

DST / AIDS

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Diretoria

Presidente

Edmund Chada Baracat

Vice-Presidente Região Norte

Ione Rodrigues Brum

Vice-Presidente Região Nordeste

Geraldez Tomaz

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

César Luiz Galhardo

Vice-Presidente Região Sudeste

Soubhi Kahhale

Vice-Presidente Região Sul

José Geraldo Lopes Ramos

Secretário Executivo

Jacob Arkader

Vice-Secretário Executivo

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade

Tesoureiro Executivo

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Tesoureiro Adjunto

Jayme Moyses Burlá

**International Standard Book (ISBN)
(Fundação Biblioteca Nacional)**

D865

DST/AIDS / editores: Iara Moreno Linhares... [et al.] –
São Paulo : Ponto, 2004.
179p. ; 21 cm.

ISBN 85-89245-09-8

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. AIDS (Doença)
I. Linhares, Iara Moreno

CDD- 615.951

Índice para catálogo sistemático:

1. DST / AIDS: Medicina

LINHARES I.M., DUARTE G., GIRALDO P.C., BAGNOLI V.R.

DST / AIDS

Direitos reservados à *FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia* – São Paulo – 2003

Editora Ponto: Rua Pedro de Lucena, 64 – Mooca – Tel/Fax: (11) 6096-8000 – e-mail: ponto@uol.com.br

Planejamento Gráfico/Capa: Cezinha Galhardo

DST / AIDS

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Editores

Iara Moreno Linhares
Geraldo Duarte
Paulo César Giraldo
Vicente Renato Bagnoli

Comissão Nacional Especializada de DST/AIDS

Presidente: Iara Moreno Linhares
Vice-Presidente: Geraldo Duarte
Secretário: Paulo César Giraldo

Membros

Nilma Antas Neves (BA)
Terezinha Tenório da Silva (PE)
João Celso dos Santos (MG)
Fernando Mesquita de Almeida (GO)
Eliana Martorano do Amaral (SP)
José Antonio Simões (SP)
Luis Alberto Sobral Vieira Junior (ES)

Marcos Machado D'Ippolito (RJ)
Pedro Paulo Roque Monteleone (SP)
Sergio Peixoto (SP)
Vicente Renato Bagnoli (SP)
Newton Sergio de Carvalho (PR)
Paulo Sergio Vieiro Naud (RS)

Colaboradores

Ana Lucia Vasconcelos

Eliane Martorano do Amaral

Fernando Mesquita de Andrade

João Celso dos Santos

José Antonio Simões

Libera Maria Della Costa

Luiz Alberto Sobral Vieira Junior

Marcos Machado D'Ippolito

Newton Sérgio de Carvalho

Nilma Antas Neves

Paulo Sérgio Vieiro Naud

Pedro Paulo Roque Monteleone

Sergio Peixoto

Terezinha Tenório Silva

Apresentação

Colega,

É com orgulho que a Diretoria da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia divulga aos seus associados este Manual sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Os temas analisados neste Manual têm relevância social, médica, epidemiológica e grande impacto na saúde pública. Muitas descobertas e tratamentos, por exemplo, têm minorado a transmissão vertical mãe-filho como no caso do vírus da AIDS.

Esperamos que as atualizadas informações nele contidas colaborem para aprimorar o conhecimento de todos os tocoginecologistas, visando à profilaxia e, quando não mais possível, seu eficaz tratamento ou a atenuação de suas conseqüências.

A Diretoria

Prólogo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram, a cada ano, 333 milhões de casos novos de doenças sexualmente transmissíveis curáveis em pessoas de 15 a 49 anos. Dentre estas, 12 milhões de novos casos de sífilis, 62 milhões de casos de gonorréia, 82 milhões de novas infecções por clamídia e 170 milhões de novos casos de tricomoníase. A prevalência de positividade de DNA-HPV em mulheres sexualmente ativas oscila entre 30 a 50%.

De acordo com os *Centers for Disease Control and Prevention (CDCP)*, ocorrem anualmente 500 mil a um milhão de novos casos de herpes genital nos Estados Unidos. Quinze milhões de americanos adquirem uma doença sexualmente transmissível a cada ano.

No Brasil, segundo dados da Coordenação Nacional do Programa de Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde, 10 milhões de pessoas são portadoras de uma doença de transmissão sexual.

Os números da AIDS também são alarmantes: até o presente momento, de acordo com a OMS, 18 milhões de vidas já foram excluídas e 43 milhões de pessoas são portadoras do HIV ou estão vivendo com AIDS. Ocorrem por ano 5 milhões de novas infecções. Até o final de 99 existiam 570.000 crianças menores de 14 anos infectadas pelo HIV, dentre as quais mais de 90% foram infectadas verticalmente, adquirindo o vírus durante a gravidez, parto ou aleitamento. Outra consequência da epidemia é o total cumulativo de 11,2 milhões de órfãos da AIDS, o que

significa crianças que perderam a mãe ou ambos os pais para a AIDS antes de completarem 15 anos de idade.

O acometimento da mulher tem sido cada vez mais frequente, particularmente nos países em desenvolvimento. A relação homem-mulher, que no início da epidemia era de 40:1, já se encontra em 1:1 em diversos locais do mundo.

Estudos epidemiológicos e experimentais tem mostrado a estreita correlação entre a infecção pelo HIV e todas as demais doenças de transmissão sexual. Assim, o tratamento e diagnóstico precoces das infecções do trato reprodutivo constituem-se em arma importante no combate ao avanço da epidemia da AIDS.

Este manual foi idealizado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia de Obstetrícia, aqui representada pela Comissão Nacional Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, com a finalidade de facilitar o entendimento e o manuseio de casos de DST/HIV na prática diária de seus associados. De maneira semelhante aos demais guias de orientação, foi fundamentado na experiência individual dos membros da Comissão e apoiado em outros manuais nacionais e internacionais, de entidades como o *Canadian STD Guidelines*, *CDC Guidelines for STD*, Manual do Ministério da Saúde, além de literatura especializada sobre o assunto.

Apesar dos cuidados na elaboração deste manual, existem pontos controversos que ainda não foram devidamente elucidados pela literatura. Nestas situações sugere-se que os usuários assumam uma conduta de cautela tentando individualizar o caso, para o melhor atendimento de suas pacientes.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| Capítulo I - Medidas para Prevenção e Controle | 13 |
| Capítulo II - Aconselhamento | 22 |
| Capítulo III - Biossegurança | 30 |
| Capítulo IV - Diagnóstico Laboratorial | 40 |
| Capítulo V - Úlceras Genitais | 51 |
| Capítulo VI - Cervicites e Uretrites | 59 |
| Capítulo VII - Vaginites e Vaginoses | 64 |
| Capítulo VIII - Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) | 71 |
| Capítulo IX - Doença Inflamatória Pélvica | 78 |
| Capítulo X - Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - (Escabiose, Pediculose do Púbis e Molusco Contagioso) | 87 |
| Capítulo XI - Infecção pelo HIV em Ginecologia e Obstetrícia | 94 |
| Capítulo XII - Hepatites em Ginecologia e Obstetrícia | 109 |
| Capítulo XIII - DST na Infância e Adolescência | 114 |
| Capítulo XIV - Doenças Sexualmente Transmissíveis e Gravidez ... | 118 |
| Capítulo XV - Violência Sexual | 142 |
| Capítulo XVI - Abordagem Síndrômica das DST | 147 |

CAPÍTULO I

MEDIDAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE

Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos *

INTRODUÇÃO

Estima-se que metade das mulheres irá adquirir alguma doença sexualmente transmissível (DST) ao longo de suas vidas. Mais de 50% são portadoras assintomáticas e as consequências para sua saúde são mais frequentes e mais graves do que para os homens. No Brasil, apenas a sífilis congênita (SC) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) são doenças de transmissão sexual de notificação compulsória. Portanto, até o momento, não existe um banco de dados adequado e fidedigno sobre a real prevalência dessas doenças em nosso meio.

O crescimento da transmissão heterossexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em mulheres trouxe nova demanda para ginecologistas e obstetras. O controle das outras DST, importantes fatores de risco para a infecção pelo HIV, tornou-se prioritário e mensagens preventivas devem ser direcionadas às mulheres sexualmente ativas. O diagnóstico precoce das DST, frequentemente assintomáticas na mulher, é uma estratégia de controle a ser urgentemente agregada à rotina do atendimento tocoginecológico.

* Assessora Técnica da Unidade de Diagnóstico e Tratamento do Programa Nacional de DST/AIDS.

As múltiplas visitas da gestante durante o pré-natal, criando maior confiança na relação médico-paciente e tendo o feto como estímulo ao auto-cuidado, proporcionam oportunidade ímpar para triagem e educação preventiva sobre DST. Estão indicadas as sorologias para identificação da sífilis, infecção pelo HIV e do vírus da hepatite B. Procedimentos simples como aferir o pH vaginal com fita colorimétrica, o teste do cheiro (KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal) e o Gram deveriam ser incorporados ao exame especular, facilitando diagnóstico de vaginose bacteriana (VB). Em gestantes, mesmo assintomáticas, a BV predispõe a maior risco de resultados puerperais e perinatais adversos (rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro, infecção puerperal e desequilíbrio do meio vaginal que a torna suscetível a outras infecções). O achado de mucopus ou colo friável indica a necessidade de aprofundamento diagnóstico e tratamento de cervicite. Exames de triagem para gonococo e clamídia endocervical deveriam ser implementados. Finalmente, o uso consistente (rotineiro) de condom é uma intervenção de prevenção primária de todas as DST que deve ser estimulada na gestação e fora dela.

No caso da sífilis adquirida é sempre adequado relembrar que pode ser difícil de ser diagnosticada na mulher, visto a baixa especificidade dos sinais e sintomas e a possibilidade da lesão primária se ocultar entre os grandes e pequenos lábios ou mesmo no colo ou paredes vaginais. A medida mais eficiente para diagnóstico da sífilis é o rastreamento sorológico durante o pré-natal. Entretanto, as gestantes assim diagnosticadas comumente não são informadas do diagnóstico e do significado

da sífilis como uma DST. Os parceiros também não são informados, raramente são tratados e muitas vezes recusam o tratamento. Adicionalmente, os pré-natalistas não estão preparados para interpretar os resultados sorológicos e instituir tratamento e seguimento adequados, negligenciam a importância do tratamento e perdem esta oportunidade ímpar para educação em saúde sexual e reprodutiva.

Segundo dados do Ministério da Saúde, existem 2-3% de gestantes com exame sorológico positivo para sífilis, sendo identificados cinco casos de sífilis congênita (SC) para cada 1000 partos. Entre os casos notificados no Estado de São Paulo, observou-se que 67,2% das mães realizaram acompanhamento pré-natal, apenas 60,9% foram tratadas, das quais 45% foram tratadas inadequadamente. As condutas em sífilis são clássicas, estão escritas, mas não se operacionalizam nos pré-natais e maternidades, visto serem pouco conhecidas dos obstetras.

Para se evitar a SC, está preconizada a triagem sorológica com provas não treponêmicas na primeira consulta pré-natal, no início do 3º trimestre e novamente na internação para o parto ou em casos de abortamento.

O seguimento sorológico (VDRL) após o tratamento deve ser realizado, esperando-se queda significativa dos títulos ou até negatificação se a sífilis é recente e os títulos iniciais são elevados, o que não se observa quando a sífilis é tardia e os títulos baixos. O tratamento ideal deve ser instituído o mais precoce possível para se evitar as seqüelas fetais decorrentes da reação inflamatória ao agente etiológico. O tratamento durante o 3º trimestre deve ser instituído até 30 dias antes do parto, para que se considere esta terapêutica efetiva para o feto.

Ocorrendo óbito fetal é preciso afastar a sífilis como uma das causas possíveis. Todos os recém-nascidos vivos de mães com prova sorológica positiva no pré-natal ou parto devem fazer sorologia de sangue periférico na maternidade, definindo-se a necessidade ou não da terapêutica para sífilis congênita. A identificação do caso verdadeiro de sífilis congênita é difícil porque o agente etiológico não cresce em culturas e as sorologias maternas e do recém-nascido são pouco sensíveis para este fim. Por isso, adota-se a definição epidemiológica de casos de sífilis congênita que inclui todo recém-nascido de mãe não tratada ou inadequadamente tratada, sem acompanhamento sorológico ou com parceiro sexual não tratado e todo natimorto de mãe com sorologia positiva para sífilis. Identificado um caso de sífilis congênita, sua notificação em ficha apropriada de vigilância epidemiológica é obrigatória, além de necessária para se quantificar o problema e avaliar a eficácia das ações de controle.

O controle das DST é tarefa árdua. As barreiras incluem aspectos culturais e questões de gênero, dificuldades na modificação do comportamento sexual, altos índices de infecção assintomática nas mulheres e testes onerosos e de difícil acesso para diagnóstico laboratorial. Até recentemente, buscava-se diagnóstico etiológico e tratamento da paciente afetada e seu parceiro sexual, com pouco impacto na redução dessas infecções em termos populacionais. Com o reconhecimento da infecção pelo HIV como uma nova DST e comprovação do papel das DST ulcerativas e não-ulcerativas como fatores de risco para a transmissão sexual desse vírus, ficou clara a necessidade de ampliar as possibilidades de identificação precoce e tratamento dos casos e seus contatos. Na maioria dos países como o

Brasil, o enfoque do diagnóstico etiológico nunca chegou a ser atingido, poucos serviços especializados para DST são disponíveis, tratamento inadequado é ministrado por balconistas de farmácia e não se convocam nem se tratam os contatos sexuais. Entre as novas propostas para controle das DST está a abordagem sindrômica para pacientes sintomáticos, baseada no tratamento de diferentes síndromes clínicas com uma combinação de drogas ativas contra os principais agentes etiológicos e recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1989. Consiste no diagnóstico clínico sindrômico da lesão (por exemplo, úlcera genital) e tratamento concomitante dos principais agentes etiológicos envolvidos (*Treponema pallidum* e/ou *Haemophilus ducreyi*, se não tem aspecto de herpes vírus), antes de qualquer resultado de exame laboratorial. Tal proposta tem se mostrado eficaz para úlceras genitais e corrimentos uretrais masculinos. Entretanto, a utilização da abordagem sindrômica para os corrimentos genitais femininos não tem apresentado a mesma efetividade, não alcançando a especificidade e sensibilidade necessárias.

Parte dos processos inflamatórios do trato genital são causados por agentes transmitidos pela relação sexual, mas outros não. Não há dúvida de que a vaginite por *Trichomonas vaginalis* e as cervicites por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* são DST. Entretanto, não se pode dizer o mesmo da VB e candidíase vaginal. A vaginose bacteriana (VB) é a causa mais freqüente dos corrimentos genitais, é entendida como um desequilíbrio da flora vaginal com aumento da concentração de bactérias anaeróbias em substituição aos lactobacilos. O coito freqüente pode ser um fator desencadeador deste desequilí-

brio, na medida em que torna o meio mais alcalino. Então, corrimento por esta causa não tem a clássica transmissão sexual e o aconselhamento da mulher que procura o ginecologista com esta alteração tem que esclarecer este aspecto. Mesmo não sendo uma DST, existe uma maior prevalência de infecção pelo HIV em populações com VB.

A candidíase vaginal também não preenche todos os requisitos que a qualificam como uma doença adquirida por transmissão sexual. A *Candida* sp é um fungo que pode ser encontrado na flora vaginal de mulheres normais, sendo que condições locais ou sistêmicas levam à sua multiplicação e aparecimento de sintomas (infecção pelo HIV, uso de anticoncepcionais, gestação). Por sua vez, a tricomoníase vaginal, menos comum em nosso meio, é definida como uma DST, aumenta o risco de aquisição do HIV, exige tratamento concomitante do parceiro, rastreamento de outras DST e aconselhamento específico. Se há um profissional treinado e microscópio disponível durante a consulta, o exame a fresco com soro fisiológico (*Trichomonas vaginalis*) e com KOH (hifas) do conteúdo vaginal podem permitir o diagnóstico de tricomoníase e candidíase respectivamente.

Entretanto, o controle das infecções de transmissão sexual que se manifestam como endocervicite (*Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*) permanece problemático, visto que a maioria das mulheres com estas infecções é assintomática ou oligossintomática. O corrimento vaginal pode ser a única manifestação clínica, já que células endocervicais infectadas com *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* aumentam sua produção de muco. Infelizmente, os indicadores epidemioló-

gicos (número de parceiros, idade de início da atividade sexual, troca recente de parceiro sexual) também apresentam baixa sensibilidade. Testes sensíveis e práticos que possam ser utilizados para rastreamento ainda não estão disponíveis, a microscopia não é um exame específico para o gonococo endocervical e não se visualiza a clamídia com exame a fresco ou coloração de Gram. Está indicado, em protocolos internacionais, o rastreamento destas infecções durante o pré-natal (cultura para gonococo e reações em cadeia da polimerase para a clamídia) em atendimento a mulheres de alto risco ou com DST. Entretanto, a falta de atenção aos sinais clínicos (colo friável, edemaciado, doloroso ao toque, muco cervical purulento) nos atendimentos ginecológicos para prevenção de câncer do colo uterino, pré-natal e planejamento familiar, certamente tem deixado escapar até mesmo as cervicites manifestas. Finalmente, lembrar sempre que uma DST frequentemente se acompanha de outra DST e deve servir como sinalizador para um rastreamento abrangente.

A educação para a manutenção da saúde sexual e reprodutiva precisa ser incluída aos componentes prioritários dos atendimentos ginecológicos, qualificando-os. É necessário orientar as mulheres sobre o significado das sorologias para sífilis, HIV e hepatite B como triagem de DST, da importância de seu diagnóstico e das medidas preventivas recomendadas. A falta de compromisso com a educação preventiva também é vista quando se faz diagnóstico de infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). O enfoque habitual se limita aos riscos potenciais de lesões pré-neoplásicas e a referência à transmissão sexual é omitida.

Ações educativas para adolescentes em planejamento familiar, pré-natal ou prevenção de câncer de colo uterino devem incluir discussões sobre as DST em mulheres, sua relação com o HIV, sua disseminação entre os heterossexuais e formas de prevenção. Aconselhamento específico tem que ser fornecido a qualquer portadora de DST, situações em que estas mensagens precisam ser reforçadas. Os preservativos (masculinos, femininos) devem ser incorporados à rotina das consultas de ginecologia e seu uso tem que ser estimulado para todas as mulheres. A incorporação de grupos de homens nestas ações seria adequada e ideal.

Em tempos de DST/AIDS, há uma grande dificuldade com o duplo papel do uso do condom em planejamento familiar, como protetor de DST/AIDS e de um segundo método anticoncepcional mais eficaz. Outros preconizam que o condom poderia tanto prevenir as DST como a gravidez. A incorporação dos conteúdos de DST/AIDS nas ações educativas e o diagnóstico precoce e tratamento das cervicites e vaginites são indispensáveis também nas pacientes que procuram o ginecologista para orientação de planejamento familiar. A sorologia para HIV deve ser oferecida em qualquer suspeita clínica ou sugestão epidemiológica, acompanhada pelo aconselhamento pré e pós-teste. Estas mesmas orientações em saúde sexual e reprodutiva se aplicam a serviços ou pacientes que são atendidas no contexto de prevenção de câncer de colo uterino ou qualquer outro atendimento ginecológico.

RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE DAS DST

1- Pronto-atendimento a toda paciente que procura atenção com queixa de DST;

- 2- Diagnóstico (clínico e/ou laboratorial) no primeiro atendimento;
- 3- Tratamento preferencial ministrado na primeira consulta;
- 4- Triagem para outras DST, incluindo HIV com aconselhamento pré e pós-teste;
- 5- Integração de ações de controle DST com planejamento familiar, pré-natal e outros atendimentos de ginecologia, realizando triagem clínica e/ou laboratorial de infecções cervicovaginais independente de sintomas;
- 6- Aconselhamento sobre significado, conseqüências e prevenção de DST/AIDS;
- 7- Aconselhamento sobre redução de risco de exposição às DST/AIDS (redução de parceiros, uso de condom, controle do uso de álcool e drogas ilícitas)
- 8- Provisão e orientação sobre uso adequado de condom masculino e feminino.

CAPÍTULO II

ACONSELHAMENTO

Ana Lucia Ribeiro Vasconcelos

O aconselhamento é entendido como um “processo” de escuta ativa individualizado e centrado na cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da cliente para que ela tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.” (Coordenação Nacional de DST/Aids - Ministério da Saúde, 1997)

Considerado como um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST, o aconselhamento auxilia a paciente a compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando e também a reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções. Esta prática pressupõe o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta de ambos interlocutores (profissional e paciente). Implica, portanto, na participação ativa da paciente no processo terapêutico e na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivências da pessoa em atendimento. A idéia demarcada no processo de aconselhamento é a TROCA:

- Por um lado, há o profissional com seu saber técnico científico, suas crenças, valores e suas possibilidades e limites em manejar/conduzir cada caso;

- Por outro lado, há a paciente com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites tanto para adotar medidas preventivas quanto para seguir as prescrições médicas.

OBJETIVOS DO ACONSELHAMENTO

Na medida que, no processo de aconselhamento, a “demanda” da paciente (entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias relacionadas ao seu problema de saúde) é identificada e acolhida, torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança e a promoção de apoio emocional. Dessa forma, o nível de estresse da paciente é reduzido, propiciando as condições para o alcance dos seguintes objetivos:

- Trocar informações sobre DST, HIV e AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- Realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão/consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção para a DST atual e para o HIV;
- Identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros;
- Promover a adesão ao tratamento;
- Promover a comunicação e tratamento dos parceiros sexuais.

ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO

O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. Na abordagem coletiva, as questões comuns expressas pelas participantes devem nortear o conteúdo a ser abordado. Nesse sentido, a identificação da demanda do grupo é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos e outras percepções. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelas pacientes. A dinâmica grupal também pode favorecer o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes. Os grupos realizados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, além de otimizarem o tempo que a usuária passa no serviço de saúde.

Entretanto, o profissional deve ficar atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

QUEM FAZ O ACONSELHAMENTO?

Todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento em vários níveis. Por isto é fundamental que a pessoa que realiza esta atividade tenha informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre DST/AIDS. Outro aspecto importante para que o aconselhamento se desenvolva adequadamente é adotar uma postura de acolhimento, valorizando o que o paciente sabe, pensa e sente a respeito do seu problema, facilitando desta forma a formação do vínculo de confiança essencial em todo o processo.

Cabe à equipe do serviço de saúde funcionar de maneira harmônica e integrada, organizando-se da forma mais conveniente para que o aconselhamento seja desenvolvido durante o processo de atendimento das usuárias.

Enfim, para que o aconselhamento seja viável, os profissionais devem reconhecer os próprios limites e saber que não podem responder a tudo.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DO ACONSELHAMENTO

- Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- Identificar com clareza a demanda da cliente;
- Prestar apoio emocional à cliente;
- Facilitar à cliente a expressão de sentimentos;
- Identificar as crenças e os valores da cliente acerca das DST/HIV/AIDS;
- Utilizar linguagem compatível com a capacidade de entendimento da cliente;
- Trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- Avaliar com a cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- Reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- Explicar as complicações decorrentes de não ser feito o tratamento, ou do tratamento ser incompleto ou da auto - medicação;
- Reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- Reforçar a necessidade do tratamento dos parceiros sexuais;
- Trocar informações sobre DST/HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase nas situações de risco da cliente;
- Ajudar a cliente a avaliar e perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;

- Identificar barreiras para a mudança das situações de risco;
- Contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- Explicar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- Avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e sua superação;
- Avaliar e recomendar a possibilidade de outras práticas sexuais seguras;
- Ajudar a cliente a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades em lidar com seu problema;
- Lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas pode alterar a percepção de risco;
- Estimular a auto-estima e autoconfiança do cliente;
- Favorecer a desconstrução de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST/HIV/AIDS;
- Estimular a disseminação das orientações recebidas;
- Encaminhar a cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;
- Enfatizar a relação entre DST, HIV e AIDS, principalmente o fato de uma DST facilitar a transmissão do HIV, qualquer que seja ela; e
- Oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE ANTI-HIV

- Reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- Avaliar com a cliente a realização ou não do teste;
- Verificar história anterior de testagem e riscos;
- Trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de “janela imunológica”;

- Trocar com a cliente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- Reforçar a diferença entre HIV e AIDS;
- Considerar o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- Procurar avaliar qual é o apoio emocional e social disponível à cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- Considerar com a cliente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste; e
- Reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras em face ao HIV, também neste período.

Aconselhamento Pós-teste Diante de Resultado Negativo:

- Informar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada ou foi infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste utilizado;
- Avaliar a possibilidade da cliente estar no período de “janela imunológica” e necessitar de um novo teste;
- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- Reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pela cliente em face ao HIV; e
- Reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.

Aconselhamento Pós-teste Diante de Resultado Positivo:

- Permitir o tempo necessário para que a cliente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;

- Conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- Estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- Desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte, e outros;
- Reforçar que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença.
- Enfatizar que mesmo sendo uma portadora assintomática pode transmitir o vírus para outros;
- Reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável;
- Reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re - infecção pelo HIV e outras DST;
- Reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo, caso ainda haja dúvidas;
- Reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.
- Enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado aos parceiros sexuais oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- Orientar quanto a necessidade dos parceiros realizarem o teste anti-HIV;
- Definir com a cliente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio;
- Em caso de gestante conversar sobre:
 - . A transmissão vertical do HIV (da mãe para o filho), que pode ocorrer durante a gestação, parto ou amamentação;

- . Como pode ser reduzida a transmissão vertical do HIV;
- . A transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido;
- . Os riscos da amamentação, incluindo a amamentação cruzada (leite do peito de outra mulher); e
- . A necessidade de realizar o teste de todos os filhos nascidos após a infecção.

Aconselhamento Pós-teste Diante de Resultado Indeterminado:

- Explicar que um resultado indeterminado pode significar um falso - positivo devido a razões biológicas ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente cujos anticorpos não estão em quantidades detectáveis ao exame;
- Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- Reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- Reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário;
- Orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período definido pelo laboratório; e
- Considerar com a cliente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

CAPÍTULO III

BIOSSEGURANÇA

Terezinha Tenorio da Silva

Apesar do conhecimento do risco de transmissão de vários patógenos carregados pelo sangue, nenhuma outra doença suscitou tanta preocupação quanto à “segurança no trabalho” como a infecção HIV/AIDS. Desde o início desta epidemia surgiu a preocupação com a transmissão ocupacional, confirmando-se o primeiro caso em uma enfermeira britânica no ano de 1983. Em 1987 foram publicadas recomendações de adoção de “precauções universais” com sangue e outros líquidos corpóreos para evitar a transmissão para profissionais de saúde.

O impacto da infecção HIV/AIDS em tocoginecologia decorre da habilidade que tem o HIV em transmitir-se principalmente através do sangue, sêmen e da mãe para o filho (transmissão vertical). A medida que aumenta a prevalência da infecção na população feminina eleva-se o risco de transmissão ocupacional, calculada hoje em cerca de 0,08% após exposição mucocutânea ao sangue contaminado. O risco de infecção associado a outros fluídos corpóreos é inferior. Salienta-se que o seguimento das normas de precauções universais reduz estes riscos.

A probabilidade de contaminação ocupacional com os vírus da hepatite B e C é muito maior, chegando a 40% e 10%, respectivamente. Para a hepatite B, a vacina é reco-

mendada para todos os profissionais de saúde. Para os não imunizados, após exposição acidental, recomenda-se além da vacina, a utilização de gamaglobulina hiperimune. Para a hepatite C não existe medida profilática específica após exposição ocupacional.

Os profissionais de saúde devem estar conscientizados de que medidas de precauções universais devem ser seguidas, independente do conhecimento do status sorológico do paciente. Tais medidas permanecem como formas eficazes e não podem ser substituídas pela profilaxia anti-retroviral. Além do mais, o conhecimento sobre a eficácia e a toxicidade dos anti-retrovirais é limitado. Quando indicada a quimioprofilaxia após exposição ocupacional ao HIV, essa deverá ser iniciada o mais rápido possível, dentro de 1 a 2 horas após o acidente. Os critérios de indicação da quimioprofilaxia devem ser cuidadosamente avaliados, constituindo risco maior de transmissão quando o acidente envolve maior volume de sangue e elevada carga viral, como acontece na fase aguda da infecção pelo HIV ou quando o paciente - fonte encontra-se com AIDS em fase avançada.

NORMAS DE PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

As normas de precauções devem ser usadas no atendimento de todos os pacientes, quando da possibilidade de contato com sangue e fluidos corpóreos, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Estas normas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), recomendações para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes contaminados com material orgânico, (ver no Quadro 1).

Quadro 1 - Recomendações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Precauções Básicas de Biossegurança

| Procedimento | Lavar as mãos | Luvas | Avental | Máscara e óculos de proteção |
|---|---------------|-------|---------|------------------------------|
| Exame de paciente sem contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não-integra | X | - | - | - |
| Exame de paciente, incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não-integra | X | X | (*) | - |
| Coleta de exames de sangue, urina e fezes | X | X | - | - |
| Realização de curativos | X | X | (*) | (**) |
| Aplicações parenterais de medicações | X | X | - | (**) |
| Punção ou dessecção venosa profunda | X | X | X | X |
| Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal | X | X | X | X |
| Endoscopias, broncoscopias | X | X | X | X |
| Procedimentos dentários | X | X | X | X |
| Procedimentos com possibilidade de respingos de sangue e secreções | X | X | X | X |

(*) A utilização de avental está indicada durante os procedimentos em que haja possibilidade de contato com material biológico, como na realização de curativos de grande porte em que haja risco de exposição ao profissional, grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escaras de decúbito.

(**) O uso de óculos de proteção está recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo de material orgânico, ou para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

Recomendações ao utilizar materiais pérfuro-cortantes:

- Atenção durante a realização dos procedimentos;
- Nunca utilizar os dedos como afastadores ou anteparos em procedimentos que envolvam materiais pérfuro-cortantes;
- Agulhas não devem ser re - encapadas, entortadas ou retiradas das seringas com as mãos;
- Utilização de recipiente adequado para descarte do material utilizado;
- Destino adequado ao lixo: incineração; e
- Utilização de mesa cirúrgica acessória e modificação pelo instrumentador cirúrgico da forma de passagem de material pérfuro-cortante.

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS EM CASO DE EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO:

a) Cuidados locais: na área exposta, recomenda-se lavagem vigorosa com água e sabão ou solução antisséptica (PVP-iodo ou clorexidina). Em caso de exposição de mucosas, proceder lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica;

b) Medidas específicas para uso de medicações profiláticas

- Avaliar o risco de transmissão em função do tipo de acidente e paciente-fonte, além da toxicidade das drogas utilizadas;
- Informar o profissional de saúde sobre os conhecimentos existentes com utilização da quimioprofilaxia;
- Realizar aconselhamento pré e pós-teste e solicitar sorologia anti-HIV;
- Acidentes são considerados mais graves quando envolvem maior volume de sangue, lesão pérfuro-cortante e quando o

paciente-fonte encontra-se com infecção aguda pelo HIV ou AIDS em fase avançada;

- Conhecer o estado sorológico do paciente-fonte em relação à sorologia para hepatite B e C;

- Conhecer o estado sorológico do profissional de saúde em relação à sorologia para hepatite B e C; testes positivos no momento do acidente não significam contaminação nesta ocasião.

- Repetir a sorologia anti-HIV, hepatite B e C após 6 e 12 semanas e aos 6 meses;

- Durante os 6 meses de acompanhamento os profissionais de saúde devem adotar medidas profiláticas como uso de preservativos, não doar sangue ou tecidos e prevenção da gestação/aleitamento;

- No acompanhamento dos profissionais após exposição ocupacional, além da sorologia anti-HIV, recomendam-se marcadores das hepatites B e C (HBsAg, anti-HBcIgM e anti-HCV), glicemia, função renal e hepática, hemograma e contagem de plaquetas;

- Assegurar a adoção ao esquema antiretroviral, por via oral, durante quatro semanas nos casos indicados, iniciando-se a medicação até no máximo 72 horas após o acidente;

- Notificar aos órgãos competentes o acidente de trabalho;

- A soroconversão quando acontece, em geral é sintomática e surge na 3ª ou 4ª semana após a contaminação.

Quadro 2 - Recomendações para quimioprofilaxia após a Exposição Ocupacional ao HIV. Ministério da Saúde, 1997.

| Tipo de exposição | Material Fonte | Profilaxia ¹ | Esquema Anti-retroviral |
|--|---|--------------------------------------|---|
| Percutânea: | a) Sangue ³ - risco mais elevado - risco aumentado - sem risco aumentado | Recomendar Recomendar Oferecer | AZT + 3TC + IP ⁴ AZT + 3TC + IP ⁴ AZT + 3TC |
| | b) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ | Oferecer | AZT + 3TC |
| | c) outro líquido corporal (p.ex., urina) | Não oferecer | |
| De Mucosa: | a) Sangue | Oferecer | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| | b) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso ⁵ | Oferecer | AZT + 3TC |
| | c) Outro líquido corporal (p.ex., urina) | Não oferecer | |
| De pele risco aumentado ⁶ : | a) Sangue | Oferecer | AZT + 3TC + IP ⁴ |
| | b) Líquido orgânico contendo sangue visível, outro líquido ou tecido potencialmente infeccioso | Oferecer | AZT + 3TC |
| | c) Outro líquido corporal (p.ex., urina) | Não oferecer | |

1. Recomendar: a profilaxia pós-exposição deve ser recomendada ao profissional exposto, com aconselhamento.

Oferecer: a profilaxia pós-exposição deve ser oferecida ao profissional exposto, com aconselhamento.

Não oferecer: a profilaxia pós-exposição não deve ser oferecida, pois não houve exposição ocupacional ao HIV.

2. Esquema Anti-retroviral: AZT 200 mg três vezes por dia; 3TC 150 mg duas vezes ao dia; indinavir 800 mg três vezes ao dia por 4 semanas. A opção pelo indinavir deve-se à sua melhor tolerância. Na falta ou impossibilidade do seu uso, deve-se preferir o ritonavir (600 mg duas vezes ao dia, por 4 semanas) ao saquinavir, devido à baixa biodisponibilidade deste último.

3. Risco Mais Elevado: presença de: maior volume de sangue (por exemplo, ferimento por agulha de grosso calibre) e sangue contendo alto teor de HIV (por exemplo, doença retroviral aguda ou AIDS avançada).

Risco aumentado: presença de um dos dois; maior volume de sangue contendo alto teor de HIV.

Sem Risco Aumentado: ausência de ambos os fatores de risco.

4. IP = Inibidor de protease, com opção pelo indinavir devido ao fato de ser melhor tolerado. Na impossibilidade do seu uso, recomenda-se ritonavir ou nelfiravir.

5. Inclui: sêmen, secreção vaginal, líquido, líquido sinovial, peritoneal, pericárdico e amniótico.

6. Para a pele, o risco é maior para exposição que envolva uma alta carga de HIV, contato prolongado, área extensa, ou uma área na qual a integridade da pele está visivelmente comprometida. Para exposição de pele íntegra, o risco de toxidade ultrapassa o benefício da profilaxia pós-exposição.

Observações:

a) Em situações em que a condição sorológica do paciente-fonte não for conhecida deve-se:

- Iniciar esquema anti-retroviral de acordo coma gradação do risco do acidente; e
- Solicitar sorologia para HIV do paciente-fonte e, caso este seja negativo, suspender a quimioprofilaxia.

b) Deve-se solicitar sorologia HIV, imediatamente após o acidente, para todo indivíduo que sofra exposição ocupacional ao HIV. Caso o resultado do teste seja positivo, encaminhar para acompanhamento específico.

Quadro 3 - Medicamentos utilizados na quimioprofilaxia após exposição ocupacional

| Medicamento | Efeitos adversos | Interações |
|--|--|---|
| ZIDOVUDINA (AZT) Cápsula 100 mg Dose: 300 mg 2x/dia ou 200 mg/dia | Anemia, neutropenia, leucopenia, plaquetopenia, náuseas, vômitos, astenia, mal-estar geral, cefaléia, miopatia, insônia, pigmentação ungueal e de mucosas, alteração das provas hepáticas, hepatite. | Ganciclovir, anfotericina B, flucitossina, SMX-TMP, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina (↑ risco de toxicidade hematológica). Monitorar anemia e neutropenia. Probenecide, fluconazol, paracetamol (↑níveis séricos do AZT). Monitorar toxicidade do AZT. Estavudina e ribavirina (potencial para redução da atividade anti-retroviral). Evitar uso contomitante. |

| | | |
|--|--|--|
| <p>LAMIVUDINA (3TC) Comprimido 150 mg Dose: 150 mg 2x/dia</p> | <p>Pancreatite, diarreia, dor abdominal, anemia, neutropenia.</p> | <p>Sulfametoxazol + trimetropina (↑ biodisponibilidade de 3TC). Não há necessidade de ajuste de dose. Zalcitabina (potencial antagonismo). Evitar uso concomitante.</p> |
| <p>INDINAVIR (IDV) Cápsula 400 mg Dose: 800 mg 8/8h, com estômago vazio ou com alimentos com baixo teor de gordura (*) (ingerir diariamente 1,5 litros ou mais de líquidos para evitar aparecimento de nefrolitíase)</p> | <p>Nefrolitíase, hematúria, cefaléia, insônia, náusea, vômitos, astenia, fadiga, distúrbios do paladar, pele e boca secas, dor abdominal, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia indireta assintomática, aumento de triglicerídeos, hipercolesterolemia, hiperglicemia e diabetes.</p> | <p>O indinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, ergotamina e diidroergotamina, midazolam ou triazolam. Rifabutina (↓ níveis séricos de indinavir, e o indinavir ↑ níveis séricos da rifabutina). Cetoconazol e itraconazol (↑ níveis séricos de indinavir). Considerar a redução da dose do indinavir para 600 mg 8/8h. Didanosina (↓ absorção de IDV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Delavirdina (↑ níveis séricos de IDV). Considerar a redução da dose de indinavir para 600 mg 8/8h. Nevirapina (↓ níveis séricos de IDV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> |
| <p>NELFINAVIR (NFV) Comprimido 250 mg Dose: 750 mg 3x/dia, com alimento</p> | <p>Diarreia (efeito mais freqüente), exantema, flatulência, náusea, dor muscular, fraqueza, aumento de triglicerídeos, hipercolesterolemia, hiperglicemia e diabetes.</p> | <p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, ergotamina, diidroergotamina, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam ou triazolam. Rifabutina (↓ níveis séricos de nelfinavir, e o nelfinavir ↑ níveis séricos de rifabutina). Bloqueadores de cálcio (possibilidade de aumento do níveis séricos dos bloqueadores). Monitorar toxicidade. Saquinavir (↑ níveis séricos de SQV).</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | Não há necessidade de ajuste de dose). Nevirapina (↓ níveis séricos de NFV). Não há necessidade de ajuste de doses. Atenção: Etinilestradiol e noretindrona (↓ níveis séricos dos hormônios). Usar outro contraceptivo alternativo ou adicional. |
|--|--|--|

(*) leite desnatado, suco, café ou chá, outros alimentos leves, como torradas com geléia, suco ou café com leite desnatado e açúcar; ou ainda leite desnatado com sucrilhos e açúcar.

Quadro 4 - Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico(#)

| Paciente-fonte | HBsAg Positivo | HBsAg Negativo | HB sAg desconhecido ou Não Testado (##) |
|---|--|---------------------------|--|
| Profissional de saúde exposto | | | |
| Não vacinado | HBIG ⁽¹⁾ + iniciar vacinação | Iniciar vacinação | Iniciar vacinação |
| Previamente vacinado | | | |
| -Com resposta vacinal conhecida e adequada ⁽¹⁾ | Nenhuma medida específica | Nenhuma medida específica | Nenhuma medida específica |
| -Sem resposta vacinal | HBIG ⁽¹⁾ + 1 dose de vacina contra hepatite ⁽²⁾ ou HBIG (2x) ⁽³⁾ | Nenhuma medida específica | Se fonte de alto risco ⁽⁴⁾ , tratar como se fosse HBsAg positivo |
| -Resposta vacinal desconhecida | Testar o profissional de saúde: -Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica -Se resposta vacinal inadequada: HBIG ⁽¹⁾ + 1 dose de vacina contra hepatite B ⁽²⁾ ou HBIG ⁽¹⁾ (2x) ⁽³⁾ | Nenhuma medida específica | Testar o profissional de saúde: -Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica -Se resposta vacinal inadequada: aplicar 1 dose da vacina contra hepatite B ⁽²⁾ ou HBIG ⁽¹⁾ (2x) ⁽³⁾ |

(#) Os materiais biológicos com risco de transmissão do vírus da hepatite B são os mesmos descritos anteriormente para o HIV.

(##) Recomenda-se a utilização de HBsAg de realização rápida (< 30 minutos), quando não há possibilidade de liberação rápida de resultados ELISA, com objetivo de evitar a administração desnecessária de HBIG.

(1) Resposta vacinal adequada significa ter anticorpos anti-HBs reativos pela técnica sorológica ELISA, que quantitativamente deve ser $\geq 10\text{MUI/ml}$.

(2) Quando não há resposta vacinal adequada após a primeira série de vacinação, grande parte dos profissionais (até 60%) responderá a uma dose de vacina. Caso persista a falta de resposta, não é recomendada uma revacinação. Nessa situação, a conduta a ser indicada é HBIG (2x), a cada exposição ocupacional. Para um profissional de saúde ser considerado não-responder, o resultado da pesquisa anti-HBs deve ser negativo dentro de 6 meses após a 3ª dose da vacina.

(3) HBIG (2x) = 2 doses de gamaglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses.

(4) Alto risco: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homossexuais e bissexuais masculinos, heterossexuais promíscuos, história prévia de doença sexualmente transmissível, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões, instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

(*) A gamaglobulina hiperimune para hepatite B (HBIG) deve ser solicitada aos centros de referência para imunobiológicos especiais, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Newton Sergio de Carvalho e Libera Maria Della Costa *

COLETA DE MATERIAL

O diagnóstico etiológico das doenças sexualmente transmissíveis é um dos maiores desafios dos laboratórios de microbiologia clínica, sendo que a coleta adequada do material é uma etapa fundamental para atingir este objetivo. A comunicação adequada entre o clínico e o laboratório é de extrema importância para o processamento adequado da amostra, evitando procedimentos caros e desnecessários. A escolha da amostra adequada para o diagnóstico das DST depende do sítio da infecção e do organismo suspeito (Quadro 1).

Quadro 1: Sinopse das principais DST e formas de diagnóstico

| Sítio | Microrganismo | Amostra | Técnica de Coleta | Meio de Transporte | Técnica Diagnóstica e Comentários |
|------------------|-------------------------------------|------------------|---|--|--|
| Úlceras genitais | <i>Treponema pallidum</i> (sífilis) | Exudato da lesão | Limpar a lesão com salina, Remover crostas, pus ou debris. Fazer abrasão da lesão, Enxugar o sangue (se presente), espremer a base da lesão entre dois dedos até o aparecimento de exudato sérico limpo, tocar o fluido com uma lâmina e cobrir | Transportar a amostra em frasco porta-lâmina, sem conservante. | Microrganismo não cultivável em meios artificiais. Este diagnóstico pode ser realizado entre 2-3 semanas após o contágio ou em lesões secundárias. Espiroquetas orais e genitais não patogênicas podem ser morfológicamente idênticas ao <i>T. pallidum</i> . O insucesso na visualização do microrganismo pode significar |

* Libera Maria Della Costa é Chefe do Laboratório de Bacteriologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Continuação

| | | | | | |
|--|---|------------------------------|---|--|---|
| | | | com uma lamínula. Observação direta e imediata em microscópio de campo escuro (em até 24 hrs). | | presença de número insuficiente de germes e não exclui o diagnóstico de sífilis. Realizar também testes sorológicos. |
| | <i>Haemophilus ducreyi</i> (cancro mole) | Aspirado ou swab da secreção | Limpar apenas a superfície com gaze seca para retirar crostas e o excesso de muco-pus. 1. Irrigar com 0.5 ml de salina, aspirar com pipeta de Pasteur com ponta fina ou 2. Coletar da base da úlcera, obtendo-se a maior quantidade possível de secreção ou pus. Com o próprio swab da coleta preparar esfregaços em lâminas novas, limpas e desengorduradas. Deixar secar ao ar. | Transportar as lâminas em frasco porta-lâmina, sem conservante. Transportar o material para cultura em meio de transporte de Stuart modificado. Preferencialmente, inoculação direta em meio de cultura. | Exame direto: coloração de Gram. Cultura: Ágar chocolate enriquecido com IsoVitalax ou ágar com soro fetal bovino amebos acrescidos de 3mg/ml de vancomicina. A cultura é o método de escolha para diagnóstico de úlcera genital por <i>H. ducreyi</i> , entretanto é uma bactéria de difícil isolamento por isso geralmente só é realizada por laboratórios de referência. |
| | <i>Chlamydia trachomatis</i> (linfogranuloma) | Aspirado de linfonodo | Descontaminar a pele, 1. Linfonodo flutuante: aspirar o pus 2. Linfonodo não flutuante: injetar pequena quantidade de salina estéril e aspirar. | Meio de sacrose fosfato e refrigerar até 72 h, estocagem em mais longas - requerem - 70°C, imediatamente após a coleta. | Cultura em células MacCoy ou HeLa. Os sorotipos envolvidos são L1, L2, L3. Reação em cadeia da polimerase (PCR) |
| | <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (donovanose) | Raspado ou biópsia | Limpar a lesão com salina, Fazer biópsia por punção ou obter um fragmento do tecido | 10% de formalina | Exame citológico de cortes de tecido ou macerado do material raspado. Observar a presença de bacilos |

Continuação

| | | | | | |
|------------------|--|---|--|--|---|
| | | | | | curtos, corados em azul, no interior de vacúolos de macrófagos, conhecidos como "Corpúsculos de Donovan", pela coloração de Wright ou Giemsa. |
| Úlceras genitais | Herpes Simplex Vírus (HSV) | Fluido das vesículas (cultura), Raspado da lesão (cultura, exame direto e IF) | Limpar gentilmente a lesão. 1. Aspirar o fluido das vesículas com seringa de tuberculina e agulha nº 26-27 e colocar em meio de transporte, ou 2. Remover a superfície da vesícula e coletar o fluido com swab ou 3. Raspar a base de uma vesícula aberta com uma lâmina de bisturi estéril ou passar o swab vigorosamente na base. | Caldo de infusão com antibiótico | Cultura celular ou imunofluorescência indireta (IFI) Exame direto em lâmina: presença de células de Tzanck (multinucleação celular) |
| Material vaginal | <i>Trichomonas vaginalis</i> (TV), <i>Candida albicans</i> (CA) e <i>Gardnerella vaginalis</i> (GV), <i>N. gonorrhoeae</i> em crianças e mulheres hysterectomizadas. | Colher amostra de fundo de saco vaginal | Usar espéculo sem lubrificante. Colocar duas gotas de salina uma em cada lâmina limpa; colher a secreção com auxílio de swab (3 vezes, 3 swabs); colocar a secreção de um swab sobre a lâmina; homogeneizar na salina, cobrir com | Lâminas em frasco porta-lâmina. Secreção em tubo de ensaio com algumas gotas de salina e enviar imediatamente ao laboratório. Para transporte de secreção vaginal para diagnóstico | O material de fundo de saco vaginal é utilizado para pesquisa de <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Candida</i> sp e <i>Gardnerella vaginalis</i> . A cultura para esses germes não é necessária para rotina. No exame a fresco faz-se a pesquisa dos três germes e o esfregaço corado pela técnica de Gram complementa a pesquisa de CA e GV. |

Continuação

| | | | | | |
|--------|-----------------------|-----------------------|---|---|---|
| | | | <p>lâminula e examinar imediatamente para TV, CA e <i>clue cells</i>, típicas de GV, usar o restante a secreção para medir o pH que deve ser maior que 4,5. Depositar a secreção do outro swab sobre outra lâmina e pingar algumas gotas de KOH 10%. Em caso de vaginose bacteriana haverá a liberação de odor característico de peixe (aminas). Com o último swab preparar um esfregaço fino em lâmina nova, limpa e desengordurada. Dexas secar ao ar. Para NG em crianças e mulheres histerectomizadas, coletar a secreção vaginal com swab e proceder como secreção endocervical.</p> | <p>de NG, proceder como para a endocérvix.</p> | <p>A cultura de <i>Candida albicans</i> pode ser útil nos casos de candidíase recorrente ou quando houver suspeita clínica e o bacterioscópico (Gram) for negativo. A definição do pH vaginal é de utilidade principalmente para diagnóstico de VB. As amostras para pesquisa de <i>trichomonas vaginalis</i> devem ser examinadas dentro de 15-30 minutos. Se não houver possibilidade de examinar no consultório a amostra deve ser enviada imediatamente ao laboratório para análise. Secreção vaginal para diagnóstico de gonorréia deve ser cultivada (vide endocérvix).</p> |
| Cérvix | <i>N. gonorrhoeae</i> | Secreção endocervical | <p>Introduzir o espéculo sem lubrificante e limpar a secreção e o muco que recobre o cérvix, introduzir um swab cerca de 1 cm no canal endocervical girando-o delicadamente 8-10 ve-</p> | <p>Lâmina deve ser transportada em frasco porta-lâmina, o swab em meio de Stuart modificado ou de Amies com carvão.</p> | <p>Corar a lâmina pelo método de Gram e semear o swab em meio de Tayer Martin modificado. Amostras endocervicais devem ser cultivadas para o diagnóstico de gonorréia. A bacterioscopia pelo Gram</p> |

Continuação

| | | | | | |
|--------|----------------------|--|---|--|---|
| | | | zes e introduzi-lo em meio de transporte. Coletar outros swab, confeccionar esfregaço fino e homogêneo em lâmina nova. | | apresenta sensibilidade entre 50-70%. |
| Cérvix | <i>C.trachomatis</i> | Células do epitélio endocervical ou Soro | Introduzir um swab fino de algodão no canal endocervical girando-o de forma delicada porém firme. Mantê-lo em contato com o epitélio endocervical por 5-10 segs. e colocá-lo em meio de transporte. Coletar um segundo swab e depositar o material em lâmina própria para <i>C. trachomatis</i> . | L â m i n a deve ser transportada em frasco porta-lâmina. Para o transporte do swab proceder para cultura proceder da mesma forma que para CT de ú l c e r a s genitais. | A lâmina para imunofluorescência direta (IFD) para <i>Chlamydia</i> geralmente acompanha o Kit por isso é fornecida pelo laboratório. Os métodos mais utilizados são Pesquisa de clamídia por IFD e ensaio imunoenzimático ELISA indireto para triagem e uma variação como teste confirmatório. A cultura celular em células McCoy ou HeLa é menos utilizada exceto em laboratórios que a utilizam para diagnóstico de vírus. Os sorotipos envolvidos são os sorotipos A a K. (sensibilidade e especificidade altas, acima de 95%). As vantagens da IFD são: a necessidade de infra-estrutura laboratorial simples, facilidade no transporte e acondicionamento das amostras, execução rápida da coloração, possibilidade |

Continuação

| | | | | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------------|--|--------------------------------|---|
| | | | | | de avaliação da qualidade da amostra e do uso como teste confirmatório para ELISA de triagem. As desvantagens são a necessidade de microscópio de imunofluorescência, leitura da lâmina difícil e subjetiva. As vantagens do ELISA de triagem são: a possibilidade de processamento simultâneo de um grande número de amostras, facilidade no transporte e acondicionamento da amostra e objetividade na leitura dos resultados. PCR |
| | <i>Herpes Simplex</i> (HSV) | Vide HSV em úlcera genital | Vide HSV em úlcera genital | Vide HSV em úlcera genital | Vide HSV em úlcera genital |
| | Papiloma vírus Humano (HPV) | Citologia, biópsia | Coletar durante o exame especular seguindo as instruções de coleta das verrugas suspeitas de HPV | Formalina a 10% para citologia | Observar os mesmos comentários de verrugas por HPV |
| Uretra (M e F) | <i>N. gonorrhoeae</i> | Secreção uretral | Na coleta de secreção masculina solicitar ao paciente para retrair o prepúcio. Limpar a secreção emergente, introduzir um swab de pequeno diâmetro, cerca de 2 cm no canal uretral gi- | Ver coleta de cérvix | Se utilizar swabs de carvão na coleta para gonococo, realizar a coleta para <i>Chlamydia</i> em primeiro lugar, pois o carvão deixa resíduos que interferem na qualidade da amostra. O diagnóstico da gonorréia pode ser |

Continuação

| | | | | | |
|--|----------------------|-------------------|---|------------|--|
| | | | <p>rando-o 8-10 vezes para absorver a secreção. Confeccionar um esfregaço fino e homogêneo em lâmina nova ou inocular a amostra em meio de transporte.</p> <p>Para coleta de secreção feminina deve-se fazer expressão das glândulas parauretrais pressionando a parede vaginal com o dedo médio. Para os demais passos seguir as instruções da coleta masculina.</p> | | <p>feito exclusivamente pelo Gram em pacientes sintomáticos do sexo masculino (sensibilidade 98% e especificidade de quase 100%). Em pacientes masculinos assintomáticos e em mulheres é necessário fazer a cultura porque o Gram apresenta sensibilidade de 50-70%.</p> |
| | <i>T. vaginalis</i> | Secreção uretral | <p>Colocar algumas gotas de salina sobre uma lâmina limpa. Proceder a coleta da secreção da mesma forma que para gonococo, colocar a secreção do swab sobre a lâmina e homogeneizar na salina, cobrir com lamínula e examinar imediatamente em microscópio com objetiva de 40 x.</p> | | <p>Microscopia direta vide material vaginal.</p> |
| | <i>C.trachomatis</i> | Raspado de uretra | <p>Masculina: Solicitar ao paciente para retrain o prepúcio, limpar a secreção emer-</p> | Ver cérvix | <p>O paciente masculino não deve ter urinado na hora anterior à coleta; a coleta deve ser realiza-</p> |

Continuação

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| | | | <p>gente com gaze estéril; introduzir um swab com haste de alumínio cerca de 4 cm no canal uretral; girar delicadamente de 8-10 vezes para obter o maior número de células possível; fazer um esfregaço fino e homogêneo em lâmina apropriada ou colocar o swab em meio de conservação para ELISA.</p> <p>Feminina: Fazer expressão das glândulas pararetrais pressionando a parede vaginal com o dedo médio; introduzir um swab cerca de 2 cm na uretra; coletar a secreção girando delicadamente o swab de 8-10 vezes.</p> | | <p>da após 3 horas da última micção na paciente feminina. Ver cervix para saber as vantagens e desvantagens de cada técnica.</p> |
|--|--|--|---|--|--|

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS QUE NÃO APRESENTAM SINAIS E SINTOMAS NO TRATO GENITAL

| Sítio | Microrganismo | Amostra | Técnica de Coleta | Meio de Transporte | Técnica Diagnóstica e Comentários |
|-----------|--|---------|-------------------|--------------------|---|
| Sistêmica | Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) | Soro | Punção venosa | | Seguir normas da Portaria do MS N° 488/98 |
| Fígado | Vírus da Hepatite B (HBV) | Soro | Punção venosa | | Recomenda-se ELISA para rotina. Se o HBsAg for positivo pedir os outros marcadores da hepatite B: HBeAg, Anti-HBsAg, Anti-HbeAg e Anti-HBcAg. |

Continuação

| | | | | | |
|--------|---------------------------|------|---------------|--|--|
| Fígado | Vírus da Hepatite C (HCV) | Soro | Punção venosa | | Recomenda-se os testes de ELISA ou MEIA para rotina. Em caso de positividade deve ser realizado confirmatório pelo teste de RIBA. Se necessário fazer a carga viral pela técnica de PCR. |
|--------|---------------------------|------|---------------|--|--|

Nota: *DIP: Doença Inflamatória Pélvica; CT: Chlamydia trachomatis; NG: Neisseria gonorrhoeae; HPV: Papilomavírus humano; M: masculino; F: feminino; HSV: Vírus Herpes Simplex; MCV: Vírus do Molusco contagioso; TV: Trichomonas vaginalis; CA: Candida albicans; GV: Gardnerella vaginalis; LCR: Líquido cefalorraquidiano; HIV: Vírus com Imunodeficiência Humana; ELISA: Ensaio imunoenzimático; MEIA: Ensaio imunoenzimático de micropartículas; RIBA: Teste recombinante por imunoblot.*

A vagina da mulher adulta jovem contém um número de microrganismos que varia entre 10^3 a 10^9 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) representados por aeróbios, anaeróbios facultativos e anaeróbios estritos. Estreptococos anaeróbios, *Gardnerella vaginalis* e *Lactobacillus* são os mais prevalentes, mas estafilococos não produtores de coagulase, *Corynebacterium* sp; bacilos Gram negativos anaeróbios, micoplasmas, ureaplasmas, *Candida* spp, bacilos Gram positivos não esporulados, *Enterococcus* sp. e espécies da família *Enterobacteriaceae* também estão comumente presentes em número superior a 10^4 UFC/ml. O simples achado de qualquer daqueles germes da flora comensal deve ser interpretado com muito cuidado pois tem pouco ou nenhum significado clínico, exceto nos casos específicos que serão expostos abaixo. Portanto, a solicitação de cultura de secreção vaginal para germes comuns é destituída de significado na prática clínica. (vide capítulo VII - Vaginites e Vaginoses).

Serão abordadas resumidamente neste capítulo as normas de coleta para o diagnóstico laboratorial dos principais agentes envolvidos nestas síndromes.

Sabe-se que é fundamental observar as medidas de biossegurança como: lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento de coleta, usar sempre equipamentos de proteção individual (EPIs) como aventais de mangas compridas, luvas descartáveis (com punhos por cima das mangas do avental) e óculos para a coleta de amostras. Quando estiver usando luvas, não manusear objetos de uso comum, como telefones, maçanetas de portas e janelas, jornais e revistas. Em caso de acidente com materiais pérfuro-cortantes procurar imediatamente atendimento médico para que sejam tomadas as medidas adequadas para cada caso (vide capítulo III - Biossegurança).

Em se tratando de paciente do sexo masculino, a coleta de secreção uretral para o diagnóstico laboratorial de *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* deve ser realizada sempre pela manhã, antes do paciente urinar. Caso não seja possível esperar pelo menos três horas após a última micção. Não realizar a coleta antes de sete dias após a interrupção do tratamento antibiótico. A secreção emergente contém enzimas que podem destruir o microrganismo ou impedir o seu isolamento. Evitar o uso de sabão ou qualquer anti-séptico para remoção de secreções emergentes e para limpeza de úlceras genitais. Proceder a limpeza com gaze ou algodão embebido em salina estéril.

Embora os swabs de algodão possam ser utilizados para coleta de material vaginal para diagnóstico de *Trichomonas vaginalis* e vaginose bacteriana (VB), a maioria dos patógenos do trato genital são inibidos por swabs de algodão. Para melhor

recuperação utilize swabs de algodão tratados com alginato ou swabs de Dacron, exceto para coleta de vírus, para os quais recomenda-se utilizar apenas Dacron. Os swabs com hastes de plástico ou alumínio são mais seguros e têm diâmetro mais adequado para a coleta de secreção uretral ou material de endocérvix. O material de endocérvix também pode ser coletado com escova citológica para pesquisa ou cultura de *Chlamydia trachomatis* porém é uma maneira mais invasiva e pode causar sangramento. Os swabs tratados com carvão também podem ser utilizados, para cultura de gonococo, entretanto se forem utilizados deve-se coletar inicialmente a amostra para *Chlamydia* e depois para gonococo.

A *Chlamydia* é bactéria intracelular e o sucesso do diagnóstico laboratorial depende do número de células contidas na amostra. São necessárias pelo menos 50 células epiteliais para um bom diagnóstico. Da mesma forma para pesquisa direta de herpes simplex necessita-se de pelo menos 25 células.

O material do orifício externo da vagina é inadequado para realização de diagnóstico laboratorial de vaginite.

CAPÍTULO V

ÚLCERAS GENITAIS

Terezinha Tenorio da Silva

De modo geral, as doenças de transmissão sexual apresentam magnitude e transcendência que lhes confere papel importante como problema de saúde pública a nível mundial. À parte as repercussões negativas que estas doenças provocam nas esferas social, psicológica e econômica, as possíveis seqüelas reprodutivas parecem ser de maior relevância. Como se não bastasse, as DST que cursam com ulcerações apresentam risco relativo 18,2 vezes maior na transmissão do HIV. Tais aspectos resuemem a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces, além das incessantes medidas profiláticas. Herpes genital, sífilis, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo têm agentes etiológicos e métodos de diagnóstico confirmatório distintos, além de produzirem lesões tegumentares e de mucosas com características clínicas próprias.

O diagnóstico clínico das úlceras genitais é difícil e de baixa acurácia. O adequado exame clínico da lesão junto com informações dadas pelos pacientes, tais como: quando e como teve início a lesão, se dolorosa ou não, antecedente semelhante, uso de medicação e presença ou não de gânglios, podem auxiliar no diagnóstico e orientar os exames complementares. Em “tempos de AIDS” e na ausência de testes laboratoriais, justifica-se inclusive, o tratamento sindrômico das úlceras genitais.

HERPES GENITAL

O *Herpes Simplex Vírus (HSV) tipo 1 ou tipo 2*, pode produzir infecção oral ou genital e após o surgimento da primoinfecção, pode tornar-se recidivante.

Diagnóstico clínico: No herpes genital primário há surgimento de exulcerações dolorosas, que tornam-se vesiculares, coalescem e ao romperem-se dão origem à exulcerações, com posterior formação de crostas e cicatrização. Há adenopatia inguinal dolorosa e com frequência, repercussão sistêmica (astenia, mialgia e febre). Após a cura da lesão tegumentar ou mucosa, os vírus podem permanecer nos nervos periféricos sensoriais. Há reativação da infecção em torno de 60 a 90% dos casos, caracterizando o herpes recidivante. O quadro clínico das lesões recidivantes apresenta menor duração e intensidade e com frequência é precedido de pródromos, como o aumento da sensibilidade local, ardência ou prurido. Frequentemente o diagnóstico do herpes genital é embasado na história clínica e características das lesões. Entretanto, deve-se ressaltar a possibilidade de presença de lesões subclínicas e/ou de difícil visualização.

Diagnóstico laboratorial: O isolamento do HSV pode ser feito em culturas de tecido, havendo melhor sensibilidade quando o material é colhido na fase vesicular. Modificações citológicas sugestivas podem ser identificadas em esfregaços corados pelo Giemsa (Tzanck), ou pelo método de Papanicolaou. PCR e imunofluorescência são métodos de alta especificidade, que também podem ser utilizados.

Tratamento - Medidas Gerais: Na profilaxia de infecções bacterianas secundárias, são úteis soluções de permanganato

de potássio 1:10.000 ou água boricada a 2%, aplicados topicamente. Analgésicos ou antiinflamatórios não hormonais por via oral estão indicados.

Tratamento da primoinfecção:

- Aciclovir 400 mg, VO, de 8 / 8 horas, por 7 dias; ou
- Valaciclovir 1 g, VO, de 8/ 8 horas, por 7 dias; ou
- Famciclovir 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias.

O tratamento supressivo pode ser indicado no herpes recidivante (mais de 6 episódios por ano), de preferência na fase prodrômica e quando as recidivas são freqüentes. O creme de aciclovir tem limitada efetividade e só apresenta algum resultado se utilizado topicamente no período prodrômico recidivante na doença recidivante.

A primoinfecção herpética durante a gravidez oferece maior risco de contaminação fetal do que as recidivas da doença. Para conduta, vide capítulo XIV – DST na gestação.

SÍFILIS

A sífilis tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, que provoca lesão ulcerada na fase primária da doença recente. Na fase secundária da sífilis recente podem ocorrer máculas, pápulas, eritema (roseólas), crostas e lesões ulcerovegetantes. Essas lesões polimorfas podem ser confundidas com processos alérgicos. Na sífilis terciária ocorrem as lesões gomosas, que surgem após longo período de latência e podem comprometer outros sistemas (cardiovascular, nervoso, ósteo-articular).

Diagnóstico clínico da sífilis primária: Cerca de duas a três semanas após a contaminação tem início uma lesão papulosa indolor no ponto de penetração do *T. pallidum*. Em poucos

dias esta lesão indolor torna-se ulcerada, com bordas salientes e endurecidas, base avermelhada não purulenta, caracterizando o protossifiloma. Com freqüência há adenopatia inguinal discreta, geralmente homolateral. Localiza-se preferencialmente na área genital, perineal ou anal, apesar de já ter sido localizada em diversas partes do corpo.

Diagnóstico laboratorial: O exame microscópico em campo escuro do material obtido da profundidade da lesão é mais específico e sensível na identificação do *T. pallidum*. Os testes sorológicos nesta fase são negativos.

Tratamento: Penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhões de unidades em cada glúteo).

Pacientes alérgicos à penicilina:

- Eritromicina 500 mg, VO, de 6 / 6 horas, por 15 dias; ou
- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12 / 12 horas, por 15 dias.

Em gestantes usar preferencialmente a penicilina. Em casos de alergia, usar estearato de eritromicina, sendo contraindicado a tetraciclina ou seu derivado, a doxiciclina.

Observação: devido à menor eficácia de passagem transplacentária da eritromicina no tratamento da sífilis, notificar o neonatologista quando a gestante for tratada com tal medicamento, pois o feto é considerado como não tratado.

CANCRO MOLE

Cancro mole, cancro venéreo simples ou cancro de Ducrey, é uma afecção provocada pelo *Haemophilus ducreyi*. Caracteriza-se por lesões em geral múltiplas ou única, que são dolorosas e têm aspecto purulento.

Diagnóstico clínico: Após período de incubação curto, de três a cinco dias, surgem lesões dolorosas, de bordas irregulares com contornos elevados e base recoberta por exsudato purulento, necrótico e de odor fétido. Devido à auto-inoculação, são mais freqüentes as lesões múltiplas, localizadas na fúrcula e face interna das formações labiais. Nos homens as lesões cancróides acometem com mais frequência o frênulo e sulco bálano-prepucial, acompanhadas de adenopatia inguinal dolorosa.

Diagnóstico laboratorial: A pesquisa microscópica do *H. ducreyi* deve ser feita no esfregaço do material obtido da base da úlcera ou por aspiração do bubão, corado pelo método de Gram. Os bacilos Gram-negativos são mais encontrados formando cadeias. Tal método é de baixa sensibilidade (40%). Ainda para diagnóstico da infecção pelo *H. ducreyi* pode-se utilizar cultura em meios específicos e amplificação molecular (PCR).

Tratamento: As medidas de higiene local como utilização de permanganato de potássio 1:10.000 ou água boricada 2% são aconselhadas em todos os casos, seguidas de antibióticos sistêmicos.

- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
- Azitromicina 1 g, VO, dose única; ou
- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12 / 12 horas, por 10 dias; ou
- Tianfenicol 5,0 g, VO, dose única; ou
- Trimetropima 160 mg + sulfametoxazol 800 mg, VO, de 12 / 12 horas, por 10 dias; ou
- Eritromicina (estearato nas gestantes) 500 mg, VO, de 6 / 6 horas, por 7 dias;
- Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)

Caracteriza-se principalmente pelo bubão inguinal e tem como agente etiológico a bactéria *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2 e L3.

Diagnóstico clínico: A doença possui três fases distintas: Após uma a três semanas do contágio, tem início uma pápula, que evolui para pústula ou exulceração genital, no local de penetração da clamídia. Esta fase é em geral despercebida pela paciente e involui espontaneamente. Após alguns dias da lesão inicial desenvolve-se a adenopatia inguinal dolorosa, característica maior da doença e corresponde à segunda fase da infecção. O gânglio infartado é unilateral em 70% dos casos e pode evoluir com supuração e fistulização por orifícios múltiplos quando não tratada. A terceira fase do LGV corresponde às sequelas da infecção clamidiana, conseqüente às obstruções linfáticas, pode surgir elefantíase, fístulas e estenose retal. Na maioria dos casos de LGV o diagnóstico é clínico, não sendo rotineira a comprovação laboratorial.

Diagnóstico laboratorial: O isolamento da *C. trachomatis* em culturas tissulares do material obtido do raspado da lesão inicial ou por aspiração do bubão, é procedimento dispendioso e demorado (5 dias). Quando positiva a cultura, observam-se corpúsculos de inclusão nas monocamadas de células Mc Coy ou Hela 229. Antígenos bacterianos podem ser detectados por imunofluorescência direta, utilizando-se anticorpos monoclonais fluorescentes. Nos casos positivos por este método, os corpúsculos elementares podem ser identificados no material obtido do bubão. Os testes sorológicos, como fixação do complemento ou ELISA, tornam-se positivos após 4 semanas da infecção,

sendo sugestivos de infecção atual títulos superiores a 1:64. No entanto, estas provas apresentam-se positivas em casos de uretrite, cervicite, conjuntivite e psitacose (causadas por outros subtipos de clamídia). Apesar do alto custo operacional, a técnica mais precisa no diagnóstico é por meio da amplificação do DNA com reação em cadeia da polimerase (PCR).

Tratamento: Doxiciclina 100 mg, VO, de 12 / 12 horas por 21 dias; ou

- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/ 6 horas, por 21 dias; ou

- Sulfametoxazol/ trimetropima(160/800 mg), VO, 12/12 horas por 21 dias; ou

- Tianfenicol 500 mg, VO, de 8 / 8 horas, por 14 dias.

Observação: Contra-indica-se a drenagem do bubão com bisturi. No entanto, pode ser aspirado com agulha grossa, nos casos em que a descompressão é imperativa.

DONOVANOSE

Donovanose ou granuloma inguinal é uma doença crônica e progressiva, cujo agente etiológico – *Calymmatobacterium granulomatis* – pode produzir lesões granulomatosas e destrutivas, que se assestam principalmente nas áreas genitais e perigenitais. Apesar de extensas, as lesões são indolores e nas quais os corpúsculos de Donovan, podem ser encontrados.

Diagnóstico clínico: Após período de incubação variável de um a seis meses surge lesão nodular subcutânea única ou múltipla, cuja erosão forma ulceração com base granulosa de aspecto vermelho vivo e sangramento fácil. Não ocorre adenite. Nas dobras das regiões genitais e perigenitais as lesões são mais

freqüentes, como úlceras de bordas planas ou hipertróficas, ulcerovegetantes, vegetantes e até elefantíase. São descritas ainda lesões extragenitais e sistêmicas.

Diagnóstico laboratorial: A identificação dos corpúsculos de Donovan pode ser obtida no material obtido por biópsia da borda da lesão, em estudo histológico corado pelos métodos de Giemsa, Leishman ou Wright. Os corpúsculos podem ser identificados também em esfregaços citológicos de fragmentos da lesão corados por Giemsa.

Tratamento: Higiene local com água boricada 2% ou solução de permanganato de potássio 1:10.000, de 2 a 3 vezes ao dia.

- Tianfenicol granulado 2,5 g, VO, dose única no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12 / 12 horas por 15 dias; ou

- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6 / 6 horas por 21 dias; ou

- Doxiciclina 100 mg, VO, de 12 / 12 horas por 21 dias; ou

- Ciprofloxacina 750 mg, VO, de 12/12 horas, até cura clínica; ou

-Sulfametoxazol/ trimetropima (160/800 mg), VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo três semanas)

Observação: Para o tratamento na gravidez vide capítulo XIV – DST na gestação.

CAPÍTULO VI

CERVICITES E URETRITES

Paulo Sergio Vieiro Naud

CERVICITES

Moderadamente, evita-se a separação das cervicites em gonocócicas e não gonocócicas, denominando-as apenas de cervicites mucopurulentas.

De maneira semelhante às uretrites, os agentes etiológicos mais freqüentes são: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma* sp, que produzem quadro característico de inflamação da cérvix uterina.

Alguns agentes causadores de vaginites também podem provocar ectocervicite, como o herpes, tricomonas e cândida, entre outros. Entretanto, as ectocervicites apresentam evolução diferente das endocervicites.

As endocervicites são assintomáticas em 90-100%, dos casos. A falta de diagnóstico e tratamento favorecem a evolução para quadros de doença inflamatória pélvica, que trará riscos ao futuro fértil da mulher, principalmente das mais jovens. Os sintomas, quando presentes, são pouco específicos, podendo ser representados por corrimento e/ou sensação de desconforto pélvico.

Quanto ao diagnóstico, havendo suporte laboratorial, testes específicos deverão ser realizados, tais como: cultura para gonococo, em meio específico de Thayer-Martin. Pesquisa para *Chlamydia trachomatis*, preferencialmente por PCR e cultura para *Mycoplasma* e *Ureplasma*, utilizando meios específicos.

Quando não houver possibilidade da realização de exames laboratoriais o manejo sindrômico é de grande utilidade. Para isto, a simples colocação do espéculo e a visualização da cérvix uterina em busca de sinais de inflamação e/ou infecção orientará no diagnóstico. Neste momento, a observação do muco cervical (normalmente límpido, cristalino e transparente), mostrará aspecto turvo ou purulento, autorizando o início do tratamento.

Tratamento

O tratamento visando o gonococo considera:

- Ofloxacina 400 mg, VO, dose única; ou
- Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única; ou
- Cefixime 400 mg, VO, dose única; ou
- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou,
- Tianfenicol 2,5 g, VO, dose única.

O tratamento visando as infecções cervicais por clamídia micoplasma ou ureaplasma considera:

- Azitromicina, 500 mg, VO, 2 comprimidos em dose total de 1 g; ou
- Doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12h, durante 7 dias; ou
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas por 7 dias.

Lembrar-se sempre que, por ser uma DST, o parceiro também deverá ser medicado.

Excluir sempre, para os tratamentos acima, os casos de gestação.

URETRITES

Embora na mulher não exista classicamente uma subdivisão em uretrite gonocócica e não gonocócica, tal subdivisão é

adotada para as uretrites masculinas, razão pela qual tal sistemática foi adotada neste capítulo.

URETRITE GONOCÓCICA

As uretrites gonocócicas são assim chamadas por produzirem fluxo uretral purulento e responderem a derivados beta-lactâmicos, o que não ocorre nas uretrites não gonocócicas.

O agente etiológico nas uretrites gonocócicas, como o nome diz, é a *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo Gram-negativo encontrado na fase aguda da infecção, intracelular em relação aos leucócitos polimorfonucleares. O período de incubação varia de dois a seis dias, com média de três dias após contato sexual infectante.

Após o período de incubação, os sintomas da uretrite gonocócica iniciam por sensação de desconforto seguido de disúria e produção de fluxo uretral purulento, secundário à inflamação de uretra.

Diagnóstico

O exame da secreção purulenta por meio de esfregaço uretral, corado pela técnica de Gram, evidencia os diplococos Gram-negativos intracelulares. Na mulher tal exame possui baixa sensibilidade. Nos casos em que o exame for negativo indica-se a cultura em meios específicos (por exemplo, Thayer-Martin).

Tratamento

Existem referências ao aparecimento de gonococos produtores de beta-lactamase, enzima que inativa a penicilina e seus derivados.

Atualmente, vários esquemas podem ser propostos, orientando-se sempre o tratamento do parceiro com a mesma posologia:

- Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
- Tianfenicol 2,5 g, VO, dose única, ou
- Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única, ou
- Ofloxacina 400 mg, VO, dose única.

É importante observar que também podem surgir as chamadas uretrites pós-gonocócicas, nas quais, outras bactérias como a *Chlamydia trachomatis* ou os *Mycoplasmas* sp podem estar envolvidos.

URETRITES NÃO GONOCÓCICAS

São todas as uretrites em que o gonococo não está envolvido. Os agentes mais freqüentes são: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* sp e, em poucos casos, *Trichomonas vaginalis*.

Dentre todos os agentes causadores de UNG, sem dúvida, o mais freqüente é a *Chlamydia trachomatis*, bactéria intracelular que está relacionada com o surgimento de outras doenças como conjuntivite, salpingite, pneumonite e artrite.

O quadro clínico, em geral, apresenta-se com poucos sintomas, sendo observado fluxo uretral seroso ou, em algumas situações, de aspecto mucoso. Entretanto, em até 50% dos casos pode não haver secreção uretral perceptível pelo paciente, causando como manifestação maior apenas o surgimento de secreção matinal, relatada como “gota matinal”, pelos pacientes de sexo masculino.

O diagnóstico clínico é prejudicado pela falta de sintomas e, em grande número de situações, as suas complicações como prostatite, orquite ou orqui-epididimite, levam a pesquisa da clamídia. A infecção na parceira sexual e/ou as complica-

ções apresentadas, são fatores que induzem a pesquisa e o seu diagnóstico nos casos de infecções masculinas.

O diagnóstico laboratorial mais utilizado é a pesquisa direta do microrganismo no material uretral (imunofluorescência ou ensaio imunoenzimático). A cultura não é prática empregada rotineiramente devido à complexidade para a sua realização. Atualmente já estão disponíveis técnicas de biologia molecular, como o PCR e o LCR (que é realizado na urina).

Os testes sorológicos não apresentam utilidade prática para o diagnóstico.

Tratamento

Os seguintes esquemas terapêuticos podem ser utilizados:

-Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12h, por 7 dias (a forma solúvel produz menos efeitos gástricos); ou

-Azitromicina 1 g, VO, em dose única; ou

O tratamento do parceiro é obrigatório.

CAPÍTULO VII

VAGINITES E VAGINOSES

Jose Antonio Simões

GUIA PRÁTICO PARA O DIAGNÓSTICO DO CORRIMENTO VAGINAL

A descrição da paciente em relação às características do corrimento nem sempre é útil para o diagnóstico correto. Nenhum sintoma é único ou patognomônico de qualquer causa de corrimento vaginal. Portanto, o profissional nunca deve tratar a mulher com queixa de corrimento vaginal sem realizar no mínimo um exame ginecológico cuidadoso.

O exame ginecológico deve ser iniciado pela inspeção da vulva, com atenção às alterações de coloração e presença de lesões ou conteúdo vaginal anormal. Durante o exame especular, deve-se avaliar cuidadosamente as características do conteúdo vaginal (quantidade, coloração, consistência), e do colo uterino (sinais de processo inflamatório). Contudo, é importante salientar que esses achados, da mesma forma que os sintomas, também são inespecíficos. Ao realizar-se o diagnóstico baseando-se apenas nas características clínicas do corrimento pode-se incorrer em erro. Por isso, a observação cuidadosa deve ser apenas a primeira etapa de um procedimento sistemático de testes de fácil execução. Recomendam-se os seguintes:

Medida do pH vaginal: teste rápido e simples que produz informações valiosas, realizado com fita de papel indicador de pH colocada em contato com a parede vaginal. Deve-se tomar cuidado para não tocar o colo, que possui pH mais básico do

que a vagina e pode provocar distorções na leitura. O valor do pH vaginal fisiológico varia de 3,8 a 4,5.

Teste das aminas (teste do cheiro): aminas são produzidas pela flora bacteriana vaginal, particularmente pelos germes anaeróbicos, podendo ser identificadas quando o conteúdo vaginal é misturado com uma gota de hidróxido de potássio (KOH) a 10%. O teste é considerado positivo quando exala odor desagradável (“odor de peixe”).

Bacterioscopia do conteúdo vaginal: a análise microscópica do conteúdo vaginal é, na prática, método útil no diagnóstico etiológico do corrimento vaginal. Tal conteúdo poderá ser analisado à fresco, com KOH a 10% e/ou esfregaço corado pelo Gram.

O achado microscópico típico do conteúdo vaginal normal inclui: células epiteliais vaginais em quantidade moderada (usualmente em maior número que os leucócitos); predominância de lactobacilos em relação às outras espécies de bactérias; ausência de “clue cells”, *Trichomonas vaginalis* ou de fungos.

As culturas de conteúdo vaginal em meios de rotina não possuem nenhum valor prático no diagnóstico do corrimento. Como o ecossistema vaginal é composto por flora bacteriana mista, quase sempre haverá crescimento de uma ou mais cepas bacterianas, mas que raramente estão associadas com o processo patológico. A maioria das bactérias isoladas fazem parte da flora vaginal normal. Somente possuem valor diagnóstico as culturas específicas, que devem ser reservadas aos poucos casos de recorrência ou dificuldade diagnóstica com os procedimentos anteriores.

Citologia oncológica (Papanicolaou): tem valor limitado para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

FLUXO VAGINAL FISIOLÓGICO

Muitas mulheres que procuram o ginecologista com queixa de corrimento vaginal, na realidade, não possuem doença. O “corrimento” que reclamam nada mais é do que o conteúdo vaginal fisiológico.

O fluxo vaginal tem composição complexa que inclui muco cervical, transudados da parede vaginal e células epiteliais vaginais descamadas. A quantidade média diária é de quatro a cinco gramas, porém pode variar muito com a idade, excitação sexual, estado emocional, fase do ciclo menstrual e com a gravidez.

O fluxo vaginal fisiológico é transparente ou branco, inodoro, de aspecto mucóide, homogêneo ou pouco grumoso. O pH vaginal é normal e o teste das aminas negativo. À microscopia, o conteúdo vaginal apresenta predomínio de lactobacilos, com células epiteliais descamativas e presença de raros leucócitos.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana é caracterizada por desequilíbrio da flora vaginal normal devido ao aumento exagerado de bactérias anaeróbias de *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Mobiluncus* sp, *Mycoplasma*, *Peptoestreptococcus* sp. Esse aumento é associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos. Deve ser lembrado que a presença nem sempre significa vaginose bacteriana.

Quadro clínico

- Corrimento vaginal, branco acinzentado, geralmente em pequena ou moderada quantidade, de odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual.

- Assintomática - embora o corrimento com odor fétido seja o sintoma mais frequente, quase metade das mulheres com VB são assintomáticas.

Diagnóstico

O diagnóstico da vaginose bacteriana deve ser feito na presença de pelo menos três dos seguintes parâmetros:

- Corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável.
- pH vaginal > 4,5
- Teste das aminas positivo.
- Presença de “clue cells” no exame bacterioscópico

O exame mais adequado para este diagnóstico é o Gram do conteúdo vaginal, avaliado segundo os critérios de Nugent.

Tratamento (opções)

O tratamento por via oral é a primeira opção, podendo ser realizado em dose única ou fracionada. Embora a eficácia das doses fracionadas seja maior, o tratamento em dose única pela sua praticidade, é recomendada nos casos não complicados.

- Metronidazol - 400 mg vo de 12/12 h por 7 d ou 2,0 g VO, dose única
- Tinidazol 2,0 g, VO, em dose única
- Secnidazol - 2,0 g, VO, dose única
- Clindamicina - 300 mg, VO de 12/12 h por 7 dias

Observação

1- O tratamento em dose prolongada é mais efetivo do que em dose única.

2- Não existe consenso na literatura com relação ao tratamento do parceiro.

O tratamento local, quando indicado, pode ser realizado com:

- Metronidazol gel a 0,75%, intravaginal, duas vezes ao dia por 5 dias, ou

- Clindamicina - creme vaginal a 2%, uma aplicação ao dia durante 7 dias.

Para tratamento em gravidez, vide capítulo XIV: DST e Gravidez.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

É caracterizada pela infecção da vulva e vagina pelas várias espécies de *Candida*. A maioria dos casos são devidos à *Candida albicans* (80-90%) mas 10-20% das infecções são causadas por outras espécies chamadas *não-albicans* (*C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. glabrata*, entre outras).

A transmissão sexual parece não ser a forma mais importante, por esta razão nem sempre a vulvovaginite fúngica é considerada uma DST.

Fatores Predisponentes

- Gravidez
- Anticoncepcionais orais
- *Diabete melito* (descompensado)
- Uso de corticóides ou imunossupressores
- Hábitos de higiene e vestuário inadequados (que diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local)
- Contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes)
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência e alergia)

Quadro clínico

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma e de intensidade variável)
- Corrimento branco, grumoso, e com aspecto caseoso (leite coalhado), geralmente aderido à parede vaginal
- Ardor ou dor à micção
- Dor às relações sexuais

- Hiperemia, edema, fissuras e maceração vulvar

Diagnóstico

- O aspecto clínico “típico” ao exame especular pode ser suficiente para o diagnóstico correto
- Exame microscópico a fresco (solução salina ou KOH a 10%) do conteúdo vaginal - detectando a presença de hifas ou esporos
- Esfregaço do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram
- Cultura - só tem valor quando realizada em meios específicos (Sabouraud ou Nickerson)

Tratamento

Tópico

Feito com derivados 5- nitro- ímidazólicos. Entre eles o miconazol, terconazol, tiaconazol e isoconazol, entre outros. Deve ser lembrado que tratamentos curtos aumentaram a adesão da paciente.

Sistêmico

- Fluconazol - 1 comprimido VO em dose única; ou
- Itraconazol - dois comprimidos VO de manhã e dois à noite, só um dia; ou
- Cetoconazol - 2 comprimidos VO após o jantar, por 5 dias;

Observação

O tratamento do parceiro é discutível nos casos recorrentes. Lembrar que os tratamentos com maior facilidade posológica apresentam maior adesão.

TRICOMONÍASE VAGINAL

A tricomoníase vaginal é causada pelo *Trichomonas vaginalis*, sendo a via sexual principal forma de transmissão.

Quadro clínico

- Corrimento abundante amarelo-esverdeado, bolhoso e com odor fétido
- Processo inflamatório importante (vagina e colo uterino)
- Prurido, disúria e dor pélvica ocasionais
- O aspecto clínico não é suficiente para o diagnóstico correto em aproximadamente 50% dos casos.

Diagnóstico Laboratorial

- Exame microscópico a fresco do conteúdo vaginal - relevando parasitas flagelados movimentando-se entre as células epiteliais e os leucócitos
- Esfregaço do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram
- Cultura em meio específico - (pouco utilizado na prática).

Tratamento

- Metronidazol - 2,0 g, VO em dose única, ou 250 mg VO de 12/12 h por 10 dias.
- Secnidazol - 2,0 g, VO em dose única
- Tinidazol - 2,0 g, VO em dose única

Observação

- 1- Parceiro: sempre deve ser tratado, preferindo-se a dose única.
- 2- Para alívio mais rápido dos sintomas deve-se associar o tratamento tópico com imidazólicos, uma aplicação vaginal à noite por uma semana.
- 3- Contra: indica-se a ingestão de álcool durante o tratamento (efeito antabuse).
- 4- As relações sexuais devem ser suspensas durante o tratamento
- 5- O tratamento prolongado é mais efetivo do que o tratamento em dose única.

CAPÍTULO VIII

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

Nilma Antas Neves

DEFINIÇÃO

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é uma doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual que acomete preferencialmente o trato genital inferior e região perineal. Pode apresentar-se sob três formas:

Clínica: Geralmente representada pelos condilomas acuminados (verruga genital, “crista de galo”), podendo ser diagnosticada com visão desarmada.

Subclínica: Diagnosticada utilizando a citologia cérvico-vaginal, colposcopia/genitoscopia e anatomo patologia.

Latente: Só pode ser diagnosticada por meio dos testes para detecção do DNA-HPV.

ETIOLOGIA / EPIDEMIOLOGIA

O HPV pertence ao grupo *Papovavirus*, DNA-vírus não cultivável. Atualmente, são conhecidos mais de 120 tipos de HPV, sendo que cerca de 36 deles podem infectar o trato genital.

Os HPV estão divididos em três grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco, quando associados a outros cofatores, apresentam estreita relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor.

- HPV de baixo risco oncogênico: 6, 11, 42, 43, 44
- HPV de risco oncogênico intermediário: 31, 33, 35, 51, 52, 58
- HPV de alto risco oncogênico: 16, 18, 45, 56

* A tendência atual é considerar os subtipos de HPV com risco oncogênico intermediário como de alto risco.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, recomenda-se biópsia das lesões nas seguintes situações:

- Existe dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia intra-epitelial (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas)
- As lesões não respondem ao tratamento convencional
- As lesões aumentam de tamanho ou número durante ou após o tratamento
- A paciente é imunodeprimida.

As **lesões subclínicas** são geralmente detectadas pela citologia cérvico-vaginal, devendo posteriormente ser avaliadas pela colposcopia e biópsia dirigidas.

O diagnóstico da presença de neoplasia intra-epitelial deve ser feito pela da histologia de fragmento obtido por biópsia.

A investigação colposcópica em presença de vulvovaginites e/ou cervicites é limitada. O tratamento dessas condições antes do exame colposcópico é recomendável.

Existem testes que identificam os vários tipos de HPV (biologia molecular), mas ainda não está claro seu valor na prática clínica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Molusco contagioso

- Micropapilomatose
- Ceratose seborréica
- Nevus intradérmico
- Condiloma sifilítico
- Neoplasia intra-epitelial

TRATAMENTO

Nenhuma forma de tratamento assegura a cura da infecção pelo HPV.

Espera-se que a remoção das lesões resulte em diminuição do risco de transmissão do HPV e que possa influenciar no risco de transformação neoplásica no colo uterino.

Os métodos de tratamento utilizados na remoção das lesões apresentam taxas de sucesso semelhantes.

Cada caso deve ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada.

Fatores que podem influenciar na conduta terapêutica:

- Tamanho, número e local das lesões
- Risco para transformação neoplásica
- Tabagismo
- Imunodepressão
- Gestantes
- Desejo da paciente

Tratamento prévio de infecções vaginais

Pode haver regressão espontânea dos condilomas acuminados e das lesões subclínicas de baixo grau de malignidade do colo uterino após o tratamento das infecções vaginais concomitantes.

TRATAMENTO LOCAL

Vulva – Períneo – Região Perianal

- Ácido tricloroacético a 80% - Aplicar pequena quantidade, somente nas lesões, até que as mesmas adquiram aspecto branco e seco. Repetir uma vez por semana, se necessário. Caso não ocorra remissão após seis aplicações, recomenda-se utilizar outro método de tratamento.

- Podofilina a 25% em solução oleosa ou tintura de benjoim - Aplicar pequena quantidade somente nas lesões e deixar secar. Lavar toda a área após quatro horas da aplicação. Repetir semanalmente, se necessário. Não deve ser utilizada na gestação.

- Podofilotoxina a 0,5% solução ou gel - A paciente pode fazer as aplicações somente nas lesões, duas vezes ao dia, por três dias. Após intervalo de quatro dias repetir novo ciclo de aplicações. Esse ciclo pode ser repetido de forma sucessiva até um total de quatro ciclos. Não deve ser utilizada na gestação.

- Diatermocoagulação - Repetir cada duas semanas se necessário.

- Laserterapia - Remoção das lesões em única sessão. Indicado para lesões muito extensas ou resistentes.

- Remoção cirúrgica - Exérese das lesões com cirurgia de alta frequência (CAF), tesoura, bisturi, cureta ou eletrocirurgia. Poderá ser necessário anestesia local, com xilocaína à 1%, sem vasoconstrictor e hemostasia com eletrocoagulação ou sutura com fio absorvível.

- Imiquimod à 5% em creme - A paciente deve aplicar o creme ao deitar, três vezes por semana, até o máximo de 16 semanas. A área deve ser lavada 6 –10 horas após a aplicação. Não deve ser utilizado na gestação.

Meato uretral

- Ácido tricloroacético a 30% - Aplicar pequena quantidade, somente na lesão até que essa fique branca e seca. Não aplicar sobre área extensa em uma única sessão para evitar estenose. Pode ser aplicado semanalmente, se necessário.

- Remoção cirúrgica

Lesões anais

- Ácido tricloroacético a 50% - Aplicar pequena quantidade, somente sobre as lesões e deixar secar. Não aplicar sobre extensa área em uma única aplicação para evitar estenose.

- Remoção cirúrgica

Vagina e Colo Uterino

- Ácido tricloroacético a 80% - Aplicar pequena quantidade, somente nas lesões, até que as mesmas fiquem brancas e secas. Repetir semanalmente, se necessário, até no máximo de seis aplicações.

- Remoção cirúrgica - Exérese das lesões com cirurgia de alta frequência (CAF), tesoura, bisturi, cureta ou eletrocirurgia.

RECOMENDAÇÕES

Para remoção das substâncias cáusticas, quando aplicadas em excesso, usar bicarbonato de sódio ou talco. Sempre que possível ou necessário, recomenda-se encaminhar a paciente com lesões uretrais ou intra-anais para os respectivos especialistas.

A exérese da lesão permite a avaliação da mesma, o que é indicado sempre que houver dúvida diagnóstica.

Quando a primeira opção terapêutica for a utilização de substâncias cáusticas e o resultado não for satisfatório, recomenda-se a remoção cirúrgica das lesões.

Evitar relação sexual durante o tratamento.

Oferecer sorologia para sífilis e HIV.

Seguimento

Informar à paciente quanto à possibilidade de recorrências.

Agendar consulta após 3, 6 e 12 meses do tratamento.

Aconselhar a paciente para realizar citologia cérvico-vaginal periodicamente.

Lesões subclínicas

Cada caso deve ser avaliado para uma conduta adequada, após diagnóstico histológico.

Fatores que influenciam a decisão terapêutica:

- Gravidade da lesão (associação com neoplasia intra-epitelial)
- Topografia e distribuição das lesões

A conduta não deve ser baseada em testes para detecção do DNA-HPV.

Na ausência de neoplasia intra-epitelial, não é recomendável o tratamento das lesões subclínicas causadas pelo HPV.

Na presença de neoplasia intra-epitelial, a paciente deve ser referenciada para serviço especializado e o tratamento será realizado de acordo com o grau da doença.

Parceiros sexuais

O papel dos parceiros sexuais (reinfecção) na persistência ou recidiva de lesões é mínimo. Como o auto-exame tem valor desconhecido, deve-se orientar os parceiros sexuais a realizar exame médico para avaliação de condilomas suspeitados ou não e de outras DST.

As pacientes e seus parceiros sexuais devem ser informados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis do HPV. O uso de condom não elimina totalmente o

risco de transmissão do HPV, pois fornece proteção apenas para o corpo do pênis. Por outro lado, se o parceiro apresente lesão por HPV na região escrotal, o preservativo não confere proteção no sentido de evitar com que a mulher se infecte.

Pacientes imunodeprimidas

Apresentam maior risco de recorrências do HPV após o tratamento, com o também do desenvolvimento de carcinoma escamoso.

O tratamento deve ser baseado nos mesmos princípios referidos para pacientes imunocompetentes.

CAPÍTULO IX

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

Newton Segio de Carvalho

DEFINIÇÃO

De acordo com o CDCP (*Centers for Disease Control and Prevention*) a doença inflamatória pélvica (DIP) é síndrome clínica caracterizada por processo infeccioso do trato genital feminino superior, incluindo qualquer combinação de endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e pelvipertonite, em que microrganismos do trato genital inferior (cérvix e vagina) disseminam-se por via canalicular ascendente. Os agentes sexualmente transmissíveis, particularmente *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* estão envolvidos na maioria dos casos, (entretanto, microrganismos que comumente fazem parte da flora vaginal (como anaeróbios, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus agalactiae*, bacilos Gram negativos e outros) podem ser causa de DIP. Além disso, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum* também podem ser agentes etiológicos.

A doença inflamatória pélvica (DIP) é doença de extrema importância que afeta as mulheres, principalmente jovens, levando a taxas significativas de complicações, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Além de todo o desconforto que causa às pacientes acometidas, são também importantes os custos econômicos da DIP, relacionados ao tratamento com antimicrobianos, internações hospitalares e absenteísmo ao trabalho.

ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

Os microrganismos causadores do DIP, localizados no trato genital inferior (cérvice e vagina), quando associados a determinados fatores facilitadores, disseminam-se por via canalicular ascendente para o trato genital superior e se instalam no endométrio, passando para as tubas, onde exercem o seu papel patogênico.

O processo inflamatório acomete as tubas particularmente nas fímbrias e ampola, o que acarreta danos ao funcionamento das mesmas. Pode ocorrer oclusão tubárea, com a formação de abscessos, e freqüentemente, os ovários também são acometidos. O extravasamento de material purulento para a cavidade pélvica leva ao aparecimento de peritonite.

De maneira geral, o processo é iniciado pelos agentes sexualmente transmissíveis, que lesam o tecido tubário. A necrose do mesmo altera o potencial de óxido-redução tecidual, o que facilita a infecção por outros microrganismos, particularmente anaeróbios. O nível de agressão depende da virulência dos microrganismos e dos mecanismos de defesa imune do hospedeiro.

CLASSIFICAÇÃO

Considerando-se o grau de evolução do processo infeccioso do trato genital superior, a DIP pode ser classificada em:

I - LEVE: Salpingite sem peritonite. Nesta fase o processo ocorre no interior das tubas, mas ainda não houve liberação de material purulento para a cavidade peritoneal através do óstio tubáreo.

II - Moderada: Salpingite com peritonite. Nesta fase o material purulento resultante do processo intra-tubário extravasa pelo óstio e compromete o peritoneo pélvico.

III – GRAVE: Abscesso tubo-ovariano. Aqui o processo infeccioso foi suficientemente agressivo causando obstrução das fímbrias tubárias com formação de piossalpinge. Neste caso, pelo fato do processo encontrar-se em cavidade fechada onde a taxa de oxigênio é mínima, existe proliferação máxima dos germes anaeróbios com posterior propagação para os ovários e formação de abscesso tubo-ovariano (ATO).

Dependendo da virulência dos microrganismos e resistência do hospedeiro, o ATO evolui na maioria das vezes para formação de processo estéril contendo líquido citrino no seu interior, denominado de hidrossalpinge. Entretanto, o conteúdo purulento dentro do ATO poderá aumentar, com conseqüente aumento de tensão e ruptura do mesmo. Trata-se de quadro grave, necessitando intervenção imediata e com obituario elevado. Tal evolução é pouco freqüente.

Observações

a) As pacientes usuárias de DIU e que apresentam DIP leve devem ser interpretadas como tendo DIP moderada. O uso do DIU, além de facilitar instalação da DIP, faz com que aumente a freqüência de formação de abscesso tubo-ovariano.

b) Em adolescentes a ascensão dos microrganismos causadores das cervicites ocorre com maior freqüência, ou seja, nas adolescentes portadoras de cervicite existe maior chance de ocorrer a DIP.

c) Pacientes portadoras do HIV, por não terem adequada resposta inflamatória, podem apresentar quadros atípicos de DIP. Geralmente as manifestações clínicas são pouco acentuadas e não correspondem à gravidade do processo. Por outro lado, em pa-

cientes com DIP a presença do HIV é mais prevalente, devendo ser sempre realizada a sorologia para pesquisa do mesmo.

DIAGNÓSTICO

Os critérios para diagnóstico da DIP tem sofrido algumas modificações nos últimos anos. Estudos realizados por laparoscopia demonstraram que muitos dos casos cujo diagnóstico clínico havia sido DIP, na verdade eram-se outras entidades ou até mesmo pelve normal.

Importante ressaltar que a exuberância de sintomas na DIP nem sempre é observada. Em muitos casos a sintomatologia é frusta, ocorrendo apenas discreto sangramento (“spotting”) que traduz a endometrite inicial, eventualmente associada com sintomas de cervicite ou uretrite. Tais casos são denominados de DIP silenciosa e a pesquisa de clamídia é fundamental para o diagnóstico. O exame anatomopatológico de material obtido por meio de biópsia de endométrio poderá demonstrar exsudato mononuclear.

A laparoscopia, apesar de ser considerada padrão - ouro para o diagnóstico da DIP, não tem sido utilizada amplamente, devido ao alto custo e morbidade associados. Outro fato a ser considerado é que, nos estádios iniciais, quando o processo inflamatório restringe-se à luz tubária, a visão laparoscópica poderá resultar em diagnóstico falso-negativo.

O diagnóstico de DIP deve ser baseado nos seguintes critérios: (Quadro 1).

Para o diagnóstico clínico é necessário a presença dos três critérios maiores somados a um dos critérios menores. Os critérios elaborados por si só definem o diagnóstico.

Quadro 1 - Critérios para diagnóstico da DIP

Critérios maiores:

Dor abdominal/ pélvica
Dor à palpação dos anexos
Dor à mobilização do colo uterino

Critérios menores:

Temperatura axilar maior que 37,8 °C
Corrimento cervical ou vaginal anormal
Hemograma com sinais infecciosos (leucocitose com desvio à esquerda)
Outras provas laboratoriais sugerindo infecção (VHS, proteína C reativa)
Comprovação laboratorial de clamídia ou gonococo na cérvix

Critérios elaborados:

Evidência histológica de endometrite
Ecografia ou tomografia evidenciando abscesso tubo-ovariano
Laparoscopia evidenciando DIP

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Ultra-sonografia: fundamental para avaliação de abscesso tubo-ovariano.
- Radiografia simples do abdome: pode ser útil particularmente no diagnóstico diferencial do abdome agudo cirúrgico (por exemplo, apendicite);
- Hemograma – velocidade de hemossedimentação aumentada e leucocitose com desvio a esquerda;
- Proteína C reativa: para evidenciar atividade inflamatória.
- Bacterioscopia, culturas para germes aeróbios e anaeróbios (quando disponíveis), pesquisa de clamídia por meio de imunofluorescência, cultura ou PCR, pesquisa de gonococo, ureaplasma e micoplasma utilizando de cultura ou PCR. Estes recursos podem ser utilizados no intuito de demonstrar a presença de agentes em material obtido da endocérvix, do fundo de saco de Douglas (obtido por punção) ou das tubas e peritônio (quando for realizada laparoscopia ou laparotomia);
- Urina tipo I e cultura, para afastar infecção urinária;

- Teste de gravidez: em alguns casos, para excluir gravidez ectópica;
- Sorologia para HIV, sífilis e hepatites, para rastrear outras DST; e
- Laparoscopia, na dependência das possibilidades de cada serviço e, principalmente, nos casos em que houver dúvida com relação ao diagnóstico.

Os dados referentes à epidemiologia são muito importantes e devem ser observados. Entre estes destacam-se: parceiro com queixa de corrimento uretral ou úlcera genital, parceiro recente (menos de 3 meses), múltiplos parceiros, ou ainda ausência de parceiro fixo. Dentre os dados clínicos ressalta-se a alteração do muco cervical (aspecto mucopurulento) ou sinais de cervicite.

O diagnóstico diferencial da DIP deverá ser feito com todas as condições clínicas e cirúrgicas que possam causar abdome agudo. Dentre estas, destacam-se gravidez ectópica e apendicite como as que trazem maior dificuldade diagnóstica. Devem ainda ser lembradas litíase e infecções do trato urinário, endometriose (endometrioma roto), ruptura ou torção de cisto ovariano, dentre outras.

TRATAMENTO

Não existe agente antimicrobiano único que apresente alta eficácia terapêutica para o tratamento da DIP. Isto se explica pela diversidade de microrganismos envolvidos nessa doença.

Obviamente, quanto mais precoce for o diagnóstico e o início do tratamento, melhores os resultados e menor o dano tubário com as suas futuras consequências (esterilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica).

A maioria das pacientes com diagnóstico de salpingite sem peritonite pode ser tratada em ambulatório com um dos seguintes esquemas:

- Ceftriaxona 250 mg IM, dose única + doxiciclina 100 mg 12/12 hs - 14 dias.

- Tiamfenicol 2,5 g, VO, dose única + doxiciclina 100 mg 12/12 hs - 14 dias.

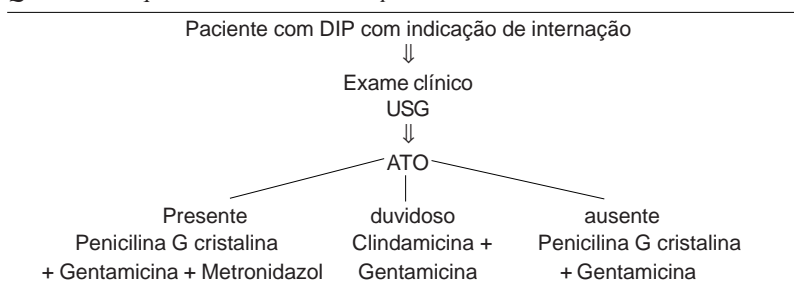
- Outros esquemas poderiam substituir ceftriaxona por ampicilina (3,5 g) + probenecida ou ofloxacina 800 mg em dose única, entre outros, mas sempre associados à doxiciclina, 100 mg de 12/12 hs, VO, por 14 dias.

Deve-se salientar que, nos casos de dúvida diagnóstica, em gestantes, em pacientes usuárias de DIU, em pacientes imunossuprimidas (exemplo: portadoras do HIV), nos quadros tóxicos de início, com temperatura maior do que 38°C, nos casos de intolerância ao tratamento por via oral ou na falta de resposta terapêutica no período de 24-48 horas, a paciente deverá ser internada para receber o tratamento parenteral.

Nos estádios de salpingite com peritonite ou abscesso tubo-ovariano as pacientes devem receber tratamento internadas.

Após a internação é fundamental diagnosticar a presença ou não de abscesso tubo-ovariano. Existem vários esquemas terapêuticos de sucesso. Um dos mais simplificados é o esquema do Quadro 2.

Quadro 2- Esquema de tratamento hospitalar da DIP:



Tal esquema é utilizado porque na presença de ATO tubo-ovariano com frequência estão presentes germes anaeróbios não responsivos à penicilina. Nestes casos é freqüente a presença do germe anaeróbio *Bacteroides fragilis*. Devem ser administrados anaerobicidas potentes tais como metronidazol (500 mg, EV, 8/8 horas) ou clindamicina (600 mg, EV, 8/8 horas). A dose da penicilina G cristalina é 5 milhões UI, EV, de 4/4 horas)

Quando houver dúvida em relação à presença do abscesso tubo-ovariano pode-se instituir:

- Clindamicina (900 mg EV cada 8/8 hs) associada à gentamicina (3 a 5 mg/kg/dia EV cada 12/12 horas ou em aplicação única ao dia.

- Caso não ocorra melhora ou seja evidenciado ATO, acrescenta-se metronidazol (500 mg EV cada 8/8 hs.) ao esquema.

A avaliação da resposta terapêutica é feita por meio de parâmetros clínicos (principalmente observando-se melhora da dor e febre) e laboratoriais (hemograma e USG) . Quando ocorrer melhora após 48 horas passa-se a administrar o metronidazol ou a Clindamicina por via oral.

Nos casos com ATO inicia-se a terapêutica e observa-se a evolução da paciente. Não ocorrendo melhora ou observando-se aumento no volume do abscesso ou ainda suspeita de rotura do mesmo, torna-se obrigatória a intervenção imediata. Com freqüência os abscessos com até 5 centímetros apresentam boa resposta ao tratamento, enquanto aqueles com mais de 10 cm habitualmente necessitam de cirurgia.

Em relação à intervenção cirúrgica para a drenagem do ATO deve-se preferir a incisão mediana infra-umbilical para diminuir a chance de infecção de parede posterior. Na inspecção

da cavidade abdominal recomenda-se extremo cuidado ao manuseio, devido à presença habitual de aderências e risco de lesão de alças intestinais ou bexiga. Neste sentido, aconselha-se instituir o preparo pré-operatório do colon para facilitar o manuseio e evitar lesão de alça intestinal. A drenagem do abscesso deverá ser praticada com a paciente em posição de proclive para evitar a disseminação do conteúdo purulento para o andar superior do abdome. Antes da drenagem deve-se coletar material para a bacterioscopia pelo Gram e cultura para germes aeróbios e anaeróbios. Habitualmente, salvo em presença de material necrótico, deve-se praticar apenas a drenagem do abscesso tubo-ovariano, evitando-se ressecções teciduais, pela possibilidade de aumentar a morbidade do caso.

Como critério de alta hospitalar considera-se, além da melhora laboratorial e clínica, a ausência de febre por, no mínimo, 48 horas.

Deve ser ressaltada a importância que o tratamento do parceiro deve ser sempre realizado, seja nos casos de pacientes tratadas ambulatorialmente ou internadas. Administra-se ao parceiro:

- Doxiciclina 100 mg 12/12 horas durante 14 dias ou azitromicina 1.0 gr VO em dose única.

Quando a paciente apresentou abscesso tubo-ovariano, além da doxiciclina VO por 14 dias, deverá receber :

- Metronidazol 500 mg VO 12/12 hs. durante 14 dias, ou
- Clindamicina 600 mg VO 8/8 hs durante 14 dias.

É fundamental a orientação das pacientes e de seus parceiros sobre as doenças sexualmente transmissíveis e o uso de preservativos, encarando a DIP dentro do contexto global de conduta e prevenção destas afecções.

CAPÍTULO X

OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ESCABIOSE, PEDICULOSE DO PÚBIS E MOLUSCO CONTAGIOSO)

Paulo Cesar Giraldo

O fato da escabiose, pediculose do púbis e infecção pelo molusco contagioso serem doenças restritas à pele, não apresentarem repercussão sistêmica importante e a transmissão sexual não ser obrigatória, justifica a forma sucinta de sua abordagem neste texto.

ESCABIOSE (SARNA)

A escabiose é uma doença que pode ser transmitida durante o ato sexual. Contudo, esta não é a única forma de propagação e não depende fundamentalmente do parceiro sexual para se difundir. Existem muitos casos observados de contaminação intrafamiliar sem transmissão sexual. Esta ectoparasitose causada pelo *Sarcoptes scabiei* acomete, diferentemente das demais DST clássicas, populações de indivíduos jovens, crianças e idosos.

Quadro Clínico

As manifestações clínicas da escabiose caracterizam-se por erupção cutânea difusa e polimorfa, acompanhada de intenso prurido. O quadro costuma agravar-se ao deitar. As lesões cutâneas estarão com suas características alteradas, na mai-

oria das vezes, em função do fenômeno de coçadura. As lesões patognomônicas (túnel cutâneo sinuoso, medindo cerca de 5 cm com pequena elevação na pele e duas pápulas nas extremidades) nem sempre são observadas. As alterações pápulo-crostosas podem se apresentar em todas as áreas do corpo humano adulto, incluindo face, palma das mãos e planta dos pés de crianças em seus primeiros anos de vida. Costumam predominar no abdômen, nádegas, inter-glúteos, flancos, coxas e mãos. A pele dos genitais também poderá ser atingida. A infecção secundária nas lesões da escabiose pode raramente levar à glomerulonefrite aguda. O diagnóstico diferencial inclui prurido de diversas etiologias: dermatoses, urticária papular, pioderma sistêmica, picada de insetos, líquen plano, herpes, urticária e pediculose.

Diagnóstico

O diagnóstico é quase sempre clínico, juntando as informações sobre as lesões polimorfas nas áreas típicas, o prurido intenso e o acometimento de mais membros da mesma família.

Existe a possibilidade de raspar as lesões com o dorso de uma lâmina de bisturi e colocar o material desprendido em uma lâmina de vidro para observação microscópica.

Tratamento

Para a escolha da droga, o tratamento deverá levar em consideração não só a eficácia mas também o potencial de toxicidade. O paciente tende a aplicar a droga mais freqüentemente e por período mais prolongado que o prescrito.

Recomendações gerais

Troca diária e fervura das vestes, das roupas de cama dos pacientes, de membros da família e do parceiro sexual.

Medicação

- Benzoato de benzila 25%- loção ou creme.

Aplicar sobre o corpo úmido por três dias. Por ser substância altamente irritante da pele pode provocar dermatite de contato.

- Lindane 1% (hexaclorociclo -hexano-isômero gama) - solução ou creme.

Aplicar sobre o corpo úmido por três dias. Deixar cada aplicação por, no máximo, 8-12 horas, removendo o medicamento com banho completo. Por ser substância altamente irritante da pele pode provocar dermatite de contato. Podem ocorrer efeitos tóxicos hepáticos e do sistema nervoso central quando em uso prolongado.

- Monossulfiram 25% (monossulfeto de tetraetiluram) - solução.

Diluir a solução em duas ou três partes de água, aplicando sobre toda superfície afetada por três dias. Como é absorvido pela pele, recomenda-se não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.

Observação

O prurido pode persistir por várias semanas. Eventualmente, há necessidade de repetir o tratamento e de associar medicação anti-histamínica oral.

PEDICULOSE DO PÚBIS (CHATO)

Doença causada pelo inseto *Phthirus pubis* (piolho), localiza-se basicamente nos pêlos pubianos e, por isso mesmo, tem na via sexual a principal forma de transmissão, que se faz de pessoa a pessoa por íntimo contato. As lêndeas da cabeça e do corpo poderão também ser transmitidas ao se compartilhar pen-

tes, toalhas e roupas. O ciclo do parasita até a forma adulta é de aproximadamente 25 dias e a duração de vida atinge de 30 a 35 dias. Existe 95% de chance de uma paciente adquirir pediculose ao ter uma exposição sexual com um parceiro infectado. Embora não freqüente, a contaminação por roupas de cama e vestimentas é possível. Não se sabe exatamente o número de casos tratados ao ano no Brasil, porém, acredita-se que seja superior aos três milhões de casos relatados nos EUA.

Quadro Clínico

O principal sintoma é o prurido intenso e constante, que ocorre provavelmente em consequência ao processo cutâneo reacional à saliva do inseto. Observam-se freqüentemente pequenas pápulas eritemato-edematosas que ocorrem em reação à picada. A infecção secundária e eczema, apesar de não muito freqüentes, podem ser as principais complicações observadas. Quando pessoas nunca expostas previamente são picadas, pode haver poucos ou ausências de sinais e sintomas. São necessários pelo menos cinco dias para que haja sensibilização alérgica. A partir daí o principal sintoma é o prurido que leva à coçadura, eritema e inflamação. Indivíduos que foram picados várias vezes no mesmo episódio podem desenvolver febrícula, mal-estar e irritabilidade.

Diagnóstico

O prurido e a localização das lesões pápulo-eritematosas permitem um diagnóstico clínico relativamente fácil. Tanto o parasita quanto as lêndeas podem ser vistos a olho nu ou com auxílio de uma lupa de mão. Quando houver dúvidas, principalmente nos casos de localização não habitual, a microscopia poderá ser realizada colocando-se o material (colhido com fita adesiva) em uma lâmina de vidro coberta com lamínula e ob-

servando-se com pequeno aumento. A dermatite seborréica no couro cabeludo (caspa), glóbulos sólidos de *spray* de cabelo e certas secreções presas ao folículo piloso podem causar alguma dúvida de diagnóstico diferencial, quando a visualização é feita a olho nu.

Tratamento (um dia)

- Lindane 1% (Hexaclorociclohexano-isômero gama). Loção ou xampu.

Aplicar a loção na área afetada e retirá-la com água, 12 horas depois. O xampu deverá ser deixado agir por pelo menos cinco minutos, devendo ser enxaguado a seguir. Está desaconselhado o seu uso durante a gestação, em lactantes e crianças com menos de dois anos.

- Metil ou naftil carbamato 0,5%.

Aplicado na forma de pó e removido 12 horas depois.

- Monossulfiram 25%.

Aplicar pelo período de 12 horas. Recomenda-se não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.

- Piretróides

Aplicar nas áreas afetadas e lavar após 10 minutos.

Observações

Os medicamentos recomendados não devem ser aplicados nos olhos. A pediculose das sobrancelhas deverão ser tratadas com curativo oclusivo e produtos oftálmicos.

As pacientes devem ser avaliados em uma semana caso os sintomas persistam.

Alguns estudos demonstraram que num pequeno número de casos, há a necessidade de se fazer uma reaplicação sete a dez dias após o tratamento.

INFECÇÃO PELO MOLUSCO CONTAGIOSO

A infecção pelo *Molluscum contagiosum* é doença de pele, causada por um poxvírus que acomete crianças mais frequentemente que adultos. Pode ser transmitida pela via sexual e não sexual, localizando-se preferencialmente no monte pubiano, grandes lábios e raiz das coxas. A via sexual de transmissão é suportada pelo fato da presença da infecção nos órgãos sexuais de parceiros, ocorrer em prostitutas e ter pico etário de incidência (20-29 anos) semelhante ao de outras DST. A presença da infecção do molusco contagioso em contactuantes familiares ocorre em 25% das famílias estudadas. Nos EUA a incidência na população branca é duas a quatro vezes mais alta que nas pessoas de raça negra.

Quadro clínico

O aspecto clínico das lesões do *Molluscum contagiosum* consiste em pápula firme, semi-esferoidal, de superfície lisa e translúcida, com umbilicação central. Atinge a pele, ficando limitada geralmente à epiderme. As mudanças dérmicas são limitadas às modificações proliferativas do estroma, embora em 20% das vezes pode ocorrer inflamação, edema, proliferação vascular, trombose e infiltração do epitélio necrótico por linfócitos, histiócitos, neutrófilos e ocasionalmente por células gigantes multinucleadas. Normalmente, as lesões atingem 5 mm de diâmetro em poucos dias de evolução e eventualmente podem chegar até 10 mm. O período de incubação, em média, costuma durar de dois a três meses e as lesões duram até dois meses. A regressão espontânea é a evolução mais freqüente, mas em alguns casos esta evolução pode prolongar-se por até três anos. O prurido discreto é ocasional e após a ruptura das lesões poderá

haver infecção secundária. Desde que não infectadas, a involução ocorre sem deixar marcas na pele. Crianças, mais tipicamente, desenvolvem lesões na face, tronco e membros, podendo em 10% a 50% dos casos apresentar lesões na região genital. Os adultos raramente desenvolvem clínica extragenital.

Diagnóstico

Dada as características típicas das lesões, o diagnóstico poderá ser feito apenas pela observação a olho desarmado. Existe ainda a possibilidade de se fazer estudo citológico (conteúdo caseoso do centro das lesões) ou histológico. A citologia do esfregaço corado por Giemsa, Wright ou Gram, poderá identificar a presença de corpúsculos de inclusão citoplasmáticos. O exame histológico da pápula biopsiada mostra uma epiderme hipertrofiada em lóbulos que projetam para a derme, sem contudo invadir a membrana basal.

O diagnóstico diferencial envolve doenças como: condiloma acuminado, ceratoacantomas, siringomas, verrugas planas, líquen plano, nevus epitelial ou intradérmico, dermatite seborréica, epitelioma de células basais, herpes simplex, varicela, dermatite atópica, entre outras.

Tratamento

Como a possibilidade de involução espontânea é grande, justifica-se o tratamento expectante. O tratamento da infecção pelo *Molluscum contagiosum* é geralmente simples e em caso de optar-se pela implementação terapêutica ativa pode-se fazer a curetagem das lesões, seguidas de cuidados locais para evitar infecções secundárias com polivinilpirrolidona-iodo (PVP-I).

CAPÍTULO XI

INFECÇÃO PELO HIV EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Eliana Martorano do Amaral

INTRODUÇÃO

Até o final da década de 80, as mulheres ainda não haviam adquirido “visibilidade” no contexto da expansão epidêmica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Até então, essa infecção era considerada doença de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis, dos hemofílicos/transfundidos e, no máximo, de suas parceiras sexuais.

Indicadores epidemiológicos mostram que o padrão de transmissão da infecção pelo HIV vem mudando no Brasil. O aumento do número de casos associados à subcategoria de exposição heterossexual fez-se acompanhar de proporção cada vez maior de mulheres, constatada na redução da razão por sexo, que passou de 23 homens para cada mulher com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) em 1984 para 2:1 no ano 2000. Relembrar que no grupo etário de 15 a 19 anos, a razão é de 1:1.

Do total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, 23,7% são em mulheres, representando um incremento de 17,7% em relação aos anos anteriores. Entre os casos do sexo masculino esse aumento foi de 10,9%. A medida em que aumenta o número de casos classificados na subcategoria heterossexual, o sexo mais atingido é o feminino. Assim, embora

ocorra número bem mais elevado de casos no sexo masculino, a tendência de crescimento no sexo feminino se destaca, o que vem sendo denominado de “feminização” da epidemia, fenômeno acompanhado pelo número cada vez maior de crianças atingidas, aumentando assim o número de “órfãos da AIDS”.

Em relação à escolaridade, à medida que o perfil de transmissão muda, atingindo cada vez mais os heterossexuais e usuários de drogas injetáveis, o nível de escolaridade dos pacientes é mais baixo. Também, quando se observa a expansão dos casos de AIDS para os municípios menores (interiorização), verifica-se que a escolaridade é mais baixa quanto menor o município.

O aumento do número de mulheres infectadas na idade reprodutiva têm sido preocupação crescente no tocante à abordagem profilática ideal. A compreensão das questões de gênero que determinam os papéis sociais de homens e mulheres, além da vulnerabilidade feminina ao HIV e as possibilidades que as mulheres tem de se protegerem, remetem, necessariamente para estas questões. Não faz parte da cultura contraceptiva brasileira a utilização do preservativo e além disto, sua adoção depende da concordância masculina. Quase como regra, os homens não gostam de métodos de barreira, por acreditarem que estes atrapalham o seu prazer sexual. Embora o uso do preservativo feminino seja ainda extremamente restrito, poderá se tornar instrumento valioso, ampliando as perspectivas da prevenção da infecção pelo HIV entre as mulheres. No Brasil é histórico que o diagnóstico e a assistência são mais tardios na atenção à saúde da mulher, e muitas vezes inadequada.

Incorporar a questão DST/AIDS à atenção integral à saúde da mulher, priorizar os programas de prevenção para as mulheres em idade reprodutiva, especialmente aquelas pertencen-

centes aos segmentos de baixa renda da população, desenvolver projetos que apontem mecanismos de envolvimento dos homens com as responsabilidades sobre a saúde reprodutiva e promover a investigação clínico-terapêutica e de meios para prevenção dirigidos às mulheres são prioridades a adotar.

Na dependência da comunidade avaliada, entre 0,1 a 3,0% das gestantes brasileiras estão infectadas pelo HIV. O uso da zidovudina na gestação reduzindo 70% da transmissão perinatal (25% para 8%), significou avanço expressivo no combate a essa forma de transmissão do HIV. Não há mais dúvida de que é preciso oferecer o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV a gestantes. Como a fase de infecção assintomática, mesmo naqueles não tratados, é prolongada, o diagnóstico precoce exige triagem sorológica mesmo na ausência de sintomas, de sinais e independentemente de comportamentos ou indicadores de risco. Os ginecologistas, como “médicos das mulheres” são os mais indicados para oferecer este diagnóstico precoce. A sorologia deve ser universalmente oferecida a mulheres em acompanhamento pré-natal, portadoras de DST, doença inflamatória pélvica ou doenças do trato genital inferior associada ao HPV, herpes genital, candidíase recorrente e mulheres inférteis. Para as outras mulheres, sinais ou sintomas clínicos observados em portadoras de HIV e alguns comportamentos de risco (uso de drogas ilícitas de qualquer tipo, DST prévia) nos antecedentes da paciente ou de seus parceiros sexuais podem ser critérios de seleção para oferta de sorologia.

Seguindo normatização do Ministério da Saúde, toda sorologia inicial para infecção pelo HIV deve ser realizada com dois testes de triagem com princípios diferentes. Se ambos fo-

rem negativos, é dado diagnóstico de sorologia negativa. Se um deles for duvidoso ou positivo ou se ambos forem positivos, exige-se a realização de teste confirmatório na última amostra (imunofluorescência ou Western blot). Assim, todos que atendem ginecologia e obstetrícia devem estar capacitados para lidar com o diagnóstico da infecção. Isso significa se habilitar para aconselhamento pré e pós-teste, que exige conhecimento técnico e sensibilidade do profissional para o impacto da solicitação, o estresse da espera pelo resultado e o impacto de um resultado eventualmente positivo.

Não é raro a mulher contaminada pelo HIV apresentar alterações infecciosas do trato genital, demandando pronta atuação do ginecologista.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Sabe-se que a depleção da imunidade celular está correlacionada com infecção sistêmica ou local por *Candida albicans*. Tal microrganismo atua como patógeno oportunista, frequentemente causando alterações orais, esofágicas e vulvovaginais. Embora ainda faltem dados sobre a história natural da vulvovaginite por *Candida* em mulheres contaminadas pelo HIV, tem-se observado que ela é uma das manifestações clínicas mais comuns nestas mulheres e ocorre com níveis relativamente altos de CD4.

As características clínicas da candidíase genital em mulheres infectadas pelo HIV podem ser semelhantes àquelas encontradas em mulheres não contaminadas por este vírus. Porém, tornam-se mais acentuadas à medida que piora o estado de imunossupressão. As recorrências também são mais frequentes nessas mulheres.

Para o tratamento existem várias drogas disponíveis, sendo aconselhável a associação do tratamento sistêmico ao tratamento local. Para a prevenção das recidivas, além das medidas gerais preconizadas, podem-se utilizar antifúngicos tópicos por curto período de tempo (2-5 dias) no período pré-menstrual. Tal medida profilática é importante para as pacientes com imunossupressão e recidivas frequentes.

TRICOMONÍASE

Evidências clínicas sugerem que a tricomoníase poderia facilitar a transmissão do HIV para o parceiro masculino já que a inflamação da mucosa resultante da infecção poderia aumentar a quantidade de vírus por mililitro de conteúdo vaginal. O quadro clínico, o diagnóstico e tratamento da infecção por *Trichomonas vaginalis* em pacientes portadoras do HIV positivas têm sido abordados, até o momento, de maneira semelhante às mulheres não contaminadas por esse vírus. Lembrar que o tratamento deve ser instituído mesmo quando o parasita for detectado em pacientes assintomáticas.

VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana representa desequilíbrio da flora vaginal decorrente da redução dos lactobacilos e aumento da flora anaeróbia. Da mesma forma que na tricomoníase ainda não foram descritas diferenças no curso da vaginose bacteriana em mulheres portadoras do HIV. Portanto, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são os rotineiramente utilizados para a doença. Por outro lado, a vaginose bacteriana pode aumentar o risco de doença inflamatória pélvica em mulheres conta-

minadas pelo HIV, além de aumentar a replicação *in-vitro* desse vírus. Por esse motivo é importante que se realize o tratamento correto mesmo em pacientes assintomáticas. Nos casos em que se diagnostica a concomitância de bactérias do gênero *Mobiluncus* a eficácia dos imidazólicos é comprometida, havendo indicação de drogas como o tianfenicol ou a ampicilina.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Em 1993 os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) revisaram o sistema de classificação para infecção pelo HIV incluindo DIP como condição sintomática da categoria clínica B. Desde que os sintomas dolorosos que ocorrem na DIP são resultado de resposta inflamatória pela produção de citocinas e outros produtos solúveis, as portadoras do HIV não são capazes de apresentar tal resposta aos microrganismos invasores devido ao comprometimento do sistema imunológico. Devido a tal fato, os sintomas da DIP podem ser menos evidentes em mulheres contaminadas pelo HIV. Os autores sugerem que a baixa prevalência de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoea* em tais pacientes pode ser explicada por uma maior suscetibilidade aos microrganismos endógenos do trato genital, eventualmente patogênicos, porém, normalmente controlados pelos fatores imunológicos em pacientes híginas.

O tratamento da DIP em mulheres contaminadas pelo HIV não difere daquelas que ocorrem em mulheres não contaminadas. Ver capítulo específico IX - Doença Inflamatória Pélvica.

INFECÇÕES PELO PAPILOMA VÍRUS HUMANO

Tem sido descrito na literatura que as pacientes portadoras do HIV tem maior prevalência de infecção pelo HPV do que a

população em geral. Por outro lado, já foi demonstrada correlação entre a infecção genital por alguns tipos de HPV e o desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical. Desde que o controle imunológico das infecções pelo HPV envolve principalmente as células T é evidente que as portadoras do HIV, além de maior prevalência da infecção, apresentam progressão mais rápida para lesões pré-invasivas e invasivas. Por tais motivos, preconiza-se a realização de exames periódicos em espaço de tempo mais curto para as pacientes contaminadas pelo HIV. Assim, tais pacientes quando assintomáticas, devem submeter-se à colposcopia e colpocitologia oncótica com intervalos de seis meses. Todavia, se a paciente já teve infecção por HPV, tais exames devem ser realizados cada três meses já que tanto a possibilidade de recorrência quanto a gravidade das eventuais lesões são maiores.

ÚLCERAS GENITAIS

As doenças sexualmente transmissíveis que classicamente levam ao aparecimento de úlceras genitais são a sífilis (cuja ulceração é o cancro duro), o linfogranuloma venéreo, o cancro mole, donovanose e o herpes genital. Para o herpes genital, as lesões ulceradas apresentam-se com maior extensão e profundidade e embora respondam ao tratamento com antivirais, vão se tornando refratárias com a queda da imunidade. Além disso, as recorrências são mais frequentes nas mulheres contaminadas pelo HIV do que na população feminina geral.

A rotina do acompanhamento ginecológico terá como focos clínicos principais a detecção precoce e tratamento das lesões pré-neoplásicas de colo uterino, vagina e vulva, outras infecções genitais, DST e reforço contínuo à orientação anti-

concepcional. Como as lesões pré-neoplásicas tendem a recidivar e eventualmente ter evolução mais agressiva nestas mulheres, recomenda-se a realização de citologia oncótica de colo uterino acompanhada de colposcopia alargada (incluindo vulva e vagina), a cada 6-12 meses nas mulheres portadoras do HIV com ampla utilização de biópsias dirigidas. A conduta posterior deve ser similar à das mulheres soronegativas, com especial atenção e orientação sobre o maior percentual de recidivas. Os episódios de herpes genital são mais freqüentes e podem ser muito graves, exigindo até mesmo tratamento endovenoso. No Quadro 1 encontra-se uma sinopse das intervenções e ações ginecológicas a serem prestadas a pacientes portadoras do HIV.

Quadro 1 - Proposta de Seguimento Ginecológico fora da Gestação

- Orientação anticoncepcional a cada visita, estimulando uso de método duplo (condom + outro método anticonceptivo eficaz)
- Colpocitologia oncótica com amostra ecto e endocervical semestral
- Colposcopia alargada, com aplicação de ácido acético 5% na vulva, vagina e colo uterino semestral
- Biópsia dirigida pela colposcopia em qualquer lesão observada
- Teste de Collins nas lesões vulvares suspeitas
- Tratamento convencional para lesões de baixo e alto grau
- Tratamento paliativo para candidíase recidivante
- Tratamento com aciclovir na recorrência do herpes genital (endovenoso nos quadros graves)

INFECÇÃO PELO HIV E GESTAÇÃO

O pré-natal da mulher com infecção pelo HIV deve ser coordenado por obstetra atualizado, integrado a uma equipe de outros profissionais médicos (infectologista) e não-médicos (enfermeira, psicóloga e assistente social). São necessários exames laboratoriais para triagem de infecções assintomáticas e complicações relacionadas ao HIV, assim como de complicações obstétricas possíveis.

Deve ser recomendado o uso de condom em todas as relações sexuais durante a gestação para diminuir a transmissão vertical do HIV. Seu uso evita a exposição a novos inóculos virais, a agentes responsáveis por corioamnionites, além de prevenir as outras doenças de transmissão sexual (DST). Cuidados domésticos de biossegurança, cuidados com animais e alimentos para evitar outras infecções, preparo para o parto, para o aleitamento artificial, para o seguimento da criança, cuidados gerais com sua saúde e futuro reprodutivo são conteúdos a serem abordados.

As consequências da infecção pelo HIV sobre a gravidez não são significativas quando a gestante recebe atenção pré-natal adequada e se encontra em boas condições clínicas, sociais e psicológicas. O vírus não é teratogênico e não prejudica significativamente o crescimento ou desenvolvimento fetais. Entretanto, redução na média de peso e maiores taxas de prematuridade e rotura de membranas podem ser mais frequentes, mesmo quando outros cofatores estão associados. Entre estes incluem-se outras infecções, maior carga viral materna, uso de drogas ilícitas e desnutrição. Devem-se prevenir ou tratar precocemente as infecções cérvico-vaginais (vaginose bacteriana, tricomoníase, clamídiase, gonococcia), reduzindo o trabalho de parto pré-termo e rotura prematura das membranas. O crescimento das lesões induzidas pelo HPV (papilomavírus humano) pode interferir com o equilíbrio da flora vaginal e até obstruir o canal de parto.

A identificação das gestantes portadoras do HBsAg para profilaxia da hepatite B nas primeiras horas de vida do recém-nascido (RN) é obrigatória. Estas gestantes também têm alta prevalência e maior risco de transmissão vertical de hepatite C, mas ainda não dispomos de medidas eficazes para reduzir o risco fetal

contra esse vírus. A sífilis, até dez vezes mais freqüente nestas mulheres, deve ser diagnosticada e tratada como na gestante não-HIV, sendo importante o seguimento sorológico posterior.

Os exames laboratoriais para as gestantes infectadas pelo HIV estão no Quadro 2.

Quadro 2 - Perfil Laboratorial em Gestantes Contaminadas pelo HIV

-
- Tipagem sanguínea
 - Urina tipo 1
 - Urocultura
 - Protoparasitológico
 - Glicemia (início da gestação e 3º trimestre)
 - Hemograma completo (mensal ou bimestral)
 - Sorologia para sífilis (início e 3º trimestre)
 - Sorologia para toxoplasmose
 - Sorologia para hepatite B
 - Sorologia para hepatite C
 - Cultura endocervical para gonococo
 - Pesquisa de clamídia endocervical
 - Enzimas hepáticas, AST E ALT (mensal ou bimestral)
 - Contagem de linfócitos T CD4 e CD8 (inicial e dependente da terapia)
 - Carga viral para HIV (inicial e dependente da terapia)
 - Teste de Mantoux ou PPD
 - Teste do cheiro, pH vaginal e Gram do conteúdo vaginal para pesquisa de vaginose bacteriana (inicial e no 3º trimestre)
 - Ecografia obstétrica (inicial e de início de 3º trimestre)
 - Cardiotocografia (iniciando com 32 semanas de gestação)
 - Colpocitologia oncológica
 - Colposcopia alargada
-

Lembrar que a cordocentese ou amniocentese para diagnóstico de infecção fetal estão contra-indicados por aumentarem o risco de infecção vertical. Se o CD4 está $< 200 \text{ cél/mm}^3$ e em mulheres sintomáticas, indica-se profilaxia de toxoplasmose e *Pneumocystis carinii*. Reativação do citomegalovírus também é um risco para a gestante e para o feto, mas o seguimento sorológico não parece ser adequado nesta situação (Quadro 3).

Quadro 3 - Profilaxia de Infecções Oportunistas (Sintomáticos e/ou CD4 < 200 cél/ml)

| |
|---|
| <i>P. carinii</i> (profilaxia primária ou secundária) |
| Sulfametoxazol (800 mg)/trimetoprima (160 mg) uma vez/dia |
| Toxoplasmose |
| Pirimetamina 25 mg VO, uma vez/dia + |
| Sulfadiazina 50 mg/kg/dia VO quatro vezes/dia + |
| Ácido folínico 15 mg VO uma vez/dia |
| Se Mantoux > 5 mm (<i>M. tuberculosis</i>): |
| Isoniazida – 300 mg/dia + piridoxina 50 mg/dia |

O uso de zidovudina (AZT) exige hemograma mensal ou bimestral e está contra-indicado se hemoglobina < 7,5g% ou neutrófilos < 1000 cél/mm³. Também é necessária a avaliação da função hepática mensal/ou bi-mensal pela toxicidade hepática.

O estudo ACTG O76 mostrou que o uso de AZT na gestação, parto e período neonatal reduz em 67,5% a transmissão vertical (TV) do HIV. A eficácia e segurança do uso do AZT na gestação estão bem estabelecidos. O esquema terapêutico do ACTG 076, com seus componentes gestacional (oral), intra-parto (endovenoso) e neonatal (oral) é preconizado para toda gestante contaminada pelo HIV, desde que não haja necessidade de tratamento. Nestes casos recomenda-se o tratamento anti-retroviral tríplice. O AZT deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico na gravidez (500 mg/dia). Já se observou que é efetivo mesmo quando administrado apenas para o recém-nascido, dentro das primeiras 48 hs de vida por quatro semanas (2mg/kg/dose, VO, 4 vezes/dia). Outras opções terapêuticas mais recentes incluem uso curto perinatal do AZT por via oral, isolado ou associado a 3TC ou nevirapina, que reduziram 50% da transmissão vertical, e a terapia altamente ativa (múltiplas drogas), com excelentes resultados sobre a tv do HIV.

Apesar de não haver dados suficientes sobre a segurança

de outras drogas anti-retrovirais na gestação é considerado inadequado retardar o tratamento ideal da mulher em função da gravidez. O tratamento ideal, hoje, consiste na associação de drogas. No Brasil, há acesso universal às drogas anti-retrovirais e está protocolado seu uso, segundo parâmetros clínicos e laboratoriais de contagem de linfócitos T CD4 e carga viral (Consenso de Terapêutica Antiretroviral para Adultos e Adolescentes, 2000). Se a mulher não engravidou sob uso deste esquema terapêutico, deve-se iniciá-lo na gestação na dependência destes parâmetros. Só deverão utilizar AZT isolado seguindo o protocolo ACTG 076, as gestantes assintomáticas, com carga viral abaixo de 10.000 cópias/ml e CD4 maior que 500 cél/mm³.

Estudos mais recentes sobre a influência da via de parto na transmissão vertical do HIV1, mostram que a cesárea eletiva reduz à metade a TV de HIV, quando comparada a cesárea não-eletiva (em trabalho de parto ou com membranas rotas) e parto vaginal. Talvez as contrações do trabalho de parto sejam responsáveis pela maior transmissão da infecção. Porém, há mais infecção puberal após o parto (de incisão cirúrgica, endometrite e infecção urinária) entre mulheres portadoras de HIV, atingindo 20% nas cesáreas eletivas e 4% nos partos vaginais não-instrumentais. Como as novas modalidades terapêuticas com anti-retrovirais têm reduzido a 0% a TV do HIV é possível que o benefício observado com a cesárea eletiva possa ser anulado. Se o parto for vaginal, algumas orientações para reduzir a TV-HIV estão listadas no Quadro 4. De qualquer forma, a cesárea eletiva hoje está indicada se a gestação for maior que 38 semanas, a carga viral maior que 1000 partículas/ml, a gestantes estar fora de trabalho de parto e com as membranas integras.

Quadro 4 - Proposta de Conduta para Parto

- Manter membranas íntegras enquanto possível
 - Procurar evitar trabalho de parto > 4 hs após a rotura das membranas
 - Evitar episiotomia nos partos vaginais
 - Cesárea se carga viral > 1000, bolsa íntegra, fora de trabalho de parto e gestações com mais de 38 semanas (comprovadas por ecografia)
 - Profilaxia antibiótica nas cesáreas com cefazolina (2 g. EV, dose única)
 - Não realizar punção de couro cabeludo fetal, fórcepe ou qualquer intervenção que possa comprometer integridade da pele do feto
 - Proteger área de sangramento da episiotomia ou histerotomia no delivramento fetal
 - Utilizar terapia anti-retroviral durante o trabalho de parto, parto e período neonatal
 - Aspirar vias aéreas superiores do RN de forma atraumática
 - Não punccionar veia do recém-nascido antes de limpeza da pele
 - Indicar aleitamento artificial
-

Informações científicas que têm sido divulgadas a cada mês desatualizam qualquer texto de revisão bibliográfica. Isto exigirá que os ginecologistas se mantenham atentos aos avanços científicos para atualizarem sua conduta clínica. Mas o esforço para identificar as mulheres que são soropositivas para HIV e oferecer a melhor conduta conhecida até o momento se justifica plenamente.

ACOMPANHAMENTO PÓS-PARTO E ACONSELHAMENTO REPRODUTIVO

A amamentação é desaconselhada porque agrega 14 a 30% de risco de transmissão vertical. A confirmação da infecção no recém-nascido pode demorar de três até 18 meses, dependendo dos recursos laboratoriais disponíveis se a criança não desenvolve quadro clínico de AIDS. Apenas 50% das crianças infectadas pela via vertical mostrará testes antigênicos (cultura, PCR) positivos na 1ª semana de vida. Quanto ao teste ELISA, que detecta anticorpos anti-HIV, todos os RN serão positivos por transferência passiva da IgG materna pela pla-

centa. Sua permanência além de 15-18 meses indica infecção vertical. O encaminhamento do recém-nascido para equipe pediátrica especializada deve ser imediato, ou mesmo iniciar-se antes do parto. Lembrar que o recém-nascido deve receber alta usando AZT xarope até o 42º dia de vida. Após o parto, a continuidade da terapia anti-retroviral se impõe na mulher que tenha indicação clínica segundo o protocolo vigente. Se foi utilizado AZT como profilaxia da transmissão vertical, então a terapia materna deve ser suspensa. A orientação sobre futuro reprodutivo é um dos pontos principais da assistência à mulher portadora do HIV no período não-gestacional.

Como o aleitamento artificial é recomendado, a anti-concepção eficaz precisa ser iniciada passados os primeiros 30 dias do parto. Como o cuidado adequado pré-natal tem levado a resultados gestacionais favoráveis, as taxas de transmissão vertical baixaram, a sobrevivência das mulheres e a das crianças infectadas aumentaram sensivelmente e modificaram suas expectativas em relação ao futuro reprodutivo.

O estímulo ao uso do condom, reforçado na gestação, deve continuar. Para o casal concordante, ambos infectados, seu papel incluiria: contracepção, prevenção de exposição sexual a outras DST e prevenção de exposição a nova carga viral. Recomenda-se a utilização de método anticoncepcional duplo, condom e outro, pelas conhecidas falhas de uso do primeiro resultando em gravidez inesperada e/ou não programada. Estas mulheres reduzem drasticamente a frequência das relações sexuais após saberem de sua condição de infectadas e há um incremento na adesão ao uso do condom após o diagnóstico, embora ainda reste um terço de mulheres sexualmente ativas que não o utilizam.

Sugere-se que o uso de anticoncepcionais hormonais teria interferência sobre o sistema imune, mas não há dados definitivos para contra-indicar seu uso nas mulheres portadoras do HIV. Também não há confirmação sobre uma possível interação das drogas anti-retrovirais e outras medicações com os hormônios contraceptivos. Entretanto, havendo comprometimento da função hepática (por exemplo, hepatite C concomitante), o anticoncepcional conjugado deve ser evitado.

Orienta-se evitar o uso de dispositivo intra-uterino.

CAPÍTULO XII

HEPATITES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Marcos Machado D'Ippolito

HEPATITE B

Etiologia

O vírus causador da hepatite B (VHB) é um DNA, vírus que possui em seu contexto fisiopatológico a possibilidade de cronificar-se.

Epidemiologia

O vírus da hepatite B é o maior determinante de doença hepática aguda e crônica no mundo, especialmente se contraído por transmissão vertical. A transmissão por via sexual é uma das mais importantes formas de disseminação do vírus, tanto homo quanto heterossexual. Isto faz com que o ginecologista-obstetra tenha papel fundamental na prevenção da transmissão horizontal e vertical deste vírus.

Patogenia

Período de incubação: 4 a 23 semanas

Doença Aguda: pode variar desde um quadro genérico de virose até a sintomatologia clássica de hepatite com icterícia, náuseas, vômitos, fadiga, dor em hipocôndrio direito, febre e alteração das enzimas hepáticas. Raramente irão ocorrer hepatite fulminante e morte.

Doença Crônica: aproximadamente 10% dos infectados

irão desenvolver hepatite crônica em uma das seguintes formas: hepatite crônica assintomática (HBsAg positivo e função hepática normal); hepatite crônica persistente (função hepática anormal) e hepatite crônica ativa (com sintomas sistêmicos indistinguíveis da hepatite aguda). A designação do termo crônico é de doença com mais de seis meses de evolução. Pacientes com hepatite crônica podem desenvolver cirrose hepática e carcinoma hepatocelular primário.

Diagnóstico

Clinico: é difícil a diferenciação clínica com outras doenças virais. Quando há sintomatologia sugestiva, o diagnóstico é feito por sorologia específica.

Laboratorial: os marcadores sorológicos são: HBsAg, HBeAg, anti-HBsAg, as anti-HBcAg e anti-HBeAg.

Pré-natal: o rastreamento de rotina é feito a cada gravidez com a solicitação do HBsAg e do anti-HBc na primeira consulta, se forem negativos, repete-se o HBsAg no 3º trimestre. Para as pacientes expostas a situações de risco (usuários de drogas endovenosas, parceiras de usuários de drogas, parceiras de portadores de HBV, múltiplos parceiros, ocorrência de outras DST, profissionais de saúde e sob hemodiálise) o rastreamento deve ser realizado trimestralmente.

Prevenção

Importância: a infecção crônica por HBV e a doença hepática crônica em 90% dos casos ocorre em indivíduos infectados até os 5 anos de idade, portanto a melhor prevenção é a vacinação na infância. No Brasil estamos aguardando a efetividade da imunização ativa no calendário vacinal. No adulto, a relação custo/benefício da vacinação não justifica o uso

indiscriminado, sendo esta limitada aos casos de maior risco (como por exemplo profissionais de saúde).

Vacinação: três doses intra-muscular (preferencialmente no deltóide), sendo a 2ª e 3ª doses 1 mês e 6 meses após a primeira, respectivamente.

Vacinação pré-exposição no adulto: indicada para os indivíduos com ocupação de risco, pacientes de hemodiálise, usuários crônicos de hemoderivados, UDI, parceiras de portadores de HBV, profissionais do sexo e mulheres com múltiplos parceiros, pacientes com história recente de outras DSTs.

Imunização pós-exposição:

- Sexual - com portador da doença aguda: vacinação e imunoglobulina (HBIG) na dose de 0,06 ml/kg (preferencialmente nas primeiras 24 h)

- Contato percutâneo e permucoso: vacinação e HBIG

Prevenção da transmissão vertical: vacinação e HBIG (0,5ml) nas primeiras 12 h (não se sabe a eficácia do uso após 24h).

Apesar da possibilidade de transmissão pelo leite materno, uma vez estando o RN imunizado, não é necessário contra-indicar o aleitamento materno.

HEPATITE C

Etiologia

O vírus causador da hepatite C (HCV) é um flavivírus (RNA).

Epidemiologia

A maioria das hepatites denominadas durante anos como não-A e não-B, principalmente pós-transfusionais, são hoje reconhecidas como causadas pelo vírus da hepatite C. Grande

parte da transmissão se dá por via endovenosa afetando principalmente usuários de hemoderivados, hemodialisados e usuários de drogas ilícitas por via endovenosa. No entanto, a disseminação do vírus pode se dar também por via sexual.

Patogenia

Período de incubação: em média oito semanas

Doença aguda: a infecção é na maioria das vezes assintomática, e em 75% dos casos anictérica. Podem surgir sintomas leves como cefaléia, mialgia, febre e artralgia.

Doença crônica: cerca de 50% dos infectados desenvolvem hepatite crônica (função hepática anormal), e 10% a 20% irão apresentar complicações hepáticas (cirrose e carcinoma).

HEPATITE C E GRAVIDEZ

A transmissão vertical pode ocorrer nos casos de gestante com infecção crônica (2-3 %) ou infecção aguda no 3º trimestre.

Como não há eficácia comprovada na prevenção da transmissão vertical, e o risco de doença hepática crônica é elevado, todo o RN deve ser submetido a um seguimento rigoroso para a busca de doença clínica ou soropositividade.

Alguns estudos recentes sugerem que a infecção pelo HIV aumenta a eficácia da transmissão vertical do HCV (passa de 3 para 36%).

Diagnóstico

Clínico: difícil diferenciação com outras viroses. O diagnóstico é clínico-laboratorial, pois a presença do anticorpo específico não significa que a doença esteja em progressão.

Laboratorial: detecção do anti-HCV (ELISA ou RIA, confirmadas pelo RIBA). Como as sorologias existentes detec-

tam apenas anticorpos, o diagnóstico pode ser difícil no primeiro ano de infecção ou em imunodeprimidos. O PCR qualitativo confirma o diagnóstico de doença em atividade e o PCR quantitativo indica carga viral e orienta a terapêutica.

Pré-Natal: a sorologia deve ser limitada às pacientes de risco (usuário e/ou, parceiras de usuários de drogas ilícitas por via intravenosa, hemodialisadas, hemotransfundidas) ou à rotina diagnóstica de viroses que ocorram durante a gestação. Aconselha-se que a gestante HIV soropositiva também seja submetida a sorologia para o HCV, como forma de análise prognóstica da transmissão perinatal do HIV.

Prevenção

Considerações: não existe vacinação contra o HCV, logo a melhor forma de prevenção é a sorologia pré-transfusional em bancos de sangue, e o uso de preservativo e seringas descartáveis entre usuários de drogas.

CAPÍTULO XIII

DST NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Terezinha Tenorio da Silva

No limiar do terceiro milênio, passados 50 anos da Declaração dos Direitos Universais dos Seres Humanos e 10 anos da existência do Estatuto da Criança e do Adolescente é inaceitável o número de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Segundo dados da OMS, existem cerca de 3 milhões de menores vítimas de pedofilia no mundo. Apesar da subnotificação, constata-se, na prática, o aumento do número de casos de DST nessa população, em geral, como uma das seqüelas da violência sexual (vide capítulo XV - Violência Sexual).

Quando a violência ocorre durante a infância, as meninas são mais vitimadas do que os meninos e, na maioria dos casos, o agressor é pessoa da família ou próximo a ela. Entre os adolescentes do sexo feminino há maior número de casos e de repercussões negativas, pela possibilidade da gestação não planejada e da transmissão de infecções, além dos agravos psicológicos, notadamente mais fortes. Neste grupo, diversos fatores contribuem para o maior atendimento aos apelos da sexualidade. A mídia, com freqüência e de modo explícito convoca os adolescentes ao exercício da sexualidade, sem alertá-los para as possíveis conseqüências do ato sexual, como DST e gravidez não planejada. O uso de drogas e as restritas opções ocupacionais, alia-

dos à impulsividade própria dos jovens, contribuem para a atividade sexual precoce, que em alguns casos, representa para eles o suporte financeiro, como ocorre “no turismo sexual”.

Constata-se ainda que o abuso sexual na infância pode levar a comportamento de risco mais tarde, incluindo o início precoce da atividade sexual consensual na adolescência. Quanto mais precoce o início da atividade sexual, maior a probabilidade de troca de parceiros e, conseqüentemente, maior exposição às DST. Mesmo quando informados sobre a prevenção das DST, os adolescentes usam preservativos de forma inconsistente, apenas no início de um novo relacionamento ou com parceiros eventuais. A observação de qualquer anormalidade nos genitais não é interpretada como sinal de alerta, ficando sempre para segundo plano procurar ajuda, na esperança de tratar-se de “mal passageiro”. Estudos têm mostrado que os adolescentes em geral, consideram-se monogâmicos (talvez por isso não valorizam o uso do preservativo). No entanto, trocam de parceiros com frequência elevada. Desse modo, as infecções são transmitidas monogâmica e seriadamente entre eles. Paralelo a isto, os preservativos adequados à sua anatomia não são disponíveis em larga escala no comércio. Tanto os fatores quanto os comportamentos de risco para DST são mais frequentes entre os adolescentes, quando comparados com os adultos jovens. Atualmente, metade dos portadores de AIDS no mundo tem menos de 25 anos de idade, o que significa dizer que a infecção pelo HIV ocorreu na adolescência. A cervicite mucopurulenta, produzida em geral, por *C. trachomatis* e/ou *N. gonorrhoeae* é mais frequente na adolescente. Entre as complicações da cervicite incluem-se doença inflamatória pélvica, esterilidade,

gravidez ectópica e dor pélvica crônica, com todas as repercussões reprodutivas negativas.

MANEJO DAS DST EM ADOLESCENTES

As técnicas para o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos das DST em adolescentes, em geral, não diferem dos utilizados em adultos, descritos ao longo deste manual. No entanto, o aconselhamento, enfocando todos os aspectos profiláticos, deve ser cuidadosamente realizado e repetido a cada visita. A orientação quanto às práticas sexuais mais seguras e a possibilidade de transmissão de microrganismos, mesmo entre pessoas aparentemente saudáveis, deve ser enfatizada. O combate a uso de drogas e o alerta sobre a prevenção da gravidez, são também componentes do aconselhamento. Se há indícios de abuso sexual, o médico deve encorajar a jovem ao exercício da cidadania, com a formalização da denúncia.

MANEJO DAS DST NA INFÂNCIA

O diagnóstico de qualquer doença de transmissão sexual em crianças deve alertar o médico para a possibilidade de abuso sexual, principalmente aquelas de etiologia bacteriana. Com freqüências as crianças relutam em comunicar o abuso, por medo, vergonha, sentimento de culpa ou mesmo por incapacidade verbal. No entanto, irritabilidade, mudança de hábitos e de humor em crianças com DST, devem alertar para a possibilidade de abuso sexual.

Apesar de vários microrganismos poderem ser veiculados verticalmente, da mãe para o filho durante a gravidez, parto ou puerpério, da existência de alguns microrganismos com

período de incubação longo e da possibilidade de infecção subclínica, a violência pode ser o fator inicial. A comprovação de violência sexual com DST nem sempre é fácil. O agressor é, em geral, membro da família ou próximo a ela, podendo inclusive haver convivência de outros familiares. Os complexos fatores sócio-econômicos e culturais, contribuem para esse lamentável episódio, que ultrapassa os limites da tolerância. Quando o abuso sexual não é testemunhado, quando não há denúncia formada ou réu confesso, haverá sempre dúvida quanto a forma de transmissão da DST em menores. Contribuem para isto, as condições de miséria e deficiente higiene em que vive grande contingente populacional, favorecendo a contaminação ocasional.

Os meios de diagnóstico para as DST em crianças, não diferem daqueles propostos para pacientes com outras idades. Devem ser evitados procedimentos invasivos desnecessários e sempre que possível, fazer uma abordagem epidemiológica diagnóstica em todas as pessoas que, de alguma forma convivam com a criança portadora de DST. Para o tratamento, as recomendações são as mesmas para o adulto, ressaltando-se o cuidado no ajuste das doses farmacológicas adequadas ao peso corporal e à idade.

CAPÍTULO XIV

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GRAVIDEZ

Geraldo Duarte

INTRODUÇÃO

Quando se analisam as doenças sexualmente transmissíveis (DST) sob o prisma da gravidez, elas assumem importância que extrapola a perspectiva singular do diagnóstico e adquirem condição que obriga o profissional de saúde a fazer uma abordagem pluralista no cuidado às gestantes, considerando não apenas os efeitos lesivos dessas doenças sobre o feto, mas também a via de parto e a terapêutica, que em alguns casos é mais danosa ao produto conceptual que a própria doença. O comprometimento da gestação em decorrência das DST pode se revelar clinicamente na forma de aborto, malformação congênita, retardo de crescimento intra-uterino, amniorrexe prematura, morte fetal, infecção perinatal, prematuridade, deficiência neonatais múltiplas e até óbito neonatal.

Atendendo aos objetivos editoriais deste manual, maior ênfase será dispensada às seções de complicações maternas e fetais decorrentes das DST e às particularidades da abordagem diagnóstica e terapêutica no período gestacional. A abordagem da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em gestantes encontra-se no capítulo XI - Infecção pelo HIV em Ginecologia e Obstetrícia.

GONORRÉIA

A transmissão da *Neisseria gonorrhoeae* é essencialmente sexual, devendo-se salientar, no entanto, a contaminação fetal através do canal de parto.

Sabe-se que a prevalência da gonorréia em gestantes varia de acordo com a população avaliada, faltando no Brasil um sistema de diagnóstico e documentação sistematizados. O registro de algumas casuísticas resultam de iniciativas isoladas, impedindo comparações mais abrangentes. Com base na frequência citada na literatura nacional, a gonorréia pode ser diagnosticada em 0,4 a 3,0% das gestantes.

Complicações maternas e fetais

Para o lado materno as complicações da gonorréia genital podem ser bartholinite, peri-hepatite, artrite e endocardite. Sabe-se que os processos septicêmicos dessa doença são raros, mas mais frequentes em gestantes, fatos que obrigam o obstetra a exercer um maior rigor no controle de gestantes portadoras dessa infecção que estejam sob sua responsabilidade.

A gonorréia como causa de aborto é referida na literatura mais antiga, mas negada na literatura mais recente. No entanto, amnionite, ruptura prolongada das membranas, prematuridade, oftalmia e sepse gonocócica do recém-nascido são complicações temidas e relativamente frequentes.

Tratamento

Inicialmente, o tratamento da gonorréia durante a gestação deve contemplar orientação adequada à mãe no tocante aos riscos da doença para seu organismo e para seu filho, promovendo a adesão à terapêutica e ao cuidado com o(os) contactante(s). Em relação ao tratamento

medicamentoso para grávidas opta-se pelas drogas injetáveis e administradas em dose única, baseando a escolha nos dados epidemiológicos da comunidade sobre resistência do gonococo à penicilina. Não havendo resistência descrita aos antibióticos β -lactâmicos, o mais indicado é a penicilina G procaina, 4.800.000 U por via intramuscular. Dentre as cefalosporinas, a ceftriaxona (250 mg por via intramuscular) e a cefotaxima (1,0 g via intramuscular) são as mais utilizadas. Segundo os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1998), todas as cefalosporinas mais recentes apresentam bons resultados contra o gonococo, mas nenhuma apresenta resultados melhores do que aqueles obtidos com a ceftriaxona. Se a paciente apresenta algum tipo de intolerância às cefalosporinas, estará indicada a espectinomicina, mas as oscilações no ritmo de produção deste medicamento no Brasil limitam sua indicação formal. Do ponto de vista prático as medicações via oral, apesar de efetivas, tem aceitação limitada entre gestantes devido ao incremento dos transtornos digestivos próprios desse período.

Para controle de tratamento orienta-se a cultura de endocérvix/uretra/fundo de saco vaginal 72/horas após a terapêutica, comprovando a eficácia do tratamento. Se realizada dentre deste tempo, permite identificar precocemente falhas terapêuticas e instituir nova medicação.

A profilaxia da oftalmia gonocócica do recém-nascido com nitrato de prata a 1,0% tem eficácia comprovada. A utilização de colírio de eritromicina também pode ser aventada, pois além de prevenir a oftalmia gonocócica faz também a profilaxia da oftalmia neonatal por *Chlamydia trachomatis*.

SÍFILIS

O *Treponema pallidum* (TP) não sobrevive fora do hospedeiro e pode ser destruído facilmente por calor, sabão ou água. Por este motivo, para que ocorra a transmissão horizontal desse microrganismo é necessário que haja íntimo contato entre os parceiros sexuais. A transmissão do TP também pode ocorrer por meio da exposição parenteral a sangue ou instrumentos contaminados e disseminação hematogênica transplacentária, responsável por perdas conceptuais e pela sífilis congênita.

A prevalência da sífilis durante a gestação varia na dependência da metodologia considerada para diagnóstico e da população estudada. Infelizmente, no Brasil não existe sistema de uniformização diagnóstica para a lues e nem documentação central sistematizada que permita comparações e verificação de tendências. O registro de algumas casuísticas resultam de louváveis iniciativas, mas não refletem a situação real dessa doença na população de gestantes brasileiras, impedindo comparações mais abrangentes. De forma geral, pode-se considerar que a incidência em gestantes varia de 1,5 a 5,6%.

Evolução clínica da sífilis adquirida

Clinicamente, a evolução da sífilis é dividida em fases, sendo considerada recente com até um ano de evolução, latente e tardia. A sífilis latente traduz o “silêncio clínico”, caracterizando a fase assintomática da doença, impossível de ser diagnosticada sem o auxílio do laboratório. Na realidade a classificação temporal da sífilis não é o ponto mais importante para o pré-natalista na abordagem dessa doença, mas sim a capacidade de reconhecê-la sob os mais variados disfarces clínicos.

Não existem indícios de que a gestação mude o curso clínico da sífilis recente, entretanto, pode influenciar sobre as características da lesão primária, eventualmente manifestando-se com os bordos amolecidos. Na região perianal, pode apresentar-se como lesão esfoliativa, fugindo do padrão habitual. Estas particularidades podem dificultar e retardar o diagnóstico clínico da sífilis, obrigando o obstetra a discuti-lo como diagnóstico diferencial em toda a lesão genital ou cutâneo-mucosa bizarra, sem levar em consideração raça, cor ou nível sócio econômico.

Na sífilis latente, o “silêncio clínico” faz com que esta fase só possa ser diagnosticada por meio das provas sorológicas. Nesta fase a espiroquetemia tende a diminuir e o aparecimento de lesões típicas da sífilis tardia é o limite clínico do seu término. Na sífilis adquirida tardia a espiroquetemia é baixa, aceitando-se que a transmissão vertical seja rara nesta fase.

Diagnóstico

Certamente a pesquisa sorológica da sífilis é a principal arma na detecção dessa doença, seja para rastreamento ou para diagnóstico. Do ponto de vista prático os testes mais utilizados com esse objetivo são o VDRL e o RPR. Por utilizarem antígenos inespecíficos na reação cria-se a possibilidade de apresentarem reações cruzadas com algumas doenças e com a própria gravidez. Entretanto, a inespecificidade diagnóstica destes testes é compensada por elevada sensibilidade (necessária para provas de rastreamento), custo relativamente baixo, baixa complexidade técnica e por servirem para controle de tratamento, visto que são provas tituláveis.

Os testes séricos que aferem a presença de anticorpos específicos para os antígenos de superfície do TP são chamados

“testes específicos”. Os mais utilizados são o FTA-Abs, MHA-TP e o ELISA. O FTA-Abs-IgM e o PCR também são provas específicas, mas devido à complexidade técnica e custos, são mais utilizados na elucidação do diagnóstico de sífilis congênita.

De forma geral, orienta-se para realizar pelo menos dois exames de triagem da sífilis durante o pré-natal, repetindo-os no momento do parto.

Efeitos da sífilis sobre embrião/feto/recém-nascido

Nos casos em que a infecção luética materna ocorre antes da concepção a resposta imune de mãe protege parcialmente o feto, tanto na frequência como na gravidade das lesões. Entretanto, essa proteção é parcial e não consegue evitar totalmente a espiroquetemia materna, requisito fundamental para a transmissão vertical deste microrganismo.

A transmissão vertical do TP pode resultar em abortamento, óbito fetal, morte neonatal e recém-nascido com sífilis congênita. Baixo peso ao nascimento, trabalho de parto pré-termo e prematuridade são alterações citadas, mas sem opiniões consensuais a respeito.

As cifras de abortamento por sífilis não refletem a realidade de sua ocorrência. A não-realização de exame anatomo-patológico rotineiro em todos os restos conceptuais de aborto, tentando identificar lesões típicas do TP, inviabiliza as tentativas de inferir numericamente a frequência do aborto causado por sífilis. No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, foi de 5,1% entre as gestantes luéticas, mais baixa que os 9,1% identificados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Na realidade o embrião/feto pode ser acometido em qualquer fase da gestação, só que o mesmo não exhibe

reação imunológica contra o TP antes da 15^a– 16^a semana de gestação. Por isto, nas perdas fetais precoces o feto não apresenta sinais periféricos do acometimento luético, portanto, não é reconhecido como sífilítico.

De forma geral, considera-se que a frequência da morte fetal e da sífilis congênita seja uma relação direta da infecção luética na população feminina em idade reprodutiva. Indubitavelmente, ambas refletem a falta de assistência prenatal adequada.

Tratamento

Devido ao tempo prolongado de replicação do TP, o tratamento utilizando penicilina de depósito mostra-se bastante útil e efetivo também durante a gravidez. No entanto, não existe consenso sobre a dose de penicilina benzatina ideal para tratar a sífilis durante a gestação. Não se sabe com exatidão se o fracasso terapêutico observado em algumas casuísticas seria devido ao aumento volêmico da gestante (demandando doses maiores de penicilina) ou seria o aparecimento de cepas do TP que estivessem desenvolvendo tolerância a penicilina. Até que estas dúvidas sejam resolvidas, talvez seja mais prudente optar-se pelos esquemas posológicos de maior dosagem, justamente aqueles que logram os melhores resultados perinatais na prática de grupos isolados de pesquisadores.

Na sífilis recente utilizam-se 2.400.000 UI de penicilina benzatina (metade em cada nádega) repetindo essa dose uma semana após. Como na grávida as manifestações clínicas da sífilis são muitas vezes atípicas, freqüentemente geram confusão quanto ao tempo presumível da doença. Na dúvida, opta-se pelo tratamento como se a evolução fosse maior que um ano, recomendando-se 9.600.000 UI de penicilina benzatina, divi-

didadas em doses semanais de 2.400.000 UI. Como já foi dito, esta dosagem é considerada elevada, mas têm sido observadas falhas terapêuticas com doses menores. A penicilina procaina na dose de 600.000 UI administrados de 12/12 horas por dez dias pode ser uma alternativa, mas a aderência é baixa.

Segundo o CDC (1998), nos casos de alergia à penicilina, deve-se preferir a dessensibilização a esse fármaco do que utilizar os tratamentos alternativos como a ceftriaxona e a eritromicina. Quanto à ceftriaxona, além do risco de anafilaxia, apresenta o risco de reação de Jarisch-Herxheimer, tanto materno como fetal. A eritromicina (2,0 gramas diários, durante duas semanas na sífilis recente, prolongando para três semanas na latente ou tardia) não trata o feto, em decorrência de seu reduzido potencial de transferência placentária. Mesmo sabendo das limitações do tratamento alternativo da sífilis durante o período gestacional, em nosso meio, por limitações estruturais ainda não é possível indicar a dessensibilização à penicilina de forma generalizada no Serviço Público de Saúde. Outro grande problema é o tratamento tardio, com fetos já agônicos, fornecendo falsa impressão de fracasso terapêutico.

Para o controle de tratamento orienta-se para realizar provas não específicas (VDRL ou RPR). Durante a gravidez os títulos dessas reações demoram mais para exibirem a redução considerada ideal (redução de quatro vezes o título inicial em três meses). O ideal seriam provas mensais de controle após o término do tratamento.

CANCRO MOLE

A automedicação e precário serviço de notificação dos casos de cancro mole aos Serviços de Saúde Pública são os prin-

cipais fatores que impedem uma avaliação da incidência global dessa doença durante o período gestacional em nosso meio.

Aparentemente o cancro mole não apresenta riscos diretos para o feto ou recém-nascido e as complicações referidas (amniorrexe prematura e trabalho de parto pré-termo) dependem mais de sua associação com o gonococo, estreptococo do grupo B, clamídia e vaginose bacteriana.

Diagnóstico

Lembrar da possibilidade de associação do cancro mole com outras DST que apresentam implicações específicas durante a gravidez, entre elas a infecção pelo HIV-1 e pelo vírus da hepatite B. Durante a gravidez a lesão primária da sífilis pode se confundir com o cancro mole, devendo sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial.

Tratamento

As medidas higiênicas com substâncias degermantes evitam e controlam as infecções secundárias, tendo indicação precisa. Analgésicos sistêmicos estão liberados, tanto para o controle da dor espontânea como aquela provocada pelas manobras de higienização. De forma geral os anti-inflamatórios não esteróides e o acetoaminofeno conseguem controlar o processo doloroso.

Quanto ao tratamento antimicrobiano específico, a estratégia indicada é a ceftriaxona (250 mg, via intramuscular, dose única) ou a eritromicina (2,0 gramas/dia, via oral, por 10 dias). Para pacientes que não toleram a eritromicina, pode ser utilizada a azitromicina (1,0 gramas, VO, dose única) ou o tianfenicol (1,5 gramas/dia, VO, por 7 dias). Vantagens objetivas em termo de adesão são obtidas com uso dos esquemas terapêuticos de dose única.

GRANULOMA INGUINAL

O granuloma inguinal é causado pelo *Calymmatobacterium granulomatis*. Sua ocorrência é relativamente baixa em nosso meio, não havendo disponível nenhum dado epidemiológico atualizado sobre sua freqüência durante a gravidez. Sua propagação mais comum é por contiguidade, mas existe a possibilidade de propagação hematogênica. Não foram comprovados efeitos histotóxicos diretos deste microrganismo sobre a organogênese fetal.

Tratamento

Para o tratamento do granuloma inguinal durante a gestação devem-se considerar os aspectos da higienização, uso de antimicrobianos e estéticos. Para a higienização da úlcera, podem ser utilizadas substâncias degermantes, a exemplo do polivinilpirrolidona-iodo. A terapêutica recomendada é a eritromicina (2,0 gramas/dias, via oral, até o fechamento da lesão) ou ceftriaxona (250 mg via intramuscular, em dose única). Nos trimestres finais da gestação pode ser tentado o tianfenicol (1,5 gramas/dia, por 3 semanas).

Nas lesões avançadas, às vezes é necessária reconstrução cirúrgica de caráter estético, mas deve ser postergada para o período puerperal. Se houver risco de laceração perineal, a cesárea estará indicada para a resolução do parto.

CLAMIDÍASE GENITAL

Apesar da literatura americana sugerir uma freqüência elevada da infecção clamídica durante a gestação, no Brasil estes dados não foram confirmados, com casuística apontando freqüências que vão de 2,0 a 6%. Deve-se reconhecer, entretanto, que as diferenças metodológicas para o diagnóstico podem justificar as diferenças.

A hipótese de que a infecção clamídiana aumenta a ocorrência de complicações obstétricas como o aborto, amniorrexe prematura, trabalho de parto pré-termo e retardo de crescimento intra-uterino, não é aceita sem ressalvas. Entretanto, existe unanimidade de que o diagnóstico e o tratamento anteparto podem efetivamente reduzir indiscutíveis complicações maternas (endometrite pós-parto) e perinatais, como a conjuntivite, pneumonia intersticial atípica, bronquite e otite média.

Diagnóstico

A despeito das relações de custo/benefício serem favoráveis ao rastreamento de gestantes portadoras de infecção clamídiana (faz parte da rotina pré-natal nos EUA), sua implantação de forma ampliada na rede pré-natal brasileira ainda não é uma realidade, principalmente porque o custo do PCR ou mesmo da pesquisa com anticorpo monoclonal ainda é muito elevado em nosso meio.

Tratamento

Para o tratamento da infecção por *Chlamydia trachomatis* durante a gravidez, recomenda-se a utilização de eritromicina (2,0 gramas/dia, via oral, por 7 dias) ou amoxicilina (2,0 gramas/dia, via oral, por 7 dias). Azitromicina (1,0 grama/dia, via oral, dose única) é considerado regime alternativo, mas apresenta como vantagem elevado índice de adesão. Outra opção terapêutica é o tianfenicol (1,5 gramas/dia, via oral, por 7 dias). Para o recém-nascido de mãe infectada o uso do colírio de eritomicina está formalmente indicado. Entretanto, não previne pneumonia no RN.

LINFOGRANULOMA INGUINAL

A *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L₁, L₂ e L₃) é o agente etiológico do linfogranuloma inguinal, também chamado de linfogranuloma venéreo. Aparentemente não acomete o produto conceptual e sua importância em obstetrícia se prende ao fato de que essa infecção pode estar associada a outras DST e às possíveis dificuldades no momento do parto de mulheres com lesões peri-retais esclerosantes.

Diagnóstico

O acometimento linfático, principal manifestação clínica desta doença, vai depender da localização da lesão inicial e seguirá sua cadeia de drenagem. A adenopatia inguinal ocorre quando a lesão inicial acomete os genitais externos e parte inferior da vagina. As lesões vaginais comprometerão as cadeias linfáticas ilíacas e crurais. A coalescência dos gânglios acometidos, ao final, se transforma em grandes massas linfáticas (bubão) endurecidas e dolorosas. Felizmente, o comprometimento anorectal do linfogranuloma venéreo levando a proctites, estenose e fístulas é extremamente raro em nosso meio.

Tratamento

Durante a gestação o tratamento indicado é a eritromicina (etilsuccinato ou estearato), na dose de 2,0 gramas/dia, via oral, por 3 semanas. O tianfenicol também pode ser utilizado (1,5 grama/dia, via oral, por 3 semanas), restringindo-se aos trimestres finais da gestação.

A drenagem do bubão a céu aberto é contra-indicada, mas nos casos de compressão extrema pode ser realizada utilizando-se agulha fina, evitando assim a formação de fístulas ou lesões ulcerativas extensas. Nos casos de lesões tardias como fibrose e

estenose do canal de parto, talvez seja mais prudente resolver a gestação por cesárea, evitando-se o risco de catastróficas lacerações vagino-retoperineais e quadros hemorrágicos graves.

VAGINOSE BACTERIANA

Um dos mais importantes aspectos clínicos da vaginose bacteriana é sua associação com o trabalho de parto pré-termo, amniorrexe prematura e infecção intra-amniótica, potencialmente comprometendo o prognóstico perinatal. Os grupos bacterianos envolvidos na vaginose bacteriana produzem substâncias que induzem a formação e liberação de prostaglandinas. Por isto, recomenda-se a identificação destas pacientes durante o pré-natal e o seu pronto tratamento.

Diagnóstico

Ao exame ectoscópico vaginal detecta-se uma dissociação entre as manifestações do corrimento vaginal (homogêneo, leitoso e baixa viscosidade) e a ausência de sinais inflamatórios correspondentes nas paredes vaginais e no colo. Ademais, algumas pacientes portadoras de vaginose bacteriana são assintomáticas. Para o diagnóstico correto da vaginose bacteriana é necessário utilizar critérios clínicos e laboratoriais, entre eles: *a)* Características físicas do conteúdo vaginal; *b)* pH vaginal; *c)* Eliminação de bioaminas voláteis; *d)* *Clue cells*; e *e)* Pesquisa de diferentes morfotipos bacterianos normais e anormais pelo Gram.

Tratamento

O metronidazol é o tratamento de escolha da maioria dos autores para tratar vaginose bacteriana durante a gestação. Em 1993 foi demonstrado que o uso deste medicamento

era seguro em gestantes. Atualmente, o metronidazol via oral é o tratamento indicado para o controle da vaginose bacteriana durante a gestação. As diferenças na distribuição das doses diárias deste medicamento (tornando os esquemas mais simples e aumentando as taxas de adesão), não interferem na sua efetividade, pois a dose diária não muda. Boas taxas de adesão e cura são obtidos com 400 mg de 12/12 horas, por um período de 7 dias. O CDC (1998) considera o metronidazol gel vaginal (5,0 gramas, 2 vezes ao dia, por 5 dias) e a clindamicina via oral (300 mg, de 12/12 horas, por 7 dias) como regimes alternativos. Os regimes alternativos são indicados principalmente nos casos de intolerância gástrica ao metronidazol. Dose única do metronidazol não é indicada neste período, assim como a clindamicina na forma de creme vaginal, por sua incapacidade de reduzir as taxas de trabalho de parto pré-termo.

MICOPLASMAS

A inconstância das complicações gestacionais causadas pela infecção micoplásmica relaciona-se diretamente com os diferentes potenciais de agressividade das cepas envolvidas e com a resistência específica do hospedeiro. Não existem dúvidas sobre os efeitos deletérios dessa infecção sobre o prognóstico gestacional, mas não existem formas de predição. Dentre esses efeitos deletérios, embora não haja concordância entre os estudos do tema, são citados o aborto, trabalho de parto pré-termo, prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino e amnionite. Entre as complicações puerperais, a endometrite parece ser a mais importante.

Tratamento

O tratamento indicado para micoplasma durante o período gestacional é a eritromicina (2,0 gramas/dia, via oral, por 7 dias). Nos trimestres finais da gestação pode ser utilizado o tianfenicol (1,5 grama/dia, via oral, por 7 dias).

TRICOMONÍASE

Tricomoníase tem sido associada a fetos de baixo peso, amniorrexe prematura, prematuridade e febre puerperal, mas não se pode afirmar se ela seria a real causadora destas complicações ou se seriam conseqüências de outras infecções a ela associadas, como por exemplo a vaginose bacteriana, gonorréia e papilomavírus. Sem dúvida, estes resultados reforçam as iniciativas já existentes visando melhor controle desta vaginite no período pré-natal.

Tratamento

Para o tratamento da tricomoníase durante a gestação é importante lembrar das medidas gerais tais como banho diário, aeração dos genitais e controle dos possíveis contaminantes. Para o tratamento específico, indica-se cremes ou óvulos vaginais à base de imidazólicos, duas vezes ao dia por cinco a sete dias. Não se observando boa resposta clínica ou em casos de recidiva, está indicado o tratamento sistêmico com metronidazol (400 mg, via oral de 12/12 horas, por 7 dias), aguardando findar o primeiro trimestre gestacional. Os esquemas em dose única são preferidos para tratar o parceiro, por apresentarem taxas de adesão mais elevadas. Nos tratamentos sistêmicos orienta-se abstinência alcoólica.

CANDIDÍASE

Candidíase é vulvovaginite fúngica, cujo agente etiológico em 90% dos casos é a *Candida albicans*. Os dados epidemiológicos sobre a vulvovaginite fúngica durante a gravidez são extremamente incompletos em decorrência de algumas variáveis de difícil controle, entre elas a existência de mulheres portadoras assintomáticas (aproximadamente 30%). O aumento do glicogênio no epitélio vaginal durante a gravidez promove redução do pH a níveis inferiores daqueles considerados normais, promovendo acidificação desse meio, propiciando o desenvolvimento de candidíase.

Felizmente, tanto a infecção ascendente como a transmissão transplacentária da *Candida albicans* levando à contaminação fetal são raras, visto que o prognóstico gestacional é extremamente comprometido nas duas situações.

Diagnóstico

A história clínica da gestante com candidíase geralmente é típica, caracterizando-se por prurido genital e corrimento espesso sem odor. Ao exame genital detecta-se genitália avermelhada, sinais de coçadura comprova-se a queixa de corrimento, observando-se leucorréia, algumas vezes formando placas esbranquiçadas na superfície vaginal e no colo. Intensa cervicocolpíte pode ser demonstrada utilizando o colposcópico.

Nos casos de falha terapêutica estará indicado o cultivo do conteúdo vaginal em meio de Sabouraud ou de Nickerson, possibilitando identificar outras espécies de *Candida*, como por exemplo a *Candida glabrata* e a *Candida tropicalis*.

Tratamento

Durante a gestação, especial ênfase é dada ao controle das alterações que predis põem à candidíase genital. Sabe-se que os cuidados higiênicos da região perineal são importantes e devem ser corretamente orientados. Roupas íntimas de algodão, assim como o uso de roupas largas também ajudam o processo de recuperação. A correção dos desvios do metabolismo glicídico (diabete) é de fundamental e particular importância no controle da candidíase genital em gestantes.

O tratamento fungicida específico para candidíase durante o período gestacional é feito com cremes ou óvulos vaginais de compostos azólicos. Por questões metabólicas, neste período prefere-se o nitrato de isoconazol (creme vaginal por 7 dias ou óvulo em aplicação única). A não ser em situações especiais, não se indica os azólicos sistêmicos para tratamento da candidíase genital em gestantes.

Nas recidivas da candidíase em gestantes, após exaustivamente controlar todos os fatores predisponentes, podem ser necessárias medidas de exceção (correção do pH vaginal com banhos de assento, adicionando 1,0 grama de bicarbonato de sódio para cada litro de água; aplicação de violeta de genciana)

HEPATITE POR VÍRUS B

Epidemiologicamente, a hepatite por vírus B é de grande interesse para o obstetra pelo fato do vírus da hepatite B (VHB) incidir com maior frequência na idade reprodutiva, aumentando as chances de sua transmissão vertical, podendo causar aborto (raro), trabalho de parto pré-termo morte fetal ou hepatite neonatal. Considera-se que a transmissão vertical

desse vírus seja a principal causa de carcinoma hepatocelular no futuro. De forma objetiva, delinea-se claramente a necessidade de evitar e/ou controlar a transmissão vertical do VHB, evento mais frequente no final da gestação. O trabalho de parto pré-termo decorre mais na dependência do acometimento materno do que da própria ação do vírus. No HCFMRP-USP, a frequência do antígeno de superfície do VHB em gestantes é de 0,95%.

Aceita-se que o risco de transmissão vertical (TV) desse vírus seja de 8% em portadoras crônicas do vírus, podendo chegar a 80% se ocorrer a infecção aguda no final da gravidez. A informação de que a gestante é portadora do antígeno “e” é importante porque são os casos de maior risco de transmissão vertical (80-90%).

A TV do VHB é mais freqüente no final da gravidez, chegando a 90-95% dos casos.

Diagnóstico

Do ponto de vista epidemiológico é importante estar atento para as formas sub-clínicas da hepatite B que geralmente passam despercebidas ficando sem diagnóstico. Como já foi demonstrado, a possibilidade de evolução assintomática em alguns casos de HVB, limita sobremaneira o valor da anamnese em caracterizar grupos de risco para essa infecção. A anamnese como triadora de casos crônicos detecta apenas 28% dos casos e por este motivo a triagem sorológica no pré-natal pode ser uma alternativa adequada.

Tratamento

Não existe tratamento específico para HVB durante a gestação, orientando-se apenas medidas de suporte como re-

posso (determinado pela tolerância da paciente), hidratação adequada e dieta de acordo com as preferências da paciente (desde que não haja insuficiência hepática). Antieméticos podem ser necessários.

Se a grávida não-portadora do VHB é exposta a risco efetivo de contaminação está indicada a imunoterapia passiva com gamaglobulina humana específica, na dose de 0,06 ml/kg de peso, repetindo-se esta dose 4 semanas após. Optando-se pela vacinação conjunta, usar outro grupamento muscular para administrá-la. Não existem contra-indicações ao uso de imunoterapia passiva ou vacinação contra o VHB durante a gravidez, desde que se utilize vacinas fabricadas com técnicas de DNA recombinante.

Considerando a profilaxia da transmissão vertical do VHB, o recém-nascido deve receber imunoterapia ativa (vacina) e passiva (imunoglobulina específica contra o VHB), de preferência nas primeiras 12 horas de vida. Repete-se a vacina com um e seis meses de vida.

CONDILOMA ACUMINADO

Algumas modificações e adaptações no organismo materno que ocorrem durante a gravidez facilitam o aparecimento e exacerbação das manifestações da infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). Os efeitos do estrogênio resultam no aumento de umidade genital da gestante, ambiente propício para a proliferação do HPV. Por estes motivos acredita-se que o diagnóstico clínico do HPV no período gestacional possa ser facilitado e freqüentemente observa-se regressão destas lesões no puerpério.

A frequência mais elevada de complicações como abortamento, amniorrexe prematura, retardo de crescimento intrauterino, prematuridade e corioamnionite é uma realidade, mas parecem depender mais das outras condições associadas ao HPV do que ao próprio vírus. Do ponto de vista obstétrico ressalta-se a possibilidade de transmissão vertical do HPV, que pode ocorrer por via hematogênica transplacentária, por contaminação via ascendente ou no canal do parto, potencialmente causando a complicação mais temida no binômio HPV/gestação, a papilomatose de laringe. Entretanto, essa associação não tem sido verificada em nosso meio, talvez, em decorrência de menor prevalência dos tipos virais especificamente ligados à papilomatose laringea. O percentual mínimo de crianças expostas ao HPV e que se contaminaram em relação ao número elevado de crianças expostas e que não se contaminaram, deve ser considerado para qualificar a transmissão vertical do HPV como de baixa efetividade na disseminação desse vírus.

A detecção do HPV-DNA no aspirado gástrico do recém-nascido não confirma a contaminação exclusiva no canal de parto, ao passo que a constatação de HPV-DNA no líquido amniótico e a contaminação em casos de cesárea com bolsa íntegra, sugerem a transmissão transplacentária.

Tratamento

Antes de qualquer medida terapêutica para as lesões do HPV durante a gestação é importante o controle das infecções associadas. Como regra básica, durante a gravidez preferem-se os tratamentos físicos que destroem a lesão. Entre eles podem ser utilizados a eletrocauterização, criocauterização, laser de CO₂ e métodos cirúrgicos.

A excisão cirúrgica pode complicar-se com perda sanguínea excessiva (recomenda-se sua execução em sala cirúrgica) e permite a implantação viral no tecido perilesional são, mas não é contra-indicada neste período.

Os métodos químicos, quimioterápicos e imunoterápicos são contra-indicados durante a gravidez, pois são embriotóxicos (podofilina, bleomicina e o 5-fluoruracil). Acredita-se que o podofilox seja menos tóxico que a podofilina. Até o momento, ainda não existem evidências claras de que o imiquimod possa ser utilizado durante a gravidez. A limitação do ácido tricloroacético se prende ao fato de não ser conhecido seu padrão de absorção pela pele e o risco de provocar vasoconstrição dos vasos umbilicais. Para contornar esse problema, vários autores recomendam concentrações menores que 80%, o que prolonga a terapêutica e incrementa as taxas de evasão ao tratamento.

Em lesões extensas, cuja terapêutica pode resultar em mutilações vulvares, é prudente aguardar o período puerperal para tratamento. Nesse período observa-se notável redução das lesões, facilitando a abordagem e reduzindo as taxas de deformidades genitais decorrentes dessa intervenção.

Orienta-se o parto normal para resolver as gestações de mulheres portadoras do HPV. Entretanto, a cesárea estará indicada nos casos em que as lesões obstruam o canal de parto. Além do quadro distócico em questão, as taxas de laceração aumentam. As lesões subclínicas do HPV deverão ser acompanhadas durante a gravidez utilizando a citologia cérvico-vaginal. Serão reavaliadas no puerpério (três meses), indicando-se o tratamento definitivo.

HERPES GENITAL

A transmissão do HSV-2 se faz pelo ato sexual e por transmissão vertical (transplacentária e contaminação no canal de parto). A possibilidade de haver a infecção primária da HSV-2 de forma assintomática dificulta precisar o período de incubação desse microrganismo nas lesões genitais. Por não haver metodologia disponível em nosso meio para detectar estes casos, de forma prática, considera-se como primo infecção o primeiro episódio clinicamente evidenciado, com diagnóstico médico ou referido pela paciente. Como recorrência considera-se os episódios posteriores.

Do ponto de vista obstétrico o HSV-2 pode causar aborto, microcefalia, retardo de crescimento intra-uterino, óbito fetal, herpes congênito e herpes neonatal. Apesar da possibilidade de transmissão transplacentária, a forma mais freqüente de contaminação destes fetos é ascendente ou no canal de parto, causando herpes neonatal, complicação de elevada morbimortalidade. As lesões mais freqüentes são na pele, mas as mais graves são nos olhos, rins, intestinos e meningoencéfalo. A freqüência da transmissão vertical desse microrganismo (transplacentária, ascendente ou no canal de parto) é maior se a primo-infecção ocorre durante a gestação do que nos casos de recorrência, visto que existe relativa proteção fetal propiciada pelos anticorpos nesses casos, mas não isenção do risco. Felizmente, em nosso meio a infecção herpética primária não é freqüente em mulheres na idade reprodutiva.

Tratamento

Durante a gestação algumas medicações para tratamento do HSV-2 não podem ser usadas, a exemplo dos

imunomoduladores (levamisol, BCG). Na crise é freqüente a necessidade de analgésicos/ antiinflamatórios sistêmicos. Na gravidez, se os fenômenos inflamatórios não são intensos, prefere-se a analgesia com paracetamol. Havendo pronunciada reação inflamatória, estão liberados os anti inflamatórios sistêmicos não hormonais. Nas grandes ulcerações orienta-se para realizar limpeza com permanganato de potássio a 1/20.000, duas vezes ao dia.

Para o tratamento específico do HSV-2 durante a gravidez, a medicação mais utilizada é o aciclovir. Embora os resultados obtidos até o momento com o uso de famciclovir e valaciclovir durante a gravidez não tenham detectado nenhum problema, segundo CDC (1998), ainda não existem dados suficientes para indicá-los oficialmente nesse período. O aciclovir existe na forma de creme, via oral e endovenoso. Nas lesões isoladas ou em pequeno número (sem limites precisos) o creme de aciclovir ou IDU são utilizados até o desaparecimento das lesões, 2 a 3 vezes ao dia. O resultado terapêutico é incerto, mas tanto melhor quanto mais precoce seu início. Em lesões mais extensas utiliza-se o tratamento sistêmico (via oral ou endovenoso). Para o aciclovir via oral, por questões de tolerância, prefere-se a dose de 200 mg cinco vezes ao dia, por 7 a 10 dias. Outro esquema é usar essa droga na dose de 400 mg, 3 vezes ao dia, por igual período de tempo. Para o tratamento endovenoso (freqüentemente necessário em gestantes portadoras de AIDS), a dose indicada é 5-10 mg/kg de peso, três vezes ao dia, geralmente por 7 a 10 dias. Os dados disponíveis sobre terapia supressiva ainda não permitem indicá-la durante a gravidez.

Resolução da gravidez

Para pacientes sem lesões herpéticas genitais ativas, a conduta atual é de parto vaginal. Entretanto, na presença de lesões ativas as opiniões são discordantes. Sumarizando, existem os defensores do parto operatório independente de qualquer variável e os defensores da cesárea na dependência se a lesão é de primo infecção e se as membranas estão íntegras ou rotas (menos de 4 horas). Esta indefinição e a falta de exames que possam afirmar com segurança se a lesão é primária ou não, resulta em discordância quanto à conduta obstétrica na presença de lesões ativas do HSV-2 (ressaltar que não significam lesão primária na maioria absoluta das vezes). Atualmente não se recomenda cultivos virais semanais para decidir a via de parto.

Como todas as condutas conhecidas até o momento derivam de experiências pessoais, limitadas e não controladas devidamente, não é possível traçar um plano terapêutico isento de críticas. Um princípio lógico é não expor o feto/recém-nascido a riscos de infecção, nem impor à mãe um cesárea que definitivamente não beneficia seu filho, desde que obstetricamente desnecessária. O critério tem sido a presença de lesões ativas, amniorrexe e o tempo decorrido entre este evento até a internação da gestante. Nos casos de membranas íntegras ou rota até 4 horas, indica-se a via abdominal para resolução da gravidez. Se a paciente refere amniorrexe há mais de 4 horas, a cesárea não protege o feto, sendo portanto, desnecessária. Acredita-se que essa polêmica só será resolvida com estudos prospectivos e controlados.

CAPÍTULO XV

VIOLÊNCIA SEXUAL

Eliana Martorano do Amaral

OBJETIVOS DO ATENDIMENTO

O termo violência sexual significa a realização de qualquer ato sexual, com ou sem penetração oral, anal, vaginal, desde que seja um ato praticado sob força. Os objetivos do atendimento a vítimas de violência sexual são numerosos e dependentes do intervalo entre a ocorrência e este atendimento. Sabendo da dificuldade que a vítima de violência tem no acesso ou na decisão de procurar auxílio policial, médico ou psico-social, devemos contribuir para divulgar a disponibilidade e efetividade de algumas condutas clínicas que podem minimizar os danos (gravidez e DST/HIV) decorrentes do ato sexual não consentido. Ao atender uma vítima de violência sexual recente deve-se:

- 1- Oferecer apoio psico-social;
- 2- Estimular denúncia às autoridades policiais através das Delegacias da Mulher;
- 3- Avaliar e registrar no prontuário clínico a presença de lesões corpóreas decorrentes do ato sexual, incluindo as anogenitais, tomando as condutas clínicas necessárias;
- 4- Avaliar indicação de uso de anticoncepção de emergência, bastante eficaz quando iniciada nas primeiras 72 hs após o evento;
- 5- Prover tratamento profilático para DST;
- 6- Avaliar indicação de uso profilático de anti- retrovirais para

profilaxia de infecção pelo HIV, o que deve ser iniciado também nas primeiras 24 hs, apesar de não ser a conduta do Programa Nacional DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil.

7- Prover vacina e imunoglobulina hiperimune para hepatite B para as mulheres suscetíveis ou com estado sorológico desconhecido, também iniciado nas primeiras 72 hs;

8- Realizar triagem sorológica de sífilis, HIV e hepatite B e C;

9- Orientar para uso de condom nas relações sexuais até final do acompanhamento sorológico;

10- Orientar sobre a legalidade da interrupção da gravidez decorrente de estupro;

11- Orientar/agendar acompanhamento clínico-ginecológico para diagnóstico precoce de gravidez e/ou DST decorrentes do evento, com retorno em 1, 3 e 6 meses;

12- Prover acompanhamento psicológico na vigência do seguimento clínico.

ASPECTOS MÉDICO-LEGAIS

O registro das observações clínicas e lesões em prontuário clínico é essencial. Modelos de fichas de atendimento pela equipe multiprofissional e registro de informações são fornecidas na publicação: Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica*. 1ª ed. Brasília, 1998. Se disponível, pode-se registrar as lesões através de fotos. Se possível, coletar uma amostra de conteúdo vaginal após inserção de espéculo sem lubrificante com zaragatoa estéril e seca ou em papel de filtro seco e armazenado em envelope, para extração posterior de DNA, se necessário.

ASPECTOS CLÍNICOS

A avaliação ginecológica determinará a presença e extensão de lesões decorrentes da violência sexual. As medidas emergenciais serão adotadas segundo a necessidade de cada caso. Se possível, colher material para exame a fresco de conteúdo vaginal (visualização de *T. vaginalis* e espermatozóides), realizar cultura e imunofluorescência direta de material endocervical e retal (para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*).

O risco de gravidez num coito desprotegido em qualquer época do ciclo menstrual é de 2-4%, aumentando até ao redor de 30% no período fértil. As mulheres que não estejam sob vigência de anticoncepção efetiva (exemplo: parada de uso de anticoncepcional oral, usuária de condom nas relações com parceiro fixo, rotura do condom no caso de ter sido utilizado) serão orientadas para uso de anticoncepção de emergência com anticoncepcionais hormonais orais. Dois esquemas podem ser utilizados, de Yuzpe (anticoncepcionais conjugados) e com progestágeno puro. Se a mulher vomitar até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a tomada precedida de anti-emético.

As doses recomendadas são:

- Levonorgestrel 150 Ug + Etinil- estradiol 30 Ug tomar 4 comprimidos a cada 12 hs, em duas doses, nas primeiras 72 hs); *ou*
- Levonorgestrel 250 Ug + Etinil- estradiol 50 Ug, tomar 2 comprimidos a cada 12 hs, em duas doses, nas primeiras 72 hs).
- Levonorgestrel – 750 Ug tomar um comprimido a cada 12 hs, em duas doses.

Diversos esquemas profiláticos para DST bacterianas têm sido preconizados. A profilaxia das DST por clamídia, gonococo, sífilis e tricomoníase pode ser feita com uso de:

1 - Azitromicina 1 g VO em dose única ou doxiciclina 100mg, duas vezes ao dia, 7 dias + Ceftriaxona 500 mg IM+2g VO em dose única. Para gestantes utilizar azitromicina e ceftriaxona nas mesmas doses. O metronidazol deve ser administrado na dose de 400 mg VO, de 12/12 horas por sete dias.

A vacinação e administração de imunoglobulina hiperimune (0,06 ml/kg) para hepatite B nas primeiras 24-48 hs pós-estupro estão indicadas em mulheres não vacinadas ou que não tiveram hepatite B anteriormente. A gravidez não contra-indica o uso destes produtos imunobiológicos, que estão disponíveis para a Rede Pública em Centros de Imunobiológicos Especiais (CRIMESP). A vacina deve ser repetida no 1º e no 6º mês.

O risco de transmissão sexual do HIV num único ato com parceiro sabidamente contaminado é estimado em <0,5%. Entretanto, muitas condições podem modificar este risco, relacionadas à própria mulher, condição sorológica e clínica do agressor, tipo de coito e à gravidade e extensão das lesões resultantes. A quimioprofilaxia da transmissão sexual do HIV não é conduta clínica referendada pela literatura até momento porque não há estudos específicos sobre sua eficácia. Assim, não está recomendada pela Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Com base na eficácia do uso de anti-retrovirais após acidentes profissionais percutâneos, tem sido sugerido o uso dos anti-retrovirais em casos selecionados após avaliação das circunstâncias e conseqüências da violência. Se indicado, deverá ser iniciado nas primeiras 24 hs pós violência, sendo utilizado por 30 dias. Assim, a prescrição poderá ser de AZT + 3TC ou AZT + 3TC + inibidor de protease, nas doses:

- AZT 200 mg 3 vezes/dia, 30 dias.
- 3TC ou lamivudina 150 mg duas vezes/dia, 30 dias.
- Indinavir 800 mg três vezes/dia ou ritonavir 600 mg duas vezes/dia, ou nelfinavir 750 mg três vezes/dia.

A mulher deverá ser submetida a aconselhamento sorológico e oferecido seguimento para infecção por HIV que se inicia com a coleta da sorologia imediata pós-acidente e após 3 e 6 meses se a inicial for negativa. Além do seguimento para HIV, também está indicado realizar sorologia para hepatite B, C e HTLV 1/2 imediata e após 3 meses e sorologia para sífilis, imediata e após 1 mês.

VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS

Não se recomenda o tratamento preventivo para DST bacterianas em crianças porque há uma suposição de que estas tenham menor risco de ascensão das infecções que adolescentes ou mulheres adultas. Entretanto, o seguimento clínico com avaliação imediata, com 15 dias e 12 semanas pós-violência sexual são indicados e amostras para cultura de gonococo e imunofluorescência para clamídia devem ser colhidos da vagina, reto e oro-faringe, se houve penetração vaginal, anal e/ou oral. As sorologias para HIV, hepatite B e sífilis e a imunoprofilaxia para hepatite B estão indicadas se a criança não estiver previamente imunizada.

CAPÍTULO XVI

ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DST

Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos

IMPORTÂNCIA

Ao atender uma mulher portadora de DST devemos ter em mente que esta deve receber atendimento e tratamento imediatos e que esse atendimento não é apenas uma ação curativa, é uma ação preventiva de complicações da(s) DST, como também da transmissão do HIV. O objetivo desse atendimento é prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados.

ETIOLOGIA

Os fluxogramas específicos aqui apresentados são instrumentos auxiliares para o profissional que realiza o atendimento à portadora de DST na tomada de decisões, tendo como base a maior prevalência dos agentes etiológicos implicados em cada síndrome, definidos pela queixa principal que motivou a mulher buscar a consulta e pelos achados clínicos detectados pelo profissional.

Nota da Comissão Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS da FEBRASGO

A abordagem sindrômica é uma estratégia elaborada pela Organização Mundial da Saúde no intuito de atender às necessidades de alguns países com altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis e poucos recursos laboratoriais para o diagnóstico das mesmas. Portanto, recomendamos sua utilização apenas em locais sem os recursos diagnósticos ou nos casos necessários, enquanto se aguarda o resultado dos exames laboratoriais. Caso se opte pela utilização do fluxograma de corrimentos vaginais, visto que os estudos de validação do mesmo ainda não foram conclusivos, recomenda-se especial atenção.

Os fluxogramas incluem uma série de polígonos de decisão e ação que contém as informações básicas necessárias ao manejo adequado das mulheres com DST.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Sendo freqüentes as associações entre as diferentes DST e visto que outras doenças como diabete, dermatoses, imunodeficiências, o estado nutricional e o uso de alguns medicamentos interferirem tanto no diagnóstico como no tratamento das DST, o exame clínico-genital minucioso que contemple a busca de outras DST e/ou de outras doenças, deverá ser realizado. Torna-se importante lembrar que, na mulher, diversas DST podem apresentar-se de maneira assintomática durante período variável de tempo.

Como DST implica em práticas de foro íntimo e são decorrentes do exercício da sexualidade, uma anamnese consistente e precisa implica na construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher em atendimento. Os ginecologistas-obstetras têm a oportunidade ímpar de conversar sobre aspectos da intimidade da vida da paciente em atendimento e, portanto, precisam ter clareza a respeito dos valores sexuais da paciente, assim como de seus próprios valores. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valores e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo apesar das eventuais diferenças.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL / TRATAMENTO

Os exames laboratoriais deverão ser realizados, sempre que possível, na ocasião da primeira consulta (auxili-

ando o diagnóstico conforme é demonstrado nos fluxogramas) e possibilitando instituir a terapêutica quando se fizer necessário.

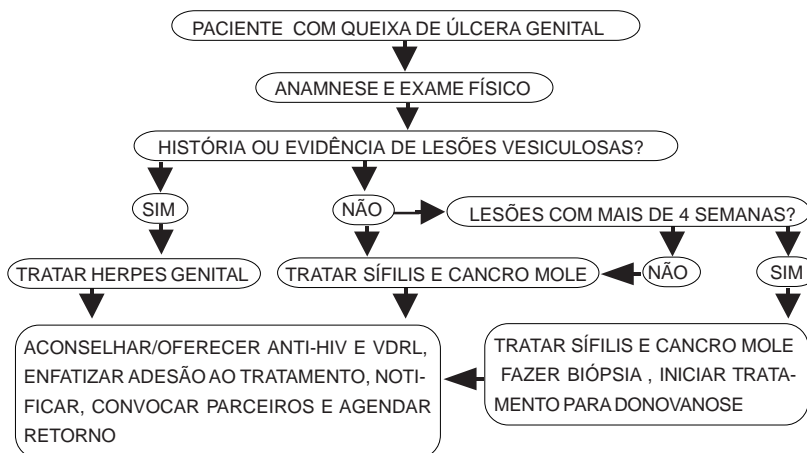
A conduta diagnóstica-terapêutica, não deverá depender de demorados processos de realização e/ou interpretação dos exames laboratoriais. O laboratório tem seu papel aumentado principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como referência e como fontes de informação para a definição do perfil epidemiológico das diferentes DST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados.

A utilização dos fluxogramas, especificados no início de cada síndrome, desenvolvidos, testados e já validados, provê a possibilidade de diagnóstico e tratamento adequado e imediato. Assim, promove também a ruptura imediata da cadeia de transmissão.

São três os fluxogramas empregados: Úlceras Genitais; Corrimentos Vaginais e Dor Pélvica.

O diagnóstico laboratorial e o tratamento a ser instituído no momento da consulta, visam os agentes etiológicos mais comuns na síndrome identificada. Para que esse tipo de assistência seja adequadamente implementada, deve-se incluir ainda a coleta de material que permita a realização do diagnóstico etiológico, em laboratório local ou de referência, aconselhamento que permita a percepção e adoção de práticas para a redução de risco, tratamento de parceiros, orientações para adesão ao(s) tratamento(s) instituído(s) e promoção ao uso de preservativos.

ÚLCERAS GENITAIS



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE ÚLCERA GENITAL

Paciente com queixa de úlcera genital

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está representada a principal queixa da paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

Anamnese e exame físico

Este quadro de ação indica que é necessário fazer a anamnese e examinar a paciente para determinar se ela tem úlcera genital ou outro sinal de DST.

Deve-se examinar a genitália externa, afastar os lábios vaginais, visualizar o intróito vaginal, examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino. Inspeccionar períneo e ânus e palpar região inguinal. Sempre que possível, coletar material para o diagnóstico etiológico.

História ou evidência de lesões vesiculosas?

Este quadro de decisão mostra a necessidade de se investigar a possibilidade da ulceração ou ulcerações serem decorrentes de um episódio de herpes genital. A evidência ou história de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ou ardência, ou prurido e ou sintomas uretrais (dor ou ardência). Estes dados, especialmente com história de recorrência das lesões, são suficientes para o diagnóstico de herpes.

Tratar herpes genital

No primeiro episódio de herpes genital o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível;

Nas recorrências o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, prurido). Utiliza-se: aciclovir, valaciclovir, e famciclovir;

No caso de manifestações graves com lesões mais extensas, o tratamento deve ser injetável com aciclovir. Observar esquemas terapêuticos adiante.

Tratar sífilis e cancro mole

Como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole. Várias possibilidades são possíveis, tais como: penicilina G benzatina ou eritromicina (estearato) mais azitromicina ou ciprofloxacina ou doxiciclina ou ceftriaxona ou tetraciclina ou sulfametoxazol + trimetoprima ou eritromicina (estearato). Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Gestantes: tratar sífilis e cancro mole respectivamente com: penicilina G benzatina mais eritromicina (estearato). Observar esquemas terapêuticos adiante.

Lesões com mais de 4 semanas?

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas é possível que esteja ocorrendo um quadro crônico compatível com donovanose ou outras doenças, como neoplasias.

Fazer biópsia e iniciar tratamento para donovanose

Encaminhar a paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar outras doenças, tais como donovanose e neoplasias. Ao mesmo tempo, tratar para sífilis e cancro mole (ver acima) e iniciar tratamento para donovanose, com doxiciclina ou sulfametoxazol + trimetoprima ou tianfenicol. Observar esquemas terapêuticos adiante.

Aconselhar, oferecer VDRL e anti-HIV, enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno

Este quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.

- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.

- Orientar a paciente para:

. Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido;

. Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;

- . Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro;
- . Oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de uso;
- . Recomendar seu retorno ao serviço de saúde se ela voltar a ter problemas genitais;
- . Encorajar a paciente a comunicar a todos os seus parceiros sexuais dos últimos três meses, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à paciente cartões de convocação para parceiros, devidamente preenchidos. Essa atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que a paciente reinfecte;
- . Notificar o caso no formulário apropriado;
- . Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncótica (Papanicolaou), quando houver indicação;
- . Alertar a paciente, quando em tratamento para donovanose, para a longa duração desse tratamento e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar a paciente para o tratamento adequado.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

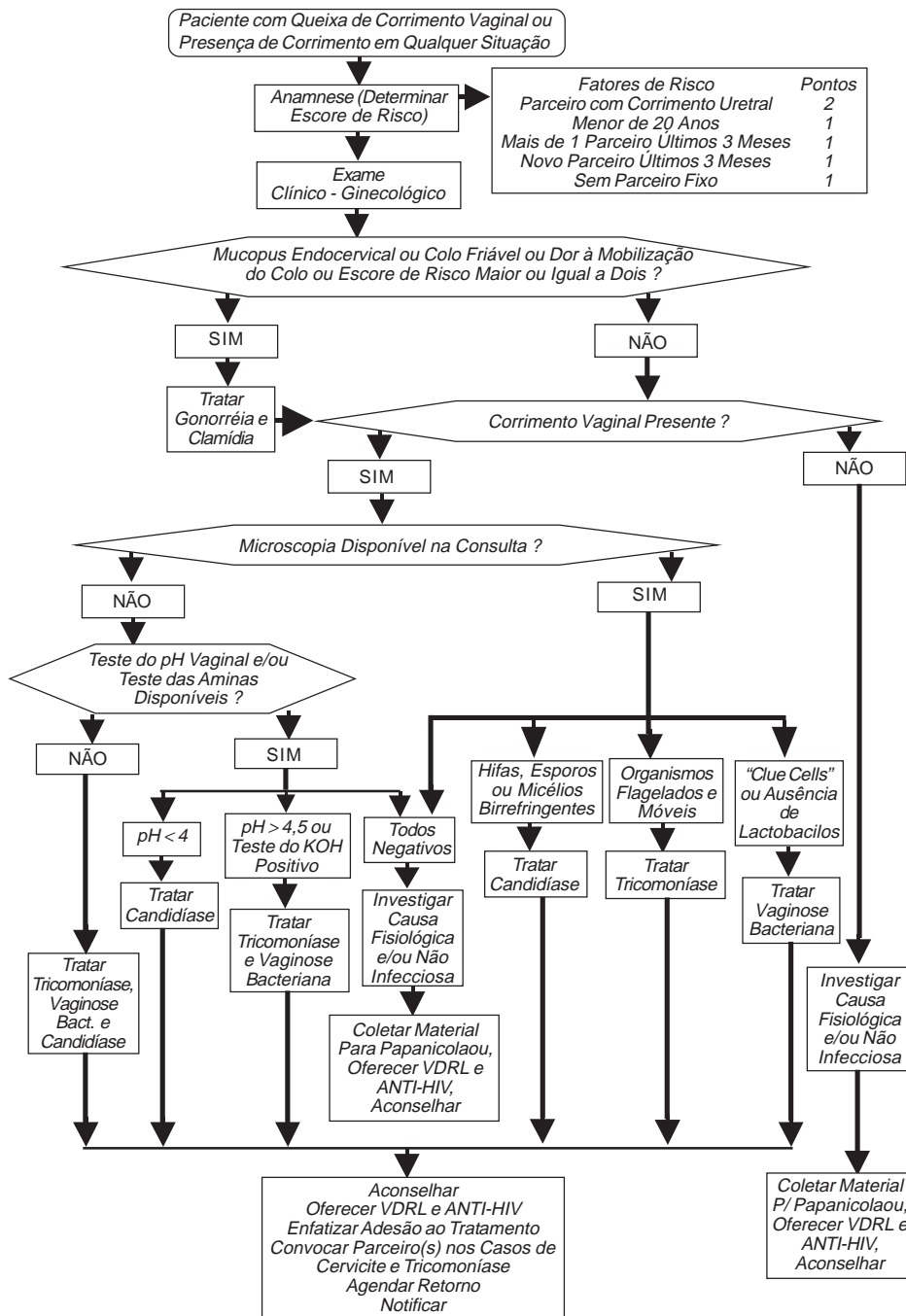
| Tratamento para Herpes Genital | |
|--|--|
| No primeiro episódio de herpes genital o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com: | Nas recorrências de herpes genital o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos com: |
| Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias; ou | Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias; ou |
| Valaciclovir 1g, VO, 12/12 horas, por 7 a 10 dias; ou | Valaciclovir 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou |
| Famciclovir 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias. | Famciclovir 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias. |

| Tratamento para Sífilis Primária |
|--|
| Penicilina G Benzantina , 2.4 milhões UI, via IM, em dose única; ou |
| Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 15 dias (para as comprovadamente alérgicas a penicilina). |
| Para Gestantes (comprovadamente alérgicas a penicilina e sem possibilidade de submeter-se a dessensibilização): Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica (o feto é considerado não tratado). |

| Tratamento para Cancro Mole |
|--|
| Azitromicina 1g, VO, em dose única; ou |
| Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou |
| Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes); ou |
| Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou |
| Tetraciclina 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias (contra-indicado para gestantes e nutrízes); ou |
| Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; ou |
| Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias. |
| Para Gestantes: Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica. |

| Tratamento para Donovanose |
|---|
| Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por no mínimo 3 semanas ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes); ou |
| Sulfametoxazol 800 mg + Trimetoprim 160 mg, VO, de 12/12 horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cura clínica; ou |
| Tianfenicol granulado 2,5 g, dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica. |

CORRIMENTOS VAGINAIS



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTOS VAGINAIS

Pacientes com queixa de corrimento vaginal ou presença de corrimento em qualquer situação

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa da paciente ao se apresentar ao serviço de saúde ou, estando a paciente no serviço para ser atendida por qualquer outra queixa e for detectada a presença de corrimento.

Anamnese (Determinação do Escore de Risco)

Realizar anamnese, determinando, neste momento, o escore de risco, que é a coleta de algumas informações, atribuindo a cada uma delas um determinado valor. Se o valor encontrado for maior ou igual a dois o escore de risco é considerado positivo para cervicite, ou seja, de acordo com os critérios estabelecidos (já testados e validados para a população feminina brasileira), mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente é considerada como portadora assintomática e, portanto, deve receber o tratamento concomitante para gonorréia e clamídia, como descrito adiante. Esse procedimento contribuirá para a manutenção da saúde reprodutiva da mulher, e evitará complicações resultantes da doença inflamatória pélvica (DIP), por vezes muito graves.

Escore de Risco

- parceiro com corrimento uretral = 2
- idade menor que 20 anos = 1
- novo parceiro nos últimos 3 meses = 1
- sem parceiro fixo = 1
- mais de um parceiro nos últimos três meses = 1

Exame clínico - Ginecológico

-Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.

-Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.

- Neste momento colher material para a realização da bacterioscopia (quando estiver disponível) e para o teste das aminas (do “cheiro”) : uma gota de KOH 10% em uma gota de conteúdo vaginal. Positivo: odor fétido, semelhante ao odor de peixe.

- Sempre que possível, fazer o teste do pH vaginal, colocando, a fita de papel indicador na parede vaginal (evitar tocar o colo).

- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos e para pesquisa de clamídia.

Mucopus endocervical ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou escore de risco maior ou igual a dois? —> sim

Se a paciente apresentar os sinais clínicos de cervicite (mucopus ou colo friável) ou, na ausência destes, apresentar escore de risco maior ou igual a dois, recomenda-se o tratamento concomitante para as causas mais comuns e importantes de cervicite, que são gonorréia e clamídia, como sugerido abaixo.

Tratar infecção por clamídia e gonorréia

Trata-se essas infecções respectivamente com: azitromicina ou doxiciclina mais ofloxacina ou ciprofloxacina ou cefixima ou ceftriaxona ou tianfenicol. Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Gestantes: Trata-se com: amoxicilina ou eritromicina

(estearato) ou azitromicina mais cefixima ou ceftriaxona ou espectinomomicina. Observar esquemas terapêuticos adiante.

Parceiros: Trata-se com: azitromicina mais ofloxacina. Observar esquema terapêutico adiante.

Portadoras do HIV: Pacientes infectadas pelo HIV devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

Corrimento vaginal presente? —> não

Não havendo evidências de corrimento vaginal nem dos sinais de cervicite, e sendo o escore de risco menor que 2, deve-se pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas.

Investigar causas fisiológicas e/ou não infecciosas

Estando a bacterioscopia normal ou os testes do pH e das aminas normais ou inconclusivos, pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas:

- A vagina apresenta normalmente um conteúdo fisiológico que pode aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente;

- Além disso, pode ter origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno);

- A paciente deve ser esclarecida sobre essas possibilidades e orientada para um eventual retorno, devendo-se, também, oferecer-lhe os testes para sífilis e anti-HIV;

- A citologia oncótica deve ser realizada quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino).

Corrimento vaginal presente? —> sim

Havendo evidências de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível, proceder a análise microscópica que é, na

prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

Microscopia disponível na consulta? —> sim

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para preparar o conteúdo vaginal para análise microscópica: a fresco, com KOH a 10%, ou pelo método de Gram. A seguir alguns possíveis achados e respectivos diagnósticos:

- *Clue cells* (células chaves) e/ou a ausência de lactobacilos: vaginose bacteriana;
- Microorganismos flagelados móveis: tricomoníase;
- Hifas ou micélios birrefringentes semelhantes a um caniço e esporos de leveduras: candidíase

(Ver tratamentos sugeridos adiante)

Microscopia disponível na consulta? —> não

Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar a medida do pH vaginal e o teste das aminas (“do cheiro”), que auxiliam a realização de um diagnóstico mais preciso do que aquele baseado simplesmente no aspecto do corrimento, enganoso na maioria das vezes.

Teste do pH vaginal e/ou teste das aminas disponível? —> não

Não estando disponíveis no momento da consulta o teste para a medida do pH vaginal e o teste das aminas e sendo visualizado o corrimento vaginal no exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis doenças que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase (ver tratamentos sugeridos adiante).

Teste do pH vaginal e/ou teste das aminas disponível? —> sim

Os testes do pH vaginal e das aminas (ou do KOH ou do cheiro) são testes fáceis, baratos e rápidos (ver procedimentos acima em Exame Clínico-Ginecológico). O valor do pH vaginal normal varia de 3,8 a 4,5. Estando, portanto, nesta faixa, deve-se pensar em causas fisiológicas ou não infecciosas.

pH menor que 3,8

Valores menores que 3,8 sugerem a presença de candidíase.

pH maior que 4,5

Valores acima de 4,5 sugerem tricomoníase e/ou vaginose bacteriana. O teste das aminas positivo fornece o diagnóstico de vaginose bacteriana e, em alguns casos, da tricomoníase.

Ambos negativos (pH entre 3,8 e 4,5 e teste das aminas negativo)

Se o teste do pH for normal (entre 3,8 e 4,5) e o teste das aminas for negativo, é preciso investigar uma possível causa fisiológica e/ou não infecciosa, conforme descrito anteriormente.

Tratar tricomoníase

Com: metronidazol ou tinidazol ou secnidazol;

Observações:

Gestantes: tratar somente após completado o primeiro trimestre com metronidazol;

Nutrizes: metronidazol gel ou VO;

Parceiros: tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento. Preferir dose única;

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Tratar vaginose bacteriana

Com: metronidazol VO e gel; **ou** tinidazol; **ou** tianfenicol; ou secnidazol; ou clindamicina VO e creme.

Observações:

Gestantes: Metronidazol VO (somente após completado o primeiro trimestre); clindamicina VO e metronidazol gel (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população).

Parceiros: Não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Portadoras do HIV: Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Tratar tricomoníase e vaginose bacteriana (ao mesmo tempo)

Com: Metronidazol ou tinidazol ou secnidazol

Observações:

Gestantes: Tratar após completado o primeiro trimestre com metronidazol;

Parceiros: Metronidazol;

Portadoras do HIV: Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Tratar candidíase

Com: Miconazol creme ou óvulos; tioconazol creme; isoconazol (nitrato) creme; terconazol creme; clotrimazol creme ou óvulos.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle; nestes casos, investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com: itraconazol ou fluconazol ou cetoconazol.

Observações:

Gestantes: A candidíase vulvovaginal é muito comum no transcorrer da gravidez, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período. Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes. Deve ser dada preferência nos tratamentos mais curtos por apresentarem maior aderência. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico.

Parceiros: não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Aconselhar, oferecer VDRL e anti-HIV, enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno

Este quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.

- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.

- Como orientação mínima para a paciente:

. Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido;

. Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;

. Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

. Oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de uso; e

. Recomendar seu retorno ao serviço de saúde se ela voltar a ter problemas genitais.

- Observe que, quando a queixa que motiva a consulta é de corrimento vaginal, deve-se encorajar apenas a paciente portadora de cervicite ou tricomoníase a comunicar a todos os seus parceiros sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados (vaginose bacteriana e candidíase, não são consideradas DST. São infecções altamente prevalentes e requerem tratamento oportuno e adequado). Fornecer à paciente cartões de convocação para parceiros, devidamente preenchidos. Essa atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que a paciente se reinfecte.

- Notificar o caso no formulário apropriado.

- Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncológica (Papanicolaou), quando houver indicação (observar as normas e diretrizes do programa de prevenção do câncer de colo uterino).

| Tratamento para Clamídia | + | Tratamento para Gonorréia |
|--|---|---|
| Azitromicina 1g, VO, em dose única; ou | | Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou |
| Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 7 dias (contra-indicado para gestantes e nutrizes); | | Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou |
| | | Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou |
| | | Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou |
| | | Tianfenicol 500 mg, VO, 12/12 horas, por 7 dias. |

Gestantes:

| Tratamento para Clamídia | + | Tratamento para Gonorréia |
|--|---|--|
| Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias; ou | | Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou |
| Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias; ou | | Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou |
| Eritromicina (estearato) 250 mg, VO, de 6/6 horas, por 14 dias (nos casos de sensibilidade gástrica); ou | | Espectinomicina 2g, IM, dose única. |
| Azitromicina 1g, VO, em dose única. | | |

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

| Tratamento para tricomoníase | Tratamento para vaginose bacteriana |
|---|--|
| Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou | Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou |
| Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou | Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou |
| Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou | Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou |
| Secnidazol 2 g, VO, dose única. | Tianfenicol 2,5 g/dia, VO, por 2 dias; ou |
| | Secnidazol 2 g, VO, dose única; ou Metronidazol gel 0.75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou |
| | Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; |
| | Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes). |

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

Gestantes e Nutrizes:

| Tratamento para tricomoníase | Tratamento para vaginose bacteriana |
|--|--|
| Gestantes: Metronidazol 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); | Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); ou |
| Nutrizes: Metronidazol gel 0.75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população); ou | Metronidazol 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); ou |
| Metronidazol 2 g, VO, dose única. | Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou |
| | Metronidazol gel 0.75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias (uso limitado em gestantes, tendo em vista insuficiência de dados quanto ao seu uso nesta população). |

| Tratamento para tricomoníase e vaginose bacteriana (ao mesmo tempo) |
|--|
| Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou |
| Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou |
| Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou |
| Secnidazol 2 g, VO, dose única. |

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

Gestantes: **Metronidazol** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre);

Parceiro: **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

| Tratamento para Candidíase |
|--|
| Miconazol creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou |
| Miconazol óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; ou |
| Miconazol óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou |
| Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou |
| Isoconazol (Nitrate) creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou |
| Terconazol creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; ou |
| Clotrimazol creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou |
| Clotrimazol óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; ou |
| Clotrimazol óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; ou |
| Clotrimazol óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou |
| Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias. |

Para alívio do prurido (se necessário): fazer embrocação vaginal com violeta de genciana a 2%.

O **tratamento sistêmico** deve ser feito somente nos **casos recorrentes ou de difícil controle**; nestes casos, investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com:

| |
|---|
| Itraconazol 200mg, VO, de 12/12h, só duas doses; ou |
| Fluconazol 150mg, VO, dose única; ou |
| Cetoconazol 400mg, VO, por dia, por 5 dias. |

Observações:

- Em mulheres que apresentam quatro ou mais episódios de candidíase por ano, devem ser investigados outros fatores pre-

disponíveis: diabetes, uso de corticóides, imunodepressão, inclusive a **infecção pelo HIV**.

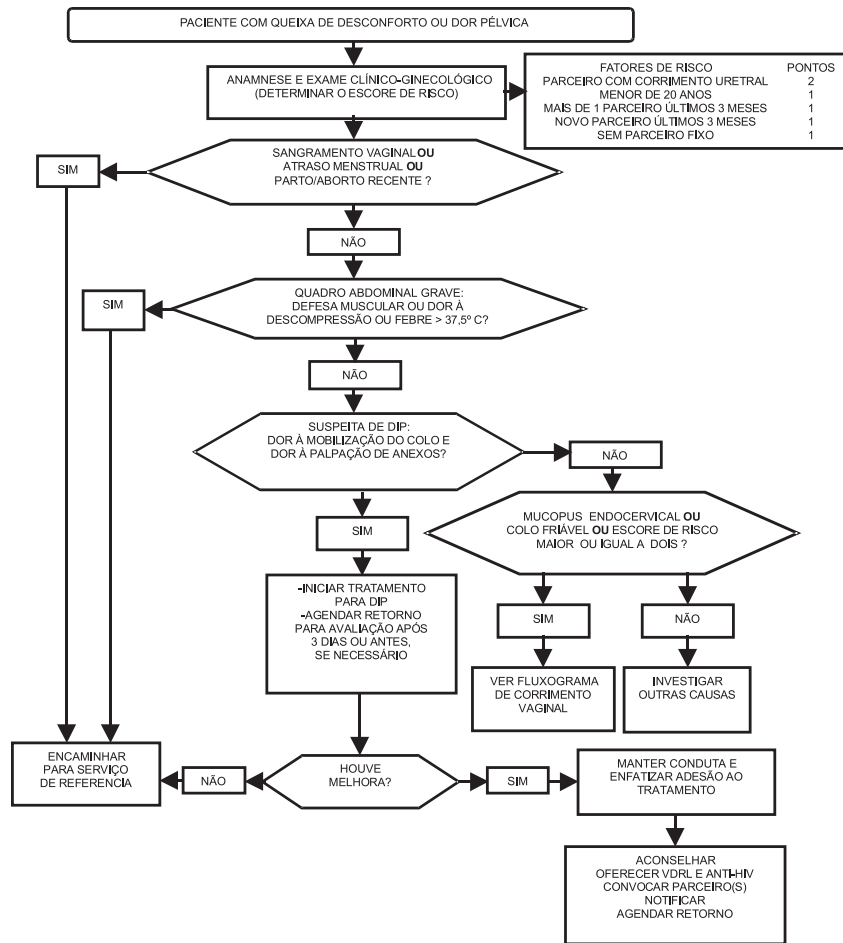
- Sempre orientar quanto higiene perineal adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

Gestantes: A candidíase vulvovaginal é muito comum no transcorrer da gravidez, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período. Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes; deve ser dada preferência ao miconazol, terconazol ou clotrimazol, por um período de sete dias. Não deve ser usado tratamento sistêmico.

Parceiros: não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Portadoras do HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

DOR PÉLVICA



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE DOR PÉLVICA

Anamnese (determinar escore de risco)

Realizar anamnese determinando, o escore de risco, que pode indicar a probabilidade da paciente ser portadora de uma cervicite assintomática. Esse procedimento consiste na coleta de algumas informações, atribuindo a cada uma delas um determinado valor. O escore de risco é considerado positivo para cervicite quando a soma dos valores atribuídos for maior ou igual a dois, ou seja, de acordo com os critérios estabelecidos (já testados e validados para a população feminina brasileira), mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente é considerada como portadora assintomática e, portanto, deve receber o tratamento concomitante para gonorréia e clamídia, conforme descrito adiante.

Escore de Risco:

- parceiro com corrimento uretral = 2
- idade menor que 20 anos = 1
- sem parceiro fixo = 1
- mais de um parceiro nos últimos três meses = 1
- novo parceiro nos últimos três meses = 1

Sendo a soma maior ou igual a 2, o escore de risco será positivo e, portanto, deve-se considerar a mulher portadora assintomática de cervicite.

Exame clínico - ginecológico

Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal. Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino. Em seguida, realizar o exame pélvico bimanual. Se houver corrimento, coletar material para realização de bacteri-

oscopia, fazer o teste do pH e teste das aminas. Em seguida, limpar o colo uterino e observar se existe mucopus endocervical ou friabilidade do colo. Verificar também se há abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais. Ao toque vaginal, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos e a presença de massas ou coleções.

Sangramento vaginal ou atraso menstrual ou partolaborto recente?

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, perda de sangue pela vagina podem ter um quadro grave instalado ou por se instalar e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência.

Quadro abdominal grave: defesa muscular ou dor à descompressão ou febre > 37,5°C?

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca positiva, ao exame abdominal ou febre maior que 37,5°C, deverá ser encaminhada para serviço de referência a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e seguimento de forma imediata e adequada.

Suspeita de DIP: dor à mobilização do colo e dor a palpação de anexos?

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e seguimento ambulatorial da paciente e, este poderá ser realizado conforme esquema sugerido a seguir. As

unidades básicas de saúde que não permitem a realização do exposto acima devem referir a paciente imediatamente.

Mucopus endocervical ou colo friável ou escore de risco maior ou igual a dois?

Após a limpeza do colo uterino, se for observado mucopus endocervical ou friabilidade, configura-se o quadro de cervicite mucopurulenta. Não sendo identificados esses dois sinais, mas o escore de risco, conforme orientado acima, for maior ou igual a dois, estabelece-se o diagnóstico presuntivo de cervicite, devendo-se seguir, nestes casos, o fluxograma de Corrimentos Vaginais (apresentado anteriormente), com o objetivo de preservar a saúde reprodutiva da paciente. Em caso negativo, outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastro intestinais (verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula). Nesses casos, encaminhar ao especialista.

Iniciar tratamento para DIP e marcar retorno para avaliação após três dias ou antes, se necessário.

Este quadro de ação indica que, ao iniciar-se o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após três dias. Se não houver melhora ou se houver piora do quadro, deverá retornar antes. Se a paciente for usuária de DIU, este deve ser retirado após a instituição do esquema antibiótico com melhora do quadro. Algumas medidas gerais devem ser recomendadas, tais como: repouso, abstinência sexual e o tratamento sintomático com analgésicos, antitérmicos e anti inflamatórios não hormonais. São os seguintes os esquemas recomendados para

antibioticoterapia de pacientes com DIP leve, sem sinais de peritonismo importante ou febre (tratamento ambulatorial):

Esquema 1: ceftriaxona mais doxiciclina; ou **Esquema 2:** cefoxitina mais probenecide mais doxiciclina; ou **Esquema 3:** ofloxacina mais metronidazol; ou **Esquema 4:** ofloxacina mais doxiciclina mais metronidazol; ou **Esquema 5:** ampicilina + probenecida **mais** doxiciclina **mais** metronidazol.

Observar esquemas terapêuticos com observações correspondentes, adiante.

Houve melhora do quadro ?

Ao retornar, se a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, segundo o mesmo esquema, recomendando-se sempre a necessidade de completar o tratamento, mesmo que já tenha obtido melhora significativa. Não havendo melhora, ou piora do quadro, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar.

Aconselhar, oferecer VDRL e anti-HIV, enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno.

Este quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para a paciente:

- Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido;
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro;
- Oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de uso;
- Recomendar seu retorno ao serviço de saúde se ela voltar a ter problemas genitais.
- Quando a queixa que motiva a consulta é de dor pélvica, a paciente deve ser encorajada a comunicar sobre a sua doença a todos os seus parceiros sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à paciente cartões de convocação para parceiros, devidamente preenchidos. Essa atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão, e para evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncológica (Papanicolaou), quando houver indicação (observar as normas e diretrizes do programa de prevenção do câncer de colo uterino).

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

| Tratamento para DIP (ambulatorial) | |
|---|---|
| Esquema 1: | Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única mais Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias; ou |
| Esquema 2: | Cefoxitina 2g, IM, dose única, mais Probenecida 1g, VO, dose única mais Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 14 dias; ou |
| Esquema 3: | Ofloxacina 400 mg, VO, de 12/12 horas mais Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias; ou |
| Esquema 4: | Ofloxacina 400 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias mais Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias mais Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias; ou |
| Esquema 5: | Ampicilina 3,5 g, VO, dose única, antecedida em meia hora por Probenecide 1g, VO, dose única mais Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, 14 dias mais Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias. |

Importante:

- Os esquemas acima são os recomendados para antibioticoterapia de pacientes com DIP leve (sem sinais de peritonismo importante ou febre).
- Se a paciente for usuária de DIU, este deve ser retirado após a instituição do esquema antibiótico com melhora do quadro.
- Algumas medidas gerais devem ser recomendadas, tais como: repouso, abstinência sexual e o tratamento sintomático com analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não hormonais.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pesquisa de outras DST: as associações entre diferentes DST são freqüentes. Destaca-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV. Para isso, o cumprimento de todos os passos da anamnese, do exame físico

e a coleta de secreções e material para a realização do diagnóstico etiológico, o oferecimento dos testes sorológico para sífilis e anti-HIV e o aconselhamento devem fazer parte da rotina.

Associação com o câncer cervical: a prevalência da infecção pelo HPV, entre as mulheres portadoras do HIV aumenta com o declínio de sua imunidade (número de células CD4) e com a progressão clínica da doença. O exame de Papanicolaou se mostra anormal em aproximadamente 25 a 40% das mulheres HIV positivas, o que significa taxas aumentadas de 10 a 11 vezes quando comparadas com as HIV negativas, e a frequência e gravidade das anormalidades aumentam com o declínio do número de células CD4.

(Para maiores detalhes sobre a abordagem sindrômica das DST, consultar o Manual de DST (3ª edição) - Ministério da Saúde, 1999).

BIBLIOGRAFIA:

1. Alter MJ. Heterosexual activity: a leading risk factor in the transmission of hepatitis B. In: Piot P, Andre FE, eds. Hepatitis B: a sexually transmitted disease in heterosexuals. New York: Excerpta Médica; 1990: 17-22.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Scheduled cesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection. ACOG Comm Opin 2000; number 234.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Recommendations for the use of zidovudine to reduce perinatal transmission of human immunodeficiency virus. MMWR. 1994; 43:1-19.
4. Centers for Disease Control and Prevention. US Public Health Service recommendations for human immunodeficiency virus counseling and voluntary testing for pregnant women. MMWR. 1995; 44:1-15.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): 1998 Treatment Guidelines of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1998; 47(RR-1):1-116.
6. Charles D. Infecções Obstétricas e Perinatais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
7. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. N Engl J Med 1994; 331:1173-80.
8. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília; 1999.
9. Department of Health and Human Services and the Henry J. Kaiser

- Family Foundation. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. www.hivatis.org (accessed 2001 September 28).
10. Duarte G, Gonçalves CV, Marcolin AC, Paschoini MC, Quintana SM, Mussi-Pinhata MM. Teste rápido para detecção da infecção pelo HIV-1 em gestantes. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23:107-112.
 11. Duarte G. Diagnóstico e Condutas nas Infecções Ginecológicas e Obstétricas. Ribeirão Preto: Scala; 1998.
 12. Faro S, Soper DE. Infectious Diseases in Women. New York: W.B. Saunders-Harcourt Health Sciences Company, 2001.
 13. Hillier SL, Holmes KK. Bacterial vaginosis. In: Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, et al, eds. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill; 1999: 563-86.
 14. Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, et al. Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw-Hill; 1999.
 15. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). HIV in Pregnancy: A review. UNAIDS/99.35.E-WHO/99.15, June 1999.
 16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the Global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS/44.E-WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9, December 2000.
 17. Landers DV, Duarte G. HIV interactions with other sexually transmitted diseases. In: Mead PM, Hager WD, Faro S, (editors). Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 2nd edition. Malden, Ma: lackwell Science; 2000. p. 298-307.
 18. Linhares IM, Fonseca AM, Pinotti JA. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Mulher - Incluindo AIDS. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

19. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and Practice of Infection Diseases. New York: Churchill Livingstone; 1995.
20. Mead PM, Hager WD, Faro S. Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 2nd edition. Malden-MA: Blackwell Science; 2000.
21. Monteleone PPR, Valente CA. Infectologia em Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: Atheneu; 1998.
22. Naud, P. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
23. Passos MRL. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995.
24. Perinatal HIV Guidelines Working Group Members. Public Health Service Task Force Recommendations of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States, pp. 1-46, November 2000. www.hivatis.org (accessed 2001 July 25).
25. Simoes JA, Aroutcheva AA, Shott S, Faro S. Effect of metronidazole on the growth of vaginal lactobacilli in vitro. *Infect Dis Obstet Gynecol*; 2001; 9(1):41-5.
26. Sweet RL, Gibbs RS. Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.
27. Taha TE, Hoover DR, Dallabeta GA, et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. *AIDS* 1998; 12:1699-706.
28. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet*. 1999; 353:1035-9.

29. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
30. Witkin SS, Giraldo PC. Chronic recurrent vaginal candidiasis. *In: Mead PM, Hager WD, Faro S, editors, Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 2nd edition. Malden,MA; Blackwell Science;2000. p. 298-307.*