2, 3, e 4). O exame físico e ginecológico não revelaram dados significativos.

Na análise dos exames demonstrou-se doenças sexualmente transmissíveis em 100% das mulheres assim distribuídas: foram encontrados 14 pacientes (34%) com soro reagente p/VDRL (tabela 05); não houve nenhum caso de soro positividade para HIV (tabela 06): A bacterioscopia revelou grande incidência de bastonetes GRAM negativos (96,0%) seguidos de COCOS GRAM negativo (51,0%). A citologia à fresco revelou fungos em 25 lâminas (61,0%) e trichomonas em 13 lâminas (32,0%), (tabelas 7 e 8).

Com o método de GiEMSA foram positivos para *Chlamydia* 8 lâminas (20%), (tabela 09).

O estudo colpocitológico de acordo com a classificação de Papanicolau sobrepôs-se como resultado, a classe II, 28 pacientes (68,0%), seguindo de classe III com 12 pacientes (29,0). Apenas 1 caso de carcinoma in

situ. Nos casos de classe III houve destaque as alterações displásicas do tipo leve com 09 pacientes (75%). Haviam 21 pacientes (51,0%) com flora bacteriana mista, 20 (49,0%) com *Gardenerella* Vaginais, 15 (37,0%) com *Candida Albicans* e os demais sem muita expressividade. (tabela 10, 11 e 12).

Não foi evidenciado caso de infecções por Papilomavirus.

**Tabela 01 - Distribuição das Pacientes segundo o Grupo Etário**

| Idade     | Nº | %    |
|-----------|----|------|
| + ou - 15 | 04 | 10.0 |
| 16 a 20   | 11 | 27.0 |
| 21 a 26   | 14 | 34.0 |
| 27 a 31   | 05 | 12.0 |
| + ou = 32 | 07 | 17.0 |
| TOTAL     | 41 | 100% |

**Tabela 02 - Distribuição das Pacientes segundo a História Gestacional**

| GESTA         | Nº | %    |
|---------------|----|------|
| Nuligestas    | 10 | 24.0 |
| Primigestas   | 05 | 12.0 |
| Secundigestas | 06 | 15.0 |
| Multigestas   | 20 | 49.0 |
| Total         | 41 | 100% |

**Tabela 03 - Distribuição das Pacientes segundo o número de aborto**

| ABORTO | Nº | %    |
|--------|----|------|
| 00     | 08 | 20.0 |
| 01     | 16 | 39.0 |
| 02     | 10 | 24.0 |
| 03     | 07 | 17.0 |
| + 3    | 00 | 00.0 |
| TOTAL  | 41 | 100% |

**Tabela 04 - Distribuição das Pacientes segundo a idade que iniciou a vida sexual**

| IDADE     | Nº | %    |
|-----------|----|------|
| - ou = 12 | 03 | 7.0  |
| 13 a 16   | 28 | 68.0 |
| 17 a 21   | 09 | 22.0 |
| + ou = 22 | 01 | 3.0  |
| TOTAL     | 41 | 100% |

**Tabela 05 - Distribuição das Pacientes segundo o resultado do VDRL**

| VDRL     | Nº | %    |
|----------|----|------|
| Negativo | 27 | 66.0 |
| Positivo | 14 | 34.0 |
| TOTAL    | 41 | 100% |

**Tabela 06 - Distribuição das Pacientes segundo o resultado do HIV**

| HIV      | Nº | %    |
|----------|----|------|
| Negativo | 41 | 100% |
| Positivo | 00 | 00.0 |
| TOTAL    | 41 | 100% |

**Tabela 07 - Distribuição das Pacientes segundo o resultado da bacterioscopia**

| BACTERIOSCOPIA      | 41 | %    |
|---------------------|----|------|
| Cocos Gram (+)      | 17 | 42.0 |
| Cocos Gram (-)      | 21 | 51.0 |
| Bastonetes Gram (+) | 10 | 24.0 |
| Bastonetes Gram (-) | 40 | 96.0 |

**Tabela 08 - Distribuição das Pacientes segundo o resultado da citologia a fresco**

| CITOLOGIA AFRESCO       | 41 | %  |
|-------------------------|----|----|
| Pesquisa de Fungos      | 25 | 61 |
| Pesquisa de Trichomonas | 13 | 32 |
| TOTAL                   | 00 | 00 |

**Tabela 09 - Distribuição das Pacientes segundo o resultado do método Giemsa (Pesquisa de Chlamydia)**

| GIEMSA   | Nº | %    |
|----------|----|------|
| Positivo | 08 | 20.0 |
| Negativo | 33 | 80.0 |
| TOTAL    | 41 | 100% |

**Tabela 10 - Distribuição das Pacientes segundo a classificação de Papanicolau**

| Colpocitologia(Papanicolau) | Nº | %    |
|-----------------------------|----|------|
| I                           | 00 | 00   |
| II                          | 28 | 68   |
| III                         | 12 | 29   |
| IV                          | 01 | 03   |
| TOTAL                       | 41 | 100% |

**Tabela 11 - Distribuição das Pacientes segundo o grau de Inflam (Colpocitologia)**

| DISPLASIA | Nº | %    |
|-----------|----|------|
| Leve      | 09 | 75.0 |
| Moderado  | 01 | 08.0 |
| Acentuado | 02 | 17.0 |
| TOTAL     | 12 | 100% |

**Tabela 12 - Distribuição das Pacientes segundo o Resultado de Colpocitologia**

| COLPOCITOLOGIA         | Nº | %    |
|------------------------|----|------|
| Flora Bact Mixta       | 21 | 51.0 |
| Gardinerella Vaginalis | 20 | 49.0 |
| Candida Albicans       | 15 | 37.0 |
| Trichomonas            | 09 | 22.0 |
| Chlamydia              | 08 | 19.0 |

### Discussão

A pesquisa mostra de forma bem evidente o fator sócio-econômico e cultural influenciando no aparecimento e disseminação das D.S.T. Isto vem relatado na literatura.

Esta comunidade costuma receber visita da equipe de Saúde Pública deste Hospital a cada três meses, sendo realizado exame físico e ginecológico, bem como análise laboratorial. O fato é que a rotatividade é constante nesta população tornando-se difícil o controle.

Realizamos trabalho de orientação sobre anticoncepção que também é outro problema: a maioria destas mulheres iniciaram a prática sexual em idade muito jovem e alguns caso muito antes da menarca, e referem início da vida sexual com o pai ou parente e, como muito jovens, em geral já chegam ao prostíbulo com história de abortamento, ou pelo menos uma gestação. Não sabem nada sobre anticoncepção e quando fazem é de forma incorreta.

Quanto ao tratamento, o problema está na escolha de qual esquema pode-se instituir para posteriormente fazer o seguimento, pois recebem seus clientes todas as noites e inclusive mais de um parceiro, e com isso abandonam o tratamento.

Embora com palestras sobre educação sexual higiene, anticoncepção e visitas periódicas não conseguimos resultados satisfatórios, isso pode ser demonstrado conforme os dados.

### Conclusão

Os resultados mostram a importância do fator sócio-econômico cultural na gênese das doenças

sexualmente transmissíveis.

A promiscuidade, bem como a prática sexual em idade precoce são fatores preponderantes nas lesões precursoras do colo uterino, bem como responsáveis pelas elevadas incidências e disseminações de tais patologias.

Como profissionais de saúde vemos-nos na obrigação de refletir e repensar sobre a situação de vida em que estas pessoas estão inseridas como precárias condições higiênico - sanitárias.

### Referências Bibliográficas

1. Barufi, I: Tratado de Oncologia Tocoginecológica e mamas. Roca, - edição, 1990. 2. Halbe, H. W.: Tratado de Ginecologia - São Paulo, Roca, Edição, 1990. 3. Holloway, R. W. - Fetal: Identification of human papillo mavirus type 16 in primary and recurrent ceurcal cancer following rediation therapy. Gynecol-oncol, 123-8, 1991. 4. T. Terezinha; L. B. José: Doenças inflamatórias pelvica Feminina - Vol. 17 - N-7 03, 1989.

**As DST atacam  
suas vítimas em  
todas as classes  
sociais.  
A melhor arma na  
prevenção destas  
doenças é a  
informação.**

## Transmissão Sexual do Sarcoma de Kaposi - Na Rota da Descoberta de Um Agente Etiológico

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (46-47), 1994

Maria S. Santos \*  
Luíz Antônio Alves de Lima\*\*

O Sarcoma de Kaposi, lesão proliferativa multifocal que pode acometer pele e vísceras, foi descrito originalmente em 1872 por Moritz Kaposi. Em 1977 foi relatado o primeiro caso em um paciente homossexual passando a apresentar um comportamento agressivo o que, juntamente com casos de pneumonia por *P. carinii*, definiu uma nova síndrome caracterizada por imunodeficiência (SIDA).

O Sarcoma de kaposi clássico também existia antes da SIDA numa forma agressiva em homens africanos, principalmente em Uganda e Kenia.

Apresenta-se 20.000 vezes mais frequente em pacientes com SIDA do que na população geral. Também tem incidência aumentada em 400 vezes em pacientes que receberam transplantes de rim o que determina sua associação clara com imunodepressão. A diferença de incidência de SK entre os pacientes de SIDA conforme comportamento de risco, chamou a atenção para a possibilidade de um agente sexualmente transmissível. Os homossexuais masculinos detêm a maior incidência de Sarcoma de Kaposi (21%), quando comparados a outras categorias de risco (transfundidos - 3%, hemofílicos - 1%, mulheres - 3%).

Também apresenta variações regionais de incidência entre grupos de comportamento heterossexual sendo maior nos oriundos da África e Caribe (6%).

---

\* Médica residente do serviço de DIP do HUCFF-UFRJ

\*\* Médico do serviço de DIP do HUCFF-UFRJ

---

Entre mulheres o Sarcoma de Kaposi foi 4 vezes mais comum em grupos em que o parceiro era bissexual em comparação com parceiros de outros comportamentos de risco.

Nos grupos de aquisição do HIV através do sangue e hemoderivados a incidência é baixa sendo 3 vezes maior entre os que receberam concentrado de hemácias ou sangue total em comparação com hemofílicos, levando a supor a possibilidade de que o suposto agente de alguma forma seja ligado a células.

Especulações mais antigas de que o próprio HIV, suscetibilidades genéticas (ligadas a HLA DR5), inalantes e o CMV seriam desencadeadores do SK não foram comprovados em diversos estudos. Outra possibilidade em questão é de que um outro retrovírus possa ser o responsável, hipótese ainda em investigação.

Estudo de Beral na Inglaterra mostrou que o SK foi mais frequente em pacientes cujo possível local de infecção foi EUA (31%) ou África (26%) do que naqueles que contraíram o HIV na Inglaterra (19%). Tal estudo sugere que o "agente" é transmissível e que foi provavelmente introduzido na população homossexual britânica através dos EUA e África.

Os relatos de homossexuais portadores de SK sem evidências clínicas ou laboratoriais de infecção pelo HIV também demonstram essa hipótese. O HIV seria fornecedor de um "fator estimulador" para o crescimento do SK, mas o agente sexualmente transmissível isoladamente seria o suficiente para desenvolver o tumor.

A incidência do SK tem diminuído ao longo do tempo. Estimada em 20-26% por ano entre 83 e 88, pode ter sido falseada por mudança nos percentuais de diagnóstico das infecções oportunistas como um todo. Quando levada em consideração apenas a pneumonia por *P. carinii*, o percentual de SK ainda decresce 10-20% ano, podendo ser atribuída tal queda a mudanças nos padrões de comportamento sexual.

A epidemiologia, que foi fundamental na descoberta SIDA, aparece em relação ao SK notadamente como formuladora de hipótese e incentivadora de inúmeras pesquisas na tentativa de identificação de agentes etiológicos.

Parece prudente, enquanto novos esclarecimentos não surgirem, manter a recomendação do uso de preservativos mesmo entre parceiros infectados pelo HIV, com o objetivo de evitar um possível transmissão sexual de agentes até agora não identificados.

## Referências Bibliográficas

1. Beral, V. Kaposi's Sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? *Lancet* 1990, jan 20,335:123-28.
2. Beral, V. In risk of Kaposi's Sarcoma in AIDS patients in Britain increased if sexual partner came from United States or Africa? *BMJ* 1991, march 16, 302:624-25.
3. Biggar, R.J. AIDS - Related Kaposi's Sarcoma in New City in 1977. *N. Eng. J. Med.* 1988, 318:252.
4. Doherty, R. Kaposi's Sarcoma: What's in Control? *Medical Journal of Australia* 1991, fev4, 154: 161-62.
5. Levine, A. Therapeutic Approaches to Neoplasms in AIDS, *Reviews of Infectious Diseases* 1990, sep-octob 12(5): 938-43.
6. Brettie, R. The Natural History of HIV and AIDS in Woman. *AIDS* 1991, 5:1283-92.
7. Eggers, H. Linkage and Independence of Human Immunodeficiency Virus and Some Coagents. *Infection* 1991, 19(2): 115-122.
8. Groopman, J. AIDS Related Kaposi's Sarcoma: Therapeutic Modalities. *Seminars in Hematology* 1987, 24(3) Suppl 2:5-8.
9. Stein -Werblowsky, R. Aetiology of Kaposi's Sarcoma *Lancet* 1991, 336:1329.
10. Aboulaia, D. Case Report: Aggressive Kaposi's Sarcoma and Campylobacter Bacteremia in a Female with Transfusion Associated AIDS. *The American Journal of Medical Science* 1991, 301(4): 256- 589999.
11. Volverding, P. Chemotherapy in Advanced Kaposi's Sarcoma. *The Journal of Medicine* 1983, april, 74:652-56.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ANÚNCIO ZITROMAX®

- 1) Johnson RB. The role of azalide antibiotics in the treatment of *Chlamydia*. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1794-1796.
- 2) Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA et al: A controlled trial of a single dose azithromycin for the treatment of chlamydial urethritis and cervicitis. *N Engl J Med* 1992; 327: 921-5.
- 3) Scieux C, Bianchi A, Chappey B, Vassais I, Perol Y: *In-vitro* activity of azithromycin against *C. trachomatis*. *J Antimicrob Chemother* 1990; 25. Suppl. 4: 7-10

- 4) Neu HC et al: Comparative *in vitro* of the new oral macrolide azithromycin. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; vol. 7. n 4: 541-544
- 5) Glaude RP et al: *In vitro* and *in vivo* uptake of Azithromycin (CP62.993) by phagocytic cells: possible mechanism of delivery and release at site infection. *Antimicrob Agents and Chemother* 1989; 33: 277-282
- 6) Schentag JJ, Bailow CH: Tissue-directed pharmacokinetics. *The Am J Med* 1991; Suppl. 3A: 5S-11S
- 7) Dados em Arquivo. Laboratórios Pfizer.

**Zitromax®** é um antibiótico derivado do grupo dos macrolídeos, indicado em infecções causadas por microorganismos suscetíveis, tais como infecções do trato respiratório, pele e tecidos moles, e uretrites e cervicites por *Chlamydia trachomatis*. **Contra-indicação:** Hipersensibilidade. **Precauções:** Reações de hipersensibilidade podem resultar em sintomas recorrentes e necessitam um maior período de observação e tratamento. Zitromax® deve ser utilizado com cautela em pacientes com disfunção renal ou hepática significantes. A segurança do uso de Zitromax® na gravidez e lactação não foi ainda estabelecida. **Interações medicamentosas:** Zitromax® e antiácidos não devem ser administrados simultaneamente. Estudos realizados com varfarina, carbamazepina, digoxina, cimetidina, metilprednisolona, zidovudina e teofilina não demonstraram interações clinicamente significantes com Zitromax®. Não há dados de interações com relação a ciclosporina e derivados do ergô. Zitromax® e derivados do ergô não devem ser administrados concomitantemente. **Reações adversas:** A maioria é de natureza leve a moderada e de origem gastrointestinal. Elevações reversíveis nas transaminases hepáticas, leve redução transitória nos neutrófilos e reações alérgicas tem sido ocasionalmente relatadas. **Posologia:** Zitromax® deve ser administrado em dose única diária, no mínimo 1 hora antes ou 2 horas após as refeições. **Adultos:** Para o tratamento de uretrites ou cervicites por *C. trachomatis* uma única dose de 1 g. Para todas as outras indicações uma dose total de 1,5 g, administrada em doses únicas diárias de 500 mg durante 3 dias. Como alternativa a mesma dose total pode ser administrada em 5 dias com 500mg no primeiro dia e 250 mg do segundo ao quinto dia. **Crianças:** A dose total é de 30 mg/kg, administrada em doses únicas diárias de 10 mg/kg durante 3 dias. Como alternativa, a mesma dose total pode ser administrada durante 5 dias, com 10 mg/kg no primeiro dia e 5 mg/kg do segundo ao quinto dia. **Apresentações:** Cápsulas de 250 mg de azitromicina e Pó para suspensão oral que após reconstituição fornece uma concentração de 200 mg de azitromicina por 5 ml de suspensão.

**Genetourin. Med. - The Journal of Sexual Health, STDS e HIV - February vol 70 n° 1 page 12-14, 1994.**

*Experiências sexuais casuais em outros países de pacientes em atendimento na clínica de DST e de alto risco de contração de HIV-K-S Tveit, A Nelsen, Anyfors.*

**Objetivo:** Estudar possíveis de "importação" de infecção por HIV a Wonega contendo informações sobre contatos sexuais casuais em outros países de pacientes que estejam sendo atendido na clínica de D.S.T). Tendo acesso a fatores comportamentais de risco (como ingestão de álcool e uso de preservativo) pela infecção do HIV.

**Projeto e Montagem:** Pacientes que visitaram a clínica de D.S.T. entre abril e junho de 1989 receberam o questionário. **Sujeito:** 606 pessoas consecutivas de onde 599 concordam (98,8%) em participar; nós agrupamos os pacientes em 4 categorias: I - sexo com uma prostituta durante os últimos 5 anos; II - Homossexuais e bissexuais; III - Prostitutas e usuárias de drogas intravenosas (UDIV); IV - Outras heterossexuais.

**Resultados:** 245 pacientes (41%) relataram como tendo uma parceira sexual de outro país, principalmente na Europa particularmente na Espanha, Dinamarca e Suécia, além da Europa tais contatos era mais frequentes relatadas U.S.A., Brasil e Finlândia. Entre homens que tiveram contato sexual com uma prostituta, 93,5% relataram ter tido esse contato no exterior, homossexuais e bissexuais (63,6%); prostitutas e UDIV (66,7%); outras heterossexuais (32,1%). Homossexuais e bissexuais com contato externo usaram mais frequentemente preservativos que os outros grupos.

**Conclusão:** 245 das 599 pessoas relataram contato sexual casual no exterior entre 1985 e 1989 e os diferentes grupos de risco relataram países onde a maioria das pessoas infectadas com HIV pertenciam aos seus próprio grupos de risco.

Nós temos motivos para acreditar que a ingestão de álcool aumenta a probabilidade de atividade sexual casual e diminui o uso de preservativo. Viajantes namegueses precisam de maiores informações sobre o risco de atividade sexual casual no exterior e sobre a combinação de ingestão de álcool e sexo fortuito.

**Espiroquetoses Retais em Homens Homossexuais: Associação com Práticas Sexuais, Infecção por HIV e Flora Entérica**

**CLH Law, JM grierson, SMB Stevens Rectal sperochaltosis in homossexuais men: the association whith sexual practies, HIV infection and interic flora. Genitourin. Med, 70: 26-29, 1994.**

Com o objetivo de determinar a prevalência de espiroquetoses

vetais em pacientes masculinos homossexuais e investigar a sua associação com práticas sexuais, infecção por HIV e flora intérica, o Centro de Saúde Sexual do Hospital de Sidney, Austrália, fez um estudo com 144 homens homossexuais incluindo questionários, exame físico, proctoscopia, biópsia retal, exame de fezes, entre outros.

Em cerca de 39% das biópsias retais, foi detectada a presença de espiroquetas.

Análises preliminares demonstraram uma significativa relação entre espiroquetoses retais e a prática sexual oral-anal, sugerindo a via fecal-oral como transmissora.

Por outro lado nenhuma associação foi notada entre espiroquetoses retais e sintomas gastrointestinais, muito embora alguns tipos de parasitas tenham sido encontrados nas fezes de alguns pacientes.

O estudo concluiu ainda que homossexuais masculinos que apresentavam de 3 a 5 diferentes protozoários não patogênicos (3-5 NPP), possuíam maior ardência de espiroquetoses em suas biópsias retais.

Foi demonstrado finalmente que os homossexuais masculinos portadores de espiroquetose retal eram aproximadamente 4 (quatro) vezes mais prováveis de serem infectados com o HIV do que os demais pacientes sem evidência, na biópsia, de espiroquetose retal.

**Atividade in vitro da Azitromicina de CP-63956 contra o T. Pallidum**

**Lola V. Stamm and Eloise a. Parrish**

**I Antimic Chemotherapy, 1990, 25, Supp 04 - 1994.**

O artigo mostra um estudo feito do Department of Parasitology and Laboratory Pactece Shool of Public Heath, University of North Carolina, da atividade in vitro dos antibióticos azitromicina, CP-63-956 e eritromicina contra duas cipas do T. Pallidum, Cipa Nicholse Street 14 (esta foi isolada de paciente com sífilis secundária ativa, alérgica e penicilina e resistente a eritromicina)

Foi observado que a eficácia dos três antibióticos contra a Cipa de Nichols era semelhantes e contra Street 14 a eritramicina mostrou pequeno efeito contra a inibição da síntese proteica do T. Pallidium, enquanto que a aziytonivina e CP63.956 em baixas doses (20mg/l) tiveram modestos resultados; em altas doses (100mg/l), esse resultado se mostrou maior, porém incompleto.

O tratamento de escolha continua sendo a penicilina. Nos casos de alergia, deve ser utilizado eritromicina ou tetraciclina. Porém, com a ascensão do número de cipas resistentes e estas drogas como pacientes grávidas e homossexuais do sexo masculino infectados pelo HIV, a azitromicina é uma alternativa atrativa, já que possui uma meia-vida maior e melhor penetração tissular.

## Sugestões para leitura

**Genitourin. Med. - The Journal of Sexual Health, STDS e HIV - vol 69 n° 6 December, pág 434-438: 1993 Doenças Sexualmente Transmissíveis relatadas pelos serviços de DST na Finlândia, de 1984 a 1990. H F Treurniet, W Davidse**

Com o objetivo de apresentar as tendências gerais atuais em DST na Finlândia, entre 1984 e 1990, e descrever as características epidemiológicas dos pacientes, os autores acompanharam 44 serviços de DST, incluindo locais de saúde pública e clínicas em todo o país. Desde 1984, os pacientes com diagnóstico de DST são notificados pelos serviços de enfermagem, assim como são registradas informações epidemiológicas próprias de cada caso. Os casos de gonorréia, sífilis e infecções por *Chlamydia trachomatis*, notificados, foram apresentados anualmente para comparação epidemiológica entre mais de 25.000 pacientes. Dentre os resultados obtidos, está uma diminuição do número total de infecções gonocócicas notificadas, havendo, entre os homossexuais masculinos, um aumento no número dos casos de gonorréia e no número de parceiros sexuais após 1989.

Além disso, a percentagem de casos de gonorréia causada pela *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase foi observada em um número crescente em vários subgrupos, mas não nos homossexuais masculinos. Quanto a sífilis, o número de casos em mulheres diminuiu de 1984 a 1987, havendo um pico de crescimento em 1989; também houve um pico de casos em homens durante 1989. Após 1988, as infecções por *Chlamydia trachomatis* aumentaram devido à introdução de estudo entre os visitantes do serviço de DST de Amsterdam. Finalmente, parece que as DSTs estão associadas a certas características dos pacientes.

**Abcesso de Bartholin como complicação de intoxicação alimentar por *Salmonella panama*: Relato de um Caso A.J. Cummins, W.A. Atia, Bartholin's abscess complicating food poisoning with *Salmonella panama*: a case report. Genitourin Med; 70: 46-8 1994.**

Uma paciente, do sexo feminino, 29 anos, desenvolveu sério quadro de enterite, com febre e diarreia (mais de seis evacuações por dia). Foi tratada com eritromicina 250mg cinco vezes por dia e feita reposição hidroeletrólítica. Em sete dias havia melhora dos sintomas e o resultado da cultura das fezes foi crescimento de *Salmonella panama*.

Quatro semanas após o quadro de enterite, desenvolveu um abcesso de Bartholin, do lado esquerdo. Este abcesso foi drenado e feito cultura do material, crescendo nela *S. panama* com as mesmas características antigênicas da bactéria causadora da enterite e a mesma sensibilidade antibiótica. Nem gonococos nem *Chlamydia Trachomatis* foram encontradas no material drenado.

Foi prescrito para a paciente uma semana de cotrimexazol

960mg por via oral e metronidazol 400mg, enquanto se esperava o resultado da cultura. Cinco dias, após a glândula ainda apresentava algum resquício inflamatório, porém outra drenagem foi considerada desnecessária.

Após o resultado da cultura, a paciente usou mais duas semanas de ciprofloxacina 250mg, por via oral. Este agente possui atividade intracelular contra a *S. sp*, sendo mais indicado para o tratamento que os antibióticos primeiramente usados.

Uma semana após, houve melhora total do quadro, e foram repeditas mais três culturas por mais três semanas, sendo todos os resultados negativos.

Um abcesso de Bartholin como complicação de enterite é um achado inusual, assim como também o é uma bartolinite por *S. panama*. A disseminação da infecção por contiguidade, pela superfície do períneo é uma probabilidade, porém a *Salmonella sp* é um microrganismo bastante invasivo e a disseminação hematogênica não pode ser descartada.

Os abscessos de Bartholin, segundo vários estudos, são causados por microrganismos não encapsulados pertencentes à microbiota normal vaginal ou perineal, na grande maioria dos casos.

O papel das DST na bartolinite é variável, segundo o local estudado. A *Neisseria gonorrhoeae* aparece em 15% dos abscessos de Bartholin, pesquisada por aspiração per cutânea. A *Chlamydia trachomatis* apareceu em tal abcesso pela primeira vez em 1988 (Saul). Sua incidência é de 6,5%, porém acredita-se que ela tenha um papel indireto, causando inflamação e sequente obstrução do ducto e com isso é formado o abcesso de Bartholin.

Há outros casos de infecção ginecológica causadas por *S. panama*, como uma selpingo-oforite em uma mulher de 44 anos. Há também outras espécies dessa bactéria envolvidas em infecção ginecológica.

Não há uma única maneira certa de tratar abscessos de Bartholin, podem ser feitas drenagem, incisão com laser, aspiração cutânea e etc. Uma vantagem da aspiração, é que se pode conhecer o microrganismo causador e sua sensibilidade antibiótica, podendo assim, ser usado o medicamento correto.

A escolha do antibiótico adequado vai depender do quadro clínico. Se há indicação que o abcesso possa ser gonocócico pela história ou achado microscópico, na hora, pode-se usar amoxicilina e probenecid ou ciprofloxacina ou espectinomicina. Como a *C. trachomatis* está frequentemente associada, doxiciclina ou eritromicina podem ser associadas.

Se não há alguma suspeita etiológica sugere-se a combina-



ção de um antibiótico de largo espectro, como o cotrimoxazol e metronidazol ou amoxicilina e metronidazol, antes dos resultados de cultura e sensibilidade diagnóstica.

### O Diagnóstico e Tratamento da Uretrite em Países em Desenvolvimento

Mabey D. The diagnosis and treatment of urethritis in developing countries. *Genitourin. Med.*, 70: 1-2, 1994.

A uretrite é uma das condições mais comuns vistas em consultas ambulatoriais em países em desenvolvimento. Não se tem uma estimativa exata, mas sim aproximada, da incidência de uretrite nesses países. Em duas cidades africanas, chega a ser de 6 a 20% da população adulta.

A uretrite gonocócica é tão comum quanto a uretrite por *Chlamydia trachomatis*, embora alguns estudos mostrem o contrário, o que leva a pensar que muitos pacientes apresentando somente uretrite por *C. trachomatis*, não procuram o serviço médico.

Em vista da grande associação entre uretrite gonocócica e uretrite por *C. trachomatis* e a dificuldade de exames laboratoriais para diagnóstico diferencial entre as duas entidades, a OMS recomenda o tratamento sintomático para uretrite, isto é, par os dois microrganismos. Se colheta da secreção uretral e coloração pelo Gram puderem ser feitos, o tratamento par gonorréia pode ser descartado naqueles pacientes cujo diagnóstico não foi confirmado.

A dosagem de leucocitoesterase não primeiro jato da primeira urina da manhã em pacientes com corrimento uretral não purulento é um bom teste de triagem. Se este teste for positivo pode-se colher um swab uretral e se fazer coloração pelo Gram, assim como detecção de antígeno de *Chlamydia trachomatis*.

O tratamento para gonorréia tem se modificado por causa da resistência a antibióticos. Resistência à Penicilina procaína, tetraciclina, cotrimoxazol e tianfenicol já foi bastante demonstrada. Diminuição da sensibilidade par fluorquinolonas, norfolxacina e oflaxacina foi recentemente documentada em gonococos isolados em Ruanda.

As drogas mais indicadas são ciprofloxacina (500mg) e cefalosporinas de terceira geração que podem ser usadas em grávidas, porém custam o equivalente ao orçamento de saúde per capita anual.

Uma dose oral de cefixime 400mg tem se mostrado tão eficiente quanto o ceftriaxone intramuscular, curando 96% dos casos de gonorréia não complicada. Drogas mais baratas, como cotrimexazol 480mg, na posologia de 10 comprimidos por dia, durante três dias são recomendadas somente em áreas onde estudos recentes mostram a eficácia da droga.

### Condiloma umbilical: uma nova entidade?

Nathan M. Umbilical warts a new entity? *Genitourin Med*, 70: 49-50, 1994.

Foram relatados dois casos de condiloma umbilical e em ambos os casos havia uma história prévia de condiloma genital.

#### Caso 01:

Paciente do sexo masculino, 28 anos, solteiro, heterossexual, foi atendido em 1991 com uretrite por *Chlamydia trachomatis*. O exame de sua parceira mostrou cervicite pelo agente etiológico já citado e condiloma genital. Em março de 92, ele desenvolveu dois condilomas atípicos na base do pênis. Feito tratamento, obteve-se melhora e sete meses depois voltou com uma verruga solitária de 4mm, que era similar a seu condiloma genital, localizado na cicatriz umbilical. Após infiltração de Citanest 3% na base da verruga e retirada esta para biópsia, foi aplicado laser de CO2 na base da verruga. A biópsia mostrou evidências de papiloma escamoso, células coilocíticas e alterações da queratinização, com características de verruga condilomatosa de etiologia viral.

#### Caso 02:

Paciente do sexo masculino, 30 anos, casado, foi atendido em junho de 87 com quadro de uretrite, também tinha história de condiloma genital há um ano, já tratado com sucesso. Sua esposa fora examinada muitas vezes, sem mostrar lesões visíveis, porém a biópsia de fragmentos de tecido retirados, mostrou disceratose e modificações celulares próprias do HPV. Seis meses depois, o exame dele mostrou um condiloma no meato uretral e outros poucos na glândula. Com o tratamento todos regrediram, exceto o do meato uretral, que só regrediu com tratamento contínuo em abril de 90. Dois meses depois foi encontrado novo condiloma na uretra distal, com 20mm de profundidade. Foram feitos vários tratamentos sem sucesso, até que regrediu dois meses depois com laser. Porém, em maio de 92, o paciente tinha notado o crescimento de uma verruga umbilical de 3mm. Foi feita excisão para biópsia, que mostrou evidências de condiloma por HPV.

Condiloma por HPV pode ocorrer em inúmeros locais do corpo, porém a localização anogenital é a mais comum e o principal meio de transmissão aí, é através do relacionamento sexual. Entretanto, alguns estudos mostram que a transmissão não sexual também é comum. A presença de condiloma em nariz, conjuntivas e cavidade oral tem sido descrita apesar de não ser identificado o tipo do HPV. A presença de infecções genitais pelo HPV, o quadro clínico e exames histológicos nos casos relatados quase que provam um condiloma umbilical pelo HPV, porém em modelos experimentais, tem sido notado grande resistência à infecção abdominal pelo HPV. Um trauma superficial na pele facilita a infecção quando há exposição ao HPV. Na cicatriz umbilical pequenos traumatismos podem ocorrer durante o banho ou exercícios intensos. Foi sugerido nestes dois casos, uma auto-inoculação através do banho ou fômites.