

DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

VOLUME 12 - Nº 6 - 2000

INDEXADA: LILACS

- *Dois temas, uma posição: Se unir venceremos*
- *Gonococo Resistente*
- *Sexualidade, DST-AIDS, Drogas e Mulheres na prisão*
- *Uretrite Gonocócica em Homens*
- *DST 4 in Manaus, setembro de 2002*

CONGRESSO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

17 e 18 de novembro de 2000

Centro de Convenções do
Colégio Brasileiro de Cirurgiões



Programa Final

SUMÁRIO

EDITORIAL

- DOIS TEMAS, UMA POSIÇÃO: SE UNIR VENCEREMOS3
Mauro R L Passos
- RESISTÊNCIA DOS GONOCOCOS: UMA DÉCADA PERDIDA?5
Gonococcus resistance: a lost decade
Nero A Barreto

ARTIGOS

- SEXUALITY, STD-AIDS AND DRUGS AND WOMEN IN PRISION8
Sexualidade, DST-AIDS e Drogas e Mulheres na Prisão
Annecy T Giordani e Sônia M V Bueno
- URETRITE GONOCÓCICA EM PACIENTES MASCULINOS DO SETOR DST-UFF15
Gonococal Urethritis in Setor DST-UFF Male Patients
Eloiza M Camarte, Maria F B Matta, Vera R B Ferro, Mauro R L Passos
- CONGRESSO INTERNACIONAL DE INFECTOLOGIA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA31
- ASSINE DST46
- LANÇAMENTO DE LIVROS47
- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO48



SBDST

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

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

DIRETORIA SBDST

Presidente:

Ivo Castelo Branco Coêlho (CE)

1º Vice-Presidente:

Adele Benzakem (AM)

2º Vice-Presidente:

Mauro Cunha Ramos (RS)

1º Secretário:

Geraldo Duarte (SP)

2º Secretário:

Paulo Giraldo (SP)

1º Tesoureiro:

Telma Queiroz (CE)

2º Tesoureiro:

José Carlos Sardinha (AM)

Diretor Científico:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL

Editor Chefe:

Mauro Romero Leal Passos (RJ)

Co-Editores:

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

Comissão Editorial:

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

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

Comissão Editorial Internacional

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

ÓRGÃO OFICIAL DO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

MIP / CMB / CCM Universidade Federal Fluminense

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

Reitor da UFF:

Cicero Mauro Fialho Rodrigues

Vice-Reitor da UFF

Antonio José dos Santos Peçanha

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

Jésus de Alvarenga Bastos

Pró-Reitor de Planejamento:

Clínio Freitas Brasil

Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos:

Esther Hermes Luck

Pró-Reitor de Extensão:

Firmino Marsico Filho

Diretor do CCM:

Maximus Taveira Santiago

Diretor do Instituto Biomédico:

Tarcísio Rivello

Chefe do MIP:

Otilio Machado Pereira Bastos

Chefe do Setor do DST:

Mauro Romero Leal Passos

Secretária do JBDST:

Dayse Dacache Felício

Diretor do HUAP:

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Diretor da Faculdade de Medicina:

José Carlos Carraro Eduardo

Prefeito do Campus Universitário:

José Carlos Batista Xavier

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

José Serra

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/Aids

Paulo Roberto Teixeira



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

Presidente:

Ross Philpot

Secretário Geral:

Ron Ballard

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

Direcionamento e Distribuição:

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

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

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

Editorial

DOIS TEMAS, UMA POSIÇÃO: SE UNIR, VENCEREMOS

Neste momento que apresentamos o DST 3 in Fortaleza, que representa o terceiro Congresso da SBDST (os dois primeiros foram o DST in Rio I e II, 1996 e 1998), desejo retomar dois assuntos, ainda não resolvidos, pelo menos para o nosso grupo: Conferência Internacional de Aids no Brasil e o combate efetivo às clássicas DST.

Já está por demais estudado, divulgado e comprovado, que tratando as DST promove-se uma diminuição significativa na possibilidade de transmissão do HIV. Contudo, a disponibilização de recursos humanos e materiais para tal finalidade está muito aquém do necessário. Na verdade não é proporcional ao dispensado especificamente para a atenção a HIV/Aids.

Enquanto a quase totalidade dos serviços especializados em HIV/Aids possuem de rotina exames como contagem de CD4, carga viral, muitas vezes feno ou genotipagem do HIV, todas técnicas laboratoriais super recentes, grande parte (para evitar usar totalidade) dos ambulatorios que atendem DST não possuem exames como campo escuro, bacterioscopia pelo Gram, lâmina à fresco ou VDRL e FTA-Abs quantitativo, técnicas quase seculares.

Enquanto na atenção a HIV/Aids medicações modernas praticamente não faltam, inclusive inibidores de protease, para DST praticamente não tem, inclusive penicilina ou tetraciclina.

Tirar ou diminuir de um lado para colocar no outro, por favor, nem pensar. Os avanços e vitórias conseguidas não devem retroceder. Todavia, acredita-se, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, que ocorram no mundo por ano 333 milhões de casos de DST (apenas sífilis, gonorréia, clamídia e tricomoníase) e que o custo com medicamentos para tratar essas doenças, ao mesmo tempo, não passa de cinquenta reais, porque não intensificar e colocar na prática esse discurso?

Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil serão gastos com medicações anti-retrovirais este ano, cerca de 800 milhões de reais. Com mais 50 milhões teríamos medicamentos suficientes para liquidar mais de um milhão de casos de DST. Por que não efetivar este esforço?

Por que as equipes de HIV/Aids, que possuem maior experiência de mobilização, articulação, convencimento não unem-se, na prática, às equipes de DST?

Por que são equipes distintas? Por que o Brasil tem oficialmente (com portaria ministerial específica) Comissão Nacional de Aids e não tem Comissão Nacional de DST?

Será que nossos objetivos finais são diferentes? O que estamos esperando para essa união?

Em 1998, recebemos de volta da Coordenação Nacional de DST/Aids os formulários para apresentação oficial da candidatura do Brasil para sediar a XV Conferência Internacional de Aids, Rio 2004. Na época foi apresentada tal proposta à Comissão Nacional de Aids, mas infelizmente não houve eco e o projeto foi devolvido para nós em branco.

Resolvemos encarar o desafio de reiniciar este trabalho.

Fomos à Genebra e oficializamos a entrega do pedido para o Brasil sediar o congresso. Nas *home page* www.uff.br/dst/ e www.uff.br/aidsrio2004 pode-se observar os apoios.

Na ocasião divulgamos os seguintes textos:

“Dear Dr Lars Kallings, Executive Secretary of IAS

Considering that:

In Brazil, there is a very intensive work at the Universities, Research Institutes, NGOs and especially at the Ministry of Health – National Co-ordination of STD/Aids, which together with the Health Secretaries of States and Municipalities guarantee totally FREE OF CHARGE tests and anti-retroviral therapy to all population.

Latin America is the thirtieth largest world population infected with Aids, and with very well organized NGOs, we urge to make a very well organized Conference to the COMMUNITY.

The figures of orphan children from Aids are already 100.000 (UNAIDS),

The life expectation has decreased by 5.3 years since Aids occurred,

There is political and economic stability (inflation less than 5% year),

A lot of international investments are turning to Brazil and other countries in Latin America, such as Argentina, Uruguay and Chile,

In 1992, Rio de Janeiro hosted the UNCED – United National Conference on Environment and Development, receiving at the same time 147 chiefs of states and 15.000 participants at the Rio Convention Center, in April 1998, at the same Convention Center, the World Congress of Cardiology brought to Rio 20.000 participants from 124 countries,

Bringing Aids 2004 to Rio would be important not only for the millions of infected people but also to the whole population, 160 million in habitants, by creating a real forum for discussion and breaking myths and prejudices. This will bring hope for the brighter future.

With this in mind, we would like to say that our people need the most advanced international community not only to speak about our problems, but actually acts on it, bringing technical, scientific and social progress to our health specialists and educators, our students and citizens.

North America had already hosted this important Conference many times, as well as Europe, Australia and Asia, in two years from now we will be in Africa and then we will be back to Europe. Meet you in Rio 2004. WHY NOT?"

"CARTA ABERTA

Conferência Internacional de Aids, Rio 2004

Colegas,

Desde 1989, o Brasil vem tentando sediar a Conferência Internacional sobre Aids. Estivemos próximo, mas infelizmente não conseguimos êxito. Aconteceram ruídos de comunicação e o entrosamento não foi total.

Hoje vivemos tempos diferentes. A Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde juntamente com as Universidades, Institutos de Pesquisa, Secretarias de Saúde de Estados e Municípios, ONGs, Fundações, Empresas Públicas e Privadas, Sociedades Médicas... vem integrando as ações, fazendo com que os trabalhos sejam arrojados e resolutivos.

Quando um evento de tal envergadura e importância técnico-científico e social chega a um país, todos ganham.

Ganham os pesquisadores com o grande intercâmbio, ganham os professores pela aquisição de conhecimentos, ganham os profissionais de saúde pela experiência vivenciada, ganham os alunos pois podem participar mais ativamente de trabalhos acadêmicos, ganha a população pela troca cultural, as empresas movimentam recursos, mas sobretudo ganham os pacientes, pois seus problemas são debatidos mais de perto, facilitando a diminuição de preconceitos, aumentando o conhecimento sobre o problema, assim como elevam suas esperanças de dias felizes.

Colegas, independente de quem desencadeie a proposta, independente da cidade onde seja realizado, é o Brasil que merece vencer.

Acreditamos que a América Latina, representada pelo Brasil, terá capacidade de debater o assunto e com a medição e encaminhamento da CN DST/Aids conseguiremos montar um equipe onde todos os segmentos estarão representados."

Infelizmente não conseguimos união para a causa e novamente ruídos de comunicação e de interpretação enfraqueceram o projeto. Canadá pela quarta vez sediará a conferência em 2004.

Todavia, quem já foi a uma dessas Conferências conhece a força da delegação brasileira, tanto em números como em atividades científicas, comunitárias, direitos humanos entre outras.

Recentemente na XIII *Aids International Conference*, Durban, África do Sul o Brasil teve 267 inscritos. Foi a sexta maior delegação, ficando atrás apenas de Estados Unidos (2602), África do Sul (2539), Reino Unido (622), França (444) e Espanha (313), Barcelona sediará em 2002 a próxima Conferência.

Quase 100 trabalhos e apresentações brasileiras foram naquela Conferência apresentados. Vários brasileiros tiveram brilhantes destaques em apresentações orais, inclusive em sessão plenária. Muitos estrangeiros citaram em suas falas experiências brasileiras, todas elogiosas.

Tivemos informações seguras que a América do Sul é imbatível para 2006. O Brasil é o principal candidato, se desejar, se se organizar.

O que estamos esperando para nos unir?

Por que as ONGs, principalmente, com suas forças de mobilização, articulação convencimento, organização, aglutinação não retomam esse projeto?

Por que as sociedades médicas, pesquisadores, universidades não unem-se nesse objetivo?

O que estamos esperando para vencer?

MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Editor Chefe

Professor Adjunto Doutor, Setor de DST
Universidade Federal Fluminense

* Re-publicação de J bras Doenças Sex Transm, 12(5):3-5, 2000 devido a importância dos assuntos

Editorial

RESISTÊNCIA DOS GONOCOCOS: UMA DÉCADA PERDIDA
GONOCOCCUS RESISTENCE: A LOST DECADE

Gonorréia é uma das mais antigas doenças relatadas na história da humanidade. Desde o tempo do Imperador chinês *Huang Ti*, em 2637 a.C, da civilização egípcia, relatos no Velho Testamento, Impérios Grego e Romano, chegando às Américas, provavelmente levada pela esquadra de Cristóvão Colombo, até os nossos dias, continua sendo motivo de preocupações de autoridades sanitárias de inúmeros países⁽¹⁾.

O agente etiológico foi encontrado por *Neisser*, em 1879, num minucioso estudo de esfregaços corados de secreção uretral, endocervical e conjuntival, sendo primeiramente cultivado em laboratório, por *Leistikow e Löffler*, em 1881⁽²⁾. Os primeiros avanços no diagnóstico laboratorial aconteceram a partir de 1964, com a descrição do meio seletivo contendo antimicrobianos, proposto por *Thayer and Martin*⁽³⁾.

Neisseria gonorrhoeae é um diplococo *Gram* negativo, rini-forme, aeróbio, capnofílico, imóvel, não formador de esporos e que necessita de fatores de crescimento e de condições ambientais para o seu cultivo⁽⁴⁾.

De rota sexual, raramente a *Neisseria gonorrhoeae* é encontrada fora do seu *habitat* e tem no homem seu hospedeiro natural e único⁽¹⁾.

As manifestações clínicas da infecção ocorrem após colonização de células do epitélio colunar. No homem, as infecções não-complicadas são representadas por uretrites - a mais comum, faringites, proctites e conjuntivites, podendo evoluir para prostatite, epididimite ou infecção disseminada, quando não diagnosticadas ou não tratadas. Na mulher, o sítio primário é o canal endocervical que em 70 a 90% das vezes repercute para a uretra. Também ocorre faringite, proctite e cistite. As infecções complicadas na mulher ascende do trato genital inferior para as tubas uterinas resultando em doença inflamatória pélvica⁽⁵⁾.

O risco de contágio para o homem, após contato sexual com parceira infectada, durante um único intercuro, é estimado em 20% e, no caso de reexposição, poderá elevar-se de 60 a 80% (4 episódios) a 100%, quando acima deste número. Para o sexo feminino, o risco tem sido estimado em 50%, elevando-se na reexposição para cerca de 90%⁽²⁾.

Deve-se considerar o fato de que pelo menos 60% das mulheres infectadas não apresentam sintomas, diferente do homem onde até 3% são assintomáticos, o que obrigatoriamente interfere na epidemiologia da doença ressaltando a importância do controle da população infectada para interromper a cadeia de transmissão⁽⁴⁾.

A distribuição global da gonorréia difere entre o mundo industrializado e o em desenvolvimento. A incidência mundial é

estimado em 60 milhões de casos por ano⁽⁶⁾ e nos países do terceiro mundo está, junto com outras DST, entre as 5 principais causas de procura aos serviços de saúde, segundo dados da OMS citado no Manual de Controle das DST do Ministério da Saúde⁽⁷⁾.

No Brasil, os números sobre incidência das gonococcias são escassos e de modo geral pouco sabemos sobre estatística da gonorréia. Levantamento realizado em Belo Horizonte-MG, mostra que entre as DST diagnosticadas no período de 1998 a 1995, 14.4% referia-se à gonorréia, somente superada por uretrites não-gonocócicas cuja incidência foi de 15.2%⁽⁸⁾.

No Setor de DST do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFF- Niterói- RJ, a incidência de gonorréia atualmente encontra-se em torno de 20% dos casos de DST diagnosticados (comunicação pessoal feita por Passos, M.R.L., Chefe do Serviço).

A importância do controle dessas doenças não está limitada apenas a frequência numérica mas na possibilidade de complicações que elas podem causar e também sua capacidade hoje bem estabelecida de amplificar a transmissão do HIV. Recentes estudos têm demonstrado que úlceras e corrimentos genitais aumentam em até 20 vezes o risco de contrair infecção pelo HIV^(9,10,11,12) e que *Neisseria gonorrhoeae*, conforme demonstrado por Duarte et al.⁽¹³⁾, aumenta a replicação do HIV-1, *in vitro*.

Estudos divulgados pela Organização Mundial da Saúde indicaram que a significativa morbidade que freqüentemente acompanha a infecção gonocócica pode ser reduzida pela prescrição de tratamento apropriado. Por exemplo, para cada grupo de 100 mulheres com gonorréia (25% grávidas) devidamente tratadas, 25 casos de DIPA, uma gravidez ectópica, 6 casos de infertilidade e 7 de oftalmia neonatal podem ser prevenidos⁽¹⁴⁾.

Na era pré antibiótico, *Neisseria gonorrhoeae* era intrinsecamente sensível aos antibióticos, ao passo que ao longo da era antimicrobiana ela desenvolveu resistência a vários agentes usados em regimes de tratamento tais como: Sulfas, Penicilinas, Tetraciclina e Aminoglicosídeos^(6,15,16).

Esquemas alternativos foram propostos, inicialmente a partir dos países industrializados, que optaram pelas Quinolonas ou Cefalosporinas de 2ª e 3ª gerações, e atualmente, investem na terapêutica com Azitromicina, macrolídeo com menos toxicidade gastrointestinal que a Eritromicina, extremamente ativo contra *Neisseria gonorrhoeae* e também contra *Chlamydia trachomatis*, em regime de dose única. Desde então, estudos têm demonstrado o surgimento de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes a várias dessas drogas, talvez por conta da pressão

seletiva ou de outros envoltórios genéticos e epidemiológicos ainda pouco esclarecidos^(17,18,19,20).

O mecanismo de resistência mais comum entre as cepas de *Neisseria gonorrhoeae* em todo o mundo, é a produção de penicilinase, enzima que inativa o anel -lactâmico da Penicilina, mediada através de plasmídeo e codificada por uma -lactamase do tipo TEM-1^(15,21).

Nos países industrializados, a repercussão da grande incidência de cepas NGPP, por sua vez, inviabiliza o uso de Penicilina em esquema terapêutico e em outras regiões como América Latina, África e Pacífico Ocidental, mais de 50% de todos os gonococos isolados são do tipo NGPP^(6,16,22).

Na primeira metade da década de 80 ressurgiu a questão da resistência cromossômica a qual se mantém cíclica para algumas drogas específicas^(23,24) e, exatamente em 1985, nos Estados Unidos, foi descrito um novo plasmídeo de grande peso molecular (25,2 MDa) – Tet M – mediador de resistência para Tetraciclina. A *Neisseria gonorrhoeae* Tetraciclina Resistente (NGTR), carrega consigo a capacidade, até então desconhecida, de capturar e transferir plasmídeos, possibilitando uma mobilização de outros plasmídeos de menor peso molecular entre espécies do mesmo gênero ou de gêneros diferentes, além da capacidade de conjugação e transferência de si mesmo; isto posto, especulou-se perspectivas sombrias para a contínua instalação e propagação das NGPP. Ainda hoje desperta preocupações às autoridades sanitárias de todo mundo, uma vez que continua sendo isoladas cepas de NGTR em vários países – fenômeno de importação^(25,26,27,28).

De acordo com o Manual de Controle das DST da Coordenação Nacional de DST/Aids do MS, o regime para tratamento das infecções gonocócicas até 1997, era feito com Penicilina como primeira escolha, seguido em ordem de escolha por Ciprofloxacina, Ofloxacina, Azitromicina, Ceftriaxona ou Tianfenicol, assim como, a indicação do uso de Tetraciclina ou Doxiciclina para as uretrites não gonocócicas também era sugerido para tratamento concomitante por abordagem sindrômica⁽⁷⁾. A partir de 1999, e seguindo tendência da literatura mundial, o regime sugerido para tratamento da gonorréia passou a ser, por ordem de escolha, o seguinte: Ofloxacina, Ciprofloxacina, Cefixima, Ceftriaxona e Tianfenicol⁽²⁹⁾.

A primeira cepa de NGPP isolada no Brasil foi encontrada em Recife, em 1984, com índice de frequência em torno de 1% e carregava o plasmídeo tipo Africano provavelmente importado dos EUA ou sudeste asiático⁽³⁰⁾. Neste ano, em Belo Horizonte-MG, 70 amostras isoladas de *Neisseria gonorrhoeae* foram testadas frente a diversos antimicrobianos, determinadas as concentrações inibitórias mínimas (MIC) e comparados os resultados com a literatura internacional, já que foi o primeiro estudo desta natureza realizado no Brasil, sugeriram que na época havia um declínio da sensibilidade, ainda que em menor nível⁽³¹⁾.

Em 1985, na cidade de São Paulo – SP, Lombardi et al., isolaram uma cepa de NGPP, embora não tenham apresentado índices de prevalência conclusivos e informaram o isolamento de NGPP também em Brasília – DF⁽³²⁾.

Novamente em 1987, em Recife – PE, Magalhães constata aumento na incidência de NGPP (8,3%) e nos MICs frente a diversas drogas, atribuindo tal fato a introdução de uma nova cepa

de NGPP pertencente ao sorogrupo IB, na comunidade. Neste mesmo trabalho, é percebido um aumento de 13% na taxa de frequência de gonococos cromossomicamente resistentes^(33,34).

Até o final dos anos 80, segundo levantamento bibliográfico, nenhum outro trabalho foi publicado no Brasil.

Entrando na década de 90, duas teses foram apresentadas à Faculdade de Saúde Pública da USP, por Siqueira e Nitri, respectivamente^(35,36). Estes trabalhos se propuseram a estudar os aspectos fenotípicos e epidemiológicos de cepas de NGPP isoladas na cidade de São Paulo, no período de 1985 a 1990. Os resultados encontrados evidenciam a cidade de São Paulo como área hiper-endêmica (ocorrência de NGPP acima de 3%) e também ressaltam a necessidade de implantação de um programa de vigilância sentinela para *Neisseria gonorrhoeae* a nível nacional. Por fim, estudos realizados em Florianópolis-SC, por Smânia Jr. et al., constataram aumento da resistência a agentes antimicrobianos de amostras de gonococos isoladas entre 1991 e 1992, bem como a variação de 3,7% para 9,52% de NGPP, de acordo com trabalhos anteriores realizados pelos mesmos autores⁽³⁷⁾.

Apesar do esforço inicial da Coordenação Nacional de DST/Aids do MS ao promover encontros com representantes de Laboratórios Oficiais de Saúde Pública de várias regiões do Brasil, além de reuniões em Brasília com a Coordenação do Programa de Vigilância dos Gonococos para as Américas e Caribe, em 1996, o acompanhamento epidemiológico das NGPP e NGTR no Brasil, caminhou em mão inversa à tendência mundial de controle da gonorréia^(38,39,40,41,42,43,44,45,46), e não seria exagerado admitir que os anos 90 constituíram-se na década perdida para o controle da resistência dos gonococos no Brasil.

Precisamos reverter esta situação urgentemente e é nosso pensamento que só a união de vários setores com uma Coordenação bem estruturada, poderá recuperar o tempo perdido.

NERO A BARRETO

Prof. Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da Universidade Federal Fluminense.

Referências bibliográficas

1. Passos, M. R. L. *DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica., 1995.
2. Evangelista, A. T. and Beilstein, H. R. Cumitech 4 A, **Laboratory diagnosis of gonorrhoea**. Coordinating ed., Abramson, C. American Society for Microbiology, Washington, D. C., 1993.
3. Thayer, J. D. and Martin, J. E. 1964. A selective medium for the cultivation of *Neisseria gonorrhoeae* and *Neisseria meningitidis*. **Public Health Rep.** 79:49-57, 1964.
4. Murray, P. R. et al. **Manual of Clinical Microbiology**. American Society for Microbiology, 7th edition. Washington, D. C., 1999.
5. Handsfield, H. H. and Sparling, P. F. *Neisseria gonorrhoeae*, in **Principles and Practice of Infectious Diseases**. Mandell, G. L., Bennett, J. E., and Dolin, R. Churchill Livingstone, N. Y., 1995.
6. Ison, C. A., Dillon, J. R. and Tapsall, J. W. The epidemiology of global antibiotic resistance among *Neisseria gonorrhoeae* and *H. ducreyi*. **Lancet**. 351: 8-11, 1998.

7. Brasil Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Ministério da Saúde. Brasil, 1997.
8. Centro de Referência Nacional em DST de Belo Horizonte, M. G. J. **Bras. de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 9 (4) : 40-42, 1997.
9. Grosskurth, H. , *et al.* Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania. **Lancet**. **346**: 530-536, 1995.
10. Laga, M. *et al.* Non-ulcerative sexually transmitted diseases as a risk factor for HIV-1 transmission in women. **AIDS**. **7**: 95-102, 1993.
11. Royce, R. A. *et al.* Sexual transmission of HIV. **N. Engl. J. Med.** **336**: 1072-1079, 1997.
12. Wasserheit, J. N. Interrelationships between immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. **Sex. Transm. Dis.** **19**: 61-77, 1992.
13. Duarte, G. , Comentino, L. A. *et al.* Can *Neisseria gonorrhoeae* infection enhance HIV-1 replications? **J. Brasil. Doenças Sex. Transm.** **10**(4):62, 1998.
14. WHO Global programme on AIDS. An overview of selected curable sexually transmits diseases. Geneva. WHO, 1995.
15. Dillon, J. R. and Yeung, K-H. Lactamase plasmids and cromosomally mediated antibiotic resistance in patogenic *Neisseria* species. **Clin. Microbiol. Rev.** **2** (suppl.) : S 125-133, 1989.
16. Lind, I. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. **Clin. Infect. Dis.** **24** (suppl.1) : S 93-97, 1997.
17. Birley, H. *et al.* High-level ciprofloxacin resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. **Genitourin. Med.** **70**: 292-293, 1994.
18. Fox, K. K. Knapp, J. S. *et al.* Antimicrobial resistance in susceptibility to the fluoroquinolones. **J. Infect. Dis.** **175**: 1396-1403, 1997.
19. Schwebke, J. R. *et al.* 1995. Trends in susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* to ceftriaxone from 1985 through **Antimicrob. Agents Chemother.** **39**: 917-920, 1991.
20. Tapsall, J. W. *et al.* Quinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* in Sydney, Australia, 1991-1995. **Sex. Transm. Dis.** **23**: 425-428, 1996.
21. Roberts, M. C. Plasmids of *Neisseria gonorrhoeae* and other *Neisseria* species. **Clin. Microbiol. Rev.** **2** (suppl.) : S 18-23, 1989.
22. Moran, J. S. and Levine, W. C. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. **Clin. Infect. Dis.** **20** (suppl.): S 47-65, 1995.
23. Brow, S. *et al.* Antimicrobial resistance of *Neisseria gonorrhoeae* in Bangkok. **Lancet**. **2**: 1366-1368, 1982.
24. Center of Disease Control. Chromosomally mediated resistant *Neisseria gonorrhoeae* – United States. **M. M. W. R. Morb. Mortal. Wkly. Rep.** **31**: 1-3, 1984.
25. Center for Disease Control. Tetracycline-resistant *Neisseria gonorrhoeae*. Georgia, Pennsylvania, New Hampshire. **M. M. W. R. Morb. Mortal. Wkly. rep.** **34**: 563-570, 1985.
26. Roberts, M. C. *et al.* Tet M and -lactamase containing *Neisseria gonorrhoeae*. **Antimicrob. Agents. Chemother.** **32**: 158-160, 1988.
27. Tapsall, J. W. WHO Western Pacific Region Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme. Surveillance of antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in WHO Western Pacific region 1992-4. **Genitourin. Med.** **73**: 355-361, 1997.
28. Telzak, E. E. *et al.* Risk factors for infections with plasmid-mediated high-level tetracycline resistant *Neisseria gonorrhoeae*. **Sex. Transm. Dis.** **16**: 132-136, 1989.
29. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Coordenação Nacional de DST/Aids. Ministério da Saúde. Brasil, 1999.
30. Magalhães, M. Urethra causada por *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase: relato de um caso. **Rev. Bras. Pat. Clin.** **20** (4): 116-118, 1984.
31. Antunes, G. S. , Damasceno, C. A. V. e Cicalpino, E. O. Perfil de susceptibilidade de *Neisseria gonorrhoeae* a antimicrobianos em Belo Horizonte, MG. **Rev. Microbiol.** **15** (4): 217-221, 1984.
32. Lombardi, C. *et al.* *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase. Primeira cepa isolada em São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública** **19**: 374-376, 1985.
33. Magalhães, M. *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase no Recife, Brasil. **Rev. Microbiol.** **18** (3): 229-234, 1987.
34. Magalhães, M. Resistência cromossômica à penicilina em *Neisseria gonorrhoeae*. **Rev. Microbiol.** **18** (3): 219-223, 1987.
35. Nitirini, S. M. O. O. **Vigilância sentinela em *Neisseria gonorrhoeae***: características epidemiológicas na cidade de São Paulo e proposta de um modelo a nível nacional. Tese Livre Docente. Faculdade Saúde Pública da USP, 1995.
36. Siqueira, L. F. G. **Aspectos fenotípicos e epidemiológicos de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* produtora de penicilinase (NGPP) isoladas na cidade de São Paulo**. Tese de Doutorado. Faculdade Saúde Pública da USP, 1993.
37. Smânia Jr., A. *et al.* Decreased susceptibility to antibiotics among *Neisseria gonorrhoeae* isolates in Florianopolis, SC-Brazil. **Rev. Microbiol.** **26**(3):236-238, 1995.
38. Harnett, N., Brown, S. *et al.* Analysis of *Neisseria gonorrhoeae* in Ontario, Canadá, with decreased susceptibility to quinolones by pulsed-field gel electrophoresis, auxotip, serotyping and plasmid content. **J. Med. Microbiol.** **46**: 383-390, 1997.
39. Knapp, J. S. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the United States. **Clinical Microbiology Newsletter.** **21** (1), 1999.
40. Lewis, D. A., Ison, C. A. *et al.* A one-year survey of *Neisseria gonorrhoeae* isolated from patients attending an east London genitourinary medicine clinic: antibiotic susceptibility patterns and patients' characteristics. **Genitourin. Med.** **71**: 13-17, 1995.
41. Morens, J. G., Dillon, J. R. *et al.* Identification of penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae* in Chile during clinical and microbiological study of gonococcal susceptibility to antimicrobial agents. **Genitourin. Med.** **63**: 6-12, 1987.
42. Moss, A. Surveillance of antibiotic susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in the Western Pacific. **Genitourin. Med.** **73**: 331-332, 1997.
43. Rice, J. R. and Knapp, J. S. Antimicrobial susceptibilities of *Neisseria gonorrhoeae* strains representing five distinct resistance phenotypes. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** **38** (1): 155-158, 1994.
44. Rice, R. J. and Knapp, J. S. Susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* associated with pelvic inflammatory disease to cefoxitin, ceftriaxone, clindamycin, gentamicin, doxycycline, azithromycin, and other antimicrobial agents. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy.** **38** (7): 1688-1691, 1994.
45. Turner, A., Gough, K. R. and Leening, J. P. Molecular epidemiology of tet M genes in *Neisseria gonorrhoeae*. **Sex. Transm. Inf.** **75**: 60-66, 1999.
46. West, B., Chagalucha, J. *et al.* Antimicrobial susceptibility, auxotype and plasmid content of *Neisseria gonorrhoeae* in Northern Tanzania: emergence of high-level plasmid mediated tetracycline resistance. **Genitourin. Med.** **71**: 9-12, 1995.

Endereço para correspondência:

Setor de DST-UFF
 Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFF,
 Rua Emani Mello nº 101. Centro. Niterói – RJ.
 CEP 24210150
 E-mail. neronab@uol.com.br

SEXUALITY, STD-AIDS AND DRUGS AND WOMEN IN PRISON

SEXUALIDADE, DST-AIDS E DROGAS E MULHERES NA PRISÃO

Anney T Giordani¹, Sônia M V Bueno²

ABSTRACT

Theoretical and practical references on subjects related to sexuality, STD, Aids and drugs, mainly with respect to people in prison, have revealed this public is more vulnerable to contamination by HIV, through Sex or by means of drug addiction or both. This situation is reinforced if they have already been or are involved with the violence associated to delinquency, with crime, prostitution and promiscuity. Touched by this situation we carried out a research with imprisoned women to raise the problems they face with regards sexuality, STD, Aids and drugs, in order to develop an educational program on these themes, offering more information to prepare these women to become agents of change. We collected the data through individual interviews about subjects which allowed us to verify that these women consider life and family meaningful, placing special emphasis on maternity, as all referred to having been blessed with motherhood. They feel deep sadness for the situation in which they find themselves, affirming that behind all this is man, accusing him severely for their misfortune. They reveal certain knowledge of sexuality, STD, Aids and drugs. They practice any kind of sexual intercourse, although they prefer vaginal Sex. They admitted to being promiscuous and some bisexual. They attribute sexually transmitted diseases/Aids to the lack of information people suffer.

They reveal the presence of STD in their lives, some referring to inadequate use of condoms, affirming it is difficult to negotiate safe Sex with partners. With regard to Aids, they seem to have a certain knowledge, but haven't yet developed a consciousness to promote a change in their behavior. Hence, we conclude that these women cannot deal with their sexuality and with issues like STD/Aids or drugs.

Keywords: Sexuality, STD/Aids, Drugs

RESUMO

Referenciais teóricos e práticos sobre as questões relativas a sexualidade, DST, Aids e drogas voltadas, principalmente para pessoas em detenção em sistema penitenciário, têm nos revelado que estas enfrentam grau de vulnerabilidade a contaminação pelo HIV, seja pelo sexo ou drogas ou associação de ambos. Isto torna-se mais complexo ainda se já passaram ou passam em seu cotidiano envolvidas com o mundo da violência associada a marginalidade, ao crime, a prostituição e a promiscuidade. Sensibilizadas com isso, procuramos desenvolver com mulheres detentas deste sistema uma pesquisa-ação, objetivando levantar com elas seus problemas frente a sexualidade, DST, Aids e drogas, trabalhando a seguir, um programa educativo sobre estes temas, possibilitando-lhes, conhecimentos e habilidades nesta área, bem como, preparando-as para serem agentes multiplicadores. Coletamos os dados através de entrevistas individuais, com questões norteadoras as quais nos permitiram qualitativamente verificar que estas mulheres dão significado positivo para a vida, para a família e sublimam a maternidade, todas referindo ter tido a maior benção da concepção de um filho. Sentem profunda tristeza pela situação em que se encontram, afirmando que atrás disso está seu homem, culpando-o severamente pela sua desgraça. Revelam certo conhecimento sobre sexualidade, DST, Aids e drogas. Praticam qualquer tipo de sexo mais preferem o vaginal. São promíscuas e algumas bissexuais. Atribuem às DST-Aids, pela desinformação do povo.

Revelam presença de DST em sua vida, algumas referindo uso inadequado do preservativo, afirmando ser difícil negociar sexo seguro com o parceiro. Para Aids, demonstram certo conhecimento mas, não desenvolvem a consciência para a mudança de comportamento. Depreendemos então, que estas mulheres não têm preparo para lidarem com a sua sexualidade e contra a DST-Aids e drogas. Portanto, trabalhamos com elas, programas educativos sobre estas questões, preparando-as também para serem agentes multiplicadores.

Palavras-chave: Sexualidade, DST/Aids, Drogas

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 12(6):8-16, 2000

INTRODUCTION

To work with the thematic central, it means for us, a given true challenge the complexity of the subject. In reason of its own diversities. That is fact, in first instance, for we want to work with prison of people of a Brazilian penitentiary system, trying to rescue a little of the human dignity, independent of the reason for which this human contingent passes for the experience of the reclusion.

¹ GIORDANI, ANNECY T. Enfermeira Docente *Enfermeira Mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Departamento de Enfermagem Psiquiátrica.

² BUENO, SÔNIA M. V. Prof^a Dr^a **Prof^a Dr^a da EERP-USP / Consultora do Ministério da Saúde (CN DST-AIDS) e da ONU

In the same way, the complexity becomes larger to make funnel-shaped our research, opting for the development of a study gone back to women of prison. And it becomes still more difficult, to the we try to investigate, to analyze, to understand and to try to take educational actions to rescue the subjects returned to the sexuality, STD-Aids and you Drug those women, in detriment to the lifestyle and the vulnerabilidade of these to the they face the risks of contamination for HIV; in its daily one existential (2) (3) (4)

As it focuses (5), that author reinforces that in any other group, the speed of propagation of HIV, the virus of the AIDS, is as big as enters women. There are about 15 years, the propagation of contamination was of 1 (a) woman for 70 (seventy) men. Today, it is one for two. And that the incidence in the age group of 15 to 19 years, is the same between men and women. She still affirms, that of 71,234 exams accomplished in women attended in the Hospital Pérola Byngton - Center of Reference of the Woman in São Paulo, those frame in inferior age to 45 years. Of 42.067 o'clock they manifested some type of gynecological infection, facilitating up to ten times, the probability of contracting HIV, because the infectious process cause small lesions in the mucous vaginal, facilitating the penetration of the virus. Besides, the woman's own physiology, once the vagina, for its own format and constitution, is a door of favorable entrance for the virus.

This way, these theoretical-practical referenciais, associated to historical, political, social and educational conditionings, harnessed to the taboos and prejudices nurtured along the civilization of the people, implied in the popular credences, these elements have been representing true barriers, cluttering the necessary progresses in this area. (2)

This has been raising us special attention in this field, demanding rising and search of alternative and innovative pedagogic strategies, for the resolution of the found difficulties, propitiating means to develop the critical and reflexive conscience, in a safe way, with respect and responsibility, in relation to individual and collective health, for healthy and positive habits, tends in view the optimism of the life, shimmering the human being in its totality, of form contextualizada, also rescuing, the exercise of the citizenship. (2)

In the educational process of the problematical whose methodology of participation is extremely adapted for this investigation type, the dialogue is fundamental, favoring the construction of the knowledge of abilities, through creative exercises and liberators, facilitating fittings to the conditions of each new scenery, being based in a conception hermenêutica of the human knowledge, as decisive for the human sciences, propitiating reflection shared starting from the cotidianeidade experience. (5) (6)

And, it doesn't remain doubt that to the conscience of the positive conduct for the appropriate and owed use of the safe sex and of the drugs, this educational methodological process is fundamental importance and it deserves consideration.

OBJECTIVES

Being like this, basing on these references and in the understanding of the complexity level that involves the life of women imprisoned, we intend to lift the following ones presupposed:

1. To identify with these women which its largest problems in relation to the sexuality, STD-Aids and drugs; working educational actions jointly, preparing them for they work I get same and with the other ones on the subjects of the sexuality, STD-Aids, and you drug, besides training them for they be agents multipliers.

METHODOLOGY

It is a research-action, humanist, whose analysis was efetivada for category, in a qualitative way, based on the procedures based by FREIRE (1992)⁽¹⁾ and BUENO (1997-8)⁽²⁾.

Researched place: chain of a city of the interior of the State of São Paulo Brazil.

Population: (10) imprisoned women, 21 and 41 years of age.

Methods and Techniques: individual interview, recorded and observation of the reality.

Orchestrate: form unary with objectives questions.

Procedure: - The delegates' authorization for accomplishment of the research.

- Rising of the information of the head office, tabulation and conclusion.
- Development of the educational actions with the imprisoned.

RESULTS AND DISCUSSIONS

- We will present the characterization of the studied population followed by the results of the questions on the thematic central.

We worked 10 imprisoned women, single majority, between 21 and 34 years, catholic, all mothers, wither elementary course complete, many with abortion practice.

These women's half referred that before being arrested, it liked to be with the family, tanning the children and taking care of the house, while another made mention to the importance of the freedom, of the professional work, and of the lazer as: "to date"; "to drink"; "to go for a walk"; "to tan friends"; "to go to parties and dances"; etc. They allege that in the chain, they develop occupational activities for the time they pass, embroidering plate cloths, making crochet, tricot, working in the hygiene of the cell, hearing music, watching TV, dreaming or writing letters. But, some deplore that there, them "they don't have head for anything, only thinking of the son", "feeling longing and solitude", with "will of being alone" and "quiet in the song."

1. To the we detect with them, your largest conflicts, everybody revealed serious problems caused in yours life, characterized

PICTURE I - Personal identification of the imprisoned women of the researched penitentiary system.

Subject	Status civil					n° children				Age				Religion*			Abortion			Graduation**			Profession
	s	c	v	o	t	1	2	3	t	21-34	35-40	>=41	t	c	o	t	s	n	t	1° i	2° i	t	
01				X		X				X				X				X		X			Housewife
02			X					X			X			X			X				X		Business
03	X					X				X					X			X		X			Baby-sitter
04	X					X				X					X			X		X			Promo party
05			X				X					X		X			X				X		Housewife
06	X							X		X					X		X			X			Housewife
07				X				X		X					X		X			X			Prostitute
08	X						X			X					X		X			X			Prostitute
09	X					X				X					X		X			X			Seller
10	X					X				X					X		X	X		X			Maidservant
total	6	0	2	2	10	5	2	3	10	8	1	1	10	7	3	10	6	4	10	8	2	10	

(*) In religion: c = Catholic; o = other: they didn't mention which religion professed.

(* *) In graduation, there was not none for elementary and high school complete. Just the elementary and high school incomplete and 2nd incomplete

PICTURE II - Answers of the imprisoned women of the system researched prisional referring the question : **Do you have idea of the reason why are you here?**

Suj	motivate of the prison
01	I helped a colleague to pass drug. Flagrant with crack.
02	Toxicant.
03	I discussed with a man of the justice.
04	I trafficked drug to pay debt.
05	I was accused of the death of my husband as being mandante of the crime.
06	I know the reason, but I don't want to speak.
07	I passed check leaves robbed by the boyfriend.
08	I trafficked drugs.
09	I trafficked drugs.
10	I assaulted a house.

with losses and your relatives' separations, revealing that "the largest sadness went when of your detention, in the chain.

- They also consider bad, a lack of privacy and lack of incentives in the prison way. Except for a woman researched imprisoned, that refers that habitually, she makes sex with woman, that declaring to have had a fleeting and uncomfortable intimate relationship with a prey that passed by this chain. The anal sex is not the favorite dentre the women, affirming like everything, including oral sex. The "normal sex" as they refer some, saying respect to the position dad-mom or "for top" it is the preferential among them. The minority reveals to like for the practical homosexual.

All the imprisoned are aware of the reason for the which they were arrested, and the great majority was due to the involvement with traffic of drugs, having a case of homicide accusation, and the others, disobey to the authority, assault the residence, and robbery of check leaves.

They notice the sex as being "a strong complement in the life", "it is very important", "it is good", "pleasant", "it is part of the life." They didn't refer to the search of the solemnity-pleasure in the chain, or the practice sexual in partnership, be among them or by means of intimate visits. They don't have prejudice in relation to practical homosexual, prevailing heterosexual.

PICTURE III - Answers of the imprisoned women of the penitentiary system referring the question : **What did you more like to make before you did are here? Is it now?**

What do you more like to make in the life		
Suj	Before	during permanence in the prison
01	"To be with the son at home."	"I don't have head for anything to not to be to think in the son."
02	"Of the freedom."	"I dream, I write letters."
03	"Of working, to have my money for not depending of anybody."	"I work making plate cloths and crochet to receive some money."
04	"To work with parties 18 hs/day, to date and to drink."	"I write or I clean. I don't know how to be stopped."
05	"To take care of the children, of the employment and to do salted for parties and factories."	"I make crochet, tricô and I read the Bible."
06	"To take care of the children and of the house."	"I make crochet, tricot for the time to pass in the chain."
07	"To give attention to the children, to be and to go for a walk with them."	"Anything. I feel longings and solitude."
08	"To be at alone home."	"I want to be more alone."
09	"To go for a walk with the children."	"I work, I hear music, I see TV for the time to pass."
10	"To go for a walk with the children, to tan with the friends, to go to parties and dances."	"I am in my quiet song."

PICTURE IV - Answers of the imprisoned women of the researched penitentiary system to the question: **What did you less like to make before you are here? Is it now?**

What did you less like to make		
Suj	before the detention	during permanence in the prison
01	"It liked everything."	"Of anything."
02	"Of being inside arrested of house."	"Of the tedium; the personnel "crying in the head of us."
03	"It liked everything."	"Of to wake up and to see me behind the barse without having as leaving."
04	"Of to look for my daughter and to face the family."	"Of the routine and to have that "to gobble certain things." to be in my song and to forget that speak and "they arm" for us."
05	"It liked everything"	"Of being arrested, far away from the children, family and friends."
06	"Of leaving of house."	"To do an of everything little for the time to pass."
07	"Of the prostitution life."	"To be for the songs crying separate from my children."
08	"It was of being in a lot of people's middle."	"Of hypocrisy."
09	"Of being stopped at home."	"Of being without working."
10	"It liked everything"	"Of being in the cell of the another listening "intrigue."

PICTURE VI - Answer of the imprisoned women of the penitentiary system referring the question : **What do you think on sex? Do you get to practice it here? How? Which does the sexual practice that you more like to make?** (Cont.)

08	"It is something very important, but today, only if it goes with somebody special."	-	X	-	"It is worth everything: normal or complete sex since it is with person that I like."
09	"I find pleasant, good thing."	-	X	-	"Sex taste for top, oral sex, everything less anal sex."
10	"It is part of the life and it likes."	-	X	-	"I like everything, less anal sex."

PICTURE VII - Answer of the imprisoned women of the penitentiary system referring the question: **What do you think the masculine and feminine homosexuality? Which are you sexual behavior?**

On the masculine and feminine homosexuality:		
Suj	what do you think?	my sexual behavior
01	"Anything against."	"Heterosexual."
02	"I don't have prejudice."	"Heterosexual."
03	"Anything against."	"Homosexual (*)."
04	"I assume 9 years ago."	"Homosexual."
05	"I leave each person's approach."	"Heterosexual."
06	"Anything against."	"Heterosexual."
07	"It is thing of the nature."	"Heterosexual (**)."
08	"Anything against."	"Heterosexual."
09	"I am against."	"Heterosexual."
10	"I find normal."	"Heterosexual."

(*) former-heterosexual (as program girl)

(* *) former-homosexual (now they have anmistress).

PICTURE VIII - Answers of the imprisoned women of the researched penitentiary system, referring the question: **What do you think on the diseases of the sex, do you prevent them? How?**

The diseases of the sex:				
Suj	what do you think?	if I prevent?		I prevent as
		Y	N	
01	"It is promiscuity, hygiene lack, it changes rotative of partners."		X	-
02	"I think has to take plenty of care because he/she doesn't give to take a risk."	X		"I use alone condom when I think is not the ideal partner."
03	"I think the people have to take care because "the world is lost."	X		"I used condom When I went prostitute for 3 years."
04	"We have to value, of there he/she doesn't have problem any."		X	"I never surrendered to anyone or a."
05	"I find terrible. Polluted people transmit for other."	X		"It used condom with my lover after mine the husband died."
06	"He/she has to prevent for not passing for the other ones."	X		"I use condom besides when is menstruated."
07	"It is dangerous thing, mainly the AIDS."	X		"I use condom, but not with the partner that I know that doesn't have anything."
08	"I think the people should become aware and to take care better of the health."	X		"I use preservative."
09	"Careful should be been, to take precautions."	X		"I use condom."
10	"We have to take precautions a lot."	X		"I use condom."

PICTURE IX - Answers of the imprisoned women of the penitentiary system referring the question : **Why do the people have DST? Did you have some of these? If had , what did you make to look after?**

venereal diseases (DST):				
Suj	the people have	I had		AS LOOK AFTER ME
		Y	N	
01	"For negligence, for believing that the person is "clean", with good appearance."		X	-
02	"They have for if they don't take care, they respect not the partner, if it is married."	X		Gonorrhea 8 years ago with complication (peritonite). I looked for the doctor and I was interned by 7 days.
03	"They are not careful, they don't give value the own life."		X	-
04	"The people catch STD s because they think the sex is all. They don't use preservative in the madness."		X	-
05	"For lack of experience and information."		X	-
06	"Because they don't take precautions"		X	-
07	"Because they don't take precautions"	X		I had syphilis discovering through prenatal exams. I negotiated and I was treated.
08	"Because of the partners' changes and for if they don't respect as people."	X		I had gonorrhoea. I sought medical treatment and I cured.
09	"Because the people don't take precautions."		X	-
10	"Because the people don't take precautions."	X		I had gonorrhoea that I diffused of the partner. I was interned 17 days and I cured with antibiotics and serum.

PICTURE X - Answers of the imprisoned women of the researched penitentiary system referring the question : **What do you think on the aids? How do you prevent? Where does she come from? Do you know anybody live with aids, yes or not? How many? And did you know already anybody that died from aids, yes or not? How many?**

Aids. : I think that							
People's knowledge							
Suj	the Aids :	the prevention makes:	the Aids came:	alive: Aids		died: Aids :	
				Y	N	Y	N
01	" Doesn't have cure, I find dangerous and I am afraid. They say that is for at every moment where you are going. I never understand one another without condom."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Not making oral sex and if, only with condom Avoiding deep kisses because of the saliva Avoiding bruises for not catching the disease. 	"Of the monkey, but I have doubt I respect it."	2	-	2	-
02	"It is an enormous rascal, until it can turn 3rd world war, the virus it is a lot of mutant. She came to end with the homosexuals, with the users of drugs, with the prostitution... she came to eliminate an unproductive class of the society."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Having taken care of the medical class to her same. 	"Of laboratory, it is a very complex virus to have been created by the nature."	S	-	S	-
				e		e	
				v		v	
				e		e	
				r		r	
				a		a	

PICTURE X - Answers of the imprisoned women of the researched penitentiary system referring the question : **What do you think on the aids? How do you prevent? Where does she come from? Do you know anybody live with aids, yes or not? How many? And did you know already anybody that died from aids, yes or not? How many?**

03	"It is a disease of the last millennium that the scientists seek the cure and they never find, and with that it is putting an end to the people."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Not going out with people that I don't know. 	"I don't know"	Several	-	Several	-
04	"Aids is a disease as any other one, I don't have any prejudice."	<ul style="list-style-type: none"> Tends an alone partner 	"Of Africa, of the man's sexual relationships with the monkey."	5	-	Several	-
05	"It is a terrible disease. The people with Aids should make use of AZT and to seek rigorous medical treatment."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Alerting the partner in case it is HIV#. 	"Of the sex, of the venereal diseases."	1	-	2	-
06	"Terrible disease that doesn't have cure."	<ul style="list-style-type: none"> The sexual relationships should never be maintained without prevention. 	"I don't know, but the people say that came from the monkey."	Several	-	6	-
07	"Disease that has a sad end."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom 	"Of the sex, pick in the vein with materials that are not sterilized."	Several	-	Several	-
08	"I am afraid."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Making exams 	"I don't know."	5	-	4	-
09	"The people that have the virus of the Aids should be careful for they contaminate not other people."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom 	"Of Africa."	1 0	-		X
10	"It is a very serious case. Who has it should inform its partner. Aids is a disease that kills."	<ul style="list-style-type: none"> Using condom Who takes pick in the vein e she should not make sex with other people Separate syringes. 	"I don't know for sure, but I think it came from the sex, of everything."	Several	-	Several	-

In this subject, as well as in other, we observed the need emergencial of working an appropriate and effective educational program to assist these problems faced in the these women's daily, besides being important its training for they be agents multipliers. Although revealing not to have had any STD, many confirmed they have already gone by the experience of these diseases, mainly gonorrhea, looking for medical attendance with satisfactory results.

On the diseases of the sex, they relate them to the "lack of the valorization persons , hygiene lack and promiscuity, lack of conscience." Even so the one that more worries the imprisoned is the prevention lack. Most affirms to take precautions against STD. The minority doesn't uses condom, leaning on in the facts that you have fixed partner and it trusts him.

Of this depreendemos the need of we lift educational actions for them, seeking orientation, the elucidation and direction, since some of them, in the moment of the application of the instrument, requested the a doctor's presence to assist its needs as they

referred in what it plays to running, wounds and dermatites present in genital.

CONCLUSION

- Although the women researched imprisoned, revealed to have some knowledge about sexuality, STD-Aids and drugs, though those presented serious problems to work with its body, tends difficulties of working the safe sex and the owed use of the drugs, evidencing a series of doubts in relation to thematic central.
- The have real, but simplistic idea on Aids, tying it the fatality, fear and to the prevention. Therefore, we developed with them, educational programs, assisting its problems, through methodology participation, taking them orientation and information through knowledge and ability, with the multidisciplinary and transprofissionalidade, besides preparing them for they be agents multipliers. At this time, they are making

didactic material that futuramente, will revert in educational cartilha adapted to their language, to revert its pairs.

Agradecemos ao CAPES/CNPq, pelo auxílio dado a essa pesquisa, o que fez com fosse possível sua realização.

REFERENCES

- (1). Freire, P. **Education as Practice of the Freedom**. Ed. Paz e Terra, São Paulo, 1992.
- (2). Bueno, S.M.V. **Conceptual Landmarks and Theoretical Referencial of Education for Health: orientation to the prevention of STD-Aids and drugs in Brazil for children, adolescents and young adults**. Documento Ministério da Saúde. Mimeo. Brasília-DF, 1997-8.
- (3). Bueno, S.M.V.; Costa, J. C.; Borelli, O. C.; Bueno, L. V. **Education for Promotion of the Sexual Health, DST-Aids**. Ed. Villimpres. Ribeirão Preto-SP, 1995.

- (4). Bueno, S.M.V.; Costa, J. C.; Borelli, O. C.; Guerra, M. F. S. **Education for the Health and Sexual Orientation**. Ed. Guariart, Guariba-SP, 1994.
- (5). Pinho, C. Protection on time / **Aids. Rev. Isto é**, nº 1512, 23/09/1998. p. 92-3.
- (6). _____. **Document 20 years of Pedagogy of the Oppressed**. Ed. Yangraf, São Paulo, s.d.

Endereço para correspondência:

Annecy Tojeiro Giordani

Av. do Café, 1.695 Bl. C Aptº 101
Jd. Monte Alegre. CEP 14.050-230
Ribeirão Preto-SP

Sonia Maria Villela Bueno

Escola de Enfermagem Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900
CEP 14.040-902 Ribeirão Preto - SP

URETRITE GONOCÓCICA EM PACIENTES MASCULINOS DO SETOR DST-UFF

GONOCOCCAL URETHRITIS IN SETOR DST-UFF MALE PATIENTS

Eloiza M Camarte¹, Maria FB Matta²,
Vera RB Ferro³, Mauro RL Passos⁴

RESUMO

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é a uretrite gonocócica, que pode deixar seqüelas como infertilidade se não for adequadamente tratada. A presente monografia visa determinar o perfil socioeconômico e comportamento sexual dos indivíduos do sexo masculino com uretrite gonocócica atendidos no período de Janeiro de 1997 a dezembro de 1998 no Setor de DST-UFF. Procurou-se também identificar os tratamentos utilizados e os índices de retorno para seguimento da evolução clínica. Foi realizado um estudo retrospectivo dos 115 prontuários de indivíduos com diagnóstico laboratorial positivo para gonorréia pelas técnicas de bacterioscopia pelo método de Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*. Determinados dados foram entrecruzados, e destes alguns foram correlacionados, aplicando-se o coeficiente de contingência, que estabelece a intensidade da relação entre dois grupos de variáveis. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Observou-se no grupo estudado um predomínio de indivíduos abaixo dos 30 anos, solteiros, com baixa renda familiar e escolaridade, heterossexuais, com início de vida sexual entre os 13 e 16 anos e, em 61,7 % dos casos não era feito uso de preservativo. Cerca de 35 % dos pacientes tinham história de DST prévia, sendo a mais freqüente a gonorréia. É indispensável a promoção de campanhas educativas a fim de prevenir a disseminação não só da gonorréia, mas de todas as DST/Aids.

Palavras-chave: DST, gonorréia masculina, comportamento sexual masculino

ABSTRACT

One of the main purposes for male's medical consultations related to Sexually Transmitted Diseases (STD) is gonococcal urethritis which can set up sequels such as infertility if not properly treated. The main aim of the present monograph is to determine the social and economical profiles of male individuals suffering from gonococcal urethritis (as well as their sexual behavior) who have been attended from January 97 to December 98 at the STD section of *Universidade Federal Fluminense*. It was identified the different medical treatments applied to each case and also found out the rates of recurrence for follow up of clinical evolution. It was built up a retrospective study of the 115 promptuaries of individuals with positive laboratory diagnosis for gonorrhoea by using bacterioscopy techniques following the Gram method and/or the Thayer-Martin specific culture mean. Some of the data have been intersected and some have been correlated by using the contingency rate, which has settled the intensity of the analogy between the two variable groups. The data was organized in charts and lists. In the groups under investigation, most of the individuals were single, under 30, with low family income, low educational rate, heterosexuals, having started sexual activity from 13 to 15 years old and, 61,7 % of them have never wore condoms. Around 35 % of them have shown a previous case of STD, most frequently gonorrhoea. There is an absolute need of educational campaigns to prevent people from spreading not only gonorrhoea but all STD/Aids as well.

Keywords: STD, male gonorrhoea, male sexual behavior

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(6):17-30, 2000

Introdução

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é, nos dias de hoje, a uretrite gonocócica, apesar de todas as campanhas educativas e propagandas sobre as DST/Aids e importância do uso de preservativo. A gonorréia pode ter sérias complicações como orquite, epidídimorquite, prostatite, infertilidade, esterilidade, cegueira neonatal, artrite, cardite, representando apesar de todo avanço tecnológico/científico, um grande ônus para a Saúde Pública no Brasil^(1,2,3). A uretrite gonocócica não pode ser encarada em termos de política sanitária apenas no âmbito mas-

¹Eloiza Moreira Camarte, médica ginecologista e obstetra do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

²Maria de Fátima Bevilacqua da Matta, bióloga, especialista em Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

³Vera Regina Bahiense Ferro, médica ginecologista e obstetra, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

⁴Mauro Romero Leal Passos, Professor Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia (CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense

URETRITE GONOCÓCICA EM PACIENTES MASCULINOS DO SETOR DST-UFF

GONOCOCCAL URETHRITIS IN SETOR DST-UFF MALE PATIENTS

Eloiza M Camarte¹, Maria FB Matta²,
Vera RB Ferro³, Mauro RL Passos⁴

RESUMO

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é a uretrite gonocócica, que pode deixar seqüelas como infertilidade se não for adequadamente tratada. A presente monografia visa determinar o perfil socioeconômico e comportamento sexual dos indivíduos do sexo masculino com uretrite gonocócica atendidos no período de Janeiro de 1997 a dezembro de 1998 no Setor de DST-UFF. Procurou-se também identificar os tratamentos utilizados e os índices de retorno para seguimento da evolução clínica. Foi realizado um estudo retrospectivo dos 115 prontuários de indivíduos com diagnóstico laboratorial positivo para gonorréia pelas técnicas de bacterioscopia pelo método de Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*. Determinados dados foram entrecruzados, e destes alguns foram correlacionados, aplicando-se o coeficiente de contingência, que estabelece a intensidade da relação entre dois grupos de variáveis. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas. Observou-se no grupo estudado um predomínio de indivíduos abaixo dos 30 anos, solteiros, com baixa renda familiar e escolaridade, heterossexuais, com início de vida sexual entre os 13 e 16 anos e, em 61,7 % dos casos não era feito uso de preservativo. Cerca de 35 % dos pacientes tinham história de DST prévia, sendo a mais freqüente a gonorréia. É indispensável a promoção de campanhas educativas a fim de prevenir a disseminação não só da gonorréia, mas de todas as DST/Aids.

Palavras-chave: DST, gonorréia masculina, comportamento sexual masculino

ABSTRACT

One of the main purposes for male's medical consultations related to Sexually Transmitted Diseases (STD) is gonococcal urethritis which can set up sequels such as infertility if not properly treated. The main aim of the present monograph is to determine the social and economical profiles of male individuals suffering from gonococcal urethritis (as well as their sexual behavior) who have been attended from January 97 to December 98 at the STD section of *Universidade Federal Fluminense*. It was identified the different medical treatments applied to each case and also found out the rates of recurrence for follow up of clinical evolution. It was built up a retrospective study of the 115 promptuaries of individuals with positive laboratory diagnosis for gonorrhoea by using bacterioscopy techniques following the Gram method and/or the Thayer-Martin specific culture mean. Some of the data have been intersected and some have been correlated by using the contingency rate, which has settled the intensity of the analogy between the two variable groups. The data was organized in charts and lists. In the groups under investigation, most of the individuals were single, under 30, with low family income, low educational rate, heterosexuals, having started sexual activity from 13 to 15 years old and, 61,7 % of them have never wore condoms. Around 35 % of them have shown a previous case of STD, most frequently gonorrhoea. There is an absolute need of educational campaigns to prevent people from spreading not only gonorrhoea but all STD/Aids as well.

Keywords: STD, male gonorrhoea, male sexual behavior

ISSN: 0103-0465

DST - *J bras Doenças Sex Transm* 12(6):17-30, 2000

Introdução

Um dos principais motivos de consultas médicas masculinas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis ainda é, nos dias de hoje, a uretrite gonocócica, apesar de todas as campanhas educativas e propagandas sobre as DST/Aids e importância do uso de preservativo. A gonorréia pode ter sérias complicações como orquite, epididimorquite, prostatite, infertilidade, esterilidade, cegueira neonatal, artrite, cardite, representando apesar de todo avanço tecnológico/científico, um grande ônus para a Saúde Pública no Brasil^(1,2,3). A uretrite gonocócica não pode ser encarada em termos de política sanitária apenas no âmbito mas-

¹Eloiza Moreira Camarte, médica ginecologista e obstetra do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

²Maria de Fátima Bevilacqua da Matta, bióloga, especialista em Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

³Vera Regina Bahiense Ferro, médica ginecologista e obstetra, especialista em DST pela Universidade Federal Fluminense.

⁴Mauro Romero Leal Passos, Professor Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia (CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense

culino visto que o aumento desta foi reconhecido na década passada particularmente por causa dos sérios efeitos na fertilidade feminina e nos neonatos⁽⁴⁾.

Há referências acerca da existência de corrimentos genitais em registros escritos tão antigos quanto o Talmud e a Bíblia (Levítico 15), sendo encontrados relatos datando até de 4 a 5.000 anos. Hipócrates descreveu a doença em 400 a.C.⁽⁵⁾. A palavra gonorréia deriva-se do grego gonos - esperma + rhoia - corrimento = espermatorréia, sendo assim denominada em 130 a.C. por Galeno. Arataeus já no segundo século distinguia a espermatorréia das secreções uretrais patológicas, mas apenas com Maimônides (1135 - 1204 d.C.) houve uma real diferenciação do esperma em relação aos corrimentos uretrais^(5,6). Em 1879 Neisser identificou o agente etiológico da doença denominando-o gonococo; em 1882 Lestikow obtém as primeiras culturas "in vitro". O termo *Neisseria gonorrhoeae* foi então aplicado por Trevisan em 1885^(7,8).

A gonorréia difundiu-se mundialmente no século XVI por ocasião das grandes navegações, sendo levada da Europa para a América pela tripulação de Colombo^(2,6). Até o final da Segunda Guerra Mundial a incidência da gonorréia manteve-se elevada, decrescendo de modo importante com o advento das sulfonamidas em 1930 como primeira medicação eficaz no seu combate, seguidas pela penicilina em 1940^(2,6). A partir do final da década de 50 as mudanças socioeconômicas e culturais ligadas à liberação sexual dos indivíduos levaram a novo incremento das doenças sexualmente transmissíveis, tornando-as sério problema de Saúde Pública^(2,7,9).

Apesar do surgimento, a partir da década de 80, do vírus da imunodeficiência adquirida, com todas as suas particularidades de doença incurável e letal, iniciar modificações no comportamento sexual das pessoas, incentivando-as à prevenção das DST de um modo geral e à diminuição da promiscuidade, podemos afirmar que estas continuam aumentando a nível mundial, afetando indivíduos de ambos os sexos, de diferentes classes socioeconômicas, hábitos culturais e práticas sexuais^(2,6,9). As clássicas doenças "venéreas" foram preteridas, de certo modo, com o surgimento do HIV e a hipervalorização da Aids; entretanto os indícios clínicos de que as DST atuam como facilitadores para esta infecção direcionam os esforços em nível de Saúde Pública mundial para o combate às mesmas, e dentre estas a gonorréia, que destaca-se como uma das DST mais prevalentes na população sexualmente ativa, constituindo uma verdadeira epidemia^(2,9).

Objetivos

Revisar os prontuários de pacientes masculinos com diagnóstico laboratorial positivo para gonorréia, atendidos no Setor DST-UFF no período de Janeiro de 1997 a Dezembro de 1998, traçando seu perfil socioeconômico, identificando seus hábitos sexuais, relacionando os esquemas terapêuticos mais usados e determinando a frequência de retorno.

Metodologia

Através de consulta ao Livro de Registro de pacientes foi realizado um levantamento do número total de indivíduos atendidos de primeira vez e com prontuários abertos no ambulatório do Setor de DST-UFF no período de 1º de janeiro de 1997 à 31 de dezembro de 1998, separando-se os de indivíduos masculinos, e destes, foram revisados 115 prontuários cujos pacientes apresentavam diagnóstico laboratorial com resultado positivo para gonorréia pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*.

Foram selecionadas as seguintes variáveis: seguro saúde; idade estratificada por faixa etária; cor; estado civil; escolaridade; renda familiar; profissão; local de residência por cidade e estado; condições de moradia; quem o encaminhou para o Setor de DST-UFF; educação sexual; uso rotineiro de preservativo; idade da primeira relação sexual; orientação sexual; realização de coito oral e/ou anal nas relações sexuais; história de DST anterior; número de parceiros sexuais; passado de relação homossexual; ocorrência de relações extraconjugais; uso de drogas ilícitas (como cocaína e maconha); e dados sobre o parceiro sexual com relação à passado de DST, ou presença de queixas ou DST atuais. Foram identificados os esquemas terapêuticos utilizados e retorno do paciente.

Os dados foram coletados em um protocolo inicial, condensados em um segundo protocolo, sendo submetidos ao assessoramento de um profissional da área de estatística para tratamento e organização dos mesmos. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos por frequência, e as seguintes variáveis foram entrecruzadas e correlacionadas: idade e uso de preservativo; escolaridade e educação sexual; escolaridade e uso de preservativo, educação sexual e uso de preservativo; renda familiar e uso de preservativo; parcerias e uso de preservativo; DST anterior e orientação sexual; orientação sexual e DST associada; tratamento e retorno do paciente.

Para a correlação entre as variáveis foi usado o coeficiente de contingência, que mede a intensidade com que dois conjuntos de atributos se relacionam; quanto mais tender à unidade, maior a associação entre eles. Por fim, foi realizada a análise e discussão dos resultados obtidos.

Revisão da Literatura

A gonorréia - doença gonocócica; blenorragia; blenorria; corrimento; escorrimento; esquentamento; pingadeira; fogaçagem; estrela matutina; gota matinal; gota militar^(5,6,7) - é uma doença infecto-contagiosa, pandêmica, de transmissão predominantemente sexual, causada pela *Neisseria gonorrhoeae*; as transmissões não sexuais e acidentais são excepcionais podendo o contágio por fômites ser responsável por alguns casos em crianças e, muito raramente, em adultos. A infecção não confere imunidade contra a reinfecção^(6,7,10).

A uretrite gonocócica é a principal representação da gonorréia no homem; pode-se afirmar que a gonorréia é basicamente uma doença da uretra anterior^(1,7). O reservatório natural do gonococo é o ser humano⁽⁷⁾. As condições que facilitam ou difi-

cultam a transmissão sexual das doenças têm influência decisiva na disseminação da gonorréia⁽⁵⁾. Atinge ambos os sexos, com predominância no sexo masculino⁽⁶⁾. As relações sexuais com múltiplos parceiros, o relacionamento casual, a existência de portadores assintomáticos, o não uso de preservativo e o início precoce da vida sexual, ligados ao intenso apelo erótico veiculado atualmente pela mídia, fazem parte dos fatores epidemiológicos ditos de risco para aquisição e aumento da incidência não só da uretrite gonocócica como das DST no geral. A prostituição sempre foi imputada como a grande fonte da gonorréia, mas nas últimas décadas, com o advento dos contraceptivos orais nos anos 1960/1970, mudanças no comportamento sexual e maior aceitação da homossexualidade e bissexualidade, a promiscuidade sexual adquiriu papel altamente relevante. A mudança no comportamento sexual envolveu mais as mulheres que os homens, fazendo com que o aumento da incidência da doença gonocócica no grupo feminino fosse mais dramático. A importância de tal fato é que grande percentual de mulheres são portadoras assintomáticas^(5,6,11). De acordo com Belda⁽⁵⁾ os diferentes relatos indicam gonorréia assintomática em 6 a 17% dos homens, e em 60 a 80% das mulheres; para Srougi⁽¹¹⁾ os percentuais são respectivamente 10% e 40%. **Os portadores assintomáticos possuem grande importância epidemiológica na disseminação da infecção gonocócica**, pois a ausência de sinais e sintomas faz com que tais indivíduos não procurem cuidados médicos, se transformando na principal fonte de transmissão da doença^(5,7,11).

Embora a maior notificação de taxas de prevalência e incidência de gonorréia em negros se explique mais por problemas de ordem sócio-econômica do que por questões de etnia, alguns estudos sugerem que o risco de se contrair uretrite gonocócica se relaciona com caracteres raciais, o que indicaria a interferência de fatores genéticos neste fenômeno^(5,11).

Com relação à faixa etária dos indivíduos do sexo masculino acometidos, o que se observa é uma maior frequência de gonorréia entre os 20-30 anos, com tendência ao crescimento naqueles com menos de 20 anos⁽¹¹⁾. Conforme Passos⁽⁶⁾ a maior incidência ocorre entre os 15-30 anos. No que diz respeito ao estado civil há uma maior prevalência entre solteiros e separados⁽¹¹⁾.

A determinação dos índices de incidência e prevalência da gonorréia no Brasil é extremamente dificultada, uma vez que não há uma confiabilidade absoluta dos sistemas de registro das doenças, e a auto-medicação em balcões de farmácia é uma realidade freqüente.

A família *Neisseriaceae* inclui espécies de *Neisseria* e *Branhamella catarrhalis*, assim como as espécies de *Acinetobacter*, *Kingella* e *Moraxella*. A *Neisseria gonorrhoeae* (gonococos) e *Neisseria meningitidis* (meningococos) são patogênicas para os seres humanos, tipicamente encontradas dentro de células polimorfonucleares ou associadas a essas⁽¹²⁾.

Após o contato com a fonte pode ou não ocorrer infecção, dependendo a variabilidade do risco também de outros fatores como a resistência individual do hospedeiro. Ocorrendo a infecção, o indivíduo poderá permanecer como portador assintomático (mais freqüente no sexo feminino) ou desenvolver a doença⁽⁷⁾. A infecção não tratada pode disseminar-se por contigüidade, ou via vasos linfáticos ou sanguíneos, podendo causar doen-

ça à distância^(6,7). Os gonococos atacam a mucosa do trato genitourinário, olhos, reto e faringe sendo geralmente uma patologia aguda, de fácil identificação pela presença da secreção purulenta; entretanto tentativas frustradas de tratamento podem levar à cronicização da doença (mais de 1 a 2 meses após a sintomatologia inicial), com diminuição dos sintomas e maior dificuldade diagnóstica^(6,12).

A gonorréia masculina manifesta-se principalmente sob a forma de uretrite aguda anterior, após período de incubação variável, que em geral se situa entre 2 a 5 dias após a exposição ao gonococo^(5,6,7,11); em 75% dos casos é este o período de incubação⁽⁵⁾. O uso inadequado de antibióticos pode prolongá-lo⁽⁷⁾. O sintoma inicial da uretrite gonocócica é a disúria representada por sensação de formigamento, prurido ou ardor intra-uretral, seguida de edema inflamatório do meato; cerca de 2 a 3 dias depois aparece secreção uretral mucóide, a qual em poucas horas torna-se purulenta, abundante e de eliminação espontânea ou à leve pressão^(5,6,7). Descarga uretral e disúria são os sintomas mais comuns de uretrites sexualmente transmissíveis em homens. Deve-se estar atento à possibilidade de uma uretrite transmitida por contato sexual sempre que houver queixa de disúria, mesmo que não acompanhada de imediato por secreção uretral; é importante esta lembrança, visto que, enquanto uma queixa de fluxo uretral geralmente é logo associada ao diagnóstico de uretrite, a disúria, isoladamente, a princípio, é ligada à idéia de uma infecção urinária⁽¹³⁾.

A uretrite gonocócica não tratada dura em média 8 semanas⁽¹¹⁾; 95% daqueles que não são tratados ficam assintomáticos em 6 meses^(5,7). Em aproximadamente metade dos casos, 5 a 14 dias após o início da infecção, esta atinge a uretra posterior, levando à associação de disúria e polaciúria à secreção uretral; na segunda ou terceira semana a secreção diminui e volta a ser mucóide^(5,7). A uretrite gonocócica pode se estender às glândulas anexas causando complicações como: litrites; cowperites; epididimite (pode levar à obstrução do canal epididimário com conseqüente oligospermia ou azospermia); orquite e prostatite. Outra complicação é a balanopostite, seguida ou não de inflamação das glândulas de Tyson⁽⁵⁾, mais comum em indivíduos com excesso de prepúcio e orifício prepucial estreito⁽⁶⁾. A prostatite é a mais freqüente complicação da gonorréia, podendo causar febre e mal-estar geral⁽⁶⁾. As orquiepididimites são freqüentemente responsáveis por casos de infertilidade masculina⁽⁵⁾. Atualmente complicações locais como epididimite, linfangite e prostatite são menos comuns que no passado, e a estenose uretral, felizmente, tornou-se rara, pois instalações e lavagens uretrais, em voga antes do aparecimento dos antibióticos, deixaram de ser feitas^(6,11). Cerca de 1% dos pacientes do sexo masculino apresentam infecção gonocócica disseminada, comumente secundária a focos assintomáticos em uretra ou faringe⁽¹¹⁾. Em 0,3 a 3% dos casos há disseminação hematogênica podendo causar dermatite, artrite, meningite e endocardite⁽⁶⁾. Infecção anorretal é freqüente em homossexuais masculinos passivos com gonorréia^(5,6,7). Como complicações podem-se citar ainda a gonorréia faringiana devida às práticas de feação e cunilíngua, e a conjuntivite gonocócica.

A *Neisseria gonorrhoeae* é identificada através do seu isolamento em meios de cultura específicos, podendo também ser

detectada por meio de exame bacterioscópico com coloração pelo Gram⁽¹¹⁾. O material a ser examinado é o exsudato uretral, sendo que nos casos onde não se observa secreção os testes devem ser realizados com material colhido da uretra anterior (mais de 2 cm do meato uretral) ou no sedimento pós-centrifugação de urina do primeiro jato (5 a 10 ml iniciais)^(1,11). O achado bacterioscópico de diplococos Gram negativos intracelulares no interior de polimorfonucleares no esfregaço é o suficiente para o diagnóstico da gonorréia^(1,2,5,6,11,14), por ser o gonococo o único diplococo Gram negativo patogênico, além do meningococo⁽⁶⁾. A mera existência de diplococos extracelulares não significa obrigatoriamente que o indivíduo apresenta uma uretrite gonocócica; para que se possa fazer tal afirmação é necessário realizar cultura específica para gonococo⁽¹¹⁾. A constatação definitiva da presença da *Neisseria gonorrhoeae* é dada pela positividade da cultura do material em meios seletivos^(5,11); atualmente o meio de escolha para seu isolamento é o ágar de Thayer-Martin, que impede o desenvolvimento de colônias contaminantes, inclusive neisserias saprófitas⁽⁶⁾. O material a ser semeado deve ser colhido com auxílio de uma alça de platina através de delicada descaiação da mucosa^(6,15) ou de um swab⁽¹⁵⁾. A necessidade de instituir uma terapêutica precoce e, a alta sensibilidade (98 a 100%) e especificidade (93 a 99%) do exame direto bacterioscópico do exsudato pela coloração de Gram, tornam dispensável a realização sistemática da cultura⁽¹¹⁾. Recomenda-se ainda o cultivo de material de faringe e canal anal em indivíduos do sexo masculino homossexuais e bissexuais⁽⁵⁾.

Novos métodos para diagnóstico da infecção gonocócica, baseados em **técnicas imunológicas ou de identificação de DNA, demonstram adequada sensibilidade clínica, entretanto não são mais eficientes que a bacterioscopia direta pelo Gram ou a cultura em meios específicos**^(5,11).

Atualmente dispomos de várias opções terapêuticas no combate à *Neisseria gonorrhoeae*, a maioria com alto índice de cura^(5,6). Faz-se mister o retorno do paciente para o controle de cura em 48 a 72 horas e uma semana após o tratamento⁽⁶⁾. A escolha terapêutica relaciona-se ao tipo da infecção, se aguda ou crônica, dando-se preferência aos esquemas de dose única (simplificados) para infecções agudas, que rapidamente interrompem a cadeia epidemiológica, somando-se à vantagem da não descontinuidade do tratamento⁽⁷⁾. O uso irregular ou insuficiente das drogas aumenta o risco de falência terapêutica e favorece a emergência de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* resistentes às mesmas. Nos casos de infecções extragenitais crônicas ou complicadas é aconselhável o uso de esquemas prolongados por 7 a 10 dias^(6,7).

Os antibióticos comumente utilizados são:

a) dose única via oral

Ampicilina 3,5 g, precedida de Probenecid 1,0 g;

Amoxicilina 3,0 g, precedida de Probenecid 1,0 g;

Ciprofloxacina 500 mg;

Floxacina 400 mg;

Rosoxacina 300 mg;

Lomefloxacina 400 mg;

Azitromicina 1,0 g;

Tianfenicol 2,5 g (na mulher deve ser repetido após 48 horas);

b) dose única injetável (IM)

Penicilina G procaína 4.800.000 UI, precedida de Probenecid 1,0 g;

Ceftriaxone 250 mg;

Espectinomomicina 2 g;

c) doses múltiplas via oral

Tetraciclina 500 mg de 6 em 6 horas por 5 a 7 dias;

Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 5 a 7 dias;

Tianfenicol 500 mg de 8 em 8 horas por 5 a 7 dias.

Os seguintes esquemas terapêuticos constam no "Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis" do Ministério da Saúde – Coordenação de DST/Aids, nas doses e vias de administração previamente mencionadas: Ampicilina com Probenecid; Ciprofloxacina; Floxacina; Rosoxacina; Azitromicina; Tianfenicol; Ceftriaxone; Tetraciclina⁽¹⁵⁾. A penicilina benzatina não deve ser utilizada porque não atinge concentração mínima para inibir a atividade do gonococo^(6,7). A penicilina G procaína é indicada nas formas retais e faringianas, e em mulheres grávidas^(6,11) além de tratar a sífilis⁽¹¹⁾. A Amoxicilina e a Ampicilina não devem ser indicadas nas infecções anorretais e faringianas; a Tetraciclina é ineficaz contra a infecção gonocócica anal⁽⁵⁾. É também eficaz para o tratamento da gonorréia não complicada o uso de fluoroquinolonas em dose única, incluindo infecção causada por *Neisseria gonorrhoeae* resistente à penicilina⁽¹⁶⁾; é importante observar a existência de **estudos que indicam a diminuição da sensibilidade e falência terapêutica com as quinolonas**^(16,17).

Cerca de 15 a 45% dos indivíduos com UG apresentam simultaneamente infecção por *Chlamydia trachomatis* que para ser erradicada necessita o emprego de outro antibiótico, levando à associação terapêutica; as tetraciclinas são eficientes no tratamento desta infecção, tornando-se uma boa escolha seu uso concomitante com penicilina. Usa-se habitualmente a penicilina em dose única e, a doxiciclina 200 mg por um período de 10 dias⁽¹¹⁾. As doses únicas de fluoroquinolonas não são eficientes no tratamento da *Chlamydia trachomatis*⁽¹⁶⁾.

Enquanto na mulher o controle da eficácia do tratamento está vinculado à realização da cultura de endocérvice, no homem o critério de cura é basicamente clínico, pelo desaparecimento dos sinais e sintomas, podendo-se realizar cultura para confirmar a erradicação do gonococo.

"Excluída a abstinência, a medida preventiva mais eficaz é ainda a monogamia com fidelidade conjugal recíproca, ou, pelo menos, a limitação do número e a escolha criteriosa dos parceiros sexuais."⁽¹⁰⁾

O uso de preservativo é a profilaxia mais indicada para a prevenção da gonorréia e das DST em geral. A nível de controle epidemiológico **é altamente relevante a investigação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(ais)**. A antibioticoterapia profilática em caso de suspeita de contaminação pelo gonococo pode ser utilizada diminuindo os riscos da UG, mas não prevenindo-a totalmente.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Origem e Seguro Saúde

De 1º de janeiro de 1997 à 31 de dezembro de 1998 foram atendidos no Setor de DST-UFF 2.104 pacientes, sendo 955 o total de indivíduos do sexo masculino. Destes últimos 115 apresentaram diagnóstico laboratorial com resultado positivo para uretrite gonocócica pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio específico de *Thayer-Martin*.

A maior parte da clientela masculina apresentando gonorréia veio encaminhada por outros serviços de saúde (73%), tanto de serviços públicos quanto privados. A demanda espontânea representou 26,1% dos casos, e incluiu situações nas quais o paciente tomou conhecimento à respeito do Setor DST-UFF por meio de amigos, colegas de trabalho, parentes e pela mídia (panfletos, televisão, campanha de prevenção de DST/Aids). Em apenas 0,9% o acesso ao ambulatório fez-se por intermédio de seus parceiros portadores de alguma doença sexualmente transmissível, em tratamento no Setor DST-UFF ou em outros serviços de saúde.

É importante observar que embora 69,6% não possuíssem nenhum tipo de seguro saúde, 8,7% mesmo usufruindo de tal benefício procuraram este ambulatório especializado da UFF, sendo algumas vezes orientados neste sentido por seus próprios médicos particulares. Em 21,7% tal dado era ignorado, talvez devido à ambigüidade do item seguro saúde, que pode ser interpretado como algum seguro de vida e não como assistência médica propriamente dita, o que pode ter levado alguns entrevistados a desconsiderá-lo. Portanto, é bem possível que parte destes 21,7% tivessem na realidade algum tipo de assistência médica privada, e mesmo assim tenham procurado atendimento no Setor DST-UFF. As considerações prévias com relação aos tipos de origem dos pacientes e à posse de seguro saúde demonstram que o Setor DST-UFF além de ter boa credibilidade não só na população geral como no âmbito da classe médica é, de fato, um centro de referência em DST/Aids.

Perfil Socioeconômico

A faixa etária na qual se enquadra a absoluta maioria está abaixo dos 30 anos (85,3%), com preponderância entre os 21 e 30 anos de idade (50,5%), embora a freqüência de UG entre os 11 e 20 anos também seja elevada (34,8%). Isto está de acordo com a literatura, que indica a maior freqüência de gonorréia entre os 15 e 30 anos (6), e pode estar relacionado ao fato de que adolescentes e adultos jovens geralmente estão em busca de seu "par ideal", sendo mais comum a multiplicidade de parceiros e uniões instáveis do que em indivíduos mais velhos. A ocorrência de UG entre 31 e 40 anos diminui (13%), queda esta mais acentuada após os 41 anos (1,7%), possivelmente devido à tendência das relações afetivas/sexuais se tornarem mais estáveis e monogâmicas. Neste levantamento de dados não houve casos de UG abaixo dos 11 anos ou acima dos 50 anos.

Os dados referentes à cor da pele nos mostra um predomínio de negros correspondendo à 40,9%, seguidos de 31,3% de bran-

cos e 26,1% de indivíduos de cor parda. Em 1,7% dos casos tal dado era ignorado. Outros estudos também indicaram uma maior freqüência de gonorréia em negros (5,11).

Com relação ao estado civil 69,6% eram solteiros, 13,9% casados, 0,9% separados, 14,8% solteiros com companheiro(a), e em 0,9% eram ignorados. A literatura consultada apontou uma maior prevalência de UG entre solteiros e separados (11).

No que diz respeito à escolaridade 1,7% eram analfabetos; 55,8% tinham primeiro grau incompleto; 13,0% primeiro grau completo; 17,4% segundo grau incompleto; 7,8% segundo grau completo; 0,9% curso superior incompleto; 1,7% curso superior completo; e em 1,7% desconhece-se o nível de instrução. **Chama atenção a freqüência de indivíduos que tendo boa escolaridade (2. grau completo em diante) apresentaram gonorréia (10%).**

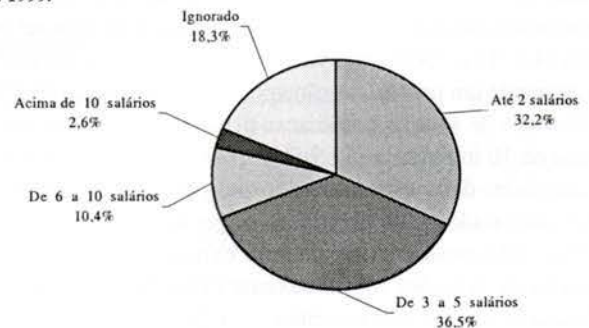
A distribuição de renda familiar, discriminada em faixas salariais, encontra-se demonstrada no **gráfico 1**, assinalando-se a preponderância de rendas inferiores a 5 salários mínimos (68,7%); o Setor de DST-UFF tem como característica a gratuidade assistencial, o que pode justificar sua grande procura por indivíduos de baixa renda. Mesmo assim 13% dos pacientes com UG que procuraram este serviço tinham renda familiar elevada, 10,4% oscilando entre 6 a 10 salários mínimos, e 2,6% acima de 10 salários.

As ocupações profissionais eram as mais variadas possíveis, sendo agrupadas e classificadas na **tabela 1**, de acordo com as normas do Instituto Nacional de Seguridade Social. A incidência maior no grupo de Trabalhadores de Serviços e Assemelhados justifica-se por este abranger um número muito grande de profissões.

As condições de moradia foram avaliadas em função do tipo de material usado na sua construção, e da presença ou não de infra-estrutura básica, sendo observado que em 90,4% dos casos eram de alvenaria, em 93,0% possuíam luz elétrica, em 83,5% eram servidas de rede de esgoto e em 75,6% de água encanada como observa-se na **Tabela 2**.

A maioria dos clientes residiam em Niterói (53%) e em São Gonçalo (36,5%), e estes todos, moradores do estado do Rio de Janeiro; 11 indivíduos (9,6%) eram provenientes de outros municípios, sendo 5 de Itaboraí, 2 do Rio de Janeiro, 1 de Nova Iguaçu, 1 de Comendador Soares, 1 de Duque de Caxias e 1 de

Gráfico 1 - Distribuição por renda familiar dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Tabela 1 – Distribuição por atividade profissional dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999

Atividade profissional	n	%
Profissões Científicas, Técnicas, Artísticas e assemelhados	4	3,5
Membros dos Três Poderes, Servidores Cívicos e Militares	1	0,9
Trabalhadores Administradores e assemelhados	10	8,7
Trabalhadores do Comércio e assemelhados	13	11,3
Trabalhadores de Serviços e assemelhados	45	39,1
Trabalhadores da Produção Industrial	14	12,2
Não especificado nas classes anteriores	28	24,3
Total	115	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF

Tabela 2 – Condições de moradia dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

Condições de moradia	Sim		Não		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alvenaria	104	90,4	3	2,6	8	7,0	115	100,0
Luz elétrica	107	93,0	-	-	8	7,0	115	100,0
Água encanada	87	75,6	20	17,4	8	7,0	115	100,0
Rede de esgoto	96	83,4	11	9,6	8	7,0	115	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF

Maricá. Em 0,9 % dos casos ignora-se o local de moradia do indivíduo. A procura de assistência médica em Niterói por pessoas de áreas adjacentes, principalmente São Gonçalo e Região dos Lagos, denota a insuficiência do sistema de saúde dessas localidades.

Comportamento Sexual

A maioria absoluta dos pacientes referiu sua orientação sexual como heterossexual (93,9 %); alguns poucos referiram ser bissexuais (4,3 %) e apenas um paciente disse ser homossexual (0,9 %); somente um prontuário não apresentava este dado (0,9 %).

Passado de relação homossexual fazia parte da história pregressa de 16 indivíduos (13,9 %). O elevado índice de heterossexualidade, dado este fornecido pelo próprio paciente, pode estar mascarado pelos preconceitos gerados pelas convenções sociais; esta mesma causa poderia explicar o baixo índice de passado de relações homossexuais (79,1 %). Ignora-se esta informação em 7 % dos pacientes.

Dos 115 homens com gonococcia 29,6 % tinham parceira(o) fixa(o) exclusiva(o), 22,6 % fixa(o) não exclusiva(o), 23,5 %

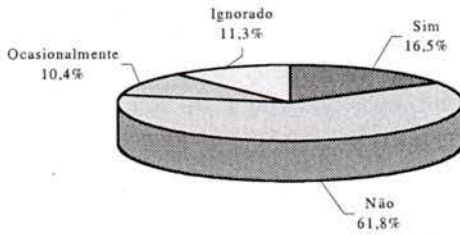
múltiplas(os), e 20,9 % estavam atualmente sem parceira(o); este dado era ignorado em 3,5 %.

No que se refere à experiência extraconjugal, esta foi observada em 38,3 % dos entrevistados, e 25,2 % afirmaram não tê-las; em 36,5 % desconhece-se esse dado.

A educação sexual (informações sobre os aparelhos reprodutivos masculino e feminino e seu funcionamento, doenças sexualmente transmissíveis e modo de evitá-las, métodos contraceptivos), avaliada pelo próprio paciente, evidenciou que poucos se consideravam com bons conhecimentos a esse respeito (8,7 %); a maior parte dos indivíduos considerava tendo-a pouca (38,3 %) ou nenhuma (25,2 %); 26,1 % disseram ter média educação sexual e em 1,7 % dos casos esse dado era ignorado.

O uso de preservativo em geral não é feito (61,8 %), ou então só ocasionalmente (10,4 %). Apenas 16,5 % dos pacientes afirmaram fazer uso rotineiro do preservativo nas suas relações sexuais (**Gráfico 2**). É interessante observar que em alguns prontuários cujos pacientes faziam uso ocasional do preservativo coexistia a informação de que o método contraceptivo utilizado era o preservativo, o que nos deixa a suposição de que assim o faziam como método anticoncepcional e não com o intuito de proteger-se contra uma possível DST. O não uso do preservativo

Gráfico 2 - Uso de condom pelos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

seria consequência da pouca informação, dificuldade na sua aquisição, preconceitos quanto ao seu uso e falta de costume no seu manuseio, decorrentes de hábitos arraigados da sociedade patriarcal. Na atualidade é imprescindível a conscientização dos indivíduos, homens e mulheres, que a sexualidade vivida na sua plenitude está inegavelmente vinculada à segurança, em outras palavras, à prevenção.

A maioria dos pacientes avaliados não usava drogas ilícitas (79,2 %); 9,6 % usava cocaína, 1,7 % usava maconha e, 7,8 % fazia uso de ambas estas drogas. Em 1,7 % desconhece-se tal item.

Conforme verifica-se na **tabela 3**, 35,7 % apresentavam história de DST progressa; dentre estes a principal doença mencionada era a gonorréia, e em seguida o HPV, ficando a sífilis em terceiro lugar. A especificação das DST anteriores teve seus percentuais estabelecidos em função do número de respostas, isto é, trata-se de um percentual de respostas múltiplas (**Tabela 4**).

Geralmente não havia outras DST concomitantes à UG nos prontuários levantados, entretanto pode-se observar 7 casos de sífilis, 6 de HPV, 5 de HIV positivo, 1 de cancro mole, 1 de *Chlamydia trachomatis*, e 1 de candidíase; aqui também consiste de um percentual de respostas múltiplas, ou seja alguns indivíduos apresentavam mais de uma DST associada. Embora realizado sempre que possível, o rastreamento para *Chlamydia trachomatis* não vem sendo feito sistematicamente no Setor DST-UFF devido à falta recorrente de verbas que possibilitem a aquisição dos kits para sua pesquisa. Provavelmente a frequência dos indivíduos apresentando-a concomitantemente à UG seria maior se a sua pesquisa fosse rotineira.

Realização de sexo oral é mais freqüente que de sexo anal: 53 % dos pacientes praticam sexo oral, 46,1 % não o praticam; já no caso de coito anal apenas 35,7 % o fazem, enquanto que 62,6 % não são adeptos deste tipo de coito. A primeira relação sexual ocorreu mais comumente entre os 13 e 16 anos, como pode-se ver no **gráfico 3**. Deve-se atentar para o fato da precocidade no início da vida sexual destes homens, em alguns casos

Tabela 3 – Doenças sexualmente transmissíveis anteriores dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

DST anteriores	n	%
Sim	41	35,7
Não	72	62,6
Ignorado	2	1,7
Total	115	100,0

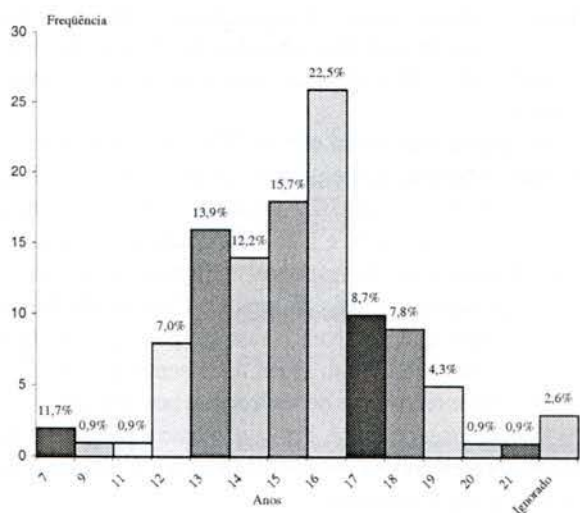
Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF.

Tabela 4 – Especificação das doenças sexualmente transmissíveis anteriores dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ. 1999.

Especificação das DST anteriores	n	%
Gonorréia	35	85,4
Sífilis	4	9,8
HPV	6	14,6
Cancro mole	2	4,9
Herpes genital	2	4,9
HIV	1	2,4

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Gráfico 3 - Idade do primeiro intercurso sexual dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

chegando a extremos, como o daqueles que principiaram relações sexuais aos 7 e 9 anos de idade; o número dos que começaram suas incursões sexuais aos 12 anos também não chega a ser desprezível. **A precocidade do início do intercurso sexual torna indispensável a educação sexual nas escolas e dentro dos lares, com ênfase à prevenção de DST/Aids,** maior divulgação, orientação e facilidade para obtenção de condons adequados a adolescentes.

DST das Parcerias dos Pacientes com UG

Em se tratando de DST atual, ou queixa atual relacionada a possível DST, que a(o) parceira(o) estivesse apresentando, apenas em 10,4 % existia alguma delas; 1,7 % dos clientes não sabia informar este dado; em 16,5 % dos casos não havia queixas por parte da(o) parceira(o); e em 71,4 % não havia tal dado no prontuário, sendo 20,9 % por não estar o paciente tendo parceira(o) na ocasião. É necessário que se insista com o paciente para que suas parcerias sexuais busquem tratamento médico adequado a fim de evitar reinfecções, e ainda sobre a importância da realização dos testes sorológicos para lues e HIV.

Sorologias para Sífilis e HIV

Faz parte da rotina do Setor DST-UFF oferecer e solicitar (com consentimento do paciente) os testes sorológicos para HIV e sífilis.

O teste anti-HIV foi realizado por 44,3 % dos pacientes, dos quais 4,3 % foram positivos (5 casos) e 40,0 % negativos; em 55,7 % o resultado é ignorado.

O VDRL foi feito por 47,0 % dos pacientes, dos quais 6,1 % foram positivos e 40,9 % negativos, e em 53 % dos casos o resultado é ignorado.

Os resultados ignorados podem ser explicados pela desistência por parte do paciente de realizar o exame, ou por melhora do quadro clínico e não retorno ao Setor DST-UFF, ou por preconceito/medo deste tipo de teste, ou ainda pela possibilidade de terem realizado estas sorologias em outros serviços da rede pública ou privada.

Tratamento e Retorno

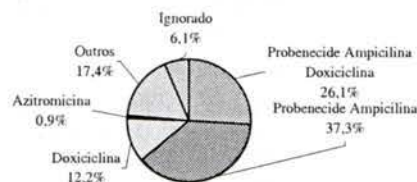
Os tratamentos mais utilizados foram Ampicilina 3,5 g precedida de 1,0 g de Probenecid, em 37,3 % dos atendimentos e, em 26,1 % dos casos, além destas duas drogas foi associado o uso de Doxiciclina 200 mg ao dia por intervalos de tempo variando de 7 a 14 dias.

Por ser objetivo do Setor DST-UFF o tratamento imediato do paciente a fim de evitar que este permaneça como fonte disseminadora de DST enquanto aguarda-se os resultados laboratoriais segue-se a abordagem sintomática preconizada pelo Ministério da Saúde.

Outras vezes fez-se só doxiciclina (12,2%) e em 17,4% foram usados outros medicamentos (**Gráfico 4**). Destes outros medicamentos, a associação mais constante foi a de Probenecid 1,0 g, Doxiciclina 20 mg, e Ceftriaxone 250 mg (5 casos); em 2 casos foram feitos apenas Doxiciclina com Ceftriaxone; em outros 2 casos foram prescritos conjuntamente Probenecid, Ampicilina e Ceftriaxone. Observou-se ainda tendência à associação de doxiciclina com outras drogas, tais como: lomefloxacina 400 mg (1 caso); probenecid 1,0 g (1 caso); e espectinomicina (2 casos). Outras terapêuticas utilizadas foram azitromicina 1,0 g + norfloxacina 400 mg (2 casos) e probenecid 1,0 g + amoxicilina (1 caso). Em 4 pacientes empregaram-se drogas isoladas, a saber: lomefloxacina 400 mg; tianfenicol 2,5 g, norfloxacina 400 mg e espectinomicina 2,0 g.

A falta de uma padronização na medicação advém do fato dos medicamentos disponíveis no já mencionado setor serem variáveis conforme doações de laboratórios farmacêuticos, amostras grátis e fornecimento pelo Ministério da Saúde, que nem sempre o faz de maneira regular. Outra possível causa de esquemas terapêuticos diferentes dos tradicionalmente precon-

Gráfico 4 - Tratamento dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.

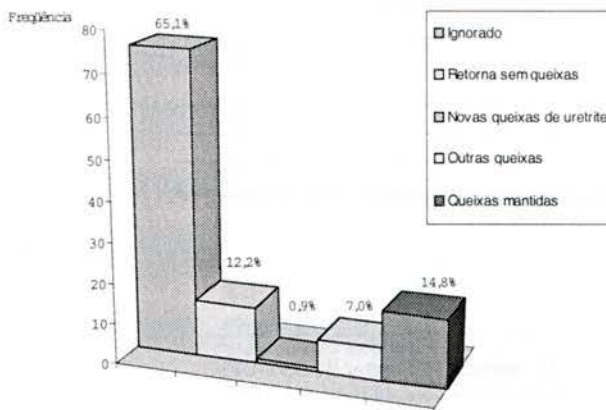


Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

zados para UG é a intercorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis. Por fim cabe lembrar que a experiência individual de cada médico pode interferir na escolha do tratamento.

Com relação ao retorno do paciente para seguimento clínico, avaliado num período de até 3 meses após o diagnóstico da uretrite, em 12,2 % ele retornou sem queixas; em 14,8 % dos casos voltou ao serviço mantendo as queixas; em 0,9 % com novas queixas de uretrites; em 7,0 % dos casos com outras queixas compatíveis com outras doenças que não gonorréia; e em 65,1 % dos casos ele é ignorado. Este último pode estar ligado ao êxito do tratamento, ao retorno direto ao médico que o encaminhou ao Setor DST-UFF, ou mesmo à volta a este serviço que não tenha sido registrado em prontuário (**Gráfico 5**).

Gráfico 5 - Retorno dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998. Niterói, RJ, 1999.



Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UFF

Vários são os possíveis motivos para os 14,8 % dos insucessos do tratamento: uso incorreto dos antimicrobianos, o não tratamento das(os) parceiras(os), nova(o) parceira(o) contaminada(o) e resistência bacteriana ao antibiótico. O desenvolvimento de cepas de gonococos resistentes à penicilina, por sinal, é uma das circunstâncias preocupantes na atualidade, cujas causas relacionam-se com o uso indiscriminado e/ou incorreto de antibióticos. A dificuldade de tratamento da(o) parceira(o) e os portadores assintomáticos (principalmente mulheres) atuam de modo decisivo na disseminação da doença e portanto não devem ser relegados a um segundo plano. Além disso, **parceiras(os) que não se tratam tornam-se fonte de reinfecção permanente.**

Entrecruzamento e Correlação dos Dados

Os percentuais de uso do preservativo são maiores nos mais jovens; o maior índice de utilização ocorreu na faixa dos 11 aos 20 anos (25 %), enquanto que pacientes entre os 31 e 40 anos em 79,9 % dos casos não o faziam. Nenhum dos 2 pacientes acima dos 41 anos usava preservativo. A maior aceitação do uso de preservativo nas gerações mais jovens parece estar relacionada a fatores culturais, uma vez que começaram a exercer sua sexualidade já cientes de um grande número de informações recebidas pela mídia, educa-

ção sexual nas escolas e orientação familiar. Os homens mais velhos tendem a preconceitos arraigados firmemente quanto ao não uso de preservativo. Além disso, como já foi comentado anteriormente, há uma tendência maior à multiplicidade de parceiros e relações menos estáveis nos indivíduos de menor faixa etária.

Embora haja uma tendência a melhores níveis de educação sexual com o aumento da escolaridade (coeficiente de contingência 0,55), isto não é uma verdade absoluta, pois observam-se casos em que, apesar do maior grau de escolaridade, a educação sexual é menor. Isto pode estar relacionado com o caráter subjetivo e de auto avaliação deste item (**Tabela 5**).

Dentro de todos os níveis de escolaridade o percentual de não uso do preservativo é elevado, apesar do que, nota-se uma tendência ao maior uso do preservativo à medida que aumenta o grau de instrução. A percepção de indivíduos melhor instruídos que não usam preservativo habitualmente, pode ser conseqüente a fatores que não a escolaridade, tais como faixa etária mais elevada, e maior frequência de parceiros fixos. O grau de educação sexual interfere pouco com o uso rotineiro de preservativo, que ainda é baixo (**Tabelas 6 e 7**).

Verifica-se maior uso de preservativo conforme o aumento da faixa salarial: 66,7 % dos que tinham renda familiar superior a 10 salários mínimos faziam uso rotineiro de preservativo, enquanto que 70,3 % dos homens cuja renda era de até 2 salários não o fazia (**Tabela 8**).

A despeito da elevada quantidade de homens que não usavam preservativo, mesmo quando tinham múltiplos parceiros, comparativamente foi neste grupo, e no grupo de homens com parceiros eventuais que a sua utilização foi mais acentuada.

Dos 41 indivíduos com DST anteriores (35,7 % do total de prontuários levantados), 92,7% eram heterossexuais, 4,9 % bissexuais e 2,4 % homossexuais (**Tabela 9**).

A DST anterior mais freqüente foi a gonorréia com 35 casos; destes 33 (94,2 %) ocorreram em heterossexuais; 1 caso (2,9 %) em bissexual e 1 caso (2,9 %) em homossexual. A segunda DST mais freqüente foi HPV com 6 casos, dos quais 5 (83,3 %) ocorreram em heterossexuais e 1 caso (16,7 %) em bissexual. A sífilis ocupou o terceiro lugar com 4 casos, sendo 3 (75 %) em heterossexuais, e 1 caso (25 %) em homossexual. Ocorreram 2 casos de cancro mole e 2 de herpes genital, todos em heterossexuais. O único caso de HIV relatado como DST prévia pelo paciente, ocorreu em um bissexual. O número elevado de recidivas de gonorréia sugere que, apesar de toda informação e campanhas educativas para prevenção de DST/Aids, existe uma certa resistência ao uso de preservativo e um descaso no que diz respeito ao tratamento da parceira, este último podendo estar ligado à freqüente ausência de sintomas da doença na mulher (**Tabela 10**).

Dos 108 heterossexuais, 86,1 % não apresentaram DST associada a sua doença atual; as comumente apresentadas eram sífilis, HPV, e HIV, conforme observado na **tabela 11**; ocorreram 3 casos de mais de uma DST associada à gonorréia: sífilis com HPV, sífilis com candidíase, e sífilis com cancro mole. Dentre os bissexuais (5 indivíduos) 1 apresentou sorologia positiva para HIV e outro condiloma acuminado; o homossexual (apenas 1 caso na amostra) apresentava sífilis como DST concomitante.

Do esquema terapêutico mais usado, Probenecid associado à Ampicilina (43 casos), 2,3 % retornaram sem queixas, 7,0 %

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a escolaridade por educação sexual. Niterói, RJ. 1999.

Escolaridade		Educação Sexual					Total
		Nenhuma	Pouca	Média	Boa	Ignorado	
Analfabeto	n		1	1			2
	Linha %		50,0	50,0			100,0
1º. grau incompleto	n	21	24	15	3	1	64
	Linha %	32,8	37,5	23,4	4,7	1,6	100,0
1º. grau completo	n	2	7	4	2		15
	Linha %	13,3	46,7	26,7	13,3		100,0
2º. grau incompleto	n	3	7	6	4		20
	Linha %	15,0	35,0	30,0	20,0		100,0
2º. grau completo	n		5	3	1		9
	Linha %		55,6	33,3	11,1		100,0
Superior incompleto	n			1			1
	Linha %			100,0			100,0
Superior completo	n	2					2
	Linha %	100,0					100,0
Ignorado	n	1				1	2
	Linha %	50,0				50,0	100,0
Total	n	29	44	30	10	2	115
	Linha %	25,2	38,3	26,1	8,7	1,7	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,55

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a escolaridade por uso de condom. Niterói, RJ. 1999.

Escolaridade		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Analfabeto	n		2			2
	Linha %		100,0			100,0
1º. grau incompleto	n	6	43	6	9	64
	Linha %	9,4	67,1	9,4	14,1	100,0
1º. grau completo	n	3	10	1	1	15
	Linha %	20,0	66,6	6,7	6,7	100,0
2º. grau incompleto	n	6	8	4	2	20
	Linha %	30,0	40,0	20,0	10,0	100,0
2º. grau completo	n	3	5	1		9
	Linha %	33,3	55,6	11,1		100,0
Superior incompleto	n		1			1
	Linha %		100,0			100,0
Superior completo	n		2			2
	Linha %		100,0			100,0
Ignorado	n	1			1	2
	Linha %	50,0			50,0	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,39

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a educação sexual por uso de condom. Niterói, RJ, 1999.

Educação Sexual		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Nenhuma	n	4	20	2	3	29
	Linha %	13,8	69,0	6,9	10,3	100,0
Pouca	n	6	28	3	7	44
	Linha %	13,6	63,7	6,8	15,9	100,0
Média	n	6	17	5	2	30
	Linha %	20,0	56,6	16,7	6,7	100,0
Boa	n	2	6	2		10
	Linha %	20,0	60,0	20,0		100,0
Ignorado	n	1			1	2
	Linha %	50,0			50,0	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,31

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a renda familiar por uso de condom. Niterói, RJ, 1999.

Renda Familiar		Uso de Condom				Total
		Sim	Não	Ocasional	Ignorado	
Até 2 salários	n	3	26	5	3	37
	Linha %	8,1	70,3	13,5	8,1	100,0
De 3 a 5 salários	n	10	26	5	1	42
	Linha %	23,8	61,9	11,9	2,4	100,0
De 6 a 10 salários	n	2	8	2		12
	Linha %	16,7	66,6	16,7		100,0
Acima de 10 salários	n	2	1			3
	Linha %	66,7	33,3			100,0
Ignorado	n	2	10		9	21
	Linha %	9,5	47,6		42,9	100,0
Total	n	19	71	12	13	115
	Linha %	16,5	61,8	10,4	11,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência = 0,49

retornaram com outras queixas, 20,9 % mantiveram as mesmas queixas de uretrite, e em 69,8 % ignora-se o retorno do paciente. Cabe lembrar que os percentuais de retorno ignorado podem estar associados ao sucesso do tratamento, ao retorno direto ao médico que encaminhou o paciente ao Setor DST-UFF ou ainda à volta a este serviço que não tenha registro em prontuário. O segundo tratamento mais prescrito - Probenecid, Ampicilina e Doxiciclina (30 casos, 26,1 %) apresentou 26,7 % de retorno sem queixas. Quando as drogas utilizadas foram diversas (20 casos, 17,4 %), 5 % retornaram sem queixas, 5 % com novas queixas de uretrite, 10 % com outras queixas, e 20 % retornaram com a mesma sintomatologia. A Doxiciclina foi prescrita em 14

casos (12,2 %), tendo 28,6 % retornado sem queixas, e 21,4 % com os mesmos sintomas anteriores. Neste estudo o emprego da azitromicina isolada ocorreu apenas uma vez, sendo desconhecido o retorno. Dos 115 homens com gonorréia 75 tem retorno ignorado, cujo maior índice se deu no grupo tratado com probenecid + ampicilina (40 %), seguido do esquema probenecid, ampicilina e doxiciclina (26,7 %); do total de pacientes que retornaram sem queixas (14 casos), 57,2 % utilizaram este último esquema citado, e 28,6 % apenas doxiciclina. Daqueles que mantiveram as queixas (17 casos), 53,0 % foram tratados com probenecid + ampicilina, e 23,5 % com outras drogas (Tabela 12). **Preconiza-se no âmbito mundial o uso de cefalosporinas**

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no setor de DST-UFF no período de 1997-1998, segundo as DST anteriores por orientação sexual. Niterói, RJ, 1999.

DST Anteriores		Orientação Sexual			Total
		Heterossexual	Bissexual	Homossexual	
Sim	n	38	2	1	41
	Linha %	92,7	4,9	2,4	100,0
Não	n	69	3		72
	Linha %	95,8	4,2		100,0
Ignorado	n	1			2
	Linha %	50,0		50,0	100,0
Total	n	108	5	1	115
	Linha %	93,9	4,3	0,9	100,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF.
Coeficiente de contingência = 0,58

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo os tipos das DST anteriores por orientação sexual. Niterói, RJ, 1999

DST Anteriores		Orientação Sexual			Total
		Heterossexual	Bissexual	Homossexual	
Gonorréia	n	33	1	1	35
	Linha %	94,2	2,9	2,9	100,0
Sífilis	n	3		1	4
	Linha %	75,0		25,0	100,0
HPV	n	5	1		6
	Linha %	83,3	16,7		100,0
Cancro Mole	n	2			2
	Linha %	100,0			100,0
Herpes genital	n	2			2
	Linha %	100,0			100,0
HIV	n		1		1
	Linha %		100,0		100,0
Total	n	38	2	1	41
	Linha %	109,8	7,3	4,9	122,0

Fonte : Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF.
Coeficiente de contingência = 0,56

de terceira geração e de quinolonas como Ciprofloxacina e Ofloxacina como primeira escolha terapêutica para gonorréia não-complicada. Têm-se obtido bons resultados ainda com Ceftriaxone e Espectinomomicina. Antibióticos como Eritromicina e Tetraciclina apesar do baixo custo devem ser evitados devido ao surgimento de cepas de *Neisserias* resistentes à penicilina^(17, 18).

É impossível dissociar medidas preventivas e sanitárias em Saúde Pública, dentre elas o estímulo ao uso do preservativo, do momento político e histórico vivido pelo país, caracterizado pelos altos índices de desemprego, salários aviltantes, baixo

prestígio da Educação e Saúde. Obviamente os índices de utilização do preservativo além de relacionados a fatores sociais e culturais, vinculam-se às questões econômicas, em última análise ao poder aquisitivo dos indivíduos. A distribuição gratuita de medicação e preservativo nos serviços de saúde públicos é de extrema importância, uma vez que grande parcela da população que recorre a esses serviços encontra-se na faixa de baixa renda.

Apenas conscientizar não resolve; é preciso dissolver preconceitos, disponibilizar medicamentos e preservativos, viabilizar o fluxo da população aos Serviços de Saúde e formar profissionais especializados na área de DST/Aids.

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes masculinos com UG atendidos no Setor de DST-UFF no período de 1997 a 1998, segundo a orientação sexual por DST associadas. Niterói, RJ. 1999.

Orientação Sexual		DST Associadas						Total	
		Sífilis	HPV	Cancro mole	HIV	Chlamydia trachomatis	Candida sp.		Não há
Heterossexual	n	6	5	1	4	1	1	93	108
	Linha%	5,6	4,6	0,9	3,7	0,9	0,9	86,1	100,0
Bissexual	n		1		1			3	5
	Linha%		20,0		20,0			60,0	100,0
Homossexual	n	1							1
	Linha%	100,0							100,0
Ignorado	n							1	1
	Linha%							100,0	100,0
Total	n	7	6	1	5	1	1	97	115
	Linha%	6,1	5,2	0,9	4,3	0,9	0,9	84,3	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF
Coeficiente de contingência=0,39

Conclusões

Dos 2.104 indivíduos atendidos de primeira vez e com prontuários abertos no Setor DST-UFF de 1º de Janeiro de 1997 a 31 de Dezembro de 1998, 955 (45,4 %) eram homens, e destes 115 (12 %) apresentaram diagnóstico laboratorial indicativo de uretrite gonocócica pelas técnicas de bacterioscopia pelo Gram e/ou cultura em meio de *Thayer-Martin*.

A clientela masculina com UG mostrou um predomínio de indivíduos adolescentes e adultos jovens (85,3 %), sendo de 11 a 20 anos 34,8 %, e de 21 a 30 anos 50,5 %, solteiros (69,6 %), negros (40,9 %), oriundos de Niterói (53 %), com baixa escolaridade (55,8 % só tinham até o 1º grau incompleto) e baixa renda familiar (68,7 % ganhavam até 5 salários mínimos).

Geralmente vinham encaminhados por outro serviço de saúde (73 %) e 8,7 % tinham seguro saúde.

Na sua maioria afirmavam ser heterossexuais (93,9 %) e tinham início de vida sexual entre 13 e 16 anos (64,3 %).

Faziam uso rotineiro de preservativo 16,5 % dos indivíduos estudados, enquanto 10,4 % informaram fazer seu uso ocasionalmente e 61,8 % não o utilizavam.

Com relação à história de DST anterior, esta ocorreu em 35,7 % dos homens com UG, sendo em 85,4 % dos casos gonorréia.

Em 18 pacientes houve co-infecção com outras doenças sexualmente transmissíveis, sendo que 3 deles apresentaram mais de uma associada: 5 casos de HIV positivo, 5 de HPV, 1 de Clamídia, 4 de sífilis, 1 de sífilis com cancro mole, 1 de sífilis com HPV e 1 de sífilis com candidíase.

O exame anti-HIV foi realizado no Setor DST-UFF por 44,3 % dos pacientes, sendo 4,3% positivo; o VDRL, por sua vez, foi feito neste serviço por 47,0 % deles, sendo positivo em 6,1%.

Os tratamentos mais utilizados foram as associações Probenecid, Ampicilina e Doxiciclina (26,1 %) e Probenecid com Ampicilina (37,4 %).

Dos 115 pacientes estava registrado o retorno em 34,9 % dos casos, sendo que 12,2 % retornaram sem queixas e 7,0 % com outras queixas compatíveis com outras doenças que não gonorréia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Smith, Donald R. Aspectos Urológicos Das Doenças Venéreas no Homem. In: Smith, Donald R. *et al. Urologia Geral*. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1985. 576 p. Cap. 14, p. 209-216.
- Gir, Elucir, Moriya, Tokico Marakawa, Costa, João Carlos, Duarte, Geraldo, Oliveira, Maria Helena Pessini, Bueno, Sônia Maria Villela, TAVARES, Maria Solange Guarino. Estudo das Condutas Adotadas por Balconistas de Farmácias Frente a Casos Relatados de Gonorréia. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 15-25, jan./mar. 1991.
- Ness, Roberta B., Markovic, Nina, Carlson, Catherine L., Coughlin, Michael T., Do men become infertile after having sexually transmitted urethritis? An epidemiologic examination. *Fertility and Sterility*, v. 68, n. 2, p. 205-213, Ago. 1997.
- Grosskurth, H.; Mayaud, P.; Mosh, F.; Todd, J Senkoro, K.; Newell, J.; Gabone, R.; Changalucha, J.; West, B.; Hayes, R.; Mabey, D. Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. *BMJ*, v. 312, n. 7026, p. 277-280, Feb. 1996.
- Belda, Walter. Gonorréia. *Ars Cvrandi*, v. 21, n. 1, p. 32-34, 36, 38, Jan./Fev. 1998.
- Passos, Mauro Romero Leal, Lopes, Paulo da Costa, Filho, Gutemberg Leão de Almeida, GOUV A, Tegnus Vinícius Depes. Gonorréia. In: PASSOS, Mauro Romero Leal *et al. DST-Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda., 1995. 552 p. Cap. 8, p. 121-137.
- Belda, Walter. Gonorréia. In: Veronesi, Ricardo. *Doenças Infeciosas e Parasitárias*. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1982. 1209p. Cap. 105, p. 982-989.
- Francisco, Waldemar. Gonococias e Clamídias. In: Ferreira, A. Walter, Ávila, Sandra L. M. *Diagnóstico Laboratorial das*

- Principais Doenças Infecciosas e Auto-imunes.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A., 1996. 302 p. Cap. 11, p.101-107.
- 9 Gir, Elucir, Duarte, Geraldo, Martinez, Roberto, Moriya, Tokico Murakawa, Figueiredo, José Fernando de Castro, Costa, João Carlos, Machado, Alcyone Artioli. Expressão epidemiológica de outras doenças sexualmente transmissíveis entre portadores de Aids. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 93-99, Abr. 1994.
- 10 Baldy, José Luís da Silveira. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por contato sexual: aspectos epidemiológicos e de saúde pública. **AMB Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasil, v. 31, n. 9/10, p. 146-151, Out. 1985.
- 11 Srougi, Miguel, Arap, Sami. Uretrites gonocócica e não-gonocócica. **AMB revista da Associação Médica Brasileira**, Brasil, v. 31, n. 9/10, p. 157-164, Out. 1985.
- 12 Jawetz, E. *et al* **Microbiologia Médica**. 18^a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1991. 519 p. Cap. 21: Neisseria, p. 205-210.
- 13 Ainsworth, J. G.; Weaver, T.; Murphy, S.; Renton, A. General practitioners' immediate management of men presenting with urethral symptoms. **Genitourinary Medicine**, v. 72, p. 427-430, Sept. 1996.
- 14 Siqueira, Luiz Fernando de Góes, Júnior, Manuel Fernando Queiroz, BELDA, Walter. O Laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Ações de Saúde Pública. In: PASSOS, Mauro Romero Leal *et al.* **DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4^a. ed. Rio de Janeiro: Ed. Cultura Médica Ltda., 1995. 552 p. Cap.48, p. 525-530.
- 15 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde/Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2^a. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 74p.
- 16 Moi, H.; Morel, P.; Gianotti, B.; Barlow, D.; Phillips, Ian; Jean, C. Comparative efficacy and safety of single oral doses of sparfloxacin versus ciprofloxacin in the treatment of acute gonococcal urethritis in men. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, England, v. 37, suppl. A, p. 115-122, May 1996.
- 17 Gordon, M. Steven, Carlyn, Cynthia J., Doyle, Laura J., Knapp, Cynthia C., Longworth, David L., Hall, Geraldine S., Washington, John A. The Emergence of *Neisseria gonorrhoeae* with Decreased Susceptibility to Ciprofloxacin in Cleveland, Ohio: Epidemiology and Risk Factors. **Annals of Internal Medicine**. United States of America, v. 125, n. 6, p. 465-470, Sept. 1996.
- 18 Al-Hattawi, K.; Ison, C. A. Characteristics of gonococci isolated from men with urethritis in Dubai. **Epidemiol.Infect.**, London, England, v. 116, n. 1, p. 15-20, Feb. 1996.

Endereço para correspondência:

Setor de DST-UFF (MIP/CMB/CCM)

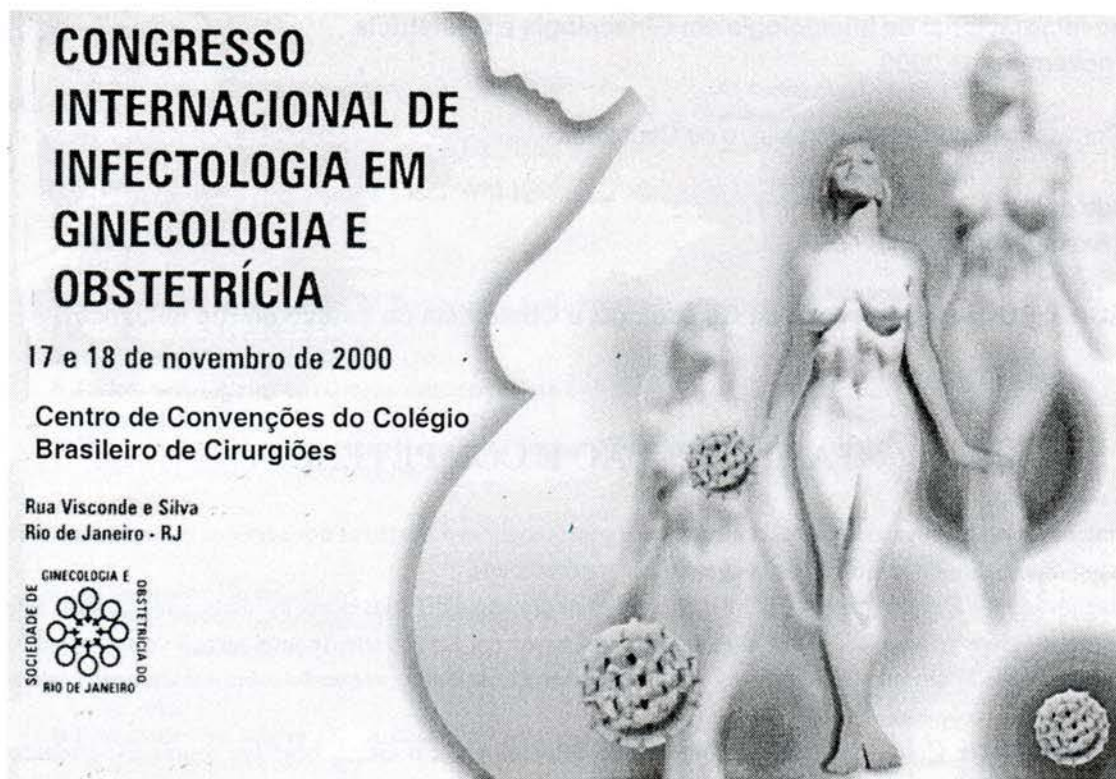
Vera Bahiense Ferro

Outeiro São João Batista, s/n, Campus do Valonguinho, Centro.

Niterói,RJ – 24210-150

Tel: (21) 717-6301 – Fax (21) 719-2588

E-mail: mipmaur@vm.uff.br.



COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente da SGORJ
RICARDO OLIVEIRA E SILVA

Presidente do Congresso
MAURO ROMERO LEAL PASSOS

Presidente da Comissão Científica
MARCOS MACHADO D'IPPOLITO

Comissão Científica
CARLOS ROMUALDO BARBOSA GAMA
DEYSE BARROCAS
DÉCIO LUIS ALVES
GUTEMBERG LEÃO
HUGO MIYAHIRA
ISABEL CHULVIS DO VAL
JOFFRE AMIM JÚNIOR
LUIZ GUILHERME PESSÔA DA SILVA
RENATA DE QUEIROZ VARELLA
RENATO DE SOUZA BRAVO
RONALDO CARAUTA DE SOUZA
RICARDO OLIVEIRA E SILVA

Comissão de Trabalhos Científicos
MARCELO BURLA
VERA LÚCIA MOTA DA FONSECA

Patrocinadores

MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS
SCHERING DO BRASIL QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA
GLAXO-WELLCOME

I Congresso Internacional de Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia
17 e 18 de novembro de 2000

Centro de Convenções do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde e Silva – 52
Botafogo – Rio de Janeiro – RJ – BRASIL

ORGANIZAÇÃO: **SGORJ - Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro**

PARTICIPAÇÃO E COMPETÊNCIA

As infecções ocupam grande parte da atenção dos ginecologistas e obstétricas nos serviços ou nos consultórios. Contudo, o tema fica sempre muito diluído nos diversos congressos da especialidade.

O precoce diagnóstico e o devido manejo das infecções na gestação, das DST, das doenças infecciosas do trato inferior e superior e os aspectos oncológicos relacionados a agentes infecciosos, merecem fazer parte de uma atenção diferenciada nos congressos médicos. Por isso, nossa Sociedade (SGORJ) resolveu reeditar, mas ampliando, o evento sobre infectologia realizado em abril do ano passado.

A proposta desse Congresso Internacional sobre Infectologia em G&O, objetiva reunir experientes professores e pesquisadores que desenvolvem estudos nessa área.

Por outro lado, vários colegas apresentarão no corpo principal do congresso, trabalhos de relevância na área de infectologia em G&O produzidos em nossos serviços, contribuindo sobremaneira para conhecimento de nossa epidemiologia, bem como desenvolvimento de nossos ambientes de pesquisa. Haverá ainda apresentação de trabalhos estrangeiros.

As sessões interativas, onde a platéia emite seus pareceres, tornam este evento bem mais dinâmico, moderno, participativo e competente. Essa é uma modalidade que permite abordar inúmeros assuntos e itens, otimizando o tempo e interagindo com os colegas. Aliás essa é a política da nossa SGORJ, onde os colegas possuem espaços para apresentação de seus estudos, idéias e propostas.

Destacamos também o entrosamento em outras sociedades médicas, especialmente a SBDST cujo o intercâmbio viabilizou essa publicação conjunta.

Na esfera pública, a parceria com a Coordenação Nacional de DST/ Aids do Ministério da Saúde se fez presente com tema de política nacional em DST/ Aids, em que objetiva-se dar mais visibilidade às implementações de ações básicas propostas pelo Ministério da Saúde.

O financiamento de professores palestrantes representa ainda um patrocínio altamente relevante.

Na nossa opinião as indústrias farmacêuticas poderiam fornecer maiores apoios. As que estão presentes nesse Congresso merecem nossa gratidão.

Temos convicção que todos cresceremos com mais esse evento da SGORJ produzido por uma excelente equipe.

Aos colegas, professores e congressistas, que nos brindaram com suas presenças, nosso muito obrigado.

Mauro Romero Leal Passos
Presidente do Congresso

Marcos Machado D'Ippólito
Presidente da Comissão Científica

Ricardo Oliveira e Silva
Presidente da SGORJ

PROGRAMA

17/11/00 (Sexta-Feira)

AUDITÓRIO A

- 08:00- 08:45h **Inscrições no local**
- 08:45-09:00h **Sessão de Abertura**
- 09:00-10:20h **Mesa Redonda: Repercussões da Terapêutica Antiretroviral na Mulher**
 Moderador: *Mauro Romero Leal Passos (RJ)*
 Secretário: *Maurílio Ribeiro Schiavo (RJ)*
 ■ **Efeitos Secundários das Drogas Antiretrovirais**
Márcia Rachid (RJ)
 ■ **Interação Medicamentosa com Hormônios Sexuais Femininos**
Marcos Machado D'Ippólito (RJ)
- 10:20-10:40h *Coffee Break*
- 10:40-12:00h **Mesa Redonda: Toxoplasmose**
 Moderador: *Plínio Tostes Berardo C. da Cunha (RJ)*
 Secretário: *Carolina da Rocha (RJ)*
 ■ **Fases da Transmissão Vertical e Efeito do Tratamento**
Anna Bazin (RJ)
 ■ **Diagnóstico Sorológico e Propedêutica Pré-Natal Invasiva**
Marcelo Vianna Vettore (RJ)
- 12:00-13:30h **Almoço**
- 13:30-14:15h **Conferência: O Papel da Vaginose Bacteriana nas Infecções Pélvicas**
 Conferencista: *Sebastian Faro (USA)*
 Presidente: *Mauro Romero Leal Passos (RJ)*
 Secretário: *Maurício Morelli (RJ)*
- 14:15-15:00h **Conferência: Atualização no Diagnóstico e Manejo do Herpes Genital**
 Conferencista: *Carmella Law (AUSTRÁLIA)*
 Presidente: *Carlos Romualdo Barbosa Gama (RJ)*
 Secretário: *Juliano Baptista Corrêa (RJ)*
- 15:00-15:30h *Coffee Break*
- 15:30-16:50h **Mesa Redonda: Tipificação do HPV em Ginecologia: Rotina? Uso Eventual? Dispensável?**
 Moderador: *Isabel Chulvis do Val (RJ)*
 Secretário: *Karina Bilda C. Rezende (RJ)*
 Debatedores
 ■ *Gerson Botacini das Dôres (SP)*
 ■ *Gutemberg Leão (RJ)*
- 16:50-17:40h **Conferência: Prevenção da Transmissão do Estreptococos B em Obstetrícia**
 Conferencista: *Sebastian Faro (USA)*
 Presidente: *Francisco Luiz Gonzaga (RJ)*
 Secretário: *Ana Paula Machado Martins (RJ)*

17/11/00 (Sexta-Feira)

AUDITÓRIO B

- 09:00-10:20h **Mesa Redonda: Sífilis Congênita**
 Moderador: *Deyse Barrocas (RJ)*
 Secretário: *Patrícia Mesquita C. Azevedo (RJ)*
 ■ **Problema Emergente em Saúde Pública?**
Eduardo de Oliveira Campos (DF)
 ■ **Experiência no Rastreamento com Teste Rápido**
Valéria Saracemi (RJ)

- 10:20-10:40h *Coffee Break*
- 10:40-12:00h **Mesa Redonda: Sistema de Gerenciamento de Informações em DST/Aids**
 Moderador: *Fábio Bastos Russomano (RJ)*
 Secretário: *Mylene Santos (RJ)*
 ■ **Banco de Dados**
Mauro Cunha Ramos (RS)
 ■ **Busca na WEB**
Cláudio Luiz dos Santos Teixeira (RJ)
- 12:00-13:30h Almoço
- 13:30-14:15h **Conferência: Sociedade, Mídia e Uso de Preservativos Estratégias de Prevenção das DSTs**
 Conferencista: *Luiz Antonio Alves Vieira (RJ)*
 Presidente: *Paulo Roberto Bastos Canella (RJ)*
 Secretário: *Rafael L. Nascentes (RJ)*
- 14:15-15:00h **Conferência: Parvovírus B19 e Gestaçao**
 Conferencista: *Jussara Pereira do Nascimento (RJ)*
 Presidente: *Joffre Amim Júnior (RJ)*
 Secretário: *Elisa Avancini Marques Braga (RJ)*
- 15:00-15:30h *Coffee Break*
- 15:30-16:50h **Mesa Redonda: Abordagem Sindrômica em Infecções Genitais**
 Moderador: *Mauro Cunha Ramos (RS)*
 Secretário: *Daniela Contage Siccardi (RJ)*
 ■ **Manejo Clínico**
Iara Moreno Linhares (SP)
 ■ **Análise do Impacto do Manejo das DSTs**
Eduardo de Oliveira Campos (DF)
- 16:50-17:40h **Conferência: Biossegurança em G e O: Mitos e Realidades**
 Conferencista: *Jacqueline Menezes (RJ)*
 Presidente: *Dib Abdalla Chacur (RJ)*
 Secretário: *Susana Cristina Aidé (RJ)*

18/11/00 (Sábado)
AUDITÓRIO A

- 09:00-09:45h **Conferência: Listeriose: Antigo ou Atual Problema de Saúde Pública?**
 Conferencista: *Luiz Guilherme Pessoa da Silva (RJ)*
 Presidente: *Oswaldo Coura Filho (RJ)*
 Secretário: *Cristos Pritsvelis (RJ)*
- 09:45-10:30h **Conferência: ITU na Mulher**
 Conferencista: *Alicia Farinati (ARGENTINA)*
 Presidente: *Ricardo Oliveira e Silva (RJ)*
 Secretário: *Renata de Queiroz Varella (RJ)*
- 10:30-10:45h *Coffee Break*
- 10:45-12:00h **Sessão Interativa: Aspectos Práticos do HIV/AIDS em G&O**
 Apresentador: *Marcos Machado D'Ippólito (RJ)*
 Comentarador: *Esau João Filho (RJ)*
- 12:00-13:30h Almoço
- 13:30-15:00h **Apresentação Tema Livre – Sessão I-A**
 Presidente: *Mário Brochini Júnior (RJ)*
 Secretário: *Rafael Henrique S. Machado (RJ)*

- 15:00-15:30h *Coffee Break*
- 15:30-16:30h **Sessão Interativa: Hepatite e *Streptococos* Grupo B em G&O**
Apresentador: *Geraldo Duarte (Ribeirão Preto- SP)*
Comentador: *Carlos Eduardo Pollastri Claro (RJ)*
- 16:30-17:40h **Sessão Interativa: Úlceras Genitais**
Apresentador: *Mauro Romero Leal Passos (RJ)*
Comentador: *Renato de Souza Bravo (RJ)*
- 17:40h **LANÇAMENTOS DOS LIVROS**
Sexualidade Humana
Carlos Alberto Moraes de Sá, Mauro Romero Leal Passos e Rosângela Sousa
- DST, se educar dá para evitar!**
Mauro Romero Leal Passos, Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Renata de Queiroz Varella e Rubem de Avelar Goulart Filho
Local: Stand da SGORJ

18/11/00 (Sábado)
AUDITÓRIO B

- 09:00-10:30h **Apresentação Tema Livre – Sessão 2-B**
Presidente: *Juraci Ghiaroni (RJ)*
Secretário: *Alessandra S. de Almeida (RJ)*
- 10:30-10:45h *Coffee Break*
- 10:45-12:00h **Apresentação Tema Livre – Sessão 3-B**
Presidente: *Alexandre José Baptista Trajano (RJ)*
Secretário: *Júlio César Soares Aragão (RJ)*
- 12:00-13:30h Almoço
- 13:30-14:15h **Conferência: Susceptibilidade Genética na Vestibulite Vulvar**
Conferencista: *Paulo César Giraldo (Campinas-SP)*
Presidente: *Gutemberg Leão (RJ)*
Secretário: *Olynthia de Menezes M. Olivares (RJ)*
- 14:15-15:00h **Conferência: Alternativas Terapêuticas nas Infecções por Gram Positivos Resistentes**
Conferencista: *Walter Tavares (RJ)*
Presidente: *Paulo Vieira da Costa Lopes (RJ)*
Secretário: *Silvia Eurides Soares (RJ)*
- 15:00-15:30h *Coffee Break*
- 15:30-16:50h **Mesa Redonda: Vulvovaginites**
Moderador: *Alicia Farinati (ARGENTINA)*
Secretário: *Sônia Maria Santos Silva (RJ)*
■ **Situações Especiais: Infância, Gravidez, HIV Positivo**
Jara Moreno Linhares (SP)
■ **O Papel das Proteínas de Choque Térmico**
Paulo César Giraldo (Campinas-SP)
- 16:50-17:40h **Conferência: Diagnóstico Microbiológico das Vulvovaginites: Uma Abordagem Simples e Atual**
Conferencista: *Nero Araújo Barreto (RJ)*
Presidente: *Mário Gáspare Giordano (RJ)*
Secretário: *Flávia Helena C. Firno (RJ)*

APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

Tema Livre – Sessão 1A

Data: 18/11/00 (Sábado)

Auditório A

Horário: 13:30 às 15:00 h

01 - TUBERCULOSE MAMÁRIA

Autores: Paulo Maurício Soares Pereira, Aline Aló, Ângela Lopes, Alba R. M. Vieira, Lilimar da S. Rioja.

02 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES SOROPOSITIVAS PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)

Autores: Elaine da Silva Pires, William Johnny Araújo, Andréia Ferreira de Souza, Maria Isabel do Nascimento, José Henrique da Silva Piloto.

03 - REPERCUSSÕES DA POSITIVIDADE DO TESTE ANTI-HIV NA SUBJETIVIDADE DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Autores: Roberta Figueiredo de Menezes, Orlando Coser, Maria Célia F. L. Costa, Luiz Guilherme Pessoa da Silva.

04 - PREVALÊNCIA DE *Chlamydia trachomatis* EM GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALGOAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O RESULTADO PERINATAL

Autores: Raimundo de Araújo Filho, Rocha, JES; Santos, RAV; Cabral Jr., FL; Pereira, SS; Nascimento, ZPB.

05 - MIÍASE VULVAR E GESTAÇÃO

Autores: Passos, MRL, Varella RQ, Tavares RR, Barreto NA, Santos CCC, Pinheiro VMS, Bastos OMP, Morelli MHL

08 - TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA COM AZITROMICINA

Autores: Passos, MRL; Goulart Filho, RA; Varella, RQ; Barreto, NA; Nascimento, AVS; Pinheiro, VMS; Tavares, RR; Santos, CCC.

Tema Livre – Sessão 2B

Data: 18/11/00 (Sábado)

Auditório B

Horário: 9:00 às 10:30 h

15 - CONDILOMA ACUMINADO EXTRA GENITAL

Autores: Passos, MRL; Frias, MCAA; Aguiar, CB; Varella, RQ; Morelli, MHL; Pinheiro, VMS.

09 - SÍFILIS EM GESTANTES ADMITIDAS EM TRABALHO DE PARTO NO HOSPITAL DO AÇÚCAR

Autores: Raimundo de Araújo Filho, Pereira, SS; Nascimento, ZPB; Moraes, MTP; Júnior, FLC; Athayde, E.

10 - ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL

Autores: Raimundo de Araújo Filho, Pereira, SS; Nascimento, ZPB; Moraes, MTP; Santos, RAV; Porfírio, Z.

13 - ACIDENTES COM INSTRUMENTAL PÉRFURO CORTANTES CONTAMINADOS POR MATERIAL BIOLÓGICOS NO SETOR DE GINECOLOGIA DO HGNI

Autores: Roberto Santos de Oliveira, Elaine da Silva Pires, Maria Isabel Nascimento, Sandra Regina Muri Oliveira, Delfina Telles Coutinho e Jose Henrique da Silva Piloto.

14 - PERFIL DA MICROBIOTA VAGINAL DE MULHERES DE CLASSE BAIXA DE NITERÓI: Comparativo de bacterioscopia pelo Gram x Citopatologia corada e auto coleta x coleta por médico (Estudo Piloto 2)

Autores: Passos, MRL; Barreto, NA; Azevedo, PMC; Angelis, FD; Vita, CM; Pinheiro, VMS; Chaves, MCACM.

29 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS MULHERES HIV SOROPOSITIVAS/Aids

Autores: Susana C Aíde V Fialho, Gutemberg L de Almeida Filho, Mauro R L Passos, Isabel do Val

Tema Livre – Sessão 3B

Data: 18/11/00 (Sábado)

Auditório B

Horário: 10:45 às 12:00 h

16 - USO DE LA COMBINACIÓN AMOXICILINA – SULBACTAMA EN INFECCIONES GINECOOBSTÉTRICAS

Autores: Farinati, A; Ortega Soler, C; Gambaro, E; Mormandi, JO; Tilli, M; Caruso, N.

17 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UM CASO DE AIDS REGISTRADO “*Streptococcus* BETA-HEMOLÍTICO DE GRUPO B (SGB) O *Streptococcus agalactiae* EN LA MUJER NO EMBARAZADA: COLONIZACIÓN O INFECCIÓN VAGINAL?”

Autores: Tilli, M; Farinati, AE; Mormandi, JO; Levín, A; Constenla, MY; Slay, G.

20 - MANIFESTAÇÕES GINECOLÓGICAS NAS MULHERES HIV POSITIVOS E CORRELAÇÃO ENTRE DISPLASIA CERVICAL E CARGA VIRAL E NÍVEL DE LINFÓCITOS CD4 NO AMBULATÓRIO DE DST-AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Autores: Marcelo Vettore e Renato Ferrari

22 - A ADOLESCENTE E O PRESERVATIVO – DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA PREVENÇÃO DE DST

Autores: Antônio Braga, Paulo Belfort, Philippe Godefroy, Jean Luiz Veloso Alves, Fernando Henrique Batista da Mota.

27 - LÍQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO PODE SER UMA DST?

Autores: Ana Katherine da Silveira Gonçalves, Daniela Fink Hassan, Sandra Baptista do Nascimento Feitoza, Ayrton Daniel Ribeiro Filho e Paulo César Giraldo

28 - GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DST-UFF

Autores: Leonardo Martins Bastos, Mauro Romero Leal Passos, Vandira Maria dos Santos Pinheiro, Joyce Lira de Souza Marcelino e Daniela Pereira Lopes.

Tema Livre – Sessão de Pôster

Data: 17 e 18/11/00

Área de Exposição

Horário: 9:00 às 18:00 h

06 - MORBIDADE FEBRIL PUERPERAL NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Autores: Renato A. Moreira de Sá, Rita B. G. Bornia, Alfredo Almeida da Cunha, Hermógenes Chaves Netto e Cristos Pritsivelis.

07 - DOENÇA DE BEHÇET – RELATO DE CASO

Autores: Stadinick, C; Almeida, G; Lopes, P; Simon, E; Gondim, MC; Valente, M; Franco, D; Azevedo, C.

11 - PREVALÊNCIA DE SÍFILIS MATERNA – MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Autores: Rita B. G. Bornia, Renato A. Moreira de Sá, Guilherme Pires Gonçalves da Rocha, Cristiane Alves de Oliveira e Marcos Eduardo Porto Mello.

12 - SÍFIS CONGÊNITA – MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Autores: Renato A. Moreira de Sá, Guilherme Pires Gonçalves da Rocha, Cristiane Alves de Oliveira, Marcos Eduardo Porto Mello e Alfredo de Oliveira Cunha.

18 - ATIVIDADE SEXUAL PRECOCE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DSTs) NA ADOLESCÊNCIA

Autores: Elaine da Silva Pires, Andréia Ferreira de Souza, William Johnny Araújo, Maria Isabel do Nascimento e Sandra Regina dos Santos Muri de Oliveira.

19 - PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ - MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Autores: Rita B. G. Borna, Renato A. Moreira de Sá, José Eduardo Nejaim, Joffre Amin Junior e Nancy Ribeiro da Silva.

21 - PATOLOGIA VULVAR MAIS FREQUENTE EM MULHERES MENOPAUSADAS

Autores: Stadinick, C; Almeida, G; Lopes, P; Assunção, R.

23 - HIV E CÂNCER DE MAMA

Autores: Vanderlei Carlos Pacini, Margareth Maria de carvalho Queiroz, Antônio Neres Norberg, Anna Lydiá Pinho do Amaral e Rosemary Rosa Pacini.

24 - MEDIDAS COADJUVANTES NO TRATAMENTO DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL ESPORÁDICA OU RECORRENTE

Autores: Vanderlei Carlos Pacini, Anna Lydiá Pinho do Amaral, Gilberto Salles Gazeta, Margareth Maria de Carvalho Queiroz e Rosemary Rosa Pacini.

25 - RECIDIVA DE CÂNCER DE MAMA E MÍASE (RELATO DE CASO)

Autores: Vanderlei Carlos Pacini, Margareth Maria de Carvalho Queiroz, Anna Lydiá Pinho do Amaral e Rosemary Rosa Pacini.

26 - IMUNOPATOG NESE DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE

Autores: Vanderlei Carlos Pacini, Margareth Maria de Carvalho Queiroz, Anna Lydiá Pinho do Amaral, Gilberto Salles Gazeta e Rosemary Rosa Pacini.



Informações:

Tel.: 0XX (92) 663-8922

Fax: 0XX (92) 663-3155

E-mail: idtvam@pop-am.rnp.br

TRABALHOS APRESENTADOS

TR01 – TUBERCULOSE MAMÁRIA

AUTORA: Alô, A.

Correspondência: Aline Alô - endereço: Rua Deputado Soares Filho, 504 - Tijuca
Rio de Janeiro-RJ - CEP: 20540-040 Telefax: (XXX 21) 568-1173
E-mail: alinalo@hotmail.com

Introdução: mastite tuberculosa é uma manifestação extra-pulmonar infrequente, variando de 0,0025 a 1,2% das doenças mamárias. Esta baixa incidência pode ser resultado da alta resistência do tecido mamário para a sobrevivência e multiplicação do bacilo. **Objetivo:** revisão sistemática da literatura e relato de um caso acompanhado no ambulatório de mastologia do Hospital dos Servidores do Estado. **Descrição do caso:** paciente de 24 anos com mastite ulcerada esquerda iniciada em agosto de 1999. Tratada, a princípio, com cefalexina e pomada de neomicina e bacitracina. Houve piora do processo com formação de múltiplas áreas de flutuação e necrose, tendo sido prescrito metronidazol e gamicina. Foi feita punção em uma das áreas de flutuação na tentativa de drenagem e, duas semanas depois, fistulizou. Em 18/11/1999, foi submetida à drenagem dos abscessos e ressecção do material necrótico e enviado para cultura de germes comuns, pesquisa de BAAR e histopatologia. A cultura e a pesquisa de BAAR foram negativas, mas o laudo histopatológico revelou processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose central, compatível com tuberculose e presença de espargos BAAR na amostra. **Conclusão:** embora não seja a apresentação mais habitual de tuberculose mamária esta etiologia deve ser aventada na presença de abscesso crônico com áreas de flutuação e necrose e com formação de fistulas, especialmente após punção. Apesar de pesquisados outros sítios, não foi detectado o foco primário. A paciente foi tratada com esquema RIP.

TR02 – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES SOROPOSITIVAS PARA O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)

AUTORES: Pires, ES; Araújo, WJ; Souza, AF; Nascimento, MI; Piloto, JHS.

INSTITUIÇÃO: Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI) / Universidade Iguaçu (UNIG)
Correspondência: Elaine da Silva Pires
Praça Nilo Peçanha, 16 Sala 401, Nilópolis-RJ - CEP 26520-340
Tel.: (XXX) 721-0856
E-mail: elainepires@ig.com.br

Objetivo: Traçar o perfil das mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral do HGNI para pacientes HIV positivas.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 160 mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia Geral para pacientes portadoras do vírus HIV no período de Maio/1998 a Maio/2000. **Resultados:** A média de idade das pacientes é de 32,7 anos, com percentil 75 de 38 anos. As adolescentes representam 3,4% do grupo. Houve prevalência da cor branca em 45,6% das pacientes. São viúvas 17,3%, 47,4% tem vida conjugal, 33,3% são solteiras e 1,9% são divorciadas. São aposentadas 9,6% e 55% não possuem atividade profissional. Fazem uso de drogas 14,6% do grupo e relataram a prática de sexo anal 35,4%. A média da sexarca é de 17,5 anos, sendo que 35,9% iniciaram a atividade sexual até 15 anos de idade. Tiveram parceiro único 20,6% do grupo e 31,6% do grupo tiveram até 03 parceiros. **Conclusão:** A infecção pelo vírus HIV no grupo de mulheres abrange pacientes jovens, com alto índice de mulheres sem atividade laborativa. Houve alto índice de início da atividade sexual precoce e mais da metade do grupo não era promíscuo.

TR03 – REPERCUSSÕES DA POSITIVIDADE DO TESTE ANTI-HIV NA SUBJETIVIDADE DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

AUTORES: Menezes, RF; Coser, O; Costa, CMFL; Silva, LGP.

INSTITUIÇÃO: Departamento de Obstetrícia do Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ
Correspondência: Roberta Figueiredo de Menezes
Rua Desenhista Luiz Guimarães, 70 bloco 2 apto 104 - Barra da Tijuca - CEP: 22793-261
Telefone: (XXX21) 326-4383 Cel: (021) 9701-9409 E-mail: dmenezes@barralink.com.br

Objetivo: Refletir sobre as decorrências do resultado positivo do teste anti-HIV na vida das gestantes atendidas em Serviço Público de Saúde. **Metodologia:** Através de pesquisa de caráter qualitativo, foram entrevistadas 17 gestantes matriculadas no pré-natal do Instituto Fernandes Figueira e do Hospital Universitário Gáfrée Guinle no período de janeiro a agosto de 1999. Utilizamos como instrumento de coleta de dados entrevistas abertas realizadas após o recebimento do diagnóstico positivo do HIV fornecido pela equipe médica. O perfil que encontramos foi de mulheres naturais do Estado do Rio de Janeiro, na faixa etária dos 20 aos 35 anos, casadas, monogâmicas e com nível de escolaridade baixo (primeiro grau). **Resultados:** Constatamos que o diagnóstico positivo do HIV produz a eclosão de uma crise na subjetividade das gestantes. A maneira como cada uma irá lidar com o fato de "saber-se soropositiva" é singular e dependerá de alguns fatores, como por exemplo, a história de vida, as condições em que se vive e a capacidade interna de metabolizar o problema. Encontramos entre as gestantes entrevistadas dois grupos distintos: aquele onde a infecção pelo HIV aparece como uma surpresa e aquele onde a infecção era de certo modo esperada pelo estilo de vida que se levava. Porém, de modo geral, o HIV/AIDS está diretamente associado à morte. Todas têm algum medo, seja do sofrimento, do padecimento ou da morte. A gravidez é vivida de forma bastante conflituosa. O filho representa a vida e a possibilidade da transmissão vertical gera muita ansiedade e culpa. Os limites desta gravidez ficam evidentes quando é discutido a possibilidade do parto cesáreo e, principalmente, a contra-indicação ao aleitamento materno. Além disso, os depoimentos apontam para a importância da escuta clínica, do trabalho multidisciplinar e da implementação do aconselhamento pré-teste anti-HIV. **Conclusões:** É fundamental que possamos olhar singularmente cada gestante soropositiva. Cada uma delas vive esta situação-problema (de crise) de forma diferenciada. Não obstante, as mulheres, hoje, acometidas pelo HIV/AIDS são ainda submissas, assujeitadas e pouco informadas, o que faz com que empreendamos maiores esforços no encaminhamento das questões suscitadas.

TR04 – PREVALÊNCIA DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS EM GESTANTES ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS E SUA ASSOCIAÇÃO COM O RESULTADO PERINATAL.

AUTOR: Araújo Filho, R. Colaboradores - Rocha, JES; Santos, RAV; Cabral Jr, FL; Pereira, SS; Nascimento, Z.P.B.

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
Correspondência: Raimundo de Araújo Filho
Endereço: Av. Júlio Marques Luz, Ed. Tapajós, 877, apt° 506, Jatiúca,
CEP: 57035-420 - Maceió-AL.
E-mail:

Introdução: A primeira citação bibliográfica associando *Chlamydia trachomatis* (Ct) à infecção genital deve-se à Halberstaedter *et al* em 1909. Essa infecção parece ser a mais prevalente das doenças sexualmente transmissíveis, sintomas estão ausentes ou secundários entre a maioria das mulheres infectadas, apresentando um maior risco de infecção entre as mais jovens. Quando associada a gestação apresenta elevada morbimortalidade neonatal pela contaminação através do canal do parto infectado. Recém-nascidos de baixo peso, pneumonia e conjuntivite neonatal, são complicações referidas. O diagnóstico é hoje realizado pela técnica de ensaio imunoenzimático (ELISA). Devido ao alto potencial mórbido materno e perinatal, de uma gravidez que cursa com *C. trachomatis*, isto nos parece justificar o presente estudo.

Objetivo: Determinar a prevalência de grávidas portadoras de infecção por *Chlamydia trachomatis* e sua associação com o resultado neonatal. **Materiais e Métodos:** Foram estudadas, prospectivamente, no período de agosto de 1998 a julho de 2000, 129 gestantes triadas segundo análise de alguns pré-requisitos a saber: serem matriculadas no pré-natal do HU-UFAL; serem portadoras ou não de corrimento vaginal; estarem com idade gestacional entre a 32ª e a 41ª semana e 6 dias. Essas pacientes foram encaminhadas ao laboratório de Imunologia do HU-UFAL, para realização da coleta de material, esta era realizada com a gestante em posição ginecológica e colocação do espelho vaginal de COLLINS. Com o auxílio de um swab, era coletado material do canal endocervical. Imediatamente após, o material era encaminhado em meio de transporte apropriado, para análise através do método ensaio Imuno-enzimático (ELISA). As variáveis encontradas foram analisadas estatisticamente através do teste exato de Fisher, fixando-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade. **Resultados:** A prevalência da infecção por Ct na população estudada foi de 18%. A frequência de pacientes assintomáticas entre as positivas foi de 58,3% (14/24), enquanto 62,5% (15/24) encontravam-se na faixa etária mais jovem e eram solteiras. Nove dos 24 RN de mães positivas para Ct apresentaram infecção pelo agente, sete deles evoluindo com pneumonia neonatal e dois além de pneumonia, apresentaram também conjuntivite neonatal. A análise das pacientes positivas e negativas para *C. trachomatis*, quanto a presença ou não de corrimento vaginal mostrou que 14 das 24 pacientes positivas cursaram sem este sintoma, enquanto 10 apresentaram-no. Entre as pacientes negativas 84 apresentaram-se assintomáticas, enquanto 21 eram sintomáticas, sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Analisando as

pacientes positivas e negativas quanto a faixa etária, obtivemos 15 pacientes positivas abaixo dos 20 anos de idade, com 9 pacientes acima desta faixa, enquanto no grupo das negativas 36 apresentaram-se com menos de 20 anos, contra 56 acima desta faixa, mais uma vez a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* nas grávidas atendidas foi alta, sendo mais frequente entre as pacientes jovens (< de 20 anos), assintomáticas (ausência de corrimento vaginal) e solteiras. Foi possível reafirmar a relação da infecção por *C. trachomatis* com a ocorrência de complicações neonatais (conjuntivite e pneumonia neonatas). Há necessidade de se implantar, como rotina, a pesquisa de *C. trachomatis* em todas as gestantes atendidas no pré-natal do HU-UFAL, independente dos fatores de risco.

TR05 – MÍASE VULVAR E GESTAÇÃO

AUTORES:

INSTITUIÇÃO: SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - MIP/CMB/CCM
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Correspondência: Mauro Romero Leal Passos
CAMPUS DO VALONGUINHO OUTEIRO SÃO JOÃO BATISTA S/N,
CENTRO NITERÓI-RJ-BRASIL - CEP: 24210-150
TELEFONE: (XXX 21) 717 6301 FAX: (XXX 21) 719-2588
E-mail: mipmaur@vm.uff.br Home page:

Passos, MRL, Varella RQ, Tavares RR, Barreto NA, Santos CCC, Pinheiro VMS, Bastos OMP, Morelli MHL

A míase constitui-se em infestação em tecidos sadios ou necróticos causada por larvas de diferentes tipos de moscas de interesse médico e veterinário, com fácil diagnóstico e tratamento, sendo rara a infestação vulvar. Entre as espécies que invadem tecidos sadios, chamadas de biontofagas e responsáveis pela míase cutânea (furunculóide) estão a *Dermatobia hominis* (mais frequente), *Cochilomyia hominivorax* e *Oestrus ovis*; entre as invasoras de tecidos necróticos (míase cavitária) estão os gêneros *Sarcophaga*, *Lucilia*, *Callitroga*, *Musca* e a espécie *Muscida fannia*.

A clínica das formas furunculóides é de nódulos inflamatórios dolorosos com fistulização, exsudato serosanguinolento e muitas vezes visualização das larvas. São descritas complicações como infecção secundária e tétano.

O tratamento entretanto é simples, pela remoção das larvas e antibioticoterapia, requerendo porem em alguns casos intervenção cirúrgica em grandes lesões.

Descrevemos a seguir dois casos de míase vulvar, ambos em mulheres grávidas, atendidas no Setor de DST da UFF.

O primeiro caso é o de uma paciente de 19 anos, que procurou atendimento em dois outros serviços de saúde antes de procurar o Setor de DST, mas que só foi submetida a exame físico em nosso serviço. Ao exame apresentava extensa lesão da genitália externa, que necessitou de cirurgia realizada no Hospital Antônio Pedro (UFF), com anestesia peridural, para remoção de mais de cem larvas, que foram posteriormente identificadas como do gênero *Sarcophaga*. A paciente atingiu cicatrização completa das lesões. Foram também diagnosticadas por exame a fresco da secreção vaginal e pela citologia oncológica candidíase e tricomoníase vaginais, tratadas de forma convencional. Os testes sorológicos para sífilis e HIV foram positivos. O tratamento para sífilis adequado foi instituído. Um mês depois, após atraso menstrual, constatou-se que a paciente estava grávida. Houve boa evolução com nascimento de feto saudável, negativo para sífilis e HIV.

A segunda paciente, de 17 anos, encontrava-se no primeiro trimestre da gravidez, e havia procurado quatro serviços médicos por dor em região genital (três em S. Gonçalo e um em Niterói) antes do nosso, sem obter atendimento adequado (em um o médico estava realizando um parto, no segundo não foi feito exame físico e no terceiro teve sua região genital externa examinada estando em pé, quando foi vista lesão condilomatosa, e no quarto serviço foi encaminhada ao Ambulatório). Ao exame vimos extensa lesão condilomatosa infestada por larvas (mais de cinquenta), que foram removidas, em parte, de imediato. A paciente foi medicada com antibiótico oral e iniciada no dia seguinte a cauterização da lesão com TCA. O restante das larvas foi removido no dia seguinte, e as lesões remanescentes de condiloma retiradas cirurgicamente no Setor de DST. As larvas foram identificadas como *Cochilomyia hominivorax* pelo Setor de Parasitologia da UFF. A colpocitologia mostrou NIC I; o Gram e o exame a fresco, piócitos e microbiota mista exuberante; as sorologias para sífilis e HIV foram negativas. A gestação evoluiu para abortamento espontâneo, com tratamento em outro serviço público.

A míase é mais frequente em áreas rurais, e na área urbana é vista em pessoas com maus hábitos de higiene, geralmente em áreas descobertas do corpo. São poucos os casos, na literatura médica, de míase vulvar.

Enfatizamos a necessidade de exame ginecológico cuidadoso para a identificação de doenças menos comuns e a orientação aos pacientes sobre hábitos básico e higiene. É possível que nestes casos falhas na higiene das áreas genitais tenham contribuído para a ocorrência da infestação nestes locais. Destacamos que o desatendimento no mais básico dos serviços médicos, o exame físico, não é admissível mesmo nas condições adversas encontradas em muitos serviços de saúde.

TR06 – MORBIDADE FEBRIL PUERPERAL NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

AUTOR: Sá, RAM.

INSTITUIÇÃO: MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ
Correspondência: Renato Augusto Moreira de Sá
Rua das Laranjeiras 445, subsolo. Laranjeiras
Rio de Janeiro – RJ CEP: 22.240-002
Tel: (XXX 21) 556-0022 r. 142 – Fax: (XXX 21) 556-0022 r.141
E-mail: rsa@netgate.com.br

Introdução: Chama-se infecção puerperal a que se origina do aparelho genital, após parto recente. Sendo por vezes impossível caracterizar a infecção que ocorre após o parto, parece melhor conceituar morbidade febril puerperal: temperatura de no mínimo 38°C, durante dois dias quaisquer, dos primeiros 10 do pós-parto, excluídas as 24 horas iniciais. A incidência em nosso meio, Zugaib *et al.* (1985) foi fixada em 1%, variando na literatura de 1 a 7,2%. A cesariana é o fator predispontante mais importante, aumentando significativamente a morbiletalidade puerperal. **Objetivos:** analisar a prevalência da morbidade febril puerperal na Maternidade Escola da UFRJ nos últimos 5 anos. **Material e Método:** foram analisados retrospectivamente as pacientes que deram a luz na Maternidade Escola da UFRJ no período de janeiro de 1995 a dezembro de 1999, que tiveram diagnóstico de morbidade febril puerperal. **Resultados:** Para um total de 6986 nascimentos a prevalência da morbidade febril puerperal foi de 1,8% no ano de 1995, 1,9% em 1996, 0,7% em 1997, 1,0% em 1998 e 0,9% em 1999. Neste período a prevalência de cesariana foi de 41%. **Conclusões:** Considerando-se a elevada taxa de cesariana em nosso meio, explicada por se tratar de maternidade de referência para gestação de alto-risco, observamos significativa redução da prevalência da morbidade febril puerperal nos últimos 03 anos. Nossos resultados neste período são semelhantes aos de Zugaib *et al.* (1985).

TR07 – DOENÇA DE BEHÇET – RELATO DE CASO

AUTORES: Stadnick, C; Almeida, G; Lopes, P; Simon, E; Gondim, M.C; Valente, M; Franco, D; Azevedo, C

INSTITUIÇÃO: Instituto de Ginecologia – UFRJ
Correspondência: Celia Maria Pedrosa Stadnick
Instituto de Ginecologia
Rua Moncorvo Filho, 90 – Centro, CEP.: 20.211-340 – Tel.: 232-2970
Fax.: (XXX 21) 252-1379

A doença de Behçet é uma alteração inflamatória de causa desconhecida caracterizada pela recorrência de úlceras orogenitais, uveíte e lesões de pele sendo todas autolimitadas exceto a manifestação ocular. Não é doença crônica, mas, caracterizada por episódios inflamatórios agudos persistentes. Relato de caso clínico por ser doença rara no mundo ocidental. Trata-se de mulher de 29 anos apresentando úlceras orais recorrentes e extensa úlcera vulvar dolorosa comprometendo grande lábio, estendendo-se à parede vaginal direita e ectocérvice. As sorologias, VDRL e anti-HIV, foram negativas. No exame histopatológico observou-se vasculite. O tratamento foi feito com Prednisona 40 mg/dia via oral, diminuindo-se progressivamente a dose. A Doença de Behçet é enfermidade rara entre os ocidentais. No ambulatório de Patologia Vulvar do IG-UFRJ, observou-se no período de janeiro de 1997 a outubro de 2000, 24 casos de úlceras vulvares e, destas, apenas um foi caracterizado como doença de Behçet. Embora a etiologia permaneça obscura, a hipótese mais aceita é de doença autoimune. O diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas, de acordo com o Grupo Internacional de Estudos da Doença de Behçet, constituindo-se num diagnóstico de exclusão. A vasculite é o principal aspecto histopatológico da lesão. O tratamento pode ser local ou sistêmico dependendo da gravidade da lesão. Apesar dos recentes avanços na terapêutica, o prognóstico permanece insatisfatório.

TR08 – TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA COM AZITROMICINA

AUTORES: Passos, MRL; Goulart Filho, RA; Varella, RQ; Barreto, NA; Nascimento, AVS; Pinheiro, VMS; Tavares, RR; Santos, CCC.

INSTITUIÇÃO: SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - MIP/CMB/CCM
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Correspondência: Mauro Romero Leal Passos
CAMPUS DO VALONGUINHO OUTEIRO SÃO JOÃO BATISTA S/N, CENTRO
NITERÓI-RJ-BRASIL - CEP: 24210-150
TELEFONE: (XXX 21) 717 6301 FAX: (XXX 21) 719-2588
E-mail: mipmaur@vm.uff.br Home page:

Introdução: Existem poucos estudos sobre o uso da azitromicina no tratamento da sífilis. Esta droga, que provou ter atividade treponemocida *in vitro*, pode ter um papel importante

no tratamento de pacientes com sífilis recente com contra-indicações para o uso de penicilina. **Objetivo:** Avaliar a azitromicina como terapêutica da sífilis adquirida, na qual a utilização de penicilina tenha alguma impossibilidade. **Metodologia:** No período de dezembro de 1993 a fevereiro de 2000, foram tratados com azitromicina, no Setor de DST-UFF, cinquenta e sete pacientes com sífilis adquirida (primária, secundária e latente recente) com comprovação diagnóstica microbiológica e/ou sorológica. O acompanhamento sorológico foi bimensal. Utilizou-se a azitromicina, nos pacientes que tinham qualquer impossibilidade para o uso da penicilina. Os pacientes foram aleatoriamente divididos em dois grupos; um grupo recebeu 1g V.O., em dose única semanal, durante 3 semanas; o outro recebeu 1g V.O., dose única semanal, durante 4 semanas. Só participaram do estudo àqueles pacientes que após consentimento informado concordaram com as normas do protocolo. **Resultados:** Cinquenta e sete pacientes foram tratados: 27 no grupo tratado por 3 semanas e 30 no grupo tratado por 4 semanas. No primeiro grupo havia 10 mulheres e 17 homens; no segundo 12 mulheres e 18 homens. No primeiro grupo 24 pacientes apresentavam-se em fase recente 3 em fase latente precoce; no segundo grupo 26 pacientes apresentavam-se em fase recente e 4 em fase latente precoce. Todos os exames de VDRL pré tratamento foram positivos, variando de 1:4 até 1:2048. Após a primeira dose, observou-se acentuada melhora clínica em todos os pacientes, os quais evoluíram com regressão total das lesões em no máximo 2 semanas. Houve redução nos títulos de VDRL de pelo menos 4 diluições entre as sorologias pré tratamento e as últimas sorologias em 54 os pacientes. O intervalo entre estas variou de 4 a 9 meses. Três pacientes após redução dos níveis de titulação de anticorpos por VDRL voltaram a subir. Um desses era soropositivo para o HIV, não usava preservativo, continuava com múltiplos parceiros e apresentou novas lesões genitais. No serviço de acompanhamento para HIV recebeu nova medicação treponemocida. Os dois outros eram HIV negativo e a sorologia estabilizou após três títulos mais baixos do que o inicial. Embora não configurando formas definitivas de falha, optamos, baseado no critério de diminuição de quatro títulos, classificar como insucesso terapêutico. Estes dois últimos eram do grupo de quatro doses. Dos cinquenta e sete pacientes, 16 apresentavam DST associadas. Desses, 6 (10,5%) eram HIV positivos. **Conclusões:** Este trabalho não teve a finalidade de apresentar a azitromicina como a primeira escolha no tratamento da sífilis adquirida, mas sim de encontrar uma opção terapêutica segura para pacientes que tenham, por algum motivo, impossibilidade de usar a penicilina. Conclui-se com as experiências trazidas pela rotina do Setor de DST-UFF, que a azitromicina pode ser adotada como um tratamento alternativo na sífilis adquirida, mesmo que o paciente seja soropositivo para HIV. O estudo continua em andamento, a fim de observar-se mais casos e aumentar o tempo de seguimento, uma vez que o presente estudo mostrou remissão total da sintomatologia clínica condizente com redução dos títulos de anticorpos em 95% dos pacientes investigados.

TR09 – SÍFILIS EM GESTANTES ADMITIDAS EM TRABALHO DE PARTO NO HOSPITAL DO AÇÚCAR

AUTORES: Araújo Filho, R; Pereira, SS; Nascimento, ZPB; Mores, MTP; Júnior, FL C; Athayde, E

INSTITUIÇÃO: Fundação Hospitalar da Agroindústria do Açúcar e do Alcool do Estado de Alagoas

Correspondência: Raimundo de Araújo Filho
Rua Djalma Mendonça n° 233, Farol, Maceió-AL
Telefone: (XXX 82) 971-7405

Introdução: A sífilis é uma das mais importantes doenças da humanidade. O índice atualmente registrado de mulheres grávidas e com sífilis é de 1% a 3%. Em vista do grande número de pacientes atendidas no serviço de obstetria do hospital do açúcar sem terem feito o acompanhamento pré-natal durante a gestação, a falta de dados sobre sífilis adquirida ou congênita no serviço e baixa notificação dos casos positivos no município nos propomos a realizar este trabalho com as pacientes aqui atendidas. **Objetivos:** Observar a incidência de sífilis em gestantes admitidas em trabalho de parto pelo serviço de obstetria do hospital do açúcar; Dar início ao tratamento de puérperas e recém-nascidos; Encaminhar as pacientes, recém-nascidos e parceiros com sorologia positiva para o programa de controle das DSTs/Aids; Correlacionar o número de gestantes que recebem assistência pré-natal às que apresentam sorologia positiva para sífilis; Contribuir com o ministério da saúde na vigilância da sífilis congênita. **Material e método:** O trabalho contemplou 1.279 gestantes em trabalho de parto, atendidas no serviço de Obstetria do Hospital do Açúcar de Maceió, no período de (05/02/2000 a 05/08/2000). Após avaliação clínica, as pacientes que atenderam aos pré-requisitos do estudo, como: consentimento livre e esclarecido para participar do estudo e está em condições de coleta de sangue para realizar os exames laboratoriais. No laboratório foram realizados os exames de V.D.R.L. (Venereal Disease Research Laboratory). Seguidos de leitura e interpretação dos resultados, considerando como positivos para sífilis aqueles com V.D.R.L. a partir de 1:2 na gestação sem história de tratamento prévio para sífilis. Tratamento das gestantes e recém-nascidos com sorologia positiva através da administração da primeira dose de penicilina Benzatina, ainda na maternidade, prescrição das doses subsequentes e encaminhamento para o serviço de controle DST/AIDS do município de Maceió. Sendo todos os casos notificados ao serviço de vigilância epidemiológica. **Resultados:** Das 1.279 gestantes que participaram do estudo 2,89% apresentaram sorologia positiva para sífilis. As pacientes que apresentaram sorologia positiva, 6,6% tiveram abortamento espontâneo e 6,6% evoluíram para parto normal com feto natimorto, e 86,8% evoluíram sem complicações detectadas ao momento do nascimento. Quanto a cor 53,4% são brancas, 40,0% são morenas e 6,6% são negras. Quanto ao bairro 40% são do Tabuleiro; 13,5% - Farol; 7,5% - Gruta; 5,4% - Clima Bom; 9,4% - Jacintinho; 8,6% - Disque estrada; 7,8% - Sta. Luzia do norte; 7,8% - Rio Largo. No que se refere ao número de consultas no pré-natal 50% não tinham realizado nenhuma consulta; 10% - 02 consultas; 20% - 04 consultas; 20% - 07 consultas. Quanto ao grau de instrução observamos que 14% tinham 2º grau completo; 13,5% - 1º grau completo; 35,6% - 1º

grau incompleto; 36,9 - não alfabetizadas. **Conclusões:** Verificamos que a incidência de sífilis materna no hospital do açúcar esta dentro dos limites esperados já que segundo a literatura a incidência admitida deste agravo é de 1% a 3% na população, e a incidência neste hospital foi de 2,89%. Porém tal índice mostra a necessidade de campanhas informativas sobre doenças sexualmente transmissíveis e incentivo ao pré-natal, pois 50% das pacientes não fizeram o pré-natal, bem como a obrigatoriedade do teste de sífilis na assistência pré-natal, tendo em vista que 40% das gestantes tinham realizado pelo menos 3 consultas de pré-natal, sem realizar o V.D.R.L.

TR10 – ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL

AUTORES: Araújo Filho, R; Pereira, S.S.; Nascimento, Z.P.B.; Moraes, M.T.P.; Santos, R.A.V.; Porfírio, Z.

INSTITUIÇÃO: Departamento de Patologia do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Alagoas

Correspondência: Raimundo de Araújo Filho
Rua Djalma Mendonça, n. 233, Farol, Maceió-AL
Celular: (082) 971-7405

Introdução: As doenças sexualmente transmissíveis(DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo mundo. Nos países industrializados ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano, enquanto que, nos países em desenvolvimento as DST estão entre as 5 principais causas de doenças, que leva os indivíduos a procurar os serviços de saúde. A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. O agente causador da sífilis é o *Treponema pallidum*, que é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. Desta forma, foi realizado um levantamento dos casos de sífilis no município de Maceió. **Objetivos:** Observar a incidência de sífilis em Maceió e sua distribuição por bairros, sexo e faixa etária, com intuito de planejar campanhas de prevenção nos grupos mais acometidos. **Metodologia:** Foi realizado levantamento de casos de sífilis não especificada durante o período 1998 e 1999. Os dados foram obtidos no serviço de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió - Alagoas. Os casos foram avaliados quanto ao sexo, faixa etária e sua distribuição por distritos sanitários. **Resultados:** Foi observado uma incidência de 219 casos confirmados de sífilis não especificada nos últimos dois anos sendo que no ano de 1999 houve um aumento da ordem de 51,00% de novos casos. Do total do número de casos 86,76% pertenciam ao sexo feminino. Obtivemos uma incidência maior na faixa etária de 20 à 39 anos com 72,14% dos casos confirmados. O distrito sanitário mais afetado foi o distrito 7, com 37,89%, onde se concentra um maior número de bairros da periferia da cidade, com um baixo nível sociocultural da população. Outro fato importante que foi observado durante o levantamento dos dados é que os casos de sífilis confirmada no sexo masculino, proveio dos exames realizados em campanha de transfusão sanguínea. **Discussão:** Na cidade de Maceió as mulheres foram as mais afetadas com essa DST, provavelmente devido a falta de prevenção em suas relações sexuais e maior número de parceiros. A faixa etária mais acometida foi a de adultos jovens, o que se explica devido a sua maior atividade sexual. O fato do maior número de casos serem do sexo feminino é devido a baixa notificação dos casos ocorridos do sexo masculino, já que a literatura nos mostra que estes são os disseminadores da sífilis. **Conclusão:** Observamos a necessidade de melhor controle da sífilis, por acometerem principalmente indivíduos do sexo feminino e na faixa etária reprodutiva, estando assim, relacionada com a ocorrência de sífilis congênita. É também necessária a conscientização quanto a importância da notificação, pois encontramos baixa notificação do sexo masculino e também da sífilis congênita.

TR11 – PREVALÊNCIA DE SÍFILIS MATERNA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

AUTOR: Sá, RAM.

INSTITUIÇÃO: MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Correspondência: Renato Augusto Moreira de Sá
Rua das Laranjeiras 445, subsolo, Laranjeiras,
Rio de Janeiro - RJ CEP: 22.240-002
Tel: 556-0022 r. 142 - Fax: 556-0022 r.141
E-mail: rsa@netgate.com.br

Introdução: É doença causada por *Treponema pallidum*. Existem evidências de que a doença atinge o feto em qualquer época da gestação, sendo consenso que a sífilis materna, quando tratada antes de 20 semanas de gestação, previne as sequelas tardias da lues congênita. Quando não tratada pode levar ao aumento da prevalência de parto prematuro, da natimortalidade e da sífilis neonatal com suas consequências danosas para o recém-nascido. **Objetivos:** Analisar a prevalência da sífilis materna na Maternidade Escola da UFRJ nos últimos 5 anos. **Material e Método:** Foram analisados retrospectivamente as pacientes que deram a luz na Maternidade Escola da UFRJ no período de janeiro de 1995 a dezembro de 1999, que tiveram diagnóstico de sífilis materna. **Resultados:** Para um total de 6986 nascimentos a prevalência da sífilis materna foi de 2,5% no ano de 1995, 3,0% em 1996, 2,2% em 1997, 0,9% em 1998 e 2,0% em 1999. **Conclusões:** Quando comparamos nossos resultados

com os estimados pela Secretaria Municipal de Saúde (5,3%), nossa prevalência foi mais baixa, provavelmente pela diferença dos métodos de teste, pelo alcance da cobertura e pelas características da população estudada.

TR12 – SÍFILIS CONGÊNITA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

AUTOR: Sá, RAM.

INSTITUIÇÃO: MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Correspondência: Renato Augusto Moreira de Sá

Rua das Laranjeiras 445, subsolo, Laranjeiras

Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22.240-002

Tel: (XXX 21) 556-0022 r. 142 - Fax: (XXX 21) 556-0022 r.141

E-mail: rsa@netgate.com.br

Introdução: É doença causada por *Treponema pallidum*. Existem evidências de que a doença atinge o feto em qualquer época da gestação, sendo consenso que a sífilis materna, quando tratada antes de 20 semanas de gestação, previne as seqüelas tardias da lues congênita. Quando não tratada pode levar ao aumento da prevalência de parto prematuro, da natimortalidade e da sífilis neonatal com suas seqüências danosas para o recém-nascido. **Objetivos:** Analisar a prevalência da sífilis congênita na Maternidade Escola da UFRJ. **Material e Método:** Foram analisados retrospectivamente as pacientes que deram a luz na Maternidade Escola da UFRJ no período de janeiro a setembro de 2000, cujos recém-nascidos apresentavam teste positivo para sífilis. **Resultados:** Para um total de 327 nascimentos a prevalência da sífilis congênita foi de 4,5% no ano de 2000, no período de janeiro a setembro de 2000. **Conclusões:** As taxas encontradas em nossa instituição são mais elevadas que as relatadas pela Secretaria Municipal de Saúde para o ano anterior (0,8%). Estes resultados talvez possam ser explicados pela baixa cobertura em nosso município, onde as maiores taxas de cobertura não chegam a 20%, contrastando com a cobertura de nosso serviço que é de 100%.

TR13 – ACIDENTES COM INSTRUMENTAL PERFURO CORTANTES CONTAMINADOS POR MATERIAL BIOLÓGICOS NO SETOR DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO HGNI

AUTORES: Oliveira, RS; Pires, ES; Nascimento, MI; Oliveira, SRS; Coutinho, DT; Pilotto, JHS.

INSTITUIÇÃO: Hospital Geral de Nova Iguaçu

Av. Henrique Duque Estrada Meyer, 953 Posse - Nova Iguaçu - RJ.

CEP: 26030-020 Tel. (0-XX-21) - 669 2081 FAX: (0-XX-21)- 667 3022

Correspondência: Roberto Santos de Oliveira E-mail:

Objetivos: Avaliar a ocorrência de acidentes biológicos no ano de 1999, no setor de Ginecologia e Obstetrícia e correlacionar com os outros setores do Hospital. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 282 ocorrências de acidentes com material biológico ocorridos no Hospital Geral de Nova Iguaçu, no ano de 1999. **Resultados:** Das 282 ocorrências registradas, o setor de Ginecologia e Obstetrícia foi responsável por 6,61 % do Total. Os profissionais envolvidos foram: Médicos (57,14 %), Auxiliares de Enfermagem (28,57 %), Enfermeiros (7,14 %) e Acadêmicos de Medicina (7,14 %). Outros setores tiveram incidência de acidentes que oscilaram entre 1,3 % e 25,2 %. **Conclusão:** O índice de acidentes no setor de Ginecologia e Obstetrícia, com relação a outros setores, é pequeno, porém necessitamos de novas medidas de orientação para reduzir progressivamente estes valores. O principal profissional atingido foi o médico, seguido pelo Auxiliar de Enfermagem, o que é coerente com a característica do setor, que exige procedimentos invasivos na quase totalidade das pacientes, colocando em risco o profissional que o realiza.

TR14 – PERFIL DA MICROBIOLOGIA VAGINAL DE MULHERES DE CLASSE BAIXA DE NITERÓI: Comparativo de bacterioscopia pelo Gram x Citopatologia corada e auto coleta x coleta por médico (Estudo Piloto 2)

AUTORES: Passos, MRL; Barreto, NA; Azevedo, PMC; Angelis, FD; Vita, CM; Pinheiro, VMS; Chaves, MCACM

INSTITUIÇÃO: SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - MIP/CMB/CCM

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Correspondência: Mauro Romero Leal Passos

Campus do Valonguinho Outeiro São João Batista S/N, Centro Niterói-RJ-Brasil - CEP: 24210-150

TEL: (XXX 21) 717 6301 FAX: (XXX 21) 719-2588

E-mail: mipmaur@vm.uff.br Home page: www.uff.br/dst/

Introdução: Já está bem estabelecido que as Infecções vaginais podem ser ponto de partida ou facilitarem importantes agravos à saúde. Muito tem-se estudado correlação de Vaginose Bacteriana com parto prematuro, assim como, a facilitação da transmissão do HIV. Pela bacterioscopia corada pelo método de Gram da secreção vaginal não só o tipo morfológico existente, bem como, sua quantidade. **Objetivos:** 1) Conhecer a microbiota vaginal de mulheres de classe baixa por intermédio de esfregaço de secreção vaginal corado pelo método de Gram e Papanicolaou; 2) Verificar se os resultados dos exames anteriormente citados são similares quando os materiais são coletados por médico e pela própria mulher; 3) Verificar se é possível fazer com que mulheres de classe baixa consigam coletar de forma satisfatória materiais de suas próprias vaginas em ambiente domiciliar; 4) Verificar se os resultados dos exames de citologia corada pelo método de Papanicolaou são similares com bacterioscopia direta corada pelo método de Gram na determinação da microbiota. **Metodologia:** A amostra foi constituída por mulheres de 18 a 45n anos de idade, que já tivera coito vaginal, alfabetizadas, residentes numa comunidade de baixa renda e atendidas num dos Módulos do Programa Médico de Família da cidade de Niterói, RJ. Foram disponibilizados conjuntos de auto coleta (tubo oco, duas lâminas com barra fosca, uma escovinha de cabo longo, dois frascos porta lâmina), um cartão de identificação e um guia de procedimentos. As lâminas destinadas à citologia foram coradas pelo Papanicolaou, a vaginose bacteriana foi classificada com os critérios de graduação de Nugent. O método de Gram empregado foi o modificado por Koplef. **Resultados:** Vinte e três mulheres cumpriram totalmente o protocolo. Destas, três mulheres (13%) auto coletaram material insuficiente para análise. Em duas destas mulheres (8,7%) também os médicos coletaram material insuficiente para análise. As coletas insuficientes tanto de médicos como auto coletas não foram significativamente diferentes. Houve igualdade de resultados em 19/23 (82,6%). Nos outros quatro casos, houve concordância relativa, mas as lâminas do Gram auto coletadas pelas mulheres propiciaram resultados de alterações mais específicas do que os coletadas pelos médicos. Serão apresentados quadros sinóticos dos resultados de cada caso, onde destaca-se que na população estudada não revelou-se positividade para Cándida e Trichomonas em nenhuma das coletas. Contudo, a Vaginose Bacteriana foi detectada em cinco mulheres (20,83%). Dos cinco casos (20%) de vaginose bacteriana observados pelo Gram apenas um também foi assinalado pela colpocitologia. Todavia quando o Gram mostrava-se dentro da normalidade, a colpocitologia em 100% foi concordante. **Discussão:** Em primeiro estudo piloto feito com metodologia de coleta similar porém com um único médico, o primeiro autor, com um único citologista, apenas com colpocitologia e com mulheres de classe média/alta de clínica privada a concordância de resultados foi de 12/13 (92,3%). Na revisão das lâminas o caso discordante passou a ser concordante. No presente estudo houve envolvimento de inúmeros profissionais nos momentos de coleta, contudo os exames de bacterioscopia pelo Gram e a colpocitologia foram efetuados por um mesmo profissional em cada exame. Fato interessante a destacar é que três mulheres (13%) nunca tinham feito exame ginecológico, mas após a auto coleta foram examinadas sem problemas. Todas tinham "medo" do exame. **Conclusão:** O estudo prossegue e estamos agora na fase de preparo para números maiores, contudo, podemos com certeza afirmar com respostas altamente satisfatórias aos objetivos 1, 2 e 3. O quarto objetivo, mesmo com números pequenos, concluímos que a colpocitologia corada não oferece níveis de compatibilidade seguras para análise da microbiota vaginal.

TR15 – CONDILOMA ACUMINADO EXTRA GENITAL

AUTORES: Passos, MRL; Frias, MCAA; Aguiar, CB; Varella, RQ; Morelli, MHL; Pinheiro, VMS

INSTITUIÇÃO: Setor de DST-UFF - Mauro Romero Leal Passos

Campus do Valonguinho, Outeiro São João Batista, S/N, Centro, 24210-150 - Niterói-RJ

E-mail : Home page: mipmaur@vm.uff.br

Introdução: As verrugas genitais são conhecidas desde a Antiguidade. O termo condiloma é originado do grego antigo e traz a idéia de "tumor redondo", enquanto o termo acuminado do latim *acuminare* significa "tornar pontudo". O condiloma acuminado é uma infecção causada pelo Papilomavírus Humano (HPV), pertence à família *Papoviridae*. Apresenta um período de incubação bastante variável, podendo ser de meses a anos, parecendo estar intimamente ligado a imunocompetência, virulência e com a quantidade de partículas virais. A lesão clínica pode se apresentar sob forma de verruga, pápula ou mácula, únicas ou múltiplas, geralmente de localização genital. Embora seja clássico que a transmissão é frequentemente por via sexual, pode haver variedades de vírus capazes de propagarem-se na população de maneira não detectável. Alguns autores descreveram um estudo com três crianças saudáveis que apresentavam condilomatose oral sem história pregressa de abuso sexual ou lesão por HPV em outros locais. A transmissão através de fômites, embora seja possível, não foi demonstrada de maneira inquestionável. São poucos os casos relatados na literatura de localização extra genital. Estudiosos afirmam que a infecção por HPV tipo 6 (vírus de tropismo por mucosas) em locais não-genitais tem sido raramente descritas, como o caso de uma menina de nove anos com lesões por HPV tipo 6 em braços e pernas. O tratamento é realizado diretamente sobre as lesões por produtos que visam destruir as mesmas (ácido tricloroacético, podofiltina), eletro e criocauterização, ou mesmo exeresse cirúrgica. **Objetivo:** Descrever um caso de condiloma acuminado extra genital em cicatriz abdominal de mulher. **Paciente e Métodos:** MAS, sexo feminino, 36 anos de idade, negra, manicure, divorciada, Gesta 10 - Para 5 - Aborto 5, residente no estado do Rio de Janeiro. Procurou o Setor de DST-UFF em 1999, com queixa de verrugas em região genital e em cicatriz abdominal. Referia ter relação homossexual e que a parceira apresentou verrugas em região genital que desapareceram espontaneamente (*sic*). Na história patológica pregressa da paciente relatou ser diabética, hipertensão crônica, cardiopata e com passado cirúrgico recente de laqueadura tubária. Durante o exame físico observamos a presença de condiloma em toda a cicatriz de Pfannenstiel, medindo 12 cm de extensão por 1 cm de altura, lesões vegetantes em vulva e região perianal.

No exame de colposcopia, percebemos discreta lesão aceto branca em lábio anterior e quadro típico de colpíte difusa. Foi realizada, sorologia para sífilis (VDRL), colpocitologia oncológica, glicemia de jejum e hematócrito. Optamos por submeter a paciente a exeresse cirúrgica do condiloma da cicatriz abdominal, bem como das lesões dos genitais, sendo as peças enviadas para exame histopatológico, e para pesquisa de DNA viral. Pela paciente foi feito convite para que a parceira sexual comparecesse ao Setor de DST para consulta. **Resultados:** Como resultados obtivemos da pesquisa de DNA de HPV positiva para o tipo 6 em ambos os materiais (vulva e cicatriz abdominal). VDRL não-reator, glicemia de jejum de 246 mg/dl e hematócrito de 41%. Na colpocitologia oncológica, CIN I e HPV, *Trichomonas vaginalis* e cervicite; no exame histopatológico os resultados de ambas as peças foram: lesão hiperplásica epitelial de etiologia viral com freqüentes atipias coilocitóticas (HPV). Dois meses após tratamento da tricomoníase foi repetida a colpocitologia com resultado inflamatório leve sem alterações de HPV. **Conclusão:** Apesar de todo o esforço da equipe do Setor de DST, não foi possível examinar a parceira sexual; é possível imaginar que a disseminação das lesões vulvares possam ter ocorrido por duas maneiras – auto-inoculação ou pela prática sexual; as alterações colpocitológicas sugestivas de HPV e NIC I associadas à tricomoníase vaginal desapareceram após tratamento da infecção. A opção por exeresse cirúrgica de lesões de HPV para o nosso Serviço apresenta excelente custo-benefício.

TR16 – USO DE LA COMBINACIÓN AMOXICILINA – SULBACTAMA EN INFECCIONES GINECOOBSTÉTRICAS

AUTORES: Farinati A*, Ortega Soler C**, Gambaro E**, Mormandi, JO#, Tilli M #, Caruso N##.

INSTITUIÇÃO: Facultad de Medicina, Universidad del Salvador, ** Hospital D.Paroissien, #H.Interzonal de Agudos, #Eva Perón, ##Laboratorio Bago, Buenos Aires, Argentina

Se efectuaron varios estudios prospectivos en los que se usó amoxicilina-sulbactama para el tratamiento. **1-Endometritis puerperal (EP):** 58 pacientes, a 12 de las cuales además del diagnóstico clínico (DC), se efectuó y confirmó la presencia de endometritis con estudios histopatológicos (HP). El cultivo fue positivo en 42. Los microorganismos recuperados en ambos grupos (DC = 46 y HP = 12) fueron similares y correspondieron a enterobacterias, cocos gram-positivos, anaerobios gram-positivos y negativos y *Ureaplasma urealyticum*. El aislamiento se efectuó a partir del material endometrial pos-legrado, endocervical y hemocultivos. El tratamiento instaurado empíricamente fue AxSb (Ax 1000 mg + Sb 500 mg) por vía intravenosa o intramuscular (directo o fleboclisis), cada 8 horas durante 5 días pasando luego a la vía oral con Ax 500 mg + 500mg cada 8 horas, durante otros 5 días. En 16/58 de las pacientes el tratamiento AM se asoció con raspado uterino. La efectividad terapéutica fue del 94% utilizando como único antimicrobiano (AM) la combinación mencionada. **2-Aborto infectado (AI):** se estudiaron 70 pacientes, 52 con cultivos positivos. Los microorganismos recuperados fueron similares a los de las EP aunque la relación entre la recuperación de enterobacterias y cocos gram positivos es inversa en EP y AI. Tanto en la EP como en el AI más del 90% de los microorganismos recuperados forman parte de la flora cervicovaginal habitual. **3-Vaginosis bacteriana** se utilizó por primera vez, en infecciones del tracto genital inferior de la mujer (ITGIF), la combinación AxSb con un intervalo de 12 hs entre dosis, en lugar de la habitual de 8 hs, con iguales resultados terapéuticos haciéndola equiparable entonces a la dosificación de los nitroimidazoles, que suelen ser los AM de primera elección en la vaginosis bacteriana o bacteriosis vaginal en la mujer no embarazada. Durante el embarazo y teniendo en cuenta la importancia que reviste la vaginosis en las complicaciones perinatales (rotura prematura de membranas, parto pretérmino, corioamnionitis, amnionitis, etc), es imprescindible contar con un AM seguro y efectivo para erradicarla. En este sentido la combinación AxSb es una alternativa terapéutica importante con el agregado, como también fue demostrado, de la erradicación de *Streptococcus* grupo B (*S.agalactiae*) que también participa en severas complicaciones perinatales (sepsis precoz en el neonato, acompañada o no de meningitis, endometritis, endometritis, infección urinaria, etc) **Tanto las enterobacterias como los anaerobios son habituales productores de beta lactamasas como también *Staphylococcus* spp.** Esto permite instaurar con seguridad un tratamiento empírico basado en un AM que ofrezca cobertura sobre los gérmenes mencionados. Ante un fracaso en la evolución clínica o una evolución tórpida es conveniente el agregado de un aminoglucósido en los grupos 1 y 2 o un macrólido o tetraciclina en el grupo 3, debido a la posible presencia de un microorganismo gram negativo que no responda a la combinación (hecho poco probable en este tipo de patología) o a la presencia de *Chlamydia trachomatis* y/o *Mycoplasma* spp., respectivamente.

TR17 – DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS MUNICÍPIOS COM PELO MENOS UM CASO DE AIDS REGISTRADO”STREPTOCOCCUS BETA-HEMOLÍTICO DEL GRUPO B (SGB) O STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN LA MUJER NO EMBARAZADA: ¿COLONIZACIÓN O INFECCIÓN VAGINAL?”

AUTORES: Tilli, M; Farinati, AE; Mormandi, JO; Levín, A; Constenla, M. y Slay, G

INSTITUIÇÃO: Consultorio de Control de Infecciones en Ginecología (CIG) del HIGA- Eva Perón Buenos Aires Argentina

La colonización del tracto genital femenino por SGB ha adquirido en los últimos tiempos mayor relevancia en la mujer embarazada, debido a la posible infección perinatal. Sin embar-

go su portación vaginal en la mujer no gestante aún no ha sido bien estudiada, como así también el poder diferenciar el estado de colonización/ infección. **Objetivo:** Evaluar las características de presentación clínica de la infección por SGB en mujeres no embarazadas. **Material y Métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 621 pacientes derivadas al consultorio de Control de infecciones en Ginecología y Enfermedades de Transmisión sexual (ETS) del HIGA Eva Perón desde 1° de julio de 1997 al 30 de junio de 2000. Las pacientes fueron derivadas por sospecha de infección o por presentar alto riesgo para infecciones cervicovaginales endógenas o ETS. El estudio incluyó 36 pacientes con diagnóstico microbiológico por cultivo vaginal de colonización/ infección por SGB. Se analizaron características clínicas: sintomatología, edad, paridad, fase del ciclo menstrual, métodos anticonceptivos (MAC) y estudios microbiológicos básicos: pH, test de aminas (TA) y respuesta inflamatoria (RI). Estas variables fueron analizadas y comparadas con un grupo control de 50 mujeres con flora habitual (FH). **Diseño del estudio:** retrospectivo, comparativo y de cuantificación. Se consideró significativa una $p < 0.05$. **Resultados:** De las 621 pacientes estudiadas en consultorio de CIG del HIGA Eva Perón durante 3 años, se diagnóstico colonización/ infección por SGB en 36 pacientes (5.7%), mientras que 366 desarrollaron flora habitual (58.9%). La edad promedio de las pacientes fue de 34.47 años (rango: 8 - 59 años). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad, paridad, métodos anticonceptivos, fase del ciclo menstrual cuando se compararon estas variables con el grupo control. Catorce pacientes (38.9%) estaban asintomáticas al momento del estudio, mientras que 22 (61.1%) presentaban algún tipo de sintomatología (flujo: 40.9%, ardor y/o prurito vulvar: 59.1%). Se puede observar una diferencia estadísticamente significativa, en relación a la presencia de sintomatología asociada a SGB, al comparar con el grupo control. El pH resultó elevado en 26 (72.2%) de los casos, en comparación con el FH que sólo se encontró elevado en 16 casos (32%), siendo el hallazgo altamente significativo desde el punto de vista estadístico ($p=0.0002$). En relación a la RI también se asoció en forma significativa a la presencia de SGB ($p=0.003$); sin embargo en relación al TA no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0.20$). **Conclusiones:** La prevalencia vaginal de SGB en mujeres no embarazadas fue del 5.7% (36/621). Su presencia en el tracto genital femenino puede asociarse a sintomatología infecciosa (flujo, prurito y ardor vulvar) en un 61.2% de los casos, como también resultar ser asintomática (colonización) 38.8%. Cuando se compara con mujeres con FH, el SGB se asoció en forma estadísticamente significativa a pH elevado, RI positiva y mayor posibilidad de síntomas vulvovaginales. La presencia de SGB en el contenido vaginal, puede en ocasiones asociarse a vulvovaginitis y requerir una terapéutica antimicrobiana, habiéndose descartado otras etiologías. Son orientadores en el diagnóstico el pH, test de aminas y la RI, sobre todo en la atención médica primaria.

TR18 – ATIVIDADE SEXUAL PRECOCE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) NA ADOLESCÊNCIA

AUTORES: Pires, ES; Souza, AF; Araújo, WJ; Nascimento, MI; Oliveira, SRSM.

INSTITUIÇÃO: Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI)

Correspondência: Andréia Ferreira de Souza

R. Senador Vergueiro, 35 apto. 1101- Flamengo

CEP: 22230-001 Tel: 98029136

Introdução: O termo adolescência tem conotações diferentes de uma cultura para outra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência como a segunda década da vida, entre as idades de 10 a 19 anos. Hoje, a adolescência é considerada o grupo mais suscetível as DST devido ao estilo de vida moderna com inúmeros estímulos ambientais cada vez mais abundantes: a iniciação sexual tem-se mostrado cada vez mais precoce acompanhada da desinformação, o coito não protegido e a grande quantidade de parceiros. **Objetivo:** Avaliar a influência da sexarca precoce sobre o risco de contrair qualquer doença sexualmente transmissível. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo de 221 adolescentes com vida sexual ativa atendidas no Ambulatório de Ginecologia Infante-Puberal do HGNI, no período de Dezembro/1996 a Agosto/2000. **Resultados:** Foram avaliadas 221 adolescentes. A sexarca ocorreu em 0,5% (n=1) aos 09 anos, 3,2% (n=7) aos 11 anos, 13,5% (n=30) aos 13 anos, 25,8% (n=57) aos 14 anos, 28% (n=62) aos 15 anos, 14% (n=31) aos 16 anos, 9,5% (n=21) aos 17 anos, 1,8% (n=4) aos 18 anos. Houve 18 casos de DST: 08 casos de Papilomavírus Humano (HPV) onde 2 casos com citopatologia apresentando NIC I e 01 caso com NIC III; 04 casos de Gonorréia, 03 casos de Tricomoníase, 02 casos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e 01 caso de Herpes. Foi avaliado o número de parceiros das pacientes com sexarca até 15 anos (n=165), 59,5% (n=98) tinham apenas 01 parceiro, seguido de 15% (n=25) com 02 parceiros e 10% (n=16) com 03 parceiros; nas adolescentes com sexarca maior que 15 anos (n=56), apenas 01 parceiro 85,7% (n=47), 02 parceiros 9% (n=5) e 03 parceiros 7,2% (n=4). Do grupo com DST, apenas 1 caso apresentou sexarca com idade superior a 15 anos. **Conclusões:** As adolescentes como foi observado estão cada vez mais cedo se tornando sexualmente ativas enfrentando maior risco de exposição às DST. Com isso é preciso que se crie programas de orientação sexual voltado para os adolescentes, com uma linguagem mais jovem, indo às escolas, no intuito de diminuir os riscos da atividade sexual precoce desinformada.

TR19 – PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

AUTOR: Sá, RAM

INSTITUIÇÃO: MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Correspondência: Renato Augusto Moreira de Sá

Rua das Laranjeiras 445, subsolo. Laranjeiras,

Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22.240-002

Tel: 556-0022 r. 142 – Fax: 556-0022 r.141

E-mail: rsa@netgate.com.br

Introdução: A infecção urinária é dos problemas mais comuns no ciclo grávido puerperal. Manifesta-se via de regra, por sintomatologia localizada (disúria, polaciúria, dor lombar), embora o quadro clínico nem sempre determine, com precisão o local da infecção. A dilatação das vias urinárias e a estase da urina, observadas normalmente em todas as gestações, são fatores facilitadores para o desenvolvimento de infecção na grávida. Está relacionada a maior ocorrência de natimortos e prematuridade. **Objetivos:** analisar a prevalência da infecção urinária na Maternidade Escola da UFRJ nos últimos 5 anos. **Material e Método:** foram analisados retrospectivamente as pacientes que deram a luz na Maternidade Escola da UFRJ no período de janeiro de 1995 a dezembro de 1999, que tiveram diagnóstico de infecção urinária durante a assistência pré-natal. **Resultados:** Para um total de 6986 nascimentos a prevalência de infecção urinária diagnosticada durante a assistência pré-natal, foi de 1,2% no ano de 1995, 1,3% em 1996, 1,7% em 1997, 0,6% em 1998 e 1,8% em 1999. **Conclusões:** A prevalência de infecção urinária em nosso meio é semelhante a encontrada na literatura nacional de 1 a 2% (Rosa Santos, 1998), entretanto estes resultados podem ter sido subestimados, uma vez que foram considerados todos os nascimentos neste período, estando aí incluídas gestantes que não receberam assistência pré-natal, ou a receberam de forma incompleta.

TR20 – MANIFESTAÇÕES GINECOLÓGICAS NAS MULHERES HIV POSITIVOS E CORRELAÇÃO ENTRE DISPLASIA CERVICAL E CARGA VIRAL E NÍVEL DE LINFÓCITOS CD4 NO AMBULATÓRIO DE DST/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

AUTOR: Vettore, MV

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO - URFJ

Correspondência: Monica

Rua Prof. Cardoso Fontes, 458; Castelânea- Petrópolis-RJ. CEP:25640-036

Tel: (0XX24) 243-5664; Fax: (0XX24) 231-0220

Introdução: a epidemia HIV/AIDS tem mudado as características onde grupos, como os homossexuais e os usuários de drogas intravenosas, eram especificamente acometidos no início; atualmente não há mais o que se chamava de grupo de risco e as mulheres estão atualmente na parcela maior no número de casos novos. A tríade que rege a epidemia hoje é: feminização, pauperização e interiorização. A falta de dados na literatura brasileira sobre manifestações ginecológicas neste grupo de mulheres e correlação entre displasia cervical e as respectivas avaliações do estado imunológico justifica a apresentação deste trabalho. Algumas afecções ginecológicas aparecem com mais frequência e às vezes com mais intensidade nas pacientes portadoras do vírus HIV, algumas até relacionadas com a progressão da doença como as displasias cervicais. **Objetivos:** avaliar a incidência das afecções ginecológicas nas mulheres HIV positivas e observar a relação entre níveis de CD4 e carga viral e as neoplasias cervicais nestas pacientes. **Material e Método:** anamnese, exame físico e rotinas dos exames complementares seguiram as rotinas do serviço de ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os dados foram colhidos em formulário próprio elaborado para este fim. A contagem de carga viral e CD4 e as citologias cervico-vaginais foram analisadas no laboratório e no serviço de anatomia patológica, respectivamente, do HUCFF da UFRJ e as citologias aqui consideradas foi a da primeira consulta. **Resultados:** afecções ginecológicas: candidíase 11/62 (17,7 %); vaginose bacteriana 9/62(14,5 %); condilomatoses genitais 9(14,5 %); herpes 8(12,9 %); dor pélvica 8/62(12,9 %); oligomenorréia 6/62(9,6 %); sífilis 5/62(8,0 %); polihipermenorréia 4/62(6,4 %); menopausa ou climatério 3/62(4,8 %); tricomoníase 2/62(3,2 %); gonorréia 2/62(3,2 %); abscesso subareolar recidivante 2/62(3,2 %); NIVA 2/62(3,2 %); tumor de ovário 2/62(3,2 %); fibroadenoma 2/62(3,2 %); dismenorréia; 1/62(1,6 %); esterilidade 1/62(1,6 %); NIV 1/62(1,6 %); uretrite 1/62(1,6 %).Citologia: normal/inflamatório 34/61(55,7%); ASCUS 1/61(1,6 %); AGUS 0; lesão de baixo grau 23/61(37,7 %) e lesão de alto grau 3/61(4,9 %). Citologia normal ou inflamatório:CD4<200cél/mm³:17,6%(N^o=6); CD4:200-500cél/mm³ e CV>30.000cópias/ml:11,7% (N^o=4); CD4:200-500cél/mm³ e CV < 30.000 cópias/ml:35,2 %(N^o=12) e CD4 > 500 células/mm³:35,2 %(N^o=12). Lesão de baixo grau:CD4<200cél/mm³:26,0%(N^o=6); CD4:200-500cél/mm³ e CV>30.000 cópias/ml:17,3%(N^o=4); CD4:200-500cél/mm³ e CV<30.000 cópias/ml: 34,7 %(N^o=8) e CD4 >500cél/mm³: 21,7 %(N^o=5). Lesão de alto grau: CD4<200cél/mm³:0; CD4:200-500cél/mm³ e CV>30.000 cópias/ml:33,3 %(N^o=1); CD4:200-500cél/mm³ e CV<30.000

cópias/ml: 33,3 %(N^o=1) e CD4 >500 células/mm³:33,3 %(N^o=1). **Conclusões:** As Doenças Sexualmente Transmissíveis (condilomatoses genitais, herpes e sífilis)e as potencialmente transmissíveis por contato sexual (candidíase e a vaginose bacteriana) foram as de maior ocorrência. Mais de 70 % das pacientes com citologia normal ou inflamatório apresentavam-se com CD4>500 células/mm³ ou CV<30.000 cópias/ml. Aproximadamente 43% das pacientes com citologia de lesão de baixo grau apresentavam-se com CD4<200 células/mm³ ou CV>30.000 cópias/ml. Aproximadamente 66 % das pacientes com citologia de alto de baixo grau apresentavam-se com CD4<500 células/mm³, porém o escasso número deste grupo não permitiu conclusões. No geral houve uma relação entre estado imunológico e citologia, mostrando uma incidência maior de lesões precursoras do câncer de colo uterino e imunodepressão.

TR21 – PERFIL LIPÍDICO EM GESTANTES PORTADORAS DE DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ E HIPERTENSÃO CRÔNICA ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL HU/UFAL

AUTORES: Santos, RAV. Colaboradores - Rocha, J.E.S; Albuquerque, V.M.F; Cabral Junior, F.L; Araújo Filho, R; Pereira, SS.

INSTITUIÇÃO: AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL HU/UFAL

Correspondência: Rodrigo Almeida Vieira Santos

Av. Desportista Humberto Guimarães, n° 1081, apt° 202, Ponta Verde

CEP:57035-030 - Maceió – AL

E-mail: rodrigoalmeida@mariodias.com.br

Introdução: A hiperlipemia como fenômeno associado à gestação foi descrita na literatura pela primeira vez em 1845. Durante o curso de uma gestação normal, os lipídios séricos e lipoproteínas sofrem transformações e aumentam a concentração sérica de triglicerídeos, colesterol e em alguns casos fosfolípidos. A Pré-eclâmpsia de etiologia obscura é uma desordem específica da gravidez aparecendo em 5% a 7% das gestações que é caracterizada por hipertensão, proteinúria, edema e ativação do sistema homeostático. O fato das alterações do perfil lipídico interferir na etiopatogenia da doença hipertensiva específica da gravidez associado a evidência da influência de fatores genéticos e alimentares na gênese das dislipidemias e a ausência de estudos a respeito do assunto em nosso meio não parece justificar o presente estudo. **Objetivos:** Determinar o perfil lipídico das gestantes que desenvolveram doença hipertensiva específica da gravidez, bem como, daquelas portadoras de hipertensão crônica. **Material e Métodos:** Foram estudadas prospectivamente 51 mulheres grávidas, 41 com diagnóstico de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) e 10 com hipertensão arterial crônica, matriculadas no setor de Pré-Natal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas (H.U./UFAL), no período de agosto de 1999 a julho de 2000. As pacientes portadoras de DHEG e hipertensão arterial crônica preencheram requisitos preestabelecidos a saber: - Idade gestacional compatível com o último trimestre da gestação (32ª semana); - Não ser portadora de dislipidemias previamente à gestação e não ser consumidora de fármacos que interferiram no metabolismo lipídico. Por sua vez gestantes hígdas com características semelhantes em relação a idade, cor, peso, estatura, estado civil, paridade e n.º de abortos prévios constituíram o grupo controle. Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, as mulheres constituintes dos grupos de estudo e controle, foram encaminhadas ao Laboratório do H.U./UFAL, para realização da dosagem do colesterol total e frações: - LDL colesterol, HDL colesterol e triglicerídeos. **Resultados:** A doença hipertensiva específica da gravidez esteve presente em 80,3% (n=41) das pacientes e em 19,7% (n=10) nas gestantes portadoras de hipertensão crônica. O comportamento das pacientes com hipertensão crônica com relação a distribuição etária, apresentou uma maior frequência de casos na faixa etária mais jovem 9,8% (n=05), quando realizado o estudo comparativo com as pacientes com DHEG, foram encontrados um maior número na faixa etária entre os 23 e 27 anos (46,3%). A pesquisa mostrou a existência de apenas 02 pacientes 3,9% (2/51) com idade gestacional superior a 38 semanas. Dados mostram no grupo estudado uma maior frequência da cor parda em 75% (38/51) das pacientes. Com relação ao n.º de gestações houve frequência de 45% (23/51) de primigestas e 23,52% (12/51) das pacientes têm história de abortos passados. A relação entre colesterol total e a fração (LDL), bem como, triglicerídeos mostraram-se alterados no último trimestre de gestação, observando-se que a média das concentrações de triglicerídeos em pacientes com DHEG e hipertensão crônica foi mais que o dobro do grupo controle com diferença estatisticamente significativa (p<0,05). O mesmo não ocorreu com o colesterol total e a fração LDL que tiveram praticamente o mesmo aumento nas pacientes com DHEG e hipertensão crônica. O HDL não mostrou diferença significativa entre as pacientes com síndrome hipertensiva e os controles. **Conclusão:** Os níveis de colesterol total, frações e triglicerídeos mostraram-se elevados entre as gestantes com síndromes hipertensivas quando comparadas com gestantes hígdas.

TR 22 – A ADOLESCENTE E O PRESERVATIVO – DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS PESQUISA COMBINADA COM ESTILOS EXPERIMENTAL E DIFERENCIAL

AUTORES: Braga A, Belfort P, Godefroy P, Alves JLV.

Frente à crescente expansão das Doenças Sexualmente Transmissíveis entre os adolescentes, principalmente as mulheres, este trabalho trata de buscar as causas que fazem com que estes não usem o preservativo em suas relações sexuais. Mediante a elaboração de um questionário de avaliação epidemiológica respondido por 600 adolescentes da cidade de Valença – RJ, pôde-se inferir tópicos da problemática em relação ao uso de preservativos. Uma vez analisados os resultados, acredita-se que as conclusões possam servir de parâmetro para que novas estratégias sejam pensadas a fim de melhorar a adesão ao preservativo entre os adolescentes e que com isso, a afetividade como um todo possa ser trabalhada junto àqueles que ensaiam seus primeiros passos na sexualidade humana.

TR 23 – HIV E CÂNCER DE MAMA

AUTORES: Pacini VC, Queiroz MMC, Norberg AN, Amaral ALP, Pacini RR
UNIVERSIDADE IGUAÇU

Introdução: A sobrevida de pacientes HIV soro-positivo tem sofrido um crescente aumento nos últimos anos. Embora não estritamente associado há provavelmente um aumento no índice de câncer de mama nos casos de infecção por HIV e, certamente, uma relação epidemiológica deva existir influenciando o curso do câncer de mama. Os tumores malignos que ocorrem mais frequentemente em pacientes com infecção por HIV são Sarcomas de Kaposi, Linfoma não-Hodgkin e Carcinoma Cérvico-Uterino. Recentemente um aumento no número de outros tumores como Doença de Hodgkin, Câncer de Pulmão, Cólon e Carcinoma Hepatocelular, foram observados em pacientes imunocomprometidos portadores do vírus da imunodeficiência humana.

Objetivo: Apresentar o relato de um caso de paciente HIV soro-positivo, sintomática, com carga viral elevada, contagem de CD4 baixo e câncer em mama direita localmente avançada.

Relato de Caso: Mulher parda, 34 anos de idade, procurou ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário da Universidade Iguazu, relatando estar em tratamento para Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, por HIV, apresentando nódulo de mama direita, confirmado pelo exame físico. A ultra-sonografia bilateral de mamas confirmou tumoração de limites mal definidos com aproximadamente três centímetros de diâmetro, sólido, em quadrante superior externo de mama direita.; A mamografia de alta resolução, mostrou lesão tumoral espiculada com densidade assimétrica, adjacente ao quadrante citado. A confirmação diagnóstica pela citologia (PAAF) e anatomia patológica (CORE-BIÓPSY) foi Carcinoma Intraductal. A paciente foi mastectomizada pela técnica Patey, sendo confirmados tipo histológico e invasão por metástase nos níveis I e II de Berg dos linfonodos axilares incluindo doença de Paget incipiente de papila.

Discussão: Estatisticamente o câncer de mama tem sido alvo de inúmeros estudos mundiais. O aumento da expectativa de vida da população feminina, novas drogas no tratamento da imunodeficiência humana adquirida somando-se aos métodos de diagnóstico precoce, têm contribuído no risco aumentado da existência concomitante de HIV, infecções e tumores malignos, especialmente os de mama.

TR 24 – MEDIDAS COADJUVANTES NO TRATAMENTO DA CANDIDÍASE VULVO-VAGINAL ESPORÁDICA OU RECORRENTE

AUTORES: Pacini VC, Amaral ALP, Gazeta GS, Queiroz MMC, Pacini RR
UNIVERSIDADE IGUAÇU

Introdução: Candidíase vulvovaginal (CVV) é uma infecção de mucosas, causada por espécies do gênero *Candida*. Aproximadamente 40 espécies do gênero *Candida* podem colonizar o trato genital inferior feminino, sendo responsável pela segunda maior causa de vulvovaginites e consequentemente por gastos elevadíssimos na rede privada e pública de saúde. Estima-se que 20 milhões de casos de CVV ocorrem anualmente, respondendo por 15 milhões de visitas a consultórios ginecológicos. Inúmeros estudos tem sido publicados com o objetivo de tornar clara a patogênese dos casos de CVV esporádica e recorrente. Baseado

em experiências clínicas e observações propomos medidas agrupadas que auxiliam na profilaxia da recorrência da CVV.

Objetivo: estabelecer medidas profiláticas, práticas e de fácil execução, que auxiliem no tratamento da CVV recorrente e/ou nos casos esporádicos.

Material e método: Revisão bibliográfica criteriosa apoiados na imunopatogênese da CVV para a confecção de medidas profiláticas capazes de atender às necessidades comuns em pacientes polissintomáticas.

Resultados: Poster objetivo com situações e atitudes que auxiliam na interrupção e não-perpetuação das vulvovaginites por leveduras do gênero *Candida*.

TR 24 – RECIDIVA DE CÂNCER DE MAMA E MIÁSE (Relato de Caso)

AUTORES: Pacini VC, Queiroz MMC, Amaral ALP, Pacini RR
UNIVERSIDADE IGUAÇU

Introdução: O câncer de mama é um grande problema de saúde pública mundial, responsável por um número significativo de óbitos entre mulheres adultas, em idade produtiva. Existe, no Brasil, grande diferença regional em relação à incidência e à frequência relativa de câncer de mama. Na região Norte e Nordeste, esses índices são superados apenas pelo câncer de colo uterino. No Sul (Porto Alegre) e na região Sudeste, com estimativas de 65-71 e 53-65 casos por 100 mil habitantes respectivamente, taxas brutas e padronizadas. Dentre esses dados, 67-79% são diagnosticados tardiamente, em estágios avançados e com probabilidade de cura excepcionalmente rara. O tratamento nestas situações é paliativo e a recidiva local e metástase sistêmica são frequentemente observadas.

Objetivo: Apresentar um caso de carcinoma mamário localmente avançado tendo como terapêutica cirúrgica a mastectomia radical modificada (Patey) seguindo com recidiva local após 4 anos, associada a extensa área de necrose e infestação maciça por larvas de miíase.

Relato de caso: EOR, 51 anos, branca, casada, do lar, natural do Rio de Janeiro- RJ, operada há 4 anos por câncer em mama direita apresenta grande área de necrose no quadrante superior externo do tórax invadindo o oco axilar estendendo-se para porção cranial do braço direito, com tecidos desvitalizados, odor fétido, transudato serossanguinolento e presença de grande quantidade de larvas (miíase) em movimento. A paciente referia dor intensa na região e sinais de infecção adjacente. O movimento articular prejudicado não havendo possibilidade de visualização adequada de toda extensão acometida. Sob narcose, em três etapas distintas, foi realizado debridamento de área necrosada com retirada de aproximadamente 400 larvas vivas de miíase. Após antibioticoterapia sistêmica e descartados sinais de infecção, recebeu alta hospitalar com recuperação parcial do movimento articular do membro superior direito. Atualmente encontra-se em tratamento adjuvante quimioterápico.

Discussão/Conclusão: De acordo com revisão bibliográfica recente, não há dados sobre recidiva local de câncer de mama associada à miíase. Apesar do quadro, da demora na procura para atendimento e da infecção local, o prognóstico oncológico para esta paciente não se alterou.

TR 26 – IMUNOPATOGÊNESE DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL RECORRENTE

AUTORES: Pacini VC, Queiroz MMC, Amaral ALP, Gazeta GS, Pacini RR
UNIVERSIDADE IGUAÇU

Introdução: Entre as mulheres que experimentam um episódio esporádico de candidíase vulvovaginal, uma significante porcentagem irá manifestar episódios recorrentes da candidíase vulvovaginal aguda. A candidíase vulvovaginal recorrente (CVVR) é definida como quatro ou mais episódios anuais. A colonização com sintomatologia expressiva se dá por transformações no ambiente vaginal do hospedeiro, criando condições para as candidas "saprófitas" se multiplicarem tornando-se patogênicas, quebrando assim o conceito de saúde local, determinando doença. Estes fatores ainda não bem esclarecidos respondem por estas transformações.

Objetivo: Criar um fluxograma da imunopatogênese da CVVR a fim de facilitar a compreensão lógica e rápida acerca da abordagem propedêutica, terapêutica e profilática.

Material e métodos: os subsídios deste trabalho foram levantados na literatura de acordo com estudos imunológicos e patológicos das diversas teorias e possíveis mecanismos pertinentes ao hospedeiro e microorganismos, distribuídos de acordo com os eventos esperados de forma objetiva e facilmente compreensível.

Resultados: Com o importante avanço da medicina e biologia molecular e imunológica, novos conceitos vem sendo desenvolvidos em relação a imunopatogênese da CVVR. As reações em cadeia da polimerase, associada à citometria de fluxo e hibridização *in situ* são importantes questões relacionadas à imunidade celular local inata e adquirida que tem nos permitido compreender clinicamente e evolução da levedura como patologia.

TR 27 – LÍQUEN ESCLEROSO ATRÓFICO PODE SER UM DST?

AUTORES: Gonçalves AKS, Hassan DF, Feitoza SBN, Filho ADR, Giraldo PC

O líquen escleroso vulvar é uma doença inflamatória crônica-degenerativa com predileção pela pele genital, e que curiosamente não se estende à mucosa vaginal. Existe uma associação estatística com doença auto-imune, particularmente àquelas da glândula tireóide. A inflamação pode causar prurido intenso ou ser assintomática. Na maioria dos casos os sinais físicos permitem um diagnóstico clínico imediato. As características clínicas são placas lipo-pigmentadas, podendo estar associadas a fissuras e úlceras. A atrofia cicatricial causa destruição gradual da arquitetura vulvar, com encobrimento de clitóris, reabsorção de pequenos lábios e eventual estreitamento do intróito. Acreditava-se que a maioria das pacientes pré-púberes com líquen escleroso apresentariam remissão na puberdade, hoje sabe-se que não é o que ocorre. Algumas vezes, crianças com líquen escleroso são diagnosticadas erroneamente como candidíase, HPV ou como tendo sido vítimas de abuso sexual, pois os sinais clínicos ao exame podem ser bastantes semelhantes. J.A.P., 9 anos, estudante, iniciou acompanhamento no Ambulatório de Infecções Genitais – CAISM/FCM, com história de prurido vulvar de início há 2 anos associado a corrimento vaginal amarelado, contínuo, com odor fétido, com tratamentos anteriores com antibióticos tópicos, sistêmicos e antifúngicos, sem melhora do quadro. Havia sido acompanhada previamente com 3 diferentes ginecologistas. *Antecedentes ginecológicos:* virgem, *Antecedentes pessoais:* em uso de cetoconazol e amoxicilina sem história cirurgias anteriores e abuso sexual. *Antecedentes familiares:* ausência de doenças auto imune. *Exame físico:* bom estado geral, eutrófica, hidratada, corada, eupnéica, sem adenomegalia, sem lesões em pele. *Exame ginecológico:* Presença de lesão hipocrônica de aspecto mascarado em espelho, ocupando região vulvo-vestibular, com ausência de pequenos lábios, sem lesões perianais. Hímen íntegro, ausência de corrimento vaginal exteriorizando-se na vulva ao exame ginecológico. Bacterioscopia: negativa. Como propeidética complementar foi realizada biópsia vulvar com "punch" dermatológico de 3 mm sob anestesia local. O resultado anatomopatológico foi conclusivo para "líquen escleroso atrófico". Foram instituídas as seguintes medidas terapêuticas: corticóide tópico, medidas higiênicas e apoio psicológico.

TR 28 – GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DST-UFF

AUTORES: Bastos LM, Passos MRL, Pinheiro VMS, Marcelino JLS, Lopes DP
 INSTITUIÇÃO: Universidade Federal Fluminense Setor de DST/MIP/CMB/CCM
 CORRESPONDÊNCIA: Mauro R L Passo
 E-mail: mipmaur@vm.uff.br

Foi realizado um levantamento de todos os prontuários abertos no Setor de DST-UFF entre 1995 e 1998, destes foram retirados os de pacientes que apresentavam diagnóstico de

gravidez, foram analisados vários itens para sabermos as características socioeconômicas, assim como dados do diagnóstico das pacientes. A nossa pesquisa revelou que as gestantes representam 5% do total de mulheres atendidas, notamos que 90% apresentavam alguma DST.

O condiloma acuminado foi a DST mais freqüentemente encontrada, seguida da vaginose bacteriana e da sífilis. A idade mais comum foi 17 anos, o nível socioeconômico foi baixo, com grande presença de pacientes com renda familiar inferior a dois salários mínimos e nenhuma ou pouca educação sexual. Também chamou atenção o fato de que as pacientes eram predominantemente solteiras e com parceiros fixos.

Concluímos que muitas pacientes não precisariam de atendimento específico no setor se os profissionais que as atenderam em nível primário tivessem um treinamento básico em DST, e que a falta de educação sexual nas escolas tem levado muitas adolescentes a contrair DST e engravidarem.

TR 29 – ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS MULHERES HIV SOROPOSITIVAS/Aids

AUTORES: Susana C. Afde V. Fialho, Gutemberg L. de Almeida Filho, Mauro R L Passos, Isabel do Val
 INSTITUIÇÃO: Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Introdução: Durante a última década a infecção causada pelo HIV atingiu proporções epidêmicas em grande parte do mundo. A maioria dos novos casos relatados têm sido adquiridos através da via heterossexual, atribuindo às mulheres porcentagem cada vez maior de pacientes diagnosticadas com HIV/Aids.

Objetivo: Analisar os aspectos epidemiológicos das mulheres HIV soro-positivas/Aids.

Pacientes e Métodos: 130 pacientes separadas em HIV soro-positivas e com Aids de acordo com a classificação do CDC (1993). Foram provenientes do Hospital Escola São Francisco de Assis, Instituto de Ginecologia, ambos da UFRJ e do Hospital Universitário Antônio Pedro, da UFF. Analisou-se idade, hábito de fumar, uso de drogas ilícitas (injetáveis ou não), início da atividade sexual, número de parceiros, estado sexual anual, história de DST, via de contaminação do HIV e tipo de método anticoncepcional.

Resultados: Idade média foi de 33,1 anos, as não fumantes constituíram 59,8% do total, a via de transmissão principal foi a sexual, as não-usuárias de drogas constituíram 82,1% e 1,7% usava drogas injetáveis, 75% dos seus parceiros usavam condom, a média de início da atividade sexual foi de 17 anos e o grupo de pacientes aidéticas teve mais parceiros sexuais durante a vida. Entre as outras DST, o HPV foi o principal, com 59,4% dos casos e esteve com maior freqüência no grupo de pacientes aidéticas.

Conclusão: Na grande maioria dos dados, não houve diferença significativa entre o grupo de mulheres HIV soro-positivas e com Aids.

DST

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

INDEXADA: LILACS

Assine o DST

JORNAL BRASILEIRO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURAS

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

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

TEL.: _____ FAX: _____

E-mail: _____

Enviar cheque nominal (cruzado) à Sociedade Brasileira de DST:

Av. Roberto Silveira 123, Icaraí – Niterói – RJ – CEP 24340-160

Livraria e Editora
REVINTER
Qualidade em Livros Médicos

Matriz: Rua do Matoso, 170 – Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – 20270-1
Tel.: (21) 502-9988 – Fax: (21) 502-6830
Filial: Rua Amaral Gurgel, 127 – S. 81 e 82 – Vila Buarque – SP – 012
Tel.: (11) 222-1114 – Telefax: (11) 3362-2465
E-mail: livraria@revinter.com.br – <http://www.revinter.com.br>

LANÇAMENTOS!!!



Mauro Romero Leal Passos

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

Segunda Edição

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Se educar, dá para evitar!

REVINTER

SEXUALIDADE HUMANA

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

REVINTER

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

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

DIRETRIZES PARA A PREPARAÇÃO DO ORIGINAL

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

PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES SOBRE CADA SEÇÃO

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

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

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

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

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

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

• Artigo em periódico

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

• Livro ou monografia

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

• Capítulo em livro

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

• Trabalho apresentado em congresso ou similar já publicado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEITURA RECOMENDADA AOS AUTORES

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*, 1993, 169: 2282-2286.
- HAYNES, R.B., MULROW, C.D., HUTH, E.J., ALTMAN, D.J., GARDNER, M.J. — More informative abstracts revisited. *Ann. Inter. Med.*, 1990, 113: 69,76.
- BIREME — Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS — Descritores em Ciências da Saúde: lista alfabética — 2ª ed. rev. amp. São Paulo: BIREME, 1992, 111.

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