

ISSN 0103-4065

# 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/CCM/ Universidade Federal Fluminense

Vol. 8 - Nº 2 - Junho - 1996

*Editorial:*

**Importância das  
Patologias Bucais  
relacionadas à AIDS.**

**Hepatite B  
na Síndrome da  
Imunodeficiência  
Adquirida.**

**AIDS - Simpósio  
Internacional no RJ.**

**Traços Afetivos  
e Infecção pelo Vírus da  
Imunodeficiência  
Humana (HIV): um  
estudo diferencial.**

**Linfogranuloma  
Venéreo - 160 Anos de  
Progressos Clínicos e  
Laboratoriais.**



# DST

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm, 8(2): junho, 1996 - 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: Mauro Romero Leal Passos  
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: Gutemberg Leão de Almeida Filho

**Conselho Editorial**

**Editor Chefe**

Mauro Romero Leal Passos

**Co-Editores**

Altamiro Vianna e V. de Carvalho  
Geraldo Duarte ● Gutemberg Leão de Almeida Filho  
Humberto Jones Abrão ● Nero Araújo Barreto  
Paulo da Costa Lopes ● Roberto de Souza Salles  
Rubem de Avellar Goulart Filho

**Comissão Editorial**

Antonio Carlos Pereira Júnior ● Anna Ricordi Bazin ● Carlos Alberto Simões ● Cícero Carlos de Freitas ● Eliane Dinau Leal Passos ● Eva Mila Miranda Sá ● Délcio Nacif Sarruf ● Gesmar Volga Haddad Herdy ● Itávar 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 ● Renê Garrido Neves ● Silvia M<sup>a</sup> Baeta Cavalcanti ● Tegnus Vinicius Depes de Gouvea ● Tomaz Barbosa Isolan ● Vilma Duarte Câmara ● Walter Tavares

**Comissão Editorial Internacional**

Ahmed Latif (Zimbawe)  
Felipe Aroça (Equador)  
François Catalan (França)  
Juan Carlos Fichman (Argentina)  
Lola Bou Camps (Espanha)  
Luiz Olma (Espanha)  
Miguel Roca (Bolívia)  
Raul Vignale (Uruguai)

**Órgão Oficial do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis**

MIP / CMB / CCM  
Universidade Federal Fluminense  
Rua Hernani Mello, 101 - 24210-130 - Niterói - RJ  
Tel.: (021) 719-4433 (Fax) 719-2588  
Tel.: (021)620-8080 Ramal 298  
E. Mail: MIP MAUR @ VM.UFF.BR  
<http://www.uff.br/dst/>

**Reitor da UFF**

Prof. Luiz Pedro Antunes

**Vice-Reitor da UFF**

Prof. Fabiano de Carvalho

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

Prof. Edmundo Antonio Soares

**Pró-Reitor de Planejamento**

Prof. Walter Pinho da Silva Filho

**Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos**

Prof<sup>a</sup>. Maria Helena da Silva Paz Faria

**Pró-Reitor de Extensão**

Prof. Aídy de Carvalho P Reis

**Diretor do CCM**

Prof. Roberto de Souza Salles

**Diretor do Instituto Biomédico**

Prof. Alexandre Sampaio De Martino

**Chefe do MIP**

Prof. Adão Onofre

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

Prof. Mauro Romero Leal Passos

**Diretor do HUAP:**

Dr. Carlos Roberto da Cunha Lage

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. José Carlos Carraro

**Prefeito do Campus Universitário:**

Dr. James Hall

**Monitoras do Setor de DST**

Aparecida Cristina Sampaio Monteiro  
Denise Feijó

**Secretaria do Setor de DST**

Ana Maria Graça da Silva  
Angela Daniel Reis ● Dayse Dacache Felício  
Sandra Leite Santiago ● Délia Machado de Andrade ● Fábio Fialho Simas

**Colaboradores do Setor de DST no JBDST**

Alberto Saraiva Tiburcio ● Alea Maria Carminante Bastos ● Ana Lucia da Silva Dutra ● Anna Carla Fernandes Machado ● Alice Grise Bacellar ● Auri Vieira da Silva Nascimento ● Carla Alves de Carvalho Dionne Peluso de Oliveira Costa ● Eloísa Moreira Camarte ● Elizabeth Alvarez Gomez ● Emerson Carluccio ● Érica Barcela Batista ● Fábio Coelho Barros ● Fátima Brazão da Silva ● Fátima Regina Carvalho da Silva ● Gabriel Carvalho de Alvarenga Josemar Coutinho Lima ● Josiane Fontes Garcia Jurema Mendonça dos Anjos ● Lúcia Maria de Sena Souza ● Márcia Abreu Gondim ● Marcia Abreu Gondim ● Marcia Luzia de Abreu Maia ● Marco Antonio de Oliveira Appolinário ● Maria Carmelita Campos Vieira Monteiro ● Maria de Fátima Carioli Marthia Cecilia Mugnomolina ● Mônica de Almeida Chicrala ● Paula Alexandra Leite Figueiredo ● Paula Silva Fernandes ● Regina Célia P. Figueiredo Regina Dias das Neves ● Regina Lúcia Pimentel Costa ● Rosângela Vincenzo Gugliotta ● Sonia Maria Barbosa Ferreira ● Tânia Mara de Queiroz Rangel Micuci ● Trícia de Melo Assad ● Valéria Chamusca Simões ● Vandira Maria dos Santos Pinheiro ● Vera Regina Bahiense Ferro ● Maria de Fátima Caridy Carlos Alberto Simões ● Haroldo Almeida Souza Égida Tavares Bastos

**Alunos Bolsistas-pesquisadores**

Andrea Vasco dos Santos ● Danieli Dias Gonçalves Flávia Cristina Santos ● Marc Arthur Loureiro Storck Milena Paladini

**ALDEIA**

Revista Médica Setorizada

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

Jornalista Responsável:

Sônia Maria P. Ferreira - MTb 17.624

Tráfego: Francisco J.A. Guimarães

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.

- 4** **Hepatite B na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida**  
*Alberto Saraiva Tibúrcio, Kátia Martins Lopes de Azevedo*
- 15** **AIDS - Simpósio Internacional**  
**Controvérsias e Perspectivas**  
*26 a 29 de novembro de 1995*  
*Rio de Janeiro - Brasil*
- 28** **Traços Afetivos e a Infecção Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): Um Estudo Diferencial.**  
*Affective Traits and the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: A Differential Study.*  
*Alcyone Artioli Machado, Marco Antonio de Castro Figueiredo, Carlos Miguel, Vera Cristina Pezza, Márcio Vandreí Vicentini, Elucir Gir, Geraldo Duarte*
- 34** **Linfogranuloma Venéreo- 160 Anos de Progressos Clínicos e Laboratoriais**  
*René Garrido Neves, Omar Lupi da Rosa Santos*
- 38** **Sugestões para Leitura**
- 40** **Normas para Publicação**  
*Perguntas do Leitor*

## **A Importância das Patologias Bucais Relacionadas às DSTs/AIDS**

As doenças sexualmente transmissíveis são milenares e embora muito avanço se tenha conseguido em relação à etiopatogenia e terapêutica, elas ainda existem e, nos dias atuais, constituem um grande problema de Saúde Pública.

A importância e os reflexos das DSTs, principalmente para seu portador, são claramente conhecidos, com o agravante de serem doenças que podem ser transmitidas por qualquer tipo de relação sexual sem proteção. O impacto da AIDS vem enfatizando a necessidade de se tratar infecções que, como o HIV, são transmitidas por essa via de contaminação.

Algumas DSTs, como a sífilis, a hepatite B e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), podem afetar diferentes partes do corpo, entre elas a cavidade bucal, levando ao aparecimento de manifestações clínicas de lesões que sugerem a infecção, isto porque a presença de uma DST aumenta o risco de infecção ou transmissão do HIV, quando um dos parceiros é sororeagente.

Desde o início da epidemia da AIDS, muitas manifestações bucais têm sido associadas à infecção pelo HIV sendo muitas vezes o primeiro sinal de infecção. Infecções oportunistas como candidíase bucal e leucoplasia pilosa são consideradas marcadores de imunossupressão e prognóstico para progressão da doença, enquanto que algumas neoplasias, como sarcoma de Kaposi e linfoma não-Hodgkin em cavidade bucal, são diagnóstico de AIDS.

Além disso, a frequência e a severidade das manifestações bucais e periorais aumentam à medida que aumenta também o comprometimento imunológico do indivíduo. Isso envolve doenças oportunistas virais, bacterianas e fúngicas, malignidades, lesões auto-imunes e outras ainda não classificadas.

Assim, o reconhecimento e diagnóstico das lesões bucais associados à infecção pelo HIV e às DSTs são importantes componentes para a educação, tratamento e pesquisa na epidemia da AIDS. Além disso, muitas dessas lesões têm implicações no prognóstico e qualidade de vida do paciente.

Rita Bertazzoli

Odontóloga. Diretora do Centro Corsini - Campinas - SP.

## Hepatite B na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Alberto Saraiva Tibúrcio<sup>1</sup>, Kátia Martins Lopes de Azevedo<sup>2</sup>

### RESUMO

Estudo retrospectivo de 73 pacientes portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) internados na Enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Antônio Pedro, Niterói, Brasil, no período de 10 de abril de 1985 a 10 de abril de 1993. Destes 73 pacientes, 52 (71,2%) possuíam evidências sorológicas de infecção pelo vírus da hepatite B. Baseando-se em uma revisão da literatura sobre as interações da SIDA com a hepatite B e com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), foi feita uma análise do comportamento epidemiológico da hepatite B entre os 73 pacientes desta casuística. O autor destaca a importância de se pesquisar a hepatite B e outras DST em pessoas portadoras do VIH ou com SIDA, visando uma estratégia de profilaxia da hepatite B para estes pacientes, seja por uma educação sanitária, seja por imunização ativa e passiva.

Estudo da Hepatite B em portadores da SIDA.

**PALAVRA-CHAVE:** Hepatite B; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

### ABSTRACT

Seventy-three patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), admitted to the infectious and Parasitic Diseases Ward at Hospital Universitário Antônio Pedro in Niterói, from April, 10th 1985 to April, 10th, 1993, were retrospectively studied. Of these 73 patients, 52 (71,2%) had serological evidence of infection with the hepatitis B virus (HBV). After a review of the literature about the possible interactions of AIDS with hepatitis B and other sexuality transmitted diseases (STD), an analysis of the epidemiological profile of all 73 patients en-

rolled in the study was performed. The author highlights the importance of screening HIV carriers or AIDS patients for hepatitis B and other STD, aiming to establish a strategy for the prophylaxis of hepatitis B on these people, either by sanitary education, or by active and passive immunization.

Hepatitis B in AIDS patients study.

**KEY WORDS:** Hepatite B; Acquired Immunodeficiency Virus.

### INTRODUÇÃO

No início da década de 80, foi verificado pelos *Centers for Disease Control* (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA) que estava ocorrendo um aumento da demanda, por parte de vários hospitais daquele país, de uma certa medicação (pentamidina). A pentamidina, utilizada no tratamento de pneumonias por *Pneumocystis carinii*, era disponível na época apenas sob controle daquela instituição (Setúbal et al., 1989, p. 15). Ao ser investigada a causa do aumento de incidência daquele tipo de pneumonia entre pacientes jovens, do sexo masculino, de comportamento homossexual e/ou usuários de drogas injetáveis, chegou-se à conclusão de que se tratava de uma nova doença e que possivelmente, seu agente etiológico seria um vírus (Lapierre, 1991, p. 133). Posteriormente, em fevereiro de 1983, conseguiu-se identificar o vírus da então denominada Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), o HIV (do inglês, Human Immunodeficiency Virus) ou VIH (do português, Vírus da Imunodeficiência Humana).

O VIH pertence à família *Retroviridae*, subfamília *Lentiviridae*, cuja principal característica é o longo período de incubação até o aparecimento da doença. São conhecidas duas variedades do VIH, ambas podendo causar SIDA: tipo I, mais en-

<sup>1</sup> Especialista em Doenças Sexualmente Transmissíveis; Mestrando em DIP-UFF.

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Medicina Clínica - UFF.

Endereço Para Correspondência:

Mauro Romero Leal Passos

Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis MIP/CMB/CCM - Universidade Federal Fluminense

Rua Hernani de Melo, 101 - Anexo

24.210-130 - Niterói - Rio de Janeiro - Brasil

e. mail: MIPMAUR@VM.UFF.BR. - http://www.uff.br/dst/

contrado nos Estados Unidos da América, Europa, América do Sul e África Central, e o tipo 2, na África Ocidental.

Após a infecção, a replicação viral se efetua basicamente em três etapas: *penetração do VIH na célula, inserção dos genes do VIH no DNA da célula hospedeira, e expressão de novas partículas virais*. O VIH se une a suas células-alvo através da interação das glicoproteínas (gp 120 e gp 41) da superfície de seu envoltório com as proteínas CD4 localizadas nas membranas celulares. O envoltório viral e a membrana celular então se fundem e os componentes internos do vírus (nucleocapsídeo, RNA e diversas outras proteínas, entre as quais a transcriptase reversa) penetram no citoplasma da célula. No citoplasma, e sob ação da transcriptase reversa, o RNA viral é transcrito para DNA, o qual pode se incorporar, ou não, ao genoma localizado no núcleo desta célula. A partir da integração do DNA viral ao genoma da célula, pode ocorrer sua expressão em RNA mensageiro e proteínas virais. Uma vez produzidas, estas proteínas são reunidas e se deslocam rumo à membrana da célula por onde são liberadas para o meio extracelular na forma completa de vírus, os quais podem infectar outras células. O VIH possui propriedades citopáticas e pode produzir alterações no sistema imunológico do ser humano principalmente pela destruição de linfócitos T que expressam receptores CD4 em sua superfície, embora potencialmente possam infectar qualquer célula do organismo que expresse, ou não, este receptor. À medida que a imunodeficiência progride, surgem as infecções oportunistas e as neoplasias (Levy, 1992, *passim*).

Atualmente, a SIDA adquiriu proporções epidêmicas ao nível mundial, comentando também pessoas que não pertenciam aos grupos de risco iniciais, principalmente através da transmissão por via sexual (Moss e Kreiss, 1990, p. 1767). A hepatite B (HVB) é uma infecção viral, causada pelo vírus da hepatite B (VHB), bastante prevalente na população humana, porém a incidência real de pessoas acometidas a cada ano não é conhecida com precisão (Tibúrcio & Passos, 1994, p. 24). A via sexual pode contribuir aproximadamente com até um terço dos casos de HVB aguda, sendo a maioria dos casos restantes devido à transmissão parenteral, perinatal, ou como resultado de contatos familiares durante a infância (particularmente entre mãe e filho).

Como se sabe, tanto o HIV como o VHB compartilham das mesmas vias de transmissão, quais sejam a sexual e a parenteral: compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis e transfusão de sangue e seus derivados (Horvath & Raffani, 1994, p. 339).

O autor desta monografia, médico com formação em Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), ficou motivado na escolha deste assunto após verificar, durante um levantamento prévio dos prontuários no arquivo do Hospital Universitário Antônio Pedro, a grande prevalência da infecção pela hepatite B em pacientes portadores de SIDA.

O propósito deste trabalho foi contribuir no estudo da hepatite B entre pacientes portadores de SIDA

- para verificar o comportamento epidemiológico da hepatite B entre pacientes portadores de SIDA;

- saber se o relato de uma história prévia de hepatite por parte dos pacientes influenciou na solicitação da sorologia para hepatite B para os mesmos;

- saber se existe uma correlação entre a presença de hepatite B e outras DST entre os pacientes desta casuística;

- reunir elementos epidemiológicos subsidiários visando a elaboração futura de uma rotina para a pesquisa da hepatite B entre pacientes portadores de SIDA.

### HEPATITE B

O VHB é um DNA-vírus, da família Hepadnaviridae, com tropismo para as células hepáticas, longo período de incubação (28 a 160 dias), podendo causar infecções agudas e crônicas (Coelho, 1994, p. 263). O VHB é estável ao éter, à luz ultravioleta, ao calor de 600°C durante quatro horas e, no plasma armazenado à temperatura de 31,60°C, por até seis meses. É *inativado* quando exposto a 1002°C por 20 minutos, em autoclave por 30 minutos ou ao calor seco (1600°C) por 60 minutos. (Lyra, 1993, p. 1258).

O VHB possui basicamente três tipos de morfologia à microscopia eletrônica, porém somente a partícula de Dane representa o complexo viral completo, contendo um envoltório (ou envelope) externo e o nucleocapsídeo. No envoltório externo localiza-se o antígeno HBsAg, enquanto o nucleocapsídeo contém o HBcAg, antígeno central ou "core" (Tibúrcio & Passos, *op. cit.*, p. 24).

O advento da sorologia para hepatite B permitiu verificar que portadores de antigenemia crônica (presença do HBsAg no sangue por mais de seis meses) podem servir como reservatórios para o VHB e que diversos fluidos orgânicos tais como sêmen, saliva, urina e mesmo as fezes podem conter partículas infectantes (Mintz & Drew, 1983, p. 1159).

O dano hepático que se segue à infecção pelo VHB é devido à resposta imune do tipo celular desencadeada pelo hospedeiro. Linfócitos T citotóxicos, dirigidos contra o VHB, são os responsáveis pela destruição dos hepatócitos. Deste modo, a infecção pelo VHB em pacientes com reduzida imunidade celular tende a ser assintomática e de caráter crônico.

A produção de HBsAg durante a infecção pelo VHB, com síntese *simultânea* de anti-HBs por parte do hospedeiro, pode resultar em doença por imunocomplexos, caracterizada por febre, exantema, artralgias, artrite e, raramente, glomerulonefrite (Mills, 1991, p. 652).

## SIGNIFICADO DOS MARCADORES VIRAIS DA HEPATITE B

Os antígenos virais da hepatite B e seus respectivos anticorpos são:

**HBsAg** => antígeno identificado na superfície do VHB. É encontrado no sangue em altas concentrações, podendo também ser encontrado em outros líquidos orgânicos (Lyra, *op. cit.*, p. 1259). Aparece no soro durante a doença aguda entre duas e 12 semanas antes das manifestações clínicas e laboratoriais da hepatite, desaparecendo por volta do sexto mês de exposição (Tibúrcio & Passos, *op. cit.*, p. 25). Por imunofluorescência, pode ser detectado nos hepatócitos, nos rins, nos vasos sanguíneos e nos linfócitos circulantes (Lyra, *op. cit.*, 1259).

Em alguns pacientes, após uma infecção primária pelo VHB autolimitada, este antígeno não é detectado no sangue e os pacientes geralmente cursam de forma assintomática com discreta elevação dos níveis séricos das transaminases (Robinson, 1990, p. 1210 e 1219).

O HBsAg apresenta heterogeneidade antigênica com quatro subtipos (adw, ayw, adr, ayr), sendo o determinante "a" comum a todos os subtipos. Por isso, vacinas preparadas a partir de um subtipo do HBsAg conferem imunidade aos demais subtipos (Lyra, *op. cit.*, p. 1259).

**anti-HBs** => é o marcador que aparece durante o período de convalescência (período pós-ictérico) de um episódio agudo de hepatite B, em média um a dois meses após a normalização das transaminases, e persiste por vários anos. Uma minoria dos pacientes com hepatite B aguda não apresenta anti-HBs detectável no soro (Ibid., p. 1259).

Embora a presença deste anticorpo confira imunidade ao VHB, pois é do tipo neutralizante, raros pacientes com anti-HBs podem apresentar uma segunda infecção pelo VHB (Ibid., p. 1260).

A presença deste anticorpo em baixos níveis em pacientes sem história de vacinação sugere infecção em passado remoto, tendo os níveis de anti-HBc caído abaixo dos limites de detecção pela sorologia. Quando detectado no soro em altos níveis, na ausência de outros marcadores, sugere contato com fluidos contendo apenas o HBsAg ou vacinação (Robinson, *op. cit.*, p. 1220).

**HBeAg** => pode ser encontrado no núcleo do hepatócito durante o processo de replicação viral, seja na hepatite aguda ou crônica e, geralmente, não é encontrado livre no plasma (Lyra, *op. cit.*, p. 1260).

**anti-HBc** => aparece na fase sintomática da hepatite, podendo ser dosado nas frações IgM e IgG. Ao contrário do anti-HBs, este anticorpo não é do tipo neutralizante, não conferindo cura da infecção. Somente a fração IgM indica infecção aguda, pois a fração IgG pode permanecer em títulos baixos por vários anos,

ao lado do anti-HBs, ou nos casos de persistência crônica do HBsAg (1p. 1260).

**HBeAg** => corresponde a uma pequena fração do peptídeo do HBeAg porém, ao contrário deste, pode ser detectado no soro, correlacionando-se com a replicação viral e com a infectividade do doente. Detectado precocemente no curso da hepatite B (p. 1260).

**anti-HBe** => sua presença indica diminuição da replicação viral. Em cerca de 10 a 18% dos pacientes poderá ocorrer um intervalo de até quatro semanas entre o desaparecimento do HBeAg e o aparecimento do anti-HBe (1p. 1260).

**DNA-POLIMERASE** => detectada no soro durante a fase pré-ictérica e, às vezes, em infecções crônicas. Já foram identificados anticorpos para esta enzima durante a fase de convalescência (p. 1260). Sua presença, tal como a do HBeAg, indica período de incubação tardio da hepatite B (Robinson, *op. cit.*, p. 1220).

**DNA VIRAL** => pode ser detectado, através da técnica de hibridização molecular, em amostras de sangue ou tecido hepático, mesmo nas ausências de HBsAg, HBeAg ou anti-HBe. Atualmente, empregando-se a técnica de amplificação pela reação em cadeia de polimerase (PCR), a sensibilidade da hibridização pode ser aumentada em até 10.000 vezes. Quando for disponível comercialmente, a detecção de DNA viral no soro pode vir a substituir o sistema HBeAg / anti-HBe como indicador de replicação viral e infectividade (Lyra, *op. cit.*, p. 1261).

Vide no Quadro I as apresentações dos marcadores sorológicos de acordo com o estágio da infecção pela hepatite B, e na Figura 1, a resposta temporal dos antígenos e anticorpos durante as várias fases da infecção pelo VHB.

Este quadro não inclui as variações, pois os marcadores podem aparecer e desaparecer individualmente no curso da infecção pelo VHB (Robinson, *op. cit.*, 1219)

## HEPATITE B COMO DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST)

A importância da via sexual como meio de contágio da hepatite B é ressaltada em trabalhos de diversos autores (Alter, 1990, Alter & Margolis, Blumberg, 1990).

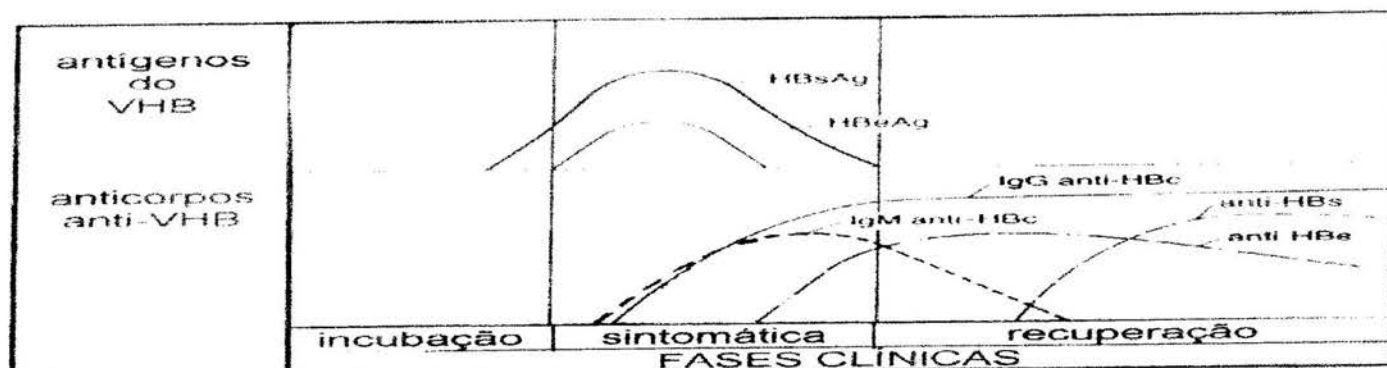
Estudos epidemiológicos realizados em clínicas de DST mostram que a prevalência de infecção pelo VHB entre os homens de comprometimento homossexual pode chegar a ser 10 a 15 vezes maior que entre os pacientes heterossexuais, o que poderia ser explicado pelo maior número de parceiros sexuais (Alter e Margolis, *op. cit.*, p. 1648). Outros fatores de risco contribuintes para a infecção pelo VHB entre os homens de comportamento homossexual seriam os vários episódios de DST, a promiscuidade sexual e o coito anal (p. 1648).

Um dado epidemiológico interessante é que indivíduos do sexo masculino são mais susceptíveis de se tornarem portadores crônicos, não desenvolvendo anticorpos anti-HBs, e permane-

QUADRO I - Marcadores sorológicos em diferentes estágios da hepatite B

ESTÁGIO DA INFECÇÃO	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc		HBeAg	anti-HBe
			IgM	IgG		
Período tardio de incubação	+	-	-	-	+/-	-
Hepatite B aguda	+	-	+	+	+	-
Hepatite B aguda HBsAg neg	-	-	+	+	-	-
Portador são do HBsAg	+	-	+ +	+++	-	+
Hepatite B crônica	+	-	+ +	+++	+	-
Infeção em passado recente	-	++	+ -	++	-	+
Infeção em passado remoto	-	+/-	-	+/-	-	-
Vacinação recente	-	++	-	-	-	-
Susceptível	-	-	-	-	-	-

Adaptado de Robinson, WS. Hepatitis B Virus and Hepatitis Delta Virus, p. 1219.



Adaptado de Mills, J. Viral Infections, p. 653.

Fig. 1 - Resposta temporal dos antígenos e anticorpos durante as várias fases da infecção pelo VHB.

Adaptado de Mills, J. Viral Infections, p. 653.

cendo neste estado de portador por um período de tempo mais prolongado que pessoas do sexo feminino (Blumberg, *op. cit.*, p. 4).

PROFILAXIA DA HEPATITE B

A profilaxia da hepatite B inclui: medidas gerais, imunizações passiva e ativa.

Entre as medidas gerais temos: *higiene corporal*, principalmente a lavagem das mãos, *esterilização* de materiais em água fervente, pelo uso do aparelho de autoclave ou uso de calor seco, *desinfecção* com hipoclorito de sódio a 0,5 a 1,0% por 30 minutos ou solução de formalina a 40% po 12 horas, *controle higiênico dos excrementos*, uso de *sangue de doadores não-remunerados* (Lyra, *op. cit.*, p. 1275) e o uso de preservativos (condons) nas relações sexuais (Mintz e Drew, *op. cit.*, p. 1159).

A globulina imune da hepatite B (HBIG), usada desde 1977 para a imunização passiva, contém títulos de anti-HBs 100 a 1.000 vezes maiores que a gamaglobulina convencional, estando indicada na profilaxia pós-exposição ao VHB, com eficácia em torno de 70% (Ibid., p. 1275). A HBIG, usada na dose de

0,06 ml/kg via intramuscular, deve ser aplicada de preferência nas primeiras 24 horas após a exposição, com dose de reforço após 30 dias (Ibid., p. 1275) porém um regime combinado de HBIG e primeira dose de vacina pode ser administrado até duas semanas após a exposição (Coelho, *op. cit.*, p. 269). Dificilmente é encontrada no Brasil e seu custo é elevado.

A gamaglobulina convencional tem efeito mínimo ou mesmo ineficaz na hepatite B (Lyra, *op. cit.*, p. 1275).

Na imunização ativa utilizam-se vacinas produzidas a partir de plasma humano de portadores de HBsAg ou pela técnica de DNA recombinante. Três doses de 1 ml (reforços aos 30 e 180 dias após a primeira dose) conferem eficácia em 95% dos indivíduos imunocompetentes. Os títulos de anti-HBs mantêm sua atividade protetora por cinco anos, época em que deve ser aplicado novo reforço. Tem indicação nas profilaxias pré e pós-exposição, sendo que nos casos pós-exposição sua administração deve ser combinada com a imunização passiva (Ibid., p. 269).

A vacinação para a hepatite B está indicada para pessoas portadoras do VIH ainda não-expostas ao VHB, pois, havendo



exposição, estas pessoas têm um risco três vezes maior de se tomarem portadoras crônicas do VHB, se comparadas com pessoas não infectadas pelo VIH (Hecht, 1992, p. 14 - 15).

#### **SIDA E AS DIVERSAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Ao se analisar a interação da SIDA com as diversas DST faz-se mister considerar os seguintes aspectos: efeito das DST sobre a transmissão do VIH; impacto da SIDA sobre a epidemiologia, história natural e resposta à terapêutica das DST; e, por fim, as estratégias de controle das DST e da SIDA.

Um estudo conduzido numa clínica para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis em Baltimore, EUA, através de testagem anônima, encontrou uma prevalência de 5,2% de soropositividade para o VIH entre mais de 4.000 pessoas que procuravam aconselhamento e testagem voluntária. Neste estudo, a distribuição das pessoas infectadas pelo HIV, de acordo com faixa etária e sexo, foi parecida com a distribuição para outras doenças sexualmente transmissíveis. Outra conclusão deste estudo foi a de que existe uma forte correlação entre soropositividade para sífilis e/ou presença de uma úlcera genital com a soropositividade para o VIH (Quinn et al., 1988, p. 200 e 201).

A presença de uma úlcera genital causada pelo *Haemophilus ducreyi* (cancro mole), *Treponema pallidum* (cancro duro) ou de etiologia herpética, pode facilitar a transmissão do VIH. Estas ulcerações se apresentam com uma marcante infiltração linfocítica local e os linfócitos são as células-alvo para o VIH (Moss e Kreiss, *op. cit.*, p. 1771). No entanto, a associação da infecção pelo VIH com infecções por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* ou papilomavírus humano (HPV, do inglês Human Papillomavirus) precisa ser melhor estudada, pois ainda não existem evidências convincentes de tais associações (Ibid., p. 1773 e 1774).

No Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, entre 35 pacientes com SIDA acompanhados ambulatorialmente no período de 15 de abril de 1992 até 14 de outubro de 1993, as DST mais prevalentes foram a condilomatose genital (41,7% de 24 episódios de DST), a sífilis (20,8%), o herpes genital (12,5%) e a tricomoníase (8,3%). Neste estudo, entre todos os pacientes atendidos no Setor no mesmo período de tempo, foi encontrada uma taxa de soropositividade ao VIH de 6,1%, muito semelhante àquela referida no estudo realizado em Baltimore (Tibúrcio et al., p. 26 e 27).

O espectro de acometimento pelo HPV é amplo, incluindo infecções latentes, infecções subclínicas, lesões sintomáticas mínimas e as verrugas genitais. A presença de verrugas pode representar apenas um décimo do total de infecções genitais

pelo HPV, constituindo-se, deste modo, num indicador indireto da real incidência de infecções do trato genital por este vírus (Brown & Fife, 1990, p. 1574).

Em decorrência de campanhas educativas na área de saúde, nos Estados Unidos, ocorreu uma redução na incidência de infecção pelo VIH entre os homens de comportamento *homossexual*: a participação deste grupo entre os doentes de SIDA caiu de 63% (antes de 1985) para 56% (em 1989) segundo os CDC norte-americano. Além disso, o número de casos de proctite gonocócica entre os homens homossexuais, que era de 4.675 em 1978, caiu para 169 casos em 1988 (Moss e Kreiss, *op. cit.*, p. 1767 e 1768).

Por outro lado, a percentagem de pessoas com comportamento exclusivamente *heterossexual*, na incidência anual de SIDA dos Estados Unidos, aumentou de 0,9 para 4,0%, no período de 1983 a 1988. Possivelmente o consumo de drogas endovenosas e as mulheres, inicialmente, tenham sido os responsáveis pela introdução do VIH neste grupo populacional. Ainda entre a população *heterossexual*, houve um aumento de casos de sífilis e cancro mole - a sífilis, pelo consumo disseminado de cocaína, e o *cancro mole*, devido ao contato sexual com prostitutas (Ibid., p. 1769). A presença de doenças ulcerativas genitais, como foi comentado anteriormente, aumenta a possibilidade de infecção pelo VIH.

A infecção pelo VIH tem modificado a resposta do *H. ducreyi* e vírus herpes aos antimicrobianos. No caso da sífilis, pode ocorrer uma rápida progressão do estágio primário para o comprometimento neurológico e quanto ao HPV, a resposta aos tratamentos convencionais tem-se mostrado mais lenta (I p. 1775 a 1777).

Potsch (I 993 *passim*), em sua tese de mestrado, resalta os seguintes aspectos da sífilis em pessoas infectadas pelo VIH: os resultados das reações sorológicas podem ser modificados, bem como a resposta sorológica ao tratamento é mais lenta; a pesquisa de anticorpos no líquido cefalorraquidiano (LCR) não fornece bons resultados (o VDRL tem sensibilidade de 40 a 60%, e o FTA-abs tem mais valor quando negativo, afastando neurosífilis) - a concomitância de infecções pelo *T. pallidum* e o VIH, *per se*, pode constituir-se numa indicação de punção lombar.

#### **HEPATITE B E A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**

Ao estudarem 207 pacientes com SIDA atendidos em um hospital de Ribeirão Preto (SP), Gir et al. (1994, p. 96) encontraram 88 pacientes com 132 episódios prévios de DST; a hepatite B foi a mais prevalente (33,3% dos 132 episódios), superando, inclusive, a sífilis (30,3% dos 132 episódios). Nesta ca-

suística, no entanto, as mais importantes categorias de exposição dos indivíduos ao VIH foram, em termos de frequência, a sanguínea (44,9%), seguida pela sexual e sanguínea (17,9%), e indeterminada (15,19%) (Ibid., p. 98).

O papel da infecção pelo vírus da hepatite B nos pacientes portadores de SIDA tem merecido discussão em diversos estudos (Ravenholt, 1983, Rustgi et al., 1984, Glasgow et al., 1985, Lebovics et al., 1985, Schneiderman et al., 1987, e Horvath e Raffanti, 1994). O enfoque destes trabalhos tem variado desde a implicação do VHB na patogenia da SIDA até a importância da hepatite B como causa de hepatopatia na SIDA.

Ravenholt sugeria ser o VHB a causa da maioria dos casos de SIDA, baseando-se na similitude dos padrões epidemiológicos de ambos, e no achado de anticorpos para o VHB em uma elevada proporção de pacientes com SIDA existentes até 27 de janeiro de 1983; o restante dos casos seria causado por outros vírus (vírus Epstein-Barr, citomegalovírus, vírus da leucemia humana de células T) (*op. cit.*, p. 885 e 886).

Segundo Rustgi et al. (*op. cit.*, p. 795), o VHB poderia ter um papel contributivo no desenvolvimento da síndrome, ao lado do então denominado HTLV III (Human T-cell Lymphoma Vírus, posteriormente VIH). Estes autores também comentam a ausência de hepatopatia em três pacientes de SIDA portadores do HBsAg, ressaltando a importância do sistema imune intacto na patogênese da hepatite B crônica (Ibid., p. 796).

Horvath & Raffanti (*op. cit.*, p. 339) citam que o VHB pode ter efeito indireto na replicação do VIH por intermédio de citocinas tais como o Fator de Necrose Tumoral (TNF $\alpha$ ), o qual se encontra elevado na hepatite B crônica, e o Fator Nuclear (NF-KB) produzido por linfócitos B. Produtos da infecção pelo VHB podem aumentar a transcrição do VIH, ao ativar células infectadas de forma latente por este vírus (Levy, *op. cit.*, p. 8).

Por outro lado, a hepatite B parece ter seu curso modificado por infecção prévia pelo VIH, resultando em dano hepático menos grave, maior taxa de portadores crônicos e uma maior replicação viral do VHB. Reativações sintomáticas de hepatite B podem ocorrer em pacientes portadores prévios de anti-HBs pois os títulos deste anticorpo podem diminuir no evoluir da SIDA (Horvath & Raffanti, *op. cit.*, 340).

Glasgow et al. (1985), Lebovics et al. (1985) e Schneiderman et al. (1987), baseados em achados anátomo-patológicos (biópsia percutânea ou necropsia), mostram a importância destes procedimentos diagnósticos para avaliação das alterações hepáticas na SIDA. Hepatomegalia, febre e elevação nos níveis séricos das enzimas hepáticas (aminotransferases e fosfatase alcalina) foram os sinais mais sugestivos de comprometimento hepático, indicadores da necessidade de uma biópsia deste ór-

gão. A hepatite B crônica, comprovada pela histologia, foi pouco frequente nestas três casuísticas (4,0 a 5,9%) e a porcentagem de pacientes portadores de HBsAg foi de 9,7 a 19,2%.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo baseado em prontuários de 215 pacientes portadores da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, cuja primeira internação no Serviço de DIP - HUAP se deu no período de 10 de abril de 1985 até 10 de abril de 1993. Foram selecionados 73 pacientes com sorologia completa, ou seja, todos os cinco marcadores virais para hepatite B (HBsAg I HBeAg I anti-HBe I anti-HBe I anti-Hbs), exame este realizado pelo laboratório de imunologia do HUAP.

Os dados obtidos foram analisados utilizando-se o teste não-paramétrico de  $\chi^2$  (qui-quadrado), adotando-se o nível de significância de 5% de probabilidade ( $p < 0,05$ ). As sorologias e os respectivos métodos de realização das mesmas são descritos abaixo:

a) hepatite B-HBsAg I anti-HBs (ELISA-Roche), anti-HBcI anti-HBe I HBeAg (Elisa - Abbott).

b) anti-HIV (somente para VIH-1)-ELISA-Abbott

c) VDRL - Reação de Flocculação - Biolab Diagnóstica S.A.; na pesquisa de anticorpos no LCR, deve-se diluir o reagente que contém o antígeno para 1:12.

d) FTA-abs -Imunofluorescência - Biolab Diagnóstica S.A. - utiliza-se um reagente específico (imunopallidum) e conjugados não-específicos fluorescentes (globulinas anti-IgM e anti-IgG humanas marcadas com fluoresceína).

O protocolo utilizado para coleta dos dados encontra-se no apêndice 10.9 deste trabalho e contém informações referentes a:

a) identificação do paciente (sexo, idade, data de internação e número do prontuário);

b) fator I comportamento de risco para aquisição do VIH;

c) aspectos relacionados às outras DST, sendo que foram consideradas as informações provenientes da história patológica pregressa, os achados do exame físico e os resultados dos exames laboratoriais (VDRL, FTA-abs, e marcadores virais de hepatite B)

d) causa-mortis do paciente que tenha falecido no HUAP.

As informações referentes às DST, prestadas pelos pacientes, foram tiradas da história patológica pregressa. Quanto ao exame físico, considerou-se a descrição de lesões nas regiões anal e genital e o diagnóstico clínico das mesmas. As sorologias para sífilis foram realizadas a partir de amostras do sangue e/ou do LCR dos pacientes e a sorologia para hepatite B, a partir do sangue.

Deve-se observar que nem todas estas informações puderam ser registradas nos prontuários, ou porque o paciente não se encontrava em condições de responder às perguntas, ou porque não houve tempo hábil para a realização de um exame físico mais detalhado e para a coleta de material para os exames laboratoriais, ou ainda, porque não houve uma pesquisa sistemática destes dados.

**RESULTADOS**

Dos 73 pacientes que realizaram a sorologia para a hepatite B, 21 (28,8%) não apresentavam nenhum marcador de hepatite B no soro, ou seja, eram susceptíveis à infecção pelo VHB; vinte e um pacientes (28,8%) apresentavam infecção pelo VHB em passado recente - 20 (27,4%) com anti-HBs I anti-HBc I anti-HBe e um (14%) com anti-HBc I anti-HBe; dezesseis pacientes (21,9%) haviam tido a infecção pelo VHB em passado remoto - 13 (17,8%) com anti-HBs I anti-HBc e três (4,1%) com anti-HBs-nove pacientes (12,3%) apresentavam hepatite B aguda HBsAg negativo - três pacientes (4,1%) eram portadores são de HBsAg; dois pacientes (2,7%) se encontravam no período tardio de incubação; e o último (14%) se encontrava com hepatite B, aguda ou crônica (vide Tabela 1 / Gráfico 1).

A distribuição de acordo com a faixa etária dos pacientes é mostrada na Tabela 3. A freqüência da soropositividade para a hepatite B dentro de cada faixa etária foi significativa ao nível de  $p = 0,02$  exceto naquela de 15 a 24 anos de idade.

A distribuição de acordo com o sexo é mostrada na Tabela 4. Houve predominância de soropositivos para hepatite B no sexo masculino.

A comparação entre as freqüências de hepatite B e de outras DST de acordo com a preferência sexual dos pacientes é mostrada na Tabela 5. O comportamento sexual influenciou na probabilidade de aquisição da hepatite B, sendo maior no conjunto dos comportamentos homo/bissexual.

Na Tabela 6 comparamos os resultados da sorologia para hepatite B com a história prévia desta infecção de acordo com o relato dos pacientes.

**TABELA 1 - Sorologia para hepatite B - 73 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

fase de infecção pelo VHB susceptíveis	freqüência
infecção em passado recente	21 (28,8%)
infecção em passado remoto	16 (21,9%)
hepatite B aguda HBsAg - negativo	9 (12,3%)
portador são de HBsAg	3 (4,1%)
período tardio de incubação	2 (2,7%)
hepatite B aguda ou crônica	1 (1,4%)
<b>TOTAL</b>	<b>73 (100,0%)</b>

**TABELA 2 - Sorologia para hepatite B de acordo com o comportamento de risco - 73 pacientes com SIDA serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

comportamentos de risco	soropositivo	soronegativo	total
homossexualismo	20	09	29
homossexualismo + drogas	-	01	01
bissexualismo	08	01	09
bissexualismo + drogas	01	-	01
heterossexualismo	02	04	06
heterossexualismo + drogas	04	-	04
heterossexualismo + hemotransfusão	05	05	10
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>60</b>

OBS.: Treze pacientes cujos comportamentos de risco não foram aferidos (12 soropositivos e 01 soronegativo) não foram incluídos

**TABELA 3 - Distribuição de 73 pacientes com SIDA de acordo com faixa etária e sorologia para hepatite B - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

idade (anos)	soropositivos	soronegativos	total
15-24	01	05	06
25-34	20	07	27
35-44	20	06	26
> 45	11	03	14
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>73</b>

OBS.:  $\chi^2 = 9,60$  ( $p = 0,02$ )

**TABELA 4 - Distribuição de 73 pacientes com SIDA de acordo com sexo e sorologia para hepatite B - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

sexo	soropositivos	soronegativos	total
masculino	47	14	61
feminino	05	07	12
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>21</b>	<b>73</b>

OBS.:  $\chi^2 = 6,13$  ( $p = 0,01$ ).

**TABELA 5 - Comparação entre as freqüências de hepatite B e DST de acordo com o comportamento sexual - 73 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

comportamento sexual	hepatite B	presença de DST		
		sim	não	sem relato
homossexualismo (n = 30)	20	19	01	10
bissexualismo (n = 10)	09	07	01	02
heterossexualismo (n = 20)	11	08	-	12
total (n = 60)	40	34	02	24

OBS.:  $\chi^2 = 3167$  (p = 01/5)

**TABELA 6 - História prévia de hepatite em 73 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

história	soropositivos	soronegativos	total
com hepatite	06	04	10
sem relato	45	17	62
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>	<b>21</b>	<b>72</b>

OBS.: 1 paciente sem hepatite B (soropositivo)

As Tabelas 7 e 8 mostram as freqüências de outras DST apresentadas pelos 73 pacientes, de acordo com a anamnese e o exame físico, respectivamente. Observamos na Tabela 7 que, entre os 27 pacientes que informam sobre a história progressiva de DST, 12 (44,14%) já apresentaram ao menos um episódio, seis (22,2%) tiveram dois episódios, dois (7,4%) tiveram três episódios, três (11,1%) não especificam quantos episódios e quatro (14,8%) negam episódios prévios de DST. O exame físico, por sua vez, mostra que entre os 12 pacientes apresentando DST, 11 (91,7%) só tinham uma, e um deles (8,3%) tinha duas DST (Tabela 8).

As freqüências das diversas DST entre os soropositivos e entre os soronegativos para hepatite B são mostradas na Tabela 9 e no Gráfico 4.

As causas dos óbitos de 36 pacientes com SIDA que faleceram durante a internação na enfermaria de DIP-HUAP durante o período deste estudo são mostradas na Tabela 10 e no Gráfico 5. Entre os 36 pacientes, 27 (75,0%) eram soropositivos para a hepatite B.

Três pacientes desta casuística foram submetidos a biópsia hepática: o primeiro paciente tinha alterações histológicas compatíveis com hepatite crônica ativa e provável evolução para cirrose (Fig. 2); o segundo apresentava leve fibrose e infiltrado inflamatório linfo-histiocitário nos espaços-porta (Fig. 3); e o

terceiro apresentava esteatose acentuada (Fig. 4). As Figuras 2 e 4 são mostradas nos apêndices 10.1 a 10.3, respectivamente.

As tabelas encontram-se seguidamente apresentadas e os gráficos estão em apêndices 10.4 a 10.8.

**TABELA 7 - Freqüências das DST pela anamnese - 73 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

dst	freqüência
sífilis	12
gonorréia	11
herpes genital	05
condiloma acuminado	01
tricomaniase	01
não-especificadas	03
nega dst prévia	04
sem relato	46

OBS.: 2 pacientes com 3 DST / 6 pacientes com 2 DST.

**TABELA 8 - Freqüências das DST pelo exame físico - 73 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

dst	freqüência
herpes genital	09
condiloma acuminado	02
tricomaniase	01
candidíase vaginal	01
nada ao exame físico	61

OBS.: 1 paciente com 2 DST

**TABELA 9 - Distribuição das diversas DST de acordo com a sorologia para hepatite B - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993**

dst	soropositivos (n = 52)	soronegativos (n = 21)	total (n = 73)
sífilis	21	03	24
herpes genital	11	03	14
gonorréia	08	03	11
condilomatose	01	01	02
tricomaniase	02	-	02
candidíase vaginal	-	01	01
<b>Nº total de DST</b>	<b>43</b>	<b>11</b>	<b>54</b>

OBS.:  $\chi^2 = 1,22$  (p = 0,54). Critérios de inclusão de sífilis: história (12 pacientes).

VDRL  $\geq 1/32$  (7 pacientes), FTA-abs (11 pacientes com IgG positivo).

TABELA 10 - Causa-mortis de 36 pacientes com SIDA - serviço de DIP - HUAP - 1985 - 1993

causa-mortis	freqüência
complicações respiratórias	22 (61,2%)
septicemia	07 (19,14%)
complicações neurológicas	03 (8,3%)
complicações cardiovasculares	03 (8,3%)
complicações gastrintestinais	01 (2,8%)
TOTAL	36 (100,0%)

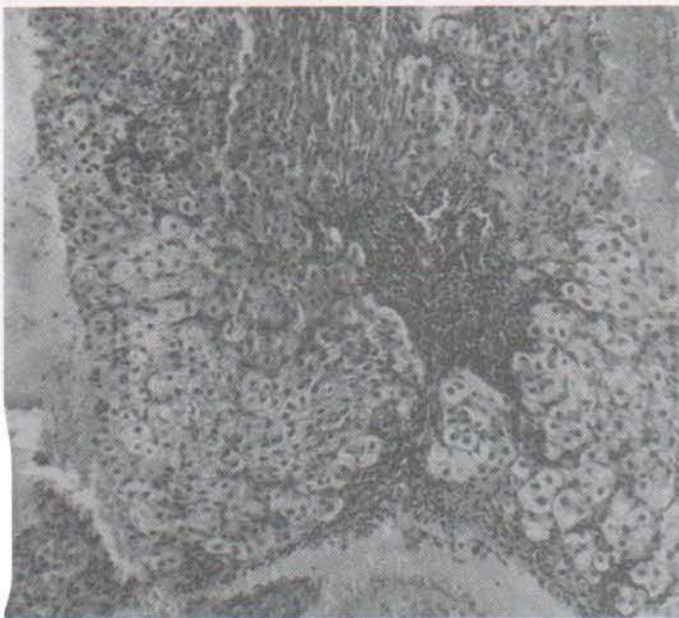


Fig. 2 - Microscopia hepática - hepatócitos balonizados e septos de fibrose perilobular. Hepatite crônica ativa com provável evolução para cirrose. Corado por orceína.

Fonte: Departamento de Patologia - HUAP-UFF.

**DISCUSSÃO**

Dentre os 73 pacientes da presente casuística, 52 (71,2%) acusavam a presença de pelo menos um marcador viral (antígeno ou anticorpo) no soro, indicando infecção recente ou remota pelo VHB. Este valor encontra-se acima dos 46,6% entre 88 pacientes com SIDA da casuística de Ribeirão Preto (Gir et al., p. 96).

Destes 73 pacientes, seis (8,2%) tinham HBsAg e 36 (49,3%) tinham anti-HBs, caracterizando uma amostra populacional com média a alta prevalência de VHB, conforme classificação apresentada por Lyra (op. cit., p. 1261):

prevalência do VHB	portadores de HBsAg	freqüência de anti-HBs
baixa	até 2%	< 10%
média	2 a 7%	20 a 55%
alta	≥ 8%	70 a 95%

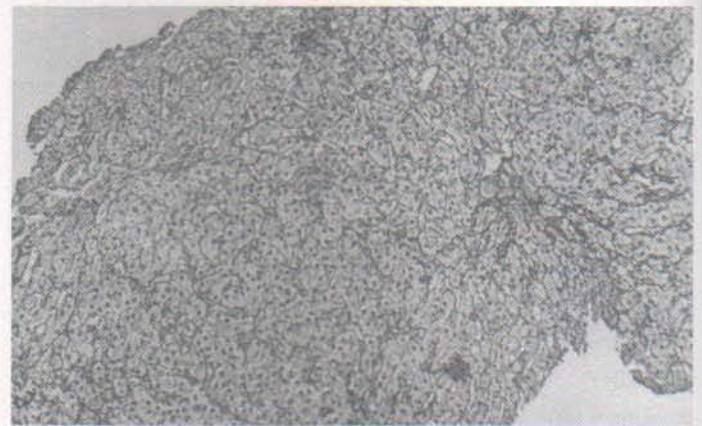


Fig. 3 - Microscopia hepática. Espaços porta com discreta fibrose e infiltrado linfo-histiocitário corado pela reticulina.

Fonte: Departamento de Patologia - HUAP-UFF.

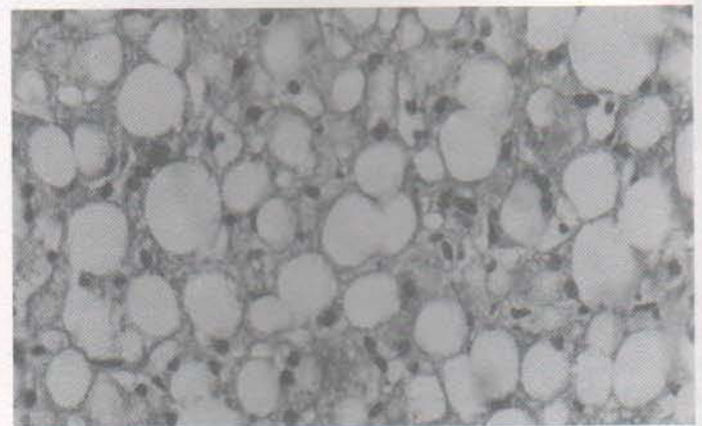


Fig. 4 - Microscopia hepática - Detalhe em maior aumento. Corpúsculos de Councilman. Esteatose acentuada. Corado pelo tricrômico de Gomori.

Fonte: Departamento de Patologia - HUAP-UFF.

Os pacientes portadores HBsAg constituem reservatório que permite a disseminação do VHB na população.

Uma paciente apresentava hepatite crônica ativa com provável evolução para cirrose, confirmado através de biópsia hepática (vide Fig. 2 no apêndice 10.1), apesar de ser portadora de anti-HBs, anti-HBc e anti-HBe. Neste caso, provavelmente, tratava-se de uma hepatite por outra etiologia, a qual não foi determinada. Procurando saber se uma possível história prévia de hepatite poderia ter influenciado na solicitação da sorologia para hepatite B, os pacientes foram divididos de acordo com o resultado da sorologia e o relato de hepatite, como é mostrado na Tabela 6. Nada podemos concluir a partir dos resultados encontrados, pois, em 62 prontuários, não havia menção sobre a presença ou ausência de doença na história patológica regressiva.

No presente estudo, a presença da sífilis, herpes genital e gonorréia se correlacionou mais com a soropositividade para a HVB ( $x^2 = 1,22$  e  $p = 0,54$ ), como mostra a Tabela g e o Gráfico 4. Estas três DST também foram as mais frequentes, depois da HVB, entre os 88 pacientes da casuística de Gir et al. (I p. 96). O Setor de DST da UFF teve na infecção pelo HPV a principal DST (41,7%) entre os pacientes com SIDA (Tibúrcio et al., p. 27).

A presença de verrugas (condilomas) genitais foi verificada, através do exame físico, apenas em dois pacientes (2,7%). Segundo Brown & Fife, estas lesões correspondem a somente 10% do espectro total de infecções do tracto genital pelo HPV (op.cit., p. I 574).

A soropositividade para a HVB se correlacionou mais com o sexo masculino (Tabela 4) e com o comportamento homo/bissexual (Tabela 5 e Gráfico 2), concordando com outros autores que relatam maior prevalência de hepatite B entre os homens de comportamento homossexual do que entre os heterossexuais (Alter & Margolis, p. 1648).

Tentou-se saber se havia uma associação direta entre a hepatite B e a presença de outras DST, em relação ao comportamento sexual (Tabela 5), porém isto não foi possível devido à insuficiência de dados em relação às outras DST. Gir et al. (op. cit., p. 97) verificaram que, em relação à transmissão sexual do VIH isoladamente, 65,9% dos indivíduos apresentavam pelo menos um episódio de DST, ao passo que na transmissão sanguínea do VIH isoladamente, apenas 33,3% apresentavam outras DST ( $X^2$  crítico = 3,84/ $X^2$  calculado = 12,7 e  $p = 0,05$ ).

A distribuição dos soropositivos para a hepatite B de acordo com a faixa etária (Tabela 3) mostra que apenas entre os seis pacientes com 14 a 24 anos de idade não houve predominância dos soropositivos sobre os soronegativos ( $x^2 = 9,60$  e  $p = 0,02$ ). Neste grupo tivemos categorias de exposição ao VIH, exclusivamente a via sexual (83,3%) e exclusivamente a via sanguínea (16,7%).

Apesar da hepatite B apresentar uma elevada prevalência (75,0%) entre os 36 pacientes que vieram a falecer durante sua permanência na enfermaria de DIP HUAP, nenhum deles apresentava causa-mortis diretamente relacionada com distúrbios hepáticos. As complicações respiratórias constituíram a principal causa de óbito (61,2% dos casos), como podemos observar na Tabela 10 e no Gráfico 5.

**CONCLUSÕES**

Pela análise dos resultados, na amostra e período estudados, e do que foi discutido sobre estes resultados, temos:

- uma dimensão da importância de se pesquisar as doenças sexualmente transmissíveis e, principalmente, a hepatite B entre pessoas portadores do VIH ou com SIDA.

- tal como na literatura, a hepatite B, nesta casuística, apresentou diferenças de prevalência quando se considerou os comportamentos sexuais dos pacientes (homo/bissexualismo e o heterossexualismo).

- como na história pregressa de 62 pacientes desta casuística não havia relato sobre hepatite, não foi possível correlacionar os achados das sorologias com a presença ou ausência de hepatite no histórico dos pacientes.

- outras DST (sífilis, herpes genital e gonorréia) se correlacionaram com a soropositividade para a hepatite B, podendo servir de como "marcadores" para a infecção pelo VHB.

- o conhecimento das categorias de exposição (sexual e parenteral) e dos comportamentos de risco nos permite planejar uma estratégia de vacinação para hepatite B e também de educação em saúde para os pacientes portadores do VIH que estejam sob maior risco de adquirir o VHB, evitando-se, deste modo, maior morbidade para estas pessoas.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ALTER, Miriam J. Heterosexual activity: A leading risk factor in the transmission of hepatitis B. In: PIOT, P. & ANDRE, F.E. - *Hepatitis B: A Sexually Transmitted Disease in Heterossexuais*. Amsterdam: Excerpta Médica, 1990. 105 p.
2. ALTER, Miriam J. & MARGOLIS, Harold S. Surgimento da Hepatite B como Doença Sexualmente Transmissível. *Clínicas Médicas da América do Norte*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 1647-1659, nov. 1990.
3. BLUMBERG, Baruch S. Sex-related aspects of hepatitis B infection and its consequences. In: PIOT, P. & ANDRE, F.E. - *Hepatitis B: Sexually Transmitted Disease in Heterossexuais*. Amsterdam: Excerpta Médica, 1990. 105 p.
4. BROWN, Darron R. & FIFEM Keneth H., Infecções do Trato Genital pelo Papilomavírus Humano. *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro, v. 74, nº 6, p. 1571-1602, nov. 1990.
5. COELHO, Henrique Sérgio Moraes. Hepatites por Vírus: In: SCHECHTER, Mauro & MARANGONI, Denise Vantil - *Doenças Infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 500 p.
6. GIR, Elucir et al. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de AIDS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n.2, p. 93-99, abr. 1994.
7. GLASGOW, Ben J. et al. Clinical and Pathologic Findings of the Liver in the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Am. J. Clin. Pahtol.*, Philadelphia, v. 83, n. 5, p. 582-588, May 1985.
8. HECHT, Frederick M. & FRIEDLAND, Gerald H. Asymptomatic HIV Infection: Assessment and Prophylaxis. - *HIV: Advances in Research and Therapy*. Greenwich, v. 2, n. 2, p. 10-17, Aug. 1992.
9. HESS, Georg et al. Transmission of hepatitis viruses. In: PIOT, P. & ANDRE, F.E. - *Hepatitis B: A Sexually Transmitted Disease in Heterossexuais*. Amsterdam: Excerpta Médica, 1990. 105 p.
10. HORVATH, J. RAFFANTI, S. P. Clinical Aspects of the Interactions Human Immunodeficiency Virus and the hepatotropic Viruses. *Clinical Infectious Diseases*, Chicago, v. 18, n.3, p. 339-347, Mar. 1994.
11. LAPIERRE, Dominique. *Muito Além do Amor*. 2. ed. Rio de Janeiro: Salamandra, 1991, 376p.
12. LEBOVICS, Edward et al. The Liver in the Acquired Immuno-deficiency Syndrome: A Clinical and Histological Study. *Hepatology*, Baltimore, v. 5, n.2, p. 293-298, Feb. 1985.
13. LEVY, Jay A. Pathogenesis of HIV Infections: Controversies and Hypotheses. *HIV: Advances in Research and Therapy*, Greenwich, v. 2, n.2, p. 3-9, Aug. 1992.
14. LYRA, L.G.C. Hepatites a vírus A, B, C, D, E. In: DANI, R. & CASTRO, L.P. *Gastroenterologia Clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 2015 p.

15. MILLS, J. Viral Infections. In: STITES, D.P. & TERR, A.J. *Basic and Clinical Immunology*. 7 ed. East Norwalk (Connecticut): Appleton & Lange, 1991. 870 p.

16. MINTZ, Lawrence & DREW, W. Lawrence. Infecções Virais Transmitidas Sexualmente em Homossexuais Masculinos. *Clínicas Médicas da América do Norte*, Rio de Janeiro, v. 67, n.5, p. 1157-1169, set. 1993.

17. MOSS, Gregory B. & Kreiss, Joan K. Inter-relação entre infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Clínicas Médicas da América do Norte*. Rio de Janeiro, v. 74, n.6, p. 1767-1781, nov. 1990.

18. POTSCH, Denise Ferreira Vigo. Contribuição ao Estudo da Sífilis em Pacientes com Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida. Rio de Janeiro, 1993. 164 p. Tese (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias). Dep. Medicina Preventiva - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

19. QUINN, Thomas C. et al. Human Immunodeficiency Virus Infection among attending clinics for sexually transmitted diseases. *N. Engl. J. Med.*, London, v. 318, n. 4, p. 197-203, jan. 1988.

20. RAVENHOLT, R.T. Role of Hepatitis B Virus in Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Lancet*, London, v. 2, n. 8355, p. 885-886, Oct. 1983.

21. REINER, Neil E. et al. Asymptomatic Rectal Mucosal Lesions and Hepatitis B Surface Antigen at Sites of Sexual Contact in Homosexual Men with Persistent Hepatitis B Virus Infection. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, v. 96, n. 2, p. 170-173. Fec. 1982.

22. ROBINSON, William S. Hepatitis B. Vírus and Hepatitis Delta Virus. In: MANDELL, Gerald L., DOUGLAS Jr, R. Gordon, BENNETT, Jonh E. - *Principles and Practice of Infections Diseases*. 3. ed. New York: Churchill Livingstone Inc., 1990, 2340 p.

23. RUSTGI, Vinod K. et al. Hepatitis B Virus. Infection in the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, v. 101, n. 6, p. 795-797, Dec. 1984.

24. SCHNEIDERMAN, David J. et al. Hepatic Disease in Patients with the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Hepatology*, Baltimore, v. 7, n. 5, p. 925-930, May. 1987.

25. SETUBAL, Sérgio et al. - AIDS: Sarcoma de Kaposi epidêmico. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-19, abr. 1989.

26. TIBÚRCIO, Alberto Saraiva & PASSOS, Mauro Romero Leal - Hepatite B: uma DST ainda pouco lembrada. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 6, n.2, p. 24-27, jun. 1994.

27. TIBÚRCIO, Alberto Saraiva et al. - Pacientes Soropositivos ou com SIDA Atendidos no Setor de DST da UFF. *J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 26-29, dez. 1994.

**DST**

**Doenças Sexualmente Transmissível**

**Mauro Romero Leal Passos e Cols.**

**4ª Edição**

**Novíssima edição com mais de 50 capítulos**

**Adquira o seu exemplar e ganhe 20% de desconto em sua compra.**

**Vendas: Editora Cultura Médica Ltda®**

**Rua São Francisco Xavier, 111**

**CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ**

**Tel (Fax): (021) 264-3443 - Tel.: (021) 467-3888**

## **AIDS – Simpósio Internacional Controvérsias e Perspectivas**

**26 a 29 de novembro de 1995  
Rio de Janeiro – Brasil**

### **CONCLUSÕES**

Não há registro na história da medicina de outra enfermidade que tenha sido capaz de disseminar-se tão rapidamente por todo o mundo, causando tanta dor e sofrimento, ao mesmo tempo em que ocorria enorme progresso médico-científico como no caso da epidemia HIV/AIDS. Convém assinalar também que nunca o Sistema de Saúde Pública foi tão pressionado a ponto de apresentar com clareza a dura face de sua falência pela falta de meios para assistência aos enfermos e incapacidade de respostas educativas eficazes no controle da epidemia.

Os profissionais das áreas psico-médico-bio-social, de música, de jornalismo, de religião e outros estiveram reunidos em novembro, no Rio de Janeiro, Brasil, centrados em um objetivo único, de discutir com pragmatismo controvérsias e perspectivas atuais na AIDS em suas áreas de atuação. Uma análise comparativa entre o início da epidemia e a atualidade mostra os incontestáveis benefícios conquistados, não somente pela abordagem terapêutica com o uso em associação de múltiplos agentes anti-retrovirais (AZT, DDC, DDI, D<sub>4</sub>T, 3TC e inibidores das proteases virais), antibióticos e quimioterápicos, mas também aprimoramento diagnóstico das doenças que definem o aparecimento da Síndrome. É importante assinalarmos que o vasto conhecimento adquirido sobre as formas de transmissão do HIV, feitos através de estudos realizados em todo o mundo, inclui estudo multicêntrico desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro, com participação da Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO), através da Enfermaria 10 do Hospital Universitário Graffrée e Guinle, Centro Nacional de Pesquisa em AIDS. O conhecimento adquirido e acumulado ao longo de mais de uma década bem define o progresso no tratamento da AIDS, mas também o impacto sobre o ensino médico em nossas Universidades.

Ao analisarmos o perfil da epidemia de AIDS no Brasil, constatamos que a transmissão sexual permanece sendo o principal modo de aquisição de infecção pelo HIV. Embora a maioria dos indivíduos infectados seja de homossexuais/bissexuais masculinos, o contingente de pessoas infectadas em relações heterossexuais vem aumentando progressivamente nos últimos anos.

Verificou-se o expressivo aumento no número de mulheres portadoras do HIV, não pertencentes a grupos de comportamento de risco, que foram contaminadas em relacionamento único

e estável como no casamento, por parceiro "supostamente" sem comportamento de risco, levando um sério problema de saúde pública para este grupo de mulheres - esposas, mães e donas de casa - que jamais poderia se imaginar contaminado, atingindo também seus filhos, que poderão nascer infectados.

Neste simpósio a Dra Nancy Padian - Universidade da Califórnia, San Francisco - que vem estudando a transmissão heterossexual há 10 anos apresentou estudos que demonstram que, em relações heterossexuais, a probabilidade da mulher infectar-se é 10 vezes maior do que a do homem. Ressaltou, ainda, que o risco de adquirir a infecção pelo HIV em relações sexuais é maior, tanto para o homem como para a mulher, na coexistência de outras doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, observamos também um aumento gradual do número de usuários de drogas endovenosas com infecção pelo HIV/AIDS, especialmente na região sudeste do país. Além disso, embora o número de casos novos de AIDS adquiridos por transmissão sanguínea tenha caído de 8,5% do total de casos na década de 80 para 2,6% dos casos notificados nos últimos dois anos, acreditamos que o controle de qualidade do sangue e derivados deva ser intensificado com o objetivo de reduzir ao máximo esta forma de transmissão.

A expansão da infecção pelo HIV na população pediátrica vem ocorrendo predominantemente através da transmissão vertical, isto é, da mãe para o filho. Dentro desse contexto a principal estratégia de prevenção da AIDS pediátrica é a identificação de mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV, a fim de que sejam orientadas com relação a contracepção. Foi demonstrado recentemente a eficácia do emprego do Zidovudina (AZT) em gestantes, no período intraparto, e nos recém-nascidos, visando à diminuição da taxa de transmissão vertical. Portanto, a identificação de gestantes infectadas pelo HIV deve ser estimulada através de oferecimento e disponibilidade de testes anti-HIV no pré-natal, de modo a possibilitar a adoção deste esquema terapêutico profilático e reduzir a AIDS vertical. Quanto ao aleitamento materno, portaria recente do Ministério da Saúde (nº 97, D. O. 29-08-95) que deve ser amplamente divulgada normatiza que mulheres infectadas pelo HIV não devem doar leite ou amamentar seus filhos. É importante ressaltar que a Saúde Pública ainda não distribui leite industrializado para substituir a amamentação dessas crianças. A capacitação dos Serviços e aquisição de medicamentos especiais, juntamen-



te com o diagnóstico precoce e abordagem terapêutica, proporcionarão melhor qualidade de vida e maior sobrevivência às crianças com infecção pelo HIV/AIDS. Recentemente padronizada pelo Ministério da Saúde (portaria nº 102, D.O. 06-09-95) a imunoglobulina endovenosa, medicação extremamente útil na prevenção de infecções bacterianas em crianças, ainda não está amplamente disponível na rede pública. Medicamentos preconizados e padronizados são fundamentais para o tratamento da infecção HIV/AIDS pediátrica, devendo estar disponíveis a todos os necessitados sem quaisquer restrições.

O "Simpósio Internacional AIDS: Controvérsias e Perspectivas:" contou ainda com a participação do Dr. Jay Levy, da Universidade da Califórnia - San Francisco, que se dedica ao estudo da etiopatogenia da AIDS. O Dr. Levy apresentou novos conceitos com relação à resposta imune protetora contra o HIV, a partir de estudos com pacientes que vivem há 10 anos ou mais com o vírus, dando ênfase à imunidade celular e a um fator antiviral, o CAF (IL-16) derivado de linfócitos T citotóxicos. A compreensão das interações do HIV com o sistema imune é fundamental para que, uma vez estabelecidas as respostas imunes desejáveis contra o HIV, possamos direcionar melhor as pesquisas na busca de uma vacina segura e eficaz. Dr. Levy mencionou ainda o risco de vacinas anti-HIV protetoras contra uma cepa de vírus atuarem como facilitadoras ou intensificadoras de infecção HIV/AIDS frente a outras cepas de HIV. A questão das vacinas anti-HIV foi amplamente debatida e, segundo o Dr. Alan Schultz, do National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), infelizmente não será possível dispormos de uma vacina para testes em larga escala antes do ano 2000. Assim sendo, a perspectiva para o controle da epidemia no próximo século aponta para a necessidade de intensificação de campanhas educativas visando, mudanças comportamentais.

Estratégias de prevenção da AIDS devem resultar do esforço conjunto de todos os segmentos sociais, instituições governamentais, ONGS e iniciativa privada. No âmbito governamental, a prevenção da AIDS não pode, nem deve ser obrigação exclusiva do Ministério da Saúde, devendo envolver também a participação do Ministério da Educação, especialmente no que tange aos adolescentes, com a implantação de programas de educação sexual e prevenção de DST/AIDS em todas as instituições de ensino público e privado. Os serviços médicos de bancos, empresas, indústrias, clubes, associações e entidades religiosas devem também organizar e patrocinar palestras educativas e ações preventivas, como, por exemplo, distribuição de preservativos. As campanhas de prevenção à AIDS patrocinadas pelo Ministério da Saúde veiculadas em rádio e televisão necessitam ser discutidas e revistas. Campanhas educacionais devem visar a conscientização de riscos e promover mudanças de comportamento. Uma campanha que aborda um problema da gravidade da AIDS e transforma-se na "piada da moda" com

certeza não está no caminho correto. Sabemos que não é fácil discutir temas polêmicos como comportamento sexual e uso de drogas endovenosas na mídia e, ao mesmo tempo atingir com a mesma eficácia grupos tão heterogêneos. Campanhas adequadas dificilmente surgirão se não houver seriedade e ampla assessoria de profissionais de educação, saúde e ciências sociais, especialmente daqueles que vêm trabalhando e vivenciando a dura realidade da AIDS. No tocante à transmissão heterossexual o alvo principal deve ser as mulheres, não só por estarem em maior risco, mas porque sabemos que, historicamente foram estas que comandaram as principais mudanças na área da sexualidade, derrubando tabus como a virgindade e conquistando o direito à liberdade sexual. Elas agora precisam ser conscientizadas da importância de adoção de práticas sexuais seguras.

Com relação à assistência aos indivíduos com infecção pelo HIV/AIDS é necessário não somente a alocação de recursos para equipamentos, medicamentos, leitos e remuneração de profissionais, mas também o treinamento de novos profissionais e expansão do atendimento em todos os níveis de atenção médica. Por outro lado, as empresas de saúde, salvo algumas exceções, são omissas e discriminatórias não arcando com as responsabilidades de prestação de serviços aos seus segurados e sobrearregando ainda mais os hospitais públicos.

A abordagem realística do problema é a chave para se encontrar soluções satisfatórias para as nossas aflições. A incontestável importância do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, construída historicamente no combate as doenças sexualmente transmissíveis, não poderia ser diferente na luta contra a AIDS. Além de possuir uma posição geográfica central, inspirou médicos, professores e alunos a dedicarem suas vidas ao estudo de pacientes com AIDS. Este comprometimento com a clientela é parte integral da formação médica, intimamente ligada nos dias atuais aos aspectos sociais peculiares do nosso país.

Admitir a verdade dos fatos é o primeiro passo para se modificar uma realidade, enquanto negar sua existência é reforçar sua permanência. O Estado somente estará quite com a Nação e será democrático quando houver acesso fácil de seus cidadãos infectados ou não às informações de prevenção e aos meios de assistência à saúde em seus diversos níveis, com todas as facilidades disponíveis.

Carlos Alberto Morais de Sá  
Fernando Samuel Sion  
Norma de Paula Rubini  
Jorge Francisco da Cunha Pinto e  
Comissões Científica e de Redação

Documento aprovado em reunião plenária ocorrida em 29 de novembro de 1995.

ABMI - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MÉDICOS IMUNOLÓGICOS

CLÍNICA MÉDICA B - CENTRO NACIONAL DE PESQUISA EM AIDS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO - UNI-RIO

RUA MARIZ E BARROS, 775 TIJUCA

CEP 20270-004 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tels. (021) 2640816/(021) 2641620

Faxs. (021)2640025/(021)2542171/(021)2647175

## **AIDS International Symposium Controversies and Perspectives Rio de Janeiro, 26-29 November 1995 - Brazil**

### **CONCLUSIONS**

In the annals of the history of medicine, there has not been a disease that has had the capacity to spread so quickly throughout the world, causing such pain and suffering, while at the same time stimulating such tremendous medical scientific progress, as has the HIV/AIDS epidemic.

It is also appropriate to note that the Public Health System has never been so strained, and its failure to provide the means of caring for the sick and its inability to provide effective educational interventions to control the epidemic, so glaringly evident.

Professionals in the disciplines of medicine (in all areas of the biopsychosocial sciences), as well as music, journalism, religion and other fields met in Rio de Janeiro, Brazil in November, 1995 for the common purpose of discussing pragmatically controversies and current perspectives in AIDS topics in their areas of work and expertise. Contrasting the beginning of the epidemic with our present understanding demonstrates the irrefutable gains made, not only in terms of therapeutic approaches combining various anti-retroviral agents (AZT, DDC, DDI, D4T, 3TC and viral protein inhibitors), antibiotics and chemotherapeutic agents; but also improvements in our ability to diagnose the illnesses that define the Syndrome. It is important for us to note that the vast knowledge acquired about the mechanisms of HIV transmission, made through studies conducted throughout the world, including a multicenter study conducted in the city of Rio de Janeiro at the University of Rio de Janeiro (UNI-RIO), by the 10th ward (Medicine service) at the Gaffrée and Guinle University Hospital, a National AIDS Research Center, The knowledge acquired and accumulated over the course of the past decade well defines the progress in the

treatment of AIDS, but also the impact on medical education in our universities.

If we analyze the profile of the AIDS epidemic in Brazil, we note that sexual transmission continues to be the principal mode of HIV transmission. Although the majority of persons infected are male homosexuals or bisexuals, the number of individuals infected via heterosexual contact has been increasing during the past few years.

The dramatic increase in the number of HIV-infected women, who did not belong to high risk groups and were infected while in a stable or monogamous by partners who "supposedly" did not engage in risky behaviors, poses a serious public health problem for these women - wives, mothers and housewives who never would imagine they were infected and their children, who could also be born infected.

At this symposium, Dr. Nancy Padian from the University of California, San Francisco, who has studied heterosexual transmission of HIV/AIDS for 10 years, presented data demonstrating that, in heterosexual relations, the probability of women becoming infected is 10 times greater than that of men. Her findings demonstrate, furthermore, that the risk of becoming HIV infected, whether it be a man or a woman, is greater in the presence of other sexually transmitted diseases. On the other hand, we're also observed a gradual increase in the number of intravenous drug users who are HIV infected, particularly in the southern region of the country. In addition, though the number of AIDS cases due to blood transfusions has decreased from 8.5% in the 1980s to 2.6% of the reported cases in the last two years, we believe that the quality control of blood and its derivatives needs to be intensified with the goal of reducing to the maximum extent possible this mode of HIV transmission.

The expansion of HIV infection among children has occurred predominantly via vertical transmission, i.e., from mother to child. Within this context, the main strategy for HIV prevention has been the identification and education of HIV-infected women of reproductive age regarding contraceptive measures. It was recently demonstrated that the use of AZT by HIV-infected women, during their pregnancy, during delivery, and in newborns resulted in lower rates of vertical transmission. The identification of HIV infected pregnant women should be promoted by offering and making available pre-natal HIV testing to foster the use of this prophylactic treatment to reduce vertical transmission. With respect to breast-feeding, a recent Ministry of Health decree (nº 97, August 29, 1995) which will be widely disseminated, states that women who are HIV infected should not breast-feed their children or donate breast milk. It is important to mention that Public Health authorities still have not distributed canned milk products to substitute for the breast feeding for these children. The availability of clinical services and the acquisition of appropriate medications, in conjunction with

early diagnosis and a treatment plan, would promote better quality of life and longer survival for HIV-infected children.

Recently approved by the Ministry of Health, intravenous immunoglobulin, a medication which is extremely useful in the prevention of bacterial infections in children, still is not widely available in the public health system. Standard recommended medications which are essential to the treatment of pediatric AIDS cases must be made available to all children who need them without any restrictions.

The International Symposium AIDS: Controversies and Perspectives enjoyed the participation of Dr. Jay Levy, from the University of California, San Francisco, who has studied the pathogenesis of AIDS. Dr. Levy presented new concepts regarding the protective immune response to HIV, elucidated through studies of patients who have lived with HIV for 10 or more years, which focuses our attention on issues related to cellular immunity and CAF (IL-16), an antiviral factor derived from cytotoxic T-lymphocytes. The understanding of the interactions of HIV with the immune system is essential so that, once the sought after immune response against HIV is established, we can better direct research efforts in the search for an effective and safe vaccine. Dr. Levy mentioned that even if protective HIV vaccines may be effective against one strain of HIV, the vaccine could actually facilitate or intensify infection by another strain of HIV. The issue of HIV vaccines was extensively discussed, and according to Dr. Alan Schultz of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) unfortunately it will not be possible to subject a vaccine to large-scale trials before the year 2000. Thus, this prospect for controlling the epidemic in the next century affirms the need for intensification of educational campaigns that change behaviors.

HIV prevention strategies must result from concerted efforts of all levels of society, governmental institutions, NGOs and the private sector. Within the governmental area, the responsibility for HIV prevention, must not be and should not be the sole responsibility of the Ministry of Health, but should also involve the participation of the Ministry of Education, especially in the development of sex education and STD and HIV prevention programs for adolescents in both public private schools. The clinical services provided (directly) by banks, companies, industries, clubs, associations, and religious entities should also organize and sponsor educational lectures and prevention campaigns, such as distribution of condoms. The AIDS prevention campaigns sponsored by the Ministry of Health on both radio and television should be debated and reviewed.

Such campaigns should aim to sensitize people about the risks and promote in behavior. A campaign that takes a matter as serious as AIDS and treats it as a "joking matter" is certainly not going in the right direction. We know that it is not easy to discuss controversial subjects such as sexual behavior and IV

drug use in the media, and to reach such heterogeneous groups with similar effectiveness. It will be difficult for effective campaigns to be developed if there isn't serious and broad input from professionals in education, medicine, and the social sciences, especially those who work with and see the harsh reality of AIDS. In the area of heterosexual transmission, the primary target (of educational efforts) should be women, not only because they are at greatest risk, but because we know that historically they are the major agents of change in the area of sexual behavior, breaking down taboos, such as virginity, and fighting for the right to sexual freedom. They must now be sensitized to the importance of adopting safe sex practices.

With respect to providing medical care for individuals with HIV/AIDS, it is necessary not only to provide resources for equipment medications, hospital beds, and to pay professionals, but also to provide training of new professionals and services at all levels of medical care. On the other hand, health insurance companies, except for some exceptions, are negligent or discriminatory in not assuming responsibility to cover (or provide) services to their subscribers, further burdening publicly financed hospitals.

Practical approaches to the problem are the key to finding satisfactory solutions to our challenges. The irrefutable importance of the Gaffrée and Guinle University Hospital, built originally sexually transmitted diseases, cannot be different in our present fight against AIDS. In addition to being in a geographically central location, it has inspired doctors, professors, and students to dedicate their lives to the study of patients with AIDS. This commitment to its clientele forms an integral part of medical education, intimately tied today to the unique social makeup of our country.

Admitting the truth of the facts is the first step to changing reality, while negating its existence is to reinforce its permanence. The State will only be one with the Nation democratic when its citizens, infected or not, have ready access to information about prevention, and to health care in all its diverse levels, with all available resources.

Carlos Alberto Morais de Sá  
Fernando Samuel Sion  
Norma de Paula Rubini  
Jorge Francisco da Cunha Pinto e  
Comissões Científica e de Redação

ABMI Associação Brasileira de Médicos Imunovirologistas  
CLÍNICA MÉDICA B  
CENTRO NACIONAL DE PESQUISA EM AIDS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE  
UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO - UNI-RIO

## **RELATÓRIO DO "I SEMINÁRIO ESTADUAL DE SÍFILIS CONGÊNITA"**

**Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro  
Coordenação DST/AIDS**

**Local: Rio de Janeiro**

**Data: 11 de dezembro de 1995.**

### **SÍFILIS CONGÊNITA**

#### **Introdução:**

A Sífilis Congênita é uma enfermidade grave, porém prevenível, que reflete a incidência de Sífilis adquirida, em mulheres (principalmente gestantes) quando o agravo pode, ainda, ser evitado. Configura-se por isso um problema de saúde pública a ser eliminado das Américas.

Partindo desse pressuposto, na "Conferência dos Ministros da Saúde dos Países Ibero-Americanos", que aconteceu em Brasília de 24 a 27 de maio de 1993, foi firmado um compromisso para a "Eliminação da SÍFILIS CONGÊNITA até o ano 2.000" em seus países.

Uma das estratégias utilizadas para chegar ao objetivo proposto, adotada pelo Ministério da Saúde, é melhorar a vigilância de Sífilis congênita a fim de facilitar a adoção e avaliação de medidas programáticas para abordar o problema - através de uma nova definição de caso de Sífilis Congênita, mais sensível, segundo critérios do CDC (Center of Disease Control) (vide anexo I).

No Estado do Rio de Janeiro, as ações de controle da Sífilis Congênita estão incluídas no Programa das DST/AIDS, em convênio junto ao Ministério da Saúde e BIRD (Banco Mundial).

## **"I SEMINÁRIO ESTADUAL DE SÍFILIS CONGÊNITA" O MARCO INICIAL**

No dia 11 de dezembro de 1995, aconteceu o I Seminário Estadual de Sífilis Congênita, promovido pelo Programa Estadual das DST/AIDS do Rio de Janeiro e que se constituiu num marco político-teórico para o planejamento de Estratégias para erradicação da Sífilis Congênita até o ano 2.000 neste Estado. Estiveram presentes, neste Seminário, o Dr. Fábio Gomes, representante do Plano Nacional de DST/AIDS - Ministério da

Saúde, Dr. Bussâmara Nemme, representando a Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde, Dra. Tizuko Shiraiwa, gerente do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - PAISMCA/ERJ, Dr. Marcelo Vasconcellos representante da Sociedade de Ginecologia e Obstetria do Rio de Janeiro - SGORJ, Dra. Myrthes Amorelli, representante da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro - SOPERJ, Dr. Paulo Teixeira, Coordenador do Programa de DST/AIDS/São Paulo, Dra. Luiza Matida, Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo - CVE/SP, Sr. Francisco Neudi, representante do Laboratório Central Noel Nutels - LACENN/RJ, Dr. Álvaro Matida, Diretor do Programa Estadual das DST/AIDS Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que este evento foi o primeiro a reunir, a nível nacional, autoridades dos Programas de DST/AIDS e Materno-infantil.

Estiveram presentes ao evento profissionais relacionados aos Programas de DST/AIDS e Materno-infantil de alguns municípios do Estado do Rio de Janeiro, bem como profissionais que prestam assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, tanto de instituições públicas quanto privadas.

Na abertura do Seminário, o Diretor do Programa de DST/AIDS do Rio de Janeiro falou da importância do evento como ponto de partida para o planejamento de ações, visando o controle da Sífilis Congênita no sentido de sistematizar informações clínicas, terapêuticas, laboratoriais, resgatando a Sífilis Congênita como um problema de Saúde Pública. A partir daí os desdobramentos e estratégias para aprimoramento das ações de controle e prevenção deste agravo.

É consenso que a Sífilis Congênita é evento sentinela de Saúde que revela a qualidade de assistência pré-natal, bem como o desempenho do Programa de DST e Materno-Infantil. Tanto os objetivos quanto as dificuldades são comuns a ambos os Programas.

O Sistema de Informação em DST é precário, principalmente no que se refere a Sífilis Congênita. Estimativas feitas pelo Programa de DST/AIDS, junto com o Programa de Assistência a Mulher, Criança e Adolescentes (PAISMCA) da Secretaria de Estado de Saúde, mostram a extraordinária subnotificação de casos e óbito por Sífilis Congênita (Tabela I). É importante aprimorar o Sistema de Informações.

A adoção e divulgação maciça da nova definição de caso, que é mais sensível. Nesta todos os conceptivos vivos ou nascidos mortos de mulheres com indícios sorológicos de Sífilis durante a gestação ou parto, que não foram tratadas ou receberam tratamento inadequado durante a gravidez, qualquer que seja o estado sorológico do concepto, são considerados casos de Sífilis Congênita, portanto, passíveis de notificação.

No momento do diagnóstico é importante que, além da mãe e o nascituro vivo serem tratados, o caso seja notificado, para desencadear ações que permitam não só a prevenção de complicações, como a ocorrência de novos casos. A ficha de notificação deverá ser preenchida na maternidade onde ocorreu o parto e enviada à Secretaria Municipal de Saúde, que deverá enviar à Secretaria Estadual de Saúde (Programa de Controle das DST/AIDS), situada na Rua México 128, sala 406 ou por Tele/fax: 240-2771/262-1824, até o 5º dia útil do mês subsequente ao da notificação. A partir da ficha de notificação deverá ser realizada a investigação de caso, em ficha própria, em prontuários e dados de laboratório, na maternidade onde ocorreu o parto, seguindo o mesmo fluxo da ficha de notificação.

É importante que a ficha de notificação chegue ao Programa Estadual de DST/AIDS no tempo previsto, ainda que faltem um ou outro dado, devendo ter sempre o nome do responsável pelo preenchimento, da Unidade notificante com data e telefone, para posteriores contatos.

Outro aspecto fundamental para o controle de Sífilis Congênita diz respeito ao pré-natal. É importante não só a captação precoce da gestante, mas, também, ampliação da cobertura e melhoria da qualidade de atenção à mulher gestante. Dentro da rotina mínima de exames solicitados no pré-natal devem constar pelo menos dois exames VDRL, sendo o primeiro na chegada da gestante ao serviço de saúde e outro na 1ª consulta do 3º trimestre. Em qualquer situação sorológica reativa, a gestante deve receber tratamento adequado. Considera-se tratamento adequado a administração de 2.400.000 U.I de Penicilina G. Benzatina, em 3 doses, com intervalo de 7 dias, totalizando 7.200.000 U.I.

É importante a adesão ao serviço para tratamento não só das gestantes, mas também dos seus parceiros, uma vez que estes são fontes de reinfecção.

Para melhorar a cobertura de pré-natal, é importante que se aumente a oferta de serviços que realizam o pré-natal, juntamente com oferta de exames que diagnostiquem precocemente, não só a sífilis na gestação como também a Sífilis Congênita, caso ocorra. Deve-se garantir também o acesso a outros exames complementares (FTA-Abs, punção e análise de liquor cefaloraquidiano, exame radiológico, etc.).

É fundamental a ação contínua do Programa de Controle das DST/AIDS e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), no sentido de normatizar e garantir efetiva execução de rotinas de Serviço em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

Foi levantada, no Seminário, a questão da remuneração dos procedimentos, incluídos pré-natal e parto e definidas pelo SUS-AIH, onde toda a bateria de exames, realizados durante internação para o parto, tinha valor inferior a R\$ 1,00 (hum Real).

Outra questão polêmica, na oportunidade, foi a terapêutica preconizada para o tratamento da Sífilis, tanto da gestante quanto do recém-nascido. Tanto a Eritromicina para a gestante quanto a Penicilina Benzatina para o recém-nascido seriam ineficazes, segundo representantes da SGORJ e da SOPERJ.

Foi unânime a opinião de que os profissionais, envolvidos com o problema, devem ser conscientizados e que a formação de novos profissionais, principalmente da área médica, deve seguir diretrizes do Programa Nacional DST/AIDS, no sentido de prevenir, diagnosticar e tratar a Sífilis na mulher grávida e no recém-nato. Para que isso aconteça com sucesso, é fundamental que os profissionais estejam capacitados a tratar os parceiros sexuais da mulher com sorologia luética reativa, bem como oferecer o teste HIV e estarem capacitados a prestar aconselhamento e a estimularem o uso do preservativo.

Ficou claro que o nível central Estadual, Federal e Municipal devem garantir a disponibilidade de medicamentos, bem como estimular a divulgação para população em geral do que é DST, suas complicações, como prevenir e onde buscar tratamento, além de produzir material informativo para profissionais de saúde.

Para conhecer a real situação das DST no Estado deve-se realizar busca ativa de casos e parceiros, através de pesquisa de prontuários, sorologias do Banco de Sangue, sorologias de laboratórios, em atestado de óbito e guias de internação (sistema AIH). Com este propósito é essencial também que todos os casos de Sífilis Adquirida e Sífilis Congênita sejam conhecidos, através de notificação em formulários próprios, desencadeando ações preventivas e de Vigilância Epidemiológica.

Com a finalidade de garantir o sucesso de todas as medidas e conseguir alcançar a meta de eliminação da Sífilis Congênita até o ano 2.000, torna-se necessária a perfeita integração dos programas de DST/AIDS e Materno-infantil em todos níveis.

Na conclusão do I Seminário Estadual da Sífilis Congênita, foram levantadas as seguintes propostas:

1) garantir a disponibilidade de Kits de VDRL e TIG (teste imunológico para a gravidez) para mulheres em idade fértil nas unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro;

2) vincular atendimento à mulher em idade fértil (Planejamento familiar, pré-natal e outros serviços) à realização do TIG e do VDRL. Uma vez o resultado do TIG positivo, toda rotina de exames de pré-natal deverá ser solicitada por qualquer profissional habilitado, não sendo necessária uma consulta específica para tal. A primeira consulta deverá ser agendada nesta oportunidade, quando a gestante VDRL reativa deverá ser tratada *adequadamente*. É recomendável que se implante um sistema de medicação assistida, onde a gestante e seu(s) parceiro(s) recebem tratamento na própria unidade;

3) o Ministério da Saúde, através do PN DST/AIDS, se comprometeu a garantir kits VDRL e medicamentos preconizados

pelo Programa para o tratamento das gestantes, parceiro e recém-nascido, caso seja necessário;

4) normatizar rotinas de pré-natal, garantindo um número mínimo de 6 (seis) consultas e melhorar qualidades dessas consultas; segundo a análise dos casos de sífilis Congênita notificados ao Programa DST/AIDS de SES-RJ, dos casos de 1995 cujas mães realizaram pré-natal, somente 64% foram tratadas. Destas, que receberam tratamento, o diagnóstico foi feito no momento do parto em 71% dos casos; somente 29% dos casos tratados foram diagnosticados em algum momento do pré-natal;

5) aumentar a remuneração dos procedimentos relacionados ao pré-natal e ao parto. Promover remuneração diferenciada quando o pré-natal for realizado de forma completa, com o mínimo de consultas; além disso, quanto mais precoce for a captação da gestante, maior deverá ser a remuneração, via SUS;

6) conscientar os profissionais de saúde, através de informes distribuídos pelo CREMERJ. Na oportunidade, os representantes das comunidades científicas da SGORJ e SOPERJ, colocaram-se à disposição para divulgação de informação em seus respectivos periódicos;

7) capacitar e treinar profissionais de saúde, sensibilizando para o problema da Sífilis Congênita, por regiões geográficas do Estado do Rio de Janeiro, respeitando as características regionais;

8) criação do Boletim de DST em alternância com o Boletim de AIDS;

9) divulgação nos meios de comunicação de massa sobre DST e suas implicações clínicas e associações com HIV/AIDS;

10) criar núcleo de Vigilância Epidemiológica em laboratórios de referência, ampliando as fontes de informação;

11) implantar nos Municípios o Sistema de Vigilância Universal, através do SINAN, versão 1.9, utilizando formulários específicos.

É importante ressaltar que as notificações de Sífilis Congênita existem, conforme foi exposto no Seminário, por representantes de algumas maternidades do Município do Rio de Janeiro, e por motivos desconhecidos, não chegam ao Programa de DST/AIDS da SES-RJ, e conseqüentemente, o Ministério da Saúde desconhece esses casos;

12) promover a produção de publicações científicas e apresentações em Congresso, Seminários e jornadas científicas para melhor divulgação do problema;

13) criação de grupo técnico Estadual para Sífilis Congênita com a Participação, do Programa de DST/AIDS da SES-RJ, PAISMCA da SES-RJ, SGORJ, SOPERJ, CREMERJ, a ser nomeado em Diário Oficial;

14) busca ativa de casos de Sífilis Congênita em maternidades da rede pública e conveniadas;

15) estudos especiais envolvendo serviços de dados vitais dos Municípios em busca de Sífilis Congênita;

16) o representante do M.S. distribuiu informe técnico contendo rotinas de Controle da Sífilis Congênita.

**Estimativa de Casos e Óbitos Por Sífilis Congênita  
Estado do Rio de Janeiro - 1990 - 1995**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
População	12457700	12584108	12715100	13065279	13182298	13296418
Gestantes	249154	251682	254302	261306	263646	265928
Gestantes soropositivas p/ VDRL	8720	8809	8901	9146	9228	9307
Casos de sífilis congênita	7412	7487	7565	7774	7843	7911
Óbitos p/ de sífilis congênita estimados	2964	2995	3026	3109	3137	3164
Total de óbitos fetais	5309	5016	5426	5306	—	—
Óbitos fetais p/ sífilis congênita ocorridos	5	16	16	4	—	—
Total de óbitos p/ sífilis congênita registrados	—	16	34	24	20	15

Fonte: I - Parâmetros de estimativa de casos de sífilis congênita - Ministério da Saúde.

II - PAISMCA - SES/RJ

III - Dados vitais - Coord. de Informações - SES/RJ

## UNIDADE DE PROMOÇÃO À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ÀS DST RELATÓRIO - 1995\*

As doenças sexualmente transmissíveis estão, no mundo, entre os agravos à saúde mais comuns. Embora não se conheça a real magnitude do problema, hoje estima-se que nos países desenvolvidos haja pelo menos uma nova consulta de DST para cada 100 pessoas por ano, enquanto nos países em desenvolvimento as DST estão entre as 5 causas mais frequentes de procura aos serviços de saúde. No Brasil, estima-se, a grosso modo, que ocorram por ano de 3,5 a 4 milhões de episódios de DST.

A infecção pelo HIV, por suas características e evolução, é a DST de maior importância em termos de morbidade, mortalidade, custos de assistência à saúde e conseqüências sociais associadas. Sabe-se atualmente que as outras DST, particularmente as úlceras genitais, aumentam o risco de transmissão e aquisição do HIV em até 18 vezes. Em algumas regiões da África foi demonstrado que até 98% das infecções pelo HIV em homens e até 40% em mulheres podem estar associadas à presença de úlceras genitais.

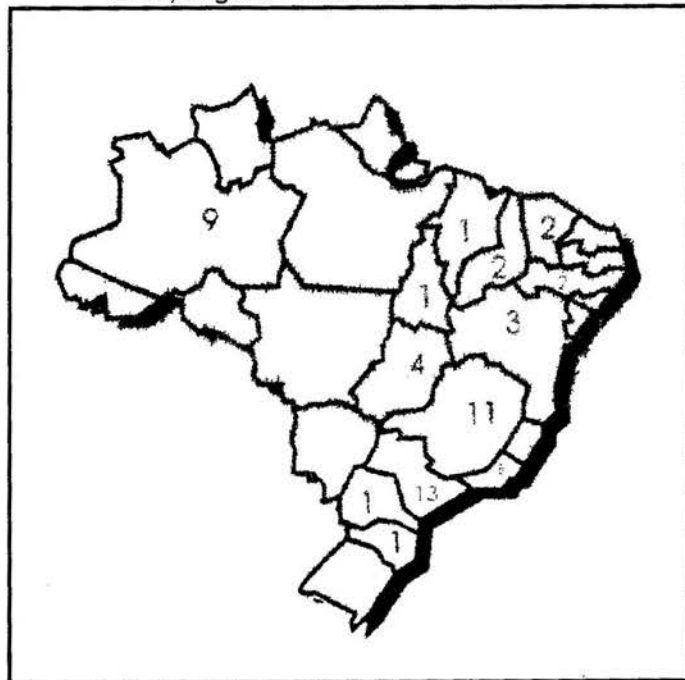
A implementação de unidades de saúde que realizem o atendimento adequado de portadores de DST e seus parceiros através do treinamento de profissionais de saúde e da disponibilização de medicamentos gratuitos é considerada uma das bases operacionais do programa. Entende-se por atendimento adequado o oferecimento de triagem confidencial, o pronto atendimento, o aconselhamento específico, a convocação dos parceiros e a conseqüente resolução do caso por ocasião da primeira visita. Para alcançar este nível de eficiência está sendo utilizada a Abordagem Síndrômica das DST, que tem como objetivo facilitar a atuação do médico, seja ele especialista ou não. A conduta não depende dos procedimentos de laboratório que, em alguns lugares, são excessivamente demorados. Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável quando utilizada a abordagem síndrômica das DST. Ao contrário, tem sua importância aumentada em centros de maior complexidade. Esta metodologia foi validada através de um estudo realizado em 1995, o qual está em fase final de análise para posterior publicação.

Durante o ano de 1995 foram identificadas e implementadas 104 unidades de nível primário e 60 de nível secundário localizadas em 75 municípios de 21 estados, o que significou um aumento de 280% no número de unidades em relação a 1994 (ver mapas 1,2,3,4 e Tabela 1). Isto se deu através de 35 treinamentos sobre Abordagem Síndrômica das DST, durante os quais foram treinados 146 médicos, 125 enfermeiros e 42 auxiliares de enfermagem. Esses treinamentos foram realizados em 10 Centros de Treinamento conveniados com o Programa Nacional (ver lista anexa); três desses convênios foram feitos em

\* Programa Nacional de DST/AIDS - Ministério da Saúde - PN DST/AIDS

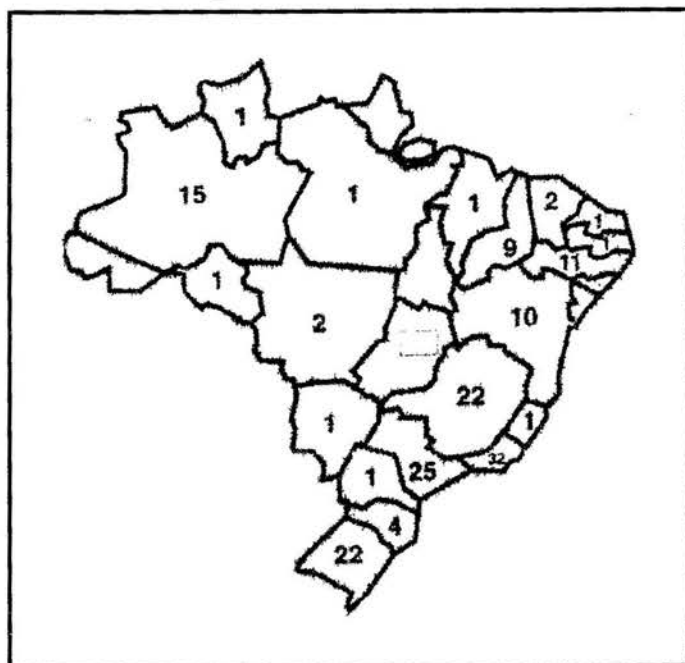
1995; os outros sete foram feitos em 94 tendo sido renovados em 95.

Número de unidades treinadas em assistência às DST, segundo estados - Brasil 1994



Fonte: PN DST/AIDS — Total: 58 unidades.

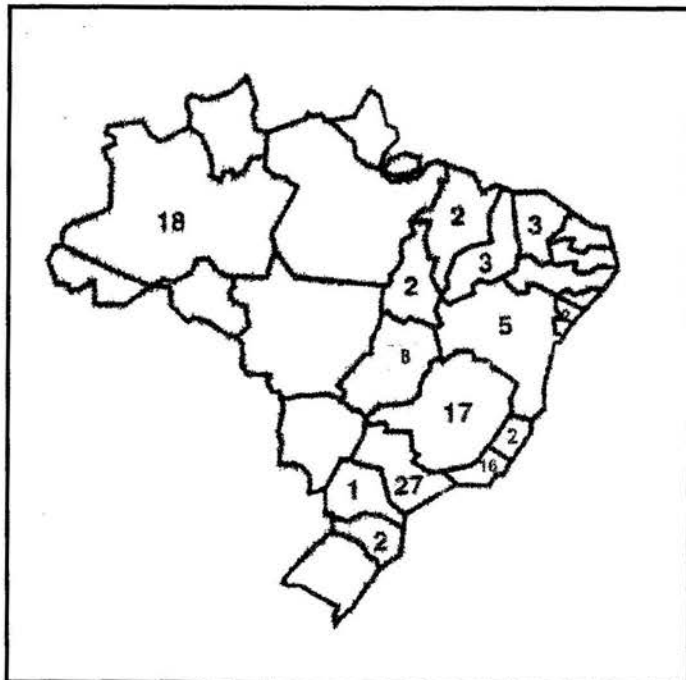
Número de unidades treinadas em assistência às DST, segundo estados - Brasil 1995



Fonte: PN DST/AIDS — Total: 164 unidades

J Bras Doenças Sex Trans, 8(2): 15-27, 1996

**Número de profissionais de saúde treinados em assistência às DST, segundo estados – Brasil 1994**



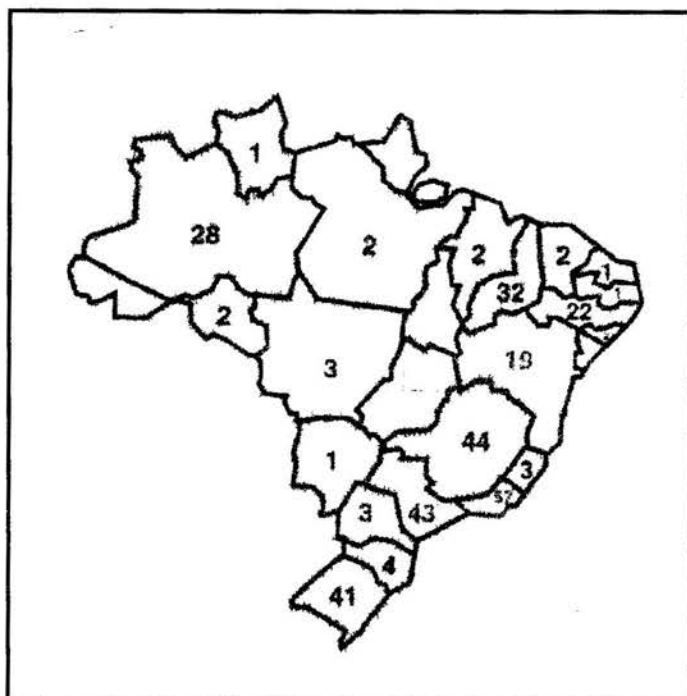
Fonte: PN DST/AIDS — Total: 108 profissionais

**Número de municípios com profissionais treinados em assistência às DST, segundo estados – Brasil 1994**



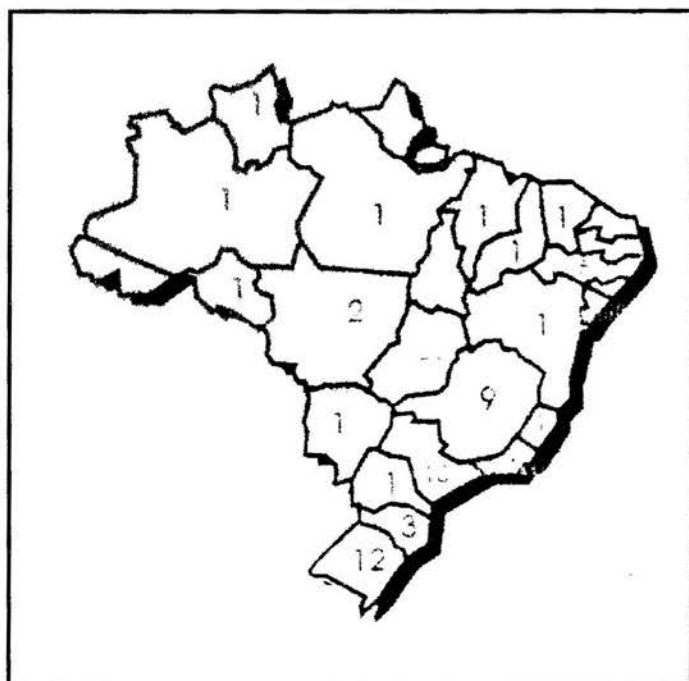
Fonte: PN DST/AIDS — Total: 16 municípios

**Número de profissionais de saúde treinados em assistência às DST, segundo estados – Brasil 1995**



Fonte: PN DST/AIDS — Total: 313 profissionais

**Número de municípios com profissionais treinados em assistência às DST, segundo estados – Brasil 1995**



Fonte: PN DST/AIDS — Total: 75 municípios



TABELA 1 - Número de municípios com profissionais treinados em assistência às DST segundo estados, tipo de unidades de origem e formação. Brasil 1994/95

Estados		Municípios		Unidades				Formação					
				Primárias		Secundárias		Médicos		Enfermeiros		Auxiliares	
94	95	94	95	94	95	94	95	94	95	94	95	94	95
	AL		1		1				1		1		
AM	AM	2	1	5	10	4	5	10	14	8	14		
BA	BA	1	1	1	5	2	5	3	10	2	9		
CE	CE	1	1	1		1	2	2	2	1			
DF		1		2		2		4		4			
ES	ES	1	1			1	1	1	2	1	1		
MA	MA	1	1	1			1	1	1	1	1		
MG	MG	2	9	9	16	2	6	11	21	6	9		14
	MS		1				1		1				
	MT		2				2		1		2		
	PA		1				1		1		1		
	PB		1				1		1				
	PE		5		9		2		12		10		
PI	PI	1	1		5	2	4	2	11	1	12		9
PR	PR	1	1			1	1	1	2		1		
RJ	RJ	2	20	6	22	2	10	8	31	8	26		
	RN		1		1				1				
	RO		1				1		1		1		
	RR		1				1		1				
	RS		12		16		6		12		13		16
SC	SC	1	3	1			4	1		1	1		3
SE		1				1		1		1			
SP	SP		10	8	19	5	6	13	20	14	23		
TO		1		1				1		1			
14	21	16	75	35	104	23	60	59	146	49	125	0	42

Centros de treinamento: 5 em 94 e 10 em 95

Número de treinamentos: 10 em 94 e 35 em 95

Fonte: fichas de curso e relatórios enviados pelos coordenadores de centros de treinamento

Os pacientes atendidos nas unidades que contam com profissionais treinados recebem um aconselhamento específico pelo fato de terem desempenhado um comportamento de risco; por esse mesmo motivo lhes é oferecido um teste anti-HIV e um teste sorológico para sífilis. Eles também têm garantidos gratuitamente os medicamentos necessários para seu tratamento e de seus parceiros. Esses medicamentos foram encomenda-

dos à CEME (Central de Medicamentos) (ver Tabela 2) e distribuídos em parte às coordenações estaduais de DST/AIDS (ver Tabela 3), as quais os repassaram às unidades que, por sua vez, controlam seu consumo e utilização. Em 1995 foram adquiridos, a um custo total de R\$ 13.984.118,00, medicamentos suficientes, para o tratamento de todos os casos de DST que demandarem as unidades implementadas.

**TABELA 2 - Ministério da Saúde - SAS. Programa Nacional de DST/AIDS - Unidade de DST. Medicamentos Para DST: Total de Embalagens a Serem Enviadas aos Estados Segundo Tipo de Medicamento. Brasil 1995**

Medicamento:		Ampicilina	Ciprofloxa- cin	Doxiciclina	Eritromicina	Metronida- zol	Nistatina	Pen. G Benz.	Pen. G Crist.	Probenecida	SMZ + TMP
Dosagem:		500 mg	500 mg	100 mg	500 mg	250 mg	25 mil UI/g	1.200.000 UI	1.000.000 UI	500 mg	400 mg e 80 mg
Forma farmacêutica:		comprimido	comprimido	drágea	drágea	comprimido	creme	Fr. ampola	Fr. ampola	comprimido	comprimido
Total unidades:		3.000.000	50.000	9.000.000	3.000.000	21.000.000	4.000.000	400.000	1.200.000	1.000.000	4.000.000
Unidades/embalagem:		500	10	15	500	500	50	50	50	500	500
Total embalagens:		6.000	5.000	600	6.000	42.000	80.000	8.000	24.000	2.000	8.000
REGIÃO	UF										
NORTE	AC	16	13	1.564	16	110	209	21	63	5	21
	AM	79	66	7.886	79	552	1.051	105	315	26	105
	AP	11	9	1.083	11	76	144	14	43	4	14
	PA	194	162	19.431	194	1.360	2.591	259	777	65	259
	RO	42	35	4.241	42	297	565	57	170	14	57
	RR	8	7	810	8	57	108	11	32	3	11
	TO	35	29	3.450	35	242	460	46	138	12	46
NORDESTE	AL	94	79	9.424	94	660	1.256	126	377	31	126
	BA	445	370	44.457	445	3.112	5.928	593	1.778	148	593
	CE	239	199	23.860	239	1.670	3.181	318	954	80	318
	MA	185	154	18.484	185	1.294	2.465	246	739	62	246
	PB	120	100	12.003	120	840	1.600	160	480	40	160
	PE	267	223	26.710	267	1.870	3.561	356	1.068	89	356
	PI	97	81	9.680	97	678	1.291	129	387	32	129
	RN	91	75	9.053	91	634	1.207	121	362	30	121
	SE	56	47	5.595	56	392	746	75	224	19	75
SUDESTE	ES	97	81	9.744	97	682	1.299	130	390	32	130
	MG	590	492	58.995	590	4.130	7.866	787	2.360	197	787
	RJ	479	399	47.939	479	3.356	6.392	639	1.918	160	639
	SP	1.183	986	118.299	1.183	8.281	15.773	1.577	4.732	394	1.577
SUL	PR	317	264	31.662	317	2.216	4.222	422	1.266	106	422
	RS	343	285	34.258	343	2.398	2.368	457	1.370	114	457
	SC	170	142	17.018	170	1.191	2.269	227	681	57	227
CENTRO OESTE	DF	60	50	5.994	60	420	799	80	240	20	80
	GO	150	125	15.047	150	1.053	1.053	201	602	50	201
	MS	67	56	6.670	67	467	467	89	267	22	89
	MT	76	63	7.584	76	531	531	101	303	25	101
ESTOQUE ESTRATÉGICO	CEME	491	409	49.060	491	3.434	6.541	654	1.962	164	654

Fonte: PNC-DST/AIDS, SAS/MS, CEME/MS, Brasil

**TABELA 3 - Ministério da Saúde - SAS. Programa Nacional de DST/AIDS - Unidade de DST. Medicamentos para DST(\*): Quantidades Encomendadas e Efetivamente Entregues, com Respectivos Custos, Segundo Tipo de Síndrome. Brasil 1995**

Droga indicada	Síndrome	Total de embalagens encomendadas	Total de embalagens entregues	% entregues / encomendadas	Custo unitário em US\$	Custo total em US\$
Ampicilina 500 mg	Uretrite / Cervicite	6.000	6.000	100%	0,1882	564.706
Ciprofloxacina 500 mg	Uretrite / Cervicite	5.000	0	0%	1,0471	52.353
Doxiciclina 100 mg	Uretrite / Cervicite	600.000	85.396	14%	0,7765	6.988.235
Eritromicina 500 mg	Úlcera genital e Cervicite (em grávidas)	6.000	0	0%	0,1647	494.118
Metronidazol 500 mg	Vaginite / Vaginose	42.000	28.251	67%	0,0118	247.059
Nistatina 25 mil UI/g	Vaginite / Vaginose	80.000	0	0%	0,7647	3.058.824
Pen. G Benz. 1,2 milhões UI	Úlcera genital + Sífilis tardia	8.000	0	0%	1,1765	470.588
Pen. G Crist. 1 milhão UI	Sífilis congênita + Oftalmia NN	24.000	0	0%	1,4824	1.778.824
Probenecida 500 mg	Uretrite / Cervicite	2.000	4.810	241%	0,2824	282.353
SMZ 400 mg + TMP 80 mg	Úlcera genital	8.000	6.338	79%	0,0118	47.059
						13.984.118

(\*) Segundo "Manual para o Controle das DST", Ministério da Saúde, Brasil 1993  
 Fonte: Unidade de DST do PN-DST/AIDS, SAS/MS, Brasil

## LISTA DE CENTROS DE TREINAMENTO EM DST

### AM - Manaus

Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia "Alfredo da Matta"

Rua Codajás, nº 25 - Cachoeirinha - 69.065-130 - Manaus - AM  
 Telefone: (092)663.2350. Resid.:2366127. Cons.: 232.7316

Fax: (092)663.3155

Coord: Dr. José Carlos Gomes Sardinha

### BA - Salvador

Centro de Referência Estadual em DST - Secretaria da Saúde da Bahia

Rua Pedro Lessa 123 - Canela - 40110-050 - Salvador - BA

Tel.: (071)336-6134/336-6138. Resid.: 358-4229

Fax: (071) 336-6136

Coord: Dra. Míriam Magalhães Sepulveda

### MG - Belo Horizonte

Policlínica Centro Sul

Rua Carijós, Nº 528, 7º andar - Centro - 30.120-060 - Belo Horizonte - MG

Telefone: (031) 201-6700 ou 201-1505. Resid.: 373-1709

J Bras Doenças Sex Trans, 8(2): 15-27, 1996

Fax: (031) 212-3834

Coord.: Dra. Maria do Carmo Moreira de Souza

## PE - Recife

**Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Pernambuco**

Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 1211 - Boa Viagem - 51011-051 - Recife - PE

Fone: (081) 453.3633 R-2222. Res.: 268-5108 Consult: 241-6755

Coord.: Dr. Márcio Lobo Jardim e Dr. Luís Gonzaga Souza Filho

## PI - Teresina

**Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas de Teresina (HDIC)**

Rua Gov. Raimundo Artur de Vasconcelos, Nº 151 - Sul - 64.001-450 - Teresina - PI

Telefone: (086) 221.3413 r 203 Resid.: 223-2361

Fax: (086) 221.2424

Coord.: Enf. Maria do Rosário de Fátima Borges Sampaio

## RJ - Niterói

**Sector de DST - Universidade Federal Fluminense**

Rua Hernani de Melo, Nº 101 - 24.210-130 - Niterói - RJ

Telefone: (021)719.4433/7171.8080 R = 298. Resid.: 611-5451. Cel.: 984-6099

Fax.: (021) 719.2588

E-MAIL: MIPMAUR@VM.UFF.BR

Coord.: Dr. Mauro Romero Leal Passos

## RN - Natal

**Secretaria de Estado da Saúde - Centro de Saúde do Alecrim**

Av. Deodoro, Nº 730 - Centro - 59.025-600 - Natal - RN

Telefone: (084)222.2774/221.1321. Resid.: 231-7519. Cel.: 982-2325

Fax.: (084). 222.9236

Coord.: Dr. Jair Maciel Figueiredo

## RS - Porto Alegre

**Ambulatório de Dermatologia Sanitária**

Av. João Pessoa, 1.327 - Centro - 90.040-001 - Porto Alegre - RS

Tel.: (051) 221-2413/225-5207. Consult.: 226-9257

Fax.: (051) 221.6677

Coord.: Dr. Nelson Danilevich

## RS - Porto Alegre

**Ambulatório de DST - Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

Rua Ramiro Barcelos, 2350 - 90.035-003 - Porto Alegre - RS

Telefone: (051) 331-6699 R:2257 ou 2103. Consult.: 222-4040

Fax: (051) 332-8324 ou 222-1800

Coord.: Dr. Paulo Naud

## SP - São Paulo

**Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS - Secretaria de Estado da Saúde**

Rua Antônio Carlos 122 - Cerqueira César - 01309-010 - São Paulo - SP

Tel.: (011)285-4329

Fax.: (011) 285-4329

Coord.: Dr. Paulo Roberto Teixeira

## SP - São Paulo

**Serviço de Ginecologia - Hospital Ipiranga - Secretaria de Estado de Saúde**

Av. Nazaré 28 - Ipiranga - 04262-000 - São Paulo - SP

Tel.: (011) 211-7799 r 174 ou 63-2656. Consult.: 885-7722. Cel.: 986-0802

Fax.: (011) 273-7244 ou 571-6577

Coord.: Dr. Afonso Celso Pinto Nazário

## SP - Campinas

**Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) - UNICAMP**

Rua Alexander Fleming 101 - Cid. Universitária - 13.083-970 - Campinas - SP

Tel.: (0192) 39-7910

Coord.: Dr. Aníbal Faundes e Dra. Eliana Amaral

## SP - Santos

**Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de Santos**

Praça Rui Barbosa 23, 4º andar - Centro - 11.013-120 - Santos - SP

Tel.: (013)235.2436 Resid.: 222-1210

Fax: (013) 233.3634

Coord.: Srª Regina Célia Marcondes Nogueira

## **Traços Afetivos e a Infecção Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): Um Estudo Diferencial.**

*Affective Traits and the Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection: A Differential Study.*

Alcyone Artioli Machado<sup>1</sup>, Marco Antonio de Castro Figueiredo<sup>2</sup>, Carlos Miguel<sup>3</sup>, Vera Cristina Pezza<sup>3</sup>, Márcio Vandrei Vicentini<sup>3</sup>, Elucir Gir<sup>4</sup>, Geraldo Duarte<sup>5</sup>

### **RESUMO**

Estudos com 60 pessoas infectadas pelo HIV foram realizados para verificar, além de características entre sexos, alterações afetivas em função do comportamento de risco e presença de sintomas. Atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, os sujeitos foram avaliados com base nos Fatores C (força do ego), I (harria), O (apreensão) e Q<sub>4</sub> (tensão) do Inventário de Personalidade 16PF de Cattell e Eber (1957). A aplicação do teste de Mann-Whitney nos resultados de subamostras definidas pelo sexo, presença de sintomas e comportamento de risco (forma de contágio) demonstrou maior *apreensão* por parte dos sujeitos *masculinos* (Zu=-2.49; p<.01), maior *tensão* entre os sujeitos *sintomáticos* (Zu=-2.03; p=.04), maior *instabilidade* e *rigidez* entre os *usuários de drogas*, quando comparados às *parceiras* (Zu=-2.09; p=.03) e maior *instabilidade* (Zu=-2.05; p=.04) e *tensão* (Zu=1.97; p=.05) entre os sujeitos contaminados *via sanguínea*. Com base nestes resultados, algumas estratégias para o seguimento e suporte ao portador do HIV são apresentadas.

### **PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida  
Suporte psicológico  
Traços afetivos  
Avaliação psicológica

### **SUMMARY**

Sixty HIV-infected patients were studied in order to determine, in addition to the characteristics of each sex, affective alterations as a function of risk behavior and the presence of symptoms. The subjects were seen at the University Hospital,

Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, USP, and evaluated on the basis of Factors C (ego strength), I (harria), O (apprehension) and Q<sub>4</sub> (tension) of the Personality Inventory of 16 PF of Cattell and Eber (1957). Application of the Mann-Whitney test to the results for the subsamples defined by sex, presence of symptoms and risk behavior (form of contagion) demonstrated greater *apprehension* on the part of *males* (Zu=2.49; p<.01), greater *tension* among *symptomatic* subjects (Zu=2.03; p=.04), greater *instability* and *rigidity* among *male drug users* when compared to their *partners* (Zu=2.09; p=.03) and greater *instability* (Zu=2.05; p=.04) and *tension* (Zu=1.97; p=.05) among subjects contaminated through the *blood route*. On the basis of these results, some strategies for the follow-up and support of the HIV-infected patients are presented.

**KEY-WORDS:** Acquired Immunodeficiency Syndrome  
Psychological support  
Affective traits  
Psychological evaluation

### **INTRODUÇÃO**

Desde a sua descrição, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) vem sendo extensivamente estudada em todos os seus aspectos<sup>6</sup>. Por sua vez, o agente causador, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), também é motivo de vários estudos<sup>20</sup> e mesmo de polêmicos debates na literatura.<sup>8,27</sup>

Não há, até o presente momento, terapêutica específica para a SIDA, restando, em alguns casos, o tratamento de suporte. A aderência ao tratamento está estreitamente relacionada com o comportamento de risco ou a forma como o indivíduo adquiriu o vírus.

<sup>1</sup> Professora Dra junto ao Departamento de Clínica Médica da FMRP USP

<sup>2</sup> Professor Associado junto ao Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP

<sup>3</sup> Alunos de graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP

<sup>4</sup> Professora Dra junto ao Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP USP

<sup>5</sup> Professor Associado junto ao Departamento de Ginecologia e Obstetria da FMRP USP

Endereço: Avenida dos Bandeirantes 3900 - Ribeirão Preto - SP - Brasil CEP 14040-901

E-mail: marcoacf@usp.br

Nesse contexto, fatores psicológicos e traços de personalidade passam a ter expressão, não como causadores da síndrome ou agravantes para a aquisição viral, mas como agentes estimuladores da progressão para a doença.

Muito se tem escrito sobre o estresse como fonte de diminuição da imunidade<sup>2</sup> e outros fatores vêm também sendo pesquisados<sup>1,24</sup>. Sabe-se que fatores emocionais podem aumentar a suscetibilidade à infecção por doenças oportunistas e influenciam o processo de desenvolvimento do quadro clínico, constituindo-se em determinante para a adesão ao tratamento<sup>5</sup>. O indivíduo portador do HIV sofre um grande estresse, pois luta com um vírus letal em seu organismo, além de sofrer preconceitos sociais e estigmas os mais variados<sup>10,14</sup>.

O profissional da saúde, médico ou não, no atendimento ao infectado pelo HIV deve levar todos esses fatores em consideração e as observações das diferenças individuais tornam-se importantes para o suporte ao paciente, e conseqüente necessidade de acompanhamento individualizado.

A experiência tem demonstrado ser necessário tratamento diferencial, dependendo da característica das pessoas acometidas pelo HIV, para que se crie, na prática, um vínculo entre profissional da saúde e paciente. Assim, é importante identificar os principais aspectos onde esse vínculo é realizado, apontando os principais elementos e fatores de personalidade que poderiam estar implicados na resposta do paciente, além da busca de quais fatores trabalhar, melhorando o atendimento como um todo.

Neste sentido, o presente trabalho procurou verificar, em portadores do HIV e pacientes com AIDS, diferenças quanto a traços de personalidade, em função de algumas variáveis topográficas e comportamento de risco, com o intuito de orientar

um tratamento diferencial, de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

**MÉTOD**

**Sujeitos:** Foram estudadas 60 pessoas, infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, atendidas durante o período decorrente entre novembro de 1993 e junho de 1995, no Ambulatório e Enfermaria de Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, de ambos os sexos, pertencentes a várias categorias de comportamento de risco, sintomáticos ou não. Os pacientes não manifestavam qualquer afecção psiquiátrica que comprometesse a fidedignidade da coleta de dados. Os dados demográficos dos sujeitos estudados podem ser vistos na Tabela 1:

Podemos observar um grande equilíbrio quanto ao sexo, sendo, na quase totalidade, pessoas com idade inferior a 45 anos. Além disso, preponderam pacientes sintomáticos, e, neste caso, a maioria do sexo masculino. Quanto ao comportamento de risco, prevalecem os usuários de drogas ilícitas endovenosas. Considerando o tempo de diagnóstico, a maior freqüência está situada no intervalo abaixo de dois anos.

**Procedimento:** A avaliação de traços de personalidade foi realizada através das escalas C, I, O e Q4 de Cattell e Eber<sup>2</sup> que avaliam, respectivamente, *estabilidade/instabilidade emocional, rigidez/brandura, placidez/apreensão e fleugma/tensão*. Os escores obtidos foram tratados segundo o Manual do 16 PF, Forma Completa, validado e adaptado para a população brasileira.

A interação entre as medidas nos quatro Fatores do 16 PF foi analisada através de estudos de regressão. Estudos diferenciais foram realizados entre subgrupos definidos pelo sexo,

**TABELA 1 - Caracterização Demográfica da Amostra Estudada (N=60)**

	GRUPO							ST	NT	IDADE			DIAGN.		
	Dr	Bi	He	Ho	Pc	Mp	Σ	St	As	15/30	31/45	< 45	> 2 a	2 a 4	< 4 a
<b>M</b>	8	6	3	6	0	7	30	28	4	20	10	2	19	8	5
<b>F</b>	8	0	2	0	17	0	27	15	13	15	13	0	13	13	2
<b>ΣP</b>	16	6	5	6	17	7	57	43	17	35	23	2	32	21	7
<b>ΣT</b>	57							60		60			60		

(\*) Retirados 3 sujeitos de comportamento de risco indeterminado.  
 Dr: Usuários de Drogas Ilícitas Endovenosas      St: Sintomáticos  
 Bi: Bissexuais      As: Assintomáticos  
 He: Heterossexuais      M: Masculinos  
 Ho: Homossexuais      F: Femininos  
 Pc: Parceiras de Usuários de Drogas  
 Mp: Múltiplos Parceiros

comportamento de risco, via de contágio e transmissão e presença ou ausência de sintomas. Foi utilizado o teste "U" de Mann-Withney com critério  $p < .05$  para a rejeição da hipótese de igualdade.

**RESULTADOS**

As correlações obtidas entre as medidas tomadas nos Fatores do 16 PF podem ser observadas na Tabela 2:

**TABELA 2 - Correlações entre Fatores do 16 PF (N=60)**

	I	O	Q4
C	+.07 .50	-.53* <.001	-.47* <.001
I		+.05 .61	-.02 .66
O			+.64* <.001

As correlações, significantes entre os Fatores C/O, C/Q4 e Q4/O, sugerem interação das medidas de estabilidade emocional, tensão e apreensão, além de independência entre rigidez/brandura e demais Fatores.

Considerando as correlações entre os escores obtidos nos Fatores do 16 PF e o tempo de diagnóstico expresso em meses, a Tabela 3 apresenta os resultados:

**TABELA 3 - Correlações entre os Fatores do 16 PF e o tempo do diagnóstico, em meses. (n=60)**

	I	C	O	Q4
r	+.21	+.07	+.20	+.24
T	1.34	.17	1.12	1.22
p	.18	.65	.26	.22

Os resultados encontrados revelam que os escores obtidos nos quatro Fatores do 16 PF são independentes do tempo de diagnóstico dos sujeitos avaliados.

Com referência aos estudos diferenciais em função do sexo e a presença ou não de sintomas, as Tabelas 4 e 5 apresentam

os resultados obtidos após a aplicação do teste de Mann-Withney:

**TABELA 4 - Resultados do teste de Mann-Withney para diferença entre sexos nos 16 PF. (n1=32; n2=28)**

	C	I	O	Q4
Zu	-1.47	-1.42	-2.49	-1.37
p	.13	.15	.01*	.16

**Tabela 5: Resultados do teste de Mann-Withney para diferença entre sujeitos sintomáticos e assintomáticos. (n1=43; n2=17)**

	C	I	O	Q4
Zu	-.06	-1.35	-.39	-2.03
p	.49	.17	.66	.04*

Considerando a variável sexo, os resultados obtidos para o Fator O indicam maior apreensão por parte dos homens ( $\Sigma$  postos = 36.5) quando comparados às mulheres ( $\Sigma$  postos = 25.2). No que se refere à presença ou não de sintomas, os dados encontrados para o Fator Q4 demonstram maior tensão entre sujeitos sintomáticos ( $\Sigma$  postos = 33.4) que assintomáticos ( $\Sigma$  postos = 23.2).

Os estudos de diferenças entre subgrupos definidos pelo comportamento de risco (usuários de drogas, Dr; homossexuais, Ho; parceiras de usuários de droga, Pc) quanto às respostas aos Fatores C, I, O e Q4 são apresentados nas Tabelas 6, 7, 8 e 9, respectivamente:

**TABELA 6 - Resultados do Teste de Mann-Withney para diferenças entre subgrupos de pacientes, Fator C. (n1=16; n2=12; n3=17)**

	Ho	Pc
Dr	-1.28 .19	-1.87* .05
Ho		-.33 .68

**TABELA 7 - Resultados do Teste de Mann-Withney para diferenças entre subgrupos de pacientes, Fator I. (n1=16; n2=12; n3=17)**

	<b>Ho</b>	<b>Pc</b>
<b>Dr</b>	<b>-1.35</b> .17	<b>-2.09*</b> .03
<b>Ho</b>		<b>-.73</b> .47

**TABELA 8 - Resultados do Teste de Mann-Withney para diferenças entre subgrupos de pacientes, Fator O. (n1=16; n2=12; n3=17)**

	<b>Ho</b>	<b>Pc</b>
<b>Dr</b>	<b>-1.25</b> .21	<b>-.76</b> .46
<b>Ho</b>		<b>-.35</b> .67

**TABELA 9: Resultados do Teste de Mann-Withney para diferenças entre subgrupos de pacientes, Fator Q4 (n1=16; n2=12; n3=17)**

	<b>Ho</b>	<b>Pc</b>
<b>Dr</b>	<b>-1.02</b> .31	<b>-.83</b> .41
<b>Ho</b>		<b>-.02</b> .40

**TABELA 10 - Resultados do teste T para diferenças entre subgrupos definidos pela via de transmissão da doença, para os 4 Fatores estudados.**

Transm.	<b>C</b>		<b>I</b>		<b>O</b>		<b>Q4</b>	
	<b>Sx</b>	<b>Sg</b>	<b>Sx</b>	<b>Sg</b>	<b>Sx</b>	<b>Sg</b>	<b>Sx</b>	<b>Sg</b>
<b>Média</b>	16.8	14.8	9.6	8.4	11.6	14.0	15.2	12.1
<b>SD</b>	3.3	2.8	2.4	2.7	4.1	3.6	5.4	5.5
<b>T</b>	-2.05		-1.75		1.96		-1.97	
<b>p</b>	.04*		.08		.05*		.05*	

Os dados revelam diferenças significativas entre parceiras e usuários de drogas para os Fatores correspondentes à *estabilidade/instabilidade emocional (C)* e à *rigidez/brandura (I)*, o que não acontece em relação aos demais Fatores.

No que se refere aos subgrupos definidos pela via de transmissão (sexo, Sx; sangue, Sg), os dados são apresentados pela Tabela 10.

Exceção feita ao Fator I, os resultados demonstraram diferenças significativas em função da via de transmissão do HIV, com maiores propensões à *instabilidade e tensão* por parte dos indivíduos contaminados via sangüínea, além de índices mais altos de *apreensão* dentro do grupo dos contaminados pela via sexual.

**DISCUSSÃO**

Fazendo uma síntese dos resultados, alguns aspectos importantes para o seguimento psicossocial do paciente com AIDS, complementar ao tratamento clínico, podem ser ressaltados:

a. Os indivíduos infectados através da *via sangüínea*, quando comparados aos contaminados pela *via sexual*, apresentaram maiores propensões à fadiga neurótica, à culpabilidade e à irritação, aliadas à menor força do ego e rebaixamento da resistência à frustração.

Se considerarmos que a característica determinante do comportamento de risco à transmissão sangüínea é a partilha de drogas endovenosas (DEV), os resultados obtidos estão congruentes com a literatura, que tem atribuído aos usuários de drogas ilícitas algumas características como a tendência à depressão, à autodestruição e ao isolamento<sup>5</sup> que prejudicam o trabalho do médico<sup>2</sup> e pode levar este à recusa ao atendimento<sup>5,18</sup>, e que, segundo Lopes<sup>7</sup>, "cria na relação de tratamento uma situação confusional que dificulta a adoção de medidas que visam diminuir a disseminação da doença" (p. 58).



Considerando todos estes aspectos, a identificação de traços mais acentuados de instabilidade emocional (Fator C) e de apreensão (Fator O) entre sujeitos cujo comportamento de risco está associado ao contágio sanguíneo, aponta, para este grupo, estratégias de seguimento e suporte que envolvam a diminuição de propensões à culpabilidade e a devolução do equilíbrio e do fortalecimento do ego.

b. Levando em conta a variável gênero, os sujeitos do sexo feminino apresentaram uma tendência menor à apreensão, quando comparadas aos homens. Estes dados se confirmam na literatura, que aponta, nas mulheres, uma capacidade maior de assimilação da doença<sup>9</sup>, além de um menor medo do contágio<sup>1</sup>. Da mesma forma, comparadas aos usuários de drogas ilícitas endovenosas, as mulheres infectadas pelos parceiros apresentam maior tolerância à frustração, menor irritabilidade e maior força do ego, acrescidos de maiores índices de ajustamento e brandura.

Neste sentido, a literatura tem sido pródiga em exemplos relacionando características femininas<sup>13,19</sup> com o papel da mulher, seja ela infectada ou não, no controle da disseminação da doença e no suporte aos portadores do HIV e pacientes com AIDS.

Este fato se reveste da maior relevância para a compreensão do papel da parceira no acompanhamento, suporte e orientação do casal infectado pelo HIV, principalmente nas questões que tangem a aderência ao tratamento pelo parceiro, controle de natalidade e da transmissão do vírus para outras pessoas.

c. Finalmente, uma característica que determina uma marcada diferença para os sujeitos sintomáticos por ocasião da avaliação se refere ao maior nível de tensão e excitação destes. Realmente, muitos autores relatam intercorrências psicológicas decorrentes da sintomatologia física da doença, como a desesperança e dependência<sup>7</sup>, as dificuldades da manutenção dos mecanismos de negação<sup>3,28</sup> e os efeitos desmoralizantes das marcas deixadas pelas doenças oportunistas<sup>26</sup>.

Lopes<sup>7</sup> considera este momento particularmente difícil para o paciente com AIDS, uma vez que "o tratamento sempre exige múltiplas consultas, testes e procedimentos dolorosos e desconfortáveis, uso de medicações com muitos efeitos colaterais, hospitalização prolongada e com precauções de isolamento" (p. 53). Assim, o acompanhamento e o suporte para o paciente sintomático se revestem de características próprias, onde particularidades idiossincráticas quanto à resposta aos sintomas

devem ser consideradas e cada paciente é um caso à parte. Desta forma, a identificação e localização de focos de tensão e excitação em pacientes sintomáticos são de grande utilidade para o estabelecimento de estratégias de acompanhamento psicossocial do tratamento clínico da AIDS.

Estes são os primeiros resultados de uma série de avaliações que deverão ser realizadas para diagnosticar precocemente alterações emocionais de portadores do HIV e pessoas com AIDS, em função de algumas características determinantes da forma de contágio que envolvem resistências específicas à aderência ao tratamento de suporte ou acompanhamento clínico da doença. Numa perspectiva a médio prazo, espera-se poder planejar atendimento individualizado tanto em função das necessidades específicas de cada grupo, como das particularidades de cada paciente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRE-SINOSSI, F. et al. Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). *Science*, n. 220, p.868-71, 1983.
2. CATTELL, R.B. e EBER, H.W. *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire, "The 16 PF Test". Forms A, B and C. I.P.A.T., 1602 Coronado Drive, Champaign, 111, 1957.*
3. CATTELL, R.B. e EBER, H.W. *Questionário do 16 Fatores de Personalidade. Manual abreviado, formas A e B.* Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda, Rio de Janeiro, sem data, 43p.
4. CLINE, D.J. The psychosocial impact of HIV infection - What clinicians can do to help. *J. Am. Acad. Dermatol.* v. 6 pt2, p.1299-302, 1990.
5. COHEN, M.A.A. Biopsychosocial Approach to the Human Immuno Deficiency Virus epidemic-A Clinician's Primer. *General Hospital Psychiatry*, v. 12, p. 98-123, 1990.
6. DOWELL, K.A. et al. When are AIDS patients to blame their disease? Effects of patients' sexual orientation and mode of transmission. *Psychol. Rep.*, v. 69, n.1, p.211-19, 1991.
7. DUESBERG, P.H. AIDS acquired by drug consumption and other non contagious risk factors. *Pharmac. Ther.*, v. 55, p. 201-77, 1992.
8. DUESBERG, P.H. HIV and aetiology of AIDS. *Lancet*, n. 341, p. 957-8, 1993.
9. FERNANDEZ, F. et al. Consultation-Liaison Psychiatry and HIV Related Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, v. 40, p.146-53, 1989.
10. FIORONI, L.N. *Um estudo sobre a determinação do Locus de Controle e a atitude de enfermeiros e estudantes de enfermagem a respeito da AIDS.* Monografia de Bacharelado. Departamento de Psicologia e Educação, FFCLRP USP, Ribeirão Preto, 45 p, 1995.
11. IRWIN, M. et al. Reduction of immune functions in life stress and depression. *Biology Psychiatry*, v. 27, p.22-30, 1990.
12. JEMMOTT, J.B. e LOCKE, S.E. Psychosocial Factors, immunologic medication and Human susceptibility to infectious diseases: how much do we know? *Psych. Bull.* v.95, n.1, p.78-108, 1984.

13. JEMMOTT, L.S. e JEMMOTT III, J.B. Applying the Theory of Reasoned Action to AIDS risk behavior: condom use among black women. *Nurs. Res.* v.40, n.4, p. 228-34 1991.
14. JOSEPH, J.G. et al. Coping with the Threat of AIDS. *Am. Psychol.* v. 39, n.11, p. 1297-302, 1984.
15. KING, M.B. Psychological and social problems in HIV infection interviews with general practitioners in London. *BMJ*, v. 299, p.713- 17, 1989.
16. LEVY, J.A. Pathogenesis of Human Immunodeficiency Virus infection. *Microb. Rev.* v.57, n.1, p.183-289, 1993.
17. LOPES, M.S. Estudo qualitativo de características psicossociais de pacientes contaminados pelo HIV. *Dissertação de Mestrado*. Programa de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 212 p., 1993.
18. LUCENTE, F.E. Patient care issues in the Acquired Immuno-deficiency Syndrome *Ear, Nose and Throat Journal.* v. 69, p.432-5, 1990.
19. MERRILL, J.M. et al. Attitudes towards AIDS. *Hosp. Community Psych.* v. 40, n.8, p.857, 1989.
20. NOWAK, M.A. e McMICHAEL, A.J. How HIV defeats the immune system. *Scientific American.* v. 273, n.2, p. 42-9, 1995.
21. O'BRIEN, F. Work-related fear of AIDS and Social-Desirability response bias. *Psychol. Rep.* v.65, n.2, p.371-8, 1989.
22. OLIVENSTEIN, C. *Toxicomania e AIDS*. In: LANCETTI, A. (org.) *Saúde e Loucura*, vol. 3, São Paulo, Ed. Hueccitec. (p. 97-194), 1992.
23. RASKIN, D.E. Psychiatric and psychological aspects of AIDS. *Delaware Medical Journal.* v. 60, p.38-40, 1988.
24. SCHRLEIFER, S. et al. Depression and immunity. *Arch. Gen. Psych.* v. 42, p. 129-233, 1985.
25. STEIN, M. et al. Depression, the immune system, and health and illness. *Arch. Gen. Psych.* v. 48, p.171-7, 1991.
26. TROSS, S. e HIRSCH, D.A. Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *Am. Psychol.* v. 43, p.929-34, 1993.
27. WEISS, R.A. How does HIV cause AIDS? *Science.* v. 260, p.1273-8, 1993.
28. WESCH, J.E. et al. Psychosocial aspects of HIV/AIDS care. *J. Am. Dent. Assoc.* suppl. p.125-55, 1989.

## **PARTICIPE! PARTICIPE! EVENTOS**

### **VII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana**

Natal - RN

20 a 23 de novembro de 1996

Informações: (084) 212-1969 / 222-7444

### **IV Jornada de Ginecologia e Obstetrícia da SOGESP Regional de Ribeirão Preto**

#### **I Jornada de Ginecologia Endócrina da SOBARGE**

### **III Encontro dos Ex-Pós-graduandos e Ex-Residentes do DGO-FMRUSP**

Ribeirão Preto - SP

28 a 31 de agosto de 1996

Informações: (011) 212-8655 / Fax.: 212-8349

### **III Congresso de Ginecologia e Obstetrícia da Região Sudeste da FEBRASGO**

São Paulo - SP

19 a 21 de setembro de 1996

Informações: (011) 212-8655 / Fax: 212-8349

## **Linfogranuloma Venéreo- 160 Anos de Progressos Clínicos e Laboratoriais**

**René Garrido Neves<sup>1</sup>, Omar Lupi da Rosa Santos<sup>2</sup>**

### **RESUMO**

O linfogranuloma venéreo (LGV) é uma doença infecto-contagiosa, de transmissão sexual, causada pela *Chlamydia trachomatis*. É mais freqüente nas regiões tropicais e subtropicais, áreas de menor desenvolvimento sócio-econômico e maior promiscuidade sexual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Linfogranuloma venéreo, infecções por clamídias

### **SUMMARY**

Lymphogranuloma venereum (LGV) is an acute to chronic sexually transmitted infectious disease with transient genital lesions followed by significant regional lymphadenopathy as well as systemic manifestations. LGV may progress to late fibrosis and tissue destruction in untreated cases. The causative organism is *Chlamydia trachomatis*. It is more frequent in tropical and subtropical climates, in areas of low socioeconomic development or great sexual promiscuity.

**KEYWORDS:** Lymphogranuloma venereum, clamydial infections

### **SINONÍMIA**

A doença recebeu numerosos nomes, sendo conhecida desde a antiguidade pelos romanos que a chamavam *struma* e pelos árabes que a designavam como *althaun*.<sup>1</sup> As denominações mais modernas sempre procuraram ressaltar algumas de suas características principais: comprometimento ganglionar, quase sempre inguinal, evolução subaguda, supuração em focos múltiplos e a possível influência climática. Destacam-se os termos doença de Nicolas-Favre-Durand, bubão climático, bubão *d'embilé*, bubão escrofuloso, úlcera venérea adenógena, poroadenite inguinal supurada benigna, linfadenopatia inguinal epidêmica, linfogranulomatose inguinal subaguda e linfogranuloma inguinal.<sup>2,3</sup>

nite inguinal supurada benigna, linfadenopatia inguinal epidêmica, linfogranulomatose inguinal subaguda e linfogranuloma inguinal.<sup>2,3</sup>

### **HISTÓRICO**

A descrição pioneira é atribuída a Wallace que, em 1833, descreveu a doença nas regiões subtropicais e tropicais da África e Ásia. A importância da adenite foi reconhecida por Chassaigne (1859) e Valpeau (1865), mas a perfeita individualização da doença foi efetuada por Nelaton (1890). A etiologia tuberculosa foi proposta por Leyers (1894), seguindo uma analogia clínica e, por Marion e Gandy (1901), devido ao quadro histopatológico. Somente em 1913, Durand, Nicolas e Favre estabeleceram definitivamente a conceituação da doença, afastando a etiologia tuberculosa e identificando a origem venérea.

Frei realizou, em 1905, o teste intradérmico com o antígeno preparado com o pus de lesões. Grace (1934) obteve antígeno após inoculação em cérebro de ratos e Rake e cols. (1940) produziram o antígeno com material de inoculação em saco vitelino. Page (1968) caracterizou as duas espécies de clamídia.

### **ETIOPATOGENIA**

As clamídias são bactérias Gram-negativas, imóveis, parasitas intracelulares obrigatórios, medindo de 0,3 a 1,0 micra. A infecção ocorre através dos corpos elementares que se diferenciam rapidamente em corpos reticulares, presentes já na 5ª hora da infecção. No citoplasma, multiplicam-se por divisão binária em microcolônias ou inclusões, que envolvem o núcleo e produzem a lise celular em 72 horas.<sup>4</sup> Diversos autores vêm demonstrando a alta taxa de recombinação genômica espontânea entre as clamídias.<sup>5,6</sup>

O gênero *Chlamydia* pertence a ordem *Chlamydiales*, família *Chlamydiaceae*, e compreende duas espécies: *trachomatis* e *psittaci*. As clamídias produzem infecção no homem e aves (psitacose, ornitose) e têm predileção para linfonodos, aparelho

<sup>1</sup> Professor Titular de Dermatologia - Faculdade de Medicina/UFRJ. Chefe do Serviço de Dermatologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

<sup>2</sup> Mestre e Doutorando em Dermatologia - Faculdade de Medicina/UFRJ. Professor Assistente de Dermatologia da Universidade Gama Filho. Trabalho realizado no Curso de Pós-Graduação em Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Endereço para Correspondência: Omar Lupi da Rosa Santos

Rua Barão de Mesquita, 850/411, Bloco D

CEP: 20540-004 - Rio de Janeiro/RJ

ocular, pulmões, aparelho gênito-urinário, gastrointestinal e articulações.

A *Chlamydia trachomatis* pertencente aos sorotipos L1, L2 e L3 é o agente causal do linfogranuloma venéreo. Outros sorotipos causam o tracoma, conjuntivites de inclusão e oftalmias de recém-natos (sorotipos A-C), além das uretrites e exocervites (sorotipos D-K). Este último grupo pode participar da síndrome de Reiter, composta por gastrite, conjuntivite, uretrite e poliartrite. As diferentes manifestações destes sorotipos dependem da diversidade na estrutura molecular do DNA, capaz também de conferir uma identidade imunopatogênica a cada cepa da *Chlamydia trachomatis*.<sup>7,8</sup>

As Clamídias já foram consideradas como grandes vírus ou rickettsias, sendo visíveis na microscopia óptica comum. Os receptores para heparina e heparan sulfato, presente nas células eucarióticas, são essenciais para a infectividade da *Chlamydia trachomatis*. Anticorpos monoclonais contra o heparan sulfato bloqueiam totalmente a infectividade dos corpos elementares.<sup>9</sup> Os linfócitos CD4 + e CD8+ participam ativamente na reação imunológica contra as clamídias,<sup>10,11</sup> apesar da ausência da transformação blástica das células CD4+ induzida por antígenos específicos para *Chlamydia trachomatis*.<sup>12</sup>

**EPIDEMIOLOGIA**

O LGV é mais comum nas regiões tropicais e subtropicais, mas pode ser observado, raramente, em outras áreas do mundo.<sup>13</sup> A transmissão sexual é, via de regra, a forma do contágio. A maior incidência ocorre no grupo etário entre 20 e 30 anos, sendo mais comum no sexo masculino. As prostitutas e homossexuais tinham, antigamente, papel preponderante na transmissão da doença.<sup>14</sup> Atualmente, a maior liberdade sexual e o reconhecimento da existência de portadores são modificaram este conceito, tornando mais difícil controlar e efetuar a profilaxia do LGV.

Os inquéritos sorológicos realizados em populações europeias aparentemente saudáveis revelaram uma baixa incidência do LGV. Panizza et al.<sup>15</sup> observaram 6 casos da doença em 1 ano de avaliação sorológica da população da Sicília, Itália. Em Paris, Scieux et al.<sup>16</sup> detectaram 27 casos, em 6 anos.

Avaliação efetuada em uma clínica de atendimento a doenças sexualmente transmissíveis em Ruanda estudou 210 casos de úlceras genitais. O LGV foi a doença venérea menos frequente, totalizando 23 casos (11%). Outras doenças detectadas foram sífilis (40%), cancroide (24%) e herpes genital (17%); sendo que 59% dos paciente apresentavam sorologia positiva para o HIV.<sup>17</sup> A concomitância de doenças venéreas pôde ser melhor avaliada no estudo realizado por Sischy et al.<sup>18</sup> em 1170 pacientes africanos, onde 34% dos portadores do LGV apresentavam sorologia positiva para sífilis.

Inquérito epidemiológico realizado em Niterói (Brasil), entre 1948 e 1978, detectou 361 casos do LGV, constituindo

0,26% de todos os 21.860 atendimentos dermatológicos realizados e 2,41% pacientes avaliados no setor de doenças sexualmente transmissíveis. Cerca de 91% dos casos de LGV ocorreram no sexo masculino, 63% eram solteiros e não houve diferença significativa quanto ao grupo étnico. A queixa principal mais comum foi a adenopatia inguinal. A lesão ulcerada inicial foi referida por 19,4% dos pacientes e febre foi detectada em 8,3% dos casos. A maioria dos portadores do LGV eram operários, serventes e comerciantes. Estudo semelhante realizado na cidade do Rio de Janeiro (Brasil), entre 1973 e 1979, detectou 44 casos do LGV, 0,004% do total dos atendimentos dermatológicos. As avaliações epidemiológicas realizadas nestas duas cidades brasileiras permitiram detectar um declínio gradativo do LGV, mantendo-se como a quarta doença venérea mais frequente depois da uretrite gonocócica, sífilis e cancroide.

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

A exteriorização das lesões ocorre após período de incubação variável de 1 a 2 semanas. As condições predisponentes das outras doenças de transmissão sexual são também aceitas para o linfogranuloma venéreo, a saber: fimose, intertrigo, eczema, balanite, balanopostites, uretrites, vulvovaginites e proctites.

O local da inoculação passa, quase sempre, despercebido. Cerca de 25% dos pacientes relatam lesão discreta, conhecida como microcancro de inoculação, com o aspecto de vesícula, erosão, pápula-erosada, exulceração ou simples edema de coloração violácea.<sup>19</sup> O sulco balanoprepucial e a face interna dos pequenos lábios são as localizações habituais. A porta de entrada, outras vezes, está situada na região anal, retal, bucal e perineal, principalmente em homossexuais masculinos.<sup>6,20</sup> Outras áreas acometidas são as tonsilas palatinas<sup>21</sup> e regiões submármia, nasogeniana e umbilical.<sup>2,22</sup>

A adenopatia representa o elemento objetivo mais importante do exame clínico. Surge dias ou semanas após a lesão inicial e, na maioria das vezes, é unilateral e inguinal. Há uma periaadenite que reúne vários linfonodos acometidos, de início eritematoso, tornando-se depois violácea. Na evolução natural do processo, surgem pontos de flutuação, correspondendo aos focos de necrose ou abscesso, que fistulizam e dão saída a material purulento espesso.<sup>2,22</sup> O aparecimento de vários orifícios fistulosos explica a comparação feita com espumadeira ou "bico de regador". A cadeia ganglionar mais acometida no homem é a inguinal e, na mulher, a crural e ilíaca, acompanhando a drenagem linfática, que é diferente em cada sexo. A área inguinal, quando acometida, pode apresentar o chamado "sinal do sulco". Consiste na adenomegalia inguinocrural exuberante transpassada por uma região inalterada, que corresponde ao ligamento inguinal, emprestando ao local o aspecto de "uma cabeça de parafuso".

As manifestações clínicas pertencem a dois tipos básicos: genitais e gênito-anorretais. O coito anal propicia a implantação

do germe diretamente na mucosa retal. Há inflamação da mucosa, possível ulceração e corrimento sanguinolento ou mucopurulento fétido. A retite é acompanhada de constipação.<sup>6,20</sup> Além da adenite que domina o quadro clínico, podemos observar: uretrites, vulvovaginites, exocervicites, proctites, retites, abscessos, fissuras, fístulas, vegetações polipóides e elefantíase genital.<sup>2</sup>

Manifestações sistêmicas são comuns e acompanham o quadro genital. Ocorrem cefaléia, náuseas, febre, calafrios, anorexia, prostração e mialgias. O LGV pode se acompanhar de artralgias, pneumonia atípica, eritema nodoso, erupção escarlatiforme, meningite, meningoencefalite e ceratoconjuntivite.<sup>22,23</sup>

A elefantíase da vulva, pênis, bolsa escrotal e períneo representa manifestação tardia, rara em nossos dias. A síndrome estiomênica, constituída por ulceração vulvar seguida de esclerose e hipertrofia tegumentar, pode ocorrer em pacientes com LGV, mas também na tuberculose e sífilis.<sup>19,22</sup> O tratamento inadequado facilita o surgimento das manifestações tardias, características da síndrome anorretal descrita por Gersild: abscessos pararetais, fístulas, fístulas retovaginais, ulcerações, retrações e esclerose (Fig. 1). A retite estenosante pode produzir



Fig. 1 - Fístulas e abscessos pararetais em paciente com LGV. (Cortesia do Dr. Sérgio Schrader Serpa).

completa oclusão intestinal, simulando quadros de neoplasia anorretal.<sup>24</sup>

As manifestações tardias parecem ser mais frequentes nas mulheres, como decorrência da anatomia genital feminina e da drenagem linfática, que tornam mais difícil e demorado o diagnóstico do LGV. No sexo masculino, manifestações tardias anorretais decorrem, geralmente, do coito anal.<sup>1,6,20</sup> O'Farrell et al.<sup>25</sup> observaram que a acurácia do diagnóstico clínico do LGV em homens é de 66%, superior a observada em outras doenças sexualmente transmissíveis. A mesma análise realizada no sexo feminino demonstrou que o LGV é a doença venérea de mais difícil diagnóstico entre moléstias que cursam com ulceração genital.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico diferencial deve incluir principalmente o cancroide, sífilis, tuberculose ganglionar (escrofuloderma), doença da arranhadura do gato e doença de Hodgkin. A sífilis e o cancroide apresentam lesões ulceradas e adenopatia com características clínicas e evolutivas distintas. A presença do *Treponema pallidum* ou do *Haemophilus ducreyi*, em material colhido das lesões, além das reações sorológicas para sífilis, facilitam o diagnóstico. Nos casos de superposição do LGV com outras doenças de transmissão sexual, o diagnóstico é mais complexo. Nestes casos, a anamnese, o exame clínico e os exames complementares laboratoriais devem ser analisados criteriosamente, visando estabelecer com segurança a concomitância das moléstias.

O escrofuloderma, quando atinge a cadeia ganglionar inguinal ou inguinocrural, pode representar diagnóstico diferencial importante. A adenite é tórpida, arrastada, sem sinais flogísticos exuberantes e não-dolorosa. A existência de foco de tuberculose entre contatos ou mesmo pessoal, o teste tuberculínico, o exame histopatológico, a cultura para o *Mycobacterium tuberculosis* e a inoculação em cobaias permitem o diagnóstico da tuberculose. A doença da arranhadura do gato é precedida por traumatismo pelas unhas do animal. A doença de Hodgkin acomete várias cadeias ganglionares e tem seu diagnóstico confirmado pelo exame histopatológico.

O diagnóstico do LGV pode ser complementado pelos seguintes exames:

- 1) exame bacteriológico direto e cultura
- 2) exame sorológico: reação de fixação de complemento e imunofluorescência
- 3) teste de Frei
- 4) exame histopatológico

O exame bacteriológico visa identificar os corpúsculos intracelulares de Gamma-Miyagawa, usando diversos corantes: Giemsa, fucsina e iodo. A microscopia de contraste de fase e a microscopia eletrônica não são utilizadas na rotina laboratorial. A cultura da *Chlamydia trachomatis* pode ser obtida inoculando material oriundo do gânglio no saco vitelino de ovos embrionários de galinha ou em cultura de células irradiadas e previamente tratadas com cytochalasina B (McCoy, Hela 229, L 929).

A reação de fixação do complemento representa o método diagnóstico mais utilizado atualmente. A reação não é específica, indicando apenas a existência de anticorpos contra as duas espécies de clamídia. Deve ser avaliado de maneira pareada, com a realização de dois exames no intervalo de quinze dias. Desta forma, pode-se observar um aumento significativo da titulação correspondendo à atividade da doença.<sup>28</sup> A imunofluorescência representa um método sensível de diagnóstico, mas exige um laboratório mais aparelhado e especializado para ser efetuada. Os anticorpos monoclonais demonstraram ser um método extremamente sensível e de alta especificidade no diagnóstico do LGV, capaz inclusive de evitar reações sorológicas cruzadas entre os sorotipos L1, L2 e L3 e outros sorotipos da *Chlamydia trachomatis*.<sup>27</sup>

O teste intradérmico de Frei pode ser efetuado com o pus colhido do bubão, através de material oriundo de símios (Instituto Pasteur) e com material proveniente da cultura efetuada em ovos embrionários de galinha (Lygranum®). O preparo, a partir do pus retirado por punção, é de simples realização bastando adicionar soro fisiológico cloretado na proporção de 1/5, tindalizar a solução, filtrar e adicionar ácido fênico a 0,5%. O teste de Frei é feito inoculando 0,1 ml da solução por via intradérmica. A resposta positiva é representada por nódulo com mais de 5 mm e halo eritematoso, que surge após 48 horas e pode permanecer de 1 a 3 semanas. A baixa sensibilidade e especificidade do exame, aliados à dificuldade em obter-se comercialmente o antígeno, tornaram o teste cada vez menos usado.<sup>26,28</sup>

O exame histopatológico da massa linfonodal não é um exame de alta sensibilidade para o diagnóstico do LGV. Observa-se uma reação granulomatosa com focos de necrose e microabscessos (Fig. 2). Hiperglobulinemia acentuada pode ser observada nos portadores do LGV de longa evolução.<sup>28</sup>

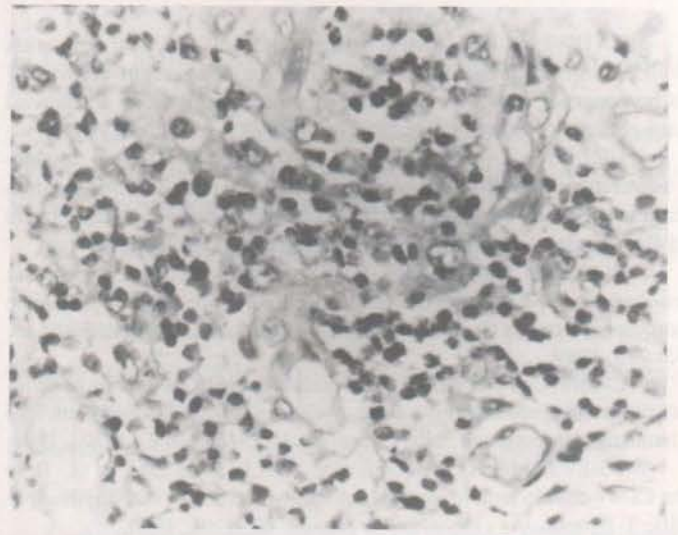


Fig. 2 - Análise histopatológica do bubão mostrando a existência de microabscessos (HE, 400 x).

#### TERAPÊUTICA

A) Antibióticos<sup>29-32</sup>: Tetraciclina: 500 mg VO cada 6 horas, durante 2 a 4 semanas; doxiciclina: 100 mg VO cada 12 horas, por 3 semanas; eritromicina: 500 mg VO cada 6 horas, por 2 a 3 semanas; tianfenicol: 500 mg (2 cápsulas) VO cada 8 horas, durante 2 a 3 semanas; sulfadiazina: 500 mg VO cada 6 horas, durante 2 a 3 semanas; sulfasoxazol: Dose inicial de 4,0 g VO e depois 2,0 g durante 2 a 3 semanas; azitromicina: 10 mg/Kg/dia por 1 a 2 semanas

B) Cirurgia: A punção e drenagem dos abscessos com agulha grossa podem ser efetuadas. A inserção da agulha deve ser feita através da pele sã circunjacente ao bubão, prevenindo, assim, a ruptura do mesmo com a formação de fístulas. A incisão e exérese dos gânglios são contra-indicadas. Dilatação e amputação parcial do reto são medidas indicadas, ocasionalmente, nos casos de retite estenosante.<sup>11,20</sup> A vulvectomia e colostomia são recursos raramente utilizados.

O prognóstico deve ser considerado bom. As manifestações tardias tomam-se, cada dia, mais raras. A transformação maligna das lesões de elefantíase genital e da síndrome anorretal, mais comum no sexo feminino, é considerada excepcional.<sup>33</sup>

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OEHME A, MUSHOLT PB, DREESBACH K. Chlamydiae as pathogen - an overview of diagnostic techniques, clinical features, and therapy of human infection. *Klin Wochenschr*, 69: 463, 1991.
2. HAYES LJ, YEARSLEY P, TREHARNE JD, et al. Evidence for naturally occurring recombination in the gene encoding the major outer membrane protein of lymphogranuloma venereum isolates of *Chlamydia trachomatis*. *Infect Immun*, 62: 5659, 1994.

3. BAUWENS JE, LAMPE MF, SUCHLAND RJ, et al. Infection with *Chlamydia trachomatis* lymphogranuloma venereum serovar L1 in homosexual men with proctitis: molecular analysis of an unusual case cluster. *Clin Infect Dis*, 20: 576, 1995.
4. DE LE MAZA LM, FIELDER TJ, CARLSON EJ, et al. Sequence diversity of the 60-kilodalton protein and of a putative 15-kilodalton protein between the trachoma and lymphogranuloma venereum biovars of *Chlamydia trachomatis*. *Infect Immun*, 59: 1196, 1991.
5. WATSON MW, LAMBDEN PR, WARD ME, et al. *Chlamydia trachomatis* 60 Kda cysteine rich outer membrane protein: sequence homology between trachoma and LGV biovars. *FEMS Microbiol Lett*, 53: 293, 1989.
6. CHEN JC, STEPHENS RS. Trachoma and LGV biovars of *Chlamydia trachomatis* share the same glycosaminoglycan-dependent mechanism for infection of eukaryotic cells. *Mol Microbiol*, 11: 501, 1994.
7. IGIETSEME JU, MAGEE DM, WILLIAMS DM, et al. Role for CD8+ cells in antichlamydial immunity defined by *Chlamydia*-specific T-lymphocyte clones. *Infect Immun*, 62: 5195, 1994.
8. JAMES SP, GRAEFF AS, ZEITZ M, et al. Cytotoxic and immunoregulatory function of intestinal lymphocytes in *Chlamydia trachomatis* proctitis of nonhuman primates. *Infect Immun*, 55: 1137, 1987.
9. ZEITZ M, QUINN TC, GRAEFF AS, et al. Mucosal T cell provide helper function but do not proliferate when stimulated by specific antigen in lymphogranuloma venereum proctitis in nonhuman primates. *Gastroenterology*, 94: 353, 1988.
10. KING A, NICOL C, RODIN P. *Venereal Diseases*, 4<sup>th</sup> ed, Baillière Tindall, London, 1980.
11. BECHELLI LM, CURBANOV. *Compêndio de Dermatologia*, 6<sup>a</sup> ed., Atheneu S.A., São Paulo, 1988.
12. AZULAY RD. Doença de Nicolas-Favre-Durand. Clínica e experimentação. *Rev. Flum. Med*, 8: 7, 1943.
13. EICHMANN A. Sexually transmissible diseases following travel in tropical countries. *Schweiz Med Wochenschr*, 123: 1250, 1993.
14. SALES JB. Doença de Nicolas-Favre e sua incidência entre meretrizes de Fortaleza. *Rev Bras Med*, 10: 269, 1953.
15. PANIZZA E, NIGROM, PASQUALE R, et al. Epidemiologic considerations apropos of 6 cases of lymphogranuloma venereum recorded in Sicily in a 1-year period. *G Ital Dermatol Venereol*, 122: 11, 1987.
16. SCIEUX C, BARNES R, BIANCHI A, et al. Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *J Infect Dis*, 160: 662, 1989.
17. BOGAERTS J, RICART CA, VAN DICK E, et al. The etiology of genital ulceration in Rwanda. *Sex Transm Dis*, 16: 123, 1989.
18. SISCHY A, L'EXPOSTO F, DANGOR Y, et al. Syphilis serology in patients with primary syphilis and non-treponemal sexually transmitted diseases in southern Africa. *Genitourin Med*, 67: 129, 1991.
19. ELGART ML. Sexually transmitted diseases of the vulva. In: *Vulvar Diseases*. Turner MLC, Mariniff SC., Eds. W.B. Saunders, Philadelphia, 1992. 387.
20. GHINSBERG RC, FIRSTETER-GILBURD E, MATES A, et al. Rectal lymphogranuloma venereum in a bisexual patient. *Microbiologica*, 14: 161, 1991.
21. WATSON DJ, PARKER AJ, MACLEOD TI. Lymphogranuloma venereum of the tonsil. *J Laryngol Otol*, 104: 331, 1990.
22. BURGOYNE RA. Lymphogranuloma venereum. *Prim Care*, 17: 153, 1990.
23. BUUS DR, PFLUGFELDER SC, SCHACHTER J et al. Lymphogranuloma venereum conjunctivitis with a marginal corneal perforation. *Ophthalmology*, 95: 799, 1988.
24. JEANPRETRE M, HARMS M, SAURAT JH. Stenosing anal mass and venereal lymphogranuloma. *Schweiz Med Wochenschr*, 124: 1587, 1994.
25. O'FARRELL N, HOUSEN AA, COETZEE KD, et al. Genital ulcer disease: accuracy of clinical diagnosis and strategies to improve control in Durban, South Africa. *Genitourin Med*, 70: 7, 1994.
26. PARIS-HAMELIN A, CATALAN F. *Techniques de laboratoires applicables aux diagnostics des M.S.T.* Librairie le François. Paris, 1978.
27. MITTAL A, SACHDEVA KG. Monoclonal antibody for the diagnosis of lymphogranuloma venereum: a preliminary report. *Br J Biomed Sci*, 50: 3, 1993.
28. SCHACHTER J. Chlamydial infection. *N Engl J Med*, 298: 428, 1978.
29. TAVARES W. *Manual de antibióticos para o estudante de Medicina*, 3<sup>a</sup> ed., Atheneu S.A., Rio de Janeiro, 1988.
30. CUNHA BA, GARABEDIAN SM. Tetracyclines in urology: current concepts. *Urology*, 36: 548, 1990.
31. AGAKISHIEV DD, KULIEV TG. The combined treatment with doxycycline and methyluracil of a patient with lymphogranuloma venereum. *Vestn Dermatol Venereol*, 1: 77, 1990.
32. LINNEMANN CC, HEATON CL, RITCHEY M. Treatment of *Chlamydia trachomatis* infections: comparison of 1 and 2g doses of erythromycin for seven days. *Sex Transm Dis*, 14: 102, 1987.
33. CHOPDA NM, DESAI DC, SAWANT PD, et al. Rectal lymphogranuloma venereum in association with rectal adenocarcinoma. *Indian J Gastroenterol*, 13: 103, 1994.

## SUGESTÕES PARA LEITURA

**TÍTULO:** Doenças Sexualmente Transmissíveis em Crianças nos Países em Desenvolvimento.

Sexually Transmitted Diseases in Children in Developing Countries.

**AUTOR:** Richens, J

**FONTE:** Genitourinary Medicine. 1994; 70:278-283.

**RESUMO:** A maioria das crianças no mundo vive em países em desenvolvimento, onde o seu direito de proteção contra a exploração sexual e o abuso do Artigo 34 da Convenção das Nações Unidas pelo Direito das Crianças é muito mais vulnerável e infringível do que o das crianças de países desenvolvidos. Apesar da situação ser pobremente documentada, existem

muitas razões para acreditar que não apenas o padrão das doenças sexualmente transmissíveis difere no mundo em desenvolvimento, mas também as crianças são afetadas em uma escala muito maior. Nesta revisão são examinadas as evidências que confirmam estes dados e trabalhos descrevendo as DST nos países em desenvolvimento.

**TÍTULO:** Tratamento da Infecção Genital por *Chlamydia* em Adolescentes com Azitromicina – dose única.

Single dose of azithromycin for the treatment of genital chlamydial infections in adolescents.

**AUTOR:** Hammerschlag, M; Neville, GH; Oh, MK; Gelling, M; Sturdevant, M; Brown, R; Aras, Z; Neuhoﬀ, S; Dumornay, W; Roblin, P.

**FONTE:** The Journal of Pediatrics 1993 June; 122:6.

**RESUMO:** Foi comparado o tratamento com uma dose única de azitromicina com o tratamento padrão de 7 dias com doxiciclina para o tratamento de infecção genital não complicada por clamídia em adolescentes sexualmente ativos. Setenta e três adolescentes (65 moças) com cultura uretral ou cervical para *Chlamydia trachomatis* foram incluídas neste estudo; 36 receberam azitromicina e 27 receberam doxiciclina. O seguimento da evolução foi feito em 1,2 ou 4 semanas depois do tratamento com azitromicina ou início do tratamento com doxiciclina. Ocorreram quatro falências de tratamento (8,7%) entre as pacientes que receberam azitromicina e quatro (14,8%) no grupo da doxiciclina; todas eram mulheres. Seis destas moças (três tratadas com azitromicina e três com doxiciclina) tinham histórias de sexo desprotegido com parceiro não tratado e provavelmente foram reinfectadas. Quase metade dos pacientes estavam clinicamente assintomáticos. A resposta clínica para os demais pacientes foi de remissão dos sintomas de 97,4% após 4 semanas. Dezenove por cento dos pacientes tratados com azitromicina e 33,3% dos pacientes tratados com doxiciclina tiveram efeitos colaterais leves ou moderados, que foram predominantemente gastrintestinais. Conclui-se que o tratamento com uma dose simples de azitromicina parece ser tão seguro e eficaz quanto o tratamento de 7 dias com doxiciclina para o tratamento de infecção genital não complicada por clamídia em adolescentes.

**TÍTULO:** SIDA: Estudo Clínico e Epidemiológico em 14 Crianças – Casos Índices

**AUTOR:** Herdy, GVH; Leite, MM; Barbosa, JE; Tavares Júnior, PA; Martino, MS; Augusto, AL; Pinto, CAM; Lopes, VGS; Sias, S; Figueiredo Júnior, I.

**FONTE:** Arquivos Brasileiros de Pediatria. 1996; 3(2):39-42.

**RESUMO:** Com objetivo de alertar os pediatras para o diagnóstico precoce da SIDA em crianças, estudamos 14 casos sem história familiar da doença. Descrevemos as principais intercorrências clínicas, a evolução e os dados familiares.

Conclui-se que:

1 - As manifestações clínicas mais comuns foram pneumopatias, diarreia, adenomegalia, desnutrição e monilíase;

2 - A maioria não apresentava história materna para suspeita diagnóstica.

Sugere-se que seja implementado o rastreamento pré-natal ou no sangue do cordão para possibilitar diagnóstico precoce.

**TÍTULO:** Infecção pelo Vírus da Hepatite B entre doadores de sangue e mulheres grávidas em Maiduguri, Nigéria.

Hepatitis B Virus Infection Among Blood Donors and Pregnant Women in Maiduguri, Nigéria.

**AUTOR:** Harry, TU; Bajani, MD; Moses, AE.

**FONTE:** East Afr. Med. Journal. 1994, Sep; 71(9):596-7.

**RESUMO:** Hepatite devido a hepatite B (HBV), e as seqüelas como o carcinoma hepatocelular (HCC) são muito comuns em Maiduguri, na Nigéria. Em um inquérito sorológico de 287 doadores de sangue (todos homens) e 224 mulheres grávidas, foi achado 22% de doadores de sangue e 11,6% de mulheres grávidas com presença de Hbs Ag. Para HBcAg a prevalência foi de 6,64% e 1,39% respectivamente. Estes achados tornam imperativo que todas as doações de sangue e mulheres grávidas sejam pesquisadas quanto a presença de HBsAg. Todas as unidades de sangue positivas devem ser descartadas e todas as crianças que nasçam de mulheres positivas devem ser vacinadas contra a hepatite B, preferivelmente no primeiro ano de vida. Somando a isto, um programa mais amplo de combate à hepatite B deveria ser seguido. Sugere-se que a vacinação contra a hepatite B seja incluída no programa de imunização de forma que todas as crianças, independente do estado sorológico da mãe, se tomem imunizadas.



# Tratado de Reprodução Humana

Paulo R. B. Canella & Nelson Vitiello

1ª Edição com 15 capítulos

Peça seu exemplar e ganhe 20%  
de desconto em sua compra

Vendas: Editora *Cultura Médica Ltda*®  
Rua São Francisco Xavier, 111  
CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ  
Tel (Fax): (021) 264-3443 - Tel.: (021) 567-3888

## Normas para Publicação

1 - O JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS aceita trabalhos originais de revisão e atualização, relatos de casos, notas prévias, etc..., de qualquer tema ligado a Doenças Sexualmente Transmissíveis.

2 - Os trabalhos deverão ser enviados datilografados em papel ofício, em apenas um lado do papel, em espaço duplo. A autorização para reprodução das ilustrações, tabelas, gráficos e etc... é de responsabilidade do autor. Pode também ser enviado em disquete, utilizando o processador de textos Word for Windows, caso em que será dada prioridade.

3 - Os trabalhos deverão ser enviados para  
DST - Jornal Brasileiro de DST  
Setor de DST  
Rua Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo  
24210-130 - Niterói - RJ

4 - Os artigos serão submetidos à análise do Conselho Editorial. Uma vez aceito para publicação, o artigo torna-se propriedade permanente da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e não pode ser reproduzido por nenhum modo ou meio, em parte ou totalmente, sem autorização inscrita. Após a publicação, serão enviados ao autor, no endereço por ele indicado, exemplares da revista.

5 - todos os artigos deverão ter obrigatoriamente: a) Título (com tradução para o inglês); b) Nome completo do(s) autor(es) e seu(s) título(s); c) Instituição onde foi realizado o trabalho; d) Resumos em português e inglês, com no máximo 30 linhas, incluindo **Unitermos** e **Key words**; e) Tabelas e Ilustrações, numeradas em arábicos e preparadas em folhas separadas; f) Referências - incluindo apenas publicações referidas no texto, elaboradas de acordo com a ABNT.

## Perguntas do Leitor

Todos os leitores podem recorrer a esta seção, afim de esclarecer suas dúvidas sobre temas ligados as Doenças Sexualmente Transmissíveis. Procure formular a pergunta da forma mais objetiva possível, de forma clara e procurando não ultrapassar 8 linhas (datilografadas). Responderemos a todas as perguntas, publicando nesta seção aquelas de maior interesse geral. As respostas serão dadas por especialistas nas áreas em questão.

*Sua Carta deverá ser enviada para:*

DST - Jornal Brasileiro de DST - Perguntas do leitor  
Setor de DST / UFF  
Av. Prof. Hernani de Melo, 101 - Anexo  
24210-130 - Niterói - RJ - Brasil

*Não esquecer de mencionar:*

Nome - Endereço - Especialidade - CRM - Se deseja que seu nome seja publicado junto com a sua pergunta.

**Desejo esclarecer a seguinte dúvida:**