

SUMÁRIO

EDITORIAL

IMPACT FACTOR, SCIENTIFIC PRODUCTION AND QUALITY OF BRAZILIAN MEDICAL JOURNALS	3
<i>Fator de Impacto, Produção Científica e Qualidade das Revistas Médicas Brasileiras</i>	
<i>José Rodrigues Coura, Luciane de C B Willcox</i>	

ARTIGOS

PERCEPÇÃO DE RISCO DE DST E MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO SEXUAL DAS TRABALHADORAS DO SEXO DO MUNICÍPIO DE MANACAPURU, DO INTERIOR DO AMAZONAS, BRASIL.	9
<i>Risk Perception for STD and Behaviour Changes in Sex Professionals of Manacapuru Municipality in the Amazons, Brazil</i>	
<i>Adele S Benzaken, Enrique G Garcia, José Carlos G Sardinha, Valderiza L Pedrosa, Osminda Loblein</i>	
HÁBITOS DE HIGIENE E SEXUAIS DE MULHERES COM VULVOVAGINITES RECORRENTES	15
<i>Hygienic and Sexual Habits of Women with Recurrent Vulvovaginitis</i>	
<i>Sílvia N Cordeiro, Egberto R Turato, Regina Maria R Vicentini, Ana Katherine S Gonçalves, Paulo César Giraldo</i>	
ESTUDO POPULACIONAL DE PREVALÊNCIA DE <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> E <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i> POR PCR EM URINA DE MULHERES RESIDENTES EM VILA POPULAR ATENDIDA POR SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA EM PORTO ALEGRE, BRASIL	20
<i>Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Prevalence among Women Living in a Low Income Neighborhood - a Populational Survey in Porto Alegre, Brazil</i>	
<i>Mauro C. Ramos, Daniela Becker, Cíntia Germany, Melissa A Sander, Airtton Stein, Ricardo AL Fagundes, Absalom Filgueira, Tania Cestari</i>	
PERFIL DAS MULHERES COM PROCESSO INFLAMATÓRIO POR CANDIDA EM RESULTADOS DE COLPOCITOLOGIA ONCOLÓGICA NUMA CLÍNICA DE DST	26
<i>Profile of Women with Inflammatory Process by Candida by Pap Smear in STD Clinic</i>	
<i>Aléa MC Bastos, Renato S Bravo, Rubem A Goulart Filho, Tomaz B Isolan, Nero A Barreto</i>	
REDUCCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN OBSTETRICIA MEDIANTE EL CONTROL DE LA VAGINOSIS BACTERIANA DURANTE EL EMBARAZO	39
<i>Redução de Efeitos Adversos em Obstetrícia por Controle da Vaginose Bacteriana</i>	
<i>Obstetric Adverse Effects Reduction Through Bacterial Vaginosis Control During Pregnancy</i>	
<i>Alicia Farinati, Julio Mugrabi, Graciela Hellou, María Isabel Fernández, María Isabel Fadel, Osvaldo Cantarelli</i>	
TRATAMENTO ENDOCERVICAL TÓPICO COM ÁCIDO TRICLOROACÉTICO 85% EM NIC I, NIC II E NIC III	45
<i>Topical Uterine Cervix Treatment with Trichloroacetic Acid 85% in CIN I, CIN II and CIN III</i>	
<i>Jonei Domingos C Pesenti, Jeana Cristina da Silva, Maria Cristina Biesdorf</i>	
HEPATITE AGUDA POR VÍRUS A, B, C, D, E E G	48
<i>Acute Hepatitis for Viruses A, B, C, D, E and G</i>	
<i>Paulo Roberto N da Silva, Bruno S A Lima, Flavio A V N da Silva</i>	

CARTA AO EDITOR

BIOÉTICA E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	57
<i>Newton Sérgio de Carvalho</i>	
SEJA SÓCIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DST	63

Editorial

Fator de Impacto, Produção Científica e Qualidade das Revistas Médicas Brasileiras

Impact Factor, Scientific Production and Quality of Brazilian Medical Journals

Como muitos sabem o DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis está atuando desde 1989. Nesta ocasião, ainda como mestre em medicina, percebi que não bastava ter um bom conhecimento médico para atender bem a um paciente ou proferir uma magnífica aula. Entendi que esse tipo de saber tem vida muito curta. Em várias situações está calcada em “achismos”. Eu acho que é isso, ele acha que é aquilo.

Fiquei convicto que não basta falar. Temos que documentar nossas experiências para que outras pessoas possam, se desejarem ou duvidarem, estudar e conferir, aperfeiçoar ou refutar aquilo que julgamos ou falamos que está correto. Ou que é melhor para tal circunstância.

Desta maneira, publicar nossos estudos é a forma mais básica para difundir nossos pensamentos. Fico imaginando como seria o mundo se Alexander Fleming não tivesse documentado o achado de sua placa de cultura de estafilococo contaminada com fungo.

Assim, sem qualquer experiência, resolvi criar uma revista científica. Isso porque, a literatura brasileira que chegava nas minhas mãos era repleta de artigos de atualização no meio de um sem fim de propaganda de “remédios”.

Entretanto, a vida não é fácil. E, muitas vezes amarga para os que não conseguem uma boa infra-estrutura. Porém, lutar é a marca de muitos. Talvez seja essa a mais nobre das trajetórias. Lutar. Aprender. Encarar o jogo, mas jogando com instrumentos limpos. Entendendo as críticas e fazendo delas uma aliada para ganhar a partida.

Nosso periódico científico está vivendo, um momento excepcional. Cada vez mais se coloca como um instrumento que difunde as pesquisas de colegas brasileiros e até de estrangeiros. Todavia, comparar e qualificar revistas científicas pode, como veremos a diante ser tarefa extremamente difícil e, por vezes, imprecisas.

Uma vez que temos permuta com a maioria dos melhores periódicos científicos brasileiros, temos acesso a excelentes textos. Quando li o Editorial de Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, vol. 98(3): 293-297, Abril de 2003, escrito pelos Editores José Rodrigues Coura e Luciane de CB Willcox, percebi que deveria divulgar mais ainda aquele importante material, uma vez que temos públicos algo distintos. Assim, escrevi a seguinte mensagem por correio eletrônico: “Caro Colega José Rodrigues Coura e Sra. Luciane de CB Willcox”,

Em primeiro lugar PARABÉNS pelo brilhante e pertinente editorial.

Poderia, aqui, dizer que sou um medíocre editor científico de uma desqualificada revistinha chamada DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis que existe desde 1989. Todavia, não vou me qualificar assim. Sou um professor doutor que apesar de não ter tido exemplos perto, acreditou que a divulgação do que se produz cientificamente deve receber atenção especial.

Ter esta tarefa no mundo creio, não é fácil. Pior, num país onde as oportunidades para os iniciantes são cada vez mais apertadas. Tem dias que a vontade é jogar tudo para o alto.

Disputar com os desenvolvidos, tem vezes, parece impossível. Entretanto, não o é. Tenho certeza que apesar das dificuldades e das distorções estamos evoluindo. E muito. Porém, devemos e podemos avançar mais. Muitas vezes, quanto maior é a dificuldade e portas fechadas, mais vontade e amor se tem para vencer. Vejo-me nesta situação. E, temos muito para mostrar. E ensinar. E aprender.

O editorial de vocês é perfeito e vem, num momento muito oportuno.

Nossos órgãos de fomento e avaliação deveriam elaborar um fórum específico para discutir, com todos, de “primeira”, “segunda” e “terceira” linha, os pontos apontados por vocês.

Mostrar esse material para a comunidade creio, é peça fundamental, para tentar fazer um trabalho mais amplo, participativo.

Assim, desejo permissão de vocês para publicar, na íntegra, seu exemplar editorial em nosso periódico. Se permitido, pensamos em colocá-lo no Vol.15(2), 2003”.

Recebam um afetuoso abraço de:

MAURO ROMERO LEAL PASSOS
Editor chefe DST

A resposta veio rápida:

“Prezado Dr. Romero,

Agradecemos imensamente sua mensagem e seu apoio.

Temos o maior prazer em ver publicado nosso editorial em sua prestigiosa Revista, desde que citada a fonte: **reproduzido de Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Vol. 98(3), 2003”**,

Um abraço,

JOSÉ RODRIGUES COURA
Editor

Impact Factor, Scientific Production and Quality of Brazilian Medical Journals

Fator de Impacto, Produção Científica e Qualidade das Revistas Médicas Brasileiras

Brazilian scientific community is highly influenced by the impact factor rates of the journals where their production is published. There is an indicator that is used and accepted, in Brazil, by the majority of researchers, research and educational institutions, and also by most research and post-graduation financing agencies, especially CNPq and Capes; it is the Science Citation Index (SCI), from the Institute for Scientific Information (ISI) databases, which is published in the *Journal Citation Reports* (JCR).

ISI indexes nearly 16,000 journals, within more than 160 areas of knowledge. Among these titles, there are 15 Brazilian journals, carefully selected, that represent 0.09% of all ISI indexed titles. Considering the 15 Brazilian journals, only one (*Computational and Applied Mathematics* – Cambridge, MA, USA) reached an impact factor higher than 1, the others ranges from 0.764 to 0.032, according to JCR 2001.

The impact factor is determined by dividing the number of citations received by the journal articles within a year on ISI indexed journals, to the number of works published by the journal during the two previous years. For instance: the 423 articles published by *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, in 1999 and 2000 were cited 272 times, in 2001, on ISI indexed journals; therefore, *Memórias'* impact factor, in 2001, achieved 0.643 (272/423). Other indicators are also considered, such as the Immediacy Index that points out the relation between the citations, in 2001, of papers published in that same year, and the Cited Half-life that accumulates from previous years.

The SciELO program (Scientific Electronic Library Online), coordinated by Bireme and Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp (São Paulo State Research Support Foundation), indexes 91 from nearly 500 Brazilian journals. This number represents about 18% of national journals, including those indexed by ISI, by Medline/Index Medicus and Psycinfo (APA) and others selected by SciELO Consultant Committee, according to the journal scientific guidelines, the Publishing Board, periodicity, punctuality, number of articles during the year, among other criteria. Following ISI similar criteria and, in our opinion, more adapted to Brazilian reality and less discriminatory, even because of a continuous evaluation process accomplished by an Intelligent Consultant Committee, SciELO includes journals of excellent scientific quality and medical-social importance. Among these, we call attention to *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, *Revista de Saúde Pública*, and *Cadernos de Saúde Pública*, only to mention those, which are akin to *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*.

A comunidade científica brasileira vem sendo altamente influenciada pelo fator de impacto das revistas onde ela publica os seus trabalhos. Um dos indicadores utilizados e aceitos, no Brasil, pela maioria dos pesquisadores, instituições de ensino e pesquisa e agências financiadoras de pesquisa e pós-graduação, particularmente pelo CNPq e pela Capes, é o Science Citation Index (SCI), da base de dados do Institute for Scientific Information (ISI) divulgado pelo Journal Citation Reports (JCR).

O ISI indexa, aproximadamente, 16 mil periódicos em mais de 160 áreas de conhecimento. Dentre estes estão 15 revistas brasileiras, rigorosamente selecionadas, que representam 0.09% de todas as revistas indexadas no ISI. Destas 15, apenas uma (Computational and Applied Mathematics – publicada em Cambridge, MA, USA) apresenta fator de impacto acima de 1, as outras 14 apresentam valores que variam de 0.764 a 0.032 no JCR 2001.

O fator de impacto é calculado dividindo-se o número de vezes em que os artigos de uma revista são citados em um determinado ano, em revistas indexadas pelo ISI, pelo número de trabalhos publicados pela revista nos dois anos anteriores. Por exemplo: os 423 artigos publicados pelas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz em 1999 e 2000 foram citados 272 vezes em 2001 em revistas indexadas pelo ISI, portanto, o fator de impacto das Memórias em 2001 foi de 0.643 (272/423). Outros índices como o Immediacy Index, relação entre as citações em 2001 dos trabalhos publicados naquele ano e o Cited Half-life, cumulativo de anos anteriores, também são apurados.

O programa SciELO (Scientific Electronic Library Online) coordenado pela Bireme e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), indexa 91 das cerca de 500 revistas brasileiras, em um percentual aproximado de 18% dos periódicos nacionais, incluindo automaticamente os indexados pelo ISI, pelo Medline/Index Medicus e Psycinfo (APA) e outros selecionados pelo Comitê Consultivo SciELO, de acordo com o caráter científico da revista, seu Conselho Editorial, sua periodicidade, sua pontualidade, número de artigos por ano, entre outros. Com critérios semelhantes aos do ISI, e a nosso ver mais adequados à realidade brasileira e menos discriminatórios, inclusive pela presença de avaliação continuada de um Comitê Consultivo Inteligente, o SciELO inclui revistas de boa qualidade científica e importância médico-social, entre as quais destacamos a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, a Revista de Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública, para citar apenas as mais relacionadas com o campo das Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.

A merit of SciELO is the fact that this program manages to reveal the so called "hidden science", which, contrary to what most people believe, is not being published on second line journals. Considering that ISI indexes only 15 Brazilian journals, the papers published on the other 76 journals indexed by SciELO are not being considered. Excellent articles, mainly on the areas of Tropical Medicine and Public Health are not accepted in foreign journals, especially that considered of "regional interest". Many times, extremely important information is not properly divulged because they are not considered "universal science". For instance, an article about a diarrhea outbreak caused by a specific kind of *Escherichia coli*, which presented fatal occurrences similar to cholera in Brazilian Amazonian communities, is not accepted in some ISI indexed journals, because treats of a "local problem". On the other hand, the emergence of Chagas disease in the Amazonian region, at the same time the disease starts to be controlled in endemic areas, should also be considered a local interest problem? Generally, researches about neglected diseases (although of great interest for underdeveloped countries) do not call attention of developed countries; therefore, essays created upon these researches are not accepted for publishing on international journals. Where should we publish, then, the researches that are interesting to emerging countries like ours? Should we also stop studying diseases that still prevail among underprivileged population?

Artificiality of Citation Indexes and Impact Factors

As already mentioned, the most popular criterion for evaluating a journal impact factor is the value adopted by SCI, from ISI databases, and published by JCR. The artificiality of this criterion may be clearly demonstrated, by considering the short time taken into account for evaluation, the published article type and the difference between knowledge areas. Two years represent very little, in terms of scientific area. For instance, a scientific discovery may last ten years or more to be proved, validated, discussed and absorbed by scientific community. On the other hand, the type of article, a review or a technical adaptation, may register a high index of citations within a short period, while a discovery, depending on the area, may take years to be recognized. The knowledge areas have different dynamics. One can never compare an epidemiological study in the Tropical Medicine area, a restricted community, with an immunological study that contemplates a huge community. Certainly, the citation indexes of Tropical Medicine respectable journals cannot be compared with the indexes recorded in, also respectable, Immunology journals.

Top journals, such as *Science* and *Nature*, publish articles that are never, or rarely, cited before five years or more (Garfield, 1983. *Current Contents* 44: 5-13). Articles that are published in the *Lancet* and in the *New England Journal of Medicine*, reputable Medicine journals, have an enormous citation index. Nobel Prize winners sometimes are not the most cited authors in their academic life (Garfield 1986. *Current Contents* 23: 3-8). E. Garfield, a pioneer regarding the creation of science citation index,

Um dos méritos do SciELO é fazer aflorar a chamada "ciência escondida" que, ao contrário do que muitos pensam, não está sendo publicada em revistas de segunda categoria. Considerando que o ISI indexa apenas 15 revistas brasileiras, os trabalhos publicados nos demais 76 periódicos indexados pelo SciELO, não estariam sendo considerados. Excelentes artigos, particularmente nas áreas da Medicina Tropical e da Saúde Pública não são aceitos em revistas estrangeiras, principalmente aqueles considerados de "interesse local". Informações extremamente importantes deixam muitas vezes de ser divulgadas adequadamente por não serem consideradas "ciência universal". Por exemplo, um artigo sobre um surto de diarréia por um tipo específico de Escherichia coli, com vários casos fatais simulando cólera em comunidades da Amazônia brasileira, deixa de ser aceito em algumas revistas indexadas pelo ISI por ser um "problema local". Por outro lado, a emergência da doença de Chagas na Amazônia, quando a doença começa a ser controlada em áreas endêmicas, é também considerada um problema de interesse local? Em geral, pesquisas sobre as doenças negligenciadas (mas de grande importância para os países subdesenvolvidos) não são do interesse dos países desenvolvidos; portanto, os manuscritos gerados dessas pesquisas não serão aceitos para publicação em revistas internacionais. Onde devemos, então, publicar as pesquisas que interessam aos países emergentes como o nosso? Devemos nós também deixar de pesquisar as doenças que ainda atacam as populações menos favorecidas?

Artificialidade dos índices de citação e dos fatores de impacto

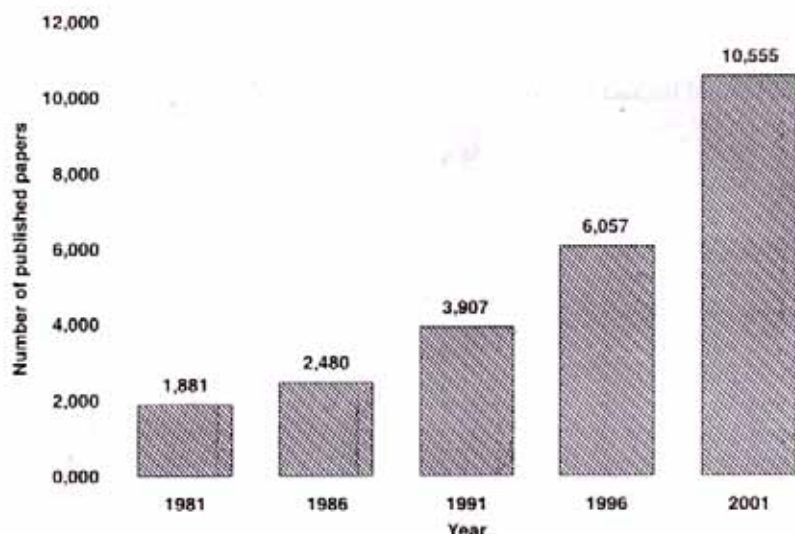
Como já mencionado, o critério mais popular para avaliar o fator de impacto de uma revista é o valor adotado pelo SCI, da base de dados do ISI, divulgado pelo JCR. A artificialidade desse critério pode ser claramente demonstrada pelo curto tempo de avaliação, pelo tipo de artigo publicado e pela diferença entre as áreas do conhecimento. Dois anos representam muito pouco na área científica. Por exemplo, uma descoberta pode levar até dez anos, ou mais, para ser comprovada, validada, discutida e absorvida pela comunidade científica. Por outro lado o tipo de artigo, um review ou uma adaptação técnica, podem ter um enorme índice de citação a curto prazo, enquanto uma descoberta, dependendo da área, pode levar anos até ser reconhecida. As áreas de conhecimento têm diferentes dinâmicas. Não se pode comparar um estudo epidemiológico na área da Medicina Tropical, onde a comunidade é restrita, com um estudo imunológico onde a comunidade é enorme. Certamente os índices de citação das revistas de boa qualidade na Medicina Tropical não podem ser comparados com os índices em revistas, também de boa qualidade, da Imunologia.

Revistas top, do nível da Science e da Nature publicam artigos que nunca, ou raramente, são citados antes de cinco anos ou mais (Garfield, 1983. Current Contents 44: 5-13). Artigos publicados no Lancet e no New England Journal of Medicine, revistas médicas de boa qualidade, têm um enorme índice de citação. Nem sempre os ganhadores de Prêmio Nobel foram os autores mais citados em

argues: "Citation analysis is not a shortcut to be used as a replacement for thinking", and adds: "It is the point of departure for those who are willing to explore every avenue to thorough evaluation". These and other examples points out the artificiality of scientific journals impact factors, called "comedy of errors" by Dirk Schoonbaert and Gibert Roelants (1996, *Trop Med Intern Health* 1: 739-752).

Evolution of Brazilian Scientific Production

The Brazilian scientific production, measured by the number of articles on ISI indexed international scientific journals, increased more than five times from 1981 to 2001; in 1981, there were 1,889 published articles and, in 2001, this number reached 10,555, according to Brazilian Ministry of Science and Technology, based on a ISI survey (mentioned by Claudia Izique, in *Pesquisa Fapesp*, 2002). As a result, there was an increase in Brazilian publications in relation to international scientific production, which ranged from 0.44%, in 1981, to 1.4%, in 2001. This fact naturally indicates an increase in the number of qualified people for research (Doctors and Masters), which triples in the last ten years. The Graphic shows the evolution of Brazilian scientific production indexed by ISI.



Increase of Brazilian publications on international scientific journals from 1981 to 2001.

Source: ISI. Survey of Ministry of Science and Technology

The increase of Brazilian works published on indexed international journals, as presented on the Graph, illustrates only part of the whole increasing process. If we also take into account the SciELO indexed journals, not included in ISI, this number would be one third higher and would reach 13,000 - 14,000 articles, among the international and national indexed ones; not mentioning articles of the other 80% of national journals that are not indexed by ISI/SciELO. On the other hand, global bib-

suas vidas acadêmicas (Garfield 1986, *Current Contents* 23: 3-8). E. Garfield, pioneiro na criação do índice de citação para a ciência, argumenta: "Análise de citação não é um atalho usado para substituir o bom senso", e acrescenta: "É o ponto de partida para aqueles que desejam explorar cada avenida da avaliação". Estes e outros exemplos podem demonstrar a artificialidade dos fatores de impacto das revistas científicas, chamado de "comédia de erros" por Dirk Schoonbaert e Gibert Roelants (1996, *Trop Med Intern Health* 1: 739-752).

Evolução da Produção Científica Brasileira

A produção científica brasileira, medida por número de artigos em periódicos científicos internacionais indexados pelo ISI, mais que quintuplicou de 1981 a 2001, passando de 1.889 artigos publicados em 1981 para 10.555 em 2001, segundo o Ministério da Ciência e Tecnologia do Brasil, baseado em levantamento do ISI (citado por Claudia Izique, em *Pesquisa Fapesp*, 2002). Conseqüentemente houve um crescimento das publicações brasileiras de 0,44% da produção científica mundial em 1981 para 1,4% em 2001. Este fato reflete naturalmente o aumento das pessoas qualificadas para a pesquisa (doutores e mestres), que triplicou nos últimos dez anos. A figura mostra a evolução da produção científica brasileira indexada pelo ISI

Aumento do número de trabalhos brasileiros, publicados em revistas científicas internacionais, de 1981 a 2001.

Fonte: ISI. Levantamento do Ministério da Ciência e Tecnologia.

O aumento das publicações brasileiras em revistas internacionais indexadas, conforme apresentado na figura, representa apenas uma parte desse crescimento. Se considerarmos ainda as revistas indexadas pelo SciELO, não incluídas no ISI, esse aumento seria acrescido em pelo menos um terço, chegando aos 13.000 - 14.000 artigos entre os internacionais e nacionais indexados, sem contar os artigos de 80% de outras revistas brasileiras não indexadas pelo ISI/SciELO. Por outro lado, a produção

liographic production from doctors researchers, recorded by the Research Directory of CNPq, between 1981 and 2001, considering national and international journals, points out an annual average of approximately 46,000 titles; what means a number three times higher than the indexed publications. The science that comes out from the two-thirds of articles not published on indexed journals, this could be called "hidden science" or neglected science.

BRAZILIAN MEDICAL JOURNALS. WHERE ARE WE GOING?

There are many medical-biomedical journals published in Brazil. Two or three of them are indexed by ISI and some of them, by SciELO program, which includes, as already mentioned, ISI and Medline/Index Medicus. Among ISI indexed periodicals, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* and the *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* should be pointed out, as they received, respectively, 1,443 and 1,453 references on ISI indexed journals; therefore, achieving an impact factor of 0.643 and 0.769, lower values than those required by Capes' QUALIS A (=1), regarding Biological Sciences I and II courses.

In the case of *Brazilian Journal*, the coordination of the mentioned areas decided to raise it, in exception, to QUALIS A, though its impact factor is 0.769. When considered the ISI Immediacy Index, *Memórias* recorded 223 references in 2001 and an impact factor of 0.067, while the *Brazilian Journal* recorded 197 references during the same year and registered 0.056 in the Immediacy Index, confirming the artificiality of the referred indexes.

If we consider SciELO index, the *Brazilian Journal*, which published 593 articles in 1998, 1999 and 2000, cited 48 times in 2001, obtained an index of 0.0809; while *Memórias* published 599 articles during that period, cited 212 times in 2001, and obtained an impact factor of 0.272, that is to say, 3.36 times higher than the first one. This fact does not mean that *Memórias* is 3.36 times better than the *Brazilian Journal*, but just confirms the artificiality and variability of the different indexes.

Other Brazilian journals, such as *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública* and *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* published, respectively, 307, 372, 344 and 283 articles and recorded SciELO impact factors of 0.420, 0.247, 0.239 and 0.155, in the period. In the same way, this fact does not mean that they are better or worse than each other, or in comparison with *Memórias* or *Brazilian Journal*. It depends on the circumstances, which may favor citations on one or on other index. Although not being indexed by ISI, *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, is a fine periodical, with strict editorial guidelines and the advantage of being an Association journal; thus, it is distributed for hundreds of associates and is very cited by them. The same situation occurs in the case of the *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* (of greater impact in the Tropical Medicine area) and the *American Journal of Clinical Microbiology*, as they have thousands of associates, a large distribution and high indexes of citation and impact.

bibliográfica global de pesquisadores doutores, levantada pelo Diretório de Pesquisa do CNPq, no período de 1998 a 2001, em revistas nacionais e internacionais, apresenta uma média anual de aproximadamente 46.000 publicações, ou seja, mais de três vezes em relação às publicações indexadas. Esta sim, poderia ser considerada em parte a "ciência escondida" ou negligenciada, nos seus dois terços publicados em revistas não indexadas.

REVISTAS MÉDICAS BRASILEIRAS. PARA ONDE VAMOS?

Numerosas revistas médico-biomédicas são editadas no Brasil, duas ou três indexadas pelo ISI e algumas pelo programa SciELO, que inclui, como já mencionado, o ISI e o Medline/Index Medicus. Entre as revistas indexadas pelo ISI destacam-se as Memórias do Instituto Oswaldo Cruz e o Brazilian Journal of Medical and Biological Research, que obtiveram, em 2001, respectivamente, 1.443 e 1.453 citações em revistas indexadas pelo ISI, obtendo fatores de impacto de 0.643 e 0.769, respectivamente, inferiores ao exigido para o QUALIS A (= 1) da Capes para os cursos das áreas de ciências biológicas II e III.

No caso do Brazilian Journal a coordenação daquelas áreas resolveu promovê-lo, por exceção: para QUALIS A, apesar de seu fator de impacto ser igual a 0.769. Quando considerado o Immediacy Index do ISI, as Memórias tiveram 223 citações em 2001, obtendo um índice de 0.067, enquanto o Brazilian Journal teve 197 citações naquele ano e ficou com o Immediacy Index de 0.056, confirmando a artificialidade dos índices a que nos referimos.

Quando considerado o índice SciELO, o Brazilian Journal, que publicou 593 artigos nos anos 1998, 1999 e 2000, que foram citados 48 vezes em 2001, obteve um fator de impacto de 0.0809, enquanto as Memórias, que publicaram 599 artigos naquele período, que foram citados 212 vezes em 2001, obtiveram um impacto de 0.272 ou seja 3.36 vezes maior. Isso não significa que as Memórias sejam 3.36 vezes melhor do que o Brazilian Journal, apenas confirma a artificialidade e a variabilidade dos diversos índices.

Outros periódicos como a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, os Cadernos de Saúde Pública, a Revista de Saúde Pública e a Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, que publicaram respectivamente 307, 372, 344 e 283 artigos, tiveram fatores de impacto SciELO de 0.420, 0.247, 0.239 e 0.155, respectivamente, no período. Da mesma forma isso não significa que eles sejam melhores ou piores entre si ou em relação às Memórias ou ao Brazilian Journal. São condições circunstanciais que favorecem a maior citação por um ou outro índice. A Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, embora não indexada pelo ISI, é uma boa revista, com corpo editorial exigente e tem a vantagem de ser uma revista de sociedade, distribuída para centenas de sócios, sendo por isso muito citada por eles. Este é o mesmo caso do American Journal of Tropical Medicine and Hygiene (de maior impacto na área de Medicina Tropical) e do American Journal of Clinical Microbiology, cuja sociedade tem milhares de sócios, grande distribuição e alto índice de citação e de impacto.

We, Brazilians, are very interesting and creative; we improved a lot our journals, with a rigid editorial guideline and specific financing from development agencies. Afterwards, these same agencies establish a criterion (QUALIS) that does not favor our journals, except one of them promoted in exception, because these journals do not reach the minimum impact factor established by the agencies, even though they are ISI indexed. As a consequence, we submit our best papers to foreign journals, which present a higher impact factor and, doing so, hoping to reach Capes' QUALIS or, maybe, the "Third World Nobel Prize", we contribute to lower the quality of our own journals. Brazilian science has improved, but the conscience of part of the Brazilian scientific community did not improve in the same level! *QUO VADIS?*

Nós brasileiros somos muito interessantes e criativos; melhoramos muito as nossas revistas, com corpo editorial rígido e financiamentos específicos das agências de fomento. Depois essas mesmas agências criam um critério (QUALIS), que não consideram as nossas revistas, exceto uma delas promovida por exceção, por não atingirem o fator de impacto mínimo exigido por elas, mesmo as indexadas no ISI. Em consequência, submetemos os nosso melhores trabalhos para revistas estrangeiras, de maior fator de impacto, prejudicando as nossas próprias revistas, esperando alcançar o QUALIS da Capes ou talvez "O Prêmio Nobel do Terceiro Mundo" por termos publicado em revistas do primeiro mundo. A ciência brasileira melhorou, mas a consciência de parte da comunidade científica não evoluiu no mesmo nível! QUO VADIS?

José Rodrigues Coura
Editor Científico
Luciane de CB Willcox
Editora Administrativa

PERCEPÇÃO DE RISCO DE DST E MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO SEXUAL DAS TRABALHADORAS DO SEXO DO MUNICÍPIO DE MANACAPURU, DO INTERIOR DO AMAZONAS, BRASIL

RISK PERCEPTION FOR STD AND BEHAVIOUR CHANGES IN SEX PROFESSIONALS OF MANACAPURU MUNICIPALITY IN THE AMAZONS, BRAZIL.

Adele S Benzaken¹, Enrique G Garcia², José Carlos G Sardinha³
Valderiza L Pedrosa⁴, Osminda Loblein⁵

RESUMO

Introdução: Projeto de intervenção para controle de DST/HIV dirigido a mulheres trabalhadoras do sexo comercial (MTS), do município de Manacapuru, Amazonas, Brasil, iniciado no final de 1998, com objetivo estratégico de atuar sobre um "grupo nuclear" para contribuir com o controle das DST/HIV na população geral do município. **Objetivos:** As ações do projeto consistiram em atenção especializada para diagnóstico e tratamento gratuito das DST, divulgação de informações sobre estas infecções através da "educação pelos pares", com promoção e distribuição de preservativos de alta qualidade a preços subvencionados, com o objetivo de incrementar as habilidades de negociação de "sexo mais seguro" com os clientes. **Métodos:** O projeto baseou-se na utilização de "multiplicadores" que realizaram as atividades educativas e promoção dos preservativos de maneira sistemática nos bares, ruas e outros "pontos de encontro". Os recursos obtidos como resultado das vendas a preço de custo dos preservativos foram utilizados para a auto-sustentabilidade do projeto. De uma estimativa de 500 MTS obteve-se uma amostra probabilística, estratificada por "pontos de encontro" considerando uma prevalência mínima para uma DST de 5%, um Intervalo de Confiança (IC) de 95% e um erro aceitável de 2%. Para avaliar o projeto elaborou-se um questionário CAP (Comportamento, Atitudes e Práticas sexuais) que foi aplicado com intervalo de aproximadamente dois anos, em 1999 e 2001. **Resultados:** O questionário evolutivo (2001), mostrou que a percepção de risco às DST e o uso contínuo de preservativos aumentou consideravelmente entre as MTS, sendo o resultado consistente com os baixos níveis de prevalência de DST neste grupo e a tendência descendente entre a população do município. O impacto do projeto manifestou-se nas mudanças conseguidas nos comportamentos de maior risco, entre os quais se destacam o incremento do uso de preservativos em qualquer modalidade de contato sexual, que de 0,0% se incrementa a 77,7%, a melhoria no uso correto (10,1% vs. 59%) e na elevada porcentagem de mulheres que demonstraram possuir preservativos no momento em que responderam ao questionário (14% vs. 54,7%). Não obstante, é relativamente baixo o incremento na utilização do preservativo com os parceiros fixos. **Conclusão:** Os dados obtidos indicam a eficácia do programa educativo com ênfase na promoção do uso correto do preservativo para a prevenção das DST/HIV, realizado entre as trabalhadoras do sexo e seus clientes em Manacapuru. Conclui-se que intervenções desenvolvidas com trabalhadoras do sexo e o incremento do uso do preservativo resultam importantes para o êxito de programas de controle de DST.

Palavras-chave: prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, mulheres trabalhadoras do sexo, inquérito sobre comportamento atitudes e práticas sexuais

ABSTRACT

Introduction: A comprehensive project for STD/HIV control in sex professionals (FSW) was started in Manacapuru municipality in the Amazons, Brazil at the end of the year 1998, focusing the health actions to a high risk group of the population in order to support the disease control in the whole community. **Objectives:** Health actions encompassed free of charge diagnosis and treatment of STD, health education about these infections as well as promotion of health and high quality condom delivery at minimum prices in order to enforce the negotiation abilities about safe sex with the clients. **Methods:** The project was supported by using "pairs" that undertook health education and promotion of activities on condom use in pubs, cafes, streets and meeting places. Sustainability of this project is achieved from the low price condom sells. A probabilistic sample was obtained from an estimated of 500 FSW, stratified by meeting points and considering a STI minimum prevalence of 5%, CI=95% and standard error of 2%. A KAP questionnaire was applied with an interval of two years in 1999 and 2001 for assessing the project. **Results:** The monitoring study in 2001 has shown that the risk perception for STI and the using of condom have been significantly increased among FSW, which is consistent with the low levels of STI prevalence in this group and the decreasing trend among the population in this municipality. The efficiency of the project has been shown in the achieved behavioural variations such as increasing of the condom use in every modality of sexual contact (from 0% to 77.7%), increment in the adequate use of condom (10.1% to 59.0%) and the high percent of women that show their condoms at the time of the questionnaire (14% to 54.7%); however, the condom use in unchanging couple is relatively low. **Conclusion:** Data in this study show the efficiency of the educational program by using the promotion of an adequate use of condom for prevention of STI/HIV in sex workers professionals and their clients in Manacapuru. Health interventions on these sex professionals appear to be successfully possible and promissory result in STD control programmes can be achieved even with partial increasing of condom use.

Keywords: prevention of sexually transmitted infections, female sex workers, knowledge, attitude and sexual practice questionnaire

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 15(2):9-14, 2003

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de projetos educativos e de promoção para a utilização do preservativo entre mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) tem demonstrado, em diferentes regiões do mundo, ter um impacto importante na redução da transmissão de DST/HIV/aids.¹⁻¹⁶

¹ Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST FUAM

² Prof. Dr. Departamento Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto García, Universidad de La Habana, Cuba. Médico Epidemiologista, Consultor da FUAM e da SEMSA Manacapuru

³ Médico Dermatologista, Setor DST FUAM

⁴ Assistente Social, Gerente do Setor Epidemiologia FUAM

⁵ Médica Epidemiologista, SEMSA Manacapuru

Os estudos publicados na literatura internacional empregam, em geral, intervenções de promoção e educação, associadas ou não a programas de atenção de casos de DST. Alguns utilizam pessoas treinadas procedentes da mesma população ("pares"), trabalhando diretamente no campo.^{1,17} Outros utilizam profissionais da saúde ou voluntários, procedentes de Organizações Não-governamentais (ONG).^{2,3,8,10,14,18,19} A maioria utiliza as visitas das MTS às clínicas especializadas ou de atenção primária ou ainda visitando periodicamente bordéis, bares e outros lugares de encontro. Alguns projetos distribuem gratuitamente os preservativos e outros promovem seu uso a preço de custo. Finalmente alguns são verticalizados e outros estão integrados aos programas locais de controle das DST.

Em quaisquer dos casos os objetivos são similares: impactar a transmissão das DST/HIV/aids na população em geral mediante a diminuição da incidência em grupo de alta frequência de transmissão como o representado pelas MTS e seus clientes. Com esta finalidade as ações estão dirigidas a incrementar os conhecimentos sobre as características, formas de transmissão e transcendência das DST (aumento da percepção de risco), e incrementar o número de encontros sexuais protegidos mediante uso frequente e correto de preservativos.

Alguns projetos, adicionalmente, buscam diminuir o consumo de drogas e bebidas alcoólicas que podem reduzir a capacidade de negociação do uso de preservativos com os clientes.

MÉTODOS

Projeto integral de promoção e atenção de DST, dirigido a trabalhadoras do sexo foi iniciado no município de Manacapuru, Amazonas, Brasil no final de 1998. Este projeto está integrado dentro do conjunto de atividades do programa municipal de controle das DST de Manacapuru, município do interior do Estado do Amazonas, Brasil, de aproximadamente 70.000 habitantes e cujos objetivos estratégicos é atuar sobre um grupo "nuclear" e a população "ponte" (clientes) para contribuir com o controle deste grupo de infecções na população geral do município.

As ações do projeto, inicialmente financiado pela Fundação MacArthur e posteriormente pelo Ministério da Saúde do Brasil consistem na oferta, às trabalhadoras do sexo, de atenção especializada para diagnóstico e tratamento gratuito das DST, desenvolvimento de um plano de educação sobre estas infecções e promoção e distribuição, entre as MTS e seus clientes, de preservativos de qualidade a preços de custo. O projeto foi baseado na utilização de "pares" para o qual foram selecionadas, contratadas e treinadas cinco pessoas, denominadas "multiplicadoras", que realizaram atividades educativas, promoveram os preservativos e explicaram seu uso correto de maneira sistemática nos bares, ruas e outros lugares de encontro. Os recursos obtidos como resultado das vendas dos preservativos utilizou-se para a auto-sustentabilidade do projeto.

Com o objetivo de avaliar a efetividade do componente educativo do projeto, elaborou-se um questionário sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas sexuais (CAP) que foi aplicado cronologicamente em diferentes tempos, a uma amostra representativa desta subpopulação. O primeiro no início de 1999 para obter informação basal e o segundo no final do ano de 2001.

De uma população estimada em aproximadamente 500 mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) se obteve uma amostra probabilística de $n = 144$, estratificada pelos 30 "pontos de encontro" previamente identificados (conglomerados), considerando uma prevalência mínima para uma DST de 5%, IC 95% e um erro aceitável de 2%.

O questionário foi aplicado diretamente nos lugares de trabalho das MTS integrantes de cada uma das amostras, pelo mesmo grupo de multiplicadoras nos dois momentos, aplicando igual metodologia de perguntas e valorização de respostas. Previamente, as multiplicadoras haviam recebido um treinamento específico. As diferenças entre os resultados de um e outro questionário são apresentadas na continuação.

Em 1999 responderam 148 profissionais e em 2001 um total de 139, o que representa respectivamente 102,7% e 96,5% do tamanho da amostra necessária para representar a totalidade das MTS estimadas que trabalham no município.

RESULTADOS

A média de idade das integrantes das amostras foi de 25 e 24,2 anos, respectivamente, para os questionários de 1999 e 2001; as medianas foram de 21,5 e 22 anos e os intervalos oscilaram entre 11 a 63 anos e 13 a 59 anos. Não se observou diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos ($p = 0,9$; K.Wallis).

Mesmo que a proporção de adolescentes tenha diminuído de 39,2% para 31,6%, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p = 0,18$; χ^2 diferença proporcional). O grupo de idade de 15-24 anos representou, em ambas as amostras, quase 60% desta subpopulação.

A grande maioria das MTS que responderam aos questionários nos dois anos (85%) era residente em Manacapuru ou de municípios vizinhos. As procedentes de Manaus (capital do Estado) aumentaram de 8,7% em 1999 para 12,2% em 2001 ($p = 0,3$) e as de outros estados do país se reduziram de 5,4% a 2,1% ($p = 0,15$).

O nível de instrução e também o percentual de escolaridade foi muito semelhante em ambas as amostras, sendo a média de anos de estudos cursados entre a 5ª e 8ª série do ensino fundamental.

Ter outra ocupação ou fonte alternativa de renda caiu de 33,1% em 1999 a 23,1% em 2001, porém esta diferença não foi significativa ($p = 0,14$), sendo os empregos adicionais mais frequentes, o de empregada doméstica e garçonete.

As entrevistadas referiram uma renda mensal média de 162 reais em 1999 e de 262 reais em 2001. Mesmo com a desvalorização progressiva que sofreu a moeda nacional, provavelmente não ocorreu uma melhora econômica substancial.

A média de clientes por dia referidos pelas profissionais foi semelhante em ambos os períodos, sendo 3,3 e 3,4 para os identificados por elas como "bons dias" e 1 para os "dias ruins".

As principais perguntas do questionário foram agrupadas em três blocos principais: as que de alguma maneira medem a percepção do risco de transmissão de DST/aids apresentadas na (Tabela 1), as relacionadas com mudanças de comportamento de maior risco (Tabela 2) e as sobre preservativos e alguns mitos relacionados com seu uso (Tabela 3).

Tabela 1 - Percepção de risco

Pergunta	1999 N= 142		2001 N= 136		P - Valor
	Sim	%	Sim	%	
Acha importante realizar o teste anti-HIV?	140	95,0	138	99,3	0,090
As gestantes devem fazer o teste anti-HIV?	145	98,0	137	98,6	0,899
O preservativo pode evitar as DST se usado adequadamente?	139	93,9	134	96,4	0,330
Você tem muita chance de se contagiar com aids?	93	62,8	58	41,7	0,007
Você não tem chance de passar aids aos clientes?	25	16,9	42	30,2	0,020
Usar preservativo pode ajudar a evitar aids?	131	88,5	134	96,4	0,010
Quem é portador de uma DST tem mais risco de contrair e transmitir aids?	130	87,8	126	90,6	0,440
Diminuir bebidas alcoólicas pode ajudar a evitar aids?	12	8,1	29	20,8	0,002
Não usar drogas pode ajudar a evitar aids?	8	5,4	34	24,5	< 0,001

Tabela 2 - Prostituição: Mudanças de comportamentos

Pergunta	1999 N= 142		2001 N= 136		P - Valor
	Sim	%	Sim	%	
Mudou seu comportamento sexual para prevenir DST/aids?	111	75,0	132	94,7	< 0,001
Já realizou teste anti-HIV?	29	19,6	64	46,0	< 0,001
Houve situação em que não pôde prevenir as DST/ aids por falta de preservativo?	77	52,0	44	31,0	,0020
Insiste com os clientes para usar preservativo?	93	62,8	120	86,3	< 0,001
Insiste com o companheiro fixo para usar preservativo?	75	50,8	78	56,1	0,350
Usa preservativo no sexo vaginal com os clientes?	102	68,9	108	77,7	0,090
Usa preservativo para sexo oral com clientes?	55	37,2	78	56,1	< 0,001
Usa preservativo para sexo anal com clientes?	55	37,2	67	48,2	0,050
Usa preservativo em todas as situações?	0	0,0	108	77,7	< 0,001
Reduziu o número de parceiros sexuais?	18	12,2	53	38,1	< 0,001

Tabela 3 - Preservativo: mitos e realidades

Pergunta	1999 N= 142		2001 N= 136		P - Valor
	Sim	%	Sim	%	
Demonstrou saber usar corretamente o preservativo?	15	10,1	82	59,0	< 0,001
Demonstrou ter preservativo no momento da entrevista	21	14,1	76	54,7	< 0,001
Usou preservativo na última semana?	62	41,9	107	78	< 0,001
O preço do preservativo é caro?	43	29,0	3	2,1	< 0,001
Se não tivesse preservativo teria relações sexuais com os clientes?	68	45,9	2	1,4	< 0,001
Você só usaria preservativo se o cliente pedisse?	52	35,1	11	7,9	< 0,001
Considera necessário usar preservativo com seu companheiro fixo?	118	79,2	123	88,5	0,030
Sente menos prazer usando preservativo?	77	52,0	32	23,0	< 0,001
O cliente sente menos prazer usando preservativo?	77	52,0	49	35,0	0,004
Você acha que o preservativo se rompe facilmente?	60	40,5	21	15,1	< 0,001
O preservativo pode ficar dentro da vagina?	97	65,5	49	35,2	< 0,001
O preservativo pode provocar perda da ereção?	74	50,0	52	37,4	0,030

A percepção da importância de as trabalhadoras do sexo realizarem o teste para HIV foi alta em ambos os anos, 95% vs. 99,3%; de igual maneira demonstraram uma elevada compreensão acerca de as gestantes realizarem esta prova (98% vs. 98,6%).

Também responderam de maneira afirmativa e em proporções similares acerca de que o preservativo, usado corretamente, pode ajudar a evitar as DST (93,9 vs. 96,4) e que ter uma DST aumenta o risco de contrair HIV/aids (87,8% vs. 90,6%). Em 2001 houve uma melhor percepção do grupo ($p < 0,05$) de que o uso do preservativo pode ajudar a prevenir especificamente a aids.

Em 2001 houve também um salto qualitativo, estatisticamente significativo ($p = 0,002$ e $p = 0,005$), na percepção correta do risco que pode representar o uso de bebidas alcoólicas e de drogas como facilitadoras da transmissão de DST/HIV.

Das entrevistadas em 2001, 94,7% referiram mudança no comportamento de risco para DST contra 75% em 1999, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

As mudanças de comportamento mais importantes referidas foram o uso do preservativo com os clientes em todos os tipos de relação sexual-anal, vaginal e oral (0,0 vs. 77,7%; $p < 0,001$), redução no número de parceiros sexuais (12,2% vs. 38,1%; $p < 0,001$), realizar sorologia para a detecção de anticorpos contra o HIV (19,6% vs. 46%; $p < 0,001$), assim como insistir com os clientes em usar o preservativo (62,8% vs. 86,3%; $p < 0,001$).

Também foi significativo ($p = 0,050$) o incremento percentual entre as que em 2001 usavam preservativo para realizar sexo anal e reduziu-se o número de mulheres em situações que não puderam prevenir o risco de DST/aids por falta ou carência de preservativos (52% vs. 31%; $p = 0,002$).

Ao inverso, uma de cada duas mulheres continuou tendo relações sexuais com seus parceiros fixos (esposos, noivos, namorados) sem utilizar preservativos (50,6% vs. 56,1%; $p = 0,35$).

A Tabela 3 agrupa as respostas a um número de perguntas relacionadas com a disponibilidade e uso do preservativo, incluindo aquelas que podem representar verdadeiros mitos em algumas populações. Estas perguntas, em ocasiões semelhantes, foram formuladas de diferentes maneiras com a finalidade de observar a consistência das respostas. De maneira geral se observa um salto qualitativo importante nas opiniões da amostra de 2001 com relação à basal.

Enquanto em 1999 quase a metade das profissionais que não tinham preservativo no momento aceitavam ter relações com os clientes, esta proporção diminuiu, em 2001, para somente 1,4 ($p < 0,001$). Igualmente se reduz em quase 5 vezes as que só usariam o preservativo se o cliente pedisse ($p < 0,001$). Setenta e oito por cento, em 2001 vs. 41,9% em 1999 ($p < 0,001$), referiram haver usado preservativo em seu trabalho na última semana anterior ao questionário.

No ano 2001 um número significativamente menor de profissionais considerou que o preço do preservativo era caro (29% vs. 2,1%; $p < 0,001$).

Observa-se, também, uma mudança quantitativa importante no uso de métodos anticoncepcionais, que em 1999 era de 67,8% da amostra, e passa em 2001 para 97,1% ($p < 0,001$, χ^2 Mantel-Haenszel). Mesmo que a pergunta tenha

sido dirigida especificamente a anticoncepcionais, o incremento observado é devido fundamentalmente à utilização do preservativo.

Com o objetivo de avaliar o conhecimento e habilidade do uso correto do preservativo, foi pedido a todas as mulheres realizar uma demonstração, utilizando um modelo anatômico, os resultados mostraram que em 1999 somente 10% o faziam corretamente e em 2001 a proporção ascendeu a 59% ($p < 0,001$).

Em 2001, 54,7% das mulheres tinham, no momento da entrevista, preservativos em seu poder, comparado com 14,1 em 1999 ($p < 0,001$).

As respostas a perguntas sobre alguns dos principais mitos relacionados com o uso do preservativo, também mostraram uma mudança significativa no nível de conhecimento quando se compara o questionário evolutivo com relação ao basal: um número menor, estatisticamente significativo (53% vs. 23%; $p < 0,001$), responde que o preservativo não influi no prazer que sentem ou no dos clientes (52% vs. 35%; $p < 0,004$) durante as relações sexuais.

Em 2001 também é menor o número de mulheres que considera que o preservativo pode romper facilmente (40,5% vs. 15,1%; $p < 0,001$); que possa ficar dentro da vagina (88,5% vs. 35,2%; $p < 0,001$) ou que possa causar perda de ereção entre seus clientes (50% vs. 37,4%; $p = 0,03$).

Ao interrogar sobre a presença de sintomas sugestivos de DST no último ano prévio ao questionário, observam-se diferenças notáveis, pois em 1999, 72,3% responderam afirmativamente e em 2001 a proporção descendeu a 36,7% ($p < 0,001$) sugestivo de que a incidência de DST, nas MTS, poderia ter diminuído algum tempo depois de iniciado o projeto. Lista com os sintomas referidos em ambos os períodos mostrada na (Tabela 4) revela diminuição de praticamente todos os sintomas sugestivos de DST, mais marcadamente das úlceras genitais (sugestiva de cancro sífilítico ou cancro mole); bolhas na genitália (sugestivo de herpes genital); fínguas (sugestivo de bubões inguinais), corrimentos vaginais e dor no ventre.

Tabela 4 - Sintomas sugestivos de DST referidos durante o último ano prévio a entrevista

Lesões	1999	2000
Feridas genitais (úlceras)	45,9	0,0
Corrimento vaginal	4,7	1,4
Bolhas (vesículas)	45,9	13,7
Manchas no corpo (sífilis secundária)	4,05	3,6
Dor abdominal	3,4	0,7
Ínguas (bubão)	12,8	0,7
Verrugas	12,8	11,5
Outros	0,0	0,7
Sem informação	10,1	1,4

Em 1999 as 21,6% das entrevistadas responderam afirmativamente ter sintomas sugestivos de DST no momento da entrevista. Em 2001 a proporção de sintomáticas no momento do questionário descendeu a 8,6%, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,002$), que expressa uma redução na prevalência pontual das DST sintomáticas de quase três vezes entre os dois momentos investigados. Segundo sintomas específicos, as diminuições ocorrem em quase todos, porém as mais importantes se observam nos corrimentos vaginais e na síndrome de dor pélvica (Tabela 5).

Tabela 5 - Sintomas de DST referidos no momento da entrevista

Lesões	1999	2000
Feridas genitais (úlceras)	0,0	0,71
Corrimento vaginal	13,5	2,9
Bolhas (vesículas)	0,7	0,7
Manchas no corpo (sífilis secundária)	0,0	0,0
Dor abdominal	12,2	4,3
Ínguas (bubão)	0,0	0,7
Verrugas	0,7	0,0
Outros	2,0	0,0

DISCUSSÃO

Os resultados das entrevistas, quando comparados, demonstram que os conhecimentos sobre as DST e seus principais mecanismos de transmissão, assim como as medidas de proteção entre as MTS que trabalham em Manacapuru incrementaram, em menos de dois anos, de maneira considerável e são consistentes com os relativos baixos níveis de prevalência de DST neste grupo²⁰ e com a tendência descendente que apresentam estas infecções na população geral do município.²¹

O nível de conhecimento alcançado e o constante incremento do uso do preservativo, provavelmente influenciou em que as MTS tenham um sentimento de menor risco de transmissão de DST/HIV com seus clientes em ambos os sentidos. O nível de compreensão sobre o papel facilitador que podem exercer as drogas e o álcool, apesar de ter melhorado no último questionário, permanece em nível baixo.

A eficácia do projeto é percebida nas mudanças de comportamento alcançadas neste período de tempo, destacando-se de maneira significativa a melhora na habilidade das MTS para negociar o preservativo com seus clientes, o que se faz evidente pelas referências de incremento do uso de preservativos em qualquer modalidade de relação sexual que de 0,0% em 1999 passa a 77,7%, pelos 86% que insistem com os clientes para o uso do preservativo e que apenas 1,4% estariam dispostas a ter sexo sem preservativos. Também se destaca a redução no número de parceiros sexuais em número quase três vezes maior de MTS.

Pelo contrário, não se obteve o mesmo resultado no uso do preservativo com o parceiro fixo ou com o que não paga (esposo, noivo, namorado, amante), situação que se observa em vários dos estudos revisados publicados na literatura internacional,^{17,22-26} e que está relacionado com as crenças errôneas de ambos sobre o risco de transmissão entre eles ser baixa. Um estudo publicado na Indonésia,²⁰ em 2002, encontrou que as principais razões de não usar preservativo por parte das MTS eram a crença que os noivos, nativos do país, e com aparência saudável, não transmitiam DST e também por tomar outras medidas de "proteção" como o uso de antibióticos. Por outro lado os namorados e também os clientes "consentidos" pensavam que o preservativo reduzia o prazer e que eles não necessitavam proteção contra as DST/HIV. Em Kenya,²⁵ 45% das MTS nunca usavam preservativos com os parceiros fixos e apenas 29% com os clientes, em Hong Kong,²⁴ esta proporção era de 55,3% vs. 18%. Em Malawi¹⁷ um programa que utilizava "educação pelos pares" incrementou o uso de preservativos com clientes de 66% para 90,3%, porém também fracassou em incrementá-lo com os parceiros fixos.

Outro elemento de grande valor é o fato de terem preservativos em seu poder no momento do questionário, que aumentou de 14% em 1999 para 55% em 2001, o que coloca em evidência uma verdadeira intenção de uso e o "empoderamento" que nesse sentido têm obtido as MTS, principalmente se agrega a isto o fato de que quase 60% sabem usá-lo corretamente. Um estudo na Indonésia²⁷ demonstrou que só 5% das MTS que trabalhavam em bordéis e 14% das que trabalhavam nas ruas tinham em seu poder preservativos no momento do questionário.

Este projeto contribuiu, de maneira importante, para eliminar alguns mitos ou tabus relacionados com o uso do preservativo. Atualmente, menos MTS em Manacapuru consideram que tanto elas como os clientes sintam menos prazer ao usá-lo, ou que este possa romper facilmente ou ficar no interior de sua vagina, conceitos que, sem dúvida, contribuíam de maneira importante, no passado, para o seu rechaço.

Finalmente um comentário sobre a referência de sintomas relacionados com as DST durante o ano anterior e no momento dos questionários que, inequivocamente, são indicadores respectivos de incidência e prevalência de DST sintomáticas neste grupo de mulheres. Os dados das Tabelas 4 e 5 mostram que tanto um quanto outro diminuíram de maneira significativa, o que concorda com os resultados de um trabalho de prevalência de DST realizado no ano 2000 em outra amostra representativa deste grupo, que mostrou uma prevalência muito baixa da maioria das infecções de transmissão sexual bacterianas e virais, destacando-se que nenhuma delas estava infectada pelo HIV²⁰ e a diminuição do risco de infecção de todas as síndromes de DST na população em geral do Município.²¹

CONCLUSÃO

Os dados expostos permitem concluir pela eficácia do programa educativo com ênfase na promoção do uso correto do preservativo para a prevenção das DST/HIV, desenvolvido entre as trabalhadoras do sexo e seus clientes em Manacapuru.

É possível afirmar que intervenções bem sucedidas podem ser desenvolvidas com trabalhadoras do sexo e ainda que, com o incremento das taxas de uso de preservativos, obtêm-se resultados importantes nos programas de controle de DST.

Adicionalmente, consideram os autores que as condições existentes em Manacapuru são bastante similares às dos demais municípios amazonenses, e que a reprodução deste modelo de intervenção provavelmente produziria resultados significativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FORD K, WIRAWAN DN, SUASTINA SS, REED BD, MULIAWAN P. Evaluation of a peer education programme for female sex workers in Bali, Indonesia. *Int J STD AIDS* Nov;11(11):731-3, 2000.
- FOX LJ, BAILEY PE, CLARKE-MARTINEZ KL, COELLO M, ORDONEZ FN, BARAHONA F. Condom use among high-risk women in Honduras: evaluation of an AIDS prevention program. *AIDS Educ Prev Spring*. 5(1):1-10, 1993.
- BHAVE G, LINDAN CP, HUDES ES, DESAI S, WAGLE U, TRIPATHI SP, MANDEL JS. Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases, and condom use among sex workers in Bombay, India. *AIDS Jul;9 Suppl 1:S21-30, 1995.*
- SANCHEZ J, GOTUZZO E, ESCAMILLA J, CARRILLO C, MOREYRA L, STAMM W, ASHLEY R, SWENSON P, HOLMES KK. Sexually transmitted infections in female sex workers: reduced by condom use but not by a limited periodic examination program. *Sex Transm Dis*. Feb;25(2):82-9, 1998.
- JOESOEUF MR, LINNAN M, BARAKBAH Y, IDAJADI A, KAMBODJI A, SCHULZ K. Patterns of sexually transmitted diseases in female sex workers in Surabaya, Indonesia. : *Int J STD AIDS* Sep;8(9):576-80, 1997.
- LAGA M, ALARY M, NZILA N, MANOKA AT, TULIZA M, BEHETS F, GOEMAN J, ST LOUIS M, PIOT P. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet* Jul 23;344(8917):246-8, 1994.
- GHYS PD, DIALLO MO, ETTIEGNE-TRAORE V, KALE K, TAWIL O, CARAEL M, TRAORE M, MAH-BI G, DE COCK KM, WIKTOR SZ, LAGA M, GREENBERG AE. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS* Jan 25;16(2):251-8, 2002.
- FONTANET AL, SABA J, CHANDELYING V, SAKONDHAVAT C, BHIRALEUL P, RUGPAO S, CHONGSOMCHAI C, KIRIWIAT O, TOVANABUTRA S, DALLY L, LANGE JM, ROJANAPITHAYAKORN W. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*. Oct 1;12(14):1851-9, 1998.
- O'CONNOR CC, BERRY G, ROHRSCHEIM R, DONOVAN B. Sexual health and use of condoms among local and international sex workers in Sydney. : *Genitourin Med* Feb;72(1):47-51, 1996.
- MA S, DUKERS NH, VAN DEN HOEK A, YULIANG F, ZHIHENG C, JIANGTING F, LINA Z, XIUXING Z. Decreasing STD incidence and increasing condom use among Chinese sex workers following a short term intervention: a prospective cohort study. *Sex Transm Infect*. Apr;78(2):110-4, 2002.
- FORD K, WIRAWAN DN, REED BD, MULIAWAN P, SUTARGA M. AIDS and STD knowledge, condom use and HIV/STD infection among female sex workers in Bali, Indonesia. *AIDS Care*. Oct;12(5):523-34, 2000.
- MGONE CS, PASSEY ME, ANANG J, PETER W, LUPIWA T, RUSSELL DM, BABONA D, ALPERS MP. Human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among female sex workers in two major cities in Papua New Guinea. : *Sex Transm Dis*. May;29(5):265-70, 2002.
- AIARY M, MUKENGE-TSHIBAKA L, BERNIER F, GERALDO N, LOWNDES CM, MEDA H, GNINTOUNGBE CA, ANAGONOU S, JOLY JR. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993-1999. : *AIDS*. Feb 15;16(3):463-70, 2002.
- GHYS PD, DIALLO MO, ETTIEGNE-TRAORE V, KALE K, TAWIL O, CARAEL M, TRAORE M, MAH-BI G, DE COCK KM, WIKTOR SZ, LAGA M, GREENBERG AE. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991-1998. *AIDS* Feb 15;16(3):463-70, 2002.
- WONG ML, CHAN KW, KOH D. A sustainable behavioral intervention to increase condom use and reduce gonorrhoea among sex workers in Singapore: 2-year follow-up. *Prev Med Nov-Dec*. 27(6):891-900, 1998.
- TANAKA M, NAKAYAMA H, SAKUMOTO M, TAKAHASHI K, NAGAFUJI T, AKAZAWA K, KUMAZAWA J. Reduced chlamydial infection and gonorrhoea among commercial sex workers in Fukuoka City, Japan. : *Int J Urol Sep*;5(5):471-5, 1998.
- WALDEN VM, MWANGULUBE K, MAKHUMULA-NKHOMA P. Measuring the impact of a behaviour change intervention for commercial sex workers and their potential clients in Malawi. *Health Educ Res* Aug. 14(4):545-54, 1999.
- ARCHIBALD CP, CHAN RK, WONG ML, GOH A, GOH CL. Evaluation of a safe-sex intervention programme among sex workers in Singapore. *Int J STD AIDS*. Jul-Aug;5(4):268-72, 1994.
- FORD K, WIRAWAN DN, FAJANS P. AIDS knowledge, risk behaviors, and condom use among four groups of female sex workers in Bali, Indonesia. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. Dec 15;10(5):569-76, 1995.
- BENZAKEN AS, GARCIA EG, LOURENÇO VP, SARDINAS JCG, LOBLEIN O. Baixa prevalência de DST en profesionales del sexo en un municipio del interior de Amazonas. *DST- J bras Doenças Sex Transm*. 14(4):09-19, 2002.
- GALBÁN E, BENZAKEN AS, LOURENÇO VP, SARDINAS JCG, LOBLEIN O. El Control de las ITS en un Municipio del interior de Amazonas: Experiencia de Manacapuru. *DST- J bras Doenças Sex Transm* 14(2):22-28, 2002.

22. RAY S, VAN DE WIJGERT J, MASON P, NDOWA F, MAPOSHERE C. Constraints faced by sex workers in use of female and male condoms for safer sex in urban zimbabwe. *J Urban Health*. Dec;78(4):581-92, 2001.
23. ZHAO P, YU H. Study on sexual and drug use behaviors of high risk among sex workers in entertainment in establishments in Shanghai. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. Oct;22(5):341-3, 2001.
24. WONG KH, LEE SS, LO YC, LO KK. Condom use among female commercial sex workers and male clients in Hong Kong. *Int J STD AIDS* Jul-Aug;5(4):287-9, 1994.
25. HAWKEN MP, MELIS RD, NGOMBO DT, MANDALIYA K, NG'ANG'A LW, PRICE J, DALLABETTA G, TEMMERMAN M. Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. *Sex Transm Infect*. Aug;78(4):271-3, 2002.
26. BASUKI E, WOLFFERS I, DEVILLE W, ERLAINI N, LUHPURI D, HARGONO R, MASKURI N, SUESEN N, VAN BEELEN N. Reasons for not using condoms among female sex workers in Indonesia. *AIDS Educ Prev*. Apr;14(2):102-16, 2002.
27. JOESOEF MR, KIO D, LINNAN M, KAMBOJI A, BARAKBAH Y, IDA-JADI A. Determinants of condom use in female sex workers in Surabaya, Indonesia. *Int J STD AIDS*. Apr;11(4):262-5, 2000.

Endereço para correspondência

ADELE S BENZAKEM

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM) - Manaus, Amazonas Secretaria Municipal de Saúde de Manacapuru (SEMSA Manacapuru)

E-mail: adele@horizon.com.br

DST5

V CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A GENTE SE VÊ NO RECIFE EM 2004

29 de agosto a 01 de setembro

INFORMAÇÕES: CEJEM - PROMOÇÕES E TREINAMENTOS LTDA

Rua General Americano Freire, 394 sala 403, Boa Viagem, Recife- PE, CEP: 51021-120

Tels.: (81) 3465-8594 e 3465-5551

Fax: (81) 3325-5015

E-mail: cejem@elogica.com.br

cejem@ig.com.br

Visite nossa página
www.uff.br/dst/

DST 5, RECIFE 2004
www.dstbrasil.org.br

HÁBITOS DE HIGIENE E SEXUAIS DE MULHERES COM VULVOVAGINITES RECORRENTES

HYGIENIC AND SEXUAL HABITS OF WOMEN WITH RECURRENT VULVOVAGINITIS

Sílvia N Cordeiro³, Egberto R Turato², Regina Maria R Vicentini¹,
Ana Katherine S Gonçalves⁴, Paulo César Giraldo¹

RESUMO

Introdução: As vulvovaginites constituem-se numa das principais queixas ginecológicas que levam as mulheres aos consultórios médicos. O motivo pelo qual existem freqüentes recorrências ainda não está claramente estabelecido. **Objetivos:** Identificar fatores higiênicos e sexuais que poderiam estar associados à recorrência de vulvovaginites. **Métodos:** Foram estudadas 51 mulheres com diagnóstico microbiológico confirmado de vulvovaginite recorrente e outras 61 mulheres-controle. O estudo foi realizado no Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, no período de junho de 2001 a julho de 2002. Após consentimento informado, todas foram submetidas a uma entrevista estruturada sobre hábitos de higiene e comportamento sexual. A análise dos resultados para testar a associação entre os grupos e as variáveis independentes, relacionados com fatores higiênicos e sexuais, foi realizada através da estimativa por *odds ratio*, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** As análises apontaram que as mulheres brancas, OR 3,03 e IC de 95% (1,25 a 7,33) e as que usavam condom, OR 2,44 e IC de 95% (0,47 a 12,63) apresentaram-se mais associadas às vulvovaginites recorrentes. Inversamente, o uso de medroxiprogesterona de depósito, OR 0,05 e IC de 95% (0,01 a 0,50) e amenorréia, OR 7,99 e IC 95% (1,73 a 36,87), estiveram mais associados ao grupo-controle. Em contrapartida, todas as demais variáveis estudadas não mostraram estar associadas ao fato de as mulheres terem vulvovaginite recorrente. Apesar desta fraca associação encontrada, parece que os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual não influenciaram o risco de vulvovaginites recorrentes. **Conclusão:** O conjunto de fatores higiênicos e sexuais parece não ter favorecido as recorrências das vulvovaginites no grupo de mulheres estudadas.

Palavras-chaves: vulvovaginites recorrentes, candidíase vaginal, vaginose bacteriana, duchas vaginais, hábitos de higiene, sexualidade

ABSTRACT

Introduction: Episodes of Vulvovaginitis are quite definitely one of the most common gynecological complaints that lead women to consult a gynecologist. The reasons for frequent recurrences have not been clearly established. **Objectives:** Identify the hygienic and sexual factors that can be associated to the recurrence of vulvovaginitis. **Methods:** Fifty-one women presenting a microbiological diagnosis of recurrent vulvovaginitis and 61 women with no complaint were studied. This study was carried out at the department of Gynecology, the State University of Campinas (UNICAMP, SP, Brazil). After informed consent, all the patients were submitted to a structured interview regarding their habit hygiene and sexual behavior. The analysis of the results to test the association between the groups and the independent variables related to habits hygienic and sexual factors was carried out by *odds ratio* (confidence interval of 95%). **Results:** The analyses point out that white women, OR 3.03 e Confidence Interval of 95% (1.25 a 7.33) and those that use condoms OR 2.44 and Confidence Interval of 95% (0.47 to 12.63) presented more associations to recurrent vulvovaginitis. Contraries, the use of deposit medroxiprogesterone, OR 0.05 e Confidence Interval of 95% (0.01 a 0.50) and amenorrhea, OR 7.99 and Confidence Interval of 95% (1.73 a 36.87) were more associated to the control group. On the other hand, all other variables studied have not shown any association with recurrent vulvovaginitis. Despite the weak association found, it seems that hygiene, clothing and sexual behavior did not influence the risk of recurrent vulvovaginitis. **Conclusion:** The set of hygienic and sexual factors does not seem to have favoured recurrent vulvovaginitis in the group of women studied.

Keywords: recurrent vulvovaginitis, vaginal candidiasis, bacterial vaginosis, douching, hygienic habits, sexual intercourse

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 15(2):15-19, 2003

INTRODUÇÃO

As vulvovaginites constituem-se em afecções que acompanham as mulheres sexualmente ativas, desde que foram feitos os primeiros relatos históricos sobre os problemas ginecológicos. É, sem dúvida alguma, uma das mais freqüentes doenças na prática diária do ginecologista.¹ Estima-se que cerca de 75% das mulheres adultas apresentem pelo menos um episódio de vulvovaginite fúngica em sua vida, e cerca de 40% a 50% vivenciem um novo episódio.²

Os episódios de recorrência acometem pelo menos 5% das pacientes, podendo manifestar-se mensalmente em alguns casos mais raros,² sendo a *Candida albicans* o principal agente etiológico encontrado nos episódios agudos.^{2,3} Por outro lado, alguns estudos indicam também que 20% a 25% das mulheres saudáveis e completamente assintomáticas apresentam culturas positivas para *C. albicans*.^{3,4,5}

As recorrências causam transtornos tanto para a mulher que tem que conviver com os incômodos da doença geradora de angústia quanto para o médico, por estar incapacitado de solucionar a enfermidade.

As causas que levam uma mulher a desenvolver episódios agudos recorrentes de vulvovaginites são incertas. Existem classicamente fatores de risco que poderiam favorecer novos episódios de candidíase vaginal, contudo, nunca foi possível estabelecer uma relação causa-efeito evidente entre eles e as recorrências. O *diabetes mellitus*, o uso de corticosteróides (sistêmicos ou tópicos), de antibióticos e anticoncepcionais

¹ Professor (a) Doutor (a) do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

² Professor Doutor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

³ Psicóloga, Mestre em Tocoginecologia Área de Ciências Biomédicas do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.

⁴ Professora Assistente do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do RN

orais de alta dosagem, e a gravidez são freqüentemente citados como fatores de risco das vulvovaginites. Por outro lado, roupas apertadas, uso de duchas vaginais higiênicas, desodorantes íntimos, contato com substâncias químicas e diferentes hábitos sexuais também são lembrados, sem contudo exercer ação comprovada na infecção vaginal. Talvez, todos estes fatores possam facilitar o desequilíbrio da flora bacteriana normal e o crescimento fúngico, não sendo porém suficientes por si para promoverem a infecção vaginal.²

A recorrência ficará estabelecida quando houver três ou mais episódios agudos de infecções genitais, devidamente diagnosticadas e tratadas no período de um ano. Poderá ser decorrente de quadros de vaginose bacterianas, candidíases vaginais ou mesmo em forma alternada.^{4,6}

No caso das candidíases, o tratamento com medicamentos antifúngicos locais e/ou sistêmicos não costuma ser difícil. A maioria dos antifúngicos são altamente eficazes e resolvem o quadro agudo em 80% a 95% dos casos. O grande problema, na verdade, traduz-se em evitar que novos episódios aconteçam. O alívio dos sintomas é sempre bem-vindo, entretanto, o desaparecimento de *C. albicans* nas culturas vaginais é temporário na maioria dos casos. A erradicação do fungo, no corpo de um indivíduo talvez seja impossível e até mesmo indesejável em muitos casos. É, portanto, muito difícil evitar que determinadas mulheres, comprovadamente tratadas, voltem a apresentar novos episódios, uma vez que a presença do fungo em concentrações baixas no epitélio vaginal é aceitável, podendo ser considerada até normal.^{7,8} Conseqüentemente, um novo quadro agudo de infecção é possível, e estará muito mais dependente de fatores intrínsecos à mulher do que propriamente a presença do fungo na mucosa vaginal.⁹

Portanto, poder-se-ia imaginar que a presença do fungo, por si, não seja suficiente para promover a infecção. O hospedeiro, nos casos das infecções recorrentes, passa a ter um papel preponderante e conseqüentemente os fatores facilitadores talvez mereçam uma maior atenção. A resposta imune inadequada de cada indivíduo é talvez o principal fator facilitador da instalação do processo infeccioso, sendo as demais modificações (químicas, físicas e hormonais) secundárias. Apesar de alguns autores estabelecerem associações entre estes fatores facilitadores e as vulvovaginites, o assunto está longe de ser esgotado.

Reed, enumerou vários fatores de risco para vulvovaginites por cândida. Identificou a importância da atividade sexual para a presença ou ausência de hifas na vagina e no pênis. Sabe-se que o sêmen é reconhecidamente um forte imunossupressor do epitélio vaginal.¹⁰ Conseqüentemente, seria de se esperar que a alta freqüência de ejaculação na luz vaginal pudesse favorecer novos episódios de vulvovaginites. O início cada vez mais precoce da atividade sexual e o advento dos métodos anticoncepcionais poderiam eventualmente ser a causa para o aumento do número de casos de vulvovaginites.

Mesmo havendo poucas informações sobre a relação entre os tipos de atividades sexuais e as vulvovaginites recorrentes, alguns autores informam aumento no risco para as recorrências e sua associação com a prática de sexo oral.^{11,13} Estudos realizados por Otero *et al.*¹⁴ não demonstraram diferenças significativas entre vulvovaginites recorrentes com relação à prática de sexo oral, à utilização de contraceptivos orais e ao uso de roupas sintéticas. As dificuldades para determinar com precisão os fatores desencadeantes das vulvovaginites recorrentes,

juntamente com uma possível ineficácia terapêutica em se evitar as recidivas, sugere, também, uma possível vinculação com fatores psíquicos.

Apesar dos fatores predisponentes classicamente estudados na literatura serem rotineiramente investigados no grupo de mulheres com VVR, na prática não parecem ser suficientes, para causar as recidivas.

Tendo em vista os dados conflitantes sobre as causas que induzem algumas mulheres a terem vulvovaginites, propõe-se o seguinte estudo.

O objetivo deste trabalho foi identificar fatores higiênicos e sexuais que poderiam estar associados à predisposição individual de mulheres para serem acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes.

MÉTODOS

Estudo analítico comparativo entre um grupo de estudo composto de mulheres com VVR e um grupo-controle composto de mulheres sem antecedentes de vulvovaginites recorrentes (VVR). Foram entrevistadas todas as pacientes atendidas no Ambulatório de Infecções Genitais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) com diagnóstico clínico e microbiológico comprovado de VVR, no período de junho de 2001 a julho de 2002, totalizando 51 mulheres.

Entrevistou-se também neste mesmo período, outras 61 mulheres sem queixas ginecológicas ou antecedentes de VVR que foram atendidas no Ambulatório Geral de Ginecologia ou Planejamento Familiar.

Para identificar os hábitos de higiene, vestuário e comportamento sexual foi utilizado um questionário com perguntas fechadas. Criou-se um banco de dados em planilha *Excel/Office 2000* com todas as variáveis. Os sujeitos foram relacionados cronologicamente segundo a data de coleta dos dados, sendo atribuído, a cada um deles, um número de identificação e classificação por grupo de estudo ou controle. Para identificar os fatores de higiene e sexuais que poderiam estar associados à predisposição individual de mulheres para serem acometidas ou não por vulvovaginites recorrentes, a análise consistiu em testar a associação entre os grupos (estudo e controle) e as variáveis independentes relacionadas com os hábitos de higiene e comportamento sexual.

Variáveis socioeconômicas: idade, cor, escolaridade, religião, idade da menarca, tipo de método anticoncepcional, número de gestação e número de abortos, doenças sexualmente transmissíveis; ciclos menstruais, uso de absorvente interno e externo, freqüência e tipo de lavagem e duchas genitais, uso de papel higiênico, uso de perfume íntimo, uso de calça colada ao corpo, uso de roupa íntima de lycra, idade da primeira relação sexual, número total de parceiros sexuais, freqüência mensal de relações sexuais, relação homossexual, sexo oral doador, sexo oral receptor, masturbação. Utilizou-se análise uni e bivariada com estabelecimento de valores de *odds ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

A maior parte das mulheres estudadas estava na faixa etária de 20 a 35 anos, 76,5% no grupo com vulvovaginite recorrente (VVR) e 73,8% no grupo-controle (GC). Observou-se, nesta amostra, que mulheres brancas tiveram duas vezes mais o risco

de ter VVR, OR 3,03 com IC de 95% (1,25 a 7,33). Em ambos os grupos foram mais frequentes a presença de mulheres com nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental, 54,9% VVR e 62,3% GC, não havendo associação entre essa variável e a ocorrência de VVR. A maioria das mulheres pertencia à religião católica, 60,8% VVR e 55,7% GC, seguidas pelas evangélicas, 21,6% VVR e 27,9% GC, não havendo diferença nos dois grupos.

As mulheres estudadas tiveram a menarca entre 12 a 15 anos na maioria das vezes, sendo essa de 68,6% no grupo com VVR e 75,4% no grupo-controle, OR 0,46 e IC de 95% (0,10 a 2,04) e (0,11 a 2,86), respectivamente.

Entre os métodos anticoncepcionais utilizados, mulheres que usam condom representaram 24,4% no grupo com VVR e 5,3% no GC, OR de 2,62 e IC de 95% (0,58 a 11,89). Em contrapartida, o uso de medroxiprogesterona de depósito associou-se ao grupo-controle OR 0,06 e IC de 95% (0,01 a 0,59). A distribuição das mulheres que relataram antecedentes de DST foi de 19,6% e 11,5%, respectivamente, sendo que o HPV foi o antecedente mais observado com o total de 10 casos, sendo 7 no GC e 3 no grupo com VVR, OR 0,53 e IC de 95% (0,10 a 1,52).

Com relação às gestações anteriores, encontrou-se 25,5% de nuligestas no grupo com VVR e somente 3,3% no grupo-controle, OR 0,10 e IC de 95% (0,02 a 0,46).

A ausência de aborto representou 76,5% dos casos com VVR e 78,7% no grupo-controle, OR 0,88, e IC de 95% (0,36 a 2,15) (Tabela 1).

Frequência e odds ratio das características gerais e mulheres com VVR e controles

Características Gerais da População	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Faixa etária				
36 anos ou +	11 (21,6)	15 (24,6)	Ref.	-
20 a 35 anos	39 (76,5)	45 (73,8)		
Até 19 anos	1 (2,0)	1 (1,6)		
Cor				
Não branca	9 (17,6)	24 (39,3)	Ref.	-
Branca	42 (82,4)	37 (60,7)	3,03	(1,25 a 7,33)
Educacionalidade				
Universitário	8 (15,7)	3 (4,9)	Ref.	-
Ensino Médio	15 (29,4)	20 (32,8)	0,28	(0,06 a 1,24)
Ensino Fundamental	27 (54,9)	38 (62,3)	0,28	(0,07 a 1,14)
Religião				
Nezahuma	7 (13,7)	10 (16,4)	Ref.	-
Católica	31 (60,8)	34 (55,7)	1,30	(0,44 a 3,84)
Evangélica	11 (21,6)	17 (27,9)	0,92	(0,27 a 3,16)
Espírita	2 (3,9)	0 (0,0)		
Idade da Menarca				
16 a 18 anos	5 (9,8)	3 (4,9)	Ref.	-
12 a 15 anos	35 (68,6)	46 (75,4)	0,46	(0,10 a 2,04)
9 a 11 anos	11 (21,6)	12 (19,7)	0,55	(0,11 a 2,86)
Tipo de MAC*				
Lig. trompa, vasectomia	9 (20,0)	6 (10,5)	Ref.	-
Hormonal oral ou injetável	14 (31,1)	10 (17,5)	0,93	(0,25 a 3,47)
Condom	11 (24,4)	3 (5,3)	2,44	(0,47 a 12,63)
DIU	10 (22,2)	25 (43,9)	0,27	(0,08 a 0,95)
DIU-levonorg.+Depoprovera	1 (2,2)	13 (22,8)	0,05	(0,01 a 0,50)
DST				
Sim	10 (19,6)	7 (11,5)	Ref.	-
Não	41 (80,4)	54 (88,5)	0,53	(0,19 a 1,52)
Gestação				
Não	13 (25,5)	2 (3,3)	Ref.	-
Sim	38 (74,5)	59 (96,7)	0,10	(0,02 a 0,46)
Número de Gestações**				
1	11 (28,9)	17 (28,8)	Ref.	-
2	16 (42,1)	22 (37,3)	1,12	(0,42 a 3,04)
3 ou +	11 (28,9)	20 (33,9)	0,85	(0,30 a 2,45)
Aborto				
Sim	12 (23,5)	13 (21,3)	Ref.	-
Não	39 (76,5)	48 (78,7)	0,88	(0,36 a 2,15)

Apenas 34,4% no grupo-controle e 17,66% no grupo com VVR tinham o hábito de fazer duchas vaginais, OR 2,45 e IC de 95% (1,00 a 5,98). A maioria das mulheres com hábito de ducha vaginal realizou três ou mais lavagens por semana, 55,6% VVR e 57,1% GC. Cerca de 52,9% das mulheres no grupo com VVR e 55,7% do grupo-controle realizavam lavagem externa da vagina duas vezes por dia. Não houve associação entre essa variável e VVR. Em ambos os grupos foi mais frequente o uso de papel higiênico branco sem perfume, 72,1% VVR e 86,5% GC. Somente no grupo de estudo encontraram-se 9,3% de mulheres com o hábito de se lavarem em vez de usarem papel higiênico. A maioria das mulheres em ambos os grupos não tinha como hábito o uso de perfume íntimo.

Contudo, encontrou-se que 12,3% das mulheres com VVR e 10,9% no GC usavam absorvente interno no período menstrual e apenas 8,1% no grupo com VVR e 8,7% no grupo-controle usavam absorvente externo fora da menstruação. Não houve associação entre essas variáveis e a ocorrência de VVR. O uso de roupas justas foi similar em ambos os grupos, sendo 68,6% no grupo com VVR e 65,6% no GC, OR 1,15 e IC de 95% (0,52 a 2,54). Foi observado que 57,1% das mulheres com VVR e 32,5% do GC usavam calça justa sete vezes por semana, OR 3,59 e IC de 95% (1,26 a 10,23). Observou-se que a distribuição das mulheres que usavam roupa íntima de lycra foi de 68,6% no grupo com VVR e de 72,1% no GC. O OR 0,85 e IC de 95% (0,37 a 1,91) (Tabela 2).

Frequência e odds ratio dos hábitos de higiene íntima em mulheres com VVR e controles

Hábitos de Higiene Íntima	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Ducha Vaginal				
Sim	9 (17,6)	21 (34,4)	Ref.	-
Não	42 (82,4)	40 (65,6)	2,45	(1,00 a 5,98)
Nº Duchas/semana*				
Menos de 1 vez	0 (0,0)	1 (1,6)	Ref.	-
1 a 2	4 (44,4)	8 (38,1)		
3 ou mais	5 (55,6)	12 (57,1)		
Nº Lavagem externa/dia				
1	5 (9,8)	7 (11,5)	Ref.	-
2	27 (52,9)	34 (55,7)	1,11	(0,32 a 3,90)
3	12 (23,5)	12 (19,7)	1,40	(0,35 a 5,67)
4 ou +	7 (13,7)	8 (13,1)	1,23	(0,26 a 5,67)
Uso de Papel Higiênico				
Branco sem perfume	10 (18,6)	9 (13,5)	Ref.	-
Branco sem perfume	37 (72,1)	52 (86,5)	0,64	(0,24 a 1,73)
Não usa (se lava)	4 (9,3)	0 (0,0)		
Uso de perfume íntimo				
Sim	1 (2,3)	1 (1,9)	Ref.	-
Não	50 (97,7)	60 (98,1)	0,83	(0,05 a 13,66)
Absorvente interno**				
Sim	6 (12,3)	5 (10,9)	Ref.	-
Não	43 (87,8)	41 (89,1)	0,87	(0,25 a 3,09)
Absorv.Exter. s/ menstruação**				
Sim	4 (8,1)	4 (8,7)	Ref.	-
Não	45 (91,8)	41 (89,1)	1,10	(0,26 a 4,67)
Uso de calça justa				
Não	16 (31,4)	21 (34,4)	Ref.	-
Sim	35 (68,6)	40 (65,6)	1,15	(0,52 a 2,54)
Nº Uso de calça justa/semana***				
1 vez	1 (2,9)	9 (22,5)	Ref.	-
2 vezes	8 (22,9)	12 (30,0)		
3 a 6 vezes	6 (17,1)	6 (15,0)		
7 vezes	20 (57,1)	13 (32,5)		
Roupa íntima lycra				
Não	16 (31,4)	17 (27,9)	Ref.	-
Sim	35 (68,6)	44 (72,1)	0,85	(0,37 a 1,91)
Nº Uso/roupa íntima sem.****				
Até 2 vezes	9 (25,7)	7 (15,9)	Ref.	-
3 a 6 vezes	10 (28,6)	15 (34,1)	0,52	(0,15 a 1,85)
7 vezes	16 (45,7)	22 (50,0)	0,57	(0,17 a 1,84)

* Somente mulheres que realizam ducha
*** Somente mulheres que usam roupas justas

** Somente mulheres que menstruam
**** Somente mulheres que usam roupas íntimas de lycra

A primeira relação sexual entre 15 e 19 anos foi experimentada em 76,5% no grupo com VVR e 62,3% no grupo-controle. Em 11,8% no grupo com VVR e 14,8% no grupo-controle a primeira relação sexual foi com 14 anos ou menos. A distribuição

do número de parceiros foi similar em ambos os grupos, as mulheres do grupo com VVR e do grupo-controle que tiveram de dois a quatro parceiros representaram 45,1% e 45,9%, respectivamente, OR 0,90 e IC de 95% (0,33 a 2,40). Encontrou-se que 19,1% das mulheres com VVR e 40,0% do grupo-controle tinham entre nove a doze relações mensais. As que tinham entre treze ou mais relações sexuais por mês representaram 36,2% no grupo com VVR e 24,0% no grupo-controle, OR 1,03 e IC de 95% (0,32 a 3,33). Comparando as variáveis dentro de cada categoria, não houve associação entre essas variáveis e VVR. Observou-se que 94,1% das mulheres do grupo com VVR e 96,7% do grupo-controle não tiveram outros parceiros nos seis meses anteriores às entrevistas. O OR foi de 0,54 com IC de 95% (0,09 a 3,38).

A maioria das mulheres não praticava sexo anal, 74,5% no grupo com VVR e 83,3% no grupo-controle. O OR foi de 0,58 com IC de 95% (0,22 a 1,54). A prática de sexo oral foi observada em uma distribuição similar para ambos os grupos. Para sexo oral doador, 46,8% das mulheres do grupo com VVR e 59,3% do grupo-controle não tinham esse hábito, OR 0,61 e IC de 95% (0,27 a 1,33). Para sexo oral receptor, 44,7% do grupo com VVR e 42,6% do grupo-controle não tinham esse hábito, OR 0,92 e IC de 95% (0,42 a 2,02).

Com relação à masturbação, observou-se que 54,9% das mulheres do grupo com VVR e 67,2% do grupo-controle não se masturbavam, OR 0,59 e IC de 95% (0,28 a 1,28). Não houve associação entre as variáveis do comportamento sexual e a ocorrência de VVR (Tabela 3).

Frequência e odds ratio das características sexuais de mulheres com VVR e controles

Características da Sexualidade	Grupos		Odds ratio	IC 95%
	VVR n = 51 (%)	Controle n = 61 (%)		
Idade primeira relação sexual				
7-14 anos	6 (11,8)	9 (14,8)	Ref	-
15 a 19 anos	39 (76,5)	38 (62,3)	1,54	(0,50 a 4,74)
> 19 anos	6 (11,8)	14 (22,9)	0,64	(0,16 a 2,63)
Número de parceiros				
7-5	11 (21,6)	12 (19,7)	Ref	-
2 a 4	23 (45,1)	28 (45,9)	0,90	(0,33 a 2,40)
1	17 (33,3)	21 (34,4)	0,88	(0,31 a 2,49)
Relação sexual atualmente				
Sim	47 (92,2)	50 (82,0)	-	-
Não	0	4 (6,5)	-	-
Sem parceiros	4 (7,8)	7 (11,5)	-	-
Número de relação Sexual/mês				
Até 4	11 (23,4)	8 (16,0)	Ref	-
5 a 8	10 (21,3)	10 (20,0)	0,73	(0,21 a 2,57)
9 a 12	9 (19,1)	20 (40,0)	0,33	(0,10 a 1,09)
13 ou mais	17 (36,2)	12 (24,0)	1,03	(0,32 a 3,33)
Troca de parceiros/ônies				
Sim	3 (5,9)	2 (3,3)	Ref	-
Não	48 (94,1)	59 (96,7)	0,54	(0,09 a 3,38)
Relação homossexual				
Sim	1 (2,0)	1 (1,6)	Ref	-
Não	50 (98,0)	60 (98,4)	0,83	(0,05 a 13,66)
Sexo anal*				
Sim	12 (25,5)	9 (16,7)	Ref	-
Não	35 (74,5)	45 (83,3)	0,58	(0,22 a 1,54)
Sexo oral doador*				
Sim	25 (53,2)	22 (40,7)	Ref	-
Não	22 (46,8)	32 (59,3)	0,61	(0,27 a 1,33)
Sexo oral receptor*				
Sim	26 (55,3)	31 (57,4)	Ref	-
Não	21 (44,7)	23 (42,6)	0,92	(0,42 a 2,02)
Masturbação				
Sim	23 (45,1)	20 (32,8)	Ref	-
Não	28 (54,9)	41 (67,2)	0,59	(0,28 a 1,28)

* Somente mulheres que têm parceiros e com relação sexual atualmente.

DISCUSSÃO

Mulheres brancas apresentaram duas vezes mais risco de serem acometidas por VVR quando comparadas às não-brancas, contudo, Giraldo *et al.*⁵ mostraram, em um estudo semelhante, com mulheres assintomáticas, maior prevalência de colonização por *Candida* em mulheres negras, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas. Sobel¹³ encontrou que a candidíase na sua forma simples, é mais comum em mulheres negras. Fica ainda portanto a dúvida se a etnia poderia influir na recorrência da candidíase. Parece à primeira análise que não.

Observou-se, também, que o uso de condom apresentou-se mais associado às VVR que ao grupo-controle (OR 2,44). Supõe-se que o lubrificante do condom ou mesmo o látex poderiam provocar reações alérgicas. As reações alérgicas vaginais podem modificar a resposta imune local, propiciando um meio favorável para o crescimento fúngico e, conseqüentemente, provocando episódios de vulvovaginites.¹⁶ A análise dos métodos anticoncepcionais hormonais mostrou uma maior associação entre o uso de medroxiprogesterona de depósito e o grupo-controle. Tal fato sugere que a ação antiestrogênica dos progestágenos (espessamento do mucocervical, diminuição de receptores celulares para candidíase etc.), diminuiria a chance de uma mulher desenvolver episódios agudos de candidíase.¹⁷ Estudo realizado por Baeten *et al.*¹⁸ sobre contraceptivo hormonal e risco para DST encontrou que mulheres que faziam uso de medroxiprogesterona de depósito tiveram menor risco para vaginose bacteriana (OR 0,7 e IC 0,5 a 0,8) e tricomoníase vaginal (OR 0,6 e IC 0,4 a 1,0). Contudo, sabe-se também que a progesterona em altas doses e por tempo prolongado é altamente imunossupressora.¹⁹ Estes fatos conflitantes dificultam a interpretação dos dados obtidos nesta pesquisa.

O uso do dispositivo intra-uteriano (DIU) não foi associado à VVR neste estudo. Estes resultados diferem dos achados por Giraldo *et al.*, que encontraram uma frequência significativa de VVR em usuárias de DIU, e Ceruti *et al.*, (1994), que observaram associação marcante entre uso do DIU e aumento de vaginose bacteriana. Com relação ao uso de DIU, sabe-se que este está relacionado com o aumento do conteúdo vaginal, favorecendo descarga vaginal contínua.²⁰ Em contrapartida, em outro estudo realizado por Giraldo *et al.*²¹ sobre vulvovaginites em geral (não recorrentes), métodos contraceptivos e hábitos sexuais, não foram encontradas diferenças significativas entre o uso de DIU e infecções genitais. Parece, portanto, que o DIU pode tornar-se um fator de exacerbação do corrimento vaginal, sem estar, contudo, envolvido com a gênese do quadro recorrente.

Mulheres sem antecedentes de gestação foram um achado relevante no grupo com VVR. Na literatura consultada não foram encontrados trabalhos que relacionassem antecedentes gestacionais e VVR. Porém, a gestação e a maternidade são expressões evidentes da condição feminina. Existem mulheres que alcançam estas condições sem maiores dificuldades e outras, talvez por apresentarem conflitos inconscientes com relação à sua feminilidade, evitam a gravidez.²² Pode-se supor que as mulheres com VVR vivenciam conflitos desta natureza, podendo ser este um dos motivos de terem menos gestações.

Apesar da crença popular entre os ginecologistas de que duchas vaginais podem ser nocivas ao ecossistema vaginal, neste estudo as duchas vaginais não aumentaram o risco de

VVR. A literatura é controversa no que diz respeito ao hábito de duchas vaginais, mas a tendência atual é aceitar que este hábito pode ter uma influência relativa, sendo um fator facilitador e não causador de VVR.^{20,23,24} Os outros fatores relacionados com o hábito de higiene pessoal, como lavagem externa, papel higiênico, uso de perfumes não foram determinantes de um risco maior do acometimento de VVR.

Não foi encontrada associação entre uso de absorvente interno ou externo, uso de roupa íntima sintética e ocorrência de VVR. Porém, foi observado que o uso freqüente de calça justa esteve associado à ocorrência de VVR. Este resultado está compatível com o encontrado na literatura,^{2,25} sugerindo que mulheres que já tenham esta predisposição intrínseca de ter VVR, poderiam ter sua situação agravada por falta de aeração local, além do trauma causado pelas roupas justas.

O início da atividade sexual tardia (a partir dos 19 anos) e ter entre nove a 12 relações sexuais por mês, associou-se ao grupo-controle. Supõe-se que o início precoce da atividade sexual predispõe a um maior risco de infecções genitais e DST, até mesmo por maior chance de exposição. Reed¹ identificou a importância da atividade sexual com relação à presença de hifas de cândida nos órgãos genitais feminino/masculino e no esperma, e observou que este é um fator facilitador para a reinfeção da cândida. A literatura é controversa quanto à freqüência de coito como fator de risco para VVR.^{19,26} No presente estudo não foi observada clara associação entre VVR e hábitos do comportamento sexual. Alguns autores¹¹⁻¹³ informam que a prática de sexo oral aumenta o risco para as VVR. Hellburg *et al.*¹² encontraram associação entre prática regular de sexo oral (OR 2,4) e sexo anal (OR 2,4) com episódios de vulvovaginite recorrente. Por outro lado, Otero *et al.*¹⁴ não demonstraram diferenças significativas entre a prática de sexo oral e VVR. As divergências encontradas sobre as diferentes práticas sexuais e a recorrência de vulvovaginite apontam para a necessidade de esclarecer estes achados. Há que se considerar que a boca poderá tornar-se eventualmente um sítio de armazenamento de diversas bactérias e fungos, além de possuir grande quantidade de enzimas (sialidases, amilase salivar) e imunoglobulinas do tipo IgA secretória.

O uso de ducha vaginal, absorvente interno, tipo de vestuário, e as características da sexualidade tais como: número de parceiros e relações sexuais por mês, hábito de sexo oral e anal não foram associados às recorrências, contrariando a literatura preexistente.^{4,11,12,19,23,26}

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o conjunto das características de higiene e de comportamento sexual das mulheres do grupo de estudo não parece interferir com a recorrência de vulvovaginite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GIRALDO PC, RIBEIRO FILHO AD, SIMÕES JA, GOMES FAM, MAGALHÃES J. Vulvovaginites - Aspectos habitualmente não considerados. *J Bras Ginec*, 107:89-93, 1997.
- SOBEL JD. Candidal vulvovaginitis. *Clin Obstet Gynecol*, 36:153-65, 1993.
- ALEIXO NETO A, HAMDAN JS, SOUZA CR. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num Serviço de Planejamento Familiar. *RBGO*, 21:35-8, 1999.
- REED BD. Risk factors for candida vulvovaginitis. *Obstet Gynecol Survey*, 47:551-60, 1992.
- GIRALDO PC. A resposta imune vaginal em mulheres com vulvovaginite recorrente durante a fase assintomática da doença. Campinas, 2000. [Tese - Livre-docência - Universidade Estadual de Campinas].
- SOBEL JD. Pathogenesis and epidemiology of vulvovaginal candidiasis. *Ann NY Acad Sci*, 544:544-7, 1988.
- NIXON S. Vulvovaginitis: the role of patient compliance in treatment success. *Am J Obstet Gynecol*, 165:1207-9, 1991.
- WITKIN SS, GIRALDO PC. Diagnosis, treatment, and prevention of recurrent vaginal candidiasis. *Contemporary OB/GYN*, 44:123-33, 1999.
- GIRALDO PC, RIBEIRO FILHO AD, SIMÕES JA, NEUER A, FEITOSA SB, Witkin, S.S. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis. *Infect Dis Obstet Gynecol*, 7:128-32, 1999.
- WITKIN SS. Immunology of the vagina. *Clin Obstet Gynecol*, 36:122-8, 1993.
- FOXMAN B. Epidemiology of vulvovaginal candidiasis: risk factors. *Am J Public Health*, 80:328-31, 1990.
- HELLBURG D, ZDOLSEK B, NILSSON S, MARDH PA. Sexual behavior in women with repeated bouts of vulvovaginal candidiasis. *Eur J Epidemiol*, 11:575-9, 1995.
- GEIGER AM, FOXMAN B. Risk factors in vulvovaginal candidiasis: a case-control study among college students. *Epidemiology*, 7:182-7, 1996.
- OTERO L, PALACIO V, CARRENO F, MENDEZ FJ, VAZQUEZ F. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. *Int J STD AIDS*, 9:526-30, 1998. PAIVA TCB, GELLER M, COSLOVSKY S. Imunologia na candidíase. *IBM*, 76:232-8, 1999.
- SOBEL JD. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. *Mycoses*, 1(suppl.):129-36, 1998.
- WITKIN SS. Immunologic factors influencing susceptibility to recurrent candidal vaginitis. *Obstet Gynecol Clin*, 34:662-8, 1991.
- HOROWITZ BJ. Mycotic vulvovaginitis: a broad overview. *Am J Obstet Gynecol*, 165(4 part 2):1188, 1991.
- BAETEN JM, NYANGE PM, RICHARDSON BA, LAVREYS L, CHOHAN B, MARTIN HL *et al.* Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*, 185:380-5, 2001.
- SPINILLO A, CARRATA L, PIZZOLI G. Recurrent vulvovaginal candidiasis: results of a cohort study of sexual transmission and intestinal reservoir. *J Reprod Med*, 37:343-7, 1992. STEWART DE, WHELAN CI, FONG IW, TESSLER KM. Psychosocial aspects of chronic, clinically unconfirmed vulvovaginitis. *Obstet Gynecol*, 76:852-6, 1990.
- GIRALDO PC, NOWASKONSKI AV, GOMES FAM, LINHARES I, NEVES N, WITKIN SS. Vaginal colonization by candida in asymptomatic women with and without a history of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Obstet Gynecol*, 95:413-6, 2000.
- GIRALDO PC, BALZAN SN, GONÇALVES AKS, VICENTINI RM, NEVES NA, RIBEIRO-FILHO AD. Vulvovaginitis: Contraceptive methods and sexual habits. *Int J STD & AIDS*, 12(Suppl.2):128-30, 2001.
- LANGER M. Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático. Porto Alegre: Artes Médicas, 266p, 1981.
- LINHARES IM, BAGNOLI VR, HALBE HW. Vaginose bacteriana, candidose e tricomoníase. In: HALBE, H.W. (ed.) Tratado de ginecologia, 4ª ed., São Paulo: Roca; 1994, p.875-93.
- FERNANDES CE, MACHADO RB. Aspectos etiopatogênicos, diagnósticos e terapêuticos da candidíase vaginal. *RBMO*, 7:21-9, 1996.
- TOLOI MRT, CANDIDO RC, FRANCESCHINI SA. Vaginal candidiasis: risk factors. *Rev Chil Cien Méd Biol*, 11:11-4, 2001.
- GEIGER AM, FOXMAN B, GILLESPIE BW. The epidemiology of vulvovaginal candidiasis among university students. *Am J Public Health*, 85:1146-8, 1995.

Endereço para correspondência:

PAULO CÉSAR GIRALDO

Rua Alexandre Flemming, s/no.

Cidade Universitária - Prof. Zeferino Vaz

E-mail: giraldo@unicamp.br

Recebido em: 03/03/2003.

Aprovado em: 07/04/2003.

ESTUDO POPULACIONAL DE PREVALÊNCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* E *NEISSERIA GONORRHOEAE* POR PCR EM URINA DE MULHERES RESIDENTES EM VILA POPULAR ATENDIDA POR SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA EM PORTO ALEGRE, BRASIL

CHLAMYDIA TRACHOMATIS AND *NEISSERIA GONORRHOEAE* PREVALENCE AMONG WOMEN LIVING IN A LOW INCOME NEIGHBORHOOD - A POPULATIONAL SURVEY IN PORTO ALEGRE, BRAZIL

Mauro C. Ramos^{1,2,3,4}, Daniela Becker⁵, Cíntia Germany², Melissa A Sander²
Airton Stein⁶, Ricardo AL Fagundes⁶, Absalom Filgueira⁷, Tania Cestari⁸

RESUMO

Introdução: A vigilância epidemiológica dos agentes causadores das DST é fundamental para o sucesso das atividades de controle. Dados sobre a frequência dos diferentes microorganismos causadores das DST são escassos no Brasil. Mesmo na literatura internacional, muitos dos estudos ditos populacionais usaram diferentes serviços de saúde. **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* e o comportamento de busca de serviços de saúde em mulheres de 15 a 44 anos residentes em vila popular em Porto Alegre. Aferir a aceitabilidade de um teste não-invasivo para inquéritos domiciliares nessa população. **Métodos:** Estudo transversal realizado por um período de quatro meses ao final de 2001 na região atendida por uma Unidade de Saúde Comunitária, prestadora de atenção primária multidisciplinar. As casas e as participantes foram selecionadas de forma aleatória, independente da presença de sintomas de DST. O estudo foi aprovado por um comitê de ética independente. Foi realizada uma entrevista estruturada. Dez a 30 mL de urina (primeiro jato) foram coletados, conservados a -18°C e processados em menos de dois meses. A PCR foi usada para diagnóstico concomitante de infecção. **Resultados:** A infecção por *C. trachomatis* foi encontrada em uma participante, 0,6% (95% IC: 0,0%-3,4%) e a infecção por *N. gonorrhoeae* foi encontrada em igual prevalência. A média de idade das participantes foi de 27,4 e o desvio-padrão de 8,7. Das 161 mulheres, 146 (91%) (95% IC: 85,1%-94,7%) relataram atendimento prévio na UDP e 128 (80%) (95% IC: 72,3%-85,3%) referiram preferir a unidade de saúde local para um eventual tratamento de DST. **Conclusão:** Os agentes foram prevalentes em nossa amostra, ainda que abaixo do esperado. Duas hipóteses podem ser consideradas: 1) a faixa etária mais elevada fez com que mulheres com menor risco (epidemiológico e imunológico) fossem incluídas e 2) o acesso facilitado e a grande cobertura faz com que a prevalência das infecções sob estudo seja menor. Com base nos resultados não se pode indicar o início de programas de triagem nesse tipo de população.

Palavras-chave: doenças sexualmente transmissíveis, Brasil, população, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, triagem

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological surveillance of STDs causing agents is fundamental to the success of control activities. Data on the frequency of different STDs microorganisms are scarce in Brazil. Even in the international literature, many of the referred to as populational studies used different health services. **Objective:** Evaluating the occurrence of *C. trachomatis* and *N. gonorrhoeae*. In women, 15 to 44 years old, who live in a poor neighborhood, in Porto Alegre. Also, the acceptability of a non-invasive test for household surveys and the health seeking behavior were evaluated in this population. **Methods:** A cross-sectional study in a four-month period at the end of 2001. It was performed in the region served by a primary care family health unity (FHU). The houses and the participants were randomly selected, regardless of STDs symptoms presence. The study was approved by an independent ethical committee. A structured interview was performed. Ten to 30 mL of urine (first void) were collected, preserved in -18°C and processed in less than two months. A PCR was used for detecting simultaneous infection diagnosis. **Results:** *C. trachomatis* infection was found in one participant (0,6%) (95% CI: 0,0%-3,4%) and *N. gonorrhoeae* was found in equal prevalence. The average age of the participants was 27,4 (SD of 8,7). Of the 161 women, 146 (91%) (95% CI 85,1%-94,7%) reported having visited the FHU and 128 (80%) (95% CI: 72,3%-85,3%) reported they would prefer to be seen at the local health unit, in case of having an STD. **Conclusion:** The researched agents were prevalent in our sample, even though below expected to this kind of population. Two hypotheses can be considered: 1) a higher average age made women with lower risk (epidemiological and immunologic) overrepresented and 2) easy access to health care and its great coverage makes infection prevalence smaller on the studied population. Based on the results, we cannot suggest the start of screening programs on this kind of population.

Keywords: sexual transmissible diseases, Brazil, population, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, screening

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 15(2):20-25, 2003

INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica dos agentes causadores das doenças sexualmente transmissíveis (DST) é fundamental para o sucesso das atividades de controle. Dados sobre a frequência desses microorganismos são escassos no Brasil. Poucos são os estudos de prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em nosso país.² Dados epidemiológicos nacionais não são consistentes ou comparáveis. Não obstante, a factibilidade e o alto rendimento das TADNA, a realização de

¹ Programa de Doutorado em Dermatologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro

² Instituto Porto Alegre da Rede Metodista de Educação

³ Centro de Estudos de AIDS/DST do Rio Grande do Sul, Brasil

⁴ Center for AIDS Prevention Studies, University of California, San Francisco, California, USA

⁵ Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

⁶ Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre

⁷ Departamento de Dermatologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro

⁸ Departamento de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

tratamento epidemiológico dos pacientes com sintomas de DST, de acordo com as normas da CNDST/aids do Ministério de Saúde e outras instituições internacionais de saúde, traz o benefício imediato da cura. A demora em instituir o tratamento, mesmo para obtenção de um diagnóstico definitivo, é indesejável, aumentando o risco de complicações e a possibilidade de transmissão a parceiros sexuais dos portadores de IST.³ O atendimento no setor informal e na rede privada de saúde não provê notificações para fins de vigilância epidemiológica e a notificação na rede pública é inconsistente.⁴ Segundo estimativas da Coordenação Nacional de DST/aids (CN-DST/aids), a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) no país em 2001 foi de 30,4 milhões de casos, dos quais 600 mil foram casos de gonorréia e 1,6 milhões foram casos de infecção por clamídia.⁵ Esses dados são coerentes com as estimativas mundiais de IST curáveis realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consideram a ocorrência de 340 milhões de IST curáveis em 1999. Desse total, 62 milhões foram casos de gonorréia e 92 milhões, casos de infecção por clamídia.⁶

A magnitude das IST varia em diferentes países, em diferentes regiões de um mesmo país e mesmo em diferentes populações de uma mesma localidade.⁶ A prevalência tende a ser maior nos países pobres e nas populações desassistidas das grandes áreas urbanas, em especial nas situações que aumentam a vulnerabilidade social como guerras, grandes migrações, desemprego ou ocupações que obrigam homens a permanecer muito tempo longe do lar, comércio sexual e abuso de drogas. A iniciação sexual precoce, variação de parceria sexual e relações sexuais desprotegidas são as situações de risco mais importantes.⁷

As conseqüências da infecção por *C. trachomatis* e por *N. gonorrhoeae* têm maior impacto sobre as mulheres, podendo ser assintomática em até 80% dos casos.⁸ A infecção ascendente do trato genital feminino pode levar a endometrite, salpingite, abscessos tuboováricos e peritonites com gravidade variável, podendo levar à morte.¹⁰ Mais freqüentemente, resulta em dor pélvica crônica, infertilidade e/ou esterilidade, sendo esta a principal causa de dano à saúde reprodutiva nos países pobres.⁸ Outra conseqüência é a disfunção tubária, que pode levar à gravidez ectópica, principal causa de morte materna até o terceiro trimestre.¹¹ Podem ocorrer, ainda, prematuridade, ruptura prematura de membranas, infecção ocular e pneumonia no recém-nascido.¹² Nos homens as complicações são menos freqüentes, podendo ocorrer orquitepididimite, estreitamento uretral, com ou sem redução da fertilidade.¹³ A artrite gonocócica, conjuntivite ou panoftalmia gonocócica em adultos podem trazer dano funcional permanente¹⁴ e a gonococemia disseminada, com ou sem suas manifestações dermatológicas, pode ser grave.¹⁵

Essas infecções, no entanto, são preveníveis e/ou tratáveis e o prognóstico depende da precocidade da instituição do tratamento.¹⁵ A importância da gonorréia e da infecção por clamídia aumentou muito por serem facilitadoras da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).¹⁶

Apesar de ser prática corrente em países ricos,^{17,18} a realização de triagem (*screening*) para detecção de casos assintomáticos de infecção por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*

não está incluída na política de controle de DST de muitos países. O manual de controle de DST da CNDST/aids do Ministério de Saúde publicado em 1999 não faz menção a esse tipo de procedimento.⁴

O objetivo principal do presente estudo é avaliar a ocorrência de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres residentes em vila popular atendida por serviço de saúde comunitária na cidade Porto Alegre. Objetiva, ainda, avaliar elementos do comportamento de busca de serviços de atendimento a pessoas com DST e aferir a aceitabilidade de um teste não-invasivo para inquéritos domiciliares.

MÉTODOS

Local do estudo: área geográfica atendida pela Unidade Divina Providência (UDP) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). O SSC-GHC provê atenção primária à saúde em uma área que abrange aproximadamente 120.000 pessoas. Esses atendimentos são prestados por equipes multidisciplinares e envolvem consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e internações em unidade específica em um hospital de nível terciário. Suas unidades possuem áreas geográficas de atuação delimitadas em cinco a seis quarteirões. Os registros médicos são feitos em prontuários de família. A população da unidade estudada - UDP - é composta de famílias de média baixa e baixa renda, totalizando um universo de aproximadamente 6.000 indivíduos nas diversas faixas etárias.¹⁹

Delineamento: trata-se de um estudo transversal.

Recrutamento e procedimentos amostrais: ruas incluídas na área de abrangência da UDP foram estudadas. Uma vez na rua a ser estudada, um sorteio era realizado para eleger a primeira residência. A partir desta, sob a forma de amostragem sistemática,²⁰ toda a terceira residência foi abordada. Em caso de se tratar de uma residência desabitada ou na qual não residissem mulheres, a residência imediatamente à direita era visitada. Caso a residência abrigasse mais de uma mulher na faixa etária de 15 a 44 anos, uma amostragem aleatória simples era realizada para identificar a pessoa a ser convidada. Caso a mulher sorteada não se encontrasse em casa, uma nova visita era então agendada. Foram incluídas mulheres entre 15 e 44 anos de idade que residiam na região anteriormente descrita e que aceitaram participar na pesquisa. Foram excluídas aquelas mulheres que se recusaram a participar ou apresentavam problemas para a compreensão do consentimento livre e esclarecido ou do questionário. As mulheres que negassem início da atividade sexual não foram excluídas *a priori*, uma vez que esse procedimento revelaria à comunidade aquelas que tinham iniciado vida sexual - visando, assim, evitar problemas de quebra de sigilo, em especial no caso de adolescentes que ainda residiam com os pais.

Medidas e instrumentos: entrevistas estruturadas foram aplicadas por profissionais de saúde treinados. Muitas vezes, as residências não apresentavam condições adequadas de privacidade e locais mais afastados eram identificados para realização da entrevista, como o pátio ou a frente da residência. Como variáveis de predição, foram coletadas características sociodemográficas; história reprodutiva e sexual; dados sobre aspectos relacionados com a busca de serviços de saúde;

crenças e práticas quanto a serviços de atenção a pessoas com DST. Como variáveis de desfecho, foi considerada a presença ou ausência das infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*, estabelecida pela reação em cadeia por polimerase (PCR).

Métodos de laboratório: uma amostra de dez a 30 mL de primeiro jato urinário foi coletada em um frasco plástico estéril e sem conservantes. Foi recomendado que não houvesse higienização genital e que um período mínimo de duas horas sem micção fosse respeitado. Fechados, os frascos foram imediatamente etiquetados, colocados em um pequeno saco plástico e refrigerados (2°C a 8°C) em menos de duas horas. As amostras não processadas em um prazo máximo de uma semana foram congeladas a -18°C para processamento em período sempre menor do que 60 dias. As amostras foram analisadas em sistema semi-automatizado denominado COBAS Amplicor® CT/NG (Roche Diagnostics®, Branchburg, EUA) para detecção qualitativa simultânea *in vitro* de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*, conforme as instruções do fabricante.²¹ A cada rodada da técnica, foram incluídos controles externos com DNA sintético não-infectante dos dois agentes infecciosos. Também, em cada amostra, foi realizada uma reação de co-amplificação, servindo de controle interno de reação. Durante o processamento do material, houve adesão às normas padronizadas de biossegurança e foram observados os cuidados para evitar a contaminação cruzada das amostras.

Métodos estatísticos e análise: a entrada, a validação e a análise de dados foram realizadas com o uso do pacote estatístico EPIINFO versão 6.01b. Os principais resultados foram apresentados sob a forma de análise univariada por estatística descritiva acompanhada de seus intervalos de confiança (IC).²²

Aspectos éticos: o projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do GHC. Apesar de poder ter gerado certa preocupação às entrevistadas, a coleta de amostras não gerou risco adicional às participantes do estudo. Os resultados dos testes foram disponibilizados às participantes e também aos médicos assistentes. Aconselhamento e tratamento foram oferecidos às participantes, quando necessário.

RESULTADOS

Ao todo duzentas mulheres foram convidadas a participar e seis (3%) delas preferiram não fazê-lo. Doze amostras apresentaram controle interno negativo, tendo sido possível obter nova amostra em seis casos. As seis restantes não foram localizadas, a despeito de repetidas visitas domiciliares. Nove mulheres, apesar de terem respondido à entrevista, não forneceram amostra de urina. Dezoito participantes foram excluídas *a posteriori*, por não terem iniciado sua vida sexual. Ainda assim, suas amostras foram processadas com resultado negativo para os agentes pesquisados. Ocorreu, portanto, uma perda de 39 (19,5%) participantes e, efetivamente, dados de 161 mulheres foram incluídos na análise. O número de mulheres elegíveis por residência visitada variou de um a quatro, sendo que a média foi de 1,4. O número de pessoas por domicílio variou de um a 13, com uma média de 4,2 pessoas por residência. Dados demográficos das participantes são apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Dados demográficos e elementos da história sexual de mulheres residentes em vila popular atendidas por unidade de saúde comunitária na cidade de Porto Alegre, Brasil, 2002*
UDP – Unidade Divina Providência

VARIÁVEIS	NÚMERO DE PACIENTES (%)
Idade (média ± SD, anos)	27,4 (8,7)
Grupo etário	
10 – 19	22 (13,7)
20 – 29	73 (45,3)
30 – 39	47 (29,2)
40 – 49	19 (11,8)
Cor	
Branca	92 (57,1)
Negra	47 (29,2)
Parda	21 (13)
Indígena	1 (0,6)
Ocupação	
Donas de casa	81 (49)
Estudantes	34 (20)
Técnico, Comércio	25 (15)
Serviços gerais	12 (7)
Desempregadas	8 (5)
Profissional nível superior	1 (0,6)
Renda familiar em salários mínimos (~ US\$102,00)	
0 -----1 2	79 (48)
2 -----1 4	57 (34)
4 -----1 6	14 (8)
6 -----1 12	11 (7)
História sexual	
Início da atividade sexual (média, mediana, moda)	(16,7; 18; 17)
Parceiros sexuais por vida (média, mediana, moda)	(5,8; 2; 1)
Sexo exclusivamente com homens	156 (97%)
Sexo com os homens e mulheres	4 (2,4%)
Sexo exclusivamente com mulheres	1 (0,6%)

A infecção por *C. trachomatis* foi encontrada em uma participante (0,6%) (95% IC: 0,0%-3,4%) e por *N. gonorrhoeae* foi encontrada em igual prevalência. Não foi encontrada co-infecção. Obtiveram-se novas amostras das pacientes com reações positivas para fins de definição de tratamento individual. A análise da amostra que anteriormente apresentou positividade para o DNA de clamídia confirmou o resultado positivo. O mesmo não ocorreu com relação à amostra anteriormente positiva para gonococo.

Das 161 mulheres, 146 (91%) (95% IC: 85,1% a 94,7%) relataram atendimento prévio na UDP e 128 (80%) (95% IC: 72,3% - 85,3%) referiram preferir a unidade de saúde local para o eventual tratamento de DST. O exame preventivo do câncer de colo do útero foi realizado por 138 (95%) delas, sendo que o período decorrido desde o último exame citopatológico foi muito variável. Entre as mulheres que o fizeram, 55% o fizeram durante os últimos 12 meses e 12% o fizeram de 13 a 36 meses. Nove mulheres (6%) sabiam-se grávidas no momento da entrevista. Sesenta e oito por cento da amostra referiu, ainda, fazer uso de algum método anticoncepcional. Entre as que informaram fazer uso de algum contraceptivo, o mais comumente informado foi o uso de anticoncepcional oral (49%), seguido do uso de pre-

servativo (23%), anticoncepcional oral associado a preservativo (17%), ligadura tubária (5%), dispositivo intra-uterino (2%), vasectomia (2%) e tabela (1%).

Quanto à presença de sintomas geniturinários, estes foram referidos da seguinte forma: corrimento vaginal em 46 (27%); prurido genital em 26 (17%); ferida genital em 2 (0,6%).

A idade de início da atividade sexual variou de oito a 25 anos, com uma média de 16,7 anos, mediana e moda de 17 anos. Entre todas as participantes, 156 (97%) referiram ter atividade sexual só com homens, uma (0,6%) exclusivamente com mulheres e quatro (2,4%) com pessoas de ambos os sexos. Quando considerado o tipo de relacionamento, 129 (80%) mulheres referiram ter companheiro fixo por um período que variou de um a 32 anos, com uma média de 8,4 anos. Vinte e duas delas informaram ter companheiro fixo por menos de um ano. Oito (5%) participantes referiram que o companheiro tinha corrimento uretral, sendo que duas delas usavam preservativo consistentemente – nenhuma destas, no entanto, apresentou PCR positiva para *C. trachomatis* ou para *N. gonorrhoeae*. Nove (7%) das mulheres com companheiro fixo informaram terem relações com outras pessoas. Ao serem perguntadas a respeito de quantos parceiros sexuais tiveram na vida, o número variou de um a 200, com uma média de 5,8 parceiros por vida. Oitenta e cinco por cento das pacientes referiram já terem tido relações sexuais com uso de preservativo. Trinta por cento delas (41) referiram usar sempre com o companheiro e 34% (46) às vezes. Entre as 33 mulheres que informaram ter relações com parceria eventual, 58% (19) referiram usar preservativo sempre e 27% (9) às vezes.

Quanto à história e conhecimento sobre DST, 75% da amostra já ouviram falar de verrugas genitais ou manifestações da infecção por HPV (papilomavírus humano) e 9% referiram tê-las apresentado; 94% já ouviram falar de gonorréia e 3% referiram tê-la apresentado; 87% já ouviram falar de sífilis e 3% referiram tê-la apresentado.

Noventa e três pacientes (58%) referiram ter realizado previamente o exame para detecção de anticorpos anti-HIV. Aproximadamente 35% o realizaram apenas uma vez e 55%, de duas a três vezes. Quarenta e oito por cento das pacientes que realizaram o exame o fizeram no último ano. Das 93 pacientes que realizaram o teste, 89 (96%) referiram conhecer o resultado. Aproximadamente 5% destas (quatro participantes) se sabiam soropositivas para o HIV.

O presente estudo avaliou, ainda, aspectos do comportamento de busca de serviços de saúde para atendimento de DST. Os principais elementos encontram-se descritos na Tabela 2. Quando perguntado sobre onde consultariam por sintomas de DST, 128 (80%) (95% IC: 72,3%-85,3%) participantes referiram preferir a UDP. Se excluídas as 20 mulheres que consultariam em serviços de convênios ou médicos particulares, das 141 mulheres restantes, 91% responderam que procurariam a UDP. Entre estas, as razões mais frequentemente citadas para isso foram: confiança na qualidade do cuidado oferecido em 39 (31%) mulheres; a proximidade do serviço em 47 (37%); e a existência de um prontuário de família em 26 (20%). Apenas 5,5% citaram que o posto representava o único recurso disponível. As que preferiram o hospital justificaram essa resposta por apresentarem mais confiança (quatro mulheres), ser um serviço especializado em ginecologia (três mulheres) e outras causas menos frequentes (três mulheres).

Tabela 2 – Aspectos do comportamento de busca de serviços de saúde para atendimento de DST em mulheres residentes em vila popular atendida por unidade de saúde comunitária na cidade de Porto Alegre, 2002

Onde consultaria se tivesse algum sintoma de DST (n=161)	
Variáveis	N (%)
UDP*	128 (80,5)
Serviço de convênio	17 (10,6)
Hospital	10 (6,2)
Outro posto de saúde	3 (1,9)
Médico particular	3 (1,9)
Total	161 (100,0)
Porque prefere a UDP (n=128)	
Confiança	39 (30,5)
Proximidade	47 (36,7)
Prontuário	26 (20,3)
Único recurso	7 (5,5)
Acessibilidade	4 (3,1)
Facilidade de marcação	3 (2,3)
Prevenção	1 (0,8)
Equipamento	1 (0,8)

UDP – Unidade Divina Providência

CONCLUSÃO

Nosso estudo documentou a ocorrência de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* na amostra estudada de mulheres residentes em uma vila popular na cidade de Porto Alegre. O pequeno número de indivíduos positivos limita a análise comparativa entre diferentes subgrupos e o estabelecimento de fatores de risco. A prevalência, quando comparada a outros estudos populacionais em diferentes localidades, encontra-se abaixo do esperado.^{23,28} Duas hipóteses podem ser consideradas para explicar esse fato. A inclusão de mulheres de uma faixa etária mais elevada fez com que mulheres com menor risco fossem incluídas. É sabido que, com o aumento da idade, as mulheres têm menor risco de aquisição de infecção por *C. trachomatis*. As razões para esse fato não são bem conhecidas, estando relacionadas com aspectos comportamentais e imunológicos.⁹ Como segunda hipótese, pode ser considerada a de que a qualidade do cuidado oferecido pela UDP e a facilidade de acesso à consulta médica fazem com que os índices de infecção sejam menores.

Para esclarecer o papel da acessibilidade sobre a prevalência das infecções estudadas, seria importante a realização de estudos populacionais em outras comunidades semelhantes com acesso mais limitado aos serviços de saúde. A factibilidade de tais estudos é, no entanto, muito menor. O distanciamento entre os profissionais pesquisadores e a população, muito possivelmente, seria um fator limitante na interação com a comunidade. Aspectos de segurança física dos pesquisado-

res de campo não devem ser esquecidos, uma vez que enfrentam situações em que a violência urbana é um fato comum.

O presente estudo identificou, ainda, a factibilidade da metodologia de um teste de urina em inquéritos domiciliares. Esse achado reforça a impressão de outros autores que consideraram a ausência de invasão como fundamental para a excelente aceitabilidade de algumas formas de coleta dos testes de amplificação de DNA. Isto foi descrito com o uso de urina de primeiro jato, tampões vaginais e *swabs* vaginais.²⁹⁻³¹ Em nossa amostra foram identificados inibidores que prejudicam a reação de amplificação e resultam em controles internos negativos. Fato esse que deve ser considerado quando do desenho de estudos e mesmo quando os testes de amplificação de DNA forem usados para diagnóstico individual no cuidado de pacientes. Independente da aceitabilidade dos testes não-invasivos, consideramos que a presença de uma profissional de saúde residente na própria vila, identificada pela comunidade como prestadora de bons serviços, foi fundamental para a realização do trabalho.

Outra informação interessante foi a de que a grande maioria das pacientes já havia feito uso de preservativo. Entre as que referiram ter companheiro fixo, no entanto, apenas um terço informou fazê-lo de forma consistente. Afortunadamente, entre as que referiram relações eventuais, dois terços referiram uso consistente e um terço eventual. Temos, ainda, que levar em conta o fato de que referir o uso de preservativos é uma resposta socialmente mais aceitável e existe a possibilidade de viés de informação em direção a uma prática mais cuidadosa. O presente estudo revelou ainda que o HIV é um importante problema de saúde pública nessa amostra. Aproximadamente uma a cada 20 mulheres que realizaram o teste e conheciam seu resultado declararam-se positiva. Essa é uma estimativa conservadora, uma vez que muitas não o fizeram - algumas não conhecem o resultado e, talvez, haja omissão de informações pelo receio de quebra de sigilo e/ou atitude preconceituosa. É uma importante informação complementar que gera necessidade de adequação dos serviços de saúde para assistência das IST em um contexto de significativa prevalência do HIV.

Vários estudos demonstraram que programas de triagem da infecção por *C. trachomatis* têm uma excelente relação custo-efetividade,^{17,32} tendo demonstrado redução de eventos graves (e.g., gravidez ectópica) e significativa economia. Uma vez que os recursos financeiros, de infra-estrutura ou de pessoal treinado, necessários para a implementação desses programas, não estão facilmente disponíveis, com base nos resultados do presente estudo não se sugere a realização de programas de triagem em populações semelhantes à da nossa amostra.

Por fim, apesar de vários estudos apontarem estratégias de triagem como sendo de excelente relação custo-benefício, deve ser lembrado o elevado custo dos testes de amplificação de DNA, em especial para países pobres.³³ O uso de técnicas automatizadas tem a vantagem da realização de um grande volume de exames em pouco tempo. Deve-se, no entanto, considerar também a situação de dependência tecnológica que se estabelece com o uso dos testes comerciais. Existem, no entanto, formas de contornar esses problemas com estratégias, como o uso de técnicas *in house* (com insumos desenvolvidos no próprio laboratório)³⁴ e de *pooling*

(leitura de várias amostras agregadas como um único espécime).³⁵ Acredita-se, com isso, poder proporcionar um custo mais baixo, com diagnóstico mais precoce, redução de complicações e quebra da cadeia de transmissão. Estender-se-ia, assim, a tecnologia de saúde existente a comunidades que atualmente dela não se beneficiam.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Grupo Hospitalar Conceição com seu Grupo de Ensino e Pesquisa e seu Serviço de Saúde Comunitária e aos profissionais da Unidade de Saúde Comunitária Divina Providência, em especial, agradecemos à Técnica de Enfermagem Ronilda Ferraz de Souza e à Psicóloga Vera Pazini. Agradecemos, ainda, ao Dr. Sotero S. Mengue, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela colaboração na análise de dados, ao Laboratório Central de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Instituto de Pesquisas Biológicas), onde os testes de PCR foram realizados e à Política de Controle de DST/aids da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pelo financiamento parcial deste estudo. Por fim, agradecemos aos participantes deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CATCHPOLE M. The role of epidemiology and surveillance systems in the control of sexually transmitted diseases. *Genitourinary Medicine*. 72(5):321-29, 1996.
- MIRANDA A, PASSOS M,GADELHA A. Impacto da infecção pela *Chlamydia trachomatis* na saúde reprodutiva. *Rev Bras DST* no prelo.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3a ed. Brasília; 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Manual para vigilância das DST. MOHERDAUI F. Estimativas de prevalência de infecções de transmissão sexual na população brasileira sexualmente ativa [*Sexually transmitted infections estimates in brazilian sexually active population*]. In. Brasília: Ministério de Saúde do Brasil; 2001(unfinished report).
- WHO. Global prevalence and incidence of curable sexually transmitted infections, overview and estimates. Geneva; 2001.
- HOLMES KK DPCM. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Uma prioridade de saúde pública. In: Dallabetta G LMLP, editor. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 1a Ed ed. São Paulo: Editora Te Corá; p. 324, 1997.
- BARLOW R, COOKE I, ODUKOYA O, HEATLEY M, JENKINS J, NARAYANSINGH G et al. The prevalence of *Chlamydia trachomatis* in fresh tissue specimens from patients with ectopic pregnancy or tubal factor infertility as determined by PCR and in-situ hybridisation. *J Med Microbiol*. 50(10):902-8, 2001.
- BLACK C. Current Methods of Laboratory Diagnosis of *Chlamydia trachomatis* Infections. *Clin Microbiol Rev*.10(1):160-84, 1997.
- CDC. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 51(RR06):1-80, 2002.
- JONES C, KNAUP R, HAYES M, STONER B. Urine screening for gonococcal and chlamydial infections at community-based organizations in a high-morbidity area. *Sex Transm Dis*. 27(3):146-51, 2000.
- LOW N, STERNE J, BARLOW D. Inequalities in rates of gonorrhoea and chlamydia between black ethnic groups in south east London: cross sectional study. *Sex Transm Infect*. 77(1):15-20, 2001.
- FEINGOLD D, PEACOCKE M. Gonorrhoea. In: Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen K, Fitzpatrick T, editors. *Dermatology in General Medicine*. Fifth ed. New York: McGraw - Hill. p. 2598-603, 1999.
- Cucurull E, Espinoza L. Infectious arthritis, Gonococcal arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 24(2):306-23, 1998.
- AMARAL E. Current approach to STD management in women. *Int J Gynaecol Obstet*. 63 Suppl 1:S183-9, 1998.
- WASSERHEIT J. Epidemiologic synergy: Interrelationship between HIV and other STDs. *Sex Transm Dis* 1992 19:61-77.

17. WELTE R, KRETZSCHMAR M, LEIDL R, VAN DHA, JAGER J, POSTMA M. Cost-effectiveness of screening programs for *Chlamydia trachomatis*: a population-based dynamic approach. *Sex Transm Dis.* 27(9):518-29, 2000.
18. EGGER M, LOW N, SMITH G, LINDBLOM B, HERMANN B. Screening for chlamydial infections and the risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden. *BMJ.* 316:1776-80, 1998.
19. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População Brasileira. *Brazilian Population Estimative*. In: Brasília, Brasil: IBGE; 2000.
20. PEREIRA M. Modo de escolha de amostras aleatórias. In: S.A. GK, editor. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro, p. 344-5, 2000.
21. ROCHE DIAGNOSTICS SYSTEMS INC. Insert of AmpliCor *Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae*. *Cobas Amplicor PCR Test*. Mississauga, Ontario, 1996.
22. DEAN A, COLOUMBIER D, BRENDEN K, DICKER R, SULLIVAN K, FAGAN R *et al*. Epi Info, Version 6: a word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta, USA; 1994.
23. GERBASE A, ROWLEY J, HEYMANN D, BERKLEY S, PIOT P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect.* 74 Suppl 1:S12-6, 1998.
24. TIWARA S, PASSEY M, CLEGG A, MGONE C, LUPIWA S, SUVE N, *et al*. High prevalence of trichomonal vaginitis and chlamydial cervicitis among a rural population in the highlands of Papua New Guinea. *PNG Med J.* 39(3):234-8, 1996.
25. KLOUMAN E, MASENGA E, SAM N, KLEPP K. Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in a population-based and work-site based sample of men in Kilimanjaro, Tanzania. *Int J STD AIDS.* 11(10):666-74, 2000.
26. KACENA K, DOHNAL K, BENESOVA V, GRIVNA M, DELIOPOLU J, TRYZNA R, *et al*. Chlamydia, gonorrhoea, and HIV-1 prevalence among five populations of women in the Czech and Slovak Republics. *Sex Transm Dis.* 28(6):356-62, 2001.
27. KLAUSNER J, MCFARLAND W, BOLAN G, HERNANDEZ M, MOLLITOR F, LEMP G *et al*. Knock-knock: a population-based survey of risk behavior, health care access, and *Chlamydia trachomatis* infection among low-income women in the San Francisco Bay area. *J Infect Dis.* 183(7):1087-92, 2001.
28. WATSON E, TEMPLETON A, RUSSELL I, PAAVONEN J, MARDH P, STARY A. The accuracy and efficacy of screening tests for *Chlamydia trachomatis*: a systematic review. *J Med Microbiol.* 51:1021-31, 2002.
29. TABRIZI S, PATERSON B, FAIRLEY C, BOWDEN F, GARLAND S. A self-administered technique for the detection of sexually transmitted diseases in remote communities. *J Infect Dis.* 176(1):289-92, 1997.
30. BLACK C, MORSE S. The Use of Molecular Techniques for the Diagnosis and Epidemiologic Study of Sexually Transmitted Infections [Record Supplied By Publisher]. *Curr Infect Dis Rep.* 2(1):31-43, 2000.
31. POULIN C, ALARY M, BERNIER F, CARBONNEAU D, BOILY M, JOLY J. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* among at-risk women, young sex workers, and street youth attending community organizations in Quebec City, Canada. *Sex Transm Dis.* 28(8):437-43, 2001.
32. VAN VALKENGOED I, POSTMA M, MORRÉ S, VAN DBA, MEIJER C, BOUTER L, *et al*. Cost effectiveness analysis of a population based screening programme for asymptomatic *Chlamydia trachomatis* infections in women by means of home obtained urine specimens. *Sex Transm Infect.* 77(4):276-82, 2001.
33. RAMOS M, BECKER D, PERIN M, MALHEIRO A, RITTER A, GYRÃO N *et al*. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in urine samples of men with urethritis by PCR in a public STD clinic in Porto Alegre, Brasil. *Int J STD aids*. Aceito para publicação.
34. SHATTOCK R, PATRIZIO C, SIMMONDS P, SUTHERLAND S. Detection of *Chlamydia trachomatis* in genital swabs: comparison of commercial and in house amplification methods with culture. *Sex Transm Infect.* 74(4):289-93, 1998.
35. MORRÉ S, MEIJER C, MUNK C, KRUGER-KJAER S, WINTHER J, JORGENSENS H *et al*. Pooling of urine specimens for detection of asymptomatic *Chlamydia trachomatis* infections by PCR in a low-prevalence population: cost-saving strategy for epidemiological studies and screening programs. *J Clin Microbiol.* 38(4):1679-80, 2000.

Endereço para Correspondência:**MAURO CUNHA RAMOS, MD, MPH**

Av. Goethe, 111 - 90430-100 - Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: dermauro@goethe111.com.br

Recebido em: 12/12/2002.

Aprovado em: 30/03/2003.

**É preciso assumir o desafio de ELIMINAR
a SÍFILIS CONGÊNITA até 2010.**

Nós da SBDST já assumimos esse compromisso.

E VOCÊ?

PERFIL DAS MULHERES COM PROCESSO INFLAMATÓRIO POR CANDIDA EM RESULTADOS DE COLPOCITOLOGIA ONCOLÓGICA NUMA CLÍNICA DE DST

PROFILE OF WOMEN WITH INFLAMMATORY PROCESS BY CANDIDA BY PAP SMEAR IN DST CLINIC

Aléa MC Bastos¹, Renato S Bravo², Rubem A Goulart Filho³,
Tomaz B Isolan⁴, Nero A Barreto⁵

RESUMO

Introdução: Candidíase vulvovaginal (CVV) é doença infecciosa causada por fungo do gênero *Candida*. A espécie *albicans* é responsável por mais de 90% das CVV. Considera-se que mais de dois terços das mulheres do mundo terão pelo menos um episódio de CVV ao longo de suas vidas. **Objetivos:** Conhecer a frequência de processo inflamatório por *Candida* em resultados de colpocitologia oncológica numa clínica de DST. Estabelecer o perfil das mulheres com resultados positivos para *Candida* em exame de preventivo. Determinar a associação de infecções vaginais encontradas por meio de exame colpocitológico. **Métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo de casos positivos para *Candida*, diagnosticados a partir de exames de colpocitologia oncológica, colhidos em mulheres atendidas no Setor de DST – UFF no ano de 1995. **Resultados:** Dos 572 preventivos realizados, a positividade para *Candida* ocorreu em 49 (8,6%) casos. A associação de *Candida* e vaginose bacteriana foi de 0,3%. Com tricomoníase foi de 0,5%. O achado de *Candida* na microscopia a fresco foi de 77,6% do total das lâminas positivas na colpocitologia corada. Quarenta mulheres (81,6%) aceitaram realizar os exames sorológicos para sífilis sendo todos os resultados negativos. **Conclusão:** O perfil de mulheres com processo inflamatório por *Candida* na colpocitologia foi de: jovens (entre 21-30 anos), solteiras, pardas, com baixo nível de escolaridade, baixa paridade (gesta II), início da atividade sexual entre 16 e 20 anos, não usam método contraceptivo nem usam rotineiramente preservativo, são heterossexuais, com parceiro fixo e exclusivo, praticam o coito oral, têm orgasmo e no histórico progresso de DST a infecção pelo HPV é a mais citada. Não se justificam associações medicamentosas a produtos vaginais, pois as co-infecções de *Candida*, VB e tricomoníase são extremamente raras.

Palavras-chave: candidíase vulvovaginal, colpocitologia, vaginite

ABSTRACT

INTRODUCTION: Vulvovaginal candidiasis (VVC) is an infectious disease caused by a fungus of the *Candida* generous. The species *albicans* is responsible for more than 90% of the VVC. It is considered that more than two thirds of the women in the world will have at least one episode of VVC during their lifetime. **Objectives:** Knowing the frequency of inflammatory process caused by *Candida* in results of Pap smear in a DST clinic. Establish the profile of women with positive results for *Candida* in preventive exam. Determine the association of vaginal infection found by Pap smear. **Methods:** Treats about the retrospective positive cases for *Candida*, diagnosed from Pap smear, colleted in women assisted in the UFF-STD Sector in 1995. **Results:** From 572 preventives realized, the positivity for *Candida* accured in 49 (8,6%) of the cases. The association between *Candida* and bacterial vaginosis was 0,3% and between *Candida* and trichomoniasis was 0,5%. The found of *Candida* in fresco microscopy was 77,6% of all positive lamina in the stained Pap smear. Forty women (81,6%) accepted realizing the serological exams for syphilis, and all the results were negative. **Conclusion:** The profile of the women with inflammatory process caused by *Candida* in the PAP smear was young people (between 21-30 years), singles, pard, with low scholarship level, low parity (gestation II), first sexual activity between 16-20 years, who don't use contraceptive methods nor use regularly condoms, are heterosexual, with fixed and exclusive partner, practice oral sex, have orgasm and in the historical progress of STD, the infection for HPV is the most mention. Medicine associations are not justified for vaginal products because coinfections of *Candida*, bacterial vaginosis and trichomoniasis are extremely rare.

Keywords: vulvovaginal candidiasis, pap smear, vaginitis

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 15(2):26-38, 2003

INTRODUÇÃO

A candidíase vulvovaginal (CVV) é doença inflamatória causada por leveduras patogênicas. O gênero *Candida* apresenta diversas espécies, porém a *Candida albicans* é a responsável por cerca de 90% das infecções humanas.

Apesar de ser isolado de uma variedade de aves e animais, a *C.albicans* existe primariamente como comensal no homem. É um fungo dimórfico, Gram-positivo, que apresenta proliferação

tanto em levedo como filamentososa. Os microorganismos crescem tanto nas superfícies, como em líquidos biológicos, produzindo uma forma leveduróide com brotamentos ovais.

Estima-se que três quartos de todas as mulheres adultas no mundo serão acometidas de candidíase vaginal em alguma época de suas vidas, sendo muitas vezes recorrente. A colonização vaginal por *Candida albicans* é comum em mulheres no menacme, e em metade das mulheres é encontrado como habitante da microbiota normal da vagina.

Os sintomas vulvovaginais crônicos são relativamente comuns e podem ser frustrantes para pacientes e médicos.

Os fatores predisponentes podem ser considerados elementos importantes na patogênese da infecção. Dentre eles, o uso de antibióticos suprimindo a microbiota bacteriana vaginal normal tornando-a patogênica; o uso de contraceptivos orais com elevada concentração de estrogênio predispondo ao

¹ Mestre em DST, Setor de DST (MIP/CMB/CCM) da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ

² Professor Doutor, Disciplina de Ginecologia da UFF

³ Mestre em DST, Setor de DST da UFF

⁴ Professor Mestre da Disciplina de Urologia da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS - Mestre em DST - UFF

⁵ Professor Mestre-Doutorando, Setor de DST da UFF

desenvolvimento de *cândida*; a gravidez; o *diabetes mellitus* descompensado; a imunossupressão; o uso de roupas sintéticas ou apertadas diminuindo a ventilação vulvar; a deficiência de ferro e zinco e a quantidade anormal de lactobacilos na vaginite recorrente são considerados os principais incrementadores da CVV.

A transmissão por via sexual não é aceita como dado importante, embora alguns parceiros de mulheres com CVV apresentem balanite fúngica.

A recidiva ou reinfecção de candidíase vaginal ocorre em cerca de 25% das mulheres. Isto provavelmente se deve à permanência de fatores predisponentes, à contaminação a partir do sistema gastrointestinal e a partir do parceiro sexual não-tratado, ao tratamento insuficiente ou inadequado, diagnóstico errado e resistência de algumas espécies de *cândida* aos antifúngicos disponíveis no mercado para tratamento.

OBJETIVOS

- Conhecer a frequência de processo inflamatório por *cândida* em resultados de colpocitologia oncológica numa clínica de DST.

- Estabelecer o perfil das mulheres com resultados positivos para *cândida* em exame de preventivo numa clínica de DST.

- Determinar a associação de infecções vaginais encontradas por meio de exame colpocitológico.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo dos casos de positividade para *cândida*, diagnosticados a partir de exames de colpocitologia corada, colhidos em mulheres atendidas no Setor de DST-UFF, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1995. Os exames foram realizados no laboratório de patologia clínica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), Niterói, RJ. O número total foi de 572 exames de preventivos do câncer de colo uterino coletados no serviço.

A partir deste levantamento preliminar, selecionamos, através de numeração do sistema de controle utilizado pelo Setor de DST-UFF, 49 prontuários de mulheres, que tiveram candidíase vaginal (isolada ou associada a outras infecções) como resultado de seus exames colpocitológicos.

Utilizando os dados obtidos dos prontuários dos arquivos do Setor DST-UFF, foram selecionadas as variáveis: idade, estado civil, cor, grau de escolaridade, idade na primeira relação sexual, métodos anticoncepcionais, uso rotineiro de condom, vida sexual, práticas coitais, queixa clínica principal, paridade, parceiro sexual, história patológica pregressa, DST anterior, motivo da consulta, exame clínico, resultados de exame direto (a fresco) e bacterioscopia por método de Gram e sorologias para VDRL e HIV. Os dados coletados foram consolidados e tabulados organizando-os em tabelas, utilizando o referencial da estatística descritiva e determinação de χ^2 e de p , através do programa Epi-Info 2002.

ETIOLOGIA

Microbiologicamente a *cândida* é uma levedura vegetal desprovida de clorofila, Gram-positiva, desenvolve-se melhor em pH ácido entre 3,9 e 5,0 e que se apresenta de duas formas:

uma vegetativa ou de crescimento - a hifa, e outra de reprodução - o esporo. A forma de hifa é mais eficiente em aderir-se ao epitélio vaginal que o esporo. Ambos têm capacidade de desencadear e manter resposta patológica em mamíferos, mas é provável que uma determinada forma seja melhor adaptada para sobreviver em micronichos ecológicos específicos. A facilidade de interconversão entre estas formas aumenta o grau de patogenicidade.¹

Segundo Van Uden,² no diagnóstico do gênero *Candida*, as células são globosas ou ovóides, cilíndricas ou alongadas, algumas vezes irregularmente formadas, normalmente não ogivais, apiculadas ou em forma de frasco.

A parede celular tem duas funções distintas: mantém a forma da célula e é o ponto de contato entre o fungo e o meio ambiente. *C. albicans* tem a capacidade de alterar seu formato e de aderir-se às células do hospedeiro, o que pode justificar sua virulência.

Goldstein³ relata a existência de 68 (sessenta e oito) espécies do gênero *Candida* das quais somente 9 (nove) são consideradas patogênicas. Cruickshank⁴ afirma que cerca de 90% das infecções em humanos são devidas a *C. albicans*, espécie presente principalmente na boca, intestino e vagina, locais onde desenvolve infecção podendo disseminar-se para outras localizações em caso de enfraquecimento dos mecanismos de defesa. Segundo Stussi,⁵ trabalhos recentes têm informado a frequência da levedura *Candida dubliniensis*, identificada pela primeira vez em 1995, em pacientes portadores do HIV, fungo esse que apresenta características morfológicas e bioquímicas muito semelhantes à da *C. albicans*, tornando, assim, difícil o diagnóstico diferencial entre as duas espécies.

Na etiologia das vulvovaginites, somente a *C. albicans* e a *C. glabrata* têm importância. A *C. tropicalis*, cuja incidência tem aumentado ultimamente, continua sendo rara (Cruickshank).⁴ Abu-Elteen,⁶ em sua pesquisa com 35 mulheres submetidas a culturas micológicas tradicionais, encontrou 43,1% de *C. albicans*, 32,5% de *C. glabrata* e 8,1% de *C. tropicalis*. A análise estatística mostrou um aumento de CVV causada por *C. glabrata* em dois períodos do mesmo estudo, 1994-1996 e 1999-2001, enquanto a infecção causada por *C. albicans* não mostrou diferença significativa nos dois períodos.

Num estudo com 4.228 mulheres italianas, atendidas em serviços de ginecologia, Parazzini⁷ confirmou a presença de *Candida sp.* Por teste CHROMágar em 3.351 casos, *C. albicans* foi identificada em 1.431 mulheres e não-*albicans* em 1.920. Dentre as não-*albicans*, *C. glabrata* apareceu em 1.207 testes, *C. krusei* em 290 e *C. tropicalis* em 404.

Ahearn⁸ afirma que, normalmente *C. albicans* é comensal do trato gastrointestinal e genitourinário do homem, sendo o mais freqüente agente etiológico entre as infecções ocasionadas por leveduras deste e de outros gêneros.

Com incidência de aproximadamente 25%, a CVV ocupa o segundo lugar entre as vaginites, precedida apenas pela vaginose bacteriana Friederich.⁹ De acordo com o CDC-MMWR,¹⁰ cerca de 75% das mulheres do mundo terão, pelo menos, um episódio de CVV, e 40%-45% terão dois ou mais episódios. Aproximadamente 10%-20% das mulheres terão CVV complicada, sugerindo considerações diagnósticas e terapêuticas.

A identificação de cândida por cultura de secreção vaginal na ausência de sintomas, não é indicativa de tratamento, pois aproximadamente 10%-20% das mulheres possuem *Candida sp.* em sua flora vaginal normal.¹⁰

Ribeiro¹¹ demonstra em seu trabalho que 25% de mulheres assintomáticas possuem cultura fúngica vaginal positiva, e *C. albicans* é a espécie isolada com maior frequência. Monif¹² afirma que a cândida está comumente presente na vagina, existindo na maioria das portadoras como saprófita. Variações locais e sistêmicas na suscetibilidade feminina são necessárias para que o fungo possa agir como patógeno oportunista e então causar doença inflamatória.

Acredita-se que a flora residente normal frustra o crescimento da levedura por interferir na nutrição e talvez por produzir fatores inibidores. Há um equilíbrio entre organismos de cândida e fatores de defesa vaginal controlando e limitando o crescimento de fungos (Ferrer¹³). Porém, de acordo com Monif,¹² alguns pesquisadores sugerem que um grande número de lactobacilos (bacilos de Döderlein) resultam na produção de um meio ácido que favorece o crescimento da cândida. A simples identificação do microorganismo não confere o diagnóstico de candidíase. Para que ocorra infecção e conseqüente sintomatologia, é necessária a presença acima de 1.000.000 CFU/mL no fluido vaginal. De outra parte, é necessário também a capacidade de aderência da *Candida sp.* às células da mucosa vaginal para a instalação do processo infeccioso e a *C. albicans* é a que possui maior índice de aderência às células epiteliais.

A maioria das séries relatadas de vaginite por cândida contém uma referência à composição da flora vaginal associada, definida pela classificação original de Schroder (Grau I, apenas bacilos de Döderlein; Grau II, bacilos de Döderlein mais outros microorganismos; Grau III, outros microorganismos diferentes do bacilo de Döderlein).¹⁴

Os sintomas típicos de CVV incluem prurido e corrimento vaginal. Outros sintomas frequentes são: desconforto vulvar, dispareunia e disúria. Porém nenhum deles é específico para CVV.¹⁰

Quanto ao prurido associado à CVV, diversos autores propuseram a produção de micotoxinas que podem ser localmente irritantes e até mesmo alergênicas. Provavelmente os produtos formados na fermentação dos hidratos de carbono sejam também responsáveis pelo extremo desconforto das pacientes. Sobel¹⁵ afirma que sintomas como prurido agudo e secreção vaginal são usualmente referidos pelas mulheres acometidas, mas nenhum deles está invariavelmente associado à doença. Ainda, segundo o autor, nenhum deles é específico para CVV. Schaaf¹⁶ concorda em afirmar que o prurido vulvar é o sintoma mais freqüente, e observou ausência de odor na secreção vaginal, que geralmente é branca ou amarelada com $\text{pH} \leq 4,5$, uma inflamação vulvar (principalmente eritema e edema) é também um achado clínico ocasional.

Segundo Kinghorn,¹⁷ o prurido, considerado o principal sintoma, exacerba-se à noite e pelo calor local. Ardor vulvar, disúria e dispareunia são as queixas que comumente compõem o quadro clínico.

Os sinais podem estar confinados à vulva. Além do que já foi descrito, podemos encontrar aí lesões vesiculares ou pustulares e fissuras no intróito vaginal e perineo.

A inserção cuidadosa do espéculo pode revelar a presença de placas micóticas sobre a cérvis uterina e paredes vaginais. A secreção geralmente tem consistência de "leite coalhado".

Em adolescentes é freqüente um corrimento aquoso profuso e edema vulvar.¹⁸

Caracteristicamente, os sintomas são exacerbados cerca de uma semana antes da menstruação.¹⁵

Korte¹⁹ assinala invasão da cavidade uterina de gestantes determinando corioamnionite secundária e vasculite umbilical.

Mikhail,²⁰ em seu estudo de vinte e duas mulheres com candidíase vaginal, concluiu que concentrações celulares baixas de betacaroteno e possíveis outros antioxidantes são achados comuns nestas pacientes, e que podem alterar a resposta imune local resultando em distúrbios da flora vaginal com desenvolvimento da candidíase vaginal.

As pacientes com vaginite intensa por cândida apresentam, comumente, uma insignificante resposta leucocitária local à infecção. A secreção é composta de grumos de células epiteliais com micélios entremeados.

A crença de que o pH vaginal tem influência significativa na CVV, baseia-se no falso conceito de que estes microorganismos florescem apenas dentro de uma estreita faixa de pH, o que contrasta com o *Trichomonas vaginalis*, que não se desenvolve em pH abaixo de 5,0 ou acima de 7,55. Portanto, é comum encontrarmos muitos relatórios clínicos que não mostram relação entre pH vaginal e a vaginite por cândida.²¹

Sabe-se hoje que é necessário haver alguma alteração local ou sistêmica na suscetibilidade do paciente para que a cândida possa atuar como patógeno oportunista e causar doença inflamatória.

As deficiências da imunidade humoral têm pouca significância na patogênese da candidíase genital. Doenças relacionadas com a queda da imunidade celular mediada por linfócitos T, como linfomas ou infecção por HIV, apresentam aumento da incidência e severidade da candidíase mucocutânea.²²

Witkin²³ descreveu bloqueio da imunidade celular em mulheres com candidíase recorrente, efeito mediado pela produção de linfócitos supressores cândida-específicos.

O mesmo autor, em trabalho subsequente, observou interessante interação entre macrófagos e antígenos da *Candida sp.*, com produção excessiva de prostaglandina E2, que por sua vez inibe a resposta linfocitária.²⁴

A candidíase vaginal recorrente ou recidivante apresenta diagnóstico e terapêutica complicados para o clínico. Cerca de 25% das mulheres não respondem ao tratamento inicial.²⁵ CVV é considerada recorrente quando pelo menos quatro episódios específicos ocorrem em um ano, ou pelo menos três episódios não relacionados com a terapia, acontecem dentro do mesmo período.²⁶ Apenas uma pequena porcentagem de mulheres (< 5%) vão apresentar recorrência de CVV.¹⁰

Ferrer¹³ demonstra que, nos últimos anos, tem-se observado uma mudança de características epidemiológicas e que a ocorrência de CVV vem aumentando devido ao maior número de espécies isoladas ou à maior virulência de cândidas. *Candida glabrata* e outras espécies não-albicans, são encontradas em 10%-20% de pacientes com CVV recorrente e, as terapias antimicóticas convencionais, não são efetivas contra estas espécies não-albicans.¹⁰

Tanto a dificuldade de diagnóstico como a de adequar a terapia concorrem para a infecção por dois ou mais organismos, ou para um tratamento sem identificação específica para o organismo infeccioso. Pacientes que fazem autodiagnóstico podem não perceber outras causas ou infecções recorrentes.²⁶

Outro fator importante para explicar a recorrência seria o diagnóstico baseado somente na história clínica, o que o torna muito passível de erros. Ainda mais que o quadro clínico de vaginite por *C. glabrata* pode ser muito similar a vaginite por *C. albicans*. Muitas mulheres com vulvovaginite recorrente não estão infectadas por *Candida*. Faz-se necessário teste em busca de *Candida*, pois nestas condições²⁷ tratamentos com medicação anti-*Candida* serão inadequados.

Por sua vez, Secor²⁸ afirma que muitas vezes a infecção citolítica vaginal é a causa de coxixas freqüentes, sendo diagnosticada erroneamente como candidíase, o que leva muitas mulheres em idade reprodutiva a tentarem diversos tratamentos com antifúngicos, sem obterem bons resultados.

Carcio,²⁹ demonstrou em sua pesquisa, que 5%-25% das pacientes tratadas com antifúngicos para candidíase vaginal, vão apresentar recorrência de um a três meses após o tratamento. Este é um fato frustrante tanto para o paciente como para o médico. O autor afirma que a causa disto nem sempre é evidente, e as formas de tratamento não são muito substanciais na literatura médica. Porém, todos os esforços devem ser feitos para minimizar as recorrências clínicas usando sempre uma aproximação sistemática para diagnóstico e tratamento da CVV crônica.

Foxman,³⁰ em seu estudo com 2.000 mulheres norte-americanas, afirma que mulheres relatando quatro ou mais episódios de CVV por ano, constituíram 37,2% do total, e que mulheres negras relataram, aproximadamente, três vezes mais infecção fúngica do que mulheres brancas.

Com bases na apresentação clínica, microbiologia, fatores predisponentes e resposta terapêutica,¹⁰ a CVV pode ser classificada em complicada e não-complicada:

• CVV não-complicada:

- Episódios infreqüentes
- CVV leve a moderada
- Provavelmente causada por *Candida albicans*
- Mulheres imunocompetentes

- CVV complicada:

- Recorrente (> ou = 4 surtos/ano)
- CVV severa
- Candidíase não-*albicans*
- Mulheres com diabetes não controlado, debilitadas, imunossuprimidas ou gestantes

FATORES PREDISPONETES

Gravidez

Segundo Kinghorn,³¹ o índice de colonização vaginal aumenta durante a gravidez, especialmente no terceiro trimestre, quando a terapia convencional é menos eficaz.

Com o aumento do glicogênio nas células vaginais devido aos altos níveis hormonais circulantes, a capacidade de proliferação, germinação e aderência de *C. albicans* também estarão aumentadas.

Reiss³² demonstrou que o pregnandiol, hormônio esteróide altamente produzido durante a gravidez, reforça o desenvolvimento de *C. albicans in vitro*.

Salvatore³³ observou que a vulvovaginite ocorre em 30% das gestantes, e em aproximadamente 15% há infecção mista com a tricomoníase. Porém, Monif¹² alega que a incidência não difere em gestantes e não-gestantes.

Imunossupressão

O uso de corticosteróides e agentes citotóxicos, doenças sistêmicas como a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e doenças hematológicas, promovem a supressão funcional das células T, predispondo à manifestação tanto de candidíase vaginal quanto da infecção fúngica invasiva. Monif¹² afirma que os corticosteróides podem predispor à destruição das células do hospedeiro pela estabilização da membrana lisossômica, impedindo deste modo a liberação de enzimas catabólicas que habitualmente digerem os microorganismos fagocitados.

A propedêutica e/ou terapêutica inadequadas podem levar ao uso exagerado de esteróides tópicos para sintomas vulvovaginais, ocasionando imunossupressão local, favorável à piora ou ao desenvolvimento da infecção por *Candida*.³⁴

CVV sintomática é mais frequente em mulheres soropositivas para HIV e será mais severa quanto maior for o grau de imunodeficiência.¹⁰

Distúrbios Metabólicos

De acordo com Kinghorn,³¹ a glicosúria e a concentração aumentada de glicose nas secreções vaginais, aumentam o crescimento das leveduras em pacientes diabéticos. Entretanto, Louria³⁵ verificou que apenas 5 de 95 pacientes com candidíase disseminada eram diabéticas.

Antibioticoterapia

Os antibióticos agem reduzindo a população de bactérias comensais que geralmente competem com as leveduras. A colonização retal também ocorre, e pode atuar como um reservatório para a infecção vaginal. Isto é mais comum com antibióticos de largo espectro, porém todos os antibióticos têm tendência em induzir candidíase vaginal.³⁶

Contraceptivos Oraís

A *C. albicans* possui receptores estrogênicos em sua parede celular e não proliferam em meio, no qual não há substrato estrogênico.²⁵

De outro lado, o uso de anticoncepcionais com baixa dose como fator predisponente de candidíase vulvovaginal tem sido questionado, uma vez que os estudos clássicos demonstraram aumento na incidência da infecção em usuárias de anticoncepcionais de alta dose de estrogênios e não com os atualmente empregados de baixa dose.¹⁷

Atualmente há estudos que sugerem que contraceptivos orais, com baixo teor de estrogênio, podem estar associados a índices mais elevados de colonização por leveduras na vagina,

REDUCCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN OBSTETRICIA MEDIANTE EL CONTROL DE LA VAGINOSIS BACTERIANA DURANTE EL EMBARAZO

REDUÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS EM OBSTETRÍCIA POR CONTROLE DA VAGINOSE BACTERIANA

OBSTETRIC ADVERSE EFFECTS REDUCTION THROUGH BACTERIAL VAGINOSIS CONTROL DURING PREGNANCY

Alicia Farinati¹, Julio Mugaribí², Graciela Hellou², María Isabel Fernández¹,
María Isabel Fadel¹, Osvaldo Cantarelli²

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana incluyen entre otras a la amenaza de parto pretérmino (APP), parto de pretérmino (PP) y rotura prematura de membranas (RPM). **Objetivo:** Evaluar en mujeres embarazadas la eficacia de la determinación vaginal del pH y la prueba de aminas (PA), como método de orientación diagnóstica y el tratamiento oral de la VB con amoxicilina-ácido clavulánico (AMC), para la reducción de los efectos adversos. **Métodos:** Se estudiaron y controlaron 137 mujeres entre la semana 10 y 14 de embarazo, de las 812 que concurren durante los meses de abril-julio de 2001, al Hospital Lucio Meléndez, Provincia de Buenos Aires, mediante estudio clínico, determinación del pH vaginal y la prueba de aminas con HOK al 10%. El estudio microscópico fue diferido y no influyó en la terapéutica inicial de la VB. De estas embarazadas, fueron incluidas para el análisis 119 a las que se pudo efectuar el seguimiento hasta la terminación del embarazo (grupo A1). A las pacientes con clínica compatible de VB, pH mayor de 4.5 y PA positiva se las trató con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 12 horas durante 5 días. Como grupo control (grupo B) se utilizaron 814 mujeres que concurren en el mismo período del año anterior y a las que no se les efectuó control ni tratamiento de la VB. **Resultados:** Los efectos adversos en el grupo sin control fueron para APP, PP y RPM de 15.72%, 8.5% y 6.5% con un total de 30.71% mientras que en el grupo de 119 embarazadas que tuvieron el control de la VB entre las semanas 10 y 14 y que concurren para la terminación del parto fueron de 8.4, 3.4 y 5.04% respectivamente con un total de 16.8%. La reducción total en el grupo controlado fue del 14%. **Conclusión:** Se requiere tratar la VB en 8 embarazadas para reducir al menos un efecto adverso. El tamizaje y tratamiento de la VB durante etapas tempranas del embarazo con una aminopenicilina-inhibidor de betalactamasa (amoxicilina-ácido clavulánico o amoxicilina-sulbactam) puede reducir significativamente los efectos adversos durante el embarazo y son estrategias importantes para prevenir sobre todo el parto de pretérmino que es la causa de morbilidad y mortalidad en casi el 35% de los problemas pediátricos posteriores.

Palabras claves: vaginosis bacteriana, embarazo, efectos adversos, amenaza de parto de pretérmino, parto de pretérmino, rotura prematura de membranas

RESUMO

Introdução: As complicações obstétricas da vaginose bacteriana incluem, entre outras, a ameaça de parto pré-termo (APP), parto pré-termo (PP) e ruptura prematura de membranas (RPM). **Objetivo:** Avaliar em mulheres grávidas a eficácia da determinação vaginal de pH e a prova de aminas (PA), como método de orientação diagnóstica, e o tratamento oral da VB com amoxicilina-ácido clavulânico (AMC), para a redução dos efeitos adversos. **Métodos:** Estudaram-se e controlaram-se 137 mulheres entre a 10^a e 14^a semana da gravidez, das 812 que compareceram durante os meses de abril-julho de 2001 no Hospital Lucio Meléndez, Província de Buenos Aires, mediante estudo clínico, determinação do pH vaginal e prova de aminas com KOH a 10%. O estudo microscópico foi realizado e não influenciou na terapêutica inicial da VB. Dessas grávidas, foram incluídas para análise 119, às que se pôde efetuar o seguimento até o fim da gravidez (grupo A1). As pacientes com clínica compatível de VB, pH maior que 4,5 e PA positiva tratou-se com amoxicilina-clavulânico 875/125 mg a cada 12 horas durante 5 dias. Como grupo controle (grupo B), utilizaram-se 814 mulheres que compareceram no mesmo período do ano anterior e às quais não se efetuou controle nem tratamento da VB. **Resultados:** Os efeitos adversos no grupo sem controle foram para APP, PP e RPM de 15,72%, 8,5% e 6,5%, com um total de 30,71%, enquanto que no grupo de 119 grávidas que tiveram o controle da VB entre as semanas 10 e 14 e que confluíram para a terminação do parto, foram de 8,4%; 3,4% e 5,04%, respectivamente, com um total de 16,8%. A redução total no grupo controlado foi de 14%. **Conclusão:** Requer-se tratar a VB em 8 grávidas para reduzir ao menos um efeito adverso. A seleção e o tratamento da VB durante etapas iniciais da gravidez com uma aminopenicilina-inibidor de betalactamase (amoxicilina-ácido clavulânico ou amoxicilina-sulbactam) podem reduzir significativamente os efeitos adversos durante a gravidez e são estratégias importantes para prevenir sobretudo o parto pré-termo que é a causa de morbidade e mortalidade em quase 35% dos problemas pediátricos posteriores.

Palavras chave: vaginose bacteriana, gravidez, efeitos adversos, ameaça de parto pré-termo, parto pré-termo, ruptura prematura de membranas

ABSTRACT

Background: Obstetric complications of bacterial vaginosis include preterm labor threat (PTT); preterm birth (PB) and premature rupture of membranes (PROM). **Aim:** The aim was investigate the efficacy of amina test and pH determination of vaginal fluid as guide method for diagnosis and oral treatment of BV with amoxicillin-clavulanic acid (AMC) to reduce those adverse effects. **Methods:** We included 137 women (group A1) with pregnancies of 10-14 weeks' gestation, among 812 pregnant women, during april-july 2001, in the Hospital Lucio Melendez, Provincia Buenos Aires. Among them we recruited 119 ones we know the end of pregnancy. Clinical study, amina test with HOK 10% and pH determination of vaginal fluid were performed. The bacterioscopy examination was carry out after and had not influenced upper initial treatment of BV. The patients with higher pH than 4.5 and positive amina test were treated with AMC twice a day, 5 days. Pregnant women (814) that were attended to the same period of previous year at the same hospital, without BV control, were studied as control group (group B). The patients with clinical of BV, pH higher than 4.5 and positive amino test, were treated with AMC 875/125 mg, twice a day, 5 days. **Results:** the adverse effects in group B and group A were 15.72%, 8.5% and 6.5%, total 30.71% and 8.4, 3.4 y 5.04%, total 16.8% for PTT, PB and PROM respectively. The total adverse effects reduction among patients of 119 women of group A1 was 14%. **Conclusion:** The treatment of 8 pregnancy women with BV for reducing at less 1 adverse effect it's necessary. Screening and treating BV in pregnant women with aminopenicillin plus betalactamase inhibitors (amoxicillinplus clavulanic acid or amoxicillin plus sulbactam) could significantly reduce the risks of suffering PTT, PB and PROM, mainly preterm birth as cause the morbidity and mortality in almost 35% of subsequent pediatric problems.

Keywords: bacterial vaginosis, pregnancy, adverse effects, preterm labor threat; preterm birth, premature rupture of membranes

Adad,⁴⁸ realizou estudo retrospectivo de 20.356 testes de citologia vaginal corada por método de Papanicolaou, de pacientes atendidas no serviço de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, com o objetivo de verificar a frequência de *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.* e *Gardnerella vaginalis* em 1968, 1978, 1988 e 1998, representando quatro décadas diferentes. A candidíase apresentou-se em 10% dos testes em 1968, em 5,1% em 1978, em 8,3% em 1988 e em 22,5% em 1998, demonstrando um aumento de candidíase nas quatro décadas, e relatou ainda que as infecções foram mais frequentes em mulheres com menos de 20 anos de idade. Demonstra-se, assim, que este método diagnóstico pode ser considerado muito eficiente em se tratando de candidíase.

CULTURA

Kinghorn³¹ relata que o isolamento de uma levedura em cultura microbiológica é a prova definitiva e sensível da presença de um fungo em uma amostra clínica.

Os meios mais usados de cultura em ágar, para o isolamento primário, são as versões peptona-glicose ou peptona-maltose, descritas por Sabouraud em 1894. É necessário uma concentração de células leveduriformes vivas, pelo menos 10⁷ mL, para o isolamento em placas de ágar.⁴⁶

Meios de isolamento diferencial, tais como o de Nickerson e Pagano-Levis contém substâncias indicadoras que permitem estabelecer a diferença, através da tonalidade adquirida, entre as colônias de *C. albicans* e outras leveduras.¹⁸ Nyirjesy,⁴⁹ realizou cultura de secreção vaginal por método de Sabouraud em 74 pacientes com CVV crônica, observando que 68% apresentavam resultado positivo para *C. albicans* e 32% para outras espécies. Concluiu que o método é muito valioso na confirmação diagnóstica e indicação terapêutica. Handa⁴⁵ concorda que culturas de fungos devem ser consideradas na avaliação de mulheres com episódios recidivantes de desconforto vulvar, mesmo quando outros exames não contenham elementos fúngicos. Já Ribeiro¹¹ sugere que culturas não precisam ser realizadas rotineiramente em mulheres imunocompetentes, e podem ser úteis somente para a minoria de pacientes com CVV complicada que não responde à terapêutica.

Entretanto, Almeida Filho⁴¹ afirma que estes meios de cultura não são totalmente satisfatórios, pois não permitem distinguir a simples colonização da doença inflamatória.

ANTICORPOS POLICLONAIS

Vários testes de aglutinação no látex já são comercializados. Estes testes empregam anticorpos policlonais para a detecção de antígenos de várias cepas de cândida. Eles podem apresentar uma correlação mais próxima da doença sintomática que os exames de cultura.³¹

Apesar de estudo que demonstrou 81% de sensibilidade, e especificidade de 98,5%, Sobel¹⁵ afirma que o teste não oferece vantagens além do exame feito pelo microscópio normalmente.

REAÇÃO EM CADEIA POR POLIMERASE (PCR)

A reação permite amplificar seletivamente seqüências do ARN ou ADN produzindo grandes quantidades de ADN de tamanho e seqüências específicos a partir de um molde, ou seja, o ADN ativo que se quer detectar.⁵⁰

Segundo Crampin,⁵¹ esta técnica pode ser útil em adição aos outros métodos, por ser de alta sensibilidade intrínseca.

Entretanto, falso-negativos podem ocorrer assim como falso-positivos relacionados ainda com uma levedura não viável.

A PCR oferece a vantagem de poder estar pronta em 8 h, comparando-se com as 24-30 h necessárias para cultura.

Na prática, porém, o uso de PCR pode ser justificado somente se capacitado para fornecer diagnóstico precoce de candidíase sistêmica, o que continua a ser objeto de estudo.

Weissenbacher⁵² avaliou a utilidade de se examinar amostras vaginais de mulheres com vulvovaginite recorrente, sintomáticas, em busca de *Candida sp.*, usando PCR, e de resposta citoquinas. Foram estudadas 61 mulheres sintomáticas e 31 assintomáticas. *Candida* foi encontrada em 31,1% das sintomáticas e em 9,7% das assintomáticas. No entanto, não houve relação entre presença de cândida em quaisquer das citoquinas. Concluiu, portanto, que muitas mulheres com vulvovaginite recorrente não estão infectadas com cândida, e que se fazem necessários testes de busca, como culturas específicas.

TRATAMENTO

O tratamento de candidíase vaginal mudou e evoluiu muito nos últimos anos.⁴¹ Não há evidências de que a cândida seja resistente aos antibióticos poliênicos nem aos derivados imidazólicos. Entretanto, alguns cuidados devem ser observados para a obtenção de melhores resultados: iniciar sempre com a terapêutica local, não interromper o tratamento durante o fluxo menstrual, controlar os fatores predisponentes e repudiar associações medicamentosas, sobretudo com o metronidazol.⁴¹ O tratamento do parceiro sexual não é obrigatório para o sucesso terapêutico, mas deve ser considerado em casos de mulheres com CVV recorrente.¹⁰

Nyirjesy,⁵³ afirma que a terapia oral a longo prazo quebrará o padrão de recorrência em muitos pacientes, e que as infecções por espécies não-albicans podem ser mais resistentes ao tratamento padrão.

Uma grande variedade de compostos antifúngicos são ativos contra a cândida, muitos dos quais usados somente para aplicação tópica.

Quadro 1. Agentes Antifúngicos Ativos contra *Candida sp.* (Tavares, 1993)

	Tópicos	Orais
Poliênicos	Anfotericina B Candicina Natamicina Nistatina	
Imidazólicos	Clotrimazol Miconazol Econazol Isoconazol Fenticonazol Butaconazol Tioconazol	Cetoconazol
Triazólicos	Terconazol	Fluconazol Itraconazol
Pirimidinas		Flucitosina

Antifúngicos Poliênicos:

Têm uma toxicidade seletiva para as membranas celulares fúngicas, alterando sua permeabilidade. Reações adversas são incomuns.

• Anfotericina B:

Formulações tópicas para candidíase oral, genital e cutânea encontram-se disponíveis em alguns países.

- Nistatina:

Largamente usada para tratamento de candidíase vaginal, é disponível na forma de óvulos/supositórios vaginais, comprimidos vaginais efervescentes, creme vaginal e como creme ou gel tópicos para aplicação vulvar.

O uso correto em vaginite aguda promove grande alívio dos sintomas, embora sejam necessários de 7 a 14 dias de tratamento. Os índices de cura micológica são de 70% a 80%.³¹

- Candicina:

Pouco usada por sua alta toxicidade.

- Natamicina:

Pouco eficaz comparada com outros polienos, por isso é pouco indicada para o tratamento de candidíase vulvovaginal.

Antifúngicos Imidazólicos:

Apresentam ação fungistática e alteram, particularmente, a capacidade de *C. albicans* de produzir formas hifais.

A resistência de *C. albicans* a agentes azólicos é incomum, porém pode ocorrer em exposição prolongada à droga.

Há pouca diferença na eficácia dos vários agentes azólicos tópicos. Sete dias de tratamento promovem mais de 90% de melhora clínica e 80% a 95% de erradicação micológica. Em 10% a 15% das pacientes pode haver recidiva sintomática, e a recolonização por leveduras é possível em 20% a 30% dos indivíduos 28 dias após tratamento.

Reações adversas são incomuns, podendo ocorrer: eritema, edema e ardor locais, em raros casos.

- Cetoconazol:

O uso por via oral apresenta resultados bastante satisfatórios e deve ser administrado ao casal.

Baixa toxicidade.

A droga é contra-indicada na gravidez por terem sido demonstrados efeitos teratogênicos em animais.

Antifúngicos Triazólicos

- Fluconazol:

Agente bitriazólico rapidamente absorvido após administração oral.

A droga não é recomendada para uso em grávidas. A dosagem preconizada é de 150 mg em dose única, por via oral, o que torna o tratamento preferido por muitas pacientes. Recomenda-se o tratamento do parceiro(a) sexual.

- Itraconazol:

No tratamento de candidíase vaginal aguda, a dose total é mais importante que a duração do tratamento. Um mínimo de 400 mg, em duas doses, com intervalos de 12 h, mantém um índice de cura micológica de 80% das pacientes em um mês após o tratamento.³¹

Deve ser administrado próximo às refeições, o que favorece a absorção.

- Terconazol

Não é absorvível por via oral, e de utilidade somente nas micoses cutâneo-mucosas, em uso tópico.

No Brasil, é disponível, sob a forma de creme para tratamento de candidíase vulvovaginal.

Antifúngico Pirimidínico

- Flucitosina

Apresenta pouco efeito sobre *C. albicans*. É mais usada

no tratamento de micoses sistêmicas. Sua administração é por via oral, e às vezes é usada no tratamento de *C. glabrata*.³¹

Quadro 2. Formulações e Posologia. Antifúngicos Imidazólicos Tópicos.³²

Drogas	Formulação	Dose
Clotrimazol	100 mg, comp. vaginal 200 mg, comp. vaginal 500 mg, comp. vaginal creme a 1% creme a 10%	1 comp. x 6 noites 1 comp. x 3 noites 1 comp. x 1 noite 5 g x 7 - 14 noites 5 g x 1 noite
Miconazol	100 mg, óvulo / supositório vaginal 200 mg, óvulo / supositório vaginal Creme a 2%	1 óvulo / supositório x 7 noites 1 óvulo / supositório x 3 noites 5 g x 7 noites
Econazol	150 mg, óvulo / supositório vaginal	1 óvulo / supositório x 3 noites.
Butaconazol	Creme a 2%	5 g x 3 noites
Isoconazol	600 mg, óvulo vaginal Creme a 1%	1 óvulo x 1 noite 5 g x 7 noites
Fenticonazol	Creme a 2%	5 g x 3 noites
Tioconazol	Pomada a 6,5% 300 mg, óvulo vaginal	5 g x 7 noites 1 óvulo x 1 noite
Terconazol	Creme a 2%	5 g x 3 noites

Albuquerque Neto⁵⁵ estudou 26 pacientes sintomáticas com diagnóstico de CVV confirmado por exame a fresco do conteúdo vaginal. Estas mulheres foram tratadas com ciclopiroxolamina (creme vaginal a 1%), com uma aplicação ao dia por sete dias consecutivos. Após exame de controle, 84,62% das pacientes foram consideradas curadas, o que o autor refere como ótima eficácia do medicamento.

Antifúngico Imidazólico Oral

- Cetoconazol

Apresentação em comprimido de 200 mg. A dose ideal é de 200 mg, 2 vezes ao dia, por 5 dias (junto com alimentos).

Quadro 3. Antifúngicos Triazólicos Oraís.

Droga	Formulação	Dose
Fluconazol	Cápsulas: 50 mg e 150 mg	1 cápsula em dose única (adulto: 150 mg. Criança: 50mg)
Itraconazol	Cápsula: 100 mg	Dose única: 400 mg via oral Fracionada: 2 tomadas com intervalo de 12 h.

Tratamentos Alternativos.

- Lactobacilos:

Inibem o crescimento de *C. albicans*. Kinghorn,⁵⁴ cita que foi sugerido, que algumas mulheres obtêm certo benefício de lactobacilos exógenos, tanto na forma de preparações orais ou, mais usualmente, de laticínios, tais como iogurte natural aplicado sobre a vulva ou inserido na vagina.

- Violeta de genciana:

Segundo Kinghorn,⁵⁴ a tintura de cristal violeta a 0,5% está licenciada para uso somente para pele íntegra, e não é mais recomendada para aplicações sobre mucosas.

- Vacina Hipossensibilizante na Candidíase Vaginal de repetição:

Em 1988, Witkin, pela primeira vez, isolou e quantificou IgE contra *Candida albicans* na secreção vaginal de repetição.

A imunoterapia para o tratamento da candidíase vaginal de repetição, depois de esgotados todos os recursos do arsenal terapêutico disponível do ginecologista e excluídas doenças sistêmicas (ex.: diabetes, desordens hormonais etc.), deve ser indicada. Realiza-se, então, uma bateria de testes alérgicos de leitura imediata e tardia, inclusive com a candidina, que é o antígeno da *Candida albicans*. O teste vai reproduzir na pele a reação alérgico-inflamatória que está ocorrendo a nível das mucosas, com a formação de uma pápula eritemato-pruriginosa. Define-se, então, o tipo de imunoterapia a ser utilizada. O tratamento consiste em aplicações de injeções subcutâneas semanais de extrato alérgico em quantidades crescentes e diluições decrescentes, que resultarão numa transformação gradual nos componentes do sistema imunológico.³⁶

Riggs²² afirma que algumas mulheres apresentam recorrência de CVV por muitos anos, antes de passarem por uma avaliação da hipersensibilidade local da vagina à *Candida*. Em seu estudo com 18 pacientes com CVV recorrente, utilizando testes intradérmicos e por picadas, todas as mulheres não respondiam a qualquer tipo de tratamento antifúngico e apresentavam um ou outro teste positivo. Submetidas a imunoterapia com extrato de *C. albicans*, 79% aproximadamente apresentaram melhora dos episódios recorrentes de vulvovaginite por *Candida*, no período de um ano. O mesmo autor afirma ainda que a candidíase está associada à rinite alérgica, incide em mulheres com história familiar de alergia, e responde bem à imunoterapia com candidina, que é antígeno da *C. albicans*.

Moraes⁴², em sua série de 34 mulheres com história pregressa de CVV e submetidas a avaliação de alergia por um teste de pele (superficial ou intradérmico), observou que todas apresentaram resultado positivo imediato com relação à *C. albicans*. À estas mulheres foi oferecida a opção de imunoterapia com *C. albicans* alérgica por um período de 24 meses. Os efeitos foram evidentes depois de 2-12 meses de terapia (média de 3,5 meses), com diminuição dos episódios de 8,5 para 3,6 por ano.

Tratamento da CVV Recorrente¹⁰

Cada episódio isolado de CVV recorrente causado por *C. albicans*, responde bem ao tratamento de curta duração. No entanto, para manter o controle micológico, especialistas recomendam um prolongamento do tratamento inicial (ex: tratamento tópico por 7-14 dias ou fluconazol 150mg por via oral repetindo 3 dias após a primeira dose), antes de começar a terapia de manutenção antifúngica. Para este último regime de tratamento, recomenda-se: clotrimazol 500 mg, uma cápsula vaginal por semana, ou cetoconazol 100 mg, uma vez ao dia, ou itraconazol 400 mg, uma vez por mês, ou 100 mg diariamente.

Todas as formas de tratamento de manutenção antifúngica devem ser administradas por seis meses, no mínimo.

As terapias de manutenção são eficazes para reduzir as recorrências de CVV, porém, 30%-40% das mulheres apresentam recorrência quando a terapia é descontinuada.

Como muitas vezes a CVV recorrente se dá devido a colonização por espécies não-*albicans*, e o tratamento ideal ainda é desconhecido, recomenda-se a aplicação vaginal diária de cápsulas gelatinosas de ácido bórico (600mg) por duas semanas. Este esquema terapêutico apresenta cerca de 70% de erradicação micológica. Se a CVV por *Candida* não-*albicans* persistir, a aplicação de uma dose diária de nistatina vaginal pode obter sucesso.

Manejo do parceiro sexual. Rotinamente os parceiros de pacientes com candidíase não-complicada não necessitam de terapêutica específica para esta finalidade. Entretanto, os parceiros de mulheres com CVV recorrente merecem ser examinados e, se apresentarem balanopostites, tratados. Medicando-se com antifúngicos tópicos, esses homens melhoram os sintomas de eritema e prurido em poucos dias. Todavia, se esses homens também apresentarem candidíase recorrente, devem ser investigados amiúde.

RESULTADOS

Foram realizados 572 exames preventivos, dos quais 49 (8,6%) apresentaram diagnóstico de candidíase vaginal isolada ou associada a outras infecções. Isoladamente, candidíase vaginal foi encontrada em 6,3% ($\chi^2 = 10,32$ e $p < 0,05$) dos resultados. A associação entre candidíase e vaginose bacteriana (VB) foi de 0,3% ($\chi^2 = 1,98$ e $p > 0,05$), entre candidíase e *Trichomonas vaginalis* foi de 0,5% ($\chi^2 = 0,02$ e $p > 0,05$), entre candidíase e inflamatório bacteriano foi de 1,2% ($\chi^2 = 52,93$ e $p < 0,05$) e entre candidíase e alterações sugestivas de HPV foi de 0,2% ($\chi^2 = 0,62$ e $p > 0,05$). Os dados demonstram que 26,5% das portadoras de candidíase vaginal, apresentam associações de *Candida sp.* com outros microorganismos.

O processo inflamatório inespecífico ocorreu em 65,9% dos casos, representando o resultado mais frequente neste levantamento, seguido de vaginose bacteriana (9,4%). A tricomoníase representou 5,4% dos casos, demonstrando frequência menor do que processo inflamatório por fungo.

As alterações sugestivas de HPV, isoladamente ou associadas a outros microorganismos, que não *Candida*, somaram um total de 24 (4,19%) dos 572 resultados dos exames realizados.

Na (Tabela 1) são demonstrados este e os demais resultados obtidos neste levantamento preliminar.

Tabela 1 - Resultados de exames de colpocitologias coradas realizados no ano de 1995 no setor de DST-UFF (método de coloração de Papanicolaou)

RESULTADOS	Nº DE CASOS	(%)
Inflamatório por <i>Candida</i>	36	6,3
Inflamatório bacteriano + <i>Candida</i>	7	1,2
Candidíase + VB	2	0,3
Candidíase + <i>Trichomonas vaginalis</i>	3	0,5
Candidíase + Sugestivo de HPV	1	0,2
Inflamatório inespecífico	377	65,9
Vaginose bacteriana	54	9,4
<i>Trichomonas vaginalis</i>	31	5,4
Sugestivo de HPV	17	3,0
Sugestivo de Herpes virus	4	0,7
<i>Ca in situ</i>	1	0,2
Sugestivo de HPV + <i>Trichomonas vaginalis</i>	1	0,2
Sugestivo de HPV + Herpes virus	1	0,2
VB + HPV	4	0,7
Normal	33	5,8
TOTAL	572	100%

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Dentre as 49 pacientes com diagnóstico de inflamatório por cândida, apenas 5 (10,2%) eram gestantes em diferentes períodos de gravidez.

Com relação à idade das mulheres estudadas, o maior número de casos ocorreu na faixa entre 21 e 30 anos (36,7%), seguida pelos grupos de 31 a 40 anos (30,6%) e 15 a 20 anos (22,5%). Apenas 10,2% das mulheres tinham entre 41 e 50 anos de idade (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Idade da mulher no momento da realização do exame

Idade (em anos)	Nº de casos	(%)
15 a 20	11	22,5
21 a 30	18	36,7
31 a 40	15	30,6
41 a 50	5	10,2
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

As mulheres solteiras somaram um total de 51%, casadas, 26,6%; viúvas, 2%; separadas, 6,1%; e solteiras com companheiro, 14,3%, conforme mostra a (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Estado civil das pacientes estudadas

Estado Civil	Nº de casos	(%)
Casadas	13	26,6
Solteiras	25	51,0
Viúvas	1	2,0
Separadas	3	6,1
Solteiras com companheiro	7	14,3
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Quanto à cor, mulheres pardas foram a grande maioria, seguidas das brancas e negras (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Cor

Cor	Nº de casos	(%)
Branca	13	26,6
Parda	25	51,0
Negra	1	2,0
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Dentre a mulheres estudadas, 28,6% tinham o 1º grau incompleto e 26,6% o 2º grau incompleto. Apenas uma paciente era analfabeta e também apenas uma tinha o curso superior completo. O restante do grupo estudado distribuiu-se conforme demonstrado na **Tabela 5**.

Tabela 5 - Grau de escolaridade

Escolaridade	Nº de casos	(%)
Analfabeta	1	2,0
1º grau incompleto	14	28,6
1º grau completo	8	16,3
2º grau incompleto	13	26,6
2º grau completo	9	18,4
Superior completo	1	2,0
Superior incompleto	3	6,1
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Em nossa casuística, 65,3% das mulheres tiveram sua primeira relação sexual entre 16 e 20 anos de idade, 18,4% entre 21 e 30 anos de idade, 14,3% entre 11 e 15 anos e 2% entre 31 e 40 anos de idade. (**Tabela 6**)

Tabela 6 - Idade na primeira relação sexual

Idade em anos	Nº de casos	(%)
11 a 15	7	14,3
16 a 20	32	65,3
21 a 30	9	18,4
31 a 40	1	2,0
40 ou mais	0	0
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

O uso de métodos anticoncepcionais foi avaliado em nosso levantamento, demonstrando que 32,7% das pacientes negaram uso de qualquer método, 30,6% usavam anticoncepcional oral, apenas 4,1% relataram uso de condom e 4,1% usavam métodos naturais. O restante do grupo estudado, com outras práticas anticoncepcionais, está demonstrado na **Tabela 7**.

Tabela 7 - Métodos anticoncepcionais

Método	Nº de casos	(%)
Anticoncepcional oral	15	30,6
Anticoncepcional injetável	1	2,0
Laqueadura tubária	11	22,5
Condom	2	4,1
Métodos naturais	2	4,1
DIU	1	2,0
Parceiro vasectomizado	1	2,0
Nenhum método	16	32,7
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Quanto ao uso rotineiro de condom, independente do método anticoncepcional adotado, apenas 8 (16,3%) das pacientes estudadas responderam positivamente.

Com relação à preferência sexual, 100% das pacientes informaram comportamento heterossexual.

A prática do coito oral foi relatada por 29 mulheres (59,2%) e coito anal por 12 (24,5%).

Dispareunia foi queixa de 19 mulheres (38,8%), porém a presença de libido normal foi observada em 42 mulheres (85,7%) e orgasmo em 39 (79,6%).

Na (**Tabela 8**) podemos avaliar os antecedentes obstétricos das mulheres estudadas. A maioria (34,7%) teve duas gestações, seguidas das nuligestas (26,5%), daquelas que tiveram apenas uma gestação (20,4%) e, por último, das que tiveram três ou mais gestações (18,4%).

Tabela 8 - Paridade das mulheres estudadas

Nº de Gestações	Nº de casos	(%)
Nuligesta	13	26,5
GI	10	20,4
GII	17	34,7
GIII ou mais	9	18,4
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

O número de parceiros sexuais também foi objeto de nosso estudo. A maioria das mulheres, ou seja 77,6% informaram relações sexuais com parceiro fixo exclusivo, 12,2% com parceiro fixo não-exclusivo e 10,2% relataram estar sem parceiro sexual na época da consulta (**Tabela 9**). Nenhuma das mulheres mencionou multiplicidade de parceiros.

Tabela 9 - Parceiro sexual

Tipo	Nº de casos	(%)
Fixo exclusivo	38	77,6
Fixo não exclusivo	6	12,2
Atualmente sem	5	10,2
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Na investigação da história patológica pregressa (HPP), 77,7% das mulheres estudadas afirmaram apenas passado de viroses comuns da infância. Somente uma (2,0%) afirmou ter *diabetes mellitus*. As demais patologias pregressas encontradas encontram-se agrupadas na (Tabela 10).

Tabela 10 - Patologias pregressas

Patologia	Nº de casos	(%)
Viroses comuns da infância	38	77,7
Diabetes	1	2,0
Hepatite	2	4,1
Hipertensão	2	4,1
Herpes Zoster	1	2,0
Pneumonia	2	4,1
Tuberculose pulmonar	1	2,0
Infecção urinária	1	2,0
Prótese cardíaca	1	2,0
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Com relação à história anterior de doenças sexualmente transmissíveis (DST), 6 mulheres (12,2%) afirmaram já ter tido algum deste tipo de infecção (Tabela 11), 6,1% disseram não saber informar e 81,7% negaram qualquer manifestação de DST anterior.

Dentre as DST citadas, infecções pelo HPV foram um total de 66,6% dos casos.

Dado que merece ser ressaltado é que apenas uma (2,0%) das 49 mulheres de nosso estudo, referiu episódio de CVV.

Tabela 11 - História de DST anterior

Tipo de doença	Nº de casos	(%)
Herpes genital	1	16,7
Sífilis	1	16,7
HPV	4	66,6
Total	6	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Em resposta à pergunta sobre o motivo da consulta, a maioria das mulheres (32,7%) afirmou a intenção de realizar exame colpocitológico (preventivo) de rotina. Apenas 6,1% procuraram o serviço por queixa de prurido vulvovaginal e 20,4% apresentavam corrimento vaginal como única queixa. Os demais resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 - Motivo da consulta

Motivo da Consulta	Nº de casos	(%)
Preventivo ginecológico de rotina	16	32,7
Corrimento vaginal	10	20,4
Prurido vulva vaginal	3	6,1
Parceiro com outro tipo de DST	5	10,2
Dor em baixo ventre/dispareunia	6	12,2
Distúrbios do ciclo menstrual	3	6,1
Verrugas vulvares	2	4,1
Bartholinite	1	2,0
Lesão bolhosa vulvar	1	2,0
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Ao exame clínico foram estudadas as impressões do profissional examinador à inspeção, com vista desarmada, de vulva, vagina e colo uterino, quando da realização do exame colpocitológico.

Na maioria das mulheres do estudo (73,5%) observou-se vulva de aspecto normal. Hiperemia vulvar ocorreu em 26,5%. Vagina hiperemiada foi observada em 57,1%. Vagina de aspecto normal aconteceu em 38,8%. Condiloma acuminado foi encontrado em duas pacientes, ou seja, 4,1%.

Quanto ao aspecto clínico de colo de uterino, 38,8% apresentavam-se hiperemiados em contraposição a 40,8% normais. Ectrópio foi encontrado em 20,4% dos casos.

Apesar de não ser queixa de todas as pacientes, no exame ao espéculo, observou-se presença de secreção vaginal do tipo branca grumosa ou fluida em 83,7% dos casos e 16,3% do tipo amarelada.

O exame direto de secreção vaginal (a fresco), mostrou que em 77,6% dos casos estudados, o resultado foi positivo para presença de *Candida sp.* contra 22,4% de resultados negativos (Tabela 13).

Tabela 13 - Resultados do exame direto (a fresco) de secreção vaginal

Resultado	Nº de casos	(%)
Sugestivo de <i>Candida sp.</i>	38	77,6
Ausência de fungos e protozoários	11	22,4
Total	49	100

Fonte: Arquivos do Setor de DST-UFF

Como rotina do serviço, são oferecidas a todos os pacientes atendidos no Setor de DST-UFF, as sorologias para HIV e VDRL. Em nossa casuística, 40 mulheres (81,6%) aceitaram fazer os exames. Em todos os casos o resultado foi negativo para ambos os exames.

DISCUSSÃO

Embora este estudo seja aparentemente simples, ele ganha importância, uma vez que, em nosso meio, não encontramos dados similares. Por isto, nossas comparações ocorreram com trabalhos envolvendo mais ambulatórios de ginecologia.

Partimos da colpocitologia oncológica, não porque seja este exame o mais fidedigno para o encontro de infecção por *cândida* na vagina, mas porque é o exame mais utilizado em ginecologia. E, sobretudo, porque pode sinalizar alterações da microbiota e infecções vaginais.

Em 1995, foram realizados 572 exames de colpocitologia corada em mulheres atendidas no Setor de DST da Universidade Federal Fluminense, dos quais foram selecionados 49 (8,6%), que tiveram resultado de inflamatório por *Candida sp.* isolada ou associada a outros agentes infecciosos vaginais.. Comparado ao trabalho de Friederich,⁹ que relatou incidência de 25% de CVV, e de Adad,⁴⁸ que encontrou 22,5% de candidíase em citologias vaginais realizadas em 1998, no ambulatório de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, nossa casuística mostra uma baixa frequência de CVV. Entretanto, concordamos com Friederich⁹ ao afirmar que VB é a primeira causa de vaginites que, em nossa casuística, apareceu em 10,4% dos casos.

Temos a obrigação de citar que a colpocitologia corada não é o melhor método para detectar desordem vaginal ocorrida na VB. Nestes casos, a bacterioscopia pela técnica de

Gram, associada ao teste da amina (KOH a 10%) e mensuração do pH vaginal, é a maneira mais correta e segura para estabelecimento de VB. Todavia, o desequilíbrio da microbiota vaginal pode ser observado, pela citologia, em vários casos. Isso, com certeza, explica o baixo número de VB em nosso material.

Com relação aos resultados dos 572 exames realizados, em que *Candida sp.* aparece isolada ou associada a outros microorganismos, candidíase isoladamente ocorreu em 6,3% dos casos, vaginose bacteriana (VB) e candida em 1,2%, candidíase e *Gardnerella vaginalis* em 0,3%, candidíase e *Trichomonas vaginalis* em 0,5% e candidíase associada a alterações sugestivas de HPV em 0,2%. Na análise dos 49 resultados de candidíase, 26,5% dos casos apresentaram associação a outros patógenos. Estes dados nos levam a considerar que terapias com associações medicamentosas não se justificam em casos de infecção vaginal. Entretanto, essa prática continua a ser empregada em nosso país.

Embora seja apenas um caso em 572 exames, o encontro de carcinoma escamoso *in situ* do colo uterino, numa mulher que procurou o serviço por rotina e sem queixas, corrobora a importância de se manter nos serviços de DST uma ação global à saúde da mulher.

Das 49 mulheres de nosso estudo, 36,7% tinham entre 21 e 30 anos de idade, e 30,6% estavam na faixa etária de 31 a 40 anos. As solteiras (51%), com parceiro sexual fixo e exclusivo (77,6%) e as pardas (51%) foram a maioria dos casos. Quanto à cor, Foxman,¹⁰ em seu estudo epidemiológico de 2.000 mulheres norte-americanas, relatou que mulheres negras referiam três vezes mais infecção fúngica do que brancas. Albuquerque,⁵⁵ relatou em sua série que a maioria das mulheres eram brancas (88,46%), casadas (76,90%) e tinham 20 anos ou menos (61,54%). Tais evidências demonstram que CVV acomete mulheres jovens (no menacme), é incomum após os 50 anos de idade, e não está ligada a grupos raciais ou à parceria sexual múltipla.

Em nossa casuística, o maior percentual das mulheres (32,7%), não fazia uso de métodos contraceptivos. Poderíamos tentar explicar tal fato, pelo baixo grau de escolaridade encontrado e pelas falhas na política de saúde hoje praticada no país, que gera exclusão na educação em saúde e planejamento familiar. A pílula anticoncepcional era usada por 30,6% das mulheres, podendo ser considerado, em nosso trabalho, como o mais freqüente, possível, fator predisponente. Outros fatores como gravidez (10,2%), diabetes (2%), e aids (0%) não foram tão significativos. Todavia, é raro encontrar, atualmente, mulheres fazendo uso de anticoncepcional oral com alta dose de estrogênio. Na nossa série, praticamente todas usavam pílulas de baixa quantidade de estrogênio. Moraes⁴² relata que nenhuma paciente de seu estudo era portadora destas patologias, porém, 70% eram atópicas ou tinham histórico familiar de alergias, o que não ocorreu em nenhum de nossos casos.

Das 49 mulheres do nosso estudo, 40 (81,6%) aceitaram realizar sorologias para HIV e para sífilis, isso porque são rotineiramente oferecidas em nosso setor. Todos os casos foram negativos, mostrando nessa série ausência de associação entre infecção por cândida e tais patologias.

Perguntadas sobre histórico de DST anterior, 57,1% das mulheres relataram infecção pelo HPV, que foi maior que as vaginose bacterianas, citadas como associação comum a CVV em diversos trabalhos publicados, e que em nosso estudo representou 1,2% dos resultados.

Grande parte das mulheres buscou o serviço para a realização de exame ginecológico de rotina. Isso revela a importância de uma clínica de DST que tem atenção mais ampla na saúde coletiva.

Cinco mulheres (10,2%) chegaram ao serviço relatando saber de DST em seus parceiros. Aparentemente pode ser baixa essa percentagem, todavia, sabemos que muitas, como possuem sintomas, alegam os seus problemas como o motivo principal. Entretanto, por conhecimento através de grupos focais, decidiram procurar nossa atenção após indicação de seus parceiros.

Apenas 20,4% referiam queixa de corrimento vaginal. Quanto ao prurido vulvovaginal, 6,1% referiram este sintoma, que foi inferior à queixa de dispareunia (12,2%). Observamos com estes dados, que a maioria das mulheres de nosso estudo apresentava-se assintomática. Neste aspecto, Schaaf¹⁶ e Sobel,¹⁵ afirmam que tanto o prurido quanto a secreção vaginal não estão invariavelmente associados à CVV, e que o prurido vulvovaginal é mais freqüente que a secreção vaginal, que pode ser um achado ocasional. Dados do CDC-MMWR¹⁰ classificam o prurido e a secreção vaginal como sintomas típicos de CVV. Kafi,²⁷ estudando mulheres sintomáticas e assintomáticas submetidas a teste de PCR e de resposta de citocinas, detectou *Candida albicans* em apenas 9,7% das assintomáticas, o que pode demonstrar que a colpocitologia, corada por método de Papanicolaou, apresenta boa sensibilidade no diagnóstico de CVV, especialmente em se tratando de casos assintomáticos.

Entretanto, não podemos deixar de citar que o encontro de cândida na vagina não é igual a processo patológico. Sendo descrita como possível habitante da microbiota, esse fungo só deve ser preocupante, nos genitais, quando produzindo sinais e sintomas. O encontro puro e simples de algumas formas leveduriformes não justificam sempre a classificação de candidíase e prescrição de tratamento. Isso fica evidente quando apresentamos as diferenças no nosso estudo de resultado de exame clínico da vulva e vagina e presença de cândida em resultado laboratorial.

Nossa taxa de positividade para cândida em exame direto (a fresco) foi inferior ao Papanicolaou. Acreditamos que este fato se deve à falha do observador, uma vez que este exame é realizado no momento da consulta, sendo o examinador, na maioria absoluta das vezes, aluno do curso de especialização ou interno em treinamento no Setor de DST. Isso difere completamente do serviço de Patologia do Hospital Universitário, que sempre tem pessoal experiente na leitura dos exames colpocitológicos. Todavia, consideramos valiosa a realização deste exame, pela possibilidade de resultado rápido, tomando, assim, o atendimento mais eficaz com o imediato início do tratamento, quando necessário.

Embora tenha sido menor no número total de casos (sintomáticos e assintomáticos), o exame a fresco ganha mais importância nas pacientes com sintomatologia. Nesta ocasião, o exame simples, rápido e efetuado no momento da consulta é mais eficiente que o Papanicolaou, que possui diferente finalidade.

Quanto à paridade, 34,7% das mulheres eram gesta II. Albuquerque Neto⁵⁵ encontrou, em seu trabalho, este mesmo dado em 42,30% das mulheres estudadas. Consideramos relevante mencionar que, em ambos os estudos, o número de nuligestas foi bastante significativo. Estes dados nos demonstram que CVV não está diretamente relacionada com o número de gestações das mulheres acometidas.

Apesar de em nossa revisão da literatura, consultada na execução deste trabalho, a recorrência de CVV ser considerada um problema para médicos e pacientes, nossa casuística mostrou uma baixa frequência de recidivas de CVV (14,3%), que conforme orientação do CDC-MMWR,¹⁰ só pode ser classificada como recorrente em situações de quatro ou mais episódios no período de um ano. Este fato pode ter ocorrido devido à não identificação dos sintomas, por parte das pacientes, em possíveis episódios anteriores, por não ter sido corretamente diagnosticada nesta eventualidade, por CVV ter cursado de forma assintomática ou porque em nosso meio a recorrência não represente um problema.

CONCLUSÃO

Como a colpocitologia oncológica é exame largamente usado na prática ginecológica, a porcentagem de positividade para infecção fúngica, no nosso material, ganha importante significado.

O perfil de mulheres atendidas no Setor de DST-UFF com processo inflamatório por candida na colpocitologia é de: jovens (entre 21-30 anos), solteiras, pardas, com baixo nível de escolaridade, baixa paridade (gesta II), início da atividade sexual entre 16 e 20 anos, não usam método contraceptivo nem usam rotineiramente preservativo, são heterossexuais, com parceiro fixo e exclusivo, praticam o coito oral, têm orgasmo e no histórico progresso de DST a infecção pelo HPV é a mais citada.

O perfil epidemiológico de portadoras de CVV descrito em trabalhos consultados para a realização de nossa pesquisa, mostrou-se bastante semelhante ao encontrado por nós. Este fato nos leva a concluir que CVV cursa de maneira bastante semelhante, em mulheres de diversos países dos vários continentes do planeta, independente de etnia, hábitos, cultura e clima em que vivem.

No tratamento de CVV não se justificam as associações medicamentosas, principalmente para tricomoníase e VB em produtos vaginais, uma vez que essas co-infecções são estatisticamente desprezíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MONIF GRG. Classification and Pathogenesis of Vulvovaginal Candidiasis. *Am J Obstet Gynecol.*, 52 (7 part 2): 935-939, 1985.
- VAN UDEN N & BUCKLEY HR. Genus 2. Candida. Berkhout apud Lodder. J. In: *The Yeasts*. Amsterdam, North-Holland, p. 893-1087, 1970.
- GOLDSTEIN J, IDOEPRICH, PP. *Infect Des.* 1, p. 372-82, 1977.
- CRUICKSHANK R, DUGUID JP, MARMION BP, SWAIN CHA. *Microbiologia Médica*. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, v. 1, p. 1024-29, 1973.
- STUSSI JSP. Carta ao leitor. *J Bras Doenças Sex Transm* 10(5): 54-55, 1998.
- ABU-ELTEEN KH. Increased incidence of vulvovaginal candidiasis caused by Candida glabrata in Jordan. *Jpn J Infect Dis*; 54(3):103-7, 2001.
- PARAZZINI F, DI CINTIO E, CHIANTERA V, GUASCHINO S. Determinants of different Candida species infection of the genital tract in women. Sporochrom Study Group. *Eur J Obstet Reprod Biol*; 93(2):141-5, 2000.
- AHEARN DG. Identification and Ecology of Yeasts of medical importance. In: *Opportunistic Pathogens*. Baltimore, *University Park Press*, p. 129-146, 1974.
- FRIEDRICH Jr EG. Current perspectives in candidal vulvovaginitis. *Am J Obstet Gynecol.*, 158: 985, 1988.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2002;51 (No. RR-6).
- RIBEIRO MA, DIETZ R, PAULA CR, DA MATTA DA, COLOMBO A. Susceptibility profile of vaginal yeast isolates from Brasil. *Mycopatologia*; 15(1):5-10, 2001.
- MONIF GRG et al. Candida albicans. Doenças Infecciosas em Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 210-229, 1978.
- FERRER J. Vaginal candidosis: epidemiological and etiological factors. *Int J Gynecol Obstet*; 71 Suppl 1:S21-7, 2000.
- ESCHENBACH DA. Vaginal infection. *Clin. Obstet Gynecol*, p. 26-186, 1993.
- SOBEL JD. Vulvovaginal Candidiasis. *Medical Clinics of North America*, v. 74, n.6, p. 1573-602, 1990.
- SCHAAF VM, PEREZ-STABLE EJ, BORCHARDT K. The Limited Value of Symptoms and Signs in the Diagnosis of Vaginal Infections. *Archives of Internal Medicine*. v. 150, n.9, p. 1929-33, 1990.
- KINGHORN GR. Medical Overview of Vaginal Candidiasis. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 37 (suppl):3-8, 1992.
- KINGHORN GR. Vulvovaginal Candidosis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. v. 28, supl. A, p. 59-66, Sheffield, 1991.
- KORTE W, PATER NIESEN M. Patogenia y clinica de las micosis vaginalis. *Rev. Med. Terap.* p. 50-57, 1975.
- MIKHAIL MS, PALAN PR, BASU J, ANYAEBUNAM A, ROMNEY S. L. Decreased beta carotene levels in exfoliated vaginal epithelial cells in women with vaginal candidiasis. *Am. J. Reprod. Immunol.* Outubro 1994, 32 (3): 221-5.
- SÁNCHEZ-VEJA JT, TAY ZAVALA J, RUIZ-SÁNCHEZ D, RUIZ HERNÁNDEZ A, ROBERT-GUERRERO L, FERNÁNDEZ-PRESAS AM, MARTINEZ S. Frecuencia de Tricomoniasis y Candidiasis Vaginal y su Relación con el Cuadro Clínico. *Ver. Lat. Amer. Microbiol.* v.35, n.2, p. 211-6, 1993.
- RIGG D, MILLER MM, METZGER WJ. Recurrent allergic vulvovaginitis: Treatment With Candida albicans allergen immunotherapy. *Am J Obstet Gynecol.* 162, East Carolina: p.332-6, 1990.
- WITKIN S, HIRSCHJ LEDGER W. A Macrophage defect in women with recurrent candida vaginitis and its reversal in vitro by prostaglandin inhibitors. *Am J Obstet Gynecol.* 155:790, 1986.
- WITKIN S. A localized vaginal allergic response in women with recurrent vaginitis. *Y. Allergy Clin Immunol.* 81: 412-16, 1988.
- HOROWITZ BJ, GRANQUINTA D, ITO S. Involving Pathogens in Vulvovaginal Candidiasis: Implications for Patient Care. *Journal of Clinical Pharmacology*. v. 32 n.3, p.248-55, 1992.
- RINGDAHL EN. Treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am Fam Physician.* 61(11):3306-12, 3317, 2000.
- KAFI SK, MOHAMED AO, MUSA HA. Prevalence of sexually transmitted disease (STD) among women in a suburban sudanese community. *Ups J Med Sci.* 105(3):249-53, 2000.
- SECOR RM. Cytolytic Vaginitis: a common cause of cyclic vulvovaginitis. *Nurse Practice Forum.* 1992 sep., 3(3):145-8.
- CARCIO HA, SECOR RM. Vulvovaginal Candidiasis: a current update. *Nurse Practice Forum.* 1992 sep., 3 (3):135-44.
- FOXMAN B, BARLOW R, D'ARCY H, GILLESPI B, SOBEL JD. Candida vaginitis: self-reported incidence and associated costs *Sex Transm Dis.* 27(4):230-5, 2000.
- KINGHORN GR. Candidíase Vulvovaginal. Departamento de Medicina Geniturinária. *Royal Hallamshire Hospital*. v. 1, Sheffield, Reino Unido, 1994.
- REISS F. Steroid hormones. *Arch. Dermat. & Syph.* 59: 405-1, 1994.
- SALVATORE CA. Candidíase Vulvovaginal. In: Lacaz, C.A. *Candidíases* Ed. da Universidade de São Paulo, p. 112-20, 1980.
- HAEFNER HK. Current evaluation and management of vulvovaginitis *Clin Obstet Gynecol.* 42(2):184-95, 1999.
- LOURIA DB, STIFF DP, BENNET P. Disseminated Moniliasis in adult. *Medicine.* 41:307-337, 1962.
- TAVARES W. Azóis Antifúngicos. In: *Manual de Antibióticos e Quimioterápicos Antiinfecciosos*. 1ª Reimp. 1ª Edição, p. 617-22, 1993.
- HURLEY R. Recurrent candida infection. *Clin. Obstet. Gynecol.* p. 8-209, 1981.
- BAETEN JM, NYANGE PM, RICHARDSON BA, LAVREYS L, CHOHAN B, MARTIN HL, MANDALIYA K, NDNINYA-ACHOLA JO, BWAYO JJ, KREISS JK. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Gynecol.* 185(2):380-5, 2001.
- MORAES PSA. Vacinas Hipossensibilizantes na Candidíase Vaginal de Repetição: quando e por que indicar. *Femina*. Vol. 25, nº 1, p. 25-27, 1997.
- BAZIN AR. Infecções causadas pelo vírus da imunodeficiência humana. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida In: *DST Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
- ALMEIDA FILHO GL, PASSOS MRL, GOUVÊA TVD. Candidíase In: *DST Doença Sexualmente Transmissíveis*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
- MORAES PS, de LIMA GOIABA S, TAKETOMI EA. Candida albicans allergen immunotherapy in recurrent vaginal candidiasis. *J Invest Allergol Clin Immunol.* 10(5):305-9, 2000.

43. SPINILLO A, MICHELONE G, CAVANNA C, COLONNA L, CAPUZZO E, NICOLA S. Clinical and microbiological characteristics of symptomatic vulvovaginal candidiasis in HIV-seropositive women. *Genitowin-Med*. 1994 aug.; 70(4):268-72.
44. WHITE MH. Is Vulvovaginal candidiasis in AIDS - related illness? *Clin Infect Dis*. 22 suppl 2: S124-7, 1996.
45. HANDA VL, STICE CW. Fungal culture findings in cyclic vulvitis. *Obstet Gynecol*. 96(2):301-3, 2000.
46. SOUZA NETO BA. Microbiologia. In.: PASSOS MRL et al. *DST Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 537, 1995.
47. BOON ME, SCHWINGHAMMER H, VAN DER VEEN G. Analysis of lifestyle data and cytologic findings in a pilot cervical screening project in rural Vietnam. *Acta Cytol*. 43(5):786-93, 1999.
48. ADAD SJ, DE LIMA RV, SAWAN ZT, SILVA ML, DE SOUZA MA, SALDANHA JC, FALCO V*, CUNHA AAH, MURTA EF. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. *São Paulo Med J*; 119(6):200-5, 2001.
49. NYIRJESY P et al. Chronic fungal vaginitis: The value of cultures. *Am J Obstet Gynecol*. v. 173, n. 3, part 1, p. 820-23, 1995.
50. OLIVEIRA LHS, CAVALCANTE SMB. Diagnóstico Laboratorial por Técnicas de Biologia Molecular. In.: *DST Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, p. 514-15, 1995.
51. CRAMPIN A C, MATTHEUS RC. Application of the polymerase chain reaction to the diagnosis by amplification of the HSP 90 gene fragment. *Journal of Medical Microbiology*. v. 39, n.3, p. 233-38, 1993.
52. WEISSENBACHER S, WITKIN SS, TOLBERT V, GIRALDO P, LINHARES I, HAAS A, WEISSENBACHER ER, LEADGER WJ. Value of *Candida* polymerase chain reaction and vaginal cytokine analysis for the differential diagnosis of women recurrent vulvovaginitis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 8(5-6):244-7, 2000.
53. NYIRJESY P. Chronic vulvovaginal candidiasis *Saudi Med J*; 22(10):934, 2001.
54. KINGHORN GR. *Candidíase Vulvovaginal*. Departamento de Medicina Genitourinária. *Royal Hallamshire Hospital*. v. 2. Sheffield, Reino Unido, 1994.
55. ALBUQUERQUE NETO LC, GIRÃO MJB, BACARAT EC, LIMA GR. Avaliação Clínica da Ciclopiroxalamina no Tratamento da Candidíase Vulvovaginal. *RBM-Ginecologia e Obstetria* vol. V, nº 2, 1994.
56. MORAES PSA. Relação Sexual: Principal fator desencadeante na candidíase vaginal de repetição. Estudo do tempo decorrente entre o início da atividade sexual regular e a candidíase de repetição. *J bras. Ginec*. 106 (8):295-299, 1996.

Endereço para correspondência:

ALÉA MC BASTOS

Rua Pereira da Silva, 90 apto. 1404, Icaraí, Niterói, RJ.
CEP: 24220-031.

Recebido em: 16/12/2003.
Aprovado em: 10/02/2003.

Assine DST

**DST - JORNAL BRASILEIRO DE
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

ISSN: 0103-4065

ASSINATURA ANUAL - 4 NÚMEROS

Individual R\$ 60,00 – Institucional R\$ 80,00

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

TEL: () _____ FAX: () _____ E-MAIL: _____

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST – Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí – Niterói - RJ – CEP 24230-150.
E-mail: mipmaur@vm.uff.br www.uff.br/dst/

REDUCCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS EN OBSTETRICIA MEDIANTE EL CONTROL DE LA VAGINOSIS BACTERIANA DURANTE EL EMBARAZO

REDUÇÃO DE EFEITOS ADVERSOS EM OBSTETRÍCIA POR CONTROLE DA VAGINOSE BACTERIANA

OBSTETRIC ADVERSE EFFECTS REDUCTION THROUGH BACTERIAL VAGINOSIS CONTROL DURING PREGNANCY

Alicia Farinati¹, Julio Mugaribí², Graciela Hellou², María Isabel Fernández¹,
María Isabel Fadel¹, Osvaldo Cantarelli²

RESUMEN

Introducción: Las complicaciones obstétricas de la vaginosis bacteriana incluyen entre otras a la amenaza de parto pretérmino (APP), parto de pretérmino (PP) y rotura prematura de membranas (RPM). **Objetivo:** Evaluar en mujeres embarazadas la eficacia de la determinación vaginal del pH y la prueba de aminas (PA), como método de orientación diagnóstica y el tratamiento oral de la VB con amoxicilina-ácido clavulánico (AMC), para la reducción de los efectos adversos. **Métodos:** Se estudiaron y controlaron 137 mujeres entre la semana 10 y 14 de embarazo, de las 812 que concurren durante los meses de abril-julio de 2001, al Hospital Lucio Meléndez, Provincia de Buenos Aires, mediante estudio clínico, determinación del pH vaginal y la prueba de aminas con HOK al 10%. El estudio microscópico fue diferido y no influyó en la terapéutica inicial de la VB. De estas embarazadas, fueron incluidas para el análisis 119 a las que se pudo efectuar el seguimiento hasta la terminación del embarazo (grupo A1). A las pacientes con clínica compatible de VB, pH mayor de 4.5 y PA positiva se las trató con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 12 horas durante 5 días. Como grupo control (grupo B) se utilizaron 814 mujeres que concurren en el mismo período del año anterior y a las que no se les efectuó control ni tratamiento de la VB. **Resultados:** Los efectos adversos en el grupo sin control fueron para APP, PP y RPM de 15.72%, 8.5% y 6.5% con un total de 30.71% mientras que en el grupo de 119 embarazadas que tuvieron el control de la VB entre las semanas 10 y 14 y que concurren para la terminación del parto fueron de 8.4, 3.4 y 5.04% respectivamente con un total de 16.8%. La reducción total en el grupo controlado fue del 14%. **Conclusión:** Se requiere tratar la VB en 8 embarazadas para reducir al menos un efecto adverso. El tamizaje y tratamiento de la VB durante etapas tempranas del embarazo con una aminopenicilina-inhibidor de betalactamasa (amoxicilina-ácido clavulánico o amoxicilina-sulbactam) puede reducir significativamente los efectos adversos durante el embarazo y son estrategias importantes para prevenir sobre todo el parto de pretérmino que es la causa de morbilidad y mortalidad en casi el 35% de los problemas pediátricos posteriores.

Palabras claves: vaginosis bacteriana, embarazo, efectos adversos, amenaza de parto de pretérmino, parto de pretérmino, rotura prematura de membranas

RESUMO

Introdução: As complicações obstétricas da vaginose bacteriana incluem, entre outras, a ameaça de parto pré-termo (APP), parto pré-termo (PP) e ruptura prematura de membranas (RPM). **Objetivo:** Avaliar em mulheres grávidas a eficácia da determinação vaginal de pH e a prova de aminas (PA), como método de orientação diagnóstica, e o tratamento oral da VB com amoxicilina-ácido clavulânico (AMC), para a redução dos efeitos adversos. **Métodos:** Estudaram-se e controlaram-se 137 mulheres entre a 10^a e 14^a semana da gravidez, das 812 que compareceram durante os meses de abril-julho de 2001 no Hospital Lucio Meléndez, Província de Buenos Aires, mediante estudo clínico, determinação do pH vaginal e prova de aminas com KOH a 10%. O estudo microscópico foi realizado e não influenciou na terapêutica inicial da VB. Dessas grávidas, foram incluídas para a análise 119, às que se pôde efetuar o seguimento até o fim da gravidez (grupo A1). As pacientes com clínica compatível de VB, pH maior que 4,5 e PA positiva tratou-se com amoxicilina-clavulânico 875/125 mg a cada 12 horas durante 5 dias. Como grupo controle (grupo B), utilizaram-se 814 mulheres que compareceram no mesmo período do ano anterior e às quais não se efetuou controle nem tratamento da VB. **Resultados:** Os efeitos adversos no grupo sem controle foram para APP, PP e RPM de 15,72%, 8,5% e 6,5%, com um total de 30,71%, enquanto que no grupo de 119 grávidas que tiveram o controle da VB entre as semanas 10 e 14 e que confluíram para a terminação do parto, foram de 8,4%; 3,4% e 5,04%, respectivamente, com um total de 16,8%. A redução total no grupo controlado foi de 14%. **Conclusão:** Requer-se tratar a VB em 8 grávidas para reduzir ao menos um efeito adverso. A seleção e o tratamento da VB durante etapas iniciais da gravidez com uma aminopenicilina-inibidor de betalactamase (amoxicilina-ácido clavulânico ou amoxicilina-sulbactam) podem reduzir significativamente os efeitos adversos durante a gravidez e são estratégias importantes para prevenir sobretudo o parto pré-termo que é a causa de morbidade e mortalidade em quase 35% dos problemas pediátricos posteriores.

Palavras chave: vaginose bacteriana, gravidez, efeitos adversos, ameaça de parto pré-termo, parto pré-termo, ruptura prematura de membranas

ABSTRACT

Background: Obstetric complications of bacterial vaginosis include preterm labor threat (PTT); preterm birth (PB) and premature rupture of membranes (PROM). **Aim:** The aim was investigate the efficacy of amina test and pH determination of vaginal fluid as guide method for diagnosis and oral treatment of BV with amoxicillin-clavulanic acid (AMC) to reduce those adverse effects. **Methods:** We included 137 women (group A1) with pregnancies of 10-14 weeks' gestation, among 812 pregnant women, during april-july 2001, in the Hospital Lucio Meléndez, Provincia Buenos Aires. Among them we recruited 119 ones we know the end of pregnancy. Clinical study, amina test with HOK 10% and pH determination of vaginal fluid were performed. The bacterioscopy examination was carry out after and had not influenced upper initial treatment of BV. The patients with higher pH than 4.5 and positive amina test were treated with AMC twice a day, 5 days. Pregnant women (814) that were attended to the same period of previous year at the same hospital, without BV control, were studied as control group (group B). The patients with clinical of BV, pH higher than 4.5 and positive amino test, were treated with AMC 875/125 mg, twice a day, 5 days. **Results:** the adverse effects in group B and group A were 15.72%, 8.5% and 6.5%, total 30.71% and 8.4, 3.4 y 5.04%, total 16.8% for PTT, PB and PROM respectively. The total adverse effects reduction among patients of 119 women of group A1 was 14%. **Conclusion:** The treatment of 8 pregnancy women with BV for reducing at less 1 adverse effect it's necessary. Screening and treating BV in pregnant women with aminopenicillin plus betalactamase inhibitors (amoxicillin plus clavulanic acid or amoxicillin plus sulbactam) could significantly reduce the risks of suffering PTT, PB and PROM, mainly preterm birth as cause the morbidity and mortality in almost 35% of subsequent pediatric problems.

Keywords: bacterial vaginosis, pregnancy, adverse effects, preterm labor threat; preterm birth, premature rupture of membranes

INTRODUCCIÓN

La amenaza de parto de pretérmino (APP), el parto de pretérmino (PP) y la rotura prematura de membranas (RPM) entre otros efectos adversos durante el embarazo, constituyen un problema en la salud pública en general. En lo particular representa muchas veces la frustración de un embarazo deseado o la disminución de la calidad de vida en los que sobreviven por secuelas que se pueden presentar tanto en forma inmediata como mediata. Las infecciones representan un rol fundamental. La vaginosis bacteriana (VB) es una patología endógena del tracto genital inferior femenino (TGI) caracterizada por un desequilibrio de la flora normal no bien dilucidada aun y que ha sido vinculada con efectos adversos durante el embarazo, como los ya anteriormente citados.^{1,2,3} Hay un grupo de microorganismos que en diferentes proporciones se encuentran presentes en la VB y a los que podemos atribuir responsabilidad etiológica que es el complejo GAMB (*Gardnerella vaginalis*, anaerobios, *Mobiluncus*, *Mycoplasma*). Puede ser asintomática en aproximadamente el 40% de las mujeres y existen controversias acerca de la eficacia del tratamiento en este último grupo como medida para la reducción de los mencionados efectos. No ha sido aún definido el mejor control y el tratamiento durante el embarazo a pesar de que se han publicado normas terapéuticas basadas en el uso de antimicrobianos (ATB) sistémicos. Tampoco ha quedado definido el valor de los ATB locales, ya sea en forma de óvulos, geles o cremas.^{4,5,6} El PP debido a la APP o a la RPM alcanza un 60-70% de los nacimientos prematuros. La relativa frecuencia de la rotura prematura de membranas como causa de prematurez varía según el estado socio-económico, siendo ésta más importante en los niveles sociales más bajos y por lo tanto con menores posibilidades de acceso a los controles necesarios durante el embarazo.

Lograr la reducción de los efectos adversos mediante el control de las infecciones del TGI durante el embarazo, con el empleo de medios de bajo costo, constituye un verdadero desafío en el área de la salud reproductiva.

OBJETIVO

Evaluar en mujeres embarazadas la eficacia de la determinación vaginal del pH y la prueba de aminas (PHA), como método de orientación diagnóstica y el tratamiento oral de la VB con amoxicilina-ácido clavulánico (AMC), para la reducción de los efectos adversos (APP, PP y RPM).

MÉTODOS

Pacientes: se estudiaron 812 mujeres embarazadas durante el período abril-julio de 2001 (Grupo A), que concurren para su control al Hospital Lucio Meléndez (HLM) de Adrogué (provincia de Buenos Aires). A 137 de las mismas (A) se les efectuó la determinación del pH y la PA "in situ" y en forma diferida (sin la intervención de ese dato para el tratamiento), se realizaron los estudios bacterioscópicos. Este control se efectuó entre la semana 10 y 14 de embarazo. Para evaluar a las mujeres controladas con la determinación del pH y la PA, se las continuó observando hasta el momento del parto. Las restantes 675 mujeres se tomaron como grupo control interno no tabulado. Como control (Grupo B) se evaluó un grupo de mujeres embarazadas (n = 814) a las que no se les efectuó estudio microbiológico de ningún tipo, que concurren al mismo Hospital durante el período abril-julio de 2000. En los dos grupos se recabaron datos demográficos, paridad, diabetes, infecciones de transmisión sexual (ITS), adicciones, y particularmente sobre APP, PP y RPM en embarazos previos.

MÉTODOS

Determinación del pH vaginal: se utilizaron tiras reactivas con una escala de pH desde < 3.8 a 5.4, con un gradiente entre 0.2/0.3, comparándose con una escala colorimétrica adecuada para establecer el valor respectivo. El material, obtenido del fondo de saco vaginal con un hisopo estéril, se apoyó sobre la tira para evidenciar el color.

Determinación de PA: se utilizó OHK al 10% provisto en un frasco gotero. El material vaginal se depositó sobre un portaobjeto y se agregó al mismo una gota del reactivo para evaluar el desprendimiento de aminas volátiles. La presencia del olor característico (olor a pescado) se interpretó como positivo.

EXAMEN BACTERIOSCÓPICO

Una vez realizadas las dos determinaciones (pH y PA), con el material vaginal se efectuaron en forma diferida dos extendidos que se colorearon con Gram y Giemsa. En la coloración de Gram, se observó la presencia de células guías ("clue cells"), elementos micóticos y tipos de flora. En la coloración de Giemsa, se evaluó la presencia de *Trichomonas vaginalis* (TV) y la respuesta inflamatoria. Se consideró como positiva la presencia de más de 10 leucocitos por campo de 400 X.

Tratamiento: a todas las mujeres con sospecha de vaginosis bacteriana (VB), por presentar pH > = 4.5 y PA (+), se las medicó en forma oral con amoxicilina-clavulánico (875/125mg) cada 12 horas durante 5-7 días. Se consideraron tratadas adecuadamente todas aquellas mujeres que bacterioscópicamente demostraron tener VB y en forma inadecuada, las que con características similares de pH y PA tuvieron *Candida* spp., TV, flora normal o intermedia.

¹ Facultad de Medicina, Universidad del Salvador

² Servicio de Obstetricia, Hospital Lucio Meléndez, Adrogué, Buenos Aires

ESTUDIO ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba del χ^2 (chi cuadrado). Se determinó el OR y se tomaron intervalos de confianza (IC) del 95 % según la prueba de Mc Nemar para la correlación de proporciones. Los valores de $P < 0.05$ fueron considerados significativos. El número necesario a tratar (NNT) se estableció como la recíproca de la reducción del riesgo absoluto (1/RRA).

RESULTADOS

La distribución de las mujeres evaluadas se puede observar en la **Tabla 1**:

Tabla 1. Grupos de mujeres evaluadas

Grupo A (n=812)		Grupo B (n=814)
A1	A2	
n=137	n=675	

(n): número

Básicamente las características socioeconómicas de ambos grupos fue similar pero se incluyen en la **Tabla 2** las que se pudieron constatar. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en lo que se refiere a edad, nivel educativo o enfermedades previas. Con respecto a las ITS y los eventos adversos en embarazos anteriores fue dificultoso extraer los datos de las pacientes del grupo B, lo mismo con los últimos datos, en las pacientes del grupo A1. Los valores de pH y el resultado de la prueba de aminas en el grupo A1 se puede observar en la **Tabla 3**.

Tabla 2. Características demográficas de los grupos de mujeres consideradas (grupos A1 y grupo B)

PA (+)	PA (+)	PA (-)	PA (-)
pH>4.5	pH<4.5	pH>4.5	pH<4.5
42	13	34	48
30.6 %	9.5 %	24.8 %	35 %

* grupo que tuvo control y tratamiento, OR: Odds ratio, S: significancia

Tabla 3. Valores obtenidos con el pH y la PA (n = 137)

Características	Grupo A1* (137)	Grupo B (812)	OR	χ^2	p	S
Edad intervalo promedio	15-35 25	16-30 23				NS
Educación						
Nivel primario incompleto	45%	42%	1.13	0.18	0.6	-
Nivel primario completo	40%	41%	0.96	0.02	0.8	-
Nivel secundario	11%	10%	1.11	0.05	0.8	-
Nivel terciario	4%	7%	0.55	0.87	0.3	-
Adiciones						
Tabaquismo	6%	7%	0.85	0.92	0.7	-
Diabetes	1%	2%	0.49	0.49	0.5	-
Otras patologías	3%	5%	0.59	0.52	0.4	-

PA: prueba de aminas

Al efectuarse el examen microscópico se comprobó que la VB estuvo presente en el 13.9 % de las pacientes (**Tabla 4**).

Tabla 4 - Flora habitual, intermedia y patologías de las pacientes según el pH, la PA y las coloraciones de Gram y Giemsa (n = 137)

Flora habitual	(65) 47.4 %
Flora intermedia	(12) 8.76%
<i>Trichomonas vaginalis</i>	(17) 12.4 %
<i>Candida spp</i>	(24) 17.5%
Vaginosis bacteriana	(19) 13.9%

() número de pacientes

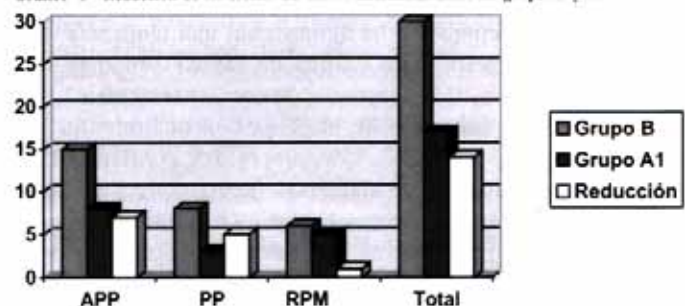
Los nacimientos, los efectos adversos observados en el grupo controlado y no controlado y la reducción de los mismos en sus respectivos periodos se observan en la **tabla 5**.

Tabla 5 - Reducción de los efectos adversos: diferencias entre los grupos B y A1

	Nacimientos	APP	p	PP	p	RPM	p	Total	p
Grupo B n=814	814	128 15.72 %		69 8.5%		53 6.5%		250 30.71%	
Grupo A1 n=119*	119	10 8.4%	0.035	4 3.4%	0.07	6 5.04%	0.5	20 16.8%	0.02
Diferencia o reducción		7.32%		5.1%		1.46%		13.91%	

APP: amenaza parto pretérmino; PP: parto pretérmino; RPM: rotura prematura de membranas *18 mujeres de las 137 controladas no concurren a la terminación del parto al Hospital Lucio Meléndez

Gráfico 1 - Reducción de los efectos adversos: diferencias entre los grupos B y A1



La medicación con amoxicilina-cavulánico 875/125 mg, cada 12 horas, durante 5 días, se administró a 40/137 pacientes (29.19%), de las cuales 65 (47.4%) tuvieron flora habitual, 12 (8.76%) flora intermedia, 9 fueron VB, 14 tricomoniasis, 5 candidiasis. Estos datos se conocieron luego de haber sido efectuado el estudio microscópico. La evaluación de la reducción del riesgo relativo (RRR) y del absoluto (RRA) entre las mujeres que tuvieron los efectos adversos en los dos grupos (A1 y B) se pueden observar en la tabla 6. Si se toma en cuenta la reducción del riesgo absoluto, el número necesario de pacientes a tratar (NNT) para evitar el efecto o evento adverso es de 14, 20 y 100 para la APP, PP y RPM respectivamente; es decir que para lograr reducir al menos un evento adverso durante el embarazo atribuible a VB, habría que tratar 8 mujeres.

Los costos por paciente que demandaron los controles y el tratamiento en las pacientes del grupo A1 fueron de: 980, 12000 y 560 para la amenaza del parto de pretérmino, el parto de pretérmino y la rotura prematura de membranas, respectivamente. Dichos costos correspondieron a dólares en el año 2001. Si se hace una proyección al año 2003 dichos valores serían de 980, 37500 y 600 pesos respectivamente. El análisis de estos parámetros se efectúan en otro trabajo.

Tabla 6: reducción del riesgo relativo (RRR), del riesgo absoluto (RRA) y el NNT entre las pacientes del grupo A1 y del grupo B

	APP	PP	RPM	Total
A1	10/119 (8.4%)	4/119 (3.4%)	6/119 (5.04%)	20/119 (16.8%)
B	128/814 (15.7%)	69/814 (8.5%)	53/814 (6.5%)	250/814 (30.7%)
RRR	7.3%	5.1%	1.5%	14%
RRA	0.07	0.05	0.01	0.13
NNT	14	20	100	8

APP: amenaza parto pretérmino; PP: parto pretérmino; RPM: rotura prematura de membranas
RRR: reducción del riesgo relativo; B: A1/B; RRA: reducción del riesgo absoluto; B-A1; NNT: número necesario de tratamientos; recíproca de la reducción del riesgo absoluto: 1/RRR

DISCUSIÓN

La etiología de los efectos adversos APP, PP y RPM es múltiple y pobremente comprendida. Algunas condiciones obstétricas como polihidramnios, preeclampsia y malformaciones son más o menos obvias, mientras que en muchos casos los mecanismos fisiopatológicos son aún desconocidos. La identificación precisa de las pacientes con riesgo de PP es de inmensa importancia para la prevención y el tratamiento. La VB ha sido asociada con efectos adversos en el embarazo, tales como: la APP, el PP y la RPM y es diagnosticada en aproximadamente una de cada 5 mujeres embarazadas.¹⁰ La VB, también se ha asociado con nacimientos de bajo peso (< de 2.500 g). Según el metanálisis efectuado por Brocklehurst P, Hannah M, McDonald H¹¹ el efecto de tratar la VB durante el embarazo ha demostrado una tendencia reductora en los nacimientos antes de las 37 semanas de gestación (OR 0.78, 95%, intervalo de confianza 0.60 a 1.02) sobre todo en el subgrupo de mujeres con nacimientos de pretérmino previos (OR 0.37, 95% intervalo de confianza 0.23 a 0.60). La producción de sialidasas (neuraminidasas), proteasas y mucinasas por ciertas bacterias anaerobias asociadas a estos efectos adversos, sugieren que estas enzimas estarían involucradas en la patogénesis de la VB y actuarían como factores de virulencia aumentando la capacidad de estos microorganismos de adherirse, invadir y destruir las mucosas.¹² Sin embargo, los mecanismos por los cuales estos microorganismos pueden iniciar la APP, el PP y la RPM no han sido establecidos. Una de las teorías habla de la habilidad de algunas bacterias de liberar gran cantidad de fosfolipasa A. Nosotros hemos demostrado la presencia de fosfolipasa en el contenido vaginal de 11/31 mujeres no embarazadas con VB.¹³ Los lipopolisacáridos, uno de los mayores componentes de la membrana externa de las bacterias gram negativas y el ácido lipoteicoico, ligado a la membrana de los gram positivos, estimulan la producción de prostaglandinas por las células amnióticas.¹⁴ Otras teorías sugieren la producción de citoquinas, el factor de necrosis tumoral y la IL-1, las cuales son productos endógenos del organismo secretadas por la estimulación de los monocitos y los macrófagos.¹⁵

¹⁶ Entre los microorganismos que prevalecen en la VB, *Gardnerella vaginalis* libera una hemolisina que produce poros en las células amnióticas. El escenario probable de la participación de la VB en los efectos adversos durante la gestación sería el ascenso precoz de las bacterias localizadas en la vagina y en el cérvix como consecuencia del desequilibrio mencionado, generando una infección localizada o alteraciones en el nivel placentario por la producción y liberación de mediadores proinflamatorios de la respuesta inmune por las células infectadas. La presencia de *Prevotella bivia* uno de los microorganismos componentes del grupo de los anaerobios del complejo GAMM, aumenta significativamente el riesgo de PP. También se la ha aislado en el líquido amniótico de mujeres con infección amniótica y nacimientos de bajo peso.¹⁷ Las grandes concentraciones de fosfolipasa A2 producidas por las bacterias anaerobias en la VB, interfieren con la cascada de las prostaglandinas (PGs) en el nivel de la actividad del ácido araquidónico, afectando el aporte de PGs y en consecuencia el desencadenamiento del PP. Ciertas enzimas bacterianas como las sialidasas, además de lo mencionado previamente, también estarían relacionadas con el PP.¹⁸ Indirectamente el pH vaginal se lo ha vinculado con la RPM, ya que en aquellas pacientes con una vagina sin el medio ácido adecuado, existe una mayor predisposición a las infecciones vaginales. Todo lo expuesto justifica ampliamente detectar en forma precoz la presencia de VB en el TGI de la mujer embarazada. Sin embargo las diferencias entre ambos grupos en la RPM no tuvo significación estadística en este estudio por lo que se puede inferir que la participación de la VB es relativa. La sensibilidad y especificidad de un método simple al que denominamos PAMC (determinación del pH, prueba de aminas, microscopía y cultivos selectivos) para el diagnóstico de flora habitual o normal, candidiasis, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y otras infecciones del TGI, fue analizada en trabajos anteriores en mujeres en edad reproductiva no embarazadas.^{1,2,3} En este trabajo utilizamos solamente el examen clínico, la determinación del pH y la prueba de aminas que ya había demostrado buena especificidad y sensibilidad. El examen microscópico se efectuó para controlar esas pruebas en este grupo y para conocer si el estudio podía aplicarse en la atención primaria de la salud, aun en lugares donde es casi imposible la observación microscópica inmediata y administrar un tratamiento adecuado sin ese resultado. Fue abordado como un ensayo clínico en el que no se efectuó azarización para administrar la medicación pues no era el objetivo comparar tipos de tratamiento sino enfocar el de la VB con una medicación que ya había demostrado ser eficiente y que no ofrece riesgo alguno durante el embarazo. Tampoco se trató de comparar, una vez efectuado el PHA, a mujeres con y sin tratamiento porque interpretamos que podría ser cuestionado desde el punto de vista ético. El análisis multivariado era poco viable ya que, recabar datos con certeza en la población estudiada, era muy dificultoso por la irregularidad de las consultas en el grupo B y sus características. Como se pudo observar la dificultad mayor radica en la diferenciación de VB y tricomoniasis pues ambas patologías se expresan en forma similar desde el punto de vista del pH y la prueba de aminas aunque el pH demostró ser más efectivo que la PA debido a la subjetividad de la misma. También se encontraron casos de candidiasis con

pH > de 4.5 y PA positiva. Si se realizara la microscopía en forma simultánea, todos estos problemas prácticamente desaparecen, particularmente el de diagnóstico de tricomoniasis y por lo tanto se podría ajustar la terapéutica. Justamente la manifestación similar de TV y VB nos llevó a un tratamiento inadecuado de las pacientes con tricomoniasis. Sin embargo tuvieron evolución similar comparadas con las que tuvieron VB, en cuanto a los efectos adversos. Esto puede cambiar la interpretación de la actividad fisiopatológica de TV en estos casos, ya que el tratamiento antibiótico utilizado es inefectivo sobre *Trichomonas vaginalis* pero si es útil frente a las bacterias acompañantes que son generalmente anaerobias. Cabe preguntarse entonces si las complicaciones como la APP, PP y RPM se deben al parásito o a la infección bacteriana concomitante con el mismo. Las lesiones sobre la membrana podrían deberse a la adherencia de TV mediante microfilamentos y a su movimiento. Es posible entonces que los efectos adversos se deberían más a la última situación que a la actividad parasitaria, posiblemente debido a la disminución de su virulencia¹⁹. El uso de una aminopenicilina con un inhibidor de beta lactamasa, en este caso amoxicilina-ácido clavulánico, se basa en nuestra experiencia previa sobre el tratamiento de VB con amoxicilina-sulbactam en mujeres no embarazadas y en el que demostramos que su uso no ofrecía diferencias significativas con respecto a los nitroimidazoles (NIZ)²⁰ sólo recientemente autorizados para su uso por vía sistémica durante la gestación.²¹ Además teniendo en cuenta que los anaerobios que integran el complejo GMM, son activos productores de betalactamasas, el uso de una aminopenicilina sola, preconizado inicialmente, es cuestionable y sería, posiblemente, poco efectivo. La amoxicilina-sulbactam ha demostrado poseer en la mujer embarazada niveles séricos similares a los de la no embarazada por lo que se lograría una concentración adecuada a nivel placentario.²² En el grupo de embarazadas que tuvieron el control de la VB entre las semanas 10 y 14, se observó un 14% menos de eventos adversos totales incluidos la APP, el PP y la RPM, que las mujeres que no tuvieron controles. Este resultado es ligeramente superior al demostrado por L.Barclay con el uso de clindamicina.²³ Señala además que el momento de efectuar el estudio no se puede establecer con precisión y propone que hasta sería conveniente efectuarlo antes del embarazo. El uso de métodos simples algunos de los cuales ya fueron propuestos por otros autores^{24, 25, 26} facilita su aplicación en la atención primaria de la salud. Hay que tener en cuenta que el número necesario de pacientes a tratar para evitar la APP, el PP y la RPM, es de 14, 20 y 100 respectivamente, lo que significa tratar 8 embarazadas para la reducción de por lo menos un efecto adverso. Según estos datos se puede inferir que el tratamiento de la VB tendría mayor impacto en la reducción de la APP y del PP que de la RPM, aunque las cifras estadísticas en términos absolutos no sean significativas.²⁹ Sin embargo, hay que ajustar el tratamiento quizás con la implementación de terapias combinadas que permitan simultáneamente la cobertura de la tricomoniasis y aplicar una medida de control de las infecciones del TGI en cada visita, independientemente de que la mujer sea o no sintomática. Los costos que significan tratar 8 mujeres para evitar un evento adverso transforma esta metodología de detección y posterior tratamiento en totalmente accesible en

nuestro medio por su simpleza y aplicabilidad. Obviamente el problema de las infecciones del TGI es solamente uno de los aspectos que pueden influir en los eventos adversos durante el embarazo, pues los mismos suelen ser de origen múltiple, pero las causas infecciosas se pueden diagnosticar y ser tratadas, siendo inclusive muchas de ellas prevenibles con medidas adecuadas. En nuestro trabajo no se efectuó una evaluación de las secuelas en el orden moral, que son inestimables, ni en el económico. La detección y el manejo efectivo de los efectos adversos durante el embarazo son estrategias importantes para prevenir la sobre todo el parto de pretérmino que es la causa de morbilidad y mortalidad en casi el 35% de los problemas pediátricos posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOLST E, GOFFENG A, ANDERSCH B. Bacterial vaginosis and vaginal microorganisms in idiopathic premature labor and association with pregnancy outcome. *J Clin Microbiol.* 32 : 176-186; 1994.
- GRAVETT, HUMMEL D, ESCHENBACH D, HOLMES K. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection and with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 67: 229-237; 1986.
- SUBTIL D, DENOIT V, LE GOUFF F, HUSSON MO, TRIVIER D, PU-ECH F. The role of bacterial vaginosis in preterm labor and preterm birth: a case-control study. *Acta Obst Gynecol Scand* 81: 1006; 2002.
- VERMEULEN GM, BRUINSE HW. Prophylactic administration of clindamycin 2% vaginal cream to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women with an increased recurrence risk: a randomised placebo-controlled double-blind trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 106:652-657; 1999.
- HAUTH JC, GOLDENBERG RL, ANDREWS WW, DUBARD MB, COPPER RL. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *N Engl J Med* 333:1732-1736; 1995.
- JOESOEUF MR, HILLIER SL, WIKNJOSASTRO G *et al.* Intravaginal clindamycin treatment for bacterial vaginosis: effects on preterm delivery and low birth weight. *Am J Obstet Gynecol.* 173:1527-1531; 1995.
- MORMANDI JO, TILLI M, FARINATI A. Diagnóstico etiológico de las infecciones del tracto genital inferior. Reducción de costos con la aplicación de una metodología simple. 11th World Congress of Cervical Pathology & Colposcopy, Barcelona, España (Actas) 2002.
- DONDERS GG, BOSMANS E, DEKEERSMAECKER A, VERECKEN PHARM A, VAN BULCK B, SPITZ B. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora I-*IDSOG*; USA. (Abstracts); 2000.
- DONDERS GG, VERECKEN A, BOSMANS E, DEKEERSMAECKER A, SALEMBIER G, SPITZ B. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *BJOG* (England) 109: 34-43; 2002.
- TILLI M, FARINATI A, SADIÉ E, MORMANDI JO *et al.* Diagnóstico Clínico microbiológico versus criterios citológicos en el diagnóstico de las infecciones cervicovaginales *Colposcopia*. 9: 9, 1998.
- BROCKLEHURST P, HANNAH M, MCDONALD H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Review Abstracts*; 2002.
- MONCLA BJ, BRAHAM P, HILLIER SL. Sialidase activity among gram-negative anaerobic and capnophilic bacteria. *J Clin Microbiol.* 28 : 422-425, 1990.
- FARINATI AE, BASERNI MM, IRIBARREN MA, Througood V: Total phospholipase activity in cervicovaginal area. 5th International Congress of Infectious Diseases. (Abstracts); ISID. Nairobi, Kenya; 1992
- MILLER A J, LUHESHI GN, ROTHWELL NJ, HOPKIN SJ. Local cytokine induction by Ips in the rat air pouch and its relationship to the febrile response *APSTRACTS* 3:0369R; 1996.
- GRAVETT MG, HUMMEL D, ESCHENBACH DA, HOLMES KK. Preterm labor associated with subclinical amniotic fluid infection and with bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol* 67: 229 237; 1986.
- SPANDORFER SD, NEUER A, GIRALDO PC *et al.* Relationship of abnormal vaginal flora, proinflammatory cytokines and idiopathic infertility in women undergoing IVF. *J Reprod Med* (United States) 46:806-810; 2001.
- HAY PE, LAMONT RF, TAYLOR-ROBINSON D, MORGAN DJ, ISON C, PEARSON J. Abnormal bacterial colonisation of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. *BMJ* 308: 295-98; 1994.
- HILLIER SL. The Relationship Between Lower- and Upper-Genital-Tract Infection in Pregnancy. *Contemporary Obstetric/Gynecology* 14: 105-115; 1999.

19. IVEY MH. Virulence preservation of recent isolates of *T.vaginalis* *J Parasitol* 61:550-552; 1975.
20. FARINATI AE; TILLI M, JUGO M, FRERS C, DIDENKO S. Amoxicilina-sulbactam en el tratamiento de la vaginosis bacteriana Congreso Latinoamericano de Infectología, Cartagena de Indias, Colombia; 1995.
21. BURTIN P, TADDIO A, ARIBURNU O, EINARSON TR, KOREN G. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 172: 525-529; 1995.
22. ORTEGA SOLER CR, GUNTIN R et al. Niveles Séricos de Amoxicilina-Sulbactam en Mujeres Embarazadas y No Embarazadas. *Obst. y Ginec. Lat. Americ.* 56:149-156; 1998.
23. BARCLAY L. Clindamycin Reduces Pregnancy Complications Linked to Bacterial Vaginosis *Lancet* 361:983-988; 2003.
24. AMSEL, R; TOTTEN, PA; SPIEGEL, CA; CHEN, KCS; ESCHENBACH, D; HOLMES KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic association. *Am J Med.* 74:14-22; 1983.
25. SPIEGEL C A, AMSEL R, HOLMES KK. Diagnosis of bacterial vaginosis by direct Gram stain of vaginal fluid. *J Clin Microbiol* 18: 170-177; 1983.
26. SCHWEBKE JR, SHARON LH, SOBEL JD, MCGREGOR JA, RICHARD L. Sweet Validity of the Vaginal Gram Stain for the Diagnosis of Bacterial Vaginosis *Obstetrics & Gynecology* 88: 573-576; 1996.
27. SECOR RMC. Bacterial Vaginosis: Common, Subtle, and More Serious Than Ever *Clinician Reviews* 11:59-68; 2001.
28. GÜLMEZOĞLU AM. Interventions for trichomoniasis in pregnancy (Cochrane Review) *The Cochrane Library*; 2003.
29. COOK RJ, SACKETT LD. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. *BMJ* 310: 452-54; 1995.

Agradecimientos: se agradece la colaboración del Dr Quirós y del Licenciado Vicente Castiglia por el asesoramiento en los estudios estadísticos.

Endereço para correspondência:

ALÍCIA FARINATI

E.mail: farinati@fibertel.com.ar

Recebido em: 05/03/2003.

Aprovado em: 02/04/2003.

DST

na prática diária



Italvar Nilson da Cruz Rios
Sylvio Quadros Mercês Junior
Italvar Nilson da Cruz Rios Filho

Nota do Editor: Este é um trabalho feito de forma objetiva por quem realmente conhece o assunto.

Parabéns, colegas, pela excelente publicação.

Editora Helvética Ltda.
Telefax (71) 353-7286
E-mail: itaberabasl@e-net.com.br

TRATAMENTO ENDOCERVICAL TÓPICO COM ÁCIDO TRICLOROACÉTICO 85% EM NIC I, NIC II E NIC III

TOPICAL UTERINE CERVIX TREATMENT WITH TRICHLORACETIC ACID 85% IN CIN I, CIN II AND CIN III

Jonei Domingos C. Pesenti¹, Jeana Cristina da Silva², Maria Cristina Biesdorf³

RESUMO

Fundamentos: Sabe-se que as neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) são precursoras do câncer cervical e a identificação precoce destas lesões leva a um prognóstico favorável. Cerca de 20% delas evoluem para NIC mais grave, sendo que o papilomavírus humano (HPV) é o principal fator de risco. Atualmente, vem-se realizando acompanhamento citopatológico (CP) semestralmente, por 2 anos, e, quando há alguma alteração, faz-se uma investigação mais detalhada. **Objetivo:** Este trabalho pretende propor um novo seguimento das NIC com colposcopia normal, erradicando o HPV. **Métodos:** Foi feito um ensaio clínico em pacientes de uma clínica privada de Pelotas – RS que apresentavam citopatológico sugestivo de HPV e colposcopia negativa. Todas as 68 pacientes foram submetidas a 3 aplicações de ácido tricloroacético 85% (ATA 85%) endocervical semanalmente e após reavaliadas com CP periodicamente. **Resultados:** A faixa etária da população era de 18 a 55 anos, sendo que a maior prevalência de NIC foi encontrada entre 21 e 40 anos. Verificou-se que a NIC mais prevalente foi a de grau I (66,2%), seguida pela de grau II (22%). Após o tratamento com ATA 85%, apenas uma paciente não apresentou resposta no CP. **Conclusão:** Constatou-se que ocorre normalização do citopatológico com este procedimento, possibilitando, assim, uma melhor evolução para estas lesões.

Palavras-chave: HPV, NIC, tratamento, ácido tricloroacético

ABSTRACT

Context: It is known that cervical intraepithelial neoplasia (CIN) is an early warning of cervical cancer and precocious identification of these lesions indicates a favorable prognosis. Around 20% evolve towards a more serious CIN, yet the Human Papilloma Virus (HPV) is the main risk factor. Nowadays, a semestral Papanicolaou smear (Pap) follow-up is carried out, during a period of two years; and when there is any modification, a more detailed inquiry is performed. **Objective:** The aim of this study is to recommend a new following to CIN with colposcope, eradicating HPV. **Methods:** A clinical study in a private clinic in Pelotas – RS was carried out in patients who presented a suggestive Pap smear with HPV and negative colposcope. All the 68 patients were put through three uterine cervix applications with trichloroacetic acid 85% (TAA 85%) weekly and then reevaluated with a periodic Pap smear. Results: the age of the patients ranged from 18 to 55 years old, and the major prevalence of CIN grade I was the most prevalent (66.2%), followed by the grade II (22%). After the treatment with TAA 85% only one patient did not show some response on the Pap smear. **Conclusion:** It was verified that with this procedure a normalization of the Pap smear has occurred, thus enabling a better evolution of these lesions.

Keywords: HPV, CIN, treatment, trichloroacetic acid

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 15(2):45-47, 2003

INTRODUÇÃO

As neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC) são comprovadamente precursoras do câncer cervical.¹ A identificação precoce destas lesões tem importância significativa para a terapêutica, bem como para um prognóstico favorável.⁷

Sabemos que 60% das NIC I desaparecem espontaneamente sem tratamento ou se tratando apenas a flora vaginal alterada. Cerca de 20% das NIC persistem; algumas passam para NIC II, mas posteriormente regridem para NIC I e os 20% restantes são lesões que evoluem para NIC mais grave.^{3,4}

O papilomavírus humano (HPV) é um fator de risco importante para o desenvolvimento de neoplasia cervical. A prevalência de HPV em câncer invasivo é de 95% para carcinoma de células escamosas e de 90% em adenocarcinomas.⁵

O papel do HPV na patogênese da NIC e do câncer é evidenciado pela sua presença na biópsia de lesões tumorais e pelos agentes oncogênicos E6 e E7 que dão o poder de transformação ao vírus, interagindo com os mecanismos reguladores do crescimento celular. Estudos epidemiológicos também indicam que a infecção por HPV tem um risco maior de evoluir para câncer cervical.⁵

Atualmente, são identificados mais de 100 sorotipos de HPV e cerca de 40 tipos podem infectar o trato genital. É um vírus DNA não cultivável do grupo papovavírus, com um período de incubação extremamente variável, indo desde duas semanas a anos, em média três meses. Os de baixo risco são os tipos: 6, 11, 42, 43, 44. Já os considerados de alto risco são: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56^{6,7}, 58, 59, 66, 68¹⁰.

O HPV, em especial o de alto risco oncogênico, é considerado agente principal das lesões precursoras do câncer cervico uterino. O sorotipo 16 é o mais frequente nas lesões escamosas do trato genital inferior e tem maior potencial oncogênico, mas o HPV 18 é o mais virulento e pode infectar também o epitélio cilíndrico relacionado com o adenocarcinoma de colo uterino.^{6,7}

¹. Professor Adjunto da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da FCM/UFPEL

². Acadêmica de Medicina da UFPEL

³. Acadêmica de Medicina da UFPEL

Preconiza-se que todas as lesões clínicas por HPV devem ser tratadas com ressecção, eletrocauterização, criocauterização ou ATA 80-90%.⁶ Os ácidos bicloroacético ou tricloroacético são aplicados diretamente sobre a lesão por HPV e constitui em um tratamento eficaz.

OBJETIVO

Este trabalho pretende propor um novo seguimento das NIC com colposcopia normal ao tratar o fator de risco principal na evolução para o câncer cervico uterino: o HPV.

MÉTODOS

Este estudo é um ensaio clínico não-controlado com uma amostra de 68 pacientes de uma clínica privada de ginecologia e obstetrícia da cidade de Pelotas-RS.

Foram selecionadas mulheres de vários convênios de saúde, no período de novembro de 1986 a março de 2002. Todas estas pacientes apresentavam coilocitose e/ou vacuolizações citoplasmáticas e neoplasia intraepitelial cervical (NIC) tipos I, II ou III no resultado do citopatológico e restante do exame ginecológico dentro da normalidade, bem como colposcopia negativa. O exame citopatológico foi colhido em todas as pacientes com escova endocervical e espátula de Ayre na ectocérvice.

O tratamento consistiu na introdução de um cotonete embebido em ácido tricloroacético 85% (ATA 85%) no canal endocervical até atingir o orifício interno com movimentos de vai vem e de rotação para a direita e para a esquerda.

Durante o procedimento, o colo uterino foi protegido com buchas de algodão para evitar o contato do ATA 85% com o epitélio normal da ectocérvice.

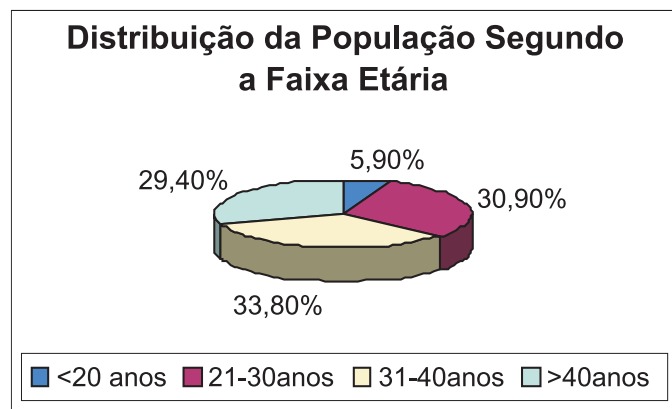
Foram realizadas três aplicações com intervalos de uma semana entre elas, sendo que, neste período, não foi necessária a abstinência sexual ou o uso de cremes vaginais.

Após o tratamento, realizou-se controle com novo citopatológico 30, 120 e 210 dias depois da última aplicação. Estando o resultado sem a presença de coilocitose e/ou vacuolizações citoplasmáticas ou NIC nestas três coletas do citopatológico, recomendou-se às pacientes novo citopatológico semestralmente.

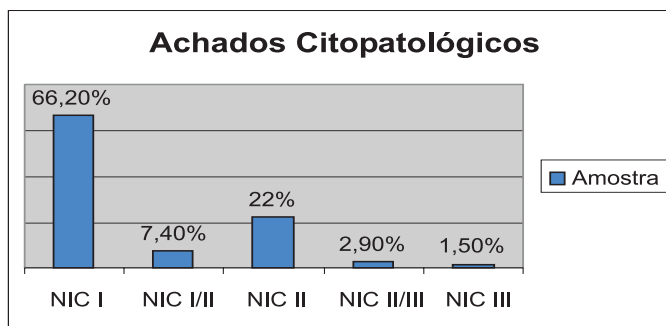
RESULTADOS

Participaram do trabalho 68 pacientes na faixa etária de 18 a 55 anos, com média de 36,5 anos no período de 1986 a 2002.

A maior prevalência de NIC foi encontrada entre 21 e 40 anos, correspondendo a 64,7% da amostra (**Gráfico 1**).



Quanto ao citopatológico, verificou-se que 66,2% tinham alterações tipo NIC I, 22% NIC II e o restante da população pertencia aos demais grupos patológicos (**Gráfico 2**).



Após o tratamento com ATA 85%, apenas uma paciente não apresentou resposta favorável no citopatológico no CP de 30 dias por tratar-se de um carcinoma *in situ*, sendo esta submetida a conização e acompanhamento com citopatológico posteriormente.

DISCUSSÃO

Sabe-se que as lesões de HPV endocervical, responsáveis por alterações AGCUS e NIC, são multifocais na endocérvice, porém concentram-se em mais de 90% no primeiro centímetro do orifício da cérvix para endocérvice. Uma pequena porcentagem acomete focos mais internos da endocérvice, justificando-se o tratamento apenas no canal endocervical.

As aplicações com ATA 85% foram em número de três porque na primeira aplicação há muita quantidade de muco. Na segunda, a quantidade é bem menor, sendo que na terceira aplicação não há muco cervical que possa impedir o contato do ácido com o epitélio cilíndrico afetado pelo HPV.

Não foi realizada captura híbrida para identificação do subtipo do vírus por ser um exame muito dispendioso e devido ao seu rastreamento ter pouco valor.

Durante o acompanhamento ambulatorial das pacientes, houve um controle e tratamento da flora vaginal quando esta se apresentava alterada, a fim de se evitar falsos-positivos no citopatológico. Vale ressaltar que a paciente que apresentou NIC, mesmo após o tratamento com ATA 85%, era portadora de carcinoma *in situ* comprovado na biópsia, sendo posteriormente realizada conização do colo uterino.

As pacientes, durante e após o tratamento, não apresentaram dismenorréia, dispareunia ou sangramento, visto que durante este não foi proibida a relação sexual.

Não houve prejuízo quanto à fertilidade das pacientes deste ensaio, sendo que três engravidaram e tiveram seu período gestacional sem intercorrências relacionadas com a antiga patologia do colo uterino.

Considera-se de prima importância o fato de que, neste estudo, constatou-se a normalização do citopatológico, o que veio ao encontro da proposta inicial do ensaio.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, o tratamento das lesões pré-malignas com ATA 85% resultou em normalização do resultado do CP em praticamente todas as pacientes. Antes de recomendar seu uso, no entanto, em larga escala, seria aconselhável que um ensaio clínico controlado e randomizado possa descartar o efeito de outras variáveis sobre o resultado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FIALHO, S., ALMEIDA FILHO, G., PASSOS, R.L.M., MALDONADO, P., DO VAL, C.I., ANDRADE, A. – *DST – J Bras Doenças Sex Transm* 14, página 16, 2002.
2. Teste de Segurança de Uma Vacina Contra o Câncer de Colo. ORGYN, número 3, página 19, 2002.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICA DE SAÚDE – Coordenação Nacional de DST e AIDS – *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST*. Páginas 95 a 97, 1999.
4. FREITAS, F., MENKE, C.H., RIVOIRE, W., PASSOS, E.P. – *Rotinas em Ginecologia*. Capítulos 10 e 23, 2002.
5. Up to Date – Version 10.1, 2002.
6. FEDRIZZI, E.M. – *Manual de Terapêutica em Ginecologia e Obstetrícia*. Páginas 91 a 93, 1999.
7. Prevenindo o Câncer Cervical – *Infecção por Papilomavírus e Câncer de Colo Uterino*. ORGYN, número 4, páginas 14 a 17, 1997.
8. KASE, WEINGOLD – Lesões vulvares – *Tratamento HPV*. Página 450.
9. TURON, F.F.B., BITENCOURT, M.S., PANICHI, M.A., PINTO, A.P. – Avaliação da Sensibilidade e Especificidade dos Exames Citopatológico e Colposcópico em Relação ao Exame Histopatológico na Identificação de Lesões Intraepiteliais Cervicais. Páginas 140 a 143, Abril/Julho 2002.
10. KIRWAN, J.M., HERRINGTON, C.S. – Human Papiloma Virus and Cervical Cancer: are we now? *BJOG*. 2001. Dec; 108 (12): 1204-13.

Endereço para correspondência:**JONEI DOMINGOS CAVALI PESENTI**

Rua Major Cícero de Goes Monteiro, 436/202.

Pelotas – RS – Brasil - CEP: 96015-190

Fone: 0 (XX) 5322-58575

E-mail: pesenti@ufpel.tche.br

Recebido em: 10/03/2003.

Aprovado em: 28/04/2003.

**JZ Congresso**Rua Guilhermina Guinle, 272 / 2º andar
Botafogo - 22270-060 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2286-2846

e-mail: sexualidade@jz.com.br

www.jz.com.br

**IX CONGRESSO BRASILEIRO
DE SEXUALIDADE HUMANA****IX Fórum do Mestrado em Sexologia da UGF**

1 a 4 de outubro de 2003 - Hotel Glória - Rio de Janeiro

HEPATITE AGUDA POR VÍRUS A, B, C, D, E E G

ACUTE HEPATITIS FOR VIRUSES A, B, C, D, E AND G

Paulo Roberto N da Silva¹, Bruno S A Lima², Flavio A V N da Silva³

RESUMO

Os autores fizeram uma revisão da literatura sobre as formas de maior incidência das hepatites virais, dando ênfase às hepatites de evolução aguda, principalmente a tipo B, por ser uma das mais importantes doenças sexualmente transmissíveis (DST) em nosso meio, infelizmente, às vezes, nem citada em publicações mais especializadas. Discorre, sobretudo, além do diagnóstico clínico-laboratorial e tratamento, a importância dos dados epidemiológicos relacionados com as hepatites A, B, C, D, E e G, e um quadro sinóptico demonstrando o diagnóstico diferencial entre as formas de maior prevalência (A, B e C). Encerra-se essa revisão se destacando a grande prevalência das hepatites B e C associadas a pacientes com aids e a sua ampla associação a homossexuais e usuários de drogas ilícitas, relacionando estes vírus ainda mais como grande forma de DST.

Palavras-chave: DST, hepatite, hepatite viral, VHC e VHB

ABSTRACT

The authors did a review of the literature about the most incident viral hepatitis emphasizing the acute hepatitis, principally the type B because it is one of the most important diseases sexually transmitted (DST). Unfortunately, it hasn't been pointed in more specialized publications. It speaks about the clinical and laboratorial diagnosis, treatment and the epidemiological data related to A, B, C, D, E and G hepatitis. There is a synoptic table showing the differential diagnosis among the most prevalent hepatitis's types (A, B and C). The writers close that review detailing the magnificent prevalence of B and C hepatitis associate with aids's patients and its great association with homosexual people and illegal drug users. It can indicate these viruses how a grand kind of DST.

Keywords: DST, hepatitis, viral hepatitis, HCV and HBV

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 15(2):48-56, 2003

INTRODUÇÃO

Com relação ao estudo da hepatite virótica, existem publicações e monografias das mais diversas na literatura médica. Teceremos aqui comentários principalmente sobre os estudos epidemiológicos relacionados com a hepatite por vírus A, B e C dentro das doenças sexualmente transmissíveis, já que o objetivo destas linhas é o alerta e a lembrança de que a hepatite por vírus, principalmente a hepatite B, é das DST, talvez, a menos citada e mais relegada a um segundo plano.

Infelizmente, tivemos que recorrer à literatura estrangeira em sua maior parte, devido ao ainda pequeno volume de pesquisas nacionais com relação à hepatite como DST. Basta ver que vários trabalhos de nosso país sobre DST sequer fazem menção à hepatite. Conclamamos que seja criada pelas autoridades uma fundação de serviços de estatística ligada à área médica, para que possamos recorrer com mais afinco à nossa própria literatura.

ETIOLOGIA

Antes de iniciarmos este capítulo, que tratará somente das hepatites viróticas de caráter agudo (não nos reportaremos às formas fulminante, subaguda e crônica), quero lembrar a grande gama existente de síndromes de hepatite, incluindo aquelas formas reacionais; estas deveriam sempre estar presentes no diagnóstico diferencial. Alguns exemplos^{1,2}:

- Hepatites virais – Vírus A, B, C, Delta, E, G, citomegalovírus, rubéola, herpes simples, febre amarela, varicela zoster, mononucleose (vírus Epstein-Barr), coxsackie e adeno-vírus.
 - Hepatite por protozoário – Toxoplasmose.
 - Hepatites bacterianas – Luética, leptospirótica, por listeria.
 - Hepatites por drogas – Hepatite alcoólica, sulfas.
 - Hepatites por fungos – Blastomicose, histoplasmose.
- De todas estas hepatites, a incidência maior é representada pelo vírus A, B e C.

Pensamos na incidência bem acima do descrito na literatura, dos casos de hepatite anictérica não-diagnosticados (seriam 70% das hepatites agudas, sendo que 1% a 2% evoluiriam para forma fulminante⁴) não somente por serem frustos, como também por serem esquecidos pelos clínicos devido à inexistência de icterícia.

¹ Médico do Centro Previdenciário de Niterói (CPN) e Diretor Médico da Clínica de Reumatologia e Fisioterapia REUMATOS.

² Médico Residente na especialidade de Reumatologia e Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

³ Acadêmico Interno da Faculdade de Medicina da Universidade Gama Filho (UGF).

EPIDEMIOLOGIA

Nas últimas duas décadas, uma maior incidência das DST e principalmente com relação à hepatite deveu-se a:

- Maior interesse pelas infecções.
- Maior número de meios diagnósticos e propedêuticos (uso de cateteres parenterais).
- Maior utilização de hemoderivados.
- Pacientes assintomáticos ou com poucos sintomas não procurarem tratamento.
- Falta de avaliação correta por parte do clínico com tratamento incorreto (baseando-se somente na suspeita clínica, sem tratamento específico).
- Tratamento incorreto dos parceiros sexuais, resultando em reinfeção ou nova transmissão.
- Várias infecções num mesmo indivíduo, porém apenas um agente etiológico é tratado.
- E por fim, uma maior dificuldade na realização dos exames laboratoriais disponíveis, devido aos altos custos.

Os dados relativos ao vírus da hepatite A mostraram-se deficientes por causa do caráter freqüentemente assintomático da infecção, além dos testes desenvolvidos com anticorpos IgM serem relativamente recentes. Porém, foi observada a maior prevalência em locais de condições sanitárias precárias.

Desencadeiam epidemias de cinco a dez anos com pico de infecção no fim do outono em nações de clima temperado. Os surtos epidêmicos resultam de contaminação fecal de reservatórios de água e alimentos, e em situações de aglomerações primárias (escolas, prisões, estabelecimentos militares, guerras etc.).

Mais freqüente em crianças e adolescentes, com maior incidência em comunidades urbanas. Possui um baixo índice de mortalidade.

Estipula-se a possibilidade de desaparecimento natural do HAV em grupos populacionais isolados, por não haver reservatório animal.

Existem 3 classes para a infecção pelo HAV^{6,7}:

A. País de terceiro mundo; com infra-estrutura sanitária precária; infecção ocorre nos primeiros anos de vida, subclínica; quase toda população é imunizada aos dez anos de idade.

B. País de terceiro mundo; com ascensão das condições de saneamento; infecção em adolescentes e adultos jovens, com tradução clínica.

C. País de primeiro mundo; com infecção rara, quase erradicada.

O vírus da hepatite B possui distribuição epidemiológica universal, com maior prevalência nos trópicos e em países do chamado terceiro mundo.

A OMS estima uma ocorrência de 2 bilhões de casos no mundo, sendo que 300 milhões de pessoas evoluíram para a forma crônica do HBV.

Ocorre uma maior incidência em homens, principalmente com deficiência imunológica, cuja infecção foi adquirida na infância⁸.

Indivíduos mais propensos^{9,10,11}:

1. Vida sexual promíscua, homossexuais e prostitutas.
2. Hemodiálise e profissionais da área de saúde que manipulam o sangue.
3. Portadores de leucemia, lepra lepromatosa, linfoma e mongolismo.

4. Recém-nascidos com mães portadoras de HBsAg (HBeAg) ou HBV agudo.

5. Viajantes, militares e residentes em áreas hiperendêmicas.

6. Indivíduos com convívio íntimo com HBV positivo.

7. Baixa condição sócio-econômica.

8. Toxicômanos.

9. Pessoas submetidas a transfusão de sangue e derivados.

10. Transplante de órgãos.

A hepatite pelo vírus C foi descrita inicialmente em 1987 e o anti-HCV foi comercializado em 1990, sendo o HCV identificado em 1995¹².

A transmissão pelo HCV na forma aguda pode ser dividida em duas formas:

1. Hepatite aguda C pós-transfusional: transmitida por via parenteral devida a sangue e derivados de indivíduos infectados.

2. Hepatite aguda C forma esporádica: transmitida em comunidade, quando não ocorreu por via parenteral.

Pode ser detectado HCV, em baixos títulos, no sangue de pessoas infectadas, além de casos remotos em que foram encontrados baixíssimos títulos em outros fluidos corporais, como saliva e linfonodos periféricos (presença do HCV-RNA). Porém, não podemos considerar estes como meios convincentes de infecção.

A OMS estima uma quantidade de 250 milhões de portadores no mundo, sendo 25% desses com evolução para formas sintomáticas¹³.

Dados de 1993 de Centros nos Estados Unidos mostram^{12,13}: 1% de infecção através de programas de hemodiálise; 3% em trabalhadores da área de saúde; 5% com história de transfusão sanguínea; 13% por transmissão intrafamiliar ou contato sexual; 36% com história de uso de drogas ilícitas por via parenteral; e 42% de casos sem relato possível de infecção.

TRANSMISSÃO SEXUAL

As hepatites, principalmente as hepatites B e C, deveriam ser mais enfatizadas como DST, não somente nas escritas especializadas e livros-textos, como também na literatura sobre DST.

É nosso pensar que a hepatite B é uma DST tão importante quanto a gonorréia e a sífilis.

Na última década, apesar do crescente conhecimento das DST em homossexuais masculinos, os trabalhos sobre a hepatite em DST ainda deixam a desejar, pois a maioria deles envolve poucos casos e, nas pesquisas mais extensas, ocorrem em clínicas especializadas (DST) ou locais onde freqüentam os homossexuais, daí não refletindo a verdade estatística (estudo na população heterossexual, em geral).

A hepatite A parece ser adquirida principalmente através do contato anal-oral, enquanto as hepatites B e C são disseminadas através de um maior número de vias, tais como: sêmen infectado, sangramento em pequenos pontos da mucosa retal etc.

Após 1974, aparecem as provas definitivas de transmissão sexual, com uma incidência maior de HBsAg e HBsAg (anticorpo antiantígeno de superfície de hepatite B) em prostitutas que em pessoas de grupos sociais comparáveis¹⁴.

Broderson *et al.* verificaram que HBsAg era positivo nos pacientes que também o apresentavam no plasma.

Não sabemos se a partícula de Dane poderia ser encontrada na saliva ao lado do HbsAg, isso provocaria a capacidade em infectar. Acreditamos que trabalhos neste sentido estão sendo orientados.¹³

A prevalência de anticorpos contra o HbsAg, um indicador de infecção prévia, varia de 46% a 54% nos homossexuais masculinos.^{16, 17}

O número de secreções e superfícies mucosas potencialmente infecciosas às quais se expõe o homossexual masculino é elevado, daí ser difícil afirmar qual fonte de exposição transmitiu o vírus da HB.

O intercuro oral-genital (passivo ou ativo) e o contato oral-oral (beijo) não se relacionariam com tanta frequência com a infecção por HBV ou HCV com relação ao intercuro anogenital passivo com parceiros não-permanentes e com aplicação de duchas retais, antes ou após a atividade sexual.

O uso abusivo de drogas no nosso meio, associado ao número crescente de homossexuais no nosso universo, elevou sobremaneira o número de portadores são das hepatites B e C, importantes na sua transmissão.

Sendo a hepatite B, sem dúvida, comprovadamente uma DST de grande importância, a hepatite C seria uma incógnita com relação à transmissão sexual que é contestada por vários autores. Somos de acordo com o último consenso da Sociedade Paulista de Infectologia (2002)¹⁸ que entendeu a hepatite C, após diversos estudos, como uma DST.^{30,31}

A transmissão parenteral é a maneira mais frequente de disseminação do vírus da hepatite C, quer seja através de sangue e derivados, ou uso de drogas ilícitas.

Estatísticas norte-americanas indicam uma prevalência de 15%-20% do HBV em homossexuais.¹⁸

Já o indivíduo infectado com o vírus A é transmissor por curto período de tempo, inexistindo o portador crônico.

Assim, para mantermos a transmissão sexual da hepatite A dentro de uma população, seriam necessários^{19, 16}:

1. Um alto grau de susceptibilidade na população de risco (testes negativos para anticorpo da HA).

2. Um grande número de parceiros sexuais (indivíduos expostos durante o curto período de virulência).

3. Técnicas sexuais facilitando o crescimento fecal-oral. Além da transmissão sexual, é válido citar ainda:

Transmissão profissional – Médicos, paramédicos, enfermeiros, barbeiros, manicures, laboratoristas etc: (principalmente pelo vírus C).

Transmissão vertical – Contaminação transplacentária (crianças nascidas das mães com HbsAg positivo não deveriam ser amamentadas e ser submetidas a várias pesquisas nos primeiros meses de vida).

A via de transmissão por amamentação ocorreria raramente ou nunca.

Sabe-se que mães que adquiriram o vírus de HB no primeiro trimestre de gravidez certamente terão menos possibilidade de transmissão fetal (vertical) que aquelas que adquiriram o vírus no final da gestação; isto se deve provavelmente à imunização do feto durante o primeiro trimestre (o anticorpo teria mais facilidade de atravessar a placenta neste período do que o antígeno). Ressalta-se que os portadores crônicos apresentam baixo nível do antígeno e que, nessa faixa etária, o

antígeno da HB permanecerá por longo período, de quatro a 39 meses, e a icterícia aparecerá tardiamente (meses) ou não se manifesta.

O diagnóstico somente será feito por alterações laboratoriais.

A transmissão placentária ocorre em mãe portadora crônica do vírus ou mãe com hepatite em atividade.

A frequência dessa transmissão é baixa nos países desenvolvidos, exceto no Japão, onde a prevalência do vírus é elevada.^{20,23}

As mães com hepatite aguda, durante o parto, predis põem os recém-natos a terem o HbsAg numa alta porcentagem. Estas crianças podem apresentar quadro clínico expressivo ou serem assintomáticas e evoluir para cura ou para hepatopatia crônica.

FISIOPATOGENIA

As formas de apresentação das hepatites são resultantes da interação de vários fatores entre o vírus agressor e as condições de imunocompetências do hospedeiro, incluindo:

A. Virulência do agente agressor.

B. Fatores genéticos preexistentes.

C. Momento imunológico do paciente (a resposta imunológica, embora não definida, parece importante na patogênese da doença).

D. Condições várias individuais (mais suscetíveis nos homossexuais promíscuos).

A frequência elevada de antígenos de superfície do vírus B (HBsAg), em indivíduos que jamais haviam tido manifestação clínica da afecção, sugere um mecanismo imunológico peculiar da HB.

Haveria um estado de tolerância imunológica (presença do vírus sem a manifestação da doença). Seria um fenômeno de resistência dado a um agente infeccioso, confirmado pela grande frequência em algumas populações de portadores são do vírus HB.

Não haveria relação entre dose quantificada de HBsAg plasmático e o dano hepático.

O portador são pode apresentar níveis altos de antigenemia, isto indica que a cronicidade e talvez a agressividade estaria relacionada com a tolerância orgânica do vírus.

É fundamental lembrarmos a existência de inúmeros sub-determinantes antigênicos na partícula de superfície do vírus B, resultando na determinação de subtítulos virais capazes de diferir em suas propriedades de transmissão, estabilidade e virulência.^{21,22}

HISTOPALOGIA

Somente enquadraremos as formas agudas benignas de hepatites virais. Devemos ressaltar que nestas formas as alterações histopatológicas são típicas entre as hepatites, porém não específicas individuais ou coletivamente.

Em linhas gerais, têm-se^{24,25,26}:

1. Degeração e necrose do hepatócito com infiltrado portal; estrabeculação hepática sem alteração da trama (reticulação); interrupção dos canaliculos biliares (dilatação dos canaliculos biliares, por vezes com trombos) e colapso dos sinusóides: o grau e colestase podem variar bastante até inexistir;

2. Reação celular inflamatória intralobular, periportal e centrolobular;

3. Regeneração hepática precoce. Impõe-se assinalar o achado eventual do corpúsculo de Councilman, o qual pode ser encontrado em outras formas de hepatite alcoólica, febre amarela etc.

4. Das formas graves, a insuficiência hepática fulminante é originada da necrose maciça com destruição de amplas áreas de hepatócitos. A regeneração da arquitetura lobular normal geralmente se dá de forma quase completa. Quando existe formação de cicatriz inadequada, com fibrose e/ou regeneração nodular, têm-se os componentes básicos para a cirrose hepática.

ASPECTOS E FORMAS CLÍNICAS

Clinicamente, as hepatites virais variam desde as formas anictéricas, quase sempre esquecidas e não pesquisadas pelos clínicos (sendo isso mais comum na hepatite A e nas crianças), até as formas ictericas, cujo quadro clínico depende do tipo da hepatite.

Na tabela seguinte, temos praticamente todo o quadro clínico das hepatites A, B e C, porém é válido ressaltar:

Presença clássica de um período pré-ictérico, variando de três a cinco dias com sinais sistêmicos, tais como: anorexia associada à perda da vontade de fumar, astenia, cefaléia, dor no hipocôndrio direito (devido hepatomegalia), náuseas, vômitos, diarreia, febre (geralmente baixa). Pode-se observar também linfadenopatia, hepatoesplenomegalia e presença de colúria, a qual pode iniciar o quadro clínico isoladamente, assim como o prurido. Pneumonia intersticial pode estar presente em ambas as hepatites^{1,8,9}.

Nesta fase prodromica, os sintomas gastrointestinais predominam na hepatite A, sendo importante a intolerância a alimentos gordurosos e ao fumo.

Neste período pré-ictérico, com relação à hepatite B (HB), podem aparecer rash cutâneo (eritemato-papular, principalmente ao nível do tronco) e artropatias (10% a 25% dos casos), que podem variar de simples mialgias e poliartalgias fugazes até quadro de síndrome reumatolóide (poliartrite simétrica de média a pequenas articulações), passando por quadros de mono ou oligoartrite ou de poliartrite migratória. Chamamos a atenção para o fato de que as hepatites, principalmente a B, podem constituir uma das causas de febre prolongada de origem obscura.

Após, instala-se o período icterico, com duração de 8 a 15 dias. A icterícia deve ser pesquisada no nível do palato, conjuntiva e pele. Nesta fase, pode-se ter acolia fecal, dependendo do grau de colestase, decorrente do aumento da bilirrubina direta, refletindo excreção hepática anormal.

E, por fim, período de convalescença, que pode ocorrer com cura completa do quadro clínico ou evolução para formas mais graves. Laboratorialmente a cura se dá em 4 a 6 meses. A persistência de anormalidades além de 6 a 12 meses indica a possibilidade de cronicidade para as formas B, C e Delta. Assim torna-se importante a solicitação de biópsia hepática para elucidação do quadro.

Diagnóstico diferencial entre as hepatites A, B e C:

Hepatite A	Hepatite B
<p>Etiologia: RNA vírus Período de incubação: 2-6 semanas Incidência estacional: outono/inverno Transmissão: fecal-oral parenteral vertical (placentária) sexual Sorologia: anti-HAV (indica infecção atual ou recente) Faixa etária: crianças, adultos jovens Início: agudo Clínica: febre elevada seria mais comum Complicações: raramente causa hepatite fulminante não leva à cirrose hepática raramente crônica Profilaxia: imunoglobulina tem eficácia comprovada Incidência menor em DST</p>	<p>Etiologia: DNA vírus Período de incubação: 4-6 meses Incidência estacional: indiferente Transmissão: contato sexual parenteral vertical (placentária) Sorologia: presença de HBsAg (indica infecção atual recente ou estado de portador) Faixa etária: todas as idades, mais comum após adolescência e em bebês Início: insidioso ou agudo Clínica: febre moderada ou febrícula casos anictéricos incomuns Complicações: hepatite fulminante (0,1 a 1%) cirrose hepática cronicidade (1 a 10% - em recém-natos 90%) câncer (em neonatos principalmente) Profilaxia: imunoglobulina antivírus B; vacina, prevenção (preservativos etc.). Alta incidência em homossexuais promíscuos</p>
Hepatite C	
<p>Etiologia: RNA vírus Incubação: 5-7 semanas Incidência estacional: indiferente Transmissão: percutânea perinatal sexual (principalmente quando associado ao HIV devido o alto índice de viremia) Sorologia: anti-HCV Faixa etária: mais comum em adultos</p>	<p>Início: insidioso Complicação: cronicidade cirrose carcinoma hepático Profilaxia: triagem em bancos de sangue. É a maior causa de hepatite pós transfusional; alta incidência entre usuários de drogas injetáveis, diálise, profissionais de saúde, receptores de transplante</p>

FORMAS GRAVES

Hepatite fulminante:

A hepatite aguda, que evoluiria para esta forma, seria aquela com sintomatologia mais importante (maior intensidade dos sintomas gerais, tais como: náuseas, vômitos, dor abdominal, febre, astenia...); encefalopatia (sonolência, desorientação, coma); com alterações renais, podendo levar à insuficiência renal aguda: manifestações hemorrágicas (hemorragia digestiva, púrpura etc.) e com diminuição rápida da hepatomegalia, aparecimento de ascite, *flapping*, aranhas vasculares; enfim, sinais clínicos de falência hepática. Laboratorialmente teríamos elevação acentuada das bilirrubinas, queda brusca das transaminases, diminuição marcada da atividade protrombínica com pouca resposta à vitamina K e queda importante de albumina sérica^{27,18,8}.

Na HA, teríamos 0,5% evoluindo para hepatite fulminante.

Na HB teríamos 1% a 1,5% dos casos com tal evolução (principalmente quando associado ao vírus delta).

Hepatite subaguda

Formas crônicas (hepatite persistente prolongada, colestatia e hepatite crônica ativa)^{18,27}:

Seriam aquelas com evolução além dos seis meses sendo causadas pelas hepatites por HBV, hepatite por vírus C, hepatite por vírus D, além das drogas hepatotóxicas.

A hepatite aguda prolongada seria aquela com duração de 4 a 6 meses com flutuações clínicas e laboratoriais, sendo a causa mais comum devida à infecção pelo vírus da hepatite A.

Cirrose pós-hepatite

A idéia vigente é de que a hepatite A raramente ou nunca evoluiria para as formas graves ou prolongadas, ao contrário das hepatites B e C, que podem evoluir para cirrose hepática, sendo o vírus B um dos principais implicados na ocorrência do carcinoma hepatocelular.

Diagnóstico Laboratorial

Na fase aguda do HAV, identifica-se o vírus por imunomicroscopia eletrônica, sendo seus anticorpos detectáveis pelo teste de imunoaderência ou pelo teste de fixação de complemento.

Marcadores de Hepatite A

São os anticorpos anti-HAV-IgM e anti-HAV-IgG^{6,28,29}.

O anticorpo anti-HAV-IgM permanece de 8 a 16 semanas após o início da sintomatologia. O seu desaparecimento significa cura da HA.

O anticorpo anti-HAV-IgM neutraliza o vírus A, conferindo imunidade, daí a sua pesquisa para estabelecer a prevalência numa população.

Nos casos de hepatite prolongada, pode-se encontrar o anticorpo anti-HAV-IgM até um ano após a sintomatologia.

Assim, o anti-HAV-IgM é encontrado na fase aguda da HA e o anti-HAV-IgG corresponde geralmente ao indivíduo já em fase de cura; portanto, o marcador principal seria o anti-HAV-IgM.

Marcadores da Hepatite B

Antígeno	Anticorpo
HBsAg	Anti-HBs
HBcAg	Anti-HBc
HBeAg	Anti-HBe

Já a presença do vírus B é detectada pela identificação do antígeno de superfície (HBsAg) e seu respectivo anticorpo por testes sorológicos (radioimunoensaio) ou por microscopia eletrônica.

O vírus B apresenta uma parte central chamada core (HBcAg) e, nesta região, encontra-se o ácido nucléico do vírus, uma enzima DNA-polimerase e outra fração antigênica, o antígeno E (HBeAg). O core é envolvido pelo chamado antígeno de superfície (HBsAg). A pesquisa destes marcadores é importantíssima não somente no diagnóstico, mas no controle da HB, pois é a persistência dos antígenos ou a

sua predominância com relação aos anticorpos que nos alertaria para duas facetas clínicas: evolução para hepatopatia crônica ou hepatoma.

Existem várias partículas associadas à HB, sendo a maior parte delas a partícula de Dane, que mede aproximadamente 400 angstroms de diâmetro com um núcleo de 200 angstroms. A sua presença indica que o paciente é infectante.

Quero referir também o encontro da partícula Delta, que apresenta grande incidência entre os homossexuais masculinos.

A infecção pelo vírus B e Delta concomitantemente levaria à predominância da sintomatologia do vírus B, mascarando o vírus Delta. Nos portadores de hepatite B que evoluem para as formas graves da doença, encontramos a associação ao vírus Delta com grande frequência. A presença deste vírus Delta seria o fator desencadeante destas formas graves.

O HBV-DNA pode ser detectado pelo PCR, sendo o teste mais sensível e específico para a doença (próximo de 100%), e quando acompanhado do HbeAg indica uma maior chance de replicação viral. Quando se apresenta com níveis muito baixos de HbeAg, raramente estará associado à infectividade.

Devemos lembrar que, em 10% das HB, não conseguimos detectar o HBsAg e daí a grande dificuldade de diagnóstico nestes casos, sendo muitos destes rotulados erroneamente como outros tipos de hepatite.

Na hepatite aguda por HBV, em fase de viremia, encontramos no sangue periférico: HBsAg, HBeAg (replicação viral), anti-HBc-IgM.

Na hepatite aguda por HBV em fase crônica com baixa replicação viral, teremos positivo no sangue periférico: HBsAg, anti-HBe (baixa infeciosidade), anti-HBc-IgG.

Na hepatite aguda por HBV em fase de "cura" encontraremos positivos no sangue periférico: anti-HBc-IgG, anti-HBe e anti-HBs (podendo o anti-HBe estar ausente).

Marcadores da Hepatite C

Na hepatite aguda pelo vírus C, após o contágio, detecta-se a presença do anti-HCV quando são usados testes diagnósticos de segunda ou terceira gerações. Há positividade após 3 meses. Caso seja utilizado, o teste de PCR para RNA do vírus C torna-se positivo em 3 semanas¹⁸.

Além dos exames acima, existem, na prática, testes inespecíficos que detectarão a agressão hepática, como dosagem de bilirrubinas, proteínas e de enzimas hepáticas. No hemograma completo, é clássica a leucopenia com linfo-

Interpretação dos valores laboratoriais.

HBsAg	Anti-HBs	Anti-HBc	HBeAg	Anti-HBe	Interpretação
+ ou -	-	IgM	+ ou -	-	Fase aguda
+	-	IgG e IgM	+	-	Fase crônica c/ ? replicação viral
+	-	IgG	-	+	Fase crônica c/ ? replicação viral
+	+	IgG	+ ou -	+ ou -	Fase crônica c/ anti-HBs + (10%)
-	+	IgG	-	+ ou -	Proteção imunológica
-	+	-	-	-	Vacinação
-	-	IgG	-	-	Falso-positivo

citose, podendo ocorrer discreta leucocitose inicialmente. Na eletroforese de proteínas plasmáticas é também clássica a hipergamaglobulinemia.

Destacamos em nosso meio, pela facilidade de técnica e baixo custo, o valor das transaminases (TGP e TGO), que servem como excelente meio de diagnóstico diferencial entre as causas de icterícia, confirmando, geralmente, o diagnóstico de hepatite A, B ou C com valores acima de 400 unidades (UI/I).

A propedêutica mais invasiva com biópsia hepática se tornará desnecessária nas formas agudas benignas das hepatites.

TRATAMENTO

Apesar de grande avanço tecnológico, o qual proporcionou melhor conhecimento das DST, o tratamento das hepatites pouca modificação sofreu.

Não existe até a presente data tratamento definitivo que interfira sobre a inflamação na necrose hepática.

O tratamento das hepatites objetiva a recuperação mais rápida do hepatócito, através das medidas gerais como:

1. Repouso – Somente na fase aguda é discutível. A tendência atual é liberarmos o paciente para atividades cotidianas, excluindo os esforços e exercícios físicos.

2. Manutenção da homeostasia

3. Correção dos distúrbios metabólicos e eletrolíticos

4. Dieta – A restrição será feita pelo próprio paciente, não havendo dieta específica, sendo importante a abolição de drogas hepatotóxicas, principalmente o álcool, por um período ainda não bem determinado, dependendo, é claro, da evolução clínica e laboratorial da afecção.

5. Tratamento sintomático, evitando, entretanto, sedativos, tranquilizantes, diuréticos e drogas hepatotóxicas em geral.

6. Atualmente, com o advento do interferon, houve melhora em até 40% dos casos de pacientes com hepatite B. O interferon estaria indicado na HBV com objetivo também de suprimir a forma crônica nos pacientes portadores de antígeno HBeAg. Na hepatite C verificou-se melhora em até 50% dos casos, no entanto, somente em 15% houve regressão total mantida do quadro. A associação a ribavirina tem sido utilizada no intuito de aumentar o percentual de cura mantida na hepatite C. É importante salientar que, devido aos efeitos colaterais desta drogas, além de seu alto custo, novas pesquisas serão necessárias para o encontro de medicações com maior potência, menos efeitos colaterais e menor custo^{18,32,33,34}

A corticoidoterapia ou terapia imunossupressora (azotioquina, ciclofosfamida) facilitaria a replicação do vírus, além de aumentar o risco de complicações infecciosas. Sabe-se que a corticoidoterapia não modificaria o grau de necrose hepática e nem aceleraria a cura da doença; pelo contrário, aumentaria as recaídas e poderia cronificar as hepatites agudas. Contra-indicamos formalmente a corticoidoterapia nas formas agudas das hepatites virais³⁵.

Nos casos com pruridos intensos, empregamos os anti-histamínicos habituais ou resina de troca iônica colestiramina na dose de 4 a 16 g por via oral, ou ácido ursodesoxicólico 300 a 600 mg/dia ou ainda fenobarbital de 200 a 400 mg/dia.

Na hepatite aguda fulminante estaria indicada a internação do paciente, alimentação parenteral ou enteral, controle dos eletrólitos e coagulação, antibioticoterapia, restrição proteica, esterilização cólica, que poderá ser efetuada com sulfato de neomicina 2 a 4x/dia via oral ou com enema de lactulose.

Na encefalopatia, pode-se acrescentar flumazenil (0,5 ml EV e manter infusão de 5 ml em 1000 ml de soro glicosado a 5% além de manitol a 20% a uma gota/kg peso EV).

Vitamina K1 estaria indicada nos casos com atividade protrombínica baixa, além de crioconcentrado ou plasma anti-hepático.

Nos grandes centros, a hepatite fulminante seria uma das indicações precisas para o transplante hepático, no intuito de reduzir o alto índice de mortalidade nesta forma de hepatite.

O fundamental no tratamento das hepatites virais é a observação clínica, a fim de evitar e tratar não somente as complicações clínicas, como também a concomitância de quadros infecciosos outros, que poderiam agravar a evolução das formas benignas.

PROFILAXIA

As medidas de prevenção para a transmissão sexual das hepatites, tais com o uso de condons, abstinência sexual ou privação de contato anal seriam de *extremo* valor, dado a facilidade, baixo custo e eficácia das mesmas.

A profilaxia da hepatite A é eficaz com o uso de imunoglobulina sérica contra o HAV caso seja aplicada dentro das duas semanas após a infecção. Todos os contatos sexuais dos pacientes com hepatite A deveriam receber imunoglobulina. A imunização passiva contra o HAV (0,02 ml/kg) estaria indicada nas seguintes condições:

- Nos contatos íntimos de portadores de HA.

- Nos casos epidêmicos de HA, pois se sabe que uma alta porcentagem dos jovens (90%) apresentaria imunidade ao HAV.

A imunização ativa à hepatite A encontra-se possível e indicada, pois é segura e induz 10 a 15 anos de proteção.

A imunização passiva, contra a hepatite B, deverá ser efetuada com imunoglobulina hiperimune dentro das 48 horas em pessoal exposto acidentalmente ao vírus B (ingestão, inoculação, contato direto com mucosas), ou até 14 dias caso a exposição tenha sido o contato sexual.

- Utiliza-se a dose de 0,06 ml/kg no adulto, com repetição após 30 dias, além da vacina (ver adiante).

- No recém-nato, nas primeiras 12 horas do parto de mães com HBsAg e HBeAg positivas, na dose de 1 a 2 ml IM, mais vacinação (ver adiante). Com isso, reduziremos a 10% a probabilidade de a criança tornar-se portadora crônica do HBV (é de fundamental importância em qualquer berçário a identificação do antígeno no recém-nato para evitar disseminação do agente).

A vacina contra a hepatite B é a maior esperança no controle da disseminação da afecção. A vacina é segura e isenta de efeitos colaterais (por ser produzida com produtos do HBsAg): a maior desvantagem é o alto custo, principalmente na subpopulação dos homossexuais (elevada prevalência de indivíduos com vírus da hepatite B e alto índice de infecção). Portanto, com relação à hepatite B, os homossexuais sorologicamente negativos, para HBsAg, deveriam rece-

ber vacina da hepatite B. Deve ser aplicada em três doses de 10 mg (1 ml) IM cada, sendo a segunda dose após 30 dias e a terceira aos 6 meses da primeira. O indivíduo torna-se imunizado durante aproximadamente cinco anos. A maior indicação seria nas pessoas com maior risco, ou seja, homossexuais, bissexuais e heterossexuais com múltiplos parceiros, prostitutas, usuários de drogas injetáveis, nefropatas em hemodiálise, esquistossomáticos, hansenianos (forma virchowiana), alcoólatras e profissionais de saúde. Seria recomendado à mãe HbsAg positiva para não amamentar. A vacina encontra-se disponível nos postos de saúde, além de estar incluída no calendário vacinal segundo a FUNASA (2001-2003)^{8,36,37,38,39}.

Com relação à HC devem-se ter cuidados com transfusão de sangue e hemoderivados, e estar alertas para o perigo da disseminação profissional (médicos, paramédicos, dentistas, manicures etc.) e com todos os meios de transmissão (saliva, fezes, urina, sêmen, lágrimas etc.). Ao portador não seria recomendada a doação de sangue; O portador não seria comunicado do alto risco de exercer funções que facilitassem a transmissão profissional.

HEPATITE D

A hepatite D é causada pelo vírus Delta, que é do tipo RNA, sendo sempre necessária a do HBV, pois usa o HgsAg como envelope protetor do seu genoma.

A transmissão é feita por via parenteral.

Na hepatite aguda para HDV, temos inicialmente o antígeno e, posteriormente (2-3 semanas da sintomatologia), o anti-HDV (IgM e IgG).

É importante destacar que, na HDV, temos dois conceitos:

CO-INFECÇÃO E SUPERINFECÇÃO

Co-infecção – Indivíduos sadios que recebem transfusão de sangue contaminado com o HDV e o HBV. Nestes casos, teremos cura em cerca de 90% dos casos.

Superinfecção (reinfecção) – Indivíduos que já eram portadores crônicos do HBV e que se infectam com o HDV. Nestes casos, a infecção seria mais grave, aumentando a chance das formas crônicas ou de hepatite fulminante (2% a 3% dos casos).

Na co-infecção, teríamos:

HbsAg, anti-HBe – IgM e IgG HbcAg, anti-HDV – IgM e IgG

Na superinfecção, teríamos:

HbsAg, anti-HBcIgG, anti-HDV IgM e IgG

A hepatite para HDV, em portador crônico de HBV, seria a principal causa de hepatite fulminante dentre as hepatites agudas, alcançando acima de 1,5% dos pacientes.^{40,41}

A hepatite lúbrica para vírus HDV, em portadores crônicos do HDV, é uma forma grave das hepatites na infância, levando à hepatite fundamental na grande maioria dos casos.

HEPATITE E

Foi documentada pela primeira vez numa epidemia em 1955, no Índia (Nova Delhi) após contaminação da água potável pela rede de esgoto. Mais comumente ocorre em epidemias ou endemias, raramente ocorrendo isoladamente. A sua transmissão seria oral-fecal, através de água ou alimentos contaminados, de evolução benigna (para a cura). O período de incubação seria de seis semanas, nunca evoluiria para as formas crônicas.

Tivemos várias epidemias da hepatite E, englobando os seguintes países: México, Somália, Sudão etc.

A hepatite E (HEV) seria a principal causadora de hepatite fulminante nas gestantes, no terceiro trimestre, alcançando o índice de 20% de mortalidade. O anti-HEV IgM surge em 2 – 24 semanas após o contato⁴².

HEPATITE G

Também descoberta recentemente seria causada pelo polimixovírus, tendo como característica, no estudo histopatológico, o encontro de células gigantes do tipo sincício. Muitos autores negam a existência deste tipo de hepatite.

No que tange à dieta, tratamento, epidemiologia e profilaxia, a conduta nas hepatites C, D, E, G segue, em linhas gerais, o que já foi dito anteriormente.

Obviamente, a meu ver, teremos em pouco tempo esgotado o nosso alfabeto com relação às novas hepatites descobertas, porém continuaremos “a engatinhar” no que se refere à descoberta de uma droga realmente eficaz com atuação no hepatócito, isto é, uma droga hepatoprotetora de verdade⁴³.

HEPATITE E AIDS

Atualmente, o mundo encontra-se inteiramente voltado para o flagelo do final do século passado e início deste, que é a aids. Inúmeras publicações, inclusive nacionais, extrapolariam a capacidade do mais sensível leitor de absorver as informações que emanam, ininterruptamente de todos os meios científicos, com relação à aids. Apesar deste prólogo, a incidência ou correlação das hepatites ligadas à aids é de escassa publicação, inclusive, na literatura estrangeira. Por esse motivo, abordaremos este assunto em associação à nossa experiência clínica.

Hepatopatias acompanhadas de icterícia em pacientes imunodeprimidos requerem perspicácia clínica mais apurada, pois a conduta com relação à solicitação de exames complementares depende de uma abordagem clínica extensa, para a conclusão diagnóstica.

Antes de se pensar em afecção com comprometimento hepático, devemos ter em mente que variados quadros infecciosos com ou sem hemólise podem ocasioná-lo, principalmente o uso de drogas ou infecções anaeróbicas.

No paciente HIV-infectado, são as seguintes infecções que podem ocasionar hepatites agudas:⁴⁵

- Hepatite A
- Hepatite B
- Hepatite C
- Mononucleose (Vírus Epstein-Barr)
- Citomegalovirose

No meu entender, as mais comuns seriam as hepatites B e C, pois as formas de transmissão seriam idênticas às do HIV, assim como o grupo populacional de risco o mesmo, aquele altamente promíscuo.

Das infecções oportunistas, a principal e pouco pensada em nosso meio seria Citomegalovirose, sendo comprovada com a pesquisa de IgG e IgM específicas.

Outras formas do hepatites reacionais podem ocorrer no paciente com aids. Como exemplo destacamos a tuberculose na sua forma disseminada. A própria infecção oportunista pelo

micoplasma, além do acometimento pulmonar clássico poderemos ter icterícia acompanhada laboratorialmente de leve aumento das transaminases, tanto TGO como TGP.

As protozooses que causariam hepatite no paciente aidséico seriam a toxoplasmose (*Toxoplasma gondii*)⁴⁴ e a pneumocistose (*Pneumocystis carinii*).

Em nosso meio, as micoses profundas que poderiam causar um tipo de hepatite granulomatosa no aidséico seriam a histoplasmose e a blastomicose, atuando como oportunistas.

Sendo a mononucleose bastante freqüente no Brasil e o vírus Epstein-Barr um dos maiores causadores de hepatite viral, geralmente assintomático, fico admirado dos poucos escritos com relação à associação de mononucleose e aids.

No grande arsenal terapêutico, sob investigações, utilizado aids e na maioria das vezes as drogas utilizadas contra as infecções oportunistas associadas à infecção aidséica, apresentam-se efeitos deletérios para o fígado (hepatotóxicos). Por isso, é sempre necessário pensarmos na presença de icterícia, no HIV-infectado, como causa primária de hepatite por drogas antes mesmo de investigarmos outras etiologias.

AIDS E HEPATITE C

É de particular interesse a associação do vírus da imunodeficiência humana e o vírus C, motivo pelo qual faremos algumas considerações mais detalhadas sobre o assunto. Ambas as doenças são consideradas problemas de saúde pública mundial. Atualmente, estima-se que 33 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV enquanto 60 a 180 milhões portam o vírus C, doentes ou não. A infecção mista por ambos os agentes patológicos tem maior prevalência entre aqueles indivíduos utilizadores de drogas ilícitas injetáveis ou sujeitos à constante hemotransfusão ou hemodiálise. Chegam a 9% os pacientes com aids também infectados pelos vírus C⁴⁵.

Assim como é observado em pacientes imunossuprimidos devido a transplantes, a perda da função imune ideal nos aidséicos faz com que os marcadores anti-HCV possam desaparecer, principalmente quando utilizados testes sorológicos de primeira geração⁴⁷. Portanto, uma única tentativa de diagnosticar o anti-HCV em um paciente HIV positivo não exclui a infecção, fazendo o diagnóstico ser um fator complicador. Em contrapartida observou-se que a viremia pelo HCV é significativamente mais intensa e freqüente quando o HIV também está presente, favorecendo técnicas de detecção direta do vírus. Vale ressaltar que o risco de transmissão pelas vias vertical e sexual torna-se muito mais importante com o número aumentado de vírus circulantes.

Paralelamente ao aumento da viremia e à diminuição da função imune, a hepatite C crônica rumo mais rapidamente para cirrose e para o óbito em pacientes HCV/HIV positivos. Apesar da importante participação do mecanismo imunológico sugerido para as hepatites, tal fato possivelmente se dá devido ao efeito citopático direto desses vírus sobre o hepatócito; no entanto, não parece haver uma correlação direta entre viremia e gravidade da hepatite. A presença do vírus C não parece agravar a evolução da Aids⁴⁸.

Em decorrência dos avanços muito mais ágeis desenvolvidos para o tratamento da AIDS, a causa de maior preocupação para o médico e o paciente co-infectado passa a ser a hepatite C, agora mais agressiva e de pior prognóstico, já que os avanços terapêuticos são ainda tímidos e esperam novas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que, num futuro bem próximo, tenhamos técnicas mais acessíveis (de baixo custo) para a detecção das hepatites, principalmente B e C, além de um maior interesse dos meios governamentais na divulgação de suas formas clínicas, enfatizando a sua disseminação, evitando assim o grande aumento na prevalência, na incidência e na letalidade desta enfermidade; teríamos assim um aumento substancial no seu controle.

Sabemos que estamos passo a passo no encontro de uma terapia mais adequada relativa às hepatites com medicamentos mais eficazes sem efeitos colaterais e de baixo custo; porém, isto não seria nada significativo se não conseguirmos alertar para os meios de disseminação junto à comunidade, principalmente no que se refere ao contágio sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. NISHIOKA K. *et al* (eds): Viral Hepatitis and Liver Disease. New York, Springer - Verlag, 1994.
2. FORBES C. D. *et al*: Atlas Colorido e Texto de Clínica Médica: Causas de Hepatites Agudas. 9.35; 2ª ed., São Paulo - SP - Brasil, 1998.
3. PURCELL RH: Hepatitis viruses: Changing patterns of human disease. *Proc Natl Acad Sci USA* 91:2401, 1994.
4. GAUBE J., FEUCHT H. H., LAUFS R., POLYWKA S., FINGSCHEIDT E., MULLER H. E. Hepatitis A, B and C as desmotic infections. *Gesundheitswesen*, 1993.
5. ALTER MJ *et al*: The epidemiology of viral hepatitis in the United States. *Gastroenterol Clin North Am* 23:437, 1994.
6. ZUCKERMAN A.J.: Hepatitis A: A giant leap forward *Nature*. 279: 198, 1979.
7. FROESNER G. G., DEINHARDT M. E. COLS.: Laboratory Diagnosis of Hepatitis A Infection. *Falk Symposium*. Nº 28. *Virus and the Liver*. Brasília, outubro, 1979.
8. LEE W.: Hepatitis B. *Clin Liver Dis* 1999; 3:179. (Reviews of epidemiology, virology, immunopathogenesis, clinical features, natural history, treatment, and prevention).
9. LEBOVICS E., DWORKIN BM, HEIER S.K., ROSENTHAL W.S. The hepatobiliary manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Am J Gastroenterol* 1988; 83:1-7.
10. LEVINE O.S., VLAHOV D., NELSON K.E. Epidemiology of hepatitis B virus infections among injecting drug users: seroprevalence, risk factors and viral interactions. *Epidemiol Rev* 1994; 16:418-36.
11. DIETZMAN D.E., HAMISCH J.P., RAY C.G., ALEXANDER E.R., HOLMES K.K. Hepatitis B surface antigen (HbsAg) and antibody to HbsAg: prevalence in homosexual and heterosexual men. *JAMA* 1977; 238: 1625-6.
12. MENDES F., PITTELLA A. M.: *Recentes Avanços em Hepatites*. São Paulo: Fundação Byk, 1995.
13. KUROSAKI M. *et al*: Rapid Sequence Variation of the hypervariable region of hepatitis C virus purine the course of chronic infection. *Hepatology*, 1993; 18:1293.
14. MENDES T.F., CRUZ, P.R.S., PITTELLA A.M.M., MEXAS P.P.F., PODKAMENI, N., HERBERT, B.A. Transmissão sexual do vírus da hepatite B. *Mod Hepatol*, 3: 1-6, 1982.
15. HEATHCOTE J., CAMERON C.H., DANE D.S. Hepatitis B antigen in saliva and semen. *Lancet*, 1:71-73, 1974.
16. FEWAZ K.A., MATLOFF D.S. Viral hepatitis in homosexual men. *Gastroenterol*, 81:537-538, 1981.
17. JUDSON F.N., PENLEY K.A., ROBINSON M.T. *et cols*. Comparative prevalence rates of sexually transmitted diseases in heterosexual and homosexual men. *Am J Epidemiol*, 112:836-843, 1980.
18. BARONI A.A. *et cols*. I Consenso da Sociedade Paulista de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C. Sociedade Paulista de Infectologia, São Paulo - Brasil, 2002.
19. KOFF R.S.:Hepatitis A. *Lancet* 1998; 351:1643.
20. LEIKIN E.L. *et al*. Epidemiologic predictors of hepatitis C virus infection in pregnant women. *Obstet Gynecol* 1994; 84(4): 529-34.
21. LAU J.Y.N., WRIGHT T.L.: Molecular Virology and pathogenesis of hepatitis B. *Lancet* 342:1335, 1993.
22. FEITELSON M., LONDON W.T.: Virus gene products as immunologic targets in acute hepatitis B. *Lab Invest* 62:667, 1990.

23. BEASLEY R.P., STEVENS A.M. *et al.*: The antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *Am J Epidem*, 105:94, 1977.
24. COLOMBARI R. *et al.*: Chronic hepatitis in múltiple virus infection: Histopathological evaluation. *Histopathology* 22:319, 1993.
25. DEODHAR, K.P. *et al.*: Orcein staining of hepatitis B antigen in paraffin sections of liver biopsies. *J Clin Pathol* 28:66, 1975.
26. WORNER T.M., LIEBER C.S.: Perivenular fibrosis as precursor lesion of cirrhosis. *JAMA* 254:627, 1985.
27. TAKAHASHI M. *et al.*: Natural history of chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 88:240, 1993.
28. COHEN J.I.: Hepatitis A virus: Insights from molecular biology. *Hepatology* 9:889, 1989.
29. LEMON S.M.: Type A viral hepatitis. New developments in an old disease. *N Engl J Med* 313:1059, 1985.
30. ALTER M. J. *et al.*: Hepatitis C. *Infect Dis Clin North Am*, 1998; 12(1):13-26.
31. WU J. C. *et al.*: Prevalence, infectivity, and risk factor analysis of hepatitis C virus infection in prostitutes. *J Med Virol* 1993;39(4): 312-7.
32. BAFFIS V. *et al.*: Use of interferon for prevention of hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients with hepatitis B or hepatitis C virus infection. *Ann Intern Med* 1999; 131:691.
33. DEBISCEGLIE A.M.: Treatment advances in chronic hepatitis C. *Semin Liver Dis* 1999; 19(Suppl 1):1.
34. MALIK A.H. *et al.*: Chronic hepatitis B infection: treatment strategies for the new millennium. *Ann Intern Med* 2000; 132:723.
35. GREGORY P.R.: The demise of corticosteroid therapy for acute viral hepatitis. *Gastroenterology*, 80:404, 1981.
36. KANE M.A.: *Global programme for control of hepatitis B infection.* Vaccine, 1995; 13(suppl 1): S47-9.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION.: Expanded Programme on Immunization global advisory group. *Weekly Epidemiol Record* 1992;3:11-6.
38. BOXALL E.H.: Antenatal screening for carriers of hepatitis B virus. *BMJ* 1995;311:1178-9.
39. WAINWRIGHT R.B., MCMAHON B.J., BULKOW L.R., PARKINSON A.J., HARPSTER A.P., HADLER S.C.: Duration of immunogenicity and efficacy of hepatitis B vaccine in a Yupik Eskimo population - preliminary results of an 8 year study. In: *Viral hepatitis and liver disease*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991:762-6.
40. HOOFNAGLE J.H.: Type D (delta) hepatitis. *JAMA* 261:1321, 1989.
41. GAETA G.B. *et al.*: Chronic hepatitis D: a vanish disease? An Italian multicenter study. *Hepatology* 2000; 32:824.
42. KRAWCZYNSKI K.: Hepatitis E. *Hepatology* 17:932, 1993.
43. ALTER M.J. *et al.*: Acute non A-E Hepatitis in the United States and the role of hepatitis G virus infection. *N Engl J Med* 336:741, 1997.
44. VISCHER T.C., BERNHEIM, ENGELBRECHT E.: Two cases of hepatitis due to toxoplasma gondii. *Lancet*, 2:917, 1967.
45. LEMON S.M.: *Viral hepatitis, Sexually Transmitted and Etiologic Agents*. P.479-493, 1984.
46. FRANCISCI D., BALDELLI F., PAPILI R., STAGNI G., PAULUZZI S.: Prevalence of HBV, HDV and HCV hepatitis markers in HIV-positive patients. *Eur J Epidemiol* 1995; 11:123-126.
47. QYARANTA J.H., DELANY S.R., ALLEMAN S., CASSUTO J.P., DELLAMONICA P., ALLAIN J.P.: Prevalence of antibody to hepatitis C virus (HCV) in HIV-1 infected patients (Nice SEROCO Cohort). *J Virol* 1994; 42: 29-32.
48. BONACINI M., PUOTI M.: Hepatitis C in patients with human immunodeficiency virus infection: diagnosis, natural history, meta-analysis of sexual and vertical transmission, and therapeutic issues. *Arch Intern Med* 2000; 160:3365-73.

Endereço para correspondência:
PAULO ROBERTO N DA SILVA
 E-mail: favns@bol.com.br

Recebido em: 21/12/2002.

Aprovado em: 25/02/2003.

**Para Ser Ouvido e Respeitado,
 Você Tem Que Ser LIDO. ESCREVA.**

O DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

chega para mais de 15.000 médicos e profissionais de saúde.
 E mais, está nas principais bibliotecas do Brasil.

www.uff.br/dst/

BIOÉTICA E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

I. HISTÓRICO E CONCEITUAÇÃO

As DST situam-se entre os problemas de saúde que mais afligem a população do mundo. Estas doenças têm merecido a preocupação dos gestores da Saúde da população desde os tempos da História Antiga.

A história das DST praticamente se confunde com a história da humanidade. Objetivando este problema, Ricord afirmou "Deus criou o céu, a terra e as doenças venéreas".

Ao longo do tempo transcorrido entre a criação e a atualidade, os microorganismos emersos das águas, solo, planta e animais encontraram no homem condições mais favoráveis para o seu desenvolvimento, incorporando-se ao ecossistema, de modo simbiótico, indiferente ou em várias situações através do parasitismo. A variação na sua adaptabilidade do agente hospedeiro aos ecossistemas, interessando no caso a esfera genitourinária, condicionou não apenas o eclodir de doenças com também seus mecanismos de transmissão. À semelhança de outros ecossistemas, os microorganismos que tiveram preferência pelo meio genital o fizeram tão intimamente que estranhavam o meio exterior, onde, na dependência do tempo se inativavam. Desta forma, a sua transmissão passou a exigir contato direto, íntimo, representado fundamentalmente pelo ato sexual.

Há muito tempo, relacionavam-se estas doenças com o ato sexual, principalmente na promiscuidade de determinados ambientes: "templos de Vênus", para os mais liberais, ou "prostíbulos ou lupanares", para os menos compreensivos. Para estes, caracterizavam-se as doenças venéreas (Jacques de Bittencourt, 1527) como *morbus indecens* nos tempos de Nero. Se a Bíblia encarou a gonorréia com impureza, ao lado do amor porco (sífilis), Fracastori romanceia as desventuras do pastor Syphilus, vítima da ciúmeira de Apolo.

(Belda Jr., 1999).

O progresso foi separando os quadros e seus agentes, sem desvinculá-los da estigmatização originada do lupanar do amor proibido. Assim que, até a II Guerra Mundial, as doenças venéreas constituíam um reduzido capítulo das doenças infecciosas, estudadas basicamente pela dermatovenerologia e sifilografia, formado pela sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose.

Pelas suas características básicas eram definidas como sendo doenças causadas por agentes adaptados à área genital humana e que, pelo menos nas fases iniciais, determinavam sintomas ou sinais neste local, ligando-se fundamentalmente à promiscuidade sexual e à prostituição, com predominância maior no sexo masculino, entre 20 e 30 anos, e com relação inversa à escolaridade e ao nível socioeconômico. Os surtos epidêmicos que ocorreram no período pós-guerra estiveram ligados ao afrouxamento dos costumes que acompanhou os movimentos populacionais e as convulsões políticas, civis e militares.

Nesta ocasião, o herpes genital e o condiloma acuminado ocupavam o segundo plano sob o título de doenças para venéreas ou venéreas menores. De mesma forma as uretrites não-gonocócicas não mereciam maiores atenções. Fato paradoxal se compararmos com os dias atuais, pois são as que mais têm merecido a atenção da Medicina, quais sejam o herpesvírus, papilomavírus e clamídia.

No pós-guerra imediato, as doenças venéreas foram dadas como vencidas, em decorrência da descoberta de alguns antibióticos, destacando-se a penicilina. Em meados dos anos 50, estas doenças retornaram para assumir características epidêmicas no início dos anos 60. A partir desta época, progressivamente observou-se aumento na precocidade sexual, bem como na frequência e variação de parceiros. O tabu da virgindade passa a ser substituído pelo oposto bem como as variações das relações genital-genital deixam de se tornar desvios para se incorporarem ao ato sexual; com isto inclusive, promovendo alteração e mescla de agentes genitais, orais e anais. A homossexualidade se evidencia e o sexo torna-se acentuado mercado de consumo. Como consequência o parceiro feminino no relacionamento não comprometido passa ser o transmissor, deslocando a prostituição para importância secundária. Os grupos de adolescente e universitários se apresentam como sendo de risco maior para a transmissão e a propagação atinge proporções epidêmicas.

Assim sendo, da primitiva conceituação das doenças venéreas, permanece apenas o traço da promiscuidade, hoje entendida como mudança frequente de parceiros. Das cinco inicialmente chamadas doenças venéreas, nos dias atuais, encontram-se mais de 40 síndromes que apresentam a mesma características de poderem ser transmitidas através da relação sexual e com crescente e preocupante propagação.

II. CLASSIFICAÇÃO

A multiplicidade de agentes com potencial poder de transmissão sexual se traduz na dificuldade de estabelecer uma classificação simplificada destas moléstias. Baseado nos agentes transmissores, Holmes (1980) classificou as DST como podendo ser provocadas por: vírus, bactérias, fungos, protozoários ou ectoparasitas. Saliente-se que a cada dia surge um novo agente para se agrupar a esta classificação, como é o caso da hepatite pelo vírus C p.ex.

Por outro lado, Pereira Junior e Serruya (1982) sugeriram uma classificação baseada na obrigatoriedade ou não do ato sexual para a sua transmissão:

- Doenças essencialmente transmitidas pelo contato sexual: sífilis, gonorréia, cancro mole e linfogranuloma venéreo.
- Doenças frequentemente transmitidas pelo contato sexual: donovanose, uretrite não gonocócica, herpes, condiloma, candidíase, fitiríase e hepatite B.
- Doenças eventualmente transmitidas pelo contato sexual: molusco contagioso, pediculose, escabiose, shigelose, amebíase.

Em 1983, o grupo de consultores da OMS entendia que "as DST são grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas e um número crescente de síndromes e entidades clínicas que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual. Obtidos de escavações da cidade de Pompéia, observaram-se sinais indicativos da classificação dos prostíbulo da época, conforme as suas condições de segurança, saúde e higiene com relação à prevenção destas doenças. Tais preocupações vêm se desenrolando através dos tempos em intensidades variáveis. Há aproximadamente 20 anos culminou com o advento da infecção pelo HIV onde inúmeras pessoas vieram a falecer devido a terem contraído uma DST.

Tais doenças têm preocupado não apenas pela sua incidência elevada, mas principalmente pela mutação de seus agentes e da sua apresentação, e pelas complicações associadas. Embora não se conheça exatamente a magnitude do problema, hoje acredita-se que as DST estão entre as 5 causas mais comuns de procura por serviço de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, a cada ano, surgem no mundo 330 milhões de novos casos de DST. Aproximadamente 1 milhão de infecções ocorrem a cada dia. No Brasil não há dados objetivos, principalmente porque, à exceção da aids e sífilis congênita as DST não são de notificação compulsória. Além disso muitas delas são atendidas em farmácias ou em consultórios privados. Entretanto, segundo estimativas da OMS baseadas em alguns dados nacionais, ocorrem a cada ano no Brasil entre 10 a 12 milhões de casos de DST curáveis. (Ministério da Saúde, 2000).

Com o avanço da epidemia da Infecção pelo HIV a importância das DST assumiu um papel ainda mais relevante, principalmente quando se observou que estas facilitavam a propagação daquela. Tal fato foi observado em uma população da África, em que o controle e tratamento das DST propiciou redução de 40% na propagação do HIV.

No que diz respeito à ética médica associada com às doenças sexualmente transmissíveis encontramos uma das primeiras observações em um estudo que, inclusive pelas críticas a ele advindas, apresentou papel marcante na formação da bioética. Faz parte da experimentação com seres humanos que, associando o uso da alta tecnologia médica e ao uso social da Medicina, tratam-se das 3 áreas que mais ativamente contribuíram para a formação da bioética.

Neste estudo, ligado à sífilis e que recebeu o nome de *Tuskegee* (cidade onde foi realizado) *Syphilis Study*, foram incluídos 600 trabalhadores braçais negros - com os objetivos de se avaliar o curso natural da sífilis quando esta não era tratada. For avaliado um grupo de 399 homens com a doença, não sendo tratados e nem informados a seu respeito, comparados com um grupo de 201 que não eram portadores da doença, sendo utilizados como controle. Foi organizado pelo *U.S. Public Health Service*, entre os anos de 1932 e 1972, sendo bloqueado apenas em 1973 quando o jornal *New York Times* publicou severas críticas sobre o desvio moral e desrespeito a dignidade humana de tal experimento.

Na atualidade, com o advento dos Comitês de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, as experimentações utilizando fármacos em seres humanos têm sido bastante controladas, praticamente carecendo de infrações à ética.

Com relação a bioética aplicada às DST, previamente ao comentário a respeito dos pontos polêmicos existentes, algumas considerações a respeito da ética da sociedade como um todo e aumento progressivo das DST devem ser observadas.

III. A ÉTICA E A PROGRESSÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Indiscutivelmente as DST têm cursado com progressão assustadora. Tal fato apresenta alguns motivos que merecem consideração:

PERGUNTA: Por quais motivos as DST têm aumentado ao longo da evolução da humanidade?

RESPOSTA: Este aumento vem ocorrendo basicamente por dois motivos:

- Inicialmente, várias destas doenças há algum tempo não se conheciam ou, ainda, se conheciam mas não na forma de apresentação atual. Ou seja, métodos de diagnóstico modernos propiciaram a identificação de maior número de pessoas portadoras. Um exemplo disto é a infecção pelo papilomavírus (HPV) que antes se conhecia apenas a forma de apresentação clínica ou condiloma (vulgarmente conhecida como "crista de galo") e atualmente com métodos de diagnóstico mais sensíveis se conhece a forma de apresentação subclínica e latente com apresentação através de lesões microscópicas ou até mesmo sem evidenciar lesões. Assim, o desenvolvimento de métodos diagnósticos modernos evidenciaram formas de apresentação de DST ainda desconhecidas na época.

- Por outro lado, vários estudos têm demonstrado que as pessoas vêm aumentando a sua atividade sexual conforme demonstra o **Quadro 1**.

QUADRO 1. Meios pelos quais as pessoas vêm aumentando a atividade sexual

1. Idade cada vez mais precoce da primeira relação sexual
2. Relações sexuais com número cada vez maior de parceiros
3. Maior número absoluto de relações sexuais

Desta forma, o grande número de pessoas tendo cada vez mais um maior número de relações sexuais **somados** à existência progressiva de maior e mais diversificado número de microrganismo de transmissão sexual, **obviamente apresenta um resultado catastrófico**.

Com relação aos motivos pelos quais as pessoas vem aumentando suas atividades sexuais, podemos observar os principais no **Quadro 2**.

QUADRO 2. Principais motivos que se associam ao aumento das atividades sexuais

1. Advento dos métodos contraceptivos (pílulas anticoncepcionais)
2. Progresso da humanidade tendendo a maiores aglomerações urbanas
3. Facilidade de locomoção das pessoas pelo avanço dos meios de transportes
4. Erotização propagada pelos meios de comunicação

Os quatro fatores poderiam enquadrar-se, associados com inúmeros outros, entre eventos sociais, culturais e biológicos, que têm propiciado às pessoas aumento em suas atividades sexuais ao longo do tempo.

Entretanto, em nossa opinião, o quarto fator citado é o que merece as maiores considerações:

Na realidade, a divulgação maciça da sexualidade pelos diversos meios de comunicação, somada à liberalidade sexual, encontram campo fértil para facilitar a propagação das DST.

Com relação a esta divulgação da sexualidade, os meios de comunicação não tem utilizado nenhum tipo de critério para a sua efetivação. Assim, em horários de fim de tarde, quando os adolescentes ou até mesmo pré-adolescentes "ligam seus televisores" observam diversas cenas "quase" de sexo explícito "bombardeando" suas mentes. Artistas, ídolos, "gurus", demonstram a erotização para os jovens telespectadores em telenovelas e programas afins. E o pior é que, "nossas" crianças dormindo excepcionalmente antes das 22:00 horas, acabam por receber também estas informações. Recentemente tivemos oportunidade de observar programa de televisão, que inclusive referia congêneres no exterior, demonstrando o modo de viver de um grupo de pessoas e explicitando seus relacionamentos amorosos. Observamos inúmeras propagandas a favor do ato sexual, entretanto nenhuma menção sobre como se prevenir das DST, da gravidez indesejada e, por que não aproveitar o momento, até mesmo contra das drogas, que se incluem neste contexto. São inúmeras as menções a favor do prazer sexual e quase nenhuma orientação sobre "sexo seguro". Talvez, alguns dos nossos legisladores, devesse sugerir uma lei onde, para cada número "x" de cenas de erotização se veiculasse alguma informação orientando os nossos jovens sobre as DST.

Além disto, utiliza-se do erótico nos meios de comunicação para aumentar o número de vendas de vários produtos. Carros, roupas, sapatos, artigos de beleza, entre outros, utilizam o erotismo para melhor propagarem suas vantagens.

Neste contexto, as poucas informações veiculadas pelos órgãos governamentais, apenas em determinadas épocas, como no carnaval, praticamente se diluem neste "mar de informações eróticas".

Esta ponte nos parece de fundamental importância e convidamos o leitor a tentar pôr em prática idéias que possam modificar ou melhor, adapta-se aos tempos da epidemia das DST.

IV. APLICAÇÃO DA ÉTICA ÀS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Alguns pontos polêmicos poderiam ser apontados relacionando as DST com a Ética Médica. Dentre eles sugerimos os relacionados na tabela 1, dos quais referimos algumas consideração da prática no manuseio destas pacientes.

QUADRO 3. Fatores polêmicos relacionando DST X Ética Médica

1. A respeito do sigilo em relação ao portador de uma DST.
2. Na informação ao paciente de como contraiu a doença
3. Como informar e convocar o parceiro para conduta em relação a DST
4. Como informar a respeito das possíveis complicações associadas

IV.1. SIGILO COM RELAÇÃO AO PORTADOR DE DST

As DST têm-se se mostrado como sendo situações que culturalmente trazem estigma ao seu portador. Isto tem se mostrado ao longo do tempo e foi inclusive fator que propiciou o abandono do termo doenças venéreas em prol das atuais doenças sexualmente transmissíveis. Ressalte-se inclusive que, pelo fato de muitas destas moléstias não apresentarem sinais clínicos mas se encontrarem apenas em fase de portador assintomático, esta terminologia tem sido mudada para infecções de transmissão sexual (ITS).

Devemos, ao "dar a notícia para o paciente", assegurá-lo de que esta informação será absolutamente sigilosa e confidencial.

Esta é uma informação que inclusive deveria ser propagada pelos meios de comunicação, visto que muitos dos pacientes não se apresentam às consultas pelo medo de tornar pública sua condição de portador de uma DST. Devido a este fato procuram serviços alternativos, muitas vezes recebendo diagnósticos e tratamentos inadequados.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que prometemos confidencialidade, é de fundamental importância que orientemos o paciente a respeito da forma de transmissão de sua moléstia e que o ajudemos a perceber sua responsabilidade de atuar como "agente transmissor. O uso do condom deverá ser ensinado e sobretudo incentivada esta prática para resguardar a saúde sexual de seu(s) parceiro. Da mesma forma, deverá ser orientado a respeito dos vários comportamentos sexuais de risco como p. ex., o relacionamento sem parceiro fixo.

RELATO DE CASO:

Dois médicos: Dr. X e Dr. Y são amigos e o Dr. X atende a esposa dos Dr. Y. Em determinada consulta faz diagnóstico de que a paciente é portadora de infecção por clamídia. Em outro momento quando o Dr. X encontra informalmente o Dr. Y, o notifica, em tom jocoso, de que o mesmo "deve ter mais cuidado com seus relacionamentos extraconjugais, pois fez diagnóstico de clamídia em sua esposa". De uma forma surpresa o Dr. Y responde que não tem nenhum relacionamento extraconjugal, ao que prontamente o Dr. X afirma que deveria ter se enganado no diagnóstico, dizendo que não era bem assim...

Este caso ilustra, ainda, que, de maneira jocosa, há quebra do sigilo com relação à DST. Obviamente traz complicações inusitadas, não apenas para o relacionamento do casal, mas até mesmo, no caso, para a amizade entre os dois protagonistas.

IV.2. COMO INFORMAR AO PACIENTE QUE CONTRAIU DST

Este tipo de informação talvez seja uma das situações mais difíceis de se abordar no contexto das DST. Por princípio médico, "todo o paciente deveria ser informado da sua doença". Claro que existem inúmeras exceções, principalmente da dependência do status psicológico do paciente no momento em que irá receber a notícia e da "magnitude" da doença a ser notificada.

RELATO DE CASO

O Dr. X atende uma paciente com tricomoníase e lhe informa de maneira "simplista" que contraiu uma "infecçãozinha" e nem refere se tratar como sendo exclusivamente de transmissão sexual. Associado ao tratamento, pede alguns exames, e entre eles o anti-HIV. Algum tempo após, o laboratório lhe telefona notificando de que aquela paciente, após teste confirmatório, é HIV positiva. Quando a paciente retornar, deverá obrigatoriamente "dar a notícia de que é portadora da infecção pelo HIV" e obviamente a abordará de maneira diferente...

Obviamente são duas situações com magnitudes diferentes. Entretanto, foi subestimada a notícia do primeiro diagnóstico sem referir tratar-se de uma DST com todas as suas conseqüências frente ao modo de transmissão. Inclusive pelo fato de que as **infecções vaginais (no caso a tricomoníase) se comportam como fatores facilitadores para contrair a infecção pelo HIV.**

Claro que a reação frente à notícia de que o paciente é portador de uma DST se apresentará de forma diferente: receber o diagnóstico de que contraiu a Infecção pelo HIV ou uma "simples" tricomoníase, obviamente trará impactos completamente diferentes. Embora ambas sejam transmitidas através da relação sexual.

A abordagem deste ponto deve também levar em consideração duas situações importantes para as pacientes após receberem a notícia de que contraíram uma DST:

- De quem contraiu esta doença?
- Quando contraiu esta doença?

Isto se traduz no fato de que as pacientes necessitam "questionar a fidelidade do seu parceiro. Entretanto, não deverá ser o médico que irá esclarecer a respeito desta fidelidade, pois:

- Tendo em vista que a quase totalidade das DST podem permanecer no organismo infectado sem apresentar sintomas (popularmente chamadas como "incubadas) e se manifestar muito tempo após (ou nem mesmo se

manifestarem), **não podemos definir nem quando e nem de quem este paciente adquiriu a sua doença**, e obviamente que ela própria terá que conhecer a fidelidade de seu parceiro.

IV.3. INFORMAR E CONVOCAR O PARCEIRO

Estas duas necessidades para o controle das DST são bastante difíceis de se cumprir. Entretanto, temos que reafirmar a necessidade de que algum tipo de conduta deverá ser direcionada para o parceiro.

Obviamente, seria ideal que o parceiro viesse à consulta e que dispuséssemos de estrutura necessária para atendê-lo. Porém, infelizmente, nem sempre conseguimos localizar e convocar o parceiro e também eventualmente poderá existir dificuldade de atendê-lo de imediato e dentro de suas disponibilidades. De uma forma clara, deveremos notificar a paciente da necessidade do tratamento de seu parceiro, obviamente apenas naqueles casos indicados (em algumas situações não existe esta indicação), e ressaltar que este procedimento poderá implicar no resultado final.

Não existe "fórmula mágica" para esta convocação e é de grande dificuldade solicitarmos o comparecimento do parceiro que, na maioria das vezes, não apresenta nenhum sintoma e tampouco "se sente doente". É muito importante termos consciência de que, apesar desta situação, deveremos influir o mínimo possível no relacionamento do casal

IV.4. A RESPEITO DA NOTIFICAÇÃO DAS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DAS DST

Este fato tem gerado muita confusão e até mesmo histerismo dos pacientes acerca das possíveis complicações das DST.

Com relação às possíveis complicações das DST podemos enumerar:

QUADRO 4. Possíveis complicações das DST

1. Esterilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica com relação à salpingite
2. Complicações do curso da gestação
3. Contaminação e lesões no feto e recém-nato
4. Oncogênese genital (principalmente câncer do colo uterino) com relação ao HPV
5. Óbito principalmente relacionado com o HIV

Destas possíveis complicações, a oncogênese genital, principalmente relacionada com a Infecção pelo HPV e o câncer do colo uterino tem merecido as maiores considerações.

RELATO DE CASO:

A senhora Y vai ao Dr. X com urgência, completamente assustada. Motivo: foi ao laboratório pegar o resultado de seu exame "preventivo" (Exame citológico de Papanicolaou) e surpreendeu-se com o laudo de "**alterações citológicas sugestivas de infecção pelo HPV**". Pois havia lido em uma revista que a pessoa que possuísse este laudo teria câncer do colo

do útero atual ou no futuro. O Dr. X notifica que "não é bem assim", mas que ela tem que se cuidar, senão realmente poderá ter um câncer no futuro. A paciente não entende muito bem e resolve ir em outro médico pois ouviu dizer que "o melhor seria já retirar o útero como prevenção".

Apesar da explicação do médico ter algum fundamento ela não foi bem aceita e pareceu incompleta para a paciente. Isto se deve, principalmente, pela multiplicidade de revistas e programas veiculados nos meios de comunicação, que muitas vezes passam informações distorcidas ou com dificuldades de entendimento pelos pacientes. Ainda recentemente observamos uma matéria em revista de grande circulação referindo-se à infecção pelo HPV como sendo "a verruga assassina", no sentido de explorar sua ação oncogênica;

Uma maneira relativamente simplista de explicar a oncogênese do HPV seria a relatada abaixo:

EXPLICAÇÃO DA ONCOGÊNESE RELACIONADA AO HPV

"O HPV e a confecção de um bolo de chocolate"

Sugerimos, para explicar ao paciente a respeito da oncogênese e do HPV, que a formação do câncer do colo do útero seria semelhante à confecção de um bolo de chocolate. Para tanto, necessitamos de vários ingredientes, onde o próprio chocolate é o fator fundamental. Entretanto, apenas

com o chocolate não conseguimos confeccionar este bolo. O câncer do colo uterino poderia ter raciocínio análogo - para que possa existir deve apresentar o envolvimento passado ou presente do HPV. Entretanto, apenas com o HPV não se conseguiria desenvolver este tipo de câncer. Ou seja, além do HPV, outras condições associadas são necessárias para que possa expressar seu potencial oncogênico.

Desta forma, utilizando esta ou outra sugestão criativa, deveríamos esclarecer completamente todas as angústias e dúvidas de nossas pacientes.

LEITURAS RECOMENDADAS:

1. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e Aids - Diretrizes e Procedimentos Básicos. Quarta Ed. Brasília 2000.
2. URBAN, CA - Os desafios da Bioética para o próximo milênio nos Países em Desenvolvimento: o Brasil como modelo. Comunicação Pessoal. 2001
3. DE CARVALHO NS - Abordagem Prática das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coleção Infecções Vulvovaginais, ed. Lemos. 2001
4. Centers for Disease Control - Technical Guidance on HIV Counseling. MMWR - 42:11-17, 1993.

NEWTON SERGIO DE CARVALHO

Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Mestrado e Doutorado. Coordenador do Setor de Infecções/DST em Ginecologia e Obstetrícia
E-mail: newton@hc.ufpr.br

Recebido em: 07/03/2003.

Aprovado em: 08/04/2003.

**Entrar Nestas Páginas
é Visitar Equipes Que Trabalham Duro.**

www.uff.br/dst/

www.dstbrasil.org.br

www.aids.gov.br