

# DST

SBDST

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

**Vol. 6 - Dezembro - 1994**

## **Editorial**

### **Carta ao Editor:**

*Uma Alternativa na Luta Contra a AIDS*

### **Vulvo-Vaginites:**

*Tratamento com Ducha de Hipoclorito de Sódio*

*Síndrome da Imunodeficiência em Idosos*

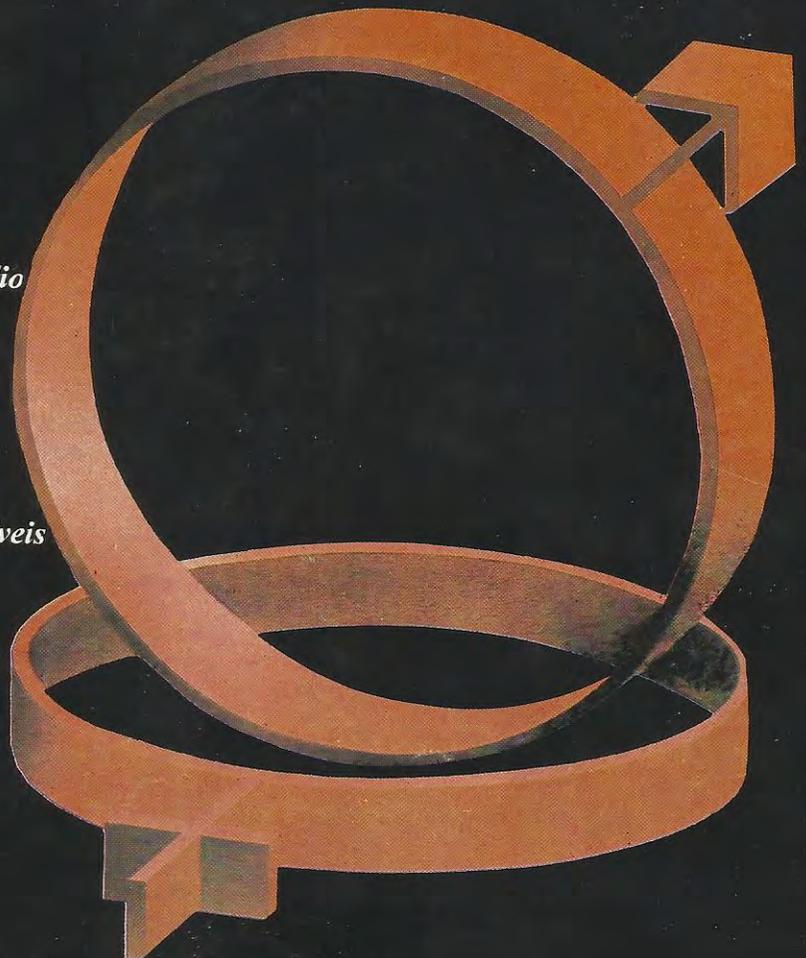
*Pacientes Soropositivos ou com SIDA  
Atendidos no Setor de DST da UFF*

*Convocação de Parceiros Sexuais dos  
Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis*

*Percepção de Risco para Clínicas de  
Planejamento Familiar no Brasil*

*Síndrome de Schmidt em Paciente  
Portador de Síndrome de Imunodeficiência  
Adquirida (SIDA)-Relato de um Caso.*

*Sugestões para Leitura*



# DST

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm, 6(4): dezembro, 1994 - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

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

#### Diretoria

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

#### Conselho Editorial

##### Editor Chefe

Mauro Romero Leal Passos  
Co-Editores  
Cristiane Guimarães Fonseca  
Gutemberg Leão de Almeida Filho  
Humberto Jones Abrão  
Nero Araújo Barreto  
Paulo da Costa Lopes  
Roberto Salles

#### Comissão Editorial

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

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

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

#### Reitor da UFF

Prof. Luiz Pedro Antunes

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

Prof. Edmundo Antonio Soares

#### Pró-Reitor de Planejamento

Prof. Walter Pinho da Silva Filho

#### Pró-Reitor de Assuntos Acadêmicos

Profª. Maria Helena da Silva Paz Faria

#### Pró-Reitor de Extensão

Prof. Cresus Vinicius Depes de Gouvêa

#### Diretor do CCM

Prof. Roberto de Souza Salles

#### Diretor do Instituto Biomédico

Prof. Jorge Mamede de Almeida

#### Chefe do MIP

Prof. José Otílio Leite Machado

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

Prof. Mauro Romero Leal Passos

#### Diretor do HUAP:

Dr. Carlos Roberto Aguiar Lage

#### Diretor da Faculdade de Medicina:

Profª Rosane Nobre Machado Bittencourt

#### Diretor do Campus Universitário:

Dr. James Hall

#### Colaboradores do Setor de DST no JBDST

Auri Vieira da Silva Nascimento  
Marcia Luzia de Abreu Maia  
Alberto Saraiva Tiburcio  
Emerson Carluccio  
Vandira Maria dos Santos Pinheiro

Elizabeth Alvarez Gomez  
Lilian Cristina Gomes da Rocha  
Luiz Alberto Peroza Marin  
Erika Ferraz de Gouvea  
Rosane Rosa Pereira  
Alcina Mª P.F. Teles de Souza  
Adriana Moreira e Costa  
Alea Maria Carminante Bastos  
Ana Cristina Silva Carvalhaes  
Eleonora D'Ávila Thome  
Fabiola Lourenço Siles  
Hannah Kalaoun  
Josemar Coutinho Lima  
Marcia Luzia de Abreu Maia  
Marco Antonio de Oliveira Appolinário  
Neiv Oliveira lamada  
Regina Dias das Neves  
Roberto Domingos dos Santos

**ALDEIA**  
Revista Médica Especializada

Editor: Hermínio A. Cardozo Fº  
Secretária: Michelle Tadeu

**Jornalista Responsável:**  
Sônia Maria P. Ferreira - MTb 17.624  
Tráfego: Francisco J.A. Guimarães  
Editoração Eletrônica/Scanner:  
Sergio F. Santos e Idefonso G. M. Filho  
Tiragem: 5.000 exemplares  
Publicidade: Hermínio Cardozo  
Tel.: (FAX) (021) 280-2639

#### Direcionamento e Distribuição:

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

#### Endereço Científico/Scientific Address

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

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

- 3** Editorial
- 4** Carta ao Editor:  
*Uma Alternativa na Luta Contra a AIDS*  
Frits Sutmoller
- 7** *Vulvo-Vaginites: Tratamento com Ducha de Hipoclorito de Sódio*  
Mauro Romero Leal Passos, Nero Araújo Barreto, Tegnus Vinícius Depes de Gouvêa, Rubem de Avelar Goulart Filho, Auri Vieira Silva Nascimento, Liliam Cristina Rocha, Raimundo Diogo Machado.
- 23** *Síndrome da Imunodeficiência em Idosos*  
Alberto Saraiva Tibúrcio, Anna Ricordi Basin, Marcos Olivier Dalston, Sérgio Setúbal e Walter Tavares.
- 26** *Pacientes Soropositivos ou com SIDA Atendidos no Setor de DST da UFF*  
Alberto Saraiva Tibúrcio, Mauro Romero Leal Passos, Tegnus Vinícius Depes de Gouvea, Auri Vieira do Nascimento, Liliam Cristina Gomes da Rocha e Nero Araújo Barreto
- 30** *Convocação de Parceiros Sexuais dos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis*  
Documento Preliminar
- 34** *Percepção de Risco para Clínicas de Planejamento Familiar no Brasil*  
Ney Costa, Elizabeth Ferraz, Patrícia Bayley, Laurie Fox.
- 39** *Síndrome de Schmidt em Paciente Portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) Relato de um Caso.*  
Alberto Saraiva Tibúrcio, Anna Ricordi Bassin, Honomar Ferreira de Souza, Kátia Martins Lopes de Azevedo e Vera Lúcia Lopes dos Reis.
- 42** *Sugestões para Leitura*

Com esta edição, encerramos volume 6 de 1994, cujo último número é este **JBDST -Volume 6 - nº 4 - Dezembro de 1994**.

Esperamos que neste ano de 1994, quando retomamos as edições do **JBDST**, tenha sido do agrado de nossos leitores, pois, sempre estivemos apresentando trabalhos que consideramos de importância fundamental na abordagem das DSTs

As experiências apresentadas, refletem a boa acolhida do Jornal Brasileiro de DST junto à comunidade médica brasileira, que procurava espaço para publicação e encontrou-o no **JBDST**.

Esperamos poder merecer de todos, anunciantes, autores e colaboradores, a confiança e o prestígio oferecidos em 1994, sem os quais não poderíamos realizar nosso trabalho.

Os editores.

## Uma Alternativa na Luta Contra a Aids

(Porque o Brasil pode e deve participar nos estudos de vacinas Anti-HIV)

*Núcleo de Epidemiologia – Hospital Evandro Chagas – Fundação Oswaldo Cruz*

*J bras Doenças Sex Transm, 6 (4): 4 - 5, 1994.*

De início, uma constatação: o impacto da epidemia de AIDS no Brasil tem suscitado inúmeras indagações, tanto no mundo científico como na sociedade em geral. Algumas delas dizem respeito às estratégias vacinais e não-vacinais. O País já está em condição de deixar de ser espectador passivo da pesquisa científica internacional para ser, de uma vez, participante efetivo? Chegou o momento em que podemos ser parceiros efetivos na definição científica e das escolhas que isto implica, ao invés de meras cobaias de experimentos? Como a população responde aos testes vacinais?

Os projetos de pesquisa de vacinas anti-HIV/AIDS são um bom exemplo para conhecermos qual a situação que de fato ocupamos e poderemos ocupar no sistema internacional de pesquisa. Alguns centros de pesquisa brasileiros estão se envolvendo em projetos internacionais de pesquisa em vacinas anti-HIV. E os termos desse envolvimento têm levantado algumas polêmicas públicas que proporcionam um bom momento para reflexão geral.

Argumentar a favor de uma vacina preventiva (e eventualmente terapêutica) para a infecção por HIV parece quase desnecessário. A AIDS é uma doença com conseqüências trágicas; não existe cura: é dolorosa, desesperante e cara; já dizimou parte de populações na África; o Brasil é um dos países com maior incidência mundial; é uma infecção insidiosa, que pode demorar anos para se manifestar; está rodeada de estigmas e preconceitos, e os seus portadores, reais ou imaginários, vêm-se alvo de discriminação social e pessoal. Afeta a saúde pública e os serviços privados; afeta a economia e a liberdade sexual; mobiliza paixões religiosas e amplia o sofrimento de quem é portador; estigmatizada, induz à clandestinização, tornando assim mais difícil a tomada de medidas curativas ou preventivas.

Entretanto, a prevenção através da educação é necessária, mas difícil de implantar universalmente; adotar práticas de sexo mais seguro e evitar a contaminação através de agulhas exige modificações em áreas íntimas do comportamento que nem sempre cedem ao conhecimento, à vontade e às imposições da consciência. Manter continuamente práticas de comportamento preventivo e seguro é ainda mais difícil que experimentá-las pela primeira vez. E, em muitas situações, o estilo de vida pessoal e política do sujeito não permite a implementação do comportamento seguro; assim se contaminam, por exemplo, as mulheres que se supõem sem risco por terem apenas um parceiro sexual.

Por todas estas razões consideramos importantes trabalhar no desenvolvimento de vacinas que possam eventualmente frear e diminuir o impacto da epidemia, ampliando o instrumental disponível para lhe fazer face. Acreditamos também que pode-

mos e devemos participar destas pesquisas para termos voz ativa nas tomadas de decisões. Por isto é importante a congregação de esforços no sentido de desenhar as pesquisas atendendo aos interesses locais: levar em conta as subvariantes do HIV que circulam no Brasil, relevar as características da população, garantir que eventuais produtos resultantes das pesquisas venham a ser disponibilizados à população brasileira.

As pesquisas para obtenção de uma vacina eficaz para o HIV vêm sendo desenvolvidas há anos, em laboratórios públicos e privados, sobretudo nos Estados Unidos e na França. O princípio de funcionamento de um produto vacinal é o de que este possa de alguma forma "imitar" o agente que causa a doença, sem que de fato a cause, mas "engane" o organismo de forma a que este produza reações imunes que venham a constituir uma proteção eficaz contra essa mesma doença. Esse é o princípio que vigora na maioria das vacinas conhecidas. A indução da imunidade pode ser feita através de diferentes princípios: com um composto sintético que "imite" o agente infeccioso semelhante (mas suficientemente diferente para não causar a doença), ou com o próprio agente infeccioso atenuado na proporção certa para induzir imunidade mas não causar a doença.

As pesquisas de vacina anti-HIV já desenvolveram alguns produtos que induzem imunidade contra esse vírus. A chamada "primeira geração" de produtos candidatos à vacina consiste nos peptídeos sintéticos criados por engenharia genética imitando partes do invólucro do HIV (por exemplo os peptídeos MN e gp120). Estes produtos são considerados mais seguros para experimentação, uma vez que não podem induzir a infecção por HIV, e geram reações imunes de dois tipos: produção de anticorpos anti-HIV (imunidade humoral) e de linfócitos T-citotóxicos (imunidade celular). O estudo destas reações imunitárias abrirá caminho para novas gerações de vacinas e para um melhor conhecimento do sistema imunitário humano. É com estes protótipos que se estão desenhando as atuais participações de centros de pesquisa brasileiros na investigação internacional de vacinas. Eventuais protocolos futuros poderão ampliar o leque de produtos a experimentar.

Vários requisitos estão norteando a participação dos centros brasileiros nestas pesquisas:

– Estabelecer parcerias com voluntários, que serão conhecedores conscientes do processo de pesquisa nas suas diversas fases. Para isso o recrutamento de participantes está sendo feito com base em ampla informação. Os termos de consentimento para participação em pesquisa demonstram o pleno conhecimento dos termos da investigação, e evitam toda a possibilidade de utilização abusiva de seres humanos em experimentação

científica.

– Conhecer os subtipos de HIV que circulam no País. Coortes de soroconversão recente e estudos laboratoriais para definição dos subtipos virais são peças fundamentais no conjunto de pesquisas direcionadas para a vacina anti-HIV.

– Desenvolver estudos epidemiológicos que permitam conhecer rigorosamente os valores da incidência e prevalência do HIV na população brasileira. Estes estudos incluem diversas coortes de forma a poder conhecer o recorte da epidemia na população.

– Levar em consideração todas as técnicas existente para frear a epidemia, independentemente da vacina (educação, aconselhamento, divulgação de métodos preventivos).

– Negociar com as agências financiadoras de pesquisas as condições em que futuras vacinas ficarão disponíveis para a população brasileira; negociar com as mesmas agências os termos dos protocolos a implementar.

– Promover a aproximação entre diversas áreas de pesquisa – social, clínica, epidemiológica, imunológica – e coordenar os esforços entre os diferentes centros de forma a melhor preencher as necessidades de pesquisa da epidemia e evitar a duplicação de esforços.

Se os centros de pesquisa e as diversas instituições brasilei-

ras envolvidas na pesquisa internacional de vacinas anti-HIV estão adotando estes princípios, os resultados serão certamente gratificantes: contribuição efetiva no desenvolvimento de vacinas eficazes, participação direta nas experiências, atenção às especificidades brasileiras (tipo de vírus, características da população, disponibilidade dos produtos), integração efetiva no sistema internacional de pesquisa e envolvimento da população em projetos mais dignificantes e co-participativos, ao invés da tradicional utilização das pessoas enquanto cobaias.

Estas vantagens somam-se às tradicionais aquisições da participação em pesquisas internacionais: transferência de tecnologia, dotação dos laboratórios e programas de intervenção, treinamento e capacitação técnica das profissionais envolvidos. Talvez seja o momento de acrescentar algo mais a este processo tradicional e inaugurar o tempo da verdadeira participação.

*Frits Suttmoller – Coordenador  
do Programa de Prevenção  
de DST/AIDS da Fiocruz,  
Rio de Janeiro - RJ*

# DST

## Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis

### Instruções aos Autores

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

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

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

#### Estrutura do Artigo

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

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

**Tabelas e ilustrações** - devem ser enumeradas em arábico e preparadas, inclusive legendas, ilustrações não são aceitas em negativo. Fotos

coloridas serão cobradas do autor. No verso de cada uma das ilustrações devem constar as palavras "para cima" e "para baixo" e o número referentes das figuras.

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

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

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

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

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

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

## Vulvo-vaginites: tratamento com ducha de hipoclorito de sódio

Mauro Romero Leal Passos<sup>1</sup>, Nero Araújo Barreto<sup>1</sup>, Tegnus Vinicius Depes de Gouvea<sup>1</sup>, Rubem de Avelar Goulart Filho<sup>1</sup>, Auri Vieira Silva Nascimento<sup>1</sup>, Liliam Cristina Rocha<sup>1</sup> e Raimundo Diogo Machado<sup>2</sup>

*J bras Doenças Sex Transm*, 6 (4): 7-22, 1994.

### Resumo

Por este estudo comparativo, randomizado, duplo cego, foram estudadas oitenta e cinco mulheres no menacme, ou seja, no período de vida compreendido entre a primeira e a última menstruação, que procuraram o Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM), com queixas de corrimento vaginal.

No trabalho, tratou-se um grupo de quarenta e três pacientes com água bidestilada (placebo) e outro grupo com quarenta e duas com solução estabilizada a 750 ppm (750 mg/l ou 0,075%) de hipoclorito de sódio. Em ambos os grupos, as soluções foram utilizadas por aplicação de 250 ml de cada solução por ducha vaginal diariamente, ao deitar, por um período de dez dias.

Foram feitas análises microbiológicas, colpocitológicas, colposcópicas, dosagens plasmática de sódio, cloro e potássio entre outras análises, antes e após o tratamento.

Antes da coleta dos materiais foi efetuada identificação da cliente, preenchimento de ficha de anamnese, assim como, da história clínica.

Pacientes que tinham usado medicações vaginais, antibióticos ou corticóides por via sistêmica nos últimos quinze dias não foram incluídas para o estudo.

Também foram excluídas do trabalho as mulheres que menstruaram durante as aplicações ou que não retornaram para controle no tempo proposto.

Todo material foi oferecido pelos pesquisadores, sendo detalhadamente explicado como usar.

Como parte dos resultados encontrados destacamos que 4,6% (2/43) das pacientes do grupo placebo tiveram acentuada melhora da sintomatologia e, no grupo hipoclorito, o resultado excelente ocorreu em 76,19% (32/42) delas.

### Abstract

A randomized double-blind trial was conducted to compare sodium hypochlorite with placebo in the treatment of the vaginal infection. The study has comprised 85 patients in the reproductive period of life women who were attended at Sexually Transmitted Diseases Sector (MIP/CMB/CCM) of Universidade Federal Fluminense.

The patients were randomly assigned to one of two study groups. In one group, forty-two patients were treated with 250 ml of stabilised 750 ppm solution (750 mg/l or 0,075%) of sodium hypochlorite. Forty-three patients in the other group received bi-distilled water. The placebo and trial solution were applied daily by vaginal douche for ten days.

Before and after treatment, patients were evaluated by microbiological analysis, colposcopy, colpocytology, and determination of blood levels of Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup> and K<sup>+</sup>.

Before the collection of the material we did the identification, the anamnesis and the clinical history of the patients.

The patients that have used vaginal medication and systemic antibiotics or corticoids during the last fifteen days were not included in the study.

We also excluded from the work women who had menstruated during the applications or those who did not return for control in the proposed period.

All the material used in this study was offered to us by researchers that gave us the complete instructions about the way to use it.

The results showed that 32 of 42 patients (76,19%) of the study group had an increasing recuperation as compared with 2 of 43 patients (4,66%) of the placebo group.

### Prefácio

Ao longo de séculos o mundo pôde experimentar inúmeras mudanças. A revolução industrial, indiscutivelmente, nos levou para um mundo de modernidade, que, com toda certeza, vêm tornando nossa vida mais prática e como a história comprova, mais longa.

Esses avanços têm proporcionado sensações por demais seguras e agradáveis. Quem não reconhece que a vida estaria muito mais difícil sem rádio, automóvel, televisão, avião, telefone, fax, computador, pílula anticoncepcional, insulina ou penicilina? Apenas citando pouquíssimos exemplos.

Contudo, admitimos que todos esses avanços também geraram efeitos indesejáveis, e muitas vezes nos fazem questionar se tudo vale o sacrifício. Quem não teme a manipulação genética para criação de seres com poderes bem específicos? A guerra bacteriológica (microbiológica) pode dizimar uma população rapidamente. Quem não tem dúvidas que muitos dos avanços conseguidos pelo homem só são usados por pequeníssimas parcelas da população?

Como exemplo típico deste desenvolvimento com uso res-

<sup>1</sup> Setor de DST (MIP/CMB/CCM) Universidade Federal Fluminense

<sup>2</sup> Instituto de Microbiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

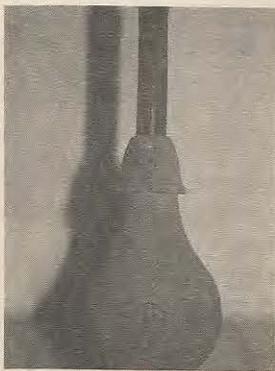
trito, citamos os novos antibióticos. Existem produtos que apenas uma caixa, que dura metade do tratamento, custa um salário-mínimo.

Queremos que essas drogas deixem de existir ou de serem pesquisadas? Óbvio que não. Pois não existe valor que pague uma vida humana. O que estamos tentando mostrar é que não podemos apenas ficar descobrindo novas drogas, com preços cada vez mais exorbitantes, esquecendo que na maioria das situações podemos usar produtos de confiabilidade histórica consagrada a preço acessível para maioria da população. O que precisamos na verdade, principalmente nós de países com graves distorções sociais, é buscar novas utilidades de antigas soluções, adaptadas às exigências da época em que vivemos.

Se formos buscar as razões alegadas na época porque deveriam as mulheres parar de usar duchas vaginais (fotos 1 e 2) com vinagre, água com sal ou outras soluções, encontraremos que citações que eram anti-higiênicas, acabavam com a proteção vaginal, eram um utensílio feio, coisa da vovó. Assim, a mulher moderna tinha que usar cremes ou pomadas vaginais, algo esteticamente mais bonito e com produtos eficazes e de largo espectro.



**Foto 1 –**  
Irrigador vaginal muito usado no passado.  
1 – Recipiente para solução  
2 – Tubo plástico  
3 – Torneira  
4 – Bico para introdução na vagina



**Foto 2 –**  
Modelo de ducha vaginal até hoje comercializado no Brasil

Lógico que as apresentações desses cremes são mais bonitas do que aquelas duchas do passado. Agora, a agressão de produtos contendo tetraciclina, metronidazol, anfotericina B, sulfas, etc, é bem maior do que as soluções, outrora, empregadas.

O que na época seria justo difundir é que o uso só deveria

ser feito sob orientação e prescrição médica e com produtos farmacêuticos testados cientificamente.

O que observamos hoje é que o uso destes cremes se tornou tão comum quanto as duchas no passado. Inúmeras mulheres, frente a menor sensação de corrimento ou odor desagradável, correm na farmácia e compram um destes cremes vaginais polivalentes e utilizam sem quaisquer orientações médicas.

O que temos que fazer? Procurar algo novo, mais caro para substituir as pomadas vaginais ou buscar no processo educativo uma atuação conjunta para uso racional das medicações?

Creemos que na verdade devemos, nós pesquisadores, procurar uma atuação mais efetiva no que tange a inibição de automedicação, mas também livrar a mulher moderna do desconforto causado pelo uso de pomadas ou cremes vaginais. A maioria absoluta das mulheres detesta o incômodo causado por estas medicações.

Por isso, temos convicção que devemos dar opção de escolha para essas mulheres que necessitam de medicações vaginais e, para isto, uma ducha vaginal, com concepção moderna e contendo produto de consagrada eficácia, a custo acessível para a maioria da população, deve receber de toda a classe científica integral apoio.

Assim, nos propomos a fazer uma análise detalhada com a avaliação de solução estabilizada de hipoclorito e sódio a 750 ppm (750 mg/l ou 0,075%) comparativamente com água bidestilada aplicada como ducha vaginal em mulheres com quadro clínico de infecção vaginal que procuraram o Setor de DST da UFF.

## Introdução

O conteúdo vaginal normal consiste em vários componentes incluindo água, eletrólitos, células epiteliais, proteínas, compostos carboidratos e microrganismos. A maior parte do volume da secreção vaginal é proveniente de transudato seroso através de capilares da parede vaginal, embora uma pequena parte seja constituída de secreções de glândulas de Bartholim, colo uterino, cavidade endometrial e até das tubas uterinas.<sup>15, 46</sup>

Um grande número de microrganismos está presente nesse meio.

Observa-se pela Tabela 1 os principais microrganismos recuperados da vagina de mulheres assintomáticas e sem vaginite.

Todavia corrimento vaginal é uma das mais freqüentes queixas ao ginecologista.<sup>46</sup> Eschenbach<sup>15</sup> cita que ocorrem nos Estados Unidos (EUA) aproximadamente 500 visitas para cada ginecologista anualmente. Holmes<sup>32</sup> relata que 28 por cento das mulheres atendidas em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis apresentam infecção vaginal. Corrimento vaginal, em 1976, nos Estados Unidos, estava entre as vinte e cinco reações mais comuns por consultas médicas em consultórios particulares, sendo estimadas 4.377.000 visitas por essa queixa.<sup>32</sup>

Para Eschenbach<sup>15</sup> e Holmes et al.<sup>31</sup> a maioria dos casos de

Tabela 1

Microbiota vaginal de mulheres sem vaginite e assintomáticas segundo Bartlett et al. (1977), Gorbach et al. (1973) e Ohm and Galask (1975).

Microorganismo	% de recuperação na vagina
<b>FACULTATIVOS</b>	
<b>Bacilos Gram-positivos</b>	
<i>Lactobacillus spp</i>	50 - 75
Dipiteróides	40
<b>Cocos Gram-positivos</b>	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	40 - 55
<i>Staphylococcus aureus</i>	0 - 5
<i>Streptococcus B-hemolítico</i>	20
<i>Streptococcus Grupo D</i>	25 - 35
Outros <i>Streptococcus</i>	35 - 55
<b>Bacilos Gram-negativos</b>	
<i>Escherichia coli</i>	10 - 35
<i>Klebsiella sp</i>	10
Outros	2 - 10
<b>Anaeróbios</b>	
<i>Peptococcus spp</i>	5 - 65
<i>Peptostreptococcus spp</i>	25 - 35
<i>Bacteroides spp</i>	20 - 40
<i>Bacteroides fragilis</i>	5 - 15
<i>Fusobacterium spp</i>	5 - 25
<i>Clostridium spp</i>	5 - 20
<i>Eubacterium sp</i>	5 - 35
<i>Veillonella sp</i>	10 - 30

infecções vaginais podem ser divididas em três categorias: Vaginite inespecífica (40-50%) dos casos; Candidíase (20-30%) e Tricomoníase com 20-30% dos casos.

Para Fleury<sup>18</sup>, 95 a 98% das descargas vaginais sintomáticas e infecções são devidas a:

- infecções por *Gardnerella vaginalis* (33%)
- infecções por *Candida albicans* (20,5%)
- cervicites (20-25%)
- secreções fisiológicas abundantes (10%)
- infecções por *Trichomonas vaginalis* (9,8%)
- causas não determinadas (2-5%)

Como se observa, a vaginite inespecífica representa pelo menos um terço das infecções vaginais, embora as possibilidades possam ser várias.<sup>47</sup>

Em geral, a vaginite inespecífica apresenta quadro clínico de corrimento que pode ser branco, amarelado ou cinza, pouca ou nenhuma inflamação da mucosa vaginal, pH vaginal acima de 4,5 e odor extremamente ativo.<sup>8,30</sup> É comum o corrimento ser bolhoso traduzindo a eliminação de gases geralmente produzidos por microrganismos anaeróbios associados à infecção.<sup>3,9,10,31,45</sup>

A infecção por *Candida sp*, também muito comum, apre-

senta em geral, secreção branca, grumosa, às vezes em placas aderidas à parede vaginal, processo de hiperemia e edema podem ser intenso, bem como prurido vulvovaginal.<sup>40</sup>

As mulheres com cervicite apresentam secreção purulenta e sangramentos discretos pós-mentruais ou pós-coito; nas formas graves, podem ter queixas de dor pélvica.<sup>56</sup> Os microrganismos envolvidos nesta afeção compreendem *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Mycoplasma sp*.<sup>26,35</sup>

Cerca de 10% das mulheres que se queixam de corrimento apresentam apenas secreção mucóide aumentada, sem alteração dos outros parâmetros.<sup>34,39,41</sup>

Já a infecção por *Trichomonas vaginalis* apresenta sintomatologia dependente da intensidade da inflamação presente: corrimento, queimação, ardor, sangramentos e, eventualmente, odor. O grupo não diagnosticado é representado por várias outras situações mais raras: vaginite atrófica, descamativa inflamatória, úlceras vaginais e fistulas vaginais.<sup>4,41</sup>

Revendendo 200 prontuários do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense de 1990/1991 encontramos 25 diagnósticos de tricomoníase (12,5%), 23 de vaginite inespecífica (11,5%) e 22 de Candidíase (11%). Estes achados revelam o quanto são importantes essas patologias em nosso meio.

Classicamente, dividem-se as infecções vaginais em específicas e inespecíficas.<sup>23</sup>

Exemplos típicos de específicas são tricomoníase, Candidíase e cervicite por *Neisseria gonorrhoeae*.<sup>23</sup>

Já as infecções inespecíficas são aquelas onde existe um quadro clínico pleomórfico com várias possibilidades etiológicas.<sup>42,44</sup>

Inúmeros trabalhos colocam a *Gardnerella vaginalis* como centro das discussões nos casos de vaginite inespecífica.<sup>13,22,23,55</sup>

Döderlein (citado por Nestarez<sup>40</sup>), em 1892, foi o primeiro que descreveu a predominância de bacilos facultativos Gram-positivos na microbiota vaginal normal; constituindo um grupo heterogêneo de bacilos acidófilos chamados *Lactobacillus* e a de outras bactérias, como anaeróbios, coliformes e cocos Gram-positivos.<sup>8,40</sup>

Foi Leopold (citado por Nestarez<sup>40</sup>), em 1953, o primeiro a dar importância para um bastonete pleomórfico, Gram-negativo, não encapsulado. De mulheres com quadro de cervicite isolou tal bactéria e sugeriu que pertencia ao gênero *Haemophilus*.<sup>41</sup>

Em 1954, Gardner e Dukes<sup>20</sup> atribuíram a etiologia de vaginite inespecífica a um microrganismo semelhante ao já descrito por Leopold e denominaram-no de *Haemophilus vaginalis*. Com critérios clínicos de corrimento cinza, odor ativo (tipo peixe estragado), discreta ou ausência de sinais inflamatórios em vagina, pH vaginal acima do normal, ausência ou poucos polimorfonucleares e bacilos de Döderlein na secreção denomina-

ram o quadro de vaginite inespecífica e o agente etiológico definido como *Haemophilus vaginalis*.

Inoculando secreção vaginal de mulheres infectadas em mulheres normais, Gardner e Dukes<sup>21</sup> conseguiram reproduzir a sintomatologia de vaginite inespecífica em 11 de 15 voluntárias. Contudo, inoculando material de cultura pura de *H. vaginalis* reproduziram a sintomatologia em apenas uma de 13 voluntárias. Esses fatos sugerem uma maior interação entre microrganismos do conteúdo vaginal do que apenas de uma única bactéria no quadro clínico de vaginite inespecífica.<sup>1,40</sup>

Vários autores contestaram o nome *Haemophilus vaginalis* e Lapage (citado por Nestarez e Mathias<sup>40</sup>) chegou a sugerir a mudança para *Corynebacterium vaginale* por achar melhor alocado no gênero *Corynebacterium*. Na verdade nenhum desses autores traduziu o correto, pois a bactéria associada à vaginite inespecífica possui características bem distintas dos gêneros *Haemophilus* e *Corynebacterium*.<sup>5,40</sup>

Greenwood e Pickett<sup>27</sup> propuseram nova taxonomia chamando a bactéria de *Gardnerella vaginalis*, em homenagem aos trabalhos pioneiros de Gardner.

Existem muitos pontos controversos no estudo das vaginites inespecíficas.

Em primeiro lugar, tal patologia não deve ser associada a um único microrganismo como sugeriram Gardner e Dukes<sup>20</sup>, em seu trabalho pioneiro. Outros estudos, principalmente de inoculação, sugerem a associação de microrganismos como causadores de vaginite inespecífica.<sup>12</sup>

Outros dados que apontam contra um agente etiológico é o relato comum na literatura de isolamento em porcentagem que varia de 10 a 20%, de *Gardnerella vaginalis* em mulheres assintomáticas, crianças ou em mulheres sem atividade sexual.<sup>1,25</sup> Por outro lado, também são citados na literatura vários casos de mulheres com quadro clínico de vaginite inespecífica e o não isolamento de *Gardnerella vaginalis*.<sup>31,48</sup>

McCormack, Rosner e Lee<sup>38</sup> acreditam que a *Gardnerella vaginalis* isoladamente, não seja causadora de vaginite, mas sim, quando associada a outras bactérias.

A presença de outros microrganismos concomitantes na etiologia das vaginites inespecíficas contribui para a existência de divergências na literatura. Grande variedade de microrganismos de metabolismo aeróbio, facultativo ou anaeróbio, tem sido isolada junto com *Gardnerella vaginalis*, tanto em mulheres sintomáticas, como em assintomáticas.<sup>1,3,15,19,25,29,45</sup>

Apesar de todas as divergências, todos admitem que a *Gardnerella vaginalis* tenha importante papel em casos de infecção vaginal e até saindo deste habitat natural para causar quadros mais severos como septicemias.<sup>49</sup>

Os aeróbios mais comumente identificados são *Lactobacillus* sp, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus agalactiae* e *Gardnerella vaginalis*. Dentre os anaeróbios destacam-se *Peptostreptococcus* sp, *Peptococcus* sp e *Bacteroides* sp.<sup>15,29,50</sup>

Levison (citado por Nestarez e Mathias<sup>41</sup>) relataram que

mulheres com vaginite inespecífica apresentam número dez vezes maior de microrganismos aeróbios e anaeróbios do que as que não apresentam tal patologia.

Dados que merece ser destacado é o encontro na literatura do relato de Curtis (citado por Spiegel<sup>52</sup>), em 1913, de isolamento de uma bactéria em forma de vírgula, Gram-negativa, móvel na vagina e cérvix de um caso de infecção puerperal. Em 1945, Moore (citado por Spiegel e Robert<sup>53</sup>) descreve o mesmo patógeno e Mulier, em seguida, cita o mesmo.

Finalmente, em 1984, Spiegel e cols.<sup>53</sup> propuseram nova taxonomia chamando de *Mobiluncus curtisii* e *M. mulieri* essas bactérias e as relacionam com infecções vaginais.

Atualmente, é aceito que, nas vaginites ditas inespecíficas, o que ocorre na maioria das vezes é uma infecção polimicrobiana e que altera a relação na quantidade de *Lactobacillus* sp e outras bactérias, entre elas, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* sp, *Bacteroides* sp...

Como a totalidade das infecções vaginais requer terapêutica local (isolada ou conjunta à medicação oral) e o comumente empregado são cremes, pomadas ou óvulos vaginais, geralmente contendo múltiplos agentes antimicrobianos em associações polivalentes (ex. tetraciclina + anfotericina B + metronidazol), resolvemos testar a eficácia de uma ducha vaginal contendo solução de hipoclorito de sódio, pois tal prática pode ser mais confortável, simples, econômica, e tão ou mais eficaz do que as pomadas vaginais.

Fomos buscar no tempo argumentos para deixar patente que o hipoclorito de sódio (NaOCl) tem respaldo histórico de uso e eficácia em aplicações antimicrobianas nas ações em saúde envolvendo seres humanos.

1785 – Berthollet, em 1785, descobriu o efeito branqueador e oxidante do hipoclorito.<sup>17</sup>

1792 – Percy produziu em escala comercial o hipoclorito de Potássio sob a denominação de “Eau de Javelle”, usado como agente branqueador e desodorante.<sup>17</sup>

1799 – Pó branqueador = hipoclorito de cálcio = produzido pelo industrial escocês Tennant.<sup>17</sup>

1799 – Solução de hipoclorito de sódio foi usada pelo farmacêutico Labarraque como desodorante no corpo em decomposição do Rei Luis VIII, da França.<sup>17</sup>

1835 – Dr. Oliver Wendell Holmes introduz o hipoclorito de sódio como desinfetante.<sup>17</sup>

1851 – Charles Watt patenteou processo eletrolítico de obtenção do hipoclorito de sódio.<sup>17</sup>

1883 – E. Hermite, químico francês, patenteou processo de eletrólise para obtenção de hipoclorito de sódio, a partir da água do mar.<sup>17</sup>

1846 e 1848 – Semmelweis usou o hipoclorito para diminuir a mortalidade por infecção no Allgemeines Frankenhau, em Vienna – determinou que, antes de se examinar a paciente, dever-se-ia lavar as mãos e banhá-las em solução de hipoclorito – conseguiu diminuir a taxa de mortalidade de 11,4 para 1,27%.<sup>17</sup>

1881 – Koch fez a primeira investigação científica sobre as propriedades bactericidas do hipoclorito.<sup>17</sup>

1ª Guerra Mundial – Soluções de hipoclorito foram usadas como desinfetantes sob a denominação de solução de Dakin (solução de hipocloroso).<sup>7</sup>

1918 – Modificando o processo de Hermitte para obtenção do hipoclorito de sódio o mesmo foi industrializado com o nome de "Milton Antiseptic" (muito usado ainda hoje, na desinfecção dos utensílios do recém-nato).<sup>7</sup>

1924 – Domingos Giribaldo relata na Faculdade de Medicina de Montevideo as virtudes terapêuticas do hipoclorito de sódio.<sup>24</sup>

Década de 40 – J. Bunyan usou hipoclorito de sódio como antisséptico local, durante a Segunda Guerra Mundial.<sup>37</sup>

1974 – Smith e cols. avaliam e concluem o bom efeito do hipoclorito de sódio no tratamento antimicrobiano tópico de queimaduras.<sup>31</sup>

Década de 80 – Testado em portadores de VHS (Vírus de Herpes Simples). Diminuiu o período de evolução do surto e aumentou o espaço entre os mesmos.<sup>33</sup>

1983 – Altier W. et alii apresentam trabalho sobre a eficácia de solução de hipoclorito de sódio na terapêutica de corrimento vaginal.<sup>2</sup>

1985 – Lee D.H., Milts, R.J. e Perry, B.F. demonstraram as propriedades do hipoclorito de sódio contra os *Mycoplasma*.<sup>36</sup>

1985 – Colter e cols., após avaliarem a atividade antimicrobiana e toxicidade para a célula humana, propõem o uso dessas soluções em tratamento tópico de queimados.<sup>11</sup>

1989 – A Organização Mundial de Saúde afirma: As soluções de hipoclorito de sódio são bactericidas e viricidas (HIV, Hepatite B), além de serem baratas e fácil de adquirir. Recomendam para esterilização e desinfecção intensiva contra o vírus da Imunodeficiência humana adquirida.<sup>28</sup>

1991 – O Comitê de Infecção, Departamento de Farmácia da Faculdade de Medicina da Universidade da República do Uruguai, em seu manual de antissépticos e desinfetantes, refere suas propriedades antissépticas para anti-sepsia da pele (preparação cirúrgica, prévia e injeções e punções venosas), antissepsias do perineo antes do parto e anti-sepsia das queimaduras, mãos de pessoal do bloco cirúrgico. Relatam ainda a ação potente e rápida, toxicidade em relação com sua potência germicida, inócuo para o homem e baixo custo.<sup>16</sup>

### Mecanismo de Ação:

Exatamente como o hipoclorito de sódio destrói os microrganismos nunca foi demonstrado experimentalmente. Contudo, numa das mais completas revisões sob cloro e compostos clorados, Dychdalla<sup>14</sup> citando vários autores, relata-nos os mais importantes mecanismos descritos. Assim, pode-se concluir que o hipoclorito de sódio atua por liberação de cloro e oxigênio provocando inativação enzimática, desnaturação protéica e

inativação de ácidos nucléicos.

Combina-se com proteínas da membrana celular, formando compostos N-cloro, que vão interferir no metabolismo celular, causando a morte do microrganismo.

Várias tabelas apresentadas por Dychdalla<sup>14</sup> e também por Trueman<sup>54</sup> mostram resultados de atividade biocida (usando-se concentração máxima de 100 ppm) em praticamente 100% de inúmeros microrganismos, como *Escherichia coli*, *Salmonella typhi*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Clostridium tetani*, *Entamoeba histolytica*, *Aspergillus niger*, entre outros.

### Objetivos

1 Isolar os principais microrganismos envolvidos em infecções vaginais, estabelecendo os padrões clínicos e citológicos desta amostra.

1 Testar a eficácia terapêutica de solução de hipoclorito de sódio com ducha vaginal comparando com grupo usando placebo.

1 Avaliar se o uso de hipoclorito de sódio usado por meio de ducha vaginal altera as concentrações plasmáticas de cloro, sódio e potássio.

1 Contribuir para desenvolvimento, em nosso meio, de um produto farmacêutico (uso com prescrição médica) para uso tópico em infecções vaginais.

### Material e Métodos

A pesquisa se propôs a estudar oitenta e cinco mulheres não grávidas no menacme, que não tinham usado quaisquer medicações vaginais nos últimos quinze dias, que não tinham usado antibiótico ou corticóides via sistêmica nos últimos quinze dias e que compareceram no Setor de DST da UFF, com queixas de corrimento vaginal.

O estudo foi randomizado, duplo cego e comparativo, usando-se um grupo de 42 pacientes solução estabilizada de hipoclorito de sódio a 750 ppm e um outro grupo de 43 com placebo. O placebo escolhido foi água bidestilada. Só constaram do estudo aquelas pacientes que aceitaram participar da pesquisa.

O estudo compreendeu coleta de dados para anamnese, exame ginecológico e coleta de materiais, antes e após o tratamento.

A fim de saber se os produtos ativos do hipoclorito de sódio aumentavam os valores séricos desses ions, colheu-se sangue em jejum antes da primeira aplicação da ducha vaginal, e um dia após a última para dosagens plasmáticas de sódio, cloro e potássio. A técnica utilizada foi a espectrofotometria de chama.

Os principais exames efetuados antes e após tratamento foram culturas de secreção vaginal, medida de pH vaginal, colpocitologia a fresco e corada e colposcopia.

Para cultura de secreção vaginal, foi utilizada a metodologia de coleta de secreção vaginal de fundo de saco posterior com Ray swab estéril Difco sendo imediatamente colocada em tubo contendo 1 ml de caldo BHI para posterior semeadura (até duas horas após) com alça de platina calibrada nos seguintes meios: ágar sangue (duas placas), Teague, Vaginale ágar (para *Gardnerella vaginalis*), Sabouraud com clorfenicol, A7 (*Mycoplasma*), Thayer-Martin com VCN e isovitalax, Tioglicolato sem indicador enriquecido com vitamina K e hemina e Diamonds (para *Trichomonas vaginalis*). Uma placa de ágar sangue, a de Thayer-Martin e a de Vaginale Ágar foram incubadas em atmosfera de 5-10% de CO<sub>2</sub> com vela a 37°C. As demais foram incubadas livremente na estufa em temperatura de 37°C.

Dependendo do isolamento primário (características das colônias, reação a coloração de Gram, morfologia) rotina clássica de microbiologia deu seguimento a identificação.

Como exemplo de rotinas básicas citamos:

- Cocos Gram positivos: aeróbios/anaeróbios – catalase, coagulase, OF, manita, Dnase, resistência a novobiocina, hemólise em ágar sangue, CAMP, hipurato de sódio, esculina.

- Bacilos Gram negativos: sistema API 20E.

- Anaeróbios: Sistema anaeróbio GasPak, algumas características fundamentais na identificação dos anaeróbios – relação com O<sub>2</sub>, características das colônias, pigmento, hemólise, corrosão do meio, reação à coloração de Gram, morfologia, esporos, motilidade, flagelos, crescimento em caldo tioglicolato, catalase, lecitinase, lipase, reações em meio com leite, produção de indol, hidrólise do amido, esculina e gelatina, redução do nitrato, fermentação de carboidratos (glicose, manitol, lactose, ramnose), sensibilidade a antibióticos (penicilina, rifampicina, canamicina), inibição pelo polinetolsulfonato de sódio, produção de toxinas, produtos metabólicos.

Na caracterização de *Gardnerella vaginalis* foram usadas hidrólise de hipurato, hidrólise de c e B glucosamida, b galactosâmica e B hemólise bem como sensibilidade ao metronidazol.

*Neisseria gonorrhoeae* – provas de degradação e carboidratos, em meios básicos CTA (glicose, maltose, lactose, sacarose) e tubo controle livre de hidratos de carbono.

*Trichomonas vaginalis* – usado apenas protozooscopia direta do tubo com meio de Diamond.

Fungos – prova de tubo germinativo, ágar fubá, provas de fermentação e assimilação de carboidratos (ex.: glicose, maltose, sacarose, lactose, trealose, inositol, dextrose, galactose, xilose...).

O pH vaginal foi aferido com fita graduada especificidade Colorphast EM-Reatents.

A Colpocitologia corada foi efetuada pelo método de Papanicolaou. Já o estudo a fresco do conteúdo vaginal foi feito com lâmina contendo uma gota de salina e uma gota de secreção vaginal e outra lâmina contendo secreção vaginal e KOH a 10% observadas em microscopia ótica com objetiva de 10 X.

O exame ginecológico foi repetido uma semana após o término das aplicações.

Os esquemas propostos foram:

A) Ducha vaginal contendo 250 ml de água bidestilada em aplicação diária (preferencialmente ao deitar), durante 10 dias. 42 pacientes - Grupo Placebo.

B) Ducha vaginal contendo 250 ml de solução estabilizada de hipoclorito de sódio a 750 ppm (750 mg/l ou 0,075%), em aplicação diária (preferencialmente ao deitar), durante 10 dias. 43 pacientes - Grupo hipoclorito de sódio.

O referido hipoclorito de sódio foi recebido do Laboratório Electrón S/A, sediado em Montevidéu, Uruguai, sob forma concentrada (5,0 g/l). Cabe ressaltar que tal laboratório, fundado em 1920, foi a primeira fábrica eletrolítica da América Latina. Funciona, atualmente, com setores de Diodos com corrente alternada e continua totalmente automáticos, com rendimento próximo a 100% e sem quaisquer resíduos de ferro ou mercúrio.

Todo material foi oferecido pelos pesquisadores, sendo detalhadamente explicado como usar.

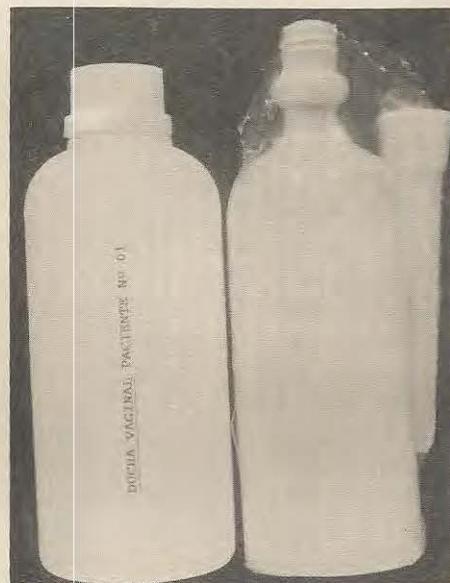


Foto 3 – Modelo de ducha vaginal usado neste estudo.

1) Recipiente da solução

2) Recipiente da ducha

3) Bico da ducha para introdução na vagina

Todos os recipientes para ambos os grupos eram iguais, previamente esterilizados, lacrados e acondicionados em envólucros de plástico transparente.

Eram confeccionados de poliuretano sendo o recipiente para solução e cor branca e os frascos para aplicação da ducha assim como o bico, de cor rosa.

Os conjuntos eram numerados, obedecendo a tabela de

randomização previamente elaborada.

As pacientes que relataram que não seguiram corretamente ou que não retornaram no período proposto, foram automaticamente excluídas da pesquisa.

Só permaneceram no presente estudo aquelas mulheres que não menstruaram no decorrer das aplicações.

Ao final, foi proposto avaliação pela cliente e pelo pesquisador, dividida em quatro itens: Excelente, Bom, Regular e Ruim.

Foi considerado Excelente quando ocorreu remissão total dos sinais e sintomas até o sétimo dia após o tratamento e reações adversas ausentes.

Bom, quando aconteceu remissão acentuada dos sinais e sintomas, ausência de reações adversas ou reações adversas de natureza leve e transitória, que desapareceram espontaneamente.

Regular, quando houve remissão parcial dos sinais e sintomas e/ou reações adversas que foram toleradas pela paciente com medicação sintomática.

Ruim, se sinais e sintomas sem alterações, reações adversas suficientemente severas para obrigar a interrupção do tratamento.

## Resultados

Como o presente estudo se tratou de um ensaio aleatório feito em um serviço específico, os resultados anamnésicos foram bem semelhantes, dispensando, assim, apresentá-los agora separadamente.

Os principais resultados do grupo que usou hipoclorito de sódio foram os seguintes:

A faixa etária mais freqüente ficou compreendida entre 22 a 31 anos, perfazendo 80% das clientes.

Como é comum em nosso meio, a cor branca esteve presente em 38%, a negra em 19% e a parda em 43%.

Quanto ao estado civil, 54,77% eram solteiras, 30,96% casadas e 6,42% eram separadas ou viúvas.

A renda familiar ficou assim distribuída: metade apresentava renda de até cinco salários-mínimos e metade acima de cinco salários.

Os resultados dos dados sobre escolaridade foram bem amplos. A Tabela 2 demonstra estas variedades.

Nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, ressaltamos que 30,96% nunca engravidaram e o restante tiveram de uma a quatro gestações.

O número de partos (normal ou cesáreo) pode ser observado na Tabela 4, contudo vinte pacientes (47,62%) nunca tiveram parto.

Quanto a abortamentos, destacamos que cinco pacientes (11,9%) informaram um abortamento e duas (4,76%) relataram dois ou mais episódios de abortamentos.

O passado de vaginite esteve presente em 73,81% dos casos (31/42) e as formas de tratamento apresentamos na Tabela 5.

Quanto ao passado de doenças sexualmente transmissíveis, cinco pacientes já haviam apresentado, sendo assim distribuí-

das: Condiloma acuminado, um caso, Tricomoníase, dois, Sífilis um e Herpes Genital um caso.

Da história sexual, destacamos número de parceiros e freqüência de coito, sendo que a maioria absoluta 35 (83,34%) relatava ter no momento um único parceiro.

A freqüência de coito vaginal tem 1 vez por semana a porcentagem de 52,38%, contudo duas pacientes (4,76%) relataram que atualmente estavam sem relacionamento sexual.

O método anticoncepcional mais utilizado foi o contraceptivo hormonal oral com 64,29%, seguido de DIU e Diafragma, ambos com 4,76% cada. A progesterona intramuscular, em dose semanal, era utilizada por uma paciente (2,38%), enquanto que seis pacientes (14,29%) não utilizavam qualquer método e quatro (9,53%) tinham sido submetidas à laqueadura tubária.

Quanto à época do ciclo em que ocorreu a primeira coleta de material para exames, relatamos que em 64,29% (27/42) ocorreu na primeira fase do ciclo e em 35,72% (15/42) na segunda fase.

A queixa de corrimento vaginal esteve presente na totalidade das pacientes, estando, no entanto, acompanhada de queixas secundárias, que serão demonstradas na Tabela 8.

O exame da genitália demonstrou que, em relação à vulva, 59,53% (25/42) foi normal, 16,67% (7/42) pronunciada hiperemia e em 23,81% (10/42) apresentava corrimento banhando a vulva.

No exame vaginal encontramos quatro casos (9,53%) de aparente normalidade, tendo apenas conteúdo do fluxo vaginal aumentado. A hiperemia de mucosa vaginal ocorreu em treze pacientes (30,96%).

Em relação às características do corrimento, citamos que a cor amarelada estava presente em vinte e três pacientes (54,77%), assim como a presença de bolhas tem igual freqüência (Tabela 9).

Quanto ao exame do colo uterino, temos a destacar os resultados mostrados na Tabela 10. Contudo a aparência de normalidade ocorreu em oito casos (19,05%). Na maioria dos casos 14 (33,34%), a hiperemia esteve presente.

Com referência ao muco cervical encontramos que em 27 casos (64,29%) estava transparente, turvo em 28,58% (12/42) e com secreção hemorrágica em 7,14% (3/42).

No que tange ao pH vaginal, encontramos que nos casos de candidíase a média foi de 3,5 antes do tratamento e 4,0 após a terapêutica com hipoclorito de sódio.

Já nos demais casos, a média foi de 5,5 antes e 4,5 depois de aplicado hipoclorito.

No grupo A = Placebo nos casos de candidíase a média foi igual a 3,4 antes da aplicação de água bidestilada e 3,5 depois.

Nos outros casos, a média foi de 5,2 e 5,5 depois da aplicação de placebo.

Com relação ao encontrado nos primeiros exames de vulva, vagina e colo do grupo placebo, estes foram bem semelhantes aos achados no grupo B = Hipoclorito de sódio, destacando-se

que, após o uso de placebo, não houve melhora significativa das alterações clínicas, conforme mostramos nas Tabelas 11 a 17.

Ao contrário do grupo placebo o grupo em que foi usado ducha vaginal com solução estabilizada de hipoclorito de sódio a 750 ppm em aplicações ao deitar e por dez dias consecutivos, encontrou-se significativa melhora do quadro clínico.

Quanto ao exame da vulva a vista desarmada (Tabela 14) antes do tratamento foram observados 25 (59%) de casos considerados normais, sendo que, após tratamento, todos os indivíduos foram avaliados como normais, havendo, portanto, um progresso acentuado nos resultados.

Fatos similares ocorreram no exame da vagina (Tabela 15), antes da aplicação de ducha vaginal com solução de hipoclorito quatro pacientes (9,53%), apesar da queixa inicial de corrimento, apresentavam aparência clínica normal. Após o tratamento o número de pacientes com aparência normal da vagina foi 40, ou seja 95,24%. Quanto à hiperemia da vagina, 13 pacientes (30,36%) apresentavam antes do tratamento tal manifestação, contudo a análise clínica após a administração de ducha com hipoclorito de sódio mostrou 100% de remissão do referido problema.

Dados similares ocorreram quanto à aparência clínica do colo uterino antes e depois das aplicações de hipoclorito de sódio (Tabela 16).

No grupo hipoclorito de sódio assim como no grupo placebo a aparência do muco cervical não sofreu alterações significativas após as aplicações (Tabela 17).

Como esperado, não ocorreram alterações significativas com uso de placebo para tratamento de corrimento vaginal, no que se refere aos achados microbiológicos (Tabela 18).

Dos resultados microbiológicos do grupo hipoclorito (Tabela 19) destacamos a acentuada diminuição no isolamento da *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Streptococcus agalactiae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Bacteroides melaninogenicus* entre outros. Notou-se também recuperação da microbiota vaginal tipo I com presença maciça de *Lactobacillus* sp, assim como de difteroides.

Apesar de não ser tratamento específico, a aplicação de hipoclorito de sódio atuou sobre o caso de *Neisseria gonorrhoeae*.

Embora seja a rotina o tratamento com drogas por via oral, houve significativa atuação sobre *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus* e *Trichomonas vaginalis*, além de outros germes potencialmente agressivos, como *Mycoplasma*, *Actinomyces*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*.

Já os resultados da colpocitologia corada do grupo Placebo (Tabela 20) não revelou alterações significativas quer seja para melhor ou para agravamento dos processos inflamatórios. Devemos destacar porém, que igualmente como no grupo hipoclorito foi encontrado resultado de normalidade na visão citológica em aproximadamente 9% dos casos, apesar de reter queixa de corrimento vaginal.

Já na Tabela 21 (estudo colpocitológico das pacientes – Grupo hipoclorito), são evidentes as alterações verificadas, resultando em crescimento acentuado de casos considerados normais que antes do tratamento era de 9,52% e passou para 33,33% após as aplicações de hipoclorito de sódio.

Como resultados das dosagens de cloro, sódio e potássio, podemos relatar que não houve alterações significativas nas concentrações plasmáticas nos dois grupos estudados. Mostramos, na Tabela 22, as médias dos valores das dosagens sanguíneas de Na, Cl e K do grupo B = hipoclorito de sódio.

#### Efeitos Colaterais:

No grupo placebo, uma paciente relatou exacerbação de ardência vaginal com uso de ducha vaginal contendo água bidestilada. Contudo, foi plenamente tolerado, não sendo necessário suspender as aplicações.

No grupo hipoclorito três pacientes relataram leve ardência imediatamente após uso da aplicação de ducha com hipoclorito de sódio qual cedia minutos após. Contudo, todas relataram que nas três últimas aplicações essas alterações não mais existiam. Vale acentuar que as três clientes apresentavam ardência como queixa inicial. Podemos, assim, destacar que os efeitos colaterais foram muito discretos e que nenhuma das pacientes interrompeu o tratamento devido a qualquer desconforto proveniente da terapêutica.

#### Avaliação:

Na avaliação efetuada pela própria paciente – grupo placebo (Tabela 23) encontramos três (6,98%) que revelaram resultado excelente, contudo resultados regular e ruim foram de 48,8% e 34,88% respectivamente.

Quanto à avaliação do grupo placebo feita pelo pesquisador (Tabela 25) o resultado de excelente só ocorreu em apenas um caso (2,33%), sendo os resultados regular e ruim 13,96% e 81,40% respectivamente.

No grupo hipoclorito de sódio a avaliação efetuada pela própria paciente (Tabela 24) revelou que 38 pacientes (90,48%) deu como excelente o resultado enquanto apenas uma (2,37%) deu como regular o resultado.

Comparando-se os resultados das avaliações feitas pelas próprias pacientes dos grupos placebo e hipoclorito de sódio (Tabelas 23 e 24) o teste  $\chi^2 = 55,40^{**}$  foi considerado significativo ao nível de 1% ( $p < 0,01$ ).

Quanto à avaliação do grupo hipoclorito efetuada pelo pesquisador encontramos os resultados de excelente e bom de 76,19% e 23,81% respectivamente. Os resultados de regular e ruim não ocorreram neste grupo.

É bastante evidente a diferença dos valores das distribuições de frequências das Tabelas 23, 24, 25 e 26, realçando melhores resultados no grupo tratado com hipoclorito de sódio.

Como prova de que corrimento vaginal pode ser muito subjetivo, foi relatado por 16,29% (7/43) das pacientes que o em-

prego de água bidestilada resolveu suas queixas. Destacamos, aqui, que quatro destas pacientes apresentavam já no primeiro exame da vulva, vagina e colo dentro da normalidade, muco transparente, uma relatava odor ativo que passou a perceber poucos dias antes da primeira consulta. Em cinco clientes, foram isolados *Lactobacillus* sp antes e depois da terapêutica.

Sob nossa visão médica, esta melhora acentuada só ocorreu em 4,66% (2/43). Nestas duas pacientes, o exame da vulva, vagina e colo era normal na primeira consulta, com muco transparente e sendo *Lactobacillus* sp o germe isolado.

Nas avaliações do grupo hipoclorito de sódio x placebo (Gráficos 1, 2, 3 e 4), os resultados comprovam a grande eficácia do emprego por meio de ducha vaginal diária de solução de hipoclorito de sódio, estabilizado a 750 ppm.

**Tabela 2**  
Escolaridade das pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Escolaridade	Nº	%
Analfabeta	1	2,38
1º Grau completo	6	14,29
1º Grau incompleto	5	11,9
2º Grau completo	8	19,05
2º Grau incompleto	10	23,81
Superior completo	6	14,29
Superior incompleto	6	14,29
TOTAL	42	100,0

**Tabela 3**  
Número de gestações das pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Gesta	Nº	%
0	13	30,96
1	7	16,67
2	11	26,19
3	9	21,43
4	2	4,76
TOTAL	42	100,0

**Tabela 4**  
Número de partos nas pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Para	Nº	%
0	20	47,62
1	5	11,9
2	9	21,43
3	7	16,67
4	1	2,38
TOTAL	42	100,0

**Tabela 5**  
Tratamento de vaginite anterior nas pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Forma de Tratamento	Nº	%
Ducha vaginal	1	3,23
Creme/pomada Vaginal	19	61,29
Óvulo vaginal	5	16,13
Oral somente	1	3,23
Oral e Vaginal	5	16,13
TOTAL	31	100,0

**Tabela 6**  
Número de parceiros das pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Nº de parceiros	Nº	%
1	35	83,34
2	4	9,59
> 3	1	2,38
Atualmente sem	2	4,76
TOTAL	42	100,0

**Tabela 7**  
Frequência média de coito vaginal das pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Frequência	Nº	%
1 vez/semana	22	52,38
2 vezes/semana	14	33,34
> 3 vezes/semana	4	9,53
Atualmente sem	2	4,76
TOTAL	42	100,0

**Tabela 8**  
Queixa principal das pacientes.  
Grupo Hipoclorito.

Sintomas	N°	%
Ardência	4	9,53
Prurido	6	14,29
Dor vulvovaginal	1	2,38
Disúria	2	4,76
Odor ativo	17	40,48
Corrimento vaginal	42	100,0

**Tabela 9**  
Aparência do corrimento vaginal das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Características	N°	%
Amarelado	23	54,77
Branco	9	21,43
Cinza	10	23,81
Homogêneo	26	61,91
Bolhoso	23	54,77
Grumoso	5	11,9

**Tabela 10**  
Aparência do colo uterino das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Aspecto colposcópico	N°	%
Normal	8	19,05
Hiperemiado	14	33,34
Eversão	8	19,05
Reversão	1	2,38
Colpite difusa	9	19,05
Cisto de Naboth	10	23,81
Condiloma exofítico	1	2,38
Condiloma plano	1	2,38
Erosão	1	2,38
Zona Acetobranca	1	2,38

**Tabela 11**  
Aparência da vulva das pacientes à vista desarmada.  
Grupo Placebo.

Aparência Clínica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	23	53,49	24	55,82
Hiperemiada	8	18,6	6	13,96
Com corrimento	15	34,88	12	27,91

O valor do teste de  $\chi^2 = 0,46^{n.s.}$  foi considerado não significativo ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 12**  
Exame da vagina das pacientes usando-se colposcópico.  
Grupo Placebo.

Aparência Clínica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	5	11,63	7	16,28
Hiperemiada	16	37,21	14	32,56
Corrimento				
Amarelado	22	51,16	21	48,84
Branco	9	20,93	11	25,58
Cinza	12	27,91	11	25,58
Homogêneo	27	62,8	31	72,09
Bolhoso	22	51,16	18	41,17
Grumoso	6	13,96	4	9,31

O teste de  $\chi^2$  apresentou valor igual a  $0,39^{n.s.}$ , o qual foi considerado não significativo ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 13**  
Exame do colo uterino das pacientes.  
Grupo Placebo.

Aparência Clínica Colposcópica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	10	23,26	12	27,91
Hiperemiada	15	34,88	13	30,23
Eversã	7	16,28	7	16,28
Reversão	2	4,65	2	4,65
Colpite difusa	7	16,28	6	13,96
Cisto de Naboth	8	18,61	7	16,28
Condiloma plano	1	2,33	1	2,33
Mosaico fino	1	2,33	1	2,33
Zona de transformação Atípica	1	2,33	1	2,33

O teste de  $\chi^2 = 0,34^{n.s.}$  não foi significativo ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 14**  
Aparência da vulva das pacientes à vista desarmada.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Aparência Clínica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	25	59,53	42	100
Hiperemiada	7	16,67	0	—
Com corrimento	10	23,81	0	—
TOTAL	42	100,0	42	100

**Tabela 15**  
Exame da vagina das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Aparência Clínica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	4	9,53	40	95,24
Hiperemiada	13	30,36	0	—
Corrimento				
Amarelado	22	54,77	1	2,38
Branco	9	21,43	2	4,76
Cinza	10	23,81	0	—
Homogêneo	26	61,91	2	4,76
Bolhoso	23	54,77	0	—
Grumoso	5	11,9	0	—

O valor do teste de  $\chi^2 = 116,7^{ns,***}$  foi considerado altamente significativo ao nível de 0,1% ( $p > 0,001$ ).

**Tabela 16**  
Exame do colo uterino das pacientes usando-secolposcópico.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Aparência Clínica Colposcópica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	8	19,05	21	50
Hiperemiada	14	33,34	2	4,76
Eversã	8	19,05	8	19,05
Reversão	1	2,38	1	2,38
Colpite difusa	8	19,05	1	2,38
Cisto de Naboth	10	23,81	8	19,05
Condiloma exotífico	1	2,38	0	—
Condiloma plano	1	2,38	1	2,38
Erosão	1	2,38	0	—
Zona Acetobranca	1	2,38	1	2,38

O valor do teste de  $\chi^2 = 12,82^{**}$  foi considerado significativo ao nível de 1% ( $p > 0,01$ ).

**Tabela 17**  
Aparência do muco cervical das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Aparência Clínica Colposcópica	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Transparente	27	64,29	32	76,19
Turvo	12	28,58	10	23,81
Secreção	3	7,14	0	—
Hemorragica				
TOTAL	42	100,0	42	100,0

O teste de  $\chi^2 = 1,42^{ns}$  foi considerado não significativo ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 18**  
Principais germes encontrados no fundo vaginal das pacientes.  
Grupo Placebo.

Microrganismos	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
<i>Gardnerella vaginalis</i>	21	48,84	22	51,16
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	15	34,88	14	32,56
<i>Lacotabacillus</i> sp	10	23,26	11	25,58
<i>Streptococcus agalactiae</i>	8	18,61	8	18,61
<i>Candida albicans</i>	8	18,61	9	20,93
<i>Trichomonas vaginalis</i>	5	11,63	4	9,3
Difteróides	5	11,63	4	9,3
<i>Bacteroides melaninogeous</i>	4	9,3	3	6,98
<i>Bacteroides fragilis</i>	1	2,33	1	2,33
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	4,65	2	4,65
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2	4,65	3	6,98
<i>Veillonella parvula</i>	4	9,3	3	6,98
<i>Escherichia coli</i>	3	6,98	3	6,98
<i>Proteus mirabilis</i>	1	2,33	1	2,33
<i>Proteus vulgaris</i>	1	2,33	1	2,33
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	2	4,65	1	2,33
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	4,65	3	6,98
<i>Streptococcus faecalis</i>	2	4,65	2	4,65
<i>Mycoplasma hominis</i>	2	4,65	1	2,33
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2	4,65	2	4,65
<i>Clostridium ramosum</i>	1	2,33	1	2,33

**Tabela 19**

Principais germes encontrados no fundo vaginal das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Microrganismos	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
<i>Gardnerella vaginalis</i>	19	45,24	3	7,15
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	14	33,33	3	7,15
<i>Streptococcus agalactiae</i>	9	21,43	2	4,77
<i>Lactobacillus</i> sp	8	19,05	34	80,96
<i>Candida albicans</i>	6	14,29	2	4,77
<i>Trichomonas vaginalis</i>	4	9,23	0	—
<i>Bacteroides melaninogenicus</i>	4	9,23	0	—
Difteróides	4	9,23	15	35,72
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	3	7,15	1	2,38
<i>Veillonella parvula</i>	3	7,15	1	2,38
<i>Klebsiella oxytoca</i>	2	4,77	1	2,38
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	2,38	0	—
<i>Escherichia coli</i>	2	4,77	0	—
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	4,77	1	2,38
<i>Streptococcus faecalis</i>	2	4,77	0	—
<i>Mycoplasma hominis</i>	2	4,77	0	—
<i>Mobilincus curtisii</i>	1	2,38	0	—
<i>Proteus mirabilis</i>	1	2,38	0	—
<i>Candida glabrata</i>	1	2,38	0	—
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1	2,38	0	—
<i>Actinomyces israelii</i>	1	2,38	0	—
<i>Clostridium septicum</i>	0	—	1	2,33

**Tabela 20**

Estudo colpocitológico das pacientes.  
Grupo Placebo.

Resultados da Colpocitologia Corada	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	3	6,98	4	9,3
Inflamatório leve				
Bacteriano	17	39,53	14	32,56
Fungo	3	6,98	4	9,3
<i>Trichomonas</i>	1	2,33	2	4,65
Inflamatório moderado				
Bacteriano	21	48,84	17	32,56
Fungo	2	4,65	3	6,98
<i>Trichomonas</i>	1	2,33	0	—
Inflamatório intenso				
Bacteriano	2	4,65	1	2,33
Fungo	1	2,33	0	—
<i>Trichomonas</i>	1	2,33	1	2,33
Clue Cells	19	44,19	18	41,86
Displasia leve	2	4,65	2	4,65
Coilocitose	1	2,33	1	2,33

**Tabela 21**

Estudo colpocitológico das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Resultados da Colpocitologia Corada	Antes do Tratamento		Depois do Tratamento	
	N°	%	N°	%
Normal	4	9,52	14	33,33
Inflamatório leve				
Bacteriano	10	28,57	16	38,1
Fungo	1	2,38	2	4,77
<i>Trichomonas</i>	1	2,38	1	2,38
Inflamatório moderado				
Bacteriano	22	52,38	4	9,52
Fungo	2	4,77	0	—
<i>Trichomonas</i>	2	4,77	0	—
Inflamatório intenso				
Bacteriano	3	7,14	0	—
Fungo	1	2,38	0	—
<i>Trichomonas</i>	1	2,38	0	—
Clue Cells	17	40,48	4	9,52
Displasia leve	1	2,38	0	—
Coilocitose	3	7,14	2	4,77

**Tabela 22**

Média dos valores de dosagem sanguínea de eletrólitos das pacientes.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Eletrólitos	Média de Valores Antes do tratamento	Média de Valores Depois do tratamento
Sódio	140	141
Cloro	112	113
Potássio	4,4	4,3

**Tabela 23**

Avaliação efetuada pela própria paciente.  
Grupo Placebo.

Resultados	N°	%
Excelente	3	6,98
Bom	4	9,31
Regular	21	48,84
Ruim	15	34,88
TOTAL	43	100,0

**Tabela 24**  
Avaliação efetuada pela própria paciente.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Resultados	Nº	%
Excelente	38	90,48
Bom	3	7,15
Regular	1	2,37
Ruim	0	-
TOTAL	42	100,0

Comparando-se os dados das Tabelas 23 e 24 o teste de  $\chi^2 = 55,40^{**}$  foi considerado significativo ao nível de 1% ( $p < 0,01$ ).

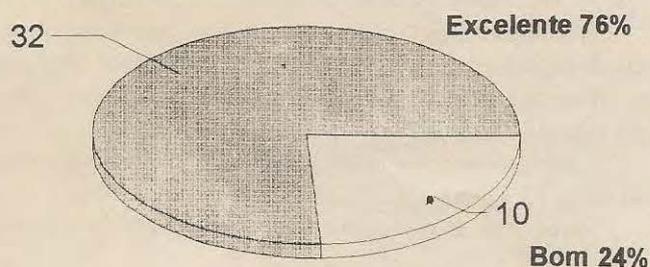
**Tabela 25**  
Avaliação efetuada pelo pesquisador.  
Grupo Placebo.

Resultados	Nº	%
Excelente	1	2,33
Bom	1	2,33
Regular	6	13,96
Ruim	35	81,40
TOTAL	43	100,0

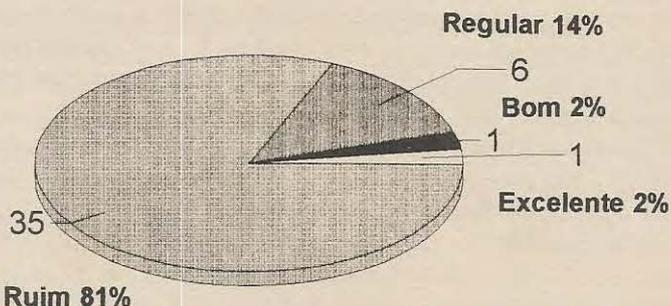
**Tabela 26**  
Avaliação efetuada pelo pesquisador.  
Grupo Hipoclorito de sódio.

Resultados	Nº	%
Excelente	32	76,19
Bom	10	23,81
Regular	0	-
Ruim	0	-
TOTAL	42	100,0

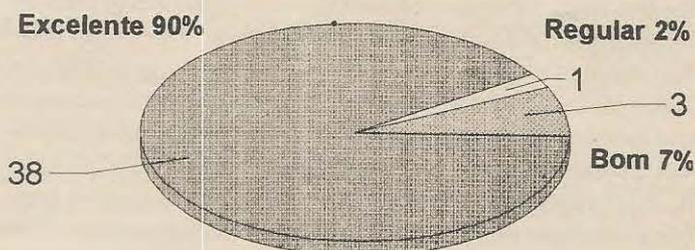
**Gráfico 1** – Avaliação efetuada pelo pesquisador. Grupo Hipoclorito de sódio.



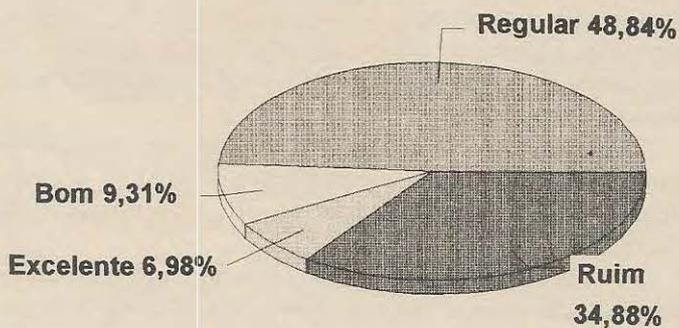
**Gráfico 2** – Avaliação efetuada pelo pesquisador. Grupo Placebo.



**Gráfico 3** – Avaliação efetuada pelo pesquisador. Grupo Hipoclorito de sódio.



**Gráfico 4** – Avaliação efetuada pela própria paciente. Grupo Placebo.



## Discussão

Como é possível notar nos primeiros dados dos resultados do presente estudo foi efetivado em pacientes de diversos padrões sócio-econômicos, sendo assim utilizado por vários segmentos da sociedade. Estes dados podem, então, revelar que o emprego de ducha vaginal moderna, como medicação prescrita por médico com finalidade terapêutica em afecções ginecológicas, encontra-se muito bem aceito por nossa sociedade.

Se destacarmos que foi encontrado passado de vaginite em 73,81% das pacientes estudadas, que a população estudada, que a população feminina após a menarca representa não menos do que trinta por cento da população geral e que encontramos 3,23% das mulheres estudadas sendo usuárias eventuais de ducha vaginal, podemos ter certeza que este método, se apresentado de uma forma mais atual, pode oferecer o conforto na terapêutica vaginal que os cremes e pomadas vaginais não apresentam. Isto deve-se ao fato de ser contumaz a reclamação por parte das mulheres de que os cremes/pomadas vaginais são inconvenientes, e em alguns casos mancham as roupas íntimas.

Como queixa clássica deste estudo, o corrimento vaginal esteve presente na totalidade dos casos. O odor ativo e o prurido como ocorrência conjunta também fazem com que a mulher procure auxílio médico, embora em várias situações o exame médico encontre órgãos genitais (vulva, vagina e colo) absolutamente dentro dos padrões de normalidade. Estes fatos ocorrem em menor (vagina normal = 9,53%) ou maior (vulva normal = 59,53%) intensidade, o que faz com que se tenha certeza que queixas, como corrimento vaginal, podem ser bem subjetivas. Contudo, a investigação amíuade, bem como possibilidades de uma terapêutica adequada, devem sempre fazer parte da atenção a essas queixas, pois em várias ocasiões, mesmo como exames "normais", é possível encontrar potenciais patógenos importantes no conteúdo vaginal.

Frente a queixas insistentes, rotular o exame de normal ou de infecção inespecífica, não prescrevendo qualquer terapêutica ou usando medicações múltiplas, são práticas que devem ser bem conduzidas e somente após investigações minuciosas.

Se observarmos as análises do pH vaginal, poderemos constatar a tendência de normalidade nos casos de candidíase que antes da aplicação de ducha de hipoclorito de sódio a média era de 3,5 e, após o tratamento, passou para média de 4,0, o que demonstra a recuperação para a normalidade. Nos outros casos, com grande participação bacteriana ou por *Trichomonas vaginalis*, a média do pH era elevada, ou seja, 5,5 antes, do tratamento, passando para uma média de 4,5 após aplicação de hipoclorito de sódio.

Se comparado com o grupo placebo onde não houve qualquer melhora do pH, a terapêutica com hipoclorito de sódio demonstra, pela normalização do pH, a recuperação da microbiota vaginal.

No exame clínico da vulva, enquanto no grupo onde se utilizou solução estabilizada com hipoclorito de sódio obteve-se

uma remissão completa da hiperemia e do corrimento que aflorava a vulva, o grupo placebo não apresentou melhora significativa desses itens.

O mesmo podemos relatar quanto ao exame clínico de vagina e colo.

Cabe destacar que a aparência de normalidade da vagina, que antes da aplicação de hipoclorito apresentava padrões de normalidade em torno de 9 (53%) passou para 95,24% após a terapêutica. Em apenas dois casos, de quarenta e dois, o exame após a terapêutica mostrou permanência de corrimento vaginal, embora com menor intensidade.

Pelo exame colposcópico, o grupo, onde se utilizou hipoclorito de sódio, elevou o padrão de normalidade de 19,05% (8/42) para 50% (21/42). Quanto à hiperemia do colo, houve remissão significativa de 33,34% (14/42) para 4,76% (2/42). Na nossa série, no caso que apresentava condiloma exofítico no colo, houve remissão completa após aplicação por ducha vaginal de hipoclorito de sódio. Este fato já foi anteriormente relatado. Embora não tenha apresentado completo desaparecimento, a lesão de condiloma plano, bem como a zona acetobranca, tiveram sua extensão diminuída em mais de sessenta por cento. No grupo placebo, não ocorreram quaisquer alterações das lesões similares.

Sobre o isolamento de microrganismos antes e após a aplicação de hipoclorito de sódio, temos a ressaltar a acentuada diminuição no isolamento de *Gardnerella vaginalis* de 45,24% (19/42) para 7,15% (3/42); *Trichomonas vaginalis* de 9,23% (4/42) para zero entre outros exemplos como *Bacteroides* sp, *Streptococcus* sp, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus curtissi*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Actinomyces israelii*.

Devemos ressaltar que no caso em que foi isolado *Clostridium septicum* somente depois do tratamento com hipoclorito de sódio, a paciente relatava uma frequência de pelo menos uma vez por semana coito anal e vaginal. A paciente informou ainda que, na véspera do exame de controle, praticou sexo anal e de posição vaginal. É possível que estes dados expliquem o achado.

Por outro lado, com o combate aos agentes agressivos, melhora do tecido epitelial vaginal e cervical, retorno ao pH habitual, a microbiota com *Lactobacillus* e difteroides, que demonstra flora tipo 1 de normalidade, aumentou significativamente. Tais fatos não ocorrem no grupo placebo.

Os resultados da colpocitologia corada corroboram os achados microbiológicos e colposcópicos.

O padrão de normalidade da colpocitologia aumentou de 9,52% (4/12) para 33,33% (14/42).

O resultado de inflamatório bacteriano, que antes da aplicação de hipoclorito era de 7,14%, desapareceu após o tratamento. O mesmo aconteceu com o processo inflamatório intenso por fungo e *Trichomonas*.

O achado de "clue cells" regrediu significativamente de 40,48% (17/42) para 9,52% (4/42).

O achado de displasia leve não se repetiu após o tratamento

com hipoclorito, pois acreditamos que, desaparecendo o processo inflamatório, assim como o agente agressivo, esta alteração automaticamente regride.

Quanto ao encontro de colicidose, ocorreu uma ligeira diminuição de 7,17% para 4,77%, o que é pouco significativo tendo em vista o número de casos ser muito reduzido.

Dado que achamos muito relevante é a real diminuição no diagnóstico de processo inflamatório moderado, que, antes da aplicação de hipoclorito de sódio era de 52,38% (22/42), para apenas 9,52% (4/42).

Temos convicção que se se repetisse uma terceira colpocitologia corada, uma ou duas semanas após a do controle, estes dados seriam ainda melhores, uma vez que a resposta na recuperação dessas alterações é de repercussão mais lenta.

Esses dados colpocitológicos, como os demais resultados, não demonstraram melhores importantes no grupo placebo.

Como já foi citado anteriormente, as dosagens plasmáticas dos eletrólitos cloro, sódio e potássio não sofreram modificações após aplicações vaginais de hipoclorito de sódio e de água bidestilada.

Quanto aos efeitos colaterais, os raros casos de leve ardência, um no grupo placebo e três no grupo hipoclorito, cederam antes do término do tratamento e nenhuma das pacientes interrompeu as aplicações.

Sob muitos aspectos, o parecer médico nem sempre expressa a verdadeira opinião de como se sente a paciente. Neste particular, podemos afirmar que, como o corrimento vaginal ou odor desagradável ou ardência podem ser sintomas subjetivos, achamos importante a avaliação feita pela própria paciente e pela equipe de pesquisa. Por outro lado, apesar de ser o emprego de ducha vaginal mais comum do que podemos imaginar, as pacientes avaliadas no presente estudo não são usuárias costumeiras deste procedimento, porém a quase totalidade, 41 em 42, do grupo hipoclorito se sentiu muito satisfeita com a forma e o produto empregado. Pela auto-avaliação (Gráfico 3), 90,48% (38/42) das pacientes relataram resultados excelentes e 7,15% (3/42) com resultado bom. Uma paciente do grupo hipoclorito relatou resultado apenas regular, contudo, sob nossos critérios, este resultado não aconteceu.

No grupo placebo (Gráfico 4) foi relatado por 16,29% (7/43) das pacientes que a água bidestilada resolveu suas queixas. Como já era esperado, nossos resultados foram diferentes e a melhora acentuada, para nós, só existiu em apenas dois casos, ou seja, 4,66%.

## Conclusões

Após as análises anteriores, podemos concluir que:

1 Frente a queixas de corrimento vaginal e odor genital desagradável, não é raro o encontro do exame clínico, colpocitológico e microbiológico dentro de normalidades.

1 Apesar de ser a *Gardnerella vaginalis* o microrganismo

mais encontrado em casos de infecção vaginal, vários outros patógenos merecem igual atenção.

1 A aplicação diária durante dez dias de hipoclorito de sódio estabilizado a 750 ppm por meio de ducha vaginal não alterou as concentrações plasmáticas de sódio, cloro e potássio.

1 O emprego de ducha vaginal, contendo solução estabilizada a 750 ppm de hipoclorito de sódio, deve merecer todo o apoio para sua utilização em casos de infecção vaginal, das mais variadas etiologias, por sua grande eficácia, fácil manuseio, boa aceitação pelas pacientes e sua excelente relação custo-benefício.

## Referências bibliográficas

1. ABRÃO, H. 1989. Vaginose bacteriana e *Gardnerella vaginalis*. DST. J. Bras. Doenças Sex. Transm., 1(2): 67-71.
2. ALTIER, H.; PAULO, GRAGLIA, G.; PEDREIRA, W. 1983. Fluyo vaginal. Lugar de un antiséptico clorado: hipoclorito de sodio, en la estrategia terapéutica. Anais VIII Congresso Uruguay de Ginecologia, Montevideo, Uruguay.
3. AMSEL, R.; TOTTEN, O.A.; SPIEGEL, C.A.; CHEN, K.C.S.; ESCHENBACH, D. and HOLMES, K.K. 1983. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am. J. Med., 74: 14-22.
4. ANDERSSON, K.E. 1981. Pharmacokinetics of nitroimidazoles spectrum of adverse reactions. Scand. J. Infect. Dis. Suppl. 26: 60/68.
5. BALDSON, M.J.; TAYLOR, G.E.; PEAD, L. and MASKELL, R. 1980. *Corynebacterium vaginale* and vaginitis: A controlled trial of treatment. Lancet, 1: 501-509.
6. BARTLETT, J.G.; ONDERDONK, A.B. and DRUDE, E. 1997. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. J. Infect. Dis., 271: 136-45.
7. BERKON, R. 1978. El Manual Merck de Diagnostico y Terepautica. 6ª ed. Rahway, N.J.
8. BLACKWELL, A. and BARLOW, D. 1982. Clinic diagnosis of anaerobic vaginosis (non-specific vaginitis). A practical guide. Br. J. Vener. Dis., 58: 387-393.
9. CHEN, C.S.; FORSYTHE, P.S.; BUCHANAN, T.M. and HOLMES, K.K. 1979. Amine content of vaginal fluid from untreated and treated patients with non-specific vaginitis. J. Clin. Invest., 63: 828-833.
10. CHEN, K.C.S.; AMSEL, R.; ESCHENBACH, D.A. and HOLMES, K.K. 1982. Biochemical diagnosis of vaginitis: determination of diamines in vaginal fluid. J. Infect. Dis., 145: 337-341.
11. COTTER, J.L.; FADER, R.C.; LILLEY, C. and HERNDON, D.N. 1985. Chemical parameters. Antimicrobial activities, and tissue toxicity of 0.1 and 0.5% sodium hypochlorite solutions. Antimicrob. Agents Chemother., 28(1): 118-129.
12. DATTANI, I.M.; DAWSON, S.G. and ISON, C.A. 1982. Aetiology and management of non-specific vaginitis. Br. J. Vener. Dis., 58: 32-40.
13. DAWSON, S.G.; ISON, S.A.; SONKA, G. and EASMON, C.S.F. 1982. Male carriage of *Gardnerella vaginalis*. Br. J. Vener. Dis., 58: 243-5.
14. DYCHDALA, G.R. Chlorine and chlorine compounds. In: Seymour, S.B. 1991. Desinfection, Sterilization and Preservation. 4.ed., Lea and Fabringer, Malvern.
15. ESCHENBACH, D.A. 1983. Vaginal infection. Clin. Obstet. Gynecol., 26: 1-31.
16. FAZZIO, S.; ELIAS, V. and STAFFA, C. 1991. Manual de Antisépticos y desinfectantes. Comité de Infecciones Departamento de Farmacia, Facultad de Medicina Universidad de la Republica del Uruguay.
17. FINCH, W.E. 1958. The hypochlorites, history, chemistry. Their uses and values in chemical practice. Chapter VII, 120-218, in Desinfectantes. Their values and uses. Chapman and Hall, London.
18. FLEURY, F.J. 1981. Adult vaginitis. Clin. Obstet. Gynecol., 24(2): 407-411.
19. GALASK, R.P.; LARSEN, B. and OHM, M.J. 1976. Vaginal flora and its role in disease entities. Clin. Obstet. Gynecol., 19: 61-73.
20. GARDNER, H.L. and DUKES, C.D. 1954. New etiologic agent in non-specific bacterial vaginitis. Science, 120: 853-859.
21. GARDNER, H.L. and DUKES,

C.D. 1955. *Haemophilus vaginalis* vaginitis. A newly defined specific infection previously classified "nonspecific vaginitis". Am. J. Obstet. Gynecol., 69: 962-969. 22. GARDNER, H.L. 1983. Pathogenicity of *Gardnerella vaginalis* (*Haemophilus vaginalis*). Scand. J. Infect. Dis. Suppl., 40: 37-42. 23. GARDNER, H.L. 1983. Non-specific vaginitis: A nonentity. Scand. J. Infect. Dis. Suppl., 40: 7-10. 24. GIRIBALDO, D. 1924. El liquido carrel, composición y propiedades que lo caracterizan - Su poder germicida y sus virtudes terapéuticas. Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo. 25. GOLDACRE, M.J.; WATT, B.; LONDON, N.; MILNE, L.J.R.; LOUDON, J.D.D. and VESSEY, M.P. 1979. Vaginal microbial flora in normal young women. Brit. Med. J., 1: 1450-1458. 26. GORBACH, S.L.; MENDA, K.B.; THADEPALLI, H. and KEITH, L. 1973. Anaerobic microflora of the cervix in healthy women. Am. J. Obstet. Gynecol., 105: 117-121. 27. GREENWOOD, J.R. and PICKETT, M.J. 1980. Transfer of *Haemophilus vaginalis* to a new genus, *Gardnerella vaginalis* (*Gardnerella vaginalis*) (Gardner and Dukes). Int. J. System Bacteriol., 30: 170-178. 28. Guia de Método Eficazes de Esterilización y Desinfección Intensiva Contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). 1989. Organización Mundial de La Salud. Programa Mundial sobre el SIDA - Informe de la OMS. 29. HALLEN, A.; PAHLSON, C. and FORSUM, U. 1987. Bacterial vaginosis in women attending STD Clinic: diagnostic criteria and prevalence of *Mobiluncus* spp. Genitourin Med., 63: 386-9. 30. HAYDEN, G.F. 1980. Olfactory diagnosis in medicine. Postgrad Med., 67: 110. HUGGINS, G.R., and PRETI, G. 1981. Vaginal odors and secretions. Clin. Obstet. Gynecol., 24: 2-7. 31. HOLMES, K.K.; SPIEGEL, C.; AMSEL, R.; ESCHENBACH, D.A.; CHEN, K.C.S. and TOTTEN, P. 1981. Non-specific vaginosis. Scand. J. Infect. Dis. (suppl.), 26: 110-118. 32. HOLMES, K.K. 1984. Lower genital tract infections in women: Cystitis/urethritis, vulvovaginitis and cervicitis. In: HOLMES, K.K.; MARDH, P.A.; SPARLING, P.F. and WIESNER, P.J. Sexually Transmitted Diseases. McGraw-Hill, New York. 33. HUNTER, D.T. 1984. Sodium hypochlorite: a useful therapeutic adjunct for herpes simplex infections. J. Am. Med. Assoc., 39(4): 135-139. 34. JASZCZAKS, H.E.S.E. 1980. The vagina and reproductive processes. In: HAFEZ, E.S.E. (ed.) Human Reproduction, Conception and Contraception. Hagerstown, Harper & Row. 35. Johannisson, G. 1981. Studies on *Chlamydia trachomatis* as a cause of lower urogenital tract infection. Acta Derm. Venereol. (suppl.), 93-97. 36. LEE, D.H.; MILLES, R.J. and PERRY, B.F. 1985. The mycoplasmal properties of sodium hypochlorite. J. Hyg. Camb., 95: 243-246. 37. LINEAWEAVER, W. and THOMPSON, R. 1985. Topical antimicrobial toxicity. Arch. Surg., 120: 267-273. 38. McCORMACK, W.M.; ROSNER, B. and LEE, Y.H. 1973. Colonization with genital mycoplasmas in women. Am. J. Epidemiol., 240: 97-102. 39. MARTINS, N.V. 1985. Diagnósti-

co ambulatorial das vaginites. Avaliação de 4.903 pacientes tratadas com Tinidazol em dose única oral. Rev. Bras. Clin. Terap., 14(3): março. 40. NESTAREZ, J.E. and MATHIAS, L. 1985. Vulvovaginites II - Aspectos etiológicos e diagnósticos. Femina, 13(8): 681-685. 41. NESTAREZ, J.E. and MATHIAS, L. 1985. Vulvovaginites III - Vaginite inespecífica. Femina, 13(9): 787-792. 42. OLIVEIRA, A.M.B. and CAMANO, L. 1985. Semiologia das vulvovaginites e cervicitis. J. Bras. Ginec., 95(10): 441-449. 43. OHM, M.J. and GALASK, R.P. 1975. Bacterial flora of the cervix from 100 pre-hysterectomy patients. Am. J. Obstet. Gynecol., 683: 122-127. 44. PASSOS, M.R.L. 1993. Vaginite inespecífica. In: PASSOS, M.R.L. et al. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª ed., Cultura Médica. Rio de Janeiro. (prelo) 45. PHEIFFER, T.A.; FORSYTH, P.S.; DURFEE, M.A.; POLLOCK, H.M. and HOLMES, K.K. 1978. Non specific vaginitis. N. Engl. J. Med., 298: 1428-1434. 46. PIOT, P.; VANDYCK, E.; GODTS, P. and VANDERHEYDEN, J. 1983. A placebo-controlled, double-blind comparison of tinidazole and triple sulfanamide cream for the treatment of nonspecific vaginitis. Am. J. Obstet. Gynecol., 147(1): 85-91. 47. PRETI, G.; HUGGINS, G.R. and SILVERBERG, G.D. 1979. Alterations in the organic compounds of vaginal secretions caused by sexual arousal. Fertil. Steril., 32: 47-51. 48. REIM, M.F. and HOLMES, K.K. 1983. "Nonspecific vaginitis", vulvovaginal candidiasis, and trichomoniasis: clinical features, diagnosis and management. In: Current Clinical Topic in Infections Disease. vol. 4, J.S. Remington, M.N. Swartz (eds). McGraw-Hill, New York. 49. REIMER, L.G. and RELLER, L.B. 1984. *Gardnerella vaginalis* bacteremia: a review of thirty cases. Obstet. Gynecol., 64(2): 170-176. 50. SCHMIDT, E.H. and BELLER, F.K. 1978. Biochemistry of the vagina. In: HAFEZ, E.S.E. & EVANS, T.N. (ed.): The Human Vagina. New York, Elsevier/North Holland. 51. SMITH, R.; BLASI, D.; DAYTON, S.L. and CHIPPS, D.D. 1974. Effects of sodium hypochlorite on the microbial flora of bums and normal skin. J. of Trauma, 14(11): 938-942. 52. SPIEGEL, C.A.; AMSEL, R.; ESCHENBACH, D.A.; SCHOENKNECHT, F. and HOLMES, K.K. 1980. Anaerobic bacterial in nonspecific vaginitis. N. Engl. J. Med., 601: 303-308. 53. SPIEGEL, C.A. and ROBERTS, M. 1984. *Mobiluncus* gen. nov., *Mobiluncus curtisii* subspecies *curtissii* sp. nov., and *Mobiluncus mulieri* sp. nov., curved rods from the human vagina. Intern. J. Syst. Bacteriol. April. 54. TRUEMAN, J.R. 1971. The halogens. In: HUGO, W.B. Inhibition and Destruction of Microbial Cell. Academic Press, London. 55. VONTVER, L.A. and ESCHENBACH, O.A. 1981. The role *Gardnerella vaginalis* in nonspecific vaginitis. Clin. Obstet. Gynecol., 24(2): 439-444. 56. WOLF, D.P.; SOKOLOSKI, J.; KHAN, M.A. and LITT, M. 1977. Human cervical mucus: II. Changes in viscoelasticity during the ovulatory menstrual cycle. Fertil. Steril., 28: 47-50.

## ERRATA

### DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis - Vol. 6 - nº 3 - Setembro - 1994. p. 23.

Título - Levantamento, no Berçário do Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense - Período 1990/1992

Fátima Pires de Freitas,, Jacqueline Vasconcellos, Kátia Nazaré Tabosa Coutinho, Marize Lopes Veríssimo de Mattos, Ronie de Oliveira Pinto, Tegnus Vinicius Depes de Gouvêa e Marco Antonio Gomes

Onde se lê: Marco Antonio Gomes,  
leia-se: Marco Antonio Gomes Andrade

## Síndrome de imunodeficiência adquirida em idosos

Alberto Saraiva Tibúrcio<sup>1</sup>, Anna Ricordi Bazin<sup>2</sup>, Marcos Olivier Dalston<sup>3</sup>, Sérgio Setúbal<sup>4</sup> e Walter Tavares

*J Bras Doenças Sex Transm, 6 (4): 23-25, 1994.*

### Resumo

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) tem acometido pessoas dos mais diversos segmentos sociais, inclusive pessoas que se situam na faixa etária acima dos 60 anos de idade. Embora nossa casuística de pessoas idosas com SIDA seja limitada, evidenciamos uma maior dificuldade em se fazer o diagnóstico nesta faixa etária, traduzida por um tempo prolongado dos sintomas antes da realização dos exames pertinentes. Os pacientes foram analisados sob a perspectiva dos fatores/comportamentos de risco, bem como das manifestações clínicas. Além disso, foram aventadas algumas possíveis causas para o aumento de incidência da SIDA entre os idosos.

### Abstract

Acquired Immunodeficiency Syndrome strikes all socioeconomic and age strata, including people over 60 years of age. Despite our small patient sample, we have found a greater difficulty in diagnosing people in this age group, expressed by longer evolutions until the making of appropriate diagnostic procedures. Patients were analysed regarding their risk factors and/or behavior, as well as clinical manifestations. In addition, some possible causes for the increasing incidence of AIDS in older people are suggested.

### Introdução

Algumas publicações na área médica acerca do comprometimento de pessoas idosas pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) relatam uma incidência de até 10% do número total de casos desta síndrome entre as pessoas com 50 anos ou mais de idade.<sup>2,3,4,5</sup> Nestes relatos, se forem consideradas as pessoas com idade superior a 60 anos, o fator de risco

mais influente para a aquisição da infecção foi a hemotransfusão. Muitos destes pacientes apresentam distúrbios neurológicos e psiquiátricos como manifestação clínica predominante. A evolução da doença nesta faixa etária mostra uma deterioração clínica mais rápida que, se somada a um retardo no diagnóstico etiológico, pode contribuir para uma taxa de mortalidade bastante elevada no primeiro mês após o diagnóstico.<sup>5</sup>

Até o final de 1992, o Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense, Niterói) tinha internado sete pacientes com idade superior a 60 anos e diagnóstico de SIDA.

Este trabalho tem por finalidade expor as manifestações clínicas mais importantes destes pacientes bem como tecer alguns comentários sobre as possíveis causas do aumento de incidência nesta faixa etária.

### Casuística

Entre os pacientes haviam duas mulheres (28,57%) e cinco homens (71,53%). A idade dos pacientes variou de 60 até 71 anos (média de 64,7 anos). Três pacientes tinham comportamento homossexual (42,87%), dois pacientes tinham história de hemotransfusão (28,57%), uma paciente (14,28%) era viúva de uma pessoa que tinha recebido sangue por ocasião de uma hemorragia digestiva e que faleceu pouco tempo depois. O último paciente (14,28%) não tinha nenhum fator/comportamento de risco detectado (quadro 1).

O método sorológico para a detecção do anti-HIV foi o ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), realizado pelo laboratório de Imunologia do próprio hospital (HUAP).

### Resultados e Discussão

A proporção entre os sexos dos pacientes deste estudo está de acordo com aquela que foi encontrada entre os pacientes ambulatoriais do Serviço de DIP (levantamento dos 100 primeiros pacientes atendidos no ano de 1993 – vide figura 1 e 2).

Considerando os pacientes de nossa casuística, com idade variando entre 60 e 69 anos, temos que três deles (60%) tinham hábitos homossexuais, concordando com os resultados encontrados por Ship et al.<sup>5</sup>, onde a maioria (48,9%) dos pacientes nesta faixa etária possuíam esta categoria de exposição. Ainda com referência ao trabalho destes autores, temos que na faixa etária acima dos 70 anos, 64,2% dos pacientes haviam sido receptores de hemotransfusões. Em nossa casuística exis-

<sup>1</sup> Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFF. Aluno do Curso de Especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis – UFF.

<sup>2</sup> Professora Adjunta da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFF. Chefe do Serviço de DIP - HUAP.

<sup>3</sup> Professor Auxiliar da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFF.

<sup>4</sup> Professor Assistente da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFF.

<sup>5</sup> Professor Titular da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias – UFF.

tem apenas dois pacientes acima dos 70 anos, um com provável contágio por via heterossexual e o outro, sem fator de risco determinado.

Nguyen et al.<sup>4</sup> enfatizam que o atraso no diagnóstico de SIDA entre estes pacientes pode determinar formas mais graves de doença, possibilitando o desenvolvimento de pneumocistoses com hipóxia e toxoplasmoses cerebrais. Entre nossos sete pacientes verificou-se um período de tempo variável (um mês a 11 meses, média de cinco) entre o início dos sintomas até a realização da sorologia anti-HIV. Dos que levaram mais tempo até a realização da sorologia, tínhamos as duas mulheres, um paciente que não tinha fator de risco determinado, e o primeiro paciente acima de 60 anos que internou na enfermaria.

Apenas dois pacientes manifestaram alterações neurológicas: o primeiro com déficit de memória e distúrbio da marcha (TC de crâneo normal), enquanto o segundo apresentava hemiplegia (TC de crâneo mostrava lesão expansiva no hemisfério cerebral esquerdo – figuras 3 e 4). No quadro 2 mostramos os sinais e sintomas mais frequentemente encontrados entre os sete pacientes, bem como os achados evolutivos caracterizados nos exames laboratoriais ou no exame físico (as letras **A** e **D** correspondem à antes e depois do diagnóstico de SIDA comprovado por sorologia).

Segundo dados do Ministério da Saúde<sup>1</sup>, até o final do mês de julho de 1994, 1,9% dos casos (1.003, em números absolutos) de SIDA ocorreram entre pessoas com idade superior a 60 anos, sendo que 347 (34,6%) deles eram homo-bissexuais masculinos e 309 (30,8%) não tinham o tipo de transmissão definido. Poderíamos sugerir algumas possíveis causas para o aumento da incidência de SIDA na faixa etária acima dos 60 anos:

- tempo de incubação da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) relativamente longo
- maior reconhecimento das manifestações clínicas de SIDA entre os idosos;
- aumento da população de idosos em números absolutos e relativos;
- constituem uma faixa etária onde muitas morbidades necessitam de transfusão de hemoderivados.

## Conclusões

À medida que a epidemia da SIDA se expande, os clínicos que prestam assistência aos idosos precisam estar mais atentos sobre a possibilidade cada vez mais frequente deste diagnóstico, e incluir esta entidade como diagnóstico diferencial para as manifestações clínicas apresentadas por estes pacientes.

Entre os pacientes de nossa casuística, o diagnóstico mais precoce se relacionou com a presença de um comportamento de risco. No entanto, foram poucos os casos para podermos relacionar a idade e a rapidez no diagnóstico com o tempo e qualidade de vida futuras.

As campanhas educativas, com vistas à prevenção da disseminação da SIDA, devem visar também a população dos mais

idosos pois, como vimos, muitos deles também possuem fatores e comportamentos de risco.

FIGURA 1

### PACIENTES HIV+/SIDA AMBULAT. DIP/SEXO

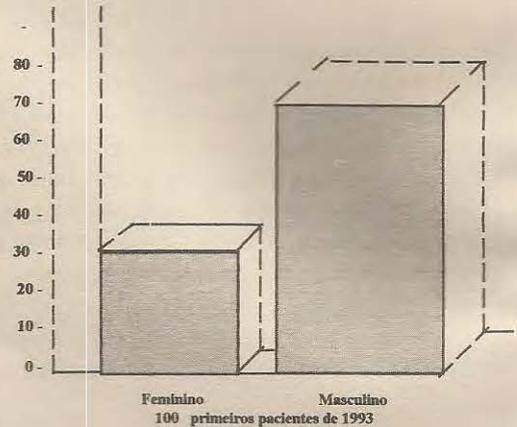
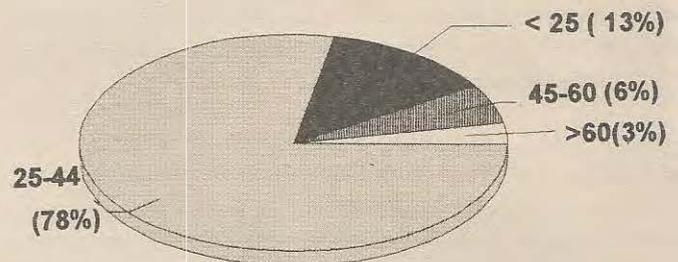


FIGURA 2

### PACIENTES HIV+/SIDA AMBULAT. DIP/FAIXA ETÁRIA



Quadro 1  
Pacientes e Fatores de Risco

	Sexo	Idade	Fator Risco	Data do Anti-HIV
1	M	71	Indeterminado	22/12/92
2	F	70	Marido hemotransfundo	12/08/91
3	F	69	Hemotransfusão em 86	04/03/91
4	M	68	Homossexualismo	10/12/87
5	M	64	Homossexualismo	26/02/88
6	M	62	Homossexualismo	05/06/91
7	M	60	Hemotransfusão em 85	1987

OBS.: 2 e 4 – sem acompanhamento posterior; 5 e 6 – em acompanhamento ambulatorial; 2 – óbito após 4 meses (11/12/91); 3 – óbito após 4 meses (06/01/92); 7 – óbito em 06/07/93.

FIGURA 3: *Toxoplasmose cerebral - antes do tratamento.*

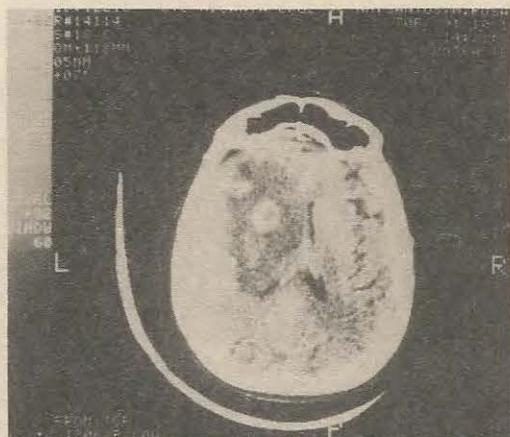
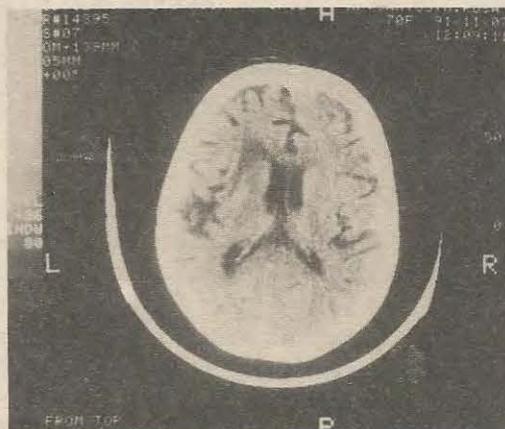


FIGURA 4: *Toxoplasmose cerebral - em vigência do tratamento - três semanas após.*



Quadro 2

Sinais e sintomas	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
emagrecimento (acima de 10% peso)	A	A	A	A	A	A	D	7
candidíase oral	A		A	D		D		4
diarréia crônica	A	A		A				3
hepatomegalia	D		A				D	3
anorexia	A			A			D	3
dispnéia		A		A				2
alterações neurológicas		D11				A1		2
proctite/fístula anal					A			1
astenia progressiva				A				1
sudorese noturna			A					1
febre prolongada							D	1
demora para realizar anti-HIV	6m	9m	7m	11m	2m	1m	-	X=5m
<b>Achados Evolutivos</b>								
hepatite B crônica	D				D	D	D4	4
tuberculose		D		D2	D	A		4
pneumocistose pulmonar		D		D	D			3
infecção urinária		D3	D4		D5			3
septicemia		D6	D7					2
infecção intestinal		D8				D9		2
pneumonia bacteriana			A				D	2
toxoplasmose cerebral		D						1
insuficiência hepática							D	1
reações adversas a drogas							D10	1

OBS.

1 - Distúrbio da marcha e déficit de memória (TC de crânio normal). 2 - Granuloma ganglionar. 3 - Urimocult. Neg. 4 - Klebsiella. 5 - E. Coli., 6/7 - Hemocult. Neg. 8 - Criptosporidium. 9 - Isospora. 10 - Fancitopenia (AZT)/hepatite (DDI) 11 - Hemiplegia.

## Referências bibliográficas

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. *Boletim epidemiológico AIDS* 7(7): 8-12; 1994. 2. GORZONI, M.L., TOTRI, M.D.O. & LIMA, C.A. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em Idoso. *Gerontologia* 1(1): 27-28, 1993. 3.

FILLIT, H. et al. AIDS in the elderly: A case and its implications. *Geriatrics*, 44(7): 65-70; 1989. 4. NGUYEN, Q et al. Le SIDA gériatrique. À propos de 22 cas observés dans la région parisienne. *Ann. Med. Interne*, 140(5): 399-403; 1989. 5. SHIP, J.A., WOLFF, A. & SELIK, R.M. Epidemiology of Acquired Immune Deficiency Syndrome in Persons Aged 50 Years or Older. *J. of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 4(1): 84-88; 1991.

## Pacientes soropositivos ou com SIDA atendidos no Setor de DST da UFF

Alberto Saraiva Tibúrcio\*, Mauro Romero Leal Passos\*, Tegnus Vinícius Depes de Gouvêa\*, Auri Vieira Nascimento\*, Lilian Cristina Gomes da Rocha\*, Nero Araújo Barreto\*

*J bras Doenças Sex Transm, 6 (4): 26-29, 1994.*

### Resumo

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) pode estar associada à presença de outras doenças sexualmente transmissíveis.

O condiloma acuminado, seguida pela sífilis, foi a DST mais freqüente entre 35 pacientes ambulatoriais do Setor de DST - UFF, soropositivos para o HIV. Baixos níveis de escolaridade, de renda familiar e de educação sexual caracterizaram esta amostra de pacientes.

Foi encontrada uma taxa de infecção pelo HIV (6,1%) semelhante à de um outro estudo, realizado numa clínica de atendimento às DST, em Baltimore, EUA.

### Abstract

Acquired Immunodeficiency Syndrome may be associated with other sexually transmitted diseases (STD). Condiloma acuminatum was, followed by syphilis, the most often STD diagnosed among 35 HIV seroreactive outpatients in the Universidade Federal Fluminense STD clinic. Low scholarship and socioeconomic levels, as well as poor sexual education, were common findings with these population. We have found an incidence rate of 6.1% for HIV infection, just as another study carried out in a STD clinic in Baltimore, USA.

### Introdução

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil alcançou a cifra de 54.009 casos acumulados de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ao final do mês de julho de 1994.<sup>1</sup> No Estado do Rio de Janeiro, até março deste mesmo ano, foram notificados 8.350 casos de SIDA à Divisão de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde.<sup>2</sup> Podemos constatar, pelo número crescente de pessoas com SIDA, que a epidemia em nosso meio tem crescido assustadoramente, desde o aparecimento dos primeiros casos em meados da década de 80.

De 15 de abril de 1992 até 14 de outubro de 1993, o Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (Universidade Federal Fluminense, Niterói) realizou 1.137 exames sorológicos para detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/HIV, em inglês). O anti-HIV é realizado pelo Setor, ou de forma anônima, ou após abertura de um prontuário para o paciente, sendo que este geralmente procura o Setor devido a queixas relacionadas a outras DST. Durante a investigação do caso, mediante consentimento do paciente e explicação detalhada do significado do exame e as implicações da realização do mesmo, solicitase então o anti-HIV.

Este trabalho tem por finalidade o conhecimento do perfil sócio-cultural dos pacientes soropositivos e/ou com SIDA que têm procurado o Setor de DST, assim como a comparação dos resultados encontrados em nossa casuística com os dados de literatura.

### Casuística e Métodos

O método utilizado para realização do anti-HIV no Setor de DST foi o de Microaglutinação em placa (Seródia<sup>®</sup>-Bayer). Caso o exame resultasse positivo, o material era então enviado ao Laboratório Central (LACEN), no Rio de Janeiro, onde eram realizados os métodos de ELISA e Imunofluorescência para confirmação.

Os dados pessoais tais como procedência, comportamento de risco, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, educação sexual, profissão, número de parceiros, doenças sexualmente transmissíveis associadas etc foram retirados das fichas padronizadas de cada prontuário. Em relação à profissão, procurou-se condensá-las em áreas ocupacionais para fins de simplificação. Em relação às DST, os dados foram retirados a partir do exame físico, anamnese ou resultados laboratoriais (histopatológicos – realizados no Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF); sorologias (VDRL), exames diretos e culturas – realizados no próprio Setor de DST).

### Resultados

Dos 1.137 exames anti-HIV realizados, 108 mostraram-se positivos pelo Seródia, sendo que apenas 68 (6,1%) foram confirmados posteriormente no LACEN. Destes 68 pacientes com resultados sorológicos positivos, seis fizeram o exame anôni-

\* Setor de DST (MIP/CMB/CCM) Universidade Federal Fluminense.

Centro de Referência Nacional em DST – PNCDST/AIDS – Ministério da Saúde

mamente e, do restante, somente 35 continuaram em acompanhamento ambulatorial. Do total de exames anônimos (113), confirmaram-se seis deles (5,4%).

Os pacientes foram divididos de acordo com a faixa etária e sexo, como mostra a tabela 1. A idade com a qual os pacientes iniciaram-se na prática sexual variou de 10 a 21 anos (média de 15,3 anos) para o sexo masculino e, de 13 a 23 anos (média de 16,5 anos) para o sexo feminino. A idade com a qual o paciente procurava o Setor, para atendimento pela primeira vez, variou de 17 a 55 anos (média de 30,2 anos) entre os homens e, de 15 a 50 anos (média de 24,1 anos) entre as mulheres.

As doenças sexualmente transmissíveis encontradas em nossa casuística, associadas à infecção pelo HIV, foram as seguintes: condilomatose (dez pacientes), sífilis (cinco pacientes), herpes simples (três pacientes), tricomoníase (dois pacientes) e, gonorréia, candidíase vaginal, molusco contagioso e infecção por clamídea (um paciente cada). Um paciente com sífilis apresentava-se com a lesão primária, o cancro duro. Deve-se observar que um mesmo paciente podia se apresentar com duas ou mais DST associadas.

Quarenta e nove pacientes, entre os 68 soropositivos para o HIV, fizeram VDRL, sendo que apenas cinco deles (10,2%) foram positivos.

Quanto à questão do nível de escolaridade, dividimos os pacientes em grupos tal como é mostrado na tabela 2. O mesmo procedimento se fez para os itens "renda familiar" (tabela 3), "educação sexual" (tabela 4), "número de parceiros" (tabela 5), "áreas ocupacionais" (tabela 6), "procedência" (tabela 7), "preferência sexual" (tabela 8) e "fatores de risco entre os pacientes com preferência heterossexual" (tabela 9).

## Discussão

Quinn e cols. referem em seu estudo que, embora 90% dos casos notificados de SIDA ainda ocorram entre os homens homossexuais e usuários de drogas endovenosas, está havendo um aumento da incidência entre as mulheres que têm parceiros bissexuais e/ou usuários de drogas injetáveis.<sup>3</sup> No Estado do Rio de Janeiro a relação homem/mulher passou de 13:1 (1984) para 4:1 (período de 1991-1994).<sup>2</sup> Nosso presente estudo, apesar do pequeno número de pacientes, mostra que o sexo feminino correspondeu a 25,7% (9/35) dos casos.

Entre os pacientes do sexo masculino de nossa casuística, as preferências homo e bissexuais representa 58,3% (14/24) dos casos. Os dados do Ministério da Saúde apontam para um percentual de 31,4% de casos de homo/bissexualismo entre os pacientes do sexo masculino portadores de SIDA, diagnosticados nos anos de 1993-1994.<sup>1</sup>

Outro resultado importante a que chegamos foi que 56,2% (18/32) dos casos de SIDA entre nossos pacientes ocorreram entre pessoas com preferência heterossexual, sendo que os fatores de risco ligados aos parceiros sexuais corresponderam a

38,9% (7/18) do total de heterossexuais. Como fatores de risco dos heterossexuais, em relação aos parceiros, tivemos: infectados (n=2), bissexuais (n=2) e que já tinham tido DST (n=3). Outros fatores de risco, em relação aos próprios pacientes, tivemos: passado de DST (n=4); transfusão de hemoderivados (n=4); múltiplos parceiros sexuais (n=2) e até mesmo a ocorrência de estupro (n=2). A Divisão de Controle das DST/AIDS - RJ nos mostra um percentual de 14,11% para a transmissão por via heterossexual<sup>2</sup>, enquanto o Ministério da Saúde nos dá o percentual de 24,9%, para o período de 1993-1994.<sup>1</sup>

Também temos que os baixos níveis de escolaridade (22 entre 34 pacientes não tinham passado além do 1º grau), de renda familiar (11 entre 25 pacientes recebiam até dois salários mínimos) e de educação sexual (21 entre 30 pacientes tinham pouca ou nenhuma) caracterizaram a maioria dos pacientes.

Quanto ao número de parceiros sexuais que os pacientes tinham no momento da 1ª consulta, podemos verificar 15 entre 31 deles ou tinham múltiplos parceiros ou então tinham um parceiro fixo, porém não-exclusivo.

A área de serviços (transportes, recuperação, conservação etc) foi a que concentrou maior número de pacientes de nossa casuística. Porém encontramos pacientes que exerciam as mais diversas atividades ligadas aos ramos do comércio, da indústria, do meio artístico, do funcionalismo público etc.

A maioria dos pacientes (n=24) tinha Niterói como município de residência, vindo a seguir São Gonçalo (n=8) e a cidade do Rio de Janeiro (n=2).

Por fim, a prevalência de infectados pelo HIV em nosso estudo (6,1%) foi semelhante àquela encontrada por Quinn e cols.<sup>3</sup> em seu estudo (5,2%), realizado numa clínica de tratamento de DST em Baltimore, EUA.

## Conclusão

As campanhas de prevenção da infecção pelo HIV devem levar em consideração o problema, não menos importante, das DST. Como vimos no presente estudo, houve 24 episódios de DST em 35 pacientes com SIDA.

Na presença de uma DST faz-se mister uma investigação mais detalhada quanto a possíveis comportamentos de risco dos pacientes, com fins de orientação dos mesmos acerca da SIDA e de seus meios de transmissão, pois muitos deles não se percebem expostos ao risco de contágio pelo HIV.

Ao lado das medidas de ordem preventiva na área de saúde, outras medidas visando melhorias do nível de escolaridade, da renda familiar e da educação sexual também são importantes no combate à disseminação do VIH na população menos favorecidas.

As campanhas de prevenção das DST/SIDA devem ter uma atenção especial em relação às mulheres, enquanto um grupo populacional específico, pois os índices de incidência de SIDA

**Tabela 1**  
Sexo e Faixa Etária

Idade (Anos)	Masc.	Fem.	Total
Menos de 20	02	04	06
20 - 29	11	03	14
30 - 39	09	01	10
40 - 49	02	00	02
50 - 59	01	01	02
Ignorada	01	00	01
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>09</b>	<b>35</b>

**Tabela 2**  
Escolaridade

1 - Analfabeto	0
2 - 1º Grau Completo	06
3 - 1º Grau Incompleto	16
4 - 2º Grau Completo	06
5 - 2º Grau Completo	04
6 - Superior completo	01
7 - Superior incompleto	01
8 - Ignorado	01
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 3**  
Renda Familiar

1 - Até 2 salários	11
2 - De 3 a 5 salários	09
3 - De 6 a 10 salários	03
4 - Acima de 10 salários	02
5 - Ignorado	10
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 4**  
Educação Sexual

1 - Nenhuma	13
2 - Pouca	08
3 - Média	04
4 - Boa	05
5 - Ignorado	05
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 5**  
Nº de Parceiros

1 - Fixo exclusivo	10
2 - Fixo não-exclusivo	06
3 - Múltiplos	09
4 - Atualmente sem	06
5 - Ignorado	04
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 6**  
Áreas Ocupacionais

1 - Serviços	12
2 - Escritório	04
3 - Comércio	03
4 - Profissões Técnicas	03
5 - Profissões Artísticas	02
6 - Funcionários públicos	02
7 - Estudantes	02
8 - Indústria	01
9 - Sem profissão	04
10 - Ignorada	02
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 7**  
Procedência

1 - Niterói	24
2 - São Gonçalo	08
3 - Rio de Janeiro	02
4 - Ignorado	01
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

**Tabela 8**  
Preferências Sexuais

	M	F	TOTAL
1 - Heterossexual	10	08	18
2 - Bissexual	10	00	10
3 - Homossexual	04	00	04
4 - Ignorado	02	01	03
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>09</b>	<b>35</b>

**Tabela 9**  
**Fatores de risco entre os Heterossexuais**

	M	F	TOTAL
1 - Parceiro			
Infectado	01	01	02
Bissexual	00	02	02
Já teve DST	01	02	03
2 - Passado de DST	03	01	04
3 - Transfusão	01	03	04
4 - Drogas injetáveis	02	00	02
5 - Múltiplos parceiros	02	00	02
6 - Estupro	01	01	02

entre elas têm aumentado muito nos últimos anos.

A implantação de serviços ambulatoriais com um mínimo de recursos humanos e materiais em diversos municípios, principalmente em regiões mais carentes, poderia ajudar no acesso dos pacientes ao aconselhamento preventivo e, diagnóstico e tratamento das DST.

**Referências bibliográficas**

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS 7(7): 8-12, 1994.
2. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Divisão de Controle das DST/AIDS. Boletim epidemiológico sobre AIDS. Jan-Mar/1994.
3. QUINN, T.C. et al. Human Immunodeficiency Virus Infection Among Patients Attending Clinics for Sexually Transmitted Diseases. N. Engl. J. Med., 318: 197-203, 1988.

# DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Mauro Romero Leal Passos e Cols.

## 4ª Edição

**Novíssima edição com mais de 50 capítulos**

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

**Vendas:** Aldeia Editora e Gráfica Ltda  
Rua Cardoso de Moraes, 399 - Sobrado  
CEP 21032-000 - Bonsucesso - Rio de Janeiro - RJ  
Tel (Fax): (021) 280-2639 - Tel.: (021) 260-0442

## Convocação de parceiros sexuais dos portadores de doenças sexualmente transmissíveis

Documento Preliminar – Ainda sendo testado

*J Bras Doenças Sex Transm, 6 (4): 30-33, 1994*

### Apresentação

O Programa Nacional de Controle de DST/AIDS (PNC-DST/AIDS), apresenta breve discussão teórica do assunto, e a proposta de implementação de sistema de convocação e tratamento de parceiros sexuais de pacientes portadores de DST.

Por se tratar de atividade com implicações éticas para o exercício profissional (principalmente pela necessidade da manutenção da confidencialidade sobre os dados e identificação de pacientes e seus parceiros), bem como pela carência de experiências bem documentadas no país, o PNC-DST/AIDS se preocupou, durante a elaboração do documento, em: consultar o Conselho Federal de Medicina sobre aspectos éticos específicos relacionados ao sistema proposto e programar estudos nos Centros de Referência Nacional de DST, sobre custo/efetividade dos métodos empregados.

A mensagem principal do documento é que, mesmo em situações de falta de recursos para implementar sistemas de convocação de parceiros mais elaborados, cada profissional de saúde pode auxiliar no controle das DST, caso inclua na rotina de seu atendimento, pelo menos o convite para que os pacientes tragam ou comuniquem seus parceiros sobre a necessidade de atendimento médico.

Este documento foi elaborado por: Dr. Fábio Moherdau (Assessor Responsável pela Unidade de DST do NPC-DST/AIDS), Dr. Fábio Gomes (Médico da Unidade de DST), Dr. José Rubens Correia Lima (Médico da Unidade de DST) e Dr. Helvécio Bueno (Consultor UNICEF).

Dr<sup>a</sup> Lair Guerra de Macedo Rodrigues

### Convocação dos Parceiros Sexuais de Pacientes com DST

#### 1. Introdução

O controle das DST não se obtém pelo mero tratamento de pessoas que se apresentam aos serviços de saúde com sinais e sintomas de DST.

Para que se quebre a cadeia de transmissão das DST é fundamental que os contatos sexuais do indivíduo infectado sejam

localizados e tratados. A convocação de parceiros também permite que se faça a educação sobre os riscos da infecção pelo vírus da AIDS (HIV) para um grupo que está sob maior risco.

Com esta preocupação, o Programa Nacional de Controle das DST/AIDS do Ministério da Saúde apresenta, através deste documento, (adaptado do livro "Management of Patients with Sexually Transmitted Diseases", World Health Organization Report Series – 810, Geneva 1991) os fundamentos técnicos e a proposta de funcionamento de um sistema de convocação de parceiros para o Sistema Único de Saúde do país.

A convocação de parceiros deve ser considerada sempre que uma DST é diagnosticada, independentemente do local onde os cuidados de saúde são oferecidos.

O parceiro deve receber informações sobre:

- a natureza da exposição e risco da infecção;
- a necessidade de pronto atendimento médico, bem como os locais onde conseguiu-lo;
- a necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado.

#### 2. Princípios para um Sistema de Convocação de Parceiros

Qualquer que seja o método usado para convocação dos parceiros, deve ser baseado nos seguintes princípios: confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação, disponibilidade de serviços para os parceiros, e legalidade da ação.

##### 2.1. Confidencialidade

A convocação de parceiros deve ser realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial. Assim, informação sobre o paciente/índice, incluindo identidade, não deve ser revelada ao(s) parceiro(s) e vice-versa. O profissional de saúde simplesmente explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro.

Toda informação escrita deve ser confidencial. Onde isto não possa ser garantido, as fichas relacionadas ao paciente-índice que ofereçam informações para localização dos parceiros devem ser destruídas assim que o parceiro tenha sido localizado ou fique claro que a localização não será possível.

Se os pacientes e a comunidade perceberem que o serviço de saúde e o sistema de convocação de parceiros mantêm a confidencialidade, certamente não haverá relutância ao uso destes serviços.

Ministério da Saúde - Brasil  
Secretaria de Ações de Saúde  
Programa Nacional de Controle  
de DST/AIDS Unidade de DST

## 2.2. Ausência de coerção

A convocação de parceiros deve ser voluntária, e a coerção nunca deve ser usada. Pacientes-índice devem ter completo acesso a serviços disponíveis, tendo ou não cooperado nas atividades de convocação. Pode haver, entretanto, situações nas quais um paciente-índice se recusa a convocar ou a permitir a convocação de um parceiro conhecido pelo profissional de saúde, que pode então sentir que o risco à saúde do parceiro e/ou outros (como um feto) é tão elevado que seria anti-ético deixar de informar o parceiro. A decisão sobre a convocação do parceiro seria então tomada após intenso aconselhamento do paciente, que deveria ser informado da intenção do profissional de saúde em agir de acordo com regra baseadas em princípios éticos respaldados pelo Conselho Federal de Medicina.

## 2.3. Proteção contra discriminação

A convocação de parceiros deverá ser realizada respeitando-se os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos naqueles lugares onde a estigmatização e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação.

## 2.4. Disponibilidade de serviços para os parceiros

A convocação de parceiros deve ser realizada apenas quando houver serviços de suporte disponíveis para oferecer uma resposta apropriada.

## 2.5. Legalidade da ação

Instrumentos legais permitindo a simples convocação de parceiros pelo paciente índice não são necessários, mas podem vir a ser para a convocação pelo profissional de saúde.

Durante a execução das atividades de busca ativa, o sigilo sobre a identidade do paciente índice deve ser mantido, entretanto, existem exceções importantes. De acordo com o artigo segundo da resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, o sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação a pacientes com Aids, porém será permitida a quebra de sigilo por justa causa (proteção a vida de terceiros, incluindo-se os comunicantes sexuais) quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado.

## 3. Métodos para Convocação de Parceiros

Independentemente do método de convocação a ser empregado, o profissional que estiver atendendo o paciente-índice deve sempre levantar a questão da convocação de parceiros, e aconselhá-lo sobre:

- a natureza confidencial de suas informações;
- a transmissão sexual da doença;
- a possibilidade de infecção em parceiros sem sintomas;
- a possibilidade de reinfeção se um parceiro permanece infectado;
- as conseqüências para o parceiro, se não tratado;
- as conseqüências para outros contatos do parceiro, se não

for tratado.

Descreve-se a seguir o método de convocação através do paciente e através de profissional de saúde.

### 3.1. Convocação através do paciente

É o método segundo o qual um paciente-índice é encorajado a convocar o(s) parceiro(s) sem o envolvimento direto dos profissionais de saúde. Neste método, o paciente índice pode:

- oferecer informação ao parceiro;
- acompanhar o parceiro à clínica;
- simplesmente entregar um cartão de convocação.

O profissional de saúde que estiver atendendo o paciente-índice aconselhará sobre o(s) método(s) a ser(em) empregado(s).

A convocação através do paciente pode ser usada em qualquer situação e deve fazer parte da rotina de profissionais que atendam pacientes com DST.

### 3.2. Convocação através de profissional de saúde

É o método segundo o qual profissionais de saúde convocam o(s) parceiro(s) do paciente-índice. O paciente-índice oferece informação sobre o(s) parceiro(s) ao profissional de saúde, que então, confidencialmente, localizará e convocará o(s) parceiro(s).

A convocação por profissional de saúde é geralmente reservada para os parceiros que provavelmente não serão convocados pelo paciente-índice.

Devido à limitação de recursos disponíveis para convocação uma lista de doenças prioritárias ou síndromes deverá ser estabelecida.

São consideradas prioridades para o PNC-DST/AIDS os **portadores de úlceras genitais e as gestantes com qualquer DST**. Os contatos femininos de homem com uretrite são também um grupo alvo particularmente importante para convocação uma vez que a parceiras infectadas são frequentemente assintomáticas.

## 4. Manejo Clínico de Parceiros

Na chegada ao serviço de saúde, o parceiro se torna um paciente, devendo-se aplicar os tratamentos recomendados no Manual de Controle das DST, MS, 1993.

## 5. Treinamento para a Convocação de Parceiros

Qualquer profissional de saúde que esteja oferecendo serviços para DST deve se conscientizar da necessidade da convocação de parceiros e portanto deve estar preparado para fazê-lo.

O treinamento deve cobrir aspectos apropriados a cada situação e tipo de profissional. Por exemplo, profissionais que venham a desempenhar atividades externas requerirão treinamento especial.

Os tópicos a serem abordados no treinamento da convocação de parceiros são:

- aconselhamento básico e habilidades educacionais;
- intervenção na crise, aconselhamento em relacionamento,

condução de discussões em sexualidade e comportamento sexual;

- a história natural das DST, incluindo a infecção pelo HIV;
- epidemiologia das DST;
- transmissão sexual, infecção assintomática, consequência de falha de tratamento;
- implicações psico-sociais das DST e infecção pelo HIV;
- habilidades e técnicas de entrevistas a pacientes;
- técnicas na localização e convocação de parceiros;
- mensagens de redução de risco;
- locais de atendimento;
- manutenção de registros;
- avaliação.

## 6. Avaliação do Sistema de Convocação

Mesmo com pouca evidência documentada de eficiência, o bom senso sugere que a convocação de parceiros contribuirá no controle das DST e infecção pelo HIV. É importante, entretanto, tentar avaliar programas de notificação de parceiros de modo que eles possam ser modificados e melhorados.

Os seguintes indicadores poderão ser utilizados:

$(\text{N}^\circ \text{ pacientes com parceiros convocados} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ cartões de convocação preenchidos} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ parceiros convocados por cartão atendidos} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ parceiros convocados por cartão atendidos} / \text{N}^\circ \text{ cartões de convocação preenchidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ aerogramas enviados} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ parceiros convocados por aerograma atendidos} / \text{N}^\circ \text{ aerogramas enviados}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ visitas realizadas} / \text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos}) \times 100$

$(\text{N}^\circ \text{ parceiros convocados por visita atendidos} / \text{N}^\circ \text{ visitas realizadas}) \times 100$

## 7. Proposta do PNC-DST/ADIS

O PNC/DST/AIDS propõe a implementação de um sistema de convocação e tratamento de parceiros nas unidades de saúde que atendam casos de DST.

A convocação dos parceiros deverá ser realizada através do uso progressivo dos seguintes métodos: convocação pelo paciente índice, convocação por correspondência (aerograma) e busca ativa por profissional de saúde.

### 7.1. Procedimentos do sistema de convocação de parceiros

#### 7.1.1. Convocação por cartão

O profissional de saúde que estiver atendendo o paciente índice deve obter o nome, endereço e outras informações de identificação do(s) parceiro(s), para o preenchimento de cartão(ões) de convocação (ANEXO 1).

O cartão consiste de 2 partes. A parte A é retida pela unidade que preencheu e a parte B entregue ao paciente índice que por sua vez a entregará ao parceiro. Um novo cartão deve ser completado para cada parceiro.

A parte A deve conter: código alfanumérico (que identificará a doença ou síndrome do caso índice de acordo com o CID, o centro que emitiu o cartão e um número de ordem dos cartões emitidos naquele centro); nome do paciente índice; dados do parceiro (nome, endereço com ponto de referência); data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde que preencheu o cartão.

A parte B deve conter o mesmo código alfanumérico já mencionado; o nome do parceiro; mensagem solicitando seu comparecimento a serviço de saúde; lista de centros de saúde onde poderá ser atendido; data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde que preencheu o cartão.

Quando o parceiro vai a um dos centros designados e apresenta a parte B, o profissional de saúde identificará, através do código alfanumérico, o tipo de DST que ocasionou a convocação e o centro que emitiu o cartão. Procederá então ao tratamento do parceiro de acordo com o Manual de Controle das DST, MS, 1993.

O atendimento a portadores de cartões emitidos por outros centros deve ser informado ao centro de origem, que deste modo poderá controlar a necessidade de ações adicionais (ex.: envio de aerogramas).

Todos os cartões devem ser mantidos confidenciais e guardados em locais de acesso controlado por um profissional responsável pelo sistema de convocação.

Caso os parceiros não atendam à convocação por cartão (em sete dias úteis), ou o paciente índice não queira entregar os cartões (mas forneça dados de identificação dos parceiros), deve-se realizar a convocação através do uso de aerogramas.

#### 7.1.2. Convocação por Aerograma

Os aerogramas (ANEXO 2) devem conter: código alfanumérico (que identificará a doença ou síndrome do caso índice, o centro que emitiu o cartão e um número de ordem dos cartões emitidos naquele centro); breve texto solicitando comparecimento a um serviço de saúde por motivo de interesse pessoal; recomendações para evitar disseminação da DST; lista dos centros disponíveis para atendimento no município; data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde responsável pela convocação.

Na eventualidade do não comparecimento de parceiros convocados por aerograma em sete dias úteis, deve-se proceder à busca ativa através de profissionais treinados.

#### 7.1.3. Convocação por Busca Ativa

Esta modalidade só poderá ser executada quando forem esgotados todos os recursos disponíveis.

É importante que se estabeleça comunicação entre os centros

de atendimento a pacientes com DST a cada semana, a fim de se detectar os casos que necessitam do envio do aerograma ou da busca ativa. A existência de um profissional de cada centro responsável pelo sistema de convocação de parceiros tornará esta atividade possível.

Tais responsáveis serão treinados no gerenciamento deste sistema.

A informatização do sistema de convocação, com integração entre os centros de uma área geográfica, permitirá rápida troca

de informações e controle das atividades prioritárias.

Tal sistema terá senha para acesso de conhecimento apenas do operador e seu chefe imediato, os quais assinarão termo de responsabilidade em relação ao não vazamento de informações.

É importante, mais uma vez, enfatizar que, em qualquer situação, pode-se utilizar a convocação através do paciente índice e que cada unidade poderá implementar as atividades do sistema progressivamente, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e materiais.

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

## Percepção de risco para HIV em clínicas de planejamento familiar no Brasil

Ney Costa, MD<sup>1</sup>, Elizabeth Ferraz, MSc<sup>1</sup>, Patricia Bailey, DrPH<sup>2</sup> e Laurie Fox, MPH<sup>2†</sup>

*J bras Doenças Sex Transm*, 6 (4): 34-38, 1994

### Resumo

#### Objetivo:

Como os serviços de planejamento familiar incluíram em suas atividades ações de prevenção para as DSTs/AIDS, torna-se um ponto importante identificar as mulheres que necessitam de tal atenção.

#### Métodos:

Em 1992, clínicas da BEMFAM em Recife e no Rio de Janeiro utilizaram duas metodologias para avaliar, com seus clientes, os riscos da infecção pelo HIV. Uma metodologia consistiu na aplicação de um questionário de verificação de sete fatores de risco. A outra metodologia consistiu em uma pergunta de auto-percepção "Depois de tudo que conversamos hoje, você acha que está em risco para infecção pelo HIV?"

#### Resultados:

De acordo com o questionário de verificação, 36% das mulheres em Recife e 38% no Rio de Janeiro, foram consideradas em risco. Os fatores de risco relacionados no questionário incluíam a presença de lesões genitais, prática do coito anal e vida sexual com parceiros masculinos que têm relações com várias parceiras. Apenas a prática do sexo anal variou por cidade. A pergunta de auto-percepção denotou 42% em risco no Recife e 68% no Rio. Comparando idade, instrução, estado civil, residência e frequência do uso de condom, residir no Rio e ter maior nível educacional, elevava significativamente a probabilidade das mulheres distinguirem o risco por si próprias.

#### Conclusões:

Os resultados revelam que, após receber informação e orientação sobre a AIDS, muitas clientes de planejamento familiar percebem por si próprias risco para infecção pelo HIV, e que os serviços podem assisti-las, esclarecendo e discutindo comportamentos que reduzam as possibilidades da exposição ao HIV.

### Abstract

#### Objective

As family planning programs consider including STD and HIV prevention and services, an important issue is how to identify women in need of these services.

#### Methods

In 1992 BEMFAM clinics in Olinda and Rio de Janeiro tested two techniques to assess their clients' risk of HIV infection. The first was a checklist of seven risk factors. The second consisted of the open-ended question "After all we have talked about today, do you think you are at risk of HIV infection?"

#### Results

According to the checklist, 36% and 38% of the women were considered at risk in Olinda and Rio. Reported risk factors include genital lesions, anal intercourse, and male partners with multiple sexual partners; only anal intercourse varied by city. The open-ended question elicited 42% at risk in Olinda and 68% in Rio. By controlling for age, education, marital status, residence and frequency of condom use, residence in Rio and higher education significantly increased the odds of a woman perceiving herself at risk.

#### Conclusions

These results indicate that many FP clients perceive themselves at risk of HIV and that programs can assist them to assess risk and encourage risk reduction behaviors.

#### Introdução

Muito dos provedores de serviços em Planejamento Familiar reconhecem a necessidade de incluir atividades para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo a AIDS (Ronald and Aral, 1992; Population Reports, 1993). Ao mesmo tempo, alguns "formadores de opinião" argumentam que a clínica de planejamento familiar não é o local mais apropriado para restringir a epidemia, tendo em vista que a maioria das mulheres que procuram a clínica de planejamento familiar não fazem parte do alto risco de infecção para o HIV e se encontram no fim da cadeia de transmissão. Outros defendem que, devido a clínica de planejamento familiar ser uma fonte de informações e debates sobre sexualidade e prevenção da gravidez indesejada, seria ideal informar às mulheres quanto aos riscos das DSTs/AIDS e encorajá-las a usar condons ou outros tipos de anticoncepcionais de barreira (Williamson, 1992; Cates and Stone, 1992).

A expansão da qualidade de atenção nos serviços de saúde é

1 Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)

Av. República do Chile, 230 - 17º andar

CEP 20031-170 - Centro - RJ

Brasil

2 Family Health International

Post Office Box 13950

Research Triangle Park, NC 27713

USA

complicada devido as limitações dos recursos. Os custos para a prática regular de exames para as DSTs e AIDS seriam elevadíssimos em muitos países, incluindo o Brasil. Então, determinar atividades de prevenção com menor custo é de grande importância para os executores dos programas (Faundes and Tanaka, 1992). Se uma simples estratégia fosse encontrada para identificar homens e mulheres em risco para HIV, esses indivíduos, conforme suas necessidades, poderiam receber orientação e ter acesso a métodos que os protegesse das DSTs/AIDS.

Pouco se sabe sobre a possibilidade em determinar risco para infecção pelo HIV nas clínicas de planejamento familiar, principalmente nos países em desenvolvimento (Bowen et al. 1990; Thonneau et al. 1991). Um estudo realizado pela Johns Hopkins University, no interior da cidade de Baltimore, observou a possibilidade de identificar mulheres grávidas soropositivas através de screening verbal. A avaliação do risco verbal para comportamento de alto risco identificou 57% de mulheres soropositivas. Entretanto, os pesquisadores concluíram que o screening verbal para risco, que fala da admissão voluntária dos altos fatores de riscos não foram bem relatados: eles recomendaram um teste rotineiro de AIDS que afasta a preocupação, de não confiar na exatidão do relatado e aumenta a chance de identificar a mulher soropositiva possibilitando tomar precauções no pré-natal e pós-natal. Uma vez que testar todos os pacientes não é economicamente viável e envolve questões éticas e de privacidade, seria o risco verbal de screening uma opção que ajudaria o trabalho de prevenção da AIDS?

### Desenvolvimento do Projeto

O Brasil é o terceiro maior relator de casos de AIDS no mundo (WHO, 1993). A maioria dos casos ocorre em homens, porém a proporção entre homens e mulheres que era em 1985 de 29 para 1, foi de 4 para 1 em 1992 (Ministério da Saúde, 1993). Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro relataram 72% de todos os casos no Brasil; no Nordeste, o estado de Pernambuco relatou 2% de todos os casos, obtendo maior número de casos na região.

Em 1991, a BEMFAM (Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil), implementou trabalho na prevenção da AIDS, focalizando grupos com maior comportamento de risco, tais como homossexuais, prostitutas, motoristas de caminhão e meninos de rua. A BEMFAM também começou a integrar atividades de prevenção às DST/AIDS nos seus serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva. Desenvolveu programa de capacitação em prevenção das DST/AIDS para o pessoal das clínicas bem como agentes de saúde de instituições conveniadas.

Em 1992 duas clínicas da BEMFAM que oferecem serviços em saúde reprodutiva, utilizaram duas técnicas para avaliar suas clientes quanto ao risco de contaminação pelo HIV. As clínicas escolhidas foram a do Méier, no Rio de Janeiro e a clínica de Recife, capital do Estado de Pernambuco. Ambas atendem a mulheres de baixa renda. Antes da implementação das duas metodologias, foram realizados vários grupos focais, com mulheres que buscavam serviços nas clínicas, para dar suporte a preparação de um material educativo sobre prevenção e

transmissão do HIV e comunicação entre os parceiros (para ser utilizado durante sessões de orientação) e de um questionário de verificação composto de fatores de risco para infecção pelo HIV, que incluía detalhes íntimos da vida pessoal e sexual das mulheres.

As mulheres participaram ativamente nos grupos focais e tiveram oportunidade de debater sexualidade, anticoncepção, DST e AIDS. Muitas mulheres descreveram sua relação matrimonial como "certificado de imunização" contra o vírus da AIDS. Outras reconheceram a infidelidade de seus parceiros, mas julgaram-se incapazes de negociar o uso do condon. Unanimemente, elas recomendaram que tais encontros deveriam ser realizados com a participação dos seus parceiros (BEMFAM, 1992).

### Metodologia

Duzentas mulheres participaram do estudo de percepção de risco, em cada clínica. Independente do motivo da visita à clínica, essas mulheres participaram em pequenos grupos, de sessões de orientação sobre a prevenção e transmissão do HIV. Para essas sessões foi criada uma revista em quadrinhos. Na elaboração do conteúdo desse material educativo-informativo utilizou-se subsídios extraídos dos grupos focais previamente realizados.

Os orientadores dos grupos receberam treinamento similar, porém, devido a natureza do trabalho, a efetiva uniformidade das sessões entre os Estados não foi monitorada. Em seguida, as duzentas mulheres foram encaminhadas, aleatoriamente, para uma das duas metodologias de percepção do risco, administradas em privacidade pelo pessoal da clínica. Uma metodologia usada foi a pergunta fechada: "Depois de tudo que conversamos hoje, você acha que está em risco para a infecção pelo HIV?" A outra metodologia envolvia resposta a um questionário com sete perguntas sobre fatores de risco. O questionário se referia aos sintomas e comportamento dela e do parceiro, e incluía: feridas genitais (mulher e parceiro), sexo com parceiros múltiplos (mulher e parceiro) e coito anal (mulher). Estes comportamentos de risco eram restritos ao último ano. O sexto e sétimo fatores referiam-se ao uso de drogas endovenosas pela mulher e/ou parceiro. Cem mulheres em cada clínica responderam apenas a questão fechada de percepção de risco, enquanto outras 100 receberam o questionário, seguido pela questão de auto-percepção. A todas as mulheres foi perguntado idade, grau de instrução, estado civil, motivo da visita à clínica, método anticoncepcional utilizado e frequência do uso de condons no último ano.

As análises foram feitas através do SPSS-PC. Para determinar a significância estatística, análise de variância foi usada para comparar médias e testes de "qui-quadrado" para distribuições.

A significância foi definida com valor menor ou igual a 0.05. A importância relativa das variáveis independentes foi avaliada usando técnicas de regressão logística multivariada.

## Resultados

As duas amostras de mulheres que consultaram as clínicas do Recife e do Rio, tiveram diferenças significativas em uma ou mais características (Tabela 1)<sup>1</sup>. As mulheres do Rio tinham um pouco mais de idade que as de Recife. Eram mais instruídas que as de Recife e uma menor proporção estava em união. Também usaram mais condons e contraceptivos orais no último ano. As mulheres de Recife apresentaram prevalência maior de esterilização que as do Rio. Finalmente, uma maior proporção das mulheres no Rio, consultou a clínica para receber serviços de planejamento familiar.

Apesar das diferenças nas características pessoais, as mulheres em ambas as cidades, de acordo com a metodologia do questionário, foram classificadas em risco, quase em igual proporção (36% em Recife e 38% no Rio) (Tabela 2)<sup>2</sup>. Dezenove por cento das mulheres no Recife apresentaram um fator de risco e 17% apresentaram entre dois e quatro fatores de risco (Tabela 3). No Rio, 21% apresentaram um, e 17% apresentaram entre dois e quatro. Os fatores mais frequentemente identificados, foram em ordem decrescente, o relato de mulheres com lesões genitais, prática do sexo anal, parceiro com mais de um parceiro, e o relato de mulheres com mais de um parceiro. Apenas o relato da relação anal variou significativamente por cidade.

A pergunta de auto-percepção de risco demonstrou diferentes resultados: 42% das mulheres no Recife percebiam o risco, comparadas com 68% no Rio (Tabela 2). A diferença entre as cidades foi notória, entretanto, mais notória ainda foi a diferença entre a avaliação feita pelas duas metodologias.

1 Não houve diferença sócio-demográfica entre os grupos de cada metodologia, na mesma cidade.

2 Quando perguntadas se autoconsideravam-se em risco, oito mulheres responderam que não sabiam. O instrumental do estudo foi elaborado de forma que essas mulheres fossem dirigidas ao questionário de verificação. Então, apenas 192 mulheres responderam a pergunta de auto-percepção enquanto 208 receberam ambas as metodologias. Entretanto, a inclusão dessas oito mulheres poderiam prejudicar a randomização. Para determinar se essa inclusão alterou os resultados, nós repetimos a análise sem elas e achamos que a remoção não afetou em nada o estudo.

Na Tabela 4, examinamos um sub-grupo de 208 mulheres que receberam o questionário de verificação seguido da pergunta de auto-percepção para determinar a correlação entre as duas metodologias. No Recife, entre as mulheres não classificadas em risco pelo questionário, apenas um terço se auto considerou em risco. Em contraste, no Rio, as mulheres percebiam-se em risco seis vezes mais que a classificação pelo questionário de verificação. Em Recife, a comparação entre a auto-percepção de risco e a classificação pelo questionário não foi significativamente diferente.

Examinamos as características das mulheres em risco, estratificando, primeiro, por cidade de residência e, em segundo,

pela metodologia (dados não mostrados). Nenhuma das variáveis examinadas (idade, instrução, estado civil, número de uniões, e uso de condom no último ano) estava associada com a auto-percepção de risco. O risco, de acordo com o questionário de verificação, foi associado com não estar em união, no Recife, e com ter tido uma união prévia, no Rio ( $p < 05$ ).

Para o controle dessas variáveis utilizou-se a regressão logística, sendo a classificação de risco definida pelo questionário de verificação e pela pergunta de auto percepção (Tabela 5). Porque apenas metade da amostra recebeu o questionário de verificação, e 10 de 208 mulheres não responderam ao uso do condon as amostras para esse modelo consistiram de pouco menos de 200 mulheres. A única variável independente que mostrou um efeito na classificação de risco definida pelo questionário, foi o estado civil atual: mulheres não unidas foram cerca de 90% mais propensas a estar em risco que as mulheres em união. Duas variáveis estavam associadas com a auto-percepção de risco: residir no Rio aumentou em 5 vezes a percepção de risco e mulheres com nove ou mais anos de instrução foram cerca de 75% mais capazes de perceber o próprio risco comparadas àquelas de menor instrução.

## Discussão

O estudo demonstrou que viver no Rio de Janeiro é um diferencial muito considerável na auto-percepção de risco. O tema HIV/AIDS tem provavelmente despertado maior interesse nas mulheres do Rio que nas do Recife. Tal fato pode ser explicado pela ampla cobertura da mídia sobre a epidemia local, diversas campanhas anti-AIDS lançadas no carnaval e no dia mundial de luta contra a AIDS. Existe, ainda, a constatação por alguns estudiosos que há um maior grau de abertura em relação a homo e bissexualidade na sociedade do Rio de Janeiro. Não está claro se a prevalência do HIV é maior no Rio que no Recife, uma vez que há poucos estudos de prevalência na região do Recife. Entretanto, na época do presente estudo, mais de 6.000 casos de AIDS tinham sido registrados no Rio, comparados com menos de 1000 em Pernambuco (U.S. Bureau of the Census, 1991 e Ministério da Saúde, 1993). Embora tenhamos razões para não acreditar que houve diferença no conteúdo e manejo das sessões de orientação entre as clínicas, tais aspectos culturais podem ter influenciado nos graus de auto-percepção de risco.

Estatisticamente, o nível de instrução foi positiva e independentemente associado com a auto-percepção de risco. Isto sugere duas coisas: 1) mulheres com instrução mais alta tem consideravelmente maior conhecimento sobre a AIDS, apresentam maior percepção das situações de risco, e, conseqüentemente, estão melhor preparadas para fazer uma auto-avaliação e 2) as sessões de orientação podem ter facilitado a condição de auto-percepção entre mulheres com maior nível de instrução, mas não entre mulheres com menos instrução.

As DSTs são um grande problema em Recife e no Rio. As taxas de carcinoma cervical por idade, no Recife, estão entre as maiores do mundo (Carvalho e Franco, 1986). Em nosso estudo, no Recife, 5,5% da população que esteve na clínica, a procurou

**Tabela 1**  
Características das clientes das Clínicas de Planejamento Familiar por idade (distribuição percentual)

Caracterização	Total	Recife	Rio de Janeiro
Idade			
< 20	15.8	18.0	13.5
20-29	44.3	47.0	41.5
> 30	40.0	35.0	45.0
Média (anos)	29.1	28.2	30.1
Escolaridade*			
< 8 anos	59.0	65.5	52.5
> 9 anos	41.0	34.5	47.5
Estado civil*			
em união	62.8	71.0	54.5
separada/divorciada	37.3	29.0	45.5
viúva/solteira			
Nº de Uniões**			
uma vez	70.1	70.8	69.5
mais de uma vez	29.9	29.2	30.5
Uso do condom*			
nunca	60.9	69.2	51.9
algumas vezes	33.6	26.3	41.5
sempre	5.5	4.5	6.6
Uso de anticoncepção*			
AOs	24.0	17.5	30.5
esterilização	17.5	22.5	12.5
condoms***	12.0	12.0	12.0
outros métodos	12.3	10.5	14.0
não usuária	34.3	37.5	31.0
Razões da visita*			
preventivo de câncer	30.5	34.5	26.5
consulta ginecológica	24.8	30.0	19.5
consulta em P.F.	22.0	10.0	34.0
razões combinadas	9.5	7.0	12.0
DST e outras****	13.3	18.5	8.0
Nº de mulheres	(400)	(200)	(200)

\* p<.05

\*\* Baseado em 338 mulheres em união

\*\*\* Mulheres que relataram uso só do condom ou em combinação com outro método

\*\*\*\* No Recife 5.5% das mulheres relataram ter ido a clínica para consulta em DST, no Rio não houve tal relato

para serviços em DST (ninguém no Rio relatou esse motivo). Cerca de 30% buscaram consulta ginecológica e aí pode estar incluído um grande número de mulheres com queixas de sintomas provocados pelas DSTs. Segundo informações colhidas no questionário de verificação em Recife, 22% das mulheres informaram presença de irritações ou lesões nos genitais, no último ano, comparadas com 14% no Rio (p=0.11).

**Tabela 2**  
Percentual de mulheres "em risco" para HIV por metodologia e cidade

Classificação de Risco	Questionário			Auto-percepção*	
	Total	Recife	Rio	Recife	Rio
Com Risco	46	36	38	42	68
Sem Risco	54	64	62	58	32
Nº de Mulheres	(400)	(107)	(101)	(93)	(99)

2

**Tabela 3**  
Percentual de mulheres com fatores de risco do questionário por cidade

Nº e fator de risco	Total	Recife	Rio de Janeiro
Número de fatores			
1	20	19	21
2	12	10	13
3-4	5	7	7
Total com risco*	37	36	38
Fator de risco			
Ferida Genital	18	22	14
Parceiro com ferida	4	6	3
>1 parceiro	10	11	9
Parceiro com	12	10	15
>1 parceiro			
Relação anal	13	8	18
Uso de droga EV	0	0	0
Parceiro usuário de DEV	2	3	1
Nº de Mulheres	(208)	(107)	(101)

**Tabela 4**  
Distribuição de mulheres com e sem risco de acordo com questionário, por auto-percepção de risco e cidade

Auto-percepção de risco	Recife Questionário		Rio de Janeiro Questionário	
	Com Risco	Sem Risco	Com Risco	Sem Risco
Com Risco	11 (29)	23 (33)	30 (79)	49 (78)
Sem Risco	27 (71)	46 (67)	8 (20)	14 (22)
Total	38 (100)	69 (100)	38 (100)	63 (100)

Números absolutos (Porcentagem em parênteses)

**Tabela 5**

**Probabilidade de ser classificada em risco para infecção pelo HIV através das duas metodologias**

Variáveis	Questionário		Questionário	
	TPF Ajustada	Interv. de Confiança	TPF Ajustada	Interv. de Confiança
<b>Idade</b>				
<20	.70	(.28-1.73)	.67	(.34-1.33)
20-29	.79	(.41-1.54)	1.08	(.66-1.78)
>30	1.00		1.00	
<b>Instrução</b>				
< 8 anos	1.00	(.34-1.22)	1.00	
> 9 anos	.64		1.76	(1.10-2.80)
<b>Estado Civil</b>				
Em união	1.00	(.99-3.61)	1.00	
Não unidos	1.89		.96	(.59-1.56)
<b>Residência</b>				
Recife	1.00	(.52-1.86)	1.00	
Rio	.98		5.06	(3.18-8.04)
<b>Uso do Condon</b>				
Nunca	1.07	(.57-2.02)	1.18	(.97-1.90)
Algumas vezes/Sempre	1.00		1.00	
Nº de Mulheres (198)				(381)

Esse estudo mostra, claramente, que as clínicas de planejamento familiar, incluindo aquelas que fornecem outros serviços de saúde reprodutiva, não devem considerar que a sua clientela está livre do risco de infecção pelo HIV. O questionário de verificação e a pergunta de auto-percepção sugerem que, pelo menos, um terço dos atendimentos na clínica deveria receber os benefícios da educação, no conhecimento contra o HIV e uso de métodos de barreira.

Acreditamos que, se houve falhas nos relatos, pode ter ocorrido subnotificação do número de mulheres em risco, particularmente naquelas identificadas através do questionário de verificação<sup>3</sup>. Além da possibilidade de algumas mulheres não terem respondido fielmente, o questionário excluiu fatores como, transfusões de sangue ou parceiros que haviam tido relacionamento sexual com outros homens. Alguns desses sub-registros podem ter sido evidenciados pela alta proporção de mulheres que se auto consideraram em risco. As sessões de orientação podem ter incluído discussão sobre fatores de risco não listados no questionário de verificação. Também proporcionaram apoio emocional durante o desenvolvimento do trabalho. Na ausência de sessões de orientação, apenas o questionário de verificação pôde ser administrado.

Atualmente, as sessões de orientação têm um impacto significativo na auto-percepção de risco. Após o encerramento dessa fase do projeto, no Rio, o pessoal da clínica continuou

com essas atividades e o exercício da auto-percepção. Decidiu perguntar-se sobre a auto-percepção de risco antes e depois da sessão de orientação. Verificou-se que a proporção de mulheres que se auto avaliaram em risco, dobrou após a orientação.

Se nossos objetivos fossem determinar quais mulheres estavam infectadas, poderíamos ter feito testes para DST e HIV. Entretanto nosso objetivo foi o de comparar duas metodologias que denotassem risco para a infecção, o qual alguns argumentam não poder ser comprovado. Nesse estudo, mulheres diagnosticadas com uma DST podiam não relatar fatores de risco, enquanto mulheres livres de infecção podiam estar em risco. Entretanto, as mulheres que relataram comportamento de risco puderam claramente beneficiar-se das informações e discussões. Um papel adicional para a equipe de planejamento familiar é o de ajudar aos que buscam maior segurança, a tomar decisões que aliviem a ansiedade e promovam estilos de vida saudáveis. Esse serviço adicional pode não acabar com a pandemia do HIV, mas deve dar condições às mulheres a reduzirem seus riscos para a infecção pelo HIV e a incidência da DSTs – uma grande contribuição – uma vez que, a epidemia se dissemina, cada vez mais rapidamente, entre as mulheres.

## Referências Bibliográficas

1. RONALD, A., ARAL S.O. Assessment and prioritization of actions to prevent and control reproductive tract infections in the third world. **Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health**. Eds. Germain A, Holmes KK, Piot P, Wasserheit JN, Plenum Press, New York, 1992: 199-225.
2. **Population Reports Controlling Sexually Transmitted Diseases**. 1993; Series L, Nº 9: 1-31.
3. WILLIAMSON N. Delivering family planning services in the era of AIDS and STDs. **Family Planning Meeting Challenges: Promoting Choices**. The Proceedings of the IPPF Family Planning Conference, New Delhi, October, 1992. Eds. Senanayake P, Kleinman R, The Parthenon Publishing Group, NY, 1993: 129-137.
4. CATES Jr. W., STONE K.M. Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update - part II. *Fam Plann Perspect*. 1992; 24: 122-128.
5. FAUNDES A., TANAKA A.C. Reproductive tract infections in Brazil: solutions in a difficult economic climate. **Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health**. Eds. Germain A, Holmes KK, Piot P, Wasserheit JN, Plenum Press, New York, 1992: 253-273.
6. BOWEN G.S., ARAL S.O., MAGDER L.S., REED D.S., DRATMAN C., WASSER S.C. Risk behaviors for HIV infection in clients of Pennsylvania family planning clinics. *Fam Plann Perspect*. 1990; 22: 62-64.
7. THONNEAU P., QUESNOT S., LHOMME J., TESTAS P., SPIRA A. Evaluation by women consulting in a family planning centre of their risk of HIV infection. *AIDS*. 1991; 5: 549-553.
8. BARBACCINI M., REPKE J.T., CHAISSON R.E. Routine prenatal screening for HIV infection. *The Lancet*. 1991; 337: 709-711.
9. WHO. *Wkly Epidemiol Rec*. 1993; 68: 193.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *AIDS Boletim Epidemiológico*, Ano VI, Nº 11, 1993.
11. BEMFAM. Relatório preliminar da primeira fase do Projeto "Percepção de Risco." June, 1992. Unpublished report.
12. U.S. Bureau of the Census Center for International Research. HIV/AIDS Surveillance Data Base, 10th update, 1991.
13. CARVALHO, M.R.C. and E.L. FRANCO. Cancer incidence in Recife County Brazil 1967-1979. *LICR Cancer Epidemiology Monograph Series*. 1986; 2.

## Síndrome de Schmidt em paciente portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – Relato de um caso

Alberto Saraiva Tibúrcio<sup>1</sup>, Anna Ricordi Bazin<sup>2</sup>, Honomar Ferreira de Souza<sup>3</sup>, Kátia Martins Lopes de Azevedo<sup>4</sup> e Vera Lúcia Lopes dos Reis<sup>5</sup>

*J bras Doenças Sex Transm, 6 (4): 39-41, 1994*

### Resumo

A Síndrome de Schmidt caracteriza-se por insuficiência adrenal associada a outras endocrinopatias, mais freqüentemente com hipotireoidismo.

Neste artigo descrevemos o caso de um paciente com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) que também apresentava sinais e sintomas de deficiência adrenal, hipogonadismo, e hipotireoidismo subclínico.

São discutidas a patogênese dos distúrbios endócrinos e a dificuldade de realizar este diagnóstico em um paciente portador de SIDA, devido à superposição de manifestações clínicas.

### Abstract

Schmidt's syndrome manifests itself by adrenal insufficiency associated with others endocrine distrubs, most of ten hypotyroidism. In this paper we described an AIDS patient with signs and symptoms of adrenal insufficiency, hypogonadism, and subsclinical hypotyroidism. We discuss the pathogenesis of this endocrine syndrome, and the difficulties in diagnosing it in an AIDS patient, due to the overlapping of clinical findings.

### Introdução

Foi Schmidt, em 1926, quem emprestou seu nome à síndrome caracterizada pela dupla insuficiência adrenal e tireoidiana, apesar de ter sido Falta o autor da descrição dos primeiros casos desta síndrome, em 1912.<sup>3</sup> Posteriormente verificou-se que insuficiência adrenal podia cursar com a presença de outras endocrinopatias tais como diabetes mellitus, hipoparatiroidismo e hipogonadismo.<sup>5</sup>

A seguir, relatamos o caso de um paciente, portador de SIDA, internado na enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias do

Hospital Universitário Antônio Pedro (Universidade Federal Fluminense), que apresentava um quadro de insuficiência adrenal, hipotireoidismo e insuficiência gonadal, caracterizando a Síndrome de Schmidt (SS).

### Caso Clínico

Paciente masculino, 41 anos, soropositivo para HIV, foi admitido na enfermaria, pela primeira vez, em 27 de novembro de 1991 devido a um quadro de diarreia crônica (11 meses) associada a perda de 13 kg de peso corporal. Queixava-se também de astenia e perda da libido. Apresentava-se hipocorado, com hipotensão arterial e com manchas hiperocrômicas em regiões palmares e plantares.

Nos dias 7 e 8 de janeiro submeteu-se a uma avaliação endocrinológica: cortisol basal e pós-estímulo com 0,25mg via endovenosa de Cortrosina, T3, T4 e TSH, FSH e LH, prolactina, GH e testosterona (quadro 1). Iniciou tratamento de reposição hormonal com prednisona (20mg/dia) em 10 de janeiro e, com tiroxina (25mcg/dia) em 14 de janeiro.

Durante a internação fez uso de cetoconazol (candidíase oral), espiramicina (criptosporidiose intestinal), aciclovir (herpes genital) e isoniazida (profilaxia de tuberculose). Desenvolveu pneumonia hospitalar para a qual foi tratado com oxacilina e amicacina. Realizou ainda biópsia de lesão cutânea, cujo laudo histopatológico foi de Sarcoma de Kaposi.

Devido à melhora da diarreia, do apetite, e ganho ponderal, teve alta hospitalar em 21 de janeiro, em uso de ciprofloxacina, prednisona e tiroxina.

Reinternado uma semana após devido ao surgimento de crises convulsivas e hemiplegia à direita.

Realizou Tomografia Computorizada Encefálica a qual evidenciou "área hipodensa em lobo frontal esquerdo e edema periférico, compatível com abscesso em formação. Ventrículos cerebrais centrados, simétricos e de dimensões normais". Com o uso de sulfadiazina e pirimetamina, houve melhora progressiva da função motora e das crises convulsivas. Novamente apresentou pneumonia, tratada com cefalotina.

Alta hospitalar em 7 de fevereiro em uso de cefalexina.

### EXAMES LABORATORIAIS DA 1ª INTERNAÇÃO

sódio = 124 mEq/l; potássio = 5,1 mEq/l; glicose = 97 mg%;

1. Médico plantonista - DIP - Hospital Universitário Antônio Pedro. Especialização em DST - UFF

2. Professora Adjunta. Chefe do Serviço e Coordenadora da Disciplina de DIP - HUAP

3. Professor Titular da Disciplina de Endocrinologia - UFF

4. Professora Assistente da Disciplina de DIP - UFF

5. Professora Adjunta da Disciplina de DIP - UFF

creatinina = 3,0 mg%; cálcio = 9,0 mg%; fósforo = 3,0 mg%; albumina = 2,85 g%; ferro = 121 mcg%; CCT = 297 mcg%; sorologia para toxoplasmose: IgG = 1/1024 e IgM negativa hematócrito = 27%; hemoglobina = 8,5 g%; VCM = 86; HbCM = 27; CHbCM = 30; Leucócito = 8400/mm<sup>3</sup> com 40% de bastões VDRL não-reator

ULTRA-SONONOGRRAFIA ABDOMINAL: sem alterações

## QUADRO 1

	07/01/92	17/02/92	
cortisol basal (ng/ml)	192	150	
após 30 minutos	240	152	
após 60 minutos	267	140	
	08/01/92	30/01/92	10/03/92
T <sub>3</sub> (ng/dl)	8,0	*	50,0
T <sub>4</sub> (mcg/ml)	1,0	5,7	11,0
TSH (mUI/ml)	7,7	4,2	6,8

FSH = 7,7 mUI/ml

LH = 4,2 mUI/ml

PRL = 4,1 ng/ml

GH = 2,5 mUI/l

TESTOSTERONA = 1,0 ng/ml

(\*) não realizado

## Discussão

As disfunções poliglandulares associadas à doença de Addison podem ser de dois tipos: tipo 1 (hipoparatiroidismo, candidíase mucocutânea crônica e insuficiência adrenal), cujas primeiras manifestações costumam ocorrer antes dos 15 anos de idade; e o tipo 2, também conhecida como SS<sup>5,8</sup>, cujos distúrbios glandulares costumam aparecer numa idade mais avançada em comparação com as disfunções glandulares do tipo 1.<sup>5</sup>

A SS pode apresentar alterações endócrinas e não-endócrinas, podendo ocorrer, associadas à insuficiência adrenal; doença tireoidiana (70% dos casos), diabetes mellitus insulino-dependente (50%), insuficiência gonadal (50%) e diabetes insipidus.<sup>5</sup> Vitiligo, alopecia, anemia perniciosa, miastenia gravis, púrpura trombocitopênica imune, síndrome de Sjögren e artrite reumatóide são distúrbios não-endócrinos relatados na literatura.<sup>5</sup>

De acordo com Leshin, somente os pacientes com doença de Addison de etiologia auto-imune podem ser considerados como portadores da SS.<sup>5</sup> No entanto, Carpenter e cols descrevem uma casuística de 15 pacientes onde estão incluídos três casos de envolvimento adrenal por outras etiologias (tuberculose e sarcoidose).<sup>3</sup>

Na verdade, a etiopatogenia da insuficiência multiglandular endócrina ainda gera controvérsias. Nos casos de doença de Addison idiopática, o mecanismo imunológico pode ser caracterizado pela detecção de auto-anticorpos séricos voltados contra constituintes das glândulas adrenais.<sup>1</sup> Este método diagnóstico começou a ser empregado em 1956.<sup>5</sup> Tais auto-anticorpos não são encontrados em pacientes com doença de Addison onde está presente um agente etiológico específico.<sup>1,3</sup> Uma hipótese para o comprometimento da tireóide associado com a doença de Addison, idiopática ou não, é a perda do efeito protetor dos hormônios da córtex adrenal, permitindo a agressão daquela glândula pelos auto-anticorpos.<sup>3</sup>

A prevalência da doença de Addison idiopática na população em geral é da ordem de 4 a 5/100.000 pessoas.<sup>5</sup> Destas pessoas com doença de Addison idiopática, 40% podem apresentar, ao mesmo tempo, duas ou mais das endocrinopatias relatadas acima, configurando-se a SS. Em aproximadamente 50% dos casos pode-se detectar uma incidência familiar, sendo que 65% dos casos ocorrem entre mulheres.

A SS pode estar correlacionada à expressão de antígenos de histocompatibilidade HLA-B8 e HLA-DW3, ou a um defeito na função dos linfócitos T supressores.<sup>3,5</sup>

Nem sempre os auto-anticorpos podem ser detectados na SS: anti-corpos contra antígenos adrenais ocorrem em 60 a 95% das pessoas, anti-tireoglobulina (70%), anti-células parietais (40%), antifator intrínseco (40%), anti-ilhotas pancreáticas (25%) e anti-células produtoras de esteróides (ovários, testículos, placenta) em 13% dos casos.<sup>5</sup>

Segundo Leshin, a manifestação inicial da SS costuma ser a insuficiência adrenal em 40-50% dos casos; em 30-40% dos casos, a insuficiência adrenal surge após a detecção de outras alterações endócrinas; e, em 20% dos casos, o diabetes mellitus insulino-dependente e/ou o hipotireoidismo podem surgir à mesma época do aparecimento da insuficiência adrenal.<sup>5</sup>

Além da etiologia autoimune, a insuficiência endócrina múltipla pode resultar de um comprometimento hipofisário ou de um distúrbio infiltrativo sistêmico: sarcoidose, amiloidose, hemocromatose, tuberculose e sífilis.<sup>7,10</sup>

Como vimos pela descrição do caso clínico, o paciente apresentava sinais e sintomas que tanto podiam ser atribuídos à SIDA quanto à SS. Segundo Williams e cols, insuficiência adrenal pode produzir: adinamia em 99% dos casos, hiperpigmentação cutânea (98%), perda ponderal (97%), anorexia (90%), hipotensão arterial (87%) e diarreia crônica (20%).<sup>10</sup> Deve-se observar que a ausência de hiperpigmentação cutâneo-mucosa não é suficiente para excluir o diagnóstico de insuficiência adrenal.

A hiponatremia apresentada pelo paciente nos chamou a atenção para a possibilidade de insuficiência adrenal, mesmo não havendo hipercalemia pois, quando existe diarreia ocorre perda de potássio do organismo.

Era de se esperar que, mediante os baixos níveis séricos de

T3, T4 e testosterona apresentados pelo paciente, os níveis de TSH, LH e FSH estivessem bem mais elevados, fato que não ocorreu. Isto poderia ser explicado por um comprometimento concomitante da hipófise e/ou hipotálamo. Milligan e cols. descreveram o caso de um paciente portador de SIDA que desenvolveu panhipopituitarismo durante um episódio de toxoplasmose cerebral que não atingiu diretamente a hipófise.<sup>7</sup> Quanto a nosso paciente, sinais neurológicos focais devidos a toxoplasmose cerebral se manifestaram logo após o diagnóstico de insuficiência endócrina múltipla, sugerindo que a lesão intracerebral já estivesse em desenvolvimento e que pudesse talvez já estar comprometendo o bom funcionamento das estruturas acima citadas.

Na SIDA, diversas infecções oportunistas (citomegalovirus, criptococos, histoplasma, micobactérias atípica e tuberculosa, toxoplasma e o próprio VIH), tumores (Sarcoma de Kaposi), e diversas medicações podem comprometer a função adrenal.

Na discussão das possíveis causas de diarreia em pacientes com SIDA, certos autores<sup>9</sup> não incluem as disfunções endócrinas, sabidamente tão comum entre estes pacientes.<sup>2,4,6</sup>

A abordagem de um paciente com SIDA é complexa. Somente uma avaliação clínica cuidadosa e um alto grau de suspeição

quanto ao acometimento das adrenais poderão confirmar ou excluir esta condição como causa das queixas do paciente.

### Referências Bibliográficas

1. APPEL, B.G. The Syndrome of Multiple Endocrine Gland Insufficiency. *Am. J. Medicine*, 61: 129-133; 1976.
2. ARON, D.C. Endocrine Complications of the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Arch. Intern. Med.*, 149: 330-333; 1989.
3. CARPENTER, C.C.J. et al. Schmidt's Syndrome (Thyroid and Adrenal Insufficiency): A Review of the Literature and a Report of Fifteen New Cases Including Ten Instances of Coexistent Diabetes mellitus. *Medicine*, 43: 153-180; 1964.
4. DOBS, A.S. et al. Endocrine Disorders in Men Infected with Human Immunodeficiency Virus. *Am. J. Med.*, 84: 610-616; 1988.
5. LESHIN, M. Polyglandular Autoimmune Syndromes. *Am. J. Med. Sciences*, 290: 77-88; 1985.
6. MERENICH, J.A. et al. Evidence of Endocrine Involvement Early in the Course of Immunodeficiency Virus Infection. *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 70: 566-571; 1990.
7. MILLIGAN, S.A. et al. Toxoplasmosis Presenting as Panhypopituitarism in a Patient with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Am. J. Med.*, 77: 760-764; 1984.
8. NEUFELD, M.; McLAREN, N.K. and BLIZZARD, R. M. Two Types of Autoimmune Addison's Disease Associated with Different Polyglandular Autoimmune (PGA) Syndromes. *Medicine*, 60: 355-362; 1981.
9. TANOWITZ, H.B.; SIMON, B. and WITTNER, M. Manifestações Gastrointestinais. *Clinicas Médicas da América do Norte - Tratamento Clínico dos Pacientes com AIDS*, 1: 45-61; 1992.
10. WILLIAMS, G.H. & DLUHY, R.G. Diseases of the Adrenal Cortex. In: Wilson, J.D. et al. - *Principles of Internal Medicine*. 12<sup>th</sup> edition. New York, McGraw - Hill Inc., p. 1713, 1991.

# DST

## Doenças Sexualmente Transmissíveis

### VIDEO PROGRAMA

Prof.: Mauro Romero

Chefe do setor de DST, professor e coordenador do curso de DST da UFF.

O curso de DST da UFF é o único curso de especialização em da UFF ser a única Faculdade que tem a disciplina de DST para alunos de graduação em medicina. O setor de DST da UFF é credenciado pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em DST, no qual é ministrado treinamento para profissionais de Saúde de todo o Brasil.

#### VÍDEO-PROGRAMA 1

Fita nº 1 (120')

*EDUCAÇÃO E SAÚDE*

*GONORRÉIA*

*URETRITE NÃO GONOCÓCICA*

#### VÍDEO-PROGRAMA 2

Fita nº 2 (120')

*SÍFILIS*

*CANCRO MOLE*

*LINFOGRANULOMA VENÉREO*

*DONOVANOSE*

*HERPES GENITAL*

#### VÍDEO-PROGRAMA 3

Fita nº 3 (120')

*PAPILOMA VIROSE GENITAL*

*(CONDILOMA ACUMINADO)*

*CORRIMENTO VAGINAL*

*DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL*

Fax. (021) 263-6770

(021) 269-0655 / 263-1767 / 233-5098

233-5098 / 233-6030 / 233-6770

INBRAM - Av. Passos, 101 s/ 808

Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20051-040

**ACEITAMOS TODOS  
OS CARTÕES DE CRÉDITO**

**Fitas VHs 120'**

**Preço por fita:**

**R\$ 62,00**

### **Artigo Original: A determinação das aminas nas secreções vaginais de mulheres saudáveis e mulheres com doenças.**

*Autores: B.M. Jones, M Al-Fattani e Hilary Gooch, do departamento de microbiologia experimental e clínica da universidade da Escola Médica de Sheffield, na Inglaterra.*

*International Journal of STD & AIDS 1994; 5: 51-55*

#### **Resumo**

A presença de aminas no fluido vaginal é tida como uma contribuição importante na patogênese das vaginoses bacterianas (BV). Como parte da investigação que está acontecendo no momento à etiologia desta infecção, dois estudos separados foram feitos, nos quais a cromatografia de gás foi usada para medir e comparar as aminas presentes nas secreções vaginais de mulheres normais. Um grupo infectado com BV e algumas havendo outras doenças sexualmente transmissíveis. As aminas estudadas foram metilamina, isobutilamina, putrecina, cadaverina e feniletilamina. Os resultados dos estudos foram contraditórios às expectativas, no que eles mostraram similaridade geral em ambas as mulheres, normais e aquelas com BV e outras infecções vaginais. Esses achados agora trazem a questão da dúvida da validade das aminas como sendo um foco confiante, tanto na diagnose da BV quanto em investigações na etiologia da doença.

### **Artigo Original: As características de parceiros hetero sexuais nas mulheres universitárias.**

*Autores: K. Lindblade, B. Foxman, J.S. Koopman, do departamento de epidemiologia da universidade de Michigan, na Escola de Saúde Pública Ann Arbor.*

*International Journal of STD & AIDS 1994; 5: 37-40*

#### **Resumo**

Para avaliar o risco individual de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) ambas as características do relacionamento e do indivíduo devem ser consideradas. As características do relacionamento foram usadas como marcadores de risco para DST e sua transmissão, mas a sua distribuição não foi ainda bem descrita. Usando um questionário auto-administrado, nós colecionamos informações nas características de relacionamento dos 4 mais recentes parceiros dos membros

de novas organizações femininas na universidade de Michigan. As pessoas que responderam foram requisitadas a relatar o cenário do 1º desses parceiros, o período de duração do relacionamento pré-menstrual, o uso de camisinhas no 1º encontro sexual e o total de número de encontros sexuais com aquele relacionamento. Nós analisamos graficamente as mudanças nas características destes relacionamentos com respeito a ordem de relacionamento de cada parceiro. Como o número de parceiros sexuais aumentou, as mulheres desta população eram mais prováveis de relatar características de relacionamento associadas com o risco aumentado de se adquirir DST, além disso as características dos relacionamentos variaram com a ordem desses parceiros, implicando que nenhum relacionamento único é representativo de todos os outros. Ambas as características do relacionamento e do parceiro devem ser consideradas.

### **Supressão a Longo Prazo do Herpes Genital Recorrente com Aciclovir**

#### *Um Referencial de Cinco Anos*

*Loenard H. Goldberg, MD; Raymond Kaufman, MD; Terrance O. Kurtz, DO; Marcus A. Conant, MD; Lawrence J. Eron, MD; Randal L. Batenborst, PharmD; Gloria S. Boone, MS, MBA; e o Grupo de Estudo de Aciclovir*

**Background e Modelo:** Este estudo multicêntrico (19 locais) foi iniciado em 1984 em mais de 1.100 indivíduos imunocompetentes com história de herpes genital de recorrência freqüente (média, >12 episódios por ano). O primeiro ano deste estudo de terapia supressiva foi controlado por placebo, com fornecimento de aciclovir para tratamento episódico em ambos os grupos. A partir de então, os pacientes foram tratados a longo prazo com terapia supressiva revelada com aciclovir (400mg duas vezes ao dia) para continuar a avaliar sua segurança e eficácia a longo prazo. Estão disponíveis dados completos sobre 389 dos 430 pacientes que começaram o quinto ano do estudo.

**Resultados:** Os pacientes foram vistos trimestralmente para revisão dos diários e avaliações clínicas e laboratoriais. A porcentagem de pacientes livres de recorrência para qualquer trimestre do quinto ano variou de 86% a 90%. O número médio anual de recorrências por paciente caiu de 1,7 durante o primeiro ano para 0,8 durante o quinto ano de terapia supressiva. A freqüência de falsos pródromos também diminuiu com o passar do tempo. Mais de 20% dos pacientes que receberam terapia

---

*Sugestões para leitura Sugestões para leitura Sugestões para leitura*

---

supressiva por cinco anos estiveram livres de recorrência o tempo todo. A duração das erupções herpéticas durante a terapia supressiva não mudou.

**Conclusão:** Este estudo estende o perfil de segurança e eficácia do aciclovir oral na supressão do herpes genital por cinco anos. A maioria dos pacientes ficou livre de recorrência anualmente durante a terapia supressiva. A terapia foi bem tolerada. O uso de aciclovir não foi associado com efeitos colaterais sérios ou toxicidade acumulada.

(*Arch Dermatol.* 1993; 129: 582-587)

**Estudo multicêntrico comparativo da eficácia da eritromicina, do sulfametoxazol + trimetoprima, tianfenicol cápsulas e tianfenicol granulado no tratamento de cancro mole**

Manuel Fernando Queiroz dos Santos Jr, Luiz Fernando de Góes Siqueira, Walter Belda Jr., Itavar Nilson da Cruz Rios, Ivani Borges de Araújo Cançado & Miguel Mascani. *F med (BR)*, 1994; 109(1): 219-223

**Resumo**

São comparados os resultados terapêuticos obtidos em estudo multicêntrico, randomizado, de 4 grupos de 15 pacientes portadores de cancro mole que procuraram espontaneamente quatro centros especializados em doenças sexualmente transmissíveis localizados em diferentes estados do Brasil e que, por randomização, foram tratados com um entre os quatro esquemas de tratamento especificados a seguir: – eritromicina 500mg 6/6 horas – 10 dias; sulfametoxazol + trimetoprima 960mg 12/12 horas – 10 dias; – tianfenicol 5,0g dose única e tianfenicol 500mg 8/8 horas – cinco dias. O diagnóstico laboratorial baseou-se na bacterioscopia; o primeiro controle ocorreu no 5º dia e a avaliação final no 15º dia. A eritromicina foi eficaz em 86% dos casos, o sulfametoxazol + trimetoprima em 80%, e o tianfenicol, cápsulas e granulado, em 93%. Os resultados obtidos permitem concluir que os medicamentos utilizados constituem opção no tratamento do cancro mole.

**UNITERMOS:** *doenças sexualmente transmissíveis; cancro mole; terapêutica*