

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Debate na UFRJ

J Bras Doenças Sex Transm, 7(1): 19 - 26, 1995

RAIMUNDO DIOGO MACHADO

Professor titular de Microbiologia do Instituto de Microbiologia da UFRJ

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Professor adjunto - chefe do Setor de DSTs e coordenador da Especialização em DSTs (MIP-CMB-CCM) da Universidade Federal Fluminense.

GUTEMBERG LEÃO DE ALMEIDA FILHO

Mestre em Medicina (Ginecologia) pelo Instituto de Ginecologia da UFRJ. Presidente da Sociedade Brasileira de DSTs. Ginecologista do Hospital Geral de Bonsucesso. Obstetra do Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF.

NERO ARAUJO BARRETO

Professor assistente do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFF. Mestre em Microbiologia pela UFMG. Sub-coordenador do Curso de Especialização em DSTs (MIP-CMB-CCM) da UFF.

JOÃO LUIZ SCHIAVINI

Professor assistente da Disciplina de Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Urologista do Hospital Universitário Pedro Ernesto -UERJ

Prof. Raimundo Diogo - É uma honra muito grande coordenar esta mesa-redonda sobre doenças sexualmente transmissíveis. Agradeço o convite formulado pelo Prof. Mauro Romero e aos demais participantes.

Acho importante a discussão, porque no Brasil fala-se muito em doenças sexualmente transmissíveis, mas normalmente o assunto se reduz ao HIV e a poucos outros. A amplitude desses agentes infecciosos é hoje muito maior do que se pensa. Para termos uma idéia do que realmente possuímos em matéria de estudos de clínica e de epidemiologia, vamos ouvir os vários participantes desta mesa e cada um vai expor a sua visão do assunto, representando o que realmente temos e não aquilo que a maioria dos livros dizem e nós não sabemos. Nesse sentido, passo a palavra ao Professor Mauro Romero, para fazer um relato sobre os aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis.

Prof. Mauro Romero - Comecei a me dedicar ao estudo das doenças sexualmente transmissíveis - DSTs por volta de 1979, a partir da tradicionais doenças venéreas. Pude encontrar situações e Serviços quase paralisados, pois as disciplinas clássicas - Dermatologia e Sifilografia ou Venereologia - se restringiam basicamente à Dermatologia. A partir de 1945, com o aparecimento da penicilina e de outros antibióticos, parecia que as DSTs iriam

acabar porque a penicilina liquidava a gonorréia ou a sífilis numa única injeção. Mas não foi o que aconteceu, pois as doenças ficaram, de alguma maneira, latentes. Os filhos da Segunda Grande Guerra, que viram seus pais saírem para a luta, que viram a Europa ser invadida, receberam o apelo da sexualidade com o aparecimento de uma coisa fantástica para a humanidade, que foram os anticoncepcionais modernos. Portanto, tínhamos todo um aparato para que essas doenças ligadas à transmissão sexual pudessem de novo eclodir. Paralelo a isso houve, não só no Brasil mas no resto do mundo, uma correlação direta entre o uso dos anticoncepcionais modernos - pílula, diafragma, DIU - e o processo de educação sexual como um todo. O uso de contraceptivos favorece o incremento da sexualidade, da prática sexual, sem pagar o tributo de uma gravidez não-desejada. Na década de 60 surgiram os movimentos hippies, do "faça amor, não faça guerra", que junto com a pílula anticoncepcional aumentaram ainda mais as chances de aparecimento das DSTs. Houve, pois, uma oportunidade fantástica para a exacerbação das DSTs e junto a isso, ainda - o que é muito grave -, as escolas médicas, bem como os Serviços de Saúde Pública, afrouxaram a vigilância, tendo em vista que a penicilina curava tudo, que os antibióticos, a princípio, vieram para acabar com as doenças infecciosas.

Além disso, com o surgimento de novas especialidades médicas, a Dermatologia "acabou" com seu ramo de Venereologia e a maioria das escolas médicas aboliram ou restringiram muito o ensino das doenças venéreas. Acresce a tudo isso a possibilidade de os próprios microrganismos se defenderem. Hoje sabemos que os microrganismos também evoluem e se defendem. Adquirem material genético de outros e esses genes podem conter informações para resistência a drogas, por exemplo.

Por outro lado, começou-se a detectar indivíduos portadores assintomáticos de DSTs, o que até então clínicas diferentes e doenças que até pouquíssimos transmissíveis como o condiloma acuminado, com sua possível participação na transformação maligna da célula.

Agora vivemos um momento em que se faz necessário um apelo cada vez maior à educação, e nisso temos feito algum trabalho, temos conseguido algum desenvolvimento. Antes de pensar em prevenção, vacina e tudo mais sobre Aids é necessário um trabalho educativo bem estruturado no que tange aos aspectos das DSTs, 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 do Mycoplasma e da própria evolução dos microrganismos, com a prova insofismável de que muitas vezes não só o antibiótico resolve.

Então nosso apelo, aqui, visa valorizar o trabalho educativo e achamos que esse trabalho e educativo 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. Então, deve ser feito um trabalho educativo para cada região.

Se não bastasse a própria diversificação que existe no entendimento - dentro das famílias e das escolas - dos problemas ligados 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 apelos da realidade a que está envolvida a população.

Defendemos hoje que esses trabalhos devam ser realizados em níveis municipais. Para isso, nós, da Universidade Federal Fluminense - que aliás tem o único curso de especialização em DSTs que conhecemos e também a única disciplina eletiva em DSTs -, pretendemos resgatar o ensino, a dinâmica do tema para os alunos de graduação. 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 à comunidade de Niterói um trabalho educativo amplo e diversificado.

Baseado neste nosso trabalho, já existe tramitando na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro lei similar à existente em Niterói.

E o que nós encontramos?

Apesar de assistirmos pela televisão campanhas como "Use camisinha" e "Camisinha previne a Aids", quando chegamos na escola muitas diretoras e professoras 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 do trabalho que está sendo divulgado?

Junto a isso não é raro encontrar profissionais de saúde, médicos, que não atendem indivíduos sororreativos para HIV. Então, 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?

Hoje vejo - e essa é uma crítica formal que vou fazer através desta mesa-redonda que esses trabalhos educativos são extremamente discutíveis, porque confundem educação com divulgação.

Quando se faz uma grande campanha usando várias peças de marketing - vinhetas em TV, rádio, out-door, 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 quebrado 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 DSTs como em qualquer outro tema, sem que os profissionais de saúde e educação estejam educados, acreditem naquilo que fazem e deixem de lado os preconceitos. A própria Organização Mundial da Saúde, no lançamento de uma campanha sobre Aids, criou um logotipo no qual a interseção de dois corações traz a imagem da morte. Esse é um símbolo da OMS para uma campanha contra a Aids. Que processo educativo poderemos proporcionar à população, se quem monta 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?

Ourso trabalho hoje, na Universidade Federal Fluminense, com a sua disciplina eletiva para alunos de graduação e o plano 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 essas equipes não estiverem treinadas, informadas, creio que vai ser muito difícil combater as DSTs.

Prof. Raimundo Diogo - Professor Mauro, nessas campanhas que são feitas nas escolas em Niterói, em que as professoras têm pouco conhecimento do assunto, como se faz a exposição do problema das DSTs? É a aceitação dos alunos?

Prof. Mauro Romero - A princípio fazemos o primeiro contato com a diretora da escola e com o corpo docente, para passar o tema e depois chegar aos alunos. A receptividade é magnífica, nunca tivemos problemas. Trabalhamos com Slides, mostrando até as doenças. Hoje, fazendo uma reflexão, acho, honestamente, que algumas vezes fomos até agressivos, indo direto ao assunto com os alunos, tendo em vista que muitas vezes até as professoras são tão ou mais desinformadas.

Hoje a nossa idéia é primeiro conversar com a diretoria, com o grupo que dirige a escola e com as professoras, para que elas, já tendo algum conhecimento, possam dar continuidade ao nosso trabalho na escola. Porque só uma palestra, só uma intervenção pequena na escola é muito pouco. É preciso ter continuidade, e essa continuidade, pensamos, deve fazer parte do conteúdo programático da escola.

Indo mais fundo nessa pergunta, posso dizer que neste ano a Pró-reitoria de Extensão da UFF vai oferecer cursos de férias,

nos quais o Setor de DSTs e o grupo de docentes farão um treinamento específico para os professores de escolas de segundo grau na tentativa de passar algum conhecimento, para que possam debater dentro da escola.

A receptividade, não só da escola como do município, é fenomenal. É pena - e aqui vai o nosso registro - que algumas autoridades, não só municipais e estaduais como também federais, estejam dando uma retribuição, ao nosso ver, pequena. Atualmente estamos para lançar na comunidade de Niterói um trabalho que visa fazer um convite para que os adolescentes procurem orientações educacionais pré-sexuais. Tal trabalho tem o nome de Papo pré-sexual, no qual tentaremos, além dos jovens, sensibilizar seus pais para uma conversa amiga.

Prof. Gutemberg Leão - Gostaria de intervir na fala do Mauro, onde foram muito bem colocadas as questões e os problemas que temos com as DSTs.

Quando lemos nos livros clássicos sobre o recrudescimento das DSTs lemos sobre as mudanças nos hábitos sexuais, a introdução de anticoncepcionais, a revolução sexual dando maior liberdade à mulher, a inserção desta no mercado de trabalho, e que tudo isso veio - no final da década de 50 e início dos anos 60 - modificar o perfil de prevalência e incidência das DSTs. Eu me pergunto: Será que isto é verdade mesmo? Será que os atos sexuais de hoje não existiam no passado? Será que o coito anal ou oral surgiu depois de 1950? É evidente que não. O anticoncepcional *sim*, mas outras formas de evitar a gravidez já existiam no passado e as pessoas traíam e eram traídas da mesma forma que o são hoje.

Penso que isso pode até ser um ponto no recrudescimento das DSTs; no entanto, o que me parece (o Mauro tocou nisso levemente) é que a introdução dos antibióticos e a falsa informação de que os mesmos vieram a curar tudo é que, talvez, tenham causado um malefício e uma mudança muito maior do que a propagada mudança de hábitos sexuais. Na realidade, as pessoas leigas, com a informação de que a penicilina e outros antibióticos faziam um tratamento fácil, perderam o temor das DSTs.

Outro aspecto básico é o da informação (que o Mauro já falou muito bem) e da ausência de educação. Por isto, é realmente necessário socializar a informação, ou seja, é preciso que conheçamos muito o assunto, mas que também socializemos o conhecimento. Concordo quando o Mauro diz que a informação na televisão é complicada, atinge muita gente, mas de uma forma muito superficial e que, talvez, não toque profundamente as pessoas. Parece-me que essa informação tem ser mais trabalhada em nível microsocial do que macrosocial. Se a informação não for veiculada no habitat natural das pessoas, isto é, nas residências e nas escolas, não haverá bons resultados. Mauro faz isso, ele vai às escolas. Sem pai e professor educados não existe aluno e filho possível de ser educado. Isto é fundamental, ou seja, educar os pais e os professores, para que tenhamos uma nova geração. Vemos nos ambulatórios que a busca de informação por jovens que têm relação sexual aos 15 anos, ou antes, é muito grande. Algo que, talvez, não acontecesse com nossos pais, por uma série de motivos. E não adianta fazer esse trabalho de informação em qualquer nível se os órgãos públicos não colocarem à disposi-

ção da população os meios necessários de prevenção, de diagnóstico e de tratamento dessas doenças. Compete ao serviço público, em qualquer nível (estadual, municipal ou federal), colocar esses meios à disposição da população - de forma gratuita.

Prof. Raimundo Diogo - Professor Gutemberg, desde o início da descoberta dos antibióticos já se previa que alguma coisa iria acontecer com os diferentes microrganismos. Tivemos uma verdadeira adaptação ou transformação, ou mutação de bactérias, frente a determinados casos; no entanto, no caso da sífilis, por exemplo, ainda continuamos com o *Treponema pallidum* bastante sensível à penicilina, e praticamente não temos um conceito bem firmado da mutação do *Treponema* frente à penicilina. Por que então houve exagero na propaganda das DSTs, dos atos sexuais, ou por que existe algum outro problema neste contexto?

Prof. Gutemberg Leão - Penso que isso é verdade. Desde a introdução dos antibióticos os microrganismos, como a *espiroqueta* e outras bactérias. Os vírus realmente se modificaram e, talvez, fatores ambientais e imunológicos individuais tenham determinado que essas doenças causadas por eles fossem introduzidas ou aumentassem em incidência ou multiplicassem as formas clínicas. O que não aconteceu, por exemplo, com a sífilis, que praticamente não mudou desde o início, quando foi descrita.

A gonorréia mudou em alguma coisa. Vale lembrar o surgimento de uma cepa resistente, mas a infecção, basicamente, continua a mesma, tanto no homem quanto na mulher. No entanto, alguma coisa ocorreu quanto ao vírus. O surgimento do HIV só se explica por uma mudança na estrutura viral, que passou a infectar o homem e a determinar infecção clínica. O HPV, o chamado condiloma, é conhecido desde a história antiga, nos tempos dos romanos, dos gregos e até de escritos mais antigos. Mas o que se conhece de novidade sobre o HPV da década de 70 para cá constitui uma gama de conhecimentos tão grande que só se explica por uma mutação desse vírus. O próprio herpes, que praticamente não se relatava na literatura, tinha incidência muito pequena. Da década de 60 para cá houve uma verdadeira explosão na incidência da infecção, que novamente volta agora, em níveis mais baixos.

Quanto às bactérias, acho que o que aconteceu na realidade é que se começou a fazer diagnóstico. Antigamente, por exemplo, toda bartolinite, toda doença inflamatória pélvica, era causada por Gonococo, porque não se diagnosticava *Chlamydia*, não se diagnosticava *Mycoplasma*. Se verificarmos dados das literaturas nacional e mundial veremos que a incidência de Gonococo no Brasil é muito alta como agente causador de doença inflamatória pélvica, enquanto que nos países escandinavos, e mesmo nos Estados Unidos, a grande incidência é de *Chlamydia* e *Mycoplasma*. Por quê? Porque eles diagnosticam muito mais, eles fazem cultura e nós não, pelo menos de forma ampla.

Penso que fatores ambientais, pessoais e imunológicos fizeram com que doenças viróticas voltassem em maior incidência, enquanto que essas outras, clássicas, permaneceram, mais ou menos, como no passado.

Prof. Raimundo Diogo - Faça-lhe outra pergunta, porque vivo isso no Hospital Universitário da UFRJ. Em nosso Serviço não encontramos nos aidéticos uma correlação dos testes de FTA-ABS positivos e os testes para o HIV. Apenas, no máximo, em 1% dos aidéticos confirmamos sífilis pelos testes laboratoriais. Se nesta DST o tipo de transmissão é semelhante à transmissão de HIV, por que a positividade para a sífilis é tão baixa?

Prof. Gutemberg Leão - Não sei, exatamente, com relação à sífilis. No entanto, com a queda do sistema imunológico uma série de outros microrganismos - não só os de transmissão sexual - acometem os aidéticos.

Não sei se do ponto de vista imunológico o organismo se defende tanto contra a *espiroqueta* quanto contra um vírus. Por exemplo, em relação ao HPV, a imunidade celular é muito importante. Existem experiências nesse sentido, como, por exemplo quando há um grupo de verrugas genitais: quando se excisa ou cauteriza uma delas, as outras tendem a desaparecer. Isso só se explica pela competência imunológica dada pela imunidade celular do indivíduo.

Prof. Raimundo Diogo - Passo a palavra ao Dr. Schiavini, que vai explicar a relação desses agentes de transmissão sexual com a Urologia.

Prof. João Luiz Schiavini - Temos encontrado no consultório de Urologia o mesmo que ocorre no de Ginecologia: uma incidência cada vez maior de consultas relacionadas com DSTs, principalmente as uretrites - especialmente as uretrites não-específicas, que não são causadas pelo gonococo. Temos observado uma incidência cada vez maior de uretrites causadas por *Chlamydia*, por e um número muito grande de casos de condiloma acuminado. A sífilis também tem se apresentado com frequência aumentada no consultório de Urologia. Talvez pelo fato de sermos urologistas - e não infectologistas - não encontramos um número muito acentuado de pacientes com SIDA, mas as outras DSTs têm sido encontradas em quantidade crescente.

Depois de toda essa discussão sobre qual seria o motivo da apresentação cada vez maior desse tipo de doença, podemos concluir que tudo isso está relacionado à promiscuidade, com certeza. No consultório particular encontramos muito mais DSTs causadas por *Chlamydia* e por *Mycoplasma* do que por gonorréia. Já no consultório do Hospital Universitário ocorre o contrário: um número muito grande de pessoas acometidas por gonorréia e por sífilis.

Então, talvez, possamos separar pela faixa social. As pessoas que frequentam o HU são de uma camada social menos favorecida e aquelas atendidas no consultório particular pertencem a uma faixa social mais favorecida. A impressão que temos é de que tanto a gonorréia quanto a sífilis acometem os mais pobres, talvez mais sujeitos às conseqüências da promiscuidade do que os mais abastados. A educação é fundamental nesse caso, para prevenir o surgimento e o crescimento de DSTs.

Estou plenamente de acordo com o Prof. Mauro Romero, com toda a sua experiência e os resultados que tem verificado em

relação à educação da população. Acreditamos que esse é o caminho para resolver o problema.

Prof. Raimundo Diogo - Dr. Schiavini, de um determinado tempo para cá aumentou a incidência de um molusco infeccioso nas pessoas sexualmente ativas. O senhor tem alguma explicação?

Prof. João Luiz Schiavini - Temos registrado aumento desses casos tanto no consultório particular como no ambulatório do Hospital Universitário. Achamos que possa estar relacionado ainda com os hábitos promíscuos de determinados indivíduos. Não temos ainda outra explicação para esta prevalência de casos de molusco contagioso.

Prof. Raimundo Diogo - Este aumento da incidência do molusco contagioso está ocorrendo numa determinada faixa de idade (vamos supor, até 20 ou 25 anos) ou isto não obedece a nenhuma faixa etária definida?

Prof. João Luiz Schiavini - É verdade, temos encontrado casos de molusco contagioso em indivíduos numa faixa etária que vai até os 25 anos. Talvez haja algum fator epidemiológico específico, relacionado às pessoas nesta faixa etária, que implique na maior ocorrência de casos de molusco contagioso.

Deixo a parte referente à explicação do referido fator epidemiológico por conta do ilustre professor Raimundo Diogo.

Prof. Raimundo Diogo - Então esse é mais um problema que temos para adicionar aos diferentes processos de DSTs, mas não está totalmente provado. Tudo indica, no entanto, que a falta de vacinação anti-variolica seja o ponto-chave para termos indivíduos sem nenhuma imunidade para esse vírus. Talvez seja isso que facilite mais o aparecimento do molusco contagioso.

Prof. Nero Araújo - Queria fazer uma pergunta ao Prof. Mauro, aproveitando os dados expostos pelo Dr. Schiavini. No consultório particular há uma alta incidência de uretrite por *Mycoplasma* e por *Chlamydia* e no ambulatório da rede pública ocorrem mais a gonorréia e a sífilis. Considerando a situação atual do nosso país, com uma faixa de 42 milhões de miseráveis, então já pomos começar a dividir as uretrites gonocócicas e não-gonocócicas em miseráveis (aquelas produzidas por Gonococo) e elitistas (aquelas produzidas por *Chlamydia* e *Mycoplasma*). No que diz respeito à questão educacional, como o senhor comentaria esses dados?

Prof. Mauro Romero - Acho que não. Acredito que tem muito a ver com a possibilidade diagnóstica. Eu não diria que o pobre tem gonorréia e o indivíduo mais rico tem *Chlamydia*. Tem muito a ver com a possibilidade de diagnóstico disponível. Se o Serviço tem recursos materiais e humanos para uma boa microbiologia, com certeza patógenos como *Chlamydia*, *Mycoplasma* e *Ureoplasma* serão mais encontrados, independentemente do poder aquisitivo do paciente, mas dependendo do poder de diagnóstico do médico.

Prof. Raimundo Diogo - Uma pergunta ao Romero - um tanto quanto indiscreta, mas devo fazê-la. Sabemos que o número de indivíduos infectados pelo HIV registrado pelo Ministério da Saúde não é correto, porque na clínica particular os indivíduos com mais recursos têm o médico particular e esses dados não são divulgados. Isso, às vezes, atrapalha muito e facilita inclusive a transmissão do HIV. Com base nos processos educacionais, como seria resolvido esse problema?

Prof. Mauro Romero - Acho que a educação e a própria credibilidade do médico estão, sem dúvida, na notificação. E depois, em usar esses dados estatísticos em benefício do retorno da Saúde Pública, e não em benefício apenas de números estatísticos. Os epidemiologistas acham que tudo deve ser notificado e os clínicos, muitas vezes, protegendo seu paciente do domínio público, sonegam a informação.

É importante, no entanto, que se avalie efetivamente o retorno desses dados. Porque o que observamos é que o médico notifica, diz o nome do indivíduo, a idade, onde ele mora, o nome do pai, da mãe e não há retorno do setor público em termos de medicamentos, de equipamentos, em diagnóstico, em apoio psicossocial...

Posso falar com tranquilidade porque notifico todos os dados. Quando o doente pede para que não seja colocado o nome, colocamos as iniciais, mas temos o dado. O mais importante não é, por exemplo, saber se Fulano ou Fulana ou o artista tal tem a doença, mas sim ter o padrão epidemiológico da doença. Não necessariamente é fundamental divulgar nome e endereço. Quando recorremos aos órgãos públicos ("Preciso de uma caixa de tetraciclina..." "Ah!, eu não tenho!" "Preciso de uma caixa de luvas..." "Ah!, eu não tenho!" "Preciso de um kit para diagnosticar sífilis." "Ah!, eu não posso dar." "Preciso de uma espátula para colher preventivo." "Ah!, ainda não posso comprar.") e a Saúde Pública não pode comprar, não pode dar o remédio, não pode dar as luvas, o que está se fazendo com esses dados? Qual a estratégia epidemiológica a ser utilizada? Lógico que estamos falando da contrapartida aos próprios serviços públicos.

Quando vemos um país de Primeiro Mundo, onde se notifica quase tudo, é porque pode-se registrar o retorno que esses colegas estão tendo dos órgãos que recebem a notificação. Eu preciso investigar essa *Chlamydia*, então vou fazer sua tipagem, vou analisar o DNA, vou saber se tenho um plasmídeo ou não. Ou seja, qual é o retorno? E outra coisa importante é que os seguros de saúde muitas vezes não pagam esses tratamentos. Então alguns médicos às vezes omitem a verdadeira doença para internar um paciente sororreativo para HIV - porque se estiver com Aids a casa de saúde não o recebe e às vezes também o convênio não cobre a terapêutica, não paga a internação. Então o caso é registrado como uma pneumonia e acaba sem notificação.

Tudo isso sem contar com o fator mais importante: o **preconceito da doença**. Este sim é o dado que merece de todos - médicos, diretores de casas de Saúde, da opinião pública, familiares e do próprio doente - uma profunda reflexão.

Prof. Raimundo Diogo - Passo a palavra ao Prof. Nero, para

falar sobre o diagnóstico laboratorial das DSTs.

Prof. Nero Araújo - Gostaria de agradecer o convite para participar desta mesa. Hoje pela manhã fiquei pensando sobre que aspecto do laboratório abordaria nesta conversa. Quero aproveitar essa oportunidade e falar um pouco sobre a questão da postura do profissional de saúde, da postura do médico, da postura do laboratorista diante do momento da colheita do material, diante da obtenção do material representativo para fazer o diagnóstico microbiológico.

Aqui está ficando bem evidente a questão da educação no controle das DSTs, a questão dos preconceitos, e aí vamos observar que temos alguns preconceitos, e aí vamos observar que temos alguns preconceitos e necessitamos de um preparo melhor, temos que nos educar para também exercitar o laboratório, a questão diagnóstica laboratorial. Apesar das doenças diarreicas, das intoxicações por ingestão de água e alimentos contaminados, das parasitoses, da tuberculose e outras tantas doenças que marcam a nossa sociedade, a incidência de DSTs continua sendo o indicador da qualidade da Saúde Pública oferecida à população, visto que a gonorréia continua sendo (e agora as uretrites não-gonocócicas) a doença infecciosa bacteriana mais comum entre indivíduos sexualmente ativos.

Deste modo, nos postos de atendimento primário, nos ambulatórios da rede pública e nos consultórios e clínicas particulares é cada vez maior o número de atendimentos com queixas de DSTs. E aí reside a importância do laboratório, auxiliando no diagnóstico e controle dessas doenças, uma vez que sabemos das variações nas características clínicas e nos aspectos das multietologias, do polimicrobismo, sem contar as vezes em que o paciente recorreu a formas de tratamento por iniciativa própria ou por sugestões de amigos e parentes, antes de consultar o médico.

O laboratório nunca faz milagres; tudo depende de um estreito relacionamento entre o clínico e o laboratorista. Os resultados dos exames microbiológicos dependem muito da natureza do espécime clínico, da oportunidade de sua colheita e do cuidado com que é executada. Depende também do transporte do material ao laboratório e da habilidade e experiência do pessoal que lá trabalha.

Por conta disso, torna-se importante que o pessoal responsável pela colheita das amostras conheça os métodos corretos. Uma amostra para exame mal colhida tem um custo muito elevado e - o que é pior - propicia um diagnóstico equivocado, colocando o paciente em risco. Vale reafirmar que uma colheita convenientemente realizada possibilita o imediato processamento do material clínico e leva mais rápido a um resultado positivo, que, por sua vez, possibilita um diagnóstico correto, com conseqüente conduta terapêutica adequada. Não custa também lembrar que a recuperação de um agente infeccioso é mais significativa quando advém de sítios onde os microrganismos normalmente estão ausentes, não se esquecendo da constituição da microbiota normal e das experiências anteriores.

A proposta de um laboratório, em apoio ao diagnóstico das DSTs deve consistir em fazer o isolamento e a identificação presumtiva dos "microrganismos esperados" material clínico, utili-

zando-se para tanto da microscopia, dos meios de cultura e também da sorologia. Um ritual deve ser estabelecido, forçando a execução da metodologia por repetição. Desse modo, algumas regras gerais podem ser aplicadas a todos os espécimes, para análise microbiológica.

Dentre essas regras podemos destacar: estabelecer o melhor momento para a colheita; a quantidade do material colhido deve ser suficiente, para permitir um estudo mais completo ou até mesmo a repetição, se for necessário; a amostra deve ser representativa do processo infeccioso (por exemplo, da profundidade de uma ferida e não de sua superfície); evitar contaminação, exercitando uma cadeia séptica; a colheita preferencialmente deve ser feita no próprio laboratório - quando isso não é possível, utilizar os meios adequados para transportar o material colhido; e por fim, uma regra que serve, de uma maneira geral, para todos os exames de doenças infecciosas e para as DSTs também: a colheita deve ser feita sempre antes da administração de agentes antimicrobianos.

Também faz parte dessa metodologia o cuidado com a identificação da amostra, como, por exemplo, coisas simples que deixamos de fazer no dia-a-dia. Então essa repetição, esse ritual que estou falando aqui para exercitar essa metodologia, passa por coisas bem simples, como a identificação da amostra, o nome do paciente, tipo de espécime, a data e a hora da colheita, o nome do médico requisitante (o que na maioria das vezes não é colocado - e a gente trabalha muito em cima disso), a suspeita clínica, dados que nunca compõem a requisição de um exame.

Então, tudo isso significa mais uma questão de postura do médico, do pessoal do laboratório, da conveniência de exercitar esses métodos, que são coisas bem simples, mas que se não forem plenamente exercitadas, nossa experiência mostra que os resultados não confirmam as suspeitas, as hipóteses clínicas e diagnósticas.

Prof. Raimundo Diogo - Tenho apenas um comentário a fazer. Hoje o número de agentes etiológicos envolvidos nessas DSTs é muito grande. Antigamente tínhamos meia dúzia, mas hoje qualquer bactéria pode ser transmitida sexualmente. Então, para fazer um diagnóstico bastante seguro, que dê uma resposta adequada ao indivíduo, é preciso ser um bom microbiologista, porque se o profissional não conhecer bem a Microbiologia, não consegue uma resposta adequada para o exame laboratorial. Além disso, existe uma velha briga entre bacteriologistas e virologistas.

De um modo geral, o diagnóstico de *Chlamydia* é deixado de lado pelos bacteriologistas, porque exige uma cultura de células. E, normalmente, os bacteriologistas não dominam cultura de células. A cultura de *Chlamydia* em nosso país é deixada de lado por eles, que fazem exames daquelas bactérias que crescem nos meios artificiais, desconhecendo a metodologia para o emprego de células, ovos e animais.

Então esse é um problema sério.

Por outro lado, antes desses processos mais modernos tínhamos a citologia. O indivíduo pegava o material, fazia uma citopatologia e descobria uma série de coisas. Fazendo uma tese so-

bre *Chlamydia* com uma colega aqui do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, em que re-examinamos as lâminas coradas pelo Papanicolaou, chegamos à conclusão de que a maioria das lâminas em que havia inclusões classificadas como inclusões clamídianas não eram *Chlamydias*, eram qualquer outra coisa, menos *Chlamydia*. Paralelamente foram realizadas a imunofluorescência e a cultura. Na maioria dos casos, os espécimes positivos para *Chlamydia* pelo Papanicolaou eram negativos quando empregamos a metodologia adequada.

Prof. Nero Araújo - Seriam artefatos?

Prof. Raimundo Diogo - Talvez artefatos ou qualquer outra imagem, mas não eram lesões de *Chlamydia*. Por outro lado, estas colorações são péssimas para o diagnóstico. É muito difícil detectar inclusões por *Chlamydia* nas células. Comparando os métodos, cheguei à conclusão de que essas colorações funcionam numa percentagem de 8% a 12% quando o material é muito bem colhido.

Um laboratório para fazer esses diagnósticos de DSTs tem que ter, pelo menos, um técnico treinado em cultura de célula, em citologia (não resolve o problema, mas ajuda). O Gram, por exemplo, é uma coloração importante no diagnóstico. Quando temos uma secreção importante no diagnóstico. Quando temos uma secreção, pensamos imediatamente no Gram e este já nos dá uma idéia a mais sobre o assunto, para depois procedermos à cultura.

O microbiologista tem que ser muito bom, do contrário vai deixar passar muitas coisas, pela falta de experiência.

Tenho uma experiência de longos anos nessa área e cheguei à conclusão de que, às vezes, o médico pede um exame com muita economia. Se o paciente tem secreção intensa, preciso fazer uma investigação mais séria, que não se encontra na maioria das solicitações. Já encontrei alguns homens com bastante secreção, uma secreção intensa, com mau cheiro. Fazendo a ligação desse paciente com a relação que ele tinha com a parceira, ela também era portadora da infecção na garganta. As vezes, determinadas observações são cruciais para a realização de um bom diagnóstico laboratorial e, conseqüentemente, para a orientação do tratamento médico.

Se não trabalharmos examinando ou buscando fatos, deixaremos passar coisas importantes, com as quais poderíamos fazer correlações. Isso acontece não só com a associação fuso-espiralar, mas também com todas as outras bactérias, incluídas nas diferentes patologias.

Com relação ao vírus, temos outro "bicho-de-sete-cabeças" dos diagnósticos, porque hoje sabe-se que temos poucos virologistas gerais - existem muito virologistas de apenas um vírus. Isso é mau (num departamento, por exemplo, aqui do Instituto, temos um laboratório para cada coisa, só existem três indivíduos que fazem tudo). Hoje já trabalhamos com todas as infecções oportunistas por herpes-vírus e por outros vírus dos aidéticos, porque se não o fizermos, como vamos conhecer os agentes oportunistas? E também quando o aspecto é lesional, o clínico, às vezes, tem um olho ótimo, mas a lesão pode ter mais de um microrganismo; isso nós encontramos também.

Muitas vezes o pedido do exame é direcionado para uma bactéria - *Neisseria*, por exemplo, ou cultura de *Neisseria*. E o resto? Em minhas aulas, embora não tenhamos cursos de DSTs, eu digo que temos que aliar ao exame microbiológico de uma DST a experiência do técnico em todos os pontos possíveis, isto é, nas reações, nas imunofluorescências, nas culturas, na citologia e também no material que vamos receber ou que o médico vai nos dar. Não adianta, por exemplo, enviar ao laboratório a secreção abundante de um paciente para diagnosticar *Chlamydia*, isto é muito falha. A secreção deve ser examinada para outras bactérias, tais como *Neisseria*, hemófilos, estafilococos etc. Após a retirada da secreção temos que colher o raspado uretral ou endocervical, onde encontramos mais a *Chlamydia*. Utilizamos o mesmo procedimento para os olhos” não há *Chlamydia*s naquele pus; o que funciona na realidade é o raspado. É muito importante colher material para o exame bacteriológico comum e para a *Chlamydia*. No caso do *Mycoplasma* e outros microrganismos comuns os meios são iguais, mas o material para a *Chlamydia* tem que ser separado, porque não há possibilidade de encontrar muitas *Chlamydia*s num pus intenso.

Prof. João Schiavini - Esse é um problema que encontramos com muita freqüência no consultório, quando solicitamos que o material seja examinado e o mesmo vai para o laboratório, ou o paciente vai ao laboratório e o material é colhido inadequadamente. A *Chlamydia* é um microrganismo intracelular e só vai ser encontrada no raspado uretral ou endocervical. É muito comum que, no laboratório, a pessoa que colhe material - que na maioria das vezes não é um microbiologista, mas um assistente - apenas recolha a secreção ou peça ao paciente que colha o primeiro jato de urina. Isso é algo que infelizmente se disseminou e vão procurar todos os agentes etiológicos das uretrites no primeiro jato de urina - o que, sabemos, não está certo. Acabamos tendo resultados errados, tanto no ambulatório quanto no consultório de Urologia, porque os laboratórios não dão essa orientação aos funcionários que colhem material.

Prof. Gutemberg Leão - Só quero fazer uma colocação. Nós, que lidamos com essas doenças, temos que pensar em algumas coisas. Apesar de estar diante de eminentes microbiologistas, penso que a clínica é fundamental. Sem uma boa correlação clínico-laboratorial, não existe diagnóstico correto possível. Penso que o aspecto clínico da doença - seja ela uma úlcera, uma vegetação ou uma secreção - é fundamental, e o clínico tem obrigação de conhecer. Nesse aspecto, acho que uma coisa é a desinformação médica ou a falta de conhecimento médico no que diz respeito à coleta de material - onde e como vai colher; se o material a ser colhido é secreção, célula ou raspado. A outra é sobre o transporte desse material (como é feito, em que meio é feito) e temos ainda a interpretação do resultado que vem do laboratório.

Costumo dizer que nunca devemos exigir de um método diagnóstico, mas do que ele pode nos dar. Isso acontece muito em Medicina, com a ultra-sonografia, por exemplo. Isso foi muito comum no início; pedia-se muito do método e ele não conseguia dar respostas. Hoje temos a exata dimensão de como funciona o ultra-

som e o que o clínico pode esperar dele.

Só para ilustrar a desinformação médica: é comum vermos colegas colhendo secreção vaginal para exame microbiológico. Isto é um erro. O microbiologista vai encontrar bactérias à vontade e o colega vai tratar muitas vezes, sem obter bom resultado.

Outro exemplo diz respeito ao exame do VDRL. Na sua interpretação também costumamos ver clínicos fazendo absurdos. Ou seja, com um resultado de VDRL reator o clínico não atenta para a titulação e trata o paciente uma, 10, 20 vezes. Tínhamos em nosso ambulatório pacientes que tomaram mais de 30 frascos de penicilina para tratar uma sífilis que já estava tratada há muito tempo. Penso, portanto, que a partir da correlação do aspecto clínico e da informação laboratorial, o diagnóstico será correto.

Prof. Raimundo Diogo - Com relação ao VDRL é, simplesmente, uma desinformação imunológica do assunto. E o diagnóstico clínico é muito importante para nós no laboratório. Se o material vai sem histórico clínico para o laboratório é um problema sério, não sabemos nem por onde começar. Então, pode ser até que a indicação clínica não esteja exatamente de acordo com o que o clínico suspeita, mas é muito importante para se chegar a um diagnóstico laboratorial mais rápido e seguro.

Prof. Nero Araújo - Gostaria de lhe fazer uma pergunta, devido à reconhecida experiência que o senhor tem com a *Chlamydia*. Recebi, na semana passada, dois trabalhos de maio de 93, em que o mesmo pesquisador fazia diagnóstico de *Chlamydia* com PCR no sêmen, no conteúdo vaginal, na endocérvix e na uretra, em mulheres com salpingite assintomática não-diagnosticada e em parceiro masculino de casais inférteis, previamente diagnosticado com infertilidade. O método de PCR mostrou-se, comparativamente à cultura, com uma facilidade muito maior. Qual a possibilidade de colocar o teste PCR na rotina?

Prof. Raimundo Diogo - O PCR é um avanço muito grande, mas em compensação não há laboratório clínico, pelo menos no Brasil, que suporte isto, porque precisamos de um aparelho muito caro e os agentes são dispendiosos. Mas seria o ideal não só para os exames de *Chlamydia*s, mas também para os tests de todos os outros microrganismos. Inclusive nós, com esta metodologia para as *Chlamydia*s, iríamos encontrar uma série de tipos de *Chlamydia*s diferentes dos conhecidos atualmente. Fizemos aqui um trabalho, testando um produto, com fluorescência, usando material só do sexo masculino. Paralelamente, realizamos a cultura e em muitos casos em que não detectamos *Chlamydia* na fluorescência, o fizemos na cultura. Alguma coisa está errada. Fui verificar aquelas *Chlamydia*s isoladas na cultura e elas não tinham um antígeno que correspondesse ao pool de soros da Syvat. A fluorescência não dava positiva, mas a cultura era positiva.

Por isso a fluorescência por monoclonal é muito boa, mas a cultura é melhor, porque detecta aqueles tipos que por acaso se encontram aqui no Brasil. No Rio de Janeiro encontrei seis tipos que não correspondem àqueles tipos soros monoclonais do kit da Syvat. O PCR talvez mais tarde tenha seu processo barateado.

Será a nossa saída, não teremos outra alternativa com os avanços biotecnológicos. Temos uma série de doenças, como a hepatite C, em que se sabe que o indivíduo tem hepatite C, sabe-se tudo sobre a clínica do paciente, mas não se conhece o vírus. Com o emprego do PCR, embora não se isole o vírus, hoje já temos o kit preparado com antígeno clonado do agente.

Passo a palavra ao Prof. Gutemberg, para falar sobre Ginecologia e DSTs.

Prof. Gutemberg Leão - O impacto que essas doenças ditas sexualmente transmissíveis, têm na área da Ginecologia é muito grande - não só o impacto orgânico, como também psicológico. As ulcerações, as secreções, as vegetações ou os tumores que essas doenças podem determinar na área genital causam nas pacientes um temor talvez maior que a importância clínica dessas doenças. O medo de ter a genitália deformada por uma vegetação, de transmitir a doença ao parceiro e o medo de se tornar estéril produzem um prejuízo psicológico talvez maior do que o trauma orgânico.

É bem verdade que o impacto orgânico é considerável quando realmente ocorrem lesões deformantes, não só da própria doença como de sua terapêutica - seja cirúrgica, pela cirurgia ablativa, ou pela eletro-cauterização -, como também na chamada doença inflamatória pélvica, que determina lesões tubárias, algumas vezes irreversíveis - total ou parcialmente -, determinantes de situações como prenhez ectópica ou esterilidade.

Penso que o impacto destas doenças em Ginecologia é muito grande, e o médico muito pode ajudar, não só do ponto de vista clínico - diagnosticando e tratando - como também do ponto de vista psicológico. O relacionamento do casal sofre também um impacto muito grande, na medida em que uma doença que se transmite sexualmente denuncia que houve, ou pode ter havido, uma ligação amorosa de uma das partes, e o relacionamento - não muito raramente - se desfaz.

Do ponto de vista da incidência destas doenças em Ginecologia, em nossa experiência no ambulatório de DSTs - que ajudamos a fundar e continua a funcionar no Instituto de Ginecologia da UFRJ desde 1983 - sem dúvida alguma a doença mais incidente é a infecção causada pelo HPV. Tive oportunidade de comprovar esses dados numa tese de mestrado, provando que a incidência num período de seis anos (de 1983 a 1989) aumentou do primeiro para o último período em mais de 100%.

Os dados da literatura mundial mostram que essa incidência, na realidade, é de seis a sete vezes mais. Temos que tomar cuidado, porque estes dados levam em consideração estatísticas citológicas, histopatológicas e de hibridização molecular. E aí entram as chamadas doenças subclínicas e, mesmo, as infecções latentes. Em cerca de 60% dos casos registrados em nosso ambulatório eram infecções induzidas por HPV. Isto nos causa realmente

um certo temor pela incidência aumentada, pela transmissão para o parceiro e principalmente pela relação que essa doença tem com o câncer, por ser um vírus de acometimento epitelial, que se integra ou não ao genoma celular e modifica esse genoma e a síntese de proteína. Há inúmeros relatos na literatura de conversão maligna nas áreas genital, oral e na epiderme.

Em segundo lugar talvez venha a sífilis, com uma incidência muito baixa, e depois a gonorréia. Juntando a sífilis, a donovanose, o linfogranuloma etc., surge o problema da chamada úlcera vulvar, que sempre achamos de diagnóstico muito difícil. Muito difícil ou, talvez, muito exaustivo, porque diante de uma úlcera vulvar não só o tirocínio clínico, mas também as coletas realizadas, levarão ao diagnóstico. As vezes a úlcera vulvar fica, em nosso ambulatório, durante algum tempo sem resposta diagnóstica concreta.

O diagnóstico do HPV não é problemático na região vulvar; mesmo na região cervical, quando lançamos mão da citologia, da colposcopia e da microscopia, o diagnóstico é muito fácil. O principal problema é a terapêutica, que é múltipla - e, sendo múltipla, nenhuma delas é totalmente eficaz.

No que diz respeito à úlcera vulvar, utilizamos um roteiro mínimo, que tem ajudado bastante. Diante de uma úlcera vulvar inicialmente colhemos uma lâmina da lesão como ela se apresenta - com secreção, sujeira, seja como for - e esse material é enviado para corar pelo Giemsa e pelo Gram. Depois fazemos lavagem da úlcera com soro fisiológico e colhemos material de seu fundo para corar pelo Papanicolaou e fazer campo escuro ou impregnação pela prata (Fontana-Tribondeau). Essas colorações citológicas já fecham o diagnóstico de úlcera vulvar. Na dúvida fazemos a biópsia da borda da lesão, basicamente visando o diagnóstico diferencial com câncer vulvar, a sua forma ulcerada. E, dependendo de quanto tempo a paciente tenha a úlcera, solicitamos o VDRL na mesma hora ou a posteriori.

Acho que com isso conseguimos diagnosticar donovanose, câncer mole, sífilis, herpes e afastar ou diagnosticar o câncer de vulva.

Prof. Raimundo Diogo - Deixo aqui meus sinceros agradecimentos ao **Prof. Mauro**. O Instituto de Microbiologia da UFRJ se sente muito honrado por esta mesa-redonda realizada aqui. Também fico muito satisfeito por estar ao lado do **Prof. Gutemberg**, do **Prof. Nero** e do **Prof. Schiavini**.

Infelizmente faltaram outros pontos na discussão sobre as DSTs, como o tratamento, mas suponho que, com esta conversa informal, atingimos nosso objetivo, que é dizer o que fazemos e o que pensamos sobre a importância do tema.

Agradeço a todos e coloco o Instituto à disposição para quem precisar de nossa cooperação.