

Coordenação Nacional de DST e Aids
Secretaria de Políticas de Saúde
Ministério da Saúde - Brasil

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

MANUAL DE BOLSO

Brasília - DF

2000

© 2000 – Ministério da Saúde

Diagramação Eletrônica e Capa: Assessoria de Programação Visual

Responsável: Lúcia Helena Saldanha

Editoração: Assessoria de Comunicação

Responsável: Mauro Henrique Siqueira

Elaboração: Unidade de Epidemiologia

Responsável: Fábio Moherdai

Conselho Editorial: Ermenegildo Munhoz (Editor); Dario Almeida Noletto (Subeditor); Ana Paula Magalhães Penha (Revisora); Josete Cachenski (Supervisora de Produção); Fábio Moherdai (Médico); Emir Bocchino (Diagramador).

1º Edição: 2000

Tiragem: 150.000 exemplares

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios – bloco G – sobreloja

CEP 70058-900 Brasília –DF Brasil

Telefone: 61 315-2544

Fax: 61 315-2519

Disque Saúde / Pergunte Aids: 08000 61 1997

www.aids.gov.br

Publicação Financiada com recursos do Projeto 914/BRA59 MS/
SPS/CN-DST/AIDS e UNESCO

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
Introdução.....	7
As DST como prioridade.....	9
Princípios para o Controle.....	11
Estratégias para o Controle.....	12
Prevenção.....	12
Detecção de Casos.....	12
Tratamento imediato.....	13
O Manejo adequado de casos de DST.....	14
Abordagem do Portador de DST.....	16
Exame Físico.....	18
Exame Genital Masculino.....	19
Exame Genital Feminino.....	20
Pesquisa de outras DST.....	22
O diagnóstico de DST.....	23
Abordagem Síndrômica de DST.....	25
Identificação das Síndromes.....	25
Tratamento para os Agentes Etiológicos mais freqüentes.....	27
Uso dos Fluxogramas.....	30
O que é um Fluxograma?.....	30
Passos para o uso de fluxogramas.....	31

Corrimento Uretral.....	32
Úlceras Genitais.....	37
Corrimentos Vaginais.....	44
Dor Pélvica.....	58
Infecção pelo Papilomavirus Humano (hpv).....	64
Rastreio de Câncer Cérvico-uterino.....	79
Bibliografia.....	86

APRESENTAÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países industrializados ocorre um novo caso de DST em cada 100 pessoas por ano, e nos países em desenvolvimento, as DST estão entre as 5 principais causas de procura por serviços de saúde (OMS-1990).

Nos últimos anos, provavelmente devido a alta transcendência da aids, o trabalho com as outras DST, doenças que facilitam a transmissão do HIV, passou a ter redobrada importância, principalmente no que se refere à vigilância epidemiológica, ao treinamento de profissionais para o atendimento adequado e à disponibilidade e controle de medicamentos.

Levando-se em conta a alta magnitude estimada das DST em nosso meio, sua transcendência, não somente pelas graves conseqüências para a população, mas também pela sua interação com o HIV, a existência de tecnologia apropriada para seu controle e a possibilidade de êxito com o desenvolvimento de atividades específicas, a CN-DST/AIDS se propõe, com o apoio e participação de estados, municípios, organizações não-governamentais e demais instituições envolvidas, a retomar o controle das DST como seu objetivo prioritário.

Para isto, é indispensável a edição deste Manual de Bolso, baseado na 3ª edição do Manual de Controle das DST, que contou, em sua elaboração, com a participação do pessoal técnico da CN-DST/AIDS e de um grupo de especialistas como consultores-revisores, listados a seguir e coordenados pelo primeiro:

- Fabio Moherdau
- Ana Lúcia R. de Vasconcelos
- Eduardo Campos



Consultores-revisores:

- Adele Schwartz Benzaken (Ginecologista – Fundação Alfredo da Matta)
- Albertina Duarte Takiuti (Universidade de São Paulo - SP)
- Fabio Bastos Russomano (Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - RJ)
- Iara Moreno Linhares (Universidade de São Paulo - SP)
- Ivo Castelo Branco Coelho (Universidade Federal do Ceará - CE)
- João Luiz Schiavini (Universidade do Estado do Rio de Janeiro - RJ)
- José Antonio Simões (Universidade de Campinas - SP)
- José Carlos Gomes Sardinha (Fundação Alfredo da Matta - AM)
- Maria Albina Catellani (Instituto Fernandes Figueira - FIOCRUZ - RJ)
- Mauro Cunha Ramos (Secretaria Estadual de Saúde - RS)
- Mauro Romero Leal Passos (Universidade Federal Fluminense - RJ)
- Paulo Naud (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - RS)
- Telma Regia B. S. Queiroz (Secretaria Estadual de Saúde - CE)
- Tomaz Isolan (Universidade Federal de Pelotas - RS)


Paulo R. Teixeira

Coordenador Nacional de DST e Aids

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de aids, as DST readquiriram importância como problemas de saúde pública. Entretanto, alguns fatos negativos têm sido percebidos no contexto da atenção às DST em nosso País:

- são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST; apenas a aids e a sífilis congênita são de notificação compulsória. Entretanto, raros são os serviços onde a notificação é realizada de forma sistemática;
- os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde. O atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando os pacientes têm que expor seus problemas em locais sem privacidade ou a funcionários despreparados que, muitas vezes, demonstram seus próprios preconceitos ao emitirem juízos de valor. Essas situações ferem a confidencialidade, discriminam as pessoas com DST e contribuem para afastá-las dos serviços de saúde;
- a irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos é mais uma das causas de afastamento dos indivíduos com DST dos serviços de saúde. Isso ocorre por provisão insuficiente ou pelo uso para tratamento de outras enfermidades;
- para muitas das DST, as técnicas laboratoriais existentes não apresentam a sensibilidade e/ou a especificidade satisfatórias. Pouquíssimas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos **no momento da**




consulta. Soma-se a isso o fato de que o sistema público de saúde, no Brasil, apresenta reduzidas condições para a realização dos testes e freqüentemente os técnicos responsáveis estão desmotivados e/ou despreparados.

A consequência mais evidente dessa situação de baixa resolatividade dos serviços é a busca de atendimento em locais nos quais não seja necessário se expor, nem esperar em longas filas, ou seja: as farmácias comerciais.

As DST COMO PRIORIDADE

Por que as DST devem ser priorizadas? São quatro os critérios para a priorização de agravos em saúde pública: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade.

- **Magnitude:** embora os poucos dados epidemiológicos existentes não se prestem a fazer inferências para o País como um todo, ao menos permitem, quando conjugados às informações geradas em outros países, a realização de estimativas que concluem pela elevada frequência das DST em nosso País. Isto, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem a orientação e tratamento adequados, ficando subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como os elos fundamentais na cadeia de transmissão das doenças.
- **Transcendência:**
 - as DST são o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV;
 - algumas delas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até o óbito;
 - algumas DST, durante a gestação, podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando a interrupção espontânea da gravidez;
 - as DST podem causar grande impacto psicológico em seus portadores;
 - as DST causam também grande impacto social, que se traduz em custos indiretos para a economia do País e que, somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam dramaticamente esses custos totais.

- 
- **Vulnerabilidade:** as DST, por suas características epidemiológicas, são agravos vulneráveis a ações de prevenção primária, como por exemplo a utilização de preservativos, de forma adequada, em todas as relações sexuais. Além disso, com exceção das DST causadas por vírus, existem tratamentos eficazes para todas elas; portanto, à medida que se consiga conscientizar os pacientes da necessidade de procurar rapidamente um serviço de saúde para tratar-se adequadamente e a seus parceiros sexuais, lograr-se-á, a curto prazo, romper a cadeia de transmissão dessas doenças e, conseqüentemente, da infecção pelo HIV.
 - **Factibilidade:** o controle das DST é possível, desde que existam bons programas preventivos e uma rede de serviços básicos resolutivos, ou seja, unidades de saúde acessíveis para pronto atendimento, com profissionais preparados, não só para o diagnóstico e tratamento, mas também para o adequado acolhimento e aconselhamento dos portadores de DST e de seus parceiros sexuais, e que tenham a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos.

PRINCÍPIOS PARA O CONTROLE

Os princípios básicos para o controle das DST, como em qualquer processo de controle de epidemias, são os seguintes:


- **interromper a cadeia de transmissão:** atuando objetivamente nos “elos” que formam essa corrente, ou seja, detectando precocemente os casos, tratando-os, e a seus parceiros, adequada e oportunamente.
- **prevenir novas ocorrências:** por meio de aconselhamento específico, durante o qual as orientações sejam discutidas conjuntamente, favorecendo a compreensão e o seguimento das prescrições médicas e contribuindo de forma mais efetiva para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

PREVENÇÃO

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV, dar-se-á por meio da constante informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo. As atividades de aconselhamento das pessoas com DST e seus parceiros durante o atendimento, são fundamentais, no sentido de buscar que os indivíduos percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e a seus parceiros, prevenindo assim a ocorrência de novos episódios. Deve-se sempre enfatizar a associação existente entre as DST e a infecção pelo HIV. Deve-se, ainda, estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações. A promoção e distribuição de preservativos deve ser função de todos os serviços que prestam esse tipo de assistência. Desta forma, a assistência pode se constituir em um momento privilegiado de prevenção.

DETECÇÃO DE CASOS

Tão importante quanto diagnosticar e tratar o mais precocemente possível os portadores sintomáticos é realizar a detecção dos portadores assintomáticos. Entre as estratégias que poderão suprir esta importante lacuna estão os rastreamentos de DST assintomáticas, especialmente sífilis, gonorréia e clamídia em gestantes ou adolescentes, em serviços específicos, como aqueles que executam atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, de atendimento pré-natal e os serviços de prevenção do câncer cérvico-uterino. Algumas mudanças na orientação dos



profissionais de saúde para que passem a fazer assistência integral aos usuários são de fundamental importância pois, com isso, os indivíduos em situação de risco teriam uma oportunidade para aconselhamento e/ou diagnóstico.


TRATAMENTO IMEDIATO

O tratamento deve ser instituído no momento da consulta, preferencialmente com medicação por via oral e em dose única, ou com o menor número possível de doses. A utilização de alguns fluxogramas desenvolvidos, testados e já validados, provê a possibilidade de tratamento imediato e a ruptura imediata da cadeia de transmissão. Nesta abordagem, são pesquisados os sintomas e/ou sinais que, agrupados, forneçam o diagnóstico de uma síndrome. O tratamento visará, então, os agentes etiológicos mais comuns na síndrome em estudo. Para que esse tipo de assistência seja adequadamente implementada deve incluir ainda a coleta de material que permita a realização do diagnóstico etiológico em laboratório local ou de referência, aconselhamento para redução de risco, tratamento de parceiros, orientações para adesão aos tratamentos fracionados, promoção e distribuição de preservativos.

O MANEJO ADEQUADO DE CASOS DE DST

Os portadores de DST devem receber atendimento e tratamento imediato. A espera em longas filas e a possibilidade de agendamento para outro dia, associadas à falta de medicamentos, são talvez os principais fatores que induzem à busca de atenção diretamente com o balconista da farmácia. Em si, o atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa, mas também, e principalmente, uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações.

- **TRIAGEM:** neste modelo considera-se extremamente desejável a existência de um serviço de triagem confidencial que seja realizada por profissionais de saúde devidamente preparados para essa finalidade.
- **ESPERA:** o tempo de espera deverá ser utilizado para educação em saúde por intermédio de vídeos educativos, atividades de aconselhamento em grupo, incluindo outras questões de saúde e cidadania.
- **CONSULTA MÉDICA:** além da anamnese e do exame físico, neste momento devem ser feitas as coletas do material das secreções e lesões para exame laboratorial; o material para a colpocitologia oncótica deverá ser coletado somente após efetivação da cura da DST que motivou a consulta.
- **CONSULTA DE ENFERMAGEM:** a participação de enfermeiros e outros profissionais de saúde deve ser estimulada em todas as etapas do atendimento. O aconselhamento, a detecção de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais esses



profissionais deverão atuar. Excepcionalmente os enfermeiros poderão prescrever e aplicar medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987).

- **ACONSELHAMENTO:** esta é uma atividade que deve estar presente em todo o atendimento e não depender de apenas um profissional. A figura do médico é extremamente importante no aconselhamento assim como a consistência das informações a serem fornecidas por toda a equipe. Todos os profissionais envolvidos no atendimento devem participar do processo de aconselhamento.
- **COMUNICAÇÃO AOS PARCEIROS SEXUAIS:** serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o paciente relacionou-se sexualmente nos últimos 30 dias. O uso de cartões para comunicação aos parceiros sexuais é desejável. De acordo com as possibilidades de cada serviço, outras atividades poderão ser desenvolvidas. É fundamental que os parceiros de gestantes com sífilis que não atenderem ao chamado para tratamento sejam objeto de busca ativa.

ABORDAGEM DO PORTADOR DE DST


O atendimento de pacientes com DST tem algumas particularidades. Ele visa interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, evitar as complicações advindas da(s) DST em questão, e a cessação imediata dos sintomas.

O objetivo desse atendimento é tentar prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. Não há impedimento para que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não deverá depender de demorados processos de realização e/ou interpretação dos exames. Não se quer dizer com isto que o laboratório seja dispensável, ao contrário, tem seu papel aumentado principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como fontes para a definição do perfil epidemiológico das diferentes DST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados.

Fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados, são instrumentos que auxiliarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões. Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional, ainda que não especialista, estará habilitado a: determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento para estimular a adesão ao tratamento, para a redução de riscos, para a convocação, orientação e tratamento de parceiros, promoção de incentivo ao uso de preservativos, dentre outros aspectos.

Os fluxogramas incluem uma série de polígonos de decisão e ação que contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes.

Para o uso do fluxograma, o profissional identifica o polígono correspondente ao problema clínico que encontra-se no topo do quadro e segue, passo a passo, tomando as decisões necessárias, de acordo com os achados clínicos.




Após o fluxograma de cada síndrome, são apresentadas as notas correspondentes a cada polígono de decisão e ação. Essas notas, ainda que parte essencial do fluxograma, são demasiadamente detalhadas para serem incluídas nos polígonos.

O exame físico e a anamnese do paciente e de seus contatos sexuais devem constituir-se nos principais elementos diagnósticos das DST, tendo em vista a dificuldade de acesso imediato aos exames laboratoriais. O médico, e mesmo os demais profissionais de saúde, deverão conhecer os principais aspectos anatômicos e funcionais, tanto do organismo masculino como do feminino, para poder, junto com os dados da anamnese, fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica) ou doenças transmitidas pelo sexo, lembrando que, na mulher, diversas DST podem apresentar-se de maneira assintomática durante período variável de tempo.

É importante frisar que obter informações fidedignas para a realização de uma anamnese consistente e precisa implica na construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo em atendimento. Para tal, o profissional deve ter em mente que no contexto assistencial das DST, questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, desprazer, violência, conceito de risco, de doença, de saúde e outros, são apresentados das mais variadas formas, de acordo com a história de cada um dos interlocutores (paciente e profissional), seu meio socioeconômico e sua personalidade.

Sabemos que as DST implicam em práticas de foro íntimo e são decorrentes do exercício da sexualidade. Sendo assim, os profissionais têm a oportunidade ímpar de conversar sobre aspectos da intimidade da vida da pessoa em atendimento e, portanto, precisam ter clareza a respeito dos valores sexuais do paciente, assim como de seus próprios valores. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas poderão ser evitadas e, apesar das eventuais diferenças, o diálogo será garantido.




Caso contrário, conseqüências negativas poderão ocorrer, como por exemplo: omissão de informações necessárias para a realização do diagnóstico ou despreocupação quanto à real gravidade da doença ou, por outro lado, superdimensioná-la, causando, desta forma, angústias desnecessárias ou até mesmo desajustes conjugais.

Nesse sentido entendemos que o paciente deverá ser visto como um todo, constituído por sentimentos, crenças, valores, aspectos estes determinantes das práticas de risco e atitudes diante do tratamento prescrito. Seu comportamento orgânico também não se restringe aos órgãos genitais; lembremos que outras doenças (ex.: diabetes, dermatoses, imunodeficiências, etc.), o estado nutricional e o uso de medicamentos, podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento das DST.

No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde deverão incluir o exame clínico-genital minucioso que contemple a busca de outras DST, educação para redução de riscos, orientação sobre cuidados higiênicos, oferecimento do teste anti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos, convocação dos parceiros sexuais e a notificação do caso; sempre que possível deverá ser feita a pesquisa e a observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas, toque retal; a citologia oncótica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente.

EXAME FÍSICO

Observar pele, mucosas e palpar os gânglios de todos os segmentos corporais (cabeça, tronco e membros), particularmente, a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e dos genitais. Quaisquer lesões (ulceradas ou não,



em baixo ou alto relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada etc.), no abdômen, dorso, couro cabeludo e principalmente na região perineal, deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão.

Doenças como sífilis podem ter, além da região genital, outros locais de infecção. A gonorréia pode apresentar formas diferentes da enfermidade abrangendo regiões não genitais (ex.: faringite, osteoartrite, conjuntivite, peri-hepatite etc.). O eritema multiforme e a cefaléia, podem acompanhar o linfogranuloma venéreo.

Assim como estas observações, muitas outras poderiam ser feitas, já que as DST não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

EXAME GENITAL MASCULINO

Para uma melhor inspeção, tanto da região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deverá estar em pé, com as pernas afastadas, e o clínico sentado. Para a região ano-retal, o paciente deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor ainda, deitado em decúbito lateral com leve ante flexão do tronco e da coxa não encostada na maca.

Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras etc. Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular, processo inflamatório da bolsa escrotal. Sempre que possível, efetuar o toque retal à procura de tumorações e saliências, além de alterações da próstata.


EXAME GENTAL FEMININO

Pelas próprias características femininas, o ginecologista ou clínico, necessitará contar com a total cooperação da paciente. Para tanto, deverá captar sua confiança, descrevendo todos os procedimentos a serem realizados, ressaltando o fato de que todo o material a ser utilizado é esterilizado. O exame deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica.

No exame **estático**, deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações, ulcerações etc.

Para o exame **dinâmico**, utilizar luvas de procedimento, descartáveis; deve-se colocar os dedos indicador e médio na região que corresponde às glândulas de Bartholin (aproximadamente às 5 e 7 horas) e tracioná-las para baixo e para fora. Com isso pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta, solicitando-se à paciente para aumentar a pressão intra-abdominal.

O exame **especular** deverá ser feito, após breve explicação sobre o instrumento à paciente. As coletas dos materiais deverão ser feitas antes de qualquer lubrificação ou limpeza, devendo ser evitada, portanto, a colocação de vaselina no espécuro. Coloca-se o espécuro esterilizado sempre com uma inclinação de 75°, pressionando a parede posterior da vagina, usando o dedo indicador e médio para expor o intróito vaginal (evitando o traumatismo de uretra e bexiga); observar coloração e pregueamento vaginal, além do aspecto do colo uterino, principalmente do muco cervical; notar a presença ou não de secreções, tumorações, ulcerações e roturas; efetuar corretamente a coleta de material para análise laboratorial quando em presença de secreção, de lesões vegetantes ou ulceradas. Em seguida, efetuar a limpeza do orifício externo do




colo com ácido acético 5% e fazer o teste de Schiller (Iugol) para evidenciar lesões do colo e ectopias. Não havendo corrimento vaginal e/ou cervical, ou após o tratamento das secreções ou lesões, coletar material para colpocitologia oncológica, quando houver indicação.

A retirada do espéculo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espéculo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que causará dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais. Quando disponível o aparelho, realizar o exame colposcópico observando toda a genitália, incluindo ectocérvice, vagina, vulva e ânus.

O **toque vaginal** também deverá ser previamente explicado à paciente e realizado com luva estéril (sem necessidade de ter o padrão cirúrgico). Deve-se usar inicialmente o dedo indicador para deprimir o períneo posterior, o que contribuirá para o relaxamento da musculatura. Introduz-se então os dedos médios e indicador (previamente lubrificados), procurando sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamentos, consistência e tamanho do colo e aberturas do canal cervical. Movendo-se o colo para um lado e outro, traciona-se os ligamentos cardinais e largo podendo evidenciar-se processos inflamatórios.

Somente após todas estas manobras é que se deve tocar com a outra mão a parede abdominal da paciente, **sempre** respeitando os movimentos respiratórios e aproveitando a expiração para a palpação profunda.

A mão vaginal empurra o colo e o útero para cima para que o fundo do mesmo possa ser palpado entre a mão abdominal e a vaginal. Durante a palpação, notar seu tamanho, consistência, mobilidade, a regularidade de sua forma, o ângulo em relação ao colo e à vagina e a possível sensibilidade da paciente.



As regiões anexas são palpadas inserindo os dedos vaginais lateralmente ao colo, até o fundo do fórnix, e traicionando as estruturas na pelve com a mão abdominal. As estruturas anexas (ligamento largo, trompa e ovário) são palpadas entre as duas mãos. Estas estruturas podem não ser palpáveis, principalmente em mulheres após a menopausa ou obesas. Geralmente, as trompas não são palpáveis, a menos que estejam aumentadas. Deve-se procurar por massas e alterações da sensibilidade. O tamanho, a forma, a consistência e a sensibilidade de qualquer massa também devem ser determinados.

O **toque retal**, quando necessário, deverá ser explicado para a paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir à paciente para fazer força durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de massas. Utilizando a mesma técnica abdomino-vaginal, as estruturas pélvicas são novamente palpadas. Deve-se prestar atenção especial ao septo retrovaginal, aos ligamentos uterosacrais, ao fundo de saco e ao fundo uterino posterior. É durante este exame que melhor se encontram massas do fundo de saco de Douglas.

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.

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 para realização do diagnóstico sorológico anti-HIV e o aconselhamento devem fazer parte da rotina. No entanto, lembramos que a realização do exame para detecção de anticorpos anti-HIV deve ocorrer se o profissional sentir-se capacitado para realizar o aconselhamento pré e pós-teste.

O DIAGNÓSTICO DE DST

Os profissionais de saúde quando estão diante de um possível caso de DST geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

- Diagnóstico etiológico: utilização de testes laboratoriais para identificar o agente causador;
- Diagnóstico clínico: utilização da identificação e sintomas e sinais que possam caracterizar uma determinada DST; baseado na experiência pessoal de cada profissional.

O diagnóstico etiológico é o método ideal, já que permite que os profissionais de saúde saibam qual é o agente causal daquela doença e indiquem o tratamento mais adequado.

No entanto, ambos os métodos apresentam alguns problemas quando utilizados em DST.


A identificação etiológica de algumas DST requer técnicos especializados e equipamento sofisticado de laboratório, nem sempre disponíveis.

As gonorréias nos homens e as tricomoníases nas mulheres podem ser diagnosticadas no momento da consulta, desde que estejam disponíveis um microscópio, insumos e um técnico treinado para a realização da bacterioscopia.

Tanto a infecção gonocócica como a causada por clamídia, nas mulheres, só podem ser diagnosticadas atualmente através de testes sofisticados de laboratório; as técnicas de cultura são difíceis e nem sempre estão disponíveis em unidades básicas de saúde;

Testes para outras DST, como para cancro mole e herpes, por exemplo, são até mais complexos.

Um grande número de pacientes procura tratamento para DST em unidades básicas de saúde onde nem sempre estão disponíveis os equipamentos, insumos e os técnicos habilitados para a realização do diagnóstico etiológico.



Em alguns casos, o diagnóstico etiológico pode ser muito demorado e dispendioso. Existe, necessariamente um lapso de tempo para a apresentação dos resultados dos testes e conseqüentemente para o início do tratamento.

Alguns clínicos acham que, após examinar os pacientes, é fácil fazer o **diagnóstico clínico** de uma uretrite gonocócica, por exemplo. Porém, até mesmo os especialistas podem equivocar-se quando utilizam apenas sua própria experiência clínica. Por quê? Em muitos casos, não é possível fazer clinicamente o diagnóstico diferencial entre as várias possíveis infecções e, além disso, é comum que ocorram infecções mistas. Um paciente que tem infecções múltiplas necessita receber tratamento para todas elas. Ao se tratar apenas uma das infecções a outra ou outras podem evoluir para complicações sérias, além de continuarem potencialmente sendo transmitidas, ou seja, não se rompe a cadeia de transmissão.


ABORDAGEM SINDRÔMICA DE DST

As principais características da abordagem sindrômica são:

- classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- indica o tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes na síndrome;
- inclui a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;
- inclui a oferta da sorologia para sífilis e para o HIV.


IDENTIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES

Embora as DST sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame. A tabela seguinte explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.



PRINCIPAIS SÍNDROMES EM DST





O principal objetivo da abordagem sindrômica é facilitar a identificação de uma ou mais destas síndromes para então manejá-las de forma adequada.

Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um “fluxograma” para cada uma delas. Cada fluxograma nos conduz às decisões e ações que precisamos tomar, levando à condição ou condições que devam ser tratadas. Uma vez treinado, o profissional de saúde poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência aos portadores de DST em **qualquer** serviço de saúde, onde ele então terá acesso a orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta.

TRATAMENTO PARA OS AGENTES ETIOLÓGICOS MAIS FREQUENTES

Como foi explicado, o diagnóstico sindrômico inclui o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais frequentes. As infecções mistas ocorrem com frequência, conseqüentemente os custos com o tratamento em excesso são compensados pelos custos elevados que advirão ao se deixar de tratar pessoas com infecções mistas ou sem os sintomas específicos de uma determinada doença.

Exemplo: um paciente se queixa de ardência e corrimento no pênis. Ao examiná-lo, você observa um corrimento na uretra. O sinal e o sintoma juntos sugerem uma síndrome de corrimento uretral, que é causada, na grande maioria das vezes, pela gonorréia ou pela infecção por clamídia, então qualquer tratamento prescrito deve ser eficaz para *ambas* as causas. Existem outras causas para a síndrome de corrimento uretral, tais como infecção por micoplasmas, *Ureaplasma urealyticum* e *Trichomonas vaginalis*. O paciente também deverá ser tratado para estas causas? Não necessariamente, porque ambas são menos comuns e causam menos complicações. Porém, tanto a infecção por gonorréia quanto a causada por clamídia são

bastante comuns; elas não apenas causam complicações como também podem facilitar a transmissão e aquisição do HIV. Dessa forma, é essencial que o paciente seja tratado para estas infecções.

RESPOSTAS A ALGUMAS DÚVIDAS SOBRE A ABORDAGEM SINDRÔMICA

“A abordagem sindrômica é empírica?”

Ao contrário, baseia-se em um grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países^{1, 2, 3} incluindo o Brasil⁴. Esses estudos compararam diagnósticos sindrômicos, clínicos e etiológicos para avaliar a precisão do diagnóstico sindrômico. O diagnóstico sindrômico apresentou excelentes resultados especialmente nos casos de corrimento uretral e ulcera genital; nos corrimentos vaginais, a maioria dos estudos apresentou resultados apenas satisfatórios porém, quando comparados com os resultados dos diagnósticos clínicos baseados na experiência pessoal do profissional, passaram a ter outra dimensão. Para esta última síndrome, alguns fluxogramas que sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais básicas apresentaram bons resultados.

¹ Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. The Lancet. 1995; 346:530-536.

² La Ruche G, Lorougnon F, Digbeu N: Therapeutic algorithms for the management of sexually transmitted diseases at the peripheral level in Côte d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. Bulletin of the World Health Organization, 1995, 73 (3): 305-313.

³ Behets F, Williams Y, Brathwaite A et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic : Use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. Clin Infect Dis 1995; 21:1450-1455.

⁴ Moherdau F, Vuylsteke B et al. Validação de fluxogramas para a abordagem das principais DST no Brasil. Twelfth meeting of the International Society of STD Research (ISSTD), Sevilla, España, 19-22 October, 1997. Abstract 102.

“A abordagem sindrômica despreza o conhecimento e a experiência do profissional de saúde?”

No caso de algumas DST, o diagnóstico clínico é correto em menos de 50% dos casos, como demonstram vários estudos. Além disso, raramente as infecções mistas são diagnosticadas.


“O diagnóstico sindrômico é simples demais para o médico. Deve ser usado por outros profissionais de saúde que não precisam ser tão bem preparados”.

Certamente é uma vantagem que outros profissionais de saúde possam usar a abordagem sindrômica para o diagnóstico. Por exemplo, na Holanda, os enfermeiros usam o diagnóstico sindrômico para tratar pacientes de DST há alguns anos. A legislação brasileira permite que enfermeiros possam indicar tratamentos, desde que estes sejam padronizados. O diagnóstico simplificado e o tratamento imediato também permitem que os profissionais de saúde possam dedicar mais tempo à educação e ao aconselhamento, e também não impede que sejam colhidos os materiais necessários para que seja feito posteriormente o diagnóstico etiológico.

“Seria melhor oferecer tratamento ao paciente primeiro para a causa mais comum e depois, caso os sintomas persistam, tratar as outras possíveis causas”.

É exatamente o que se quer evitar. Os pacientes que não são curados com o tratamento para uma única causa podem não retornar ao centro médico indo procurar tratamento em outro lugar. Podem também tornar-se assintomáticos e continuar disseminando a infecção ou infecções.

“A abordagem sindrômica resulta em um desperdício de medicamentos porque os pacientes podem estar tomando drogas para doenças inexistentes”



Na realidade, estudos demonstraram que a abordagem sindrômica, a longo prazo, apresenta melhor relação custo-benefício, ou seja, as complicações advindas de tratamentos inadequados ou da falta de tratamento, podem resultar em custos elevadíssimos para o sistema de saúde; portanto a abordagem sindrômica funcionaria como uma ação preventiva de baixo custo relativo.

“A abordagem sindrômica induz à resistência bacteriana”


O que induz à formação de cepas de microorganismos resistentes é o tratamento feito de forma inadequada, tanto no que se refere à dosagem quanto na adesão a esse tratamento, ou seja, tomar todas as doses indicadas, com os intervalos de tempo indicados, independentemente do desaparecimento dos sintomas; se um tratamento não é completado, os microorganismos que sobrevivem serão os mais resistentes e tenderão a desenvolver-se em novas cepas, cada vez mais resistentes.

USO DOS FLUXOGRAMAS

Fluxogramas são as ferramentas essenciais na abordagem sindrômica, porque permitem que profissionais de saúde, mesmo não especializados, diagnostiquem e tratem pacientes com DST no primeiro atendimento. Para maior orientação prática sobre o uso dos fluxogramas, o Módulo 4 será extremamente útil. Ele também fornece orientação sobre os tratamentos recomendados.

O QUE É UM FLUXOGRAMA?

Fluxograma é uma árvore de decisões e ações. Ele orienta o profissional por meio de quadros de decisões e indicando as ações que precisam ser tomadas. Cada decisão ou ação tem como referência uma ou mais rotas que levam a outro quadro, com outra decisão ou ação.

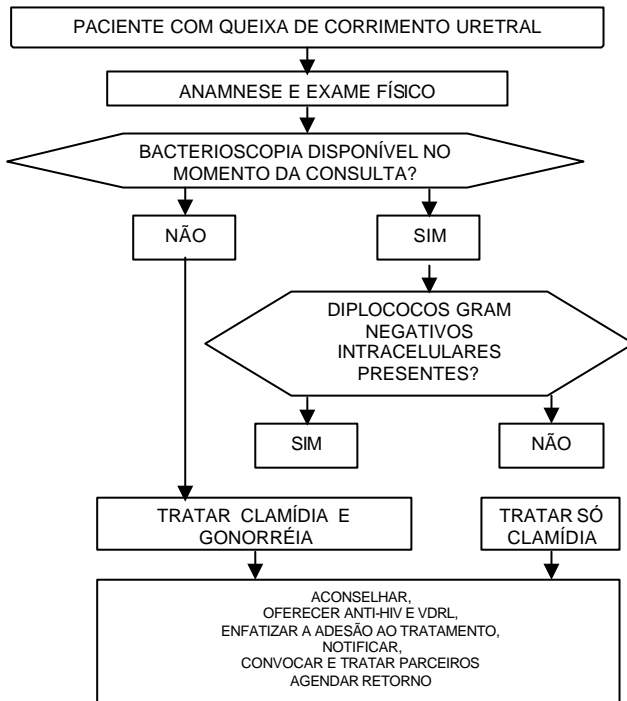


Ao conhecer os sintomas de um paciente, o profissional de saúde consulta o fluxograma correspondente à queixa e trabalha através das decisões e ações sugeridas pelo instrumento.

PASSOS PARA O USO DE FLUXOGRAMAS

1. Comece perguntando ao paciente sobre os sinais e sintomas que ele(a) apresenta.
2. Procure o fluxograma apropriado.
3. O quadro do problema clínico geralmente leva a um quadro de ação, o qual pede que você examine o paciente e/ou colha a história clínica.
4. A seguir, vá para o quadro de decisão. Após colher a história e examinar o paciente, você deve ter a informação necessária para escolher SIM ou NÃO.
5. Dependendo da escolha, poderá haver outros quadros de decisão e ação.

À primeira vista, os fluxogramas podem parecer complexos, especialmente se nunca se usou este tipo de instrumento. Uma vez familiarizados com eles, se tornam fáceis e práticos. A seguir, são apresentados os fluxogramas elaborados e já validados para o manejo de casos de DST no País.



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO URETRAL

PACIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está representada a principal queixa do 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 o paciente para determinar se ele tem corrimento uretral ou outro sinal de DST. Ao exame físico, com o prepúcio retraído, verificar se o corrimento provém realmente do meato uretral. Se não houver corrimento, solicitar ao paciente que ordenhe a uretra, comprimindo o pênis da base à glande. Se mesmo assim não se observar o corrimento, sendo a história consistente, mantenha a conduta.

BACTERIOSCOPIA DISPONÍVEL NO MOMENTO DA CONSULTA?

Este quadro de decisão indica a possibilidade de se fazer a bacterioscopia durante a consulta, o que poderia auxiliar na decisão sobre os procedimentos a serem seguidos.

DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES PRESENTES?

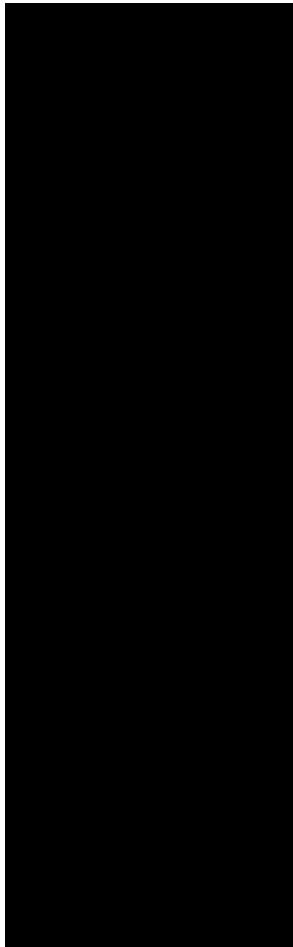
Este quadro de decisão indica que se houver exame bacterioscópico disponível durante a consulta, deve-se questionar o paciente sobre a utilização prévia de antibióticos ou sobre uma eventual micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade; se nenhuma dessas possibilidades ocorreu, e estando presentes diplococos Gram negativos intracelulares, se faz o diagnóstico de gonorréia, não se podendo, porém, descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas demoradas e raramente disponíveis. Recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções.

TRATAR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

Este quadro de ação orienta para o tratamento concomitante para clamídia e gonorréia:



TRATAMENTO PARA URETRITE POR CLAMÍDIA E/OU GONORRÉIA



TRATAR SÓ CLAMÍDIA

Este quadro de ação indica que se estiverem ausentes os diplococos intracelulares, deve-se tratar o paciente apenas para clamídia como indicado no quadro acima.

ACONSELHAR, OFERECER ANTI-HIV E VDRL, ENFATIZAR A ADESÃO AO TRATAMENTO, NOTIFICAR, CONVOCAR PARCEIROS E AGENDAR RETORNO

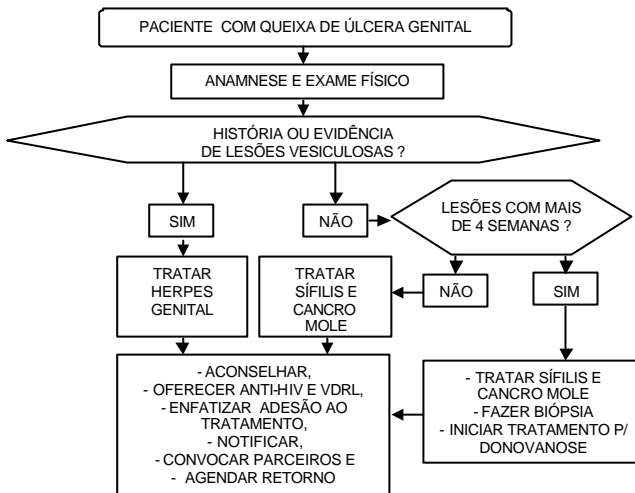
Neste quadro de ação:

- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar o paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Explicar ao paciente sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis.
- Como orientação mínima para o paciente:
- concluir o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem 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 ao paciente, orientando sobre as técnicas de uso; e
- recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos. Esta atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que o paciente se reinfecte.
- Notificar o caso no formulário apropriado.

- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura.

ATENÇÃO: no retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias	mais Metronidazol 2g, VO, dose única.
---	--



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 do 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 o paciente para determinar se ele tem úlcera genital ou outro sinal de DST.

- No homem: retrair o prepúcio, verificar a presença de úlcera ou de outros sinais de infecção genital. Inspeccionar períneo e ânus; palpar região inguinal.

- Na mulher: 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; 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 em “cacho” sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ou ardência, ou prurido, ou sintomas uretrais (dor ou ardência) especialmente com história de recorrência das lesões, é suficiente para o diagnóstico.


TRATAR HERPES GENITAL

No primeiro episódio de herpes genital iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias; ou
- **Valaciclovir** 1g, VO, 12/12 horas, por 7 a 10 dias; ou
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

Nas recorrências de herpes genital o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródomos (dores articulares, aumento de sensibilidade, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias; ou
- **Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; ou
- **Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.



No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, o tratamento deve ser injetável com:

- **Aciclovir** 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica.

Gestantes: evitar tratar recidivas; tratar o primeiro episódio com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

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 (ver página seguinte):



TRATAMENTO PARA SÍFILIS E CANCRO MOLE



Gestantes: tratar sífilis e cancro mole respectivamente com:

- **Penicilina G Benzatina**, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única,
mais
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica.

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 patologias, como neoplasias.

FAZER BIÓPSIA E INICIAR TRATAMENTO PARA DONOVANOSE


Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar outras patologias, tais como donovanose e neoplasias. Ao mesmo tempo, tratar para sífilis e cancro mole (ver acima) e iniciar tratamento para donovanose, com:

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica;
ou
- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica;
ou
- **Tianfenicol granulado**, 2,5 g, em dose única, VO, no primeiro dia de tratamento. A partir do segundo dia, 500mg, VO de 12/12 horas até a cura clínica;
ou
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica.

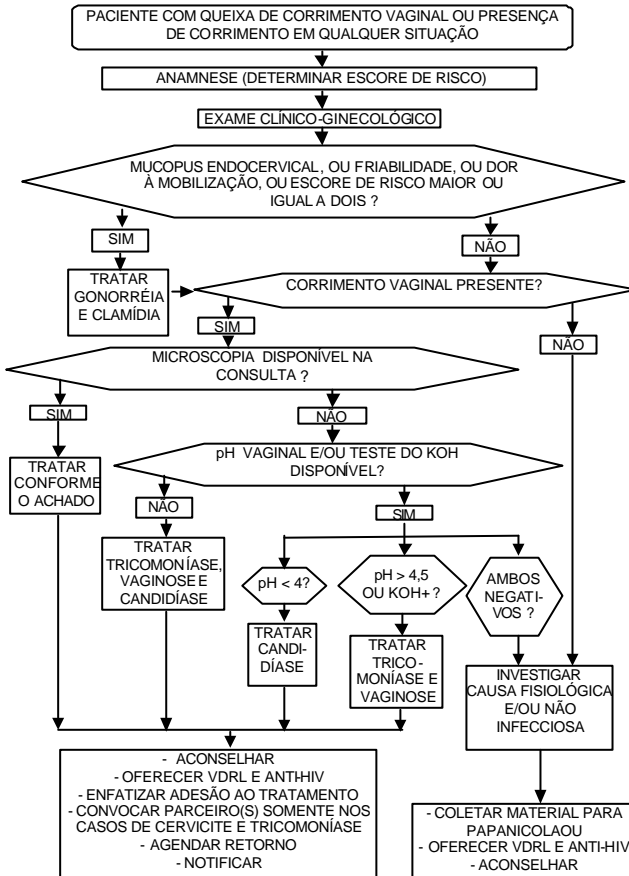
ACONSELHAR, OFERECER ANTI-HIV E VDRL, ENFATIZAR ADESÃO AO TRATAMENTO, NOTIFICAR, CONVOCAR PARCEIROS, AGENDAR RETORNO

Neste quadro de ação:

- Considerar com o paciente a possibilidade de associação de mais de uma DST, o que é muito freqüente. Explicar sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para o paciente:
 - concluir o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem 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 ao paciente, orientando sobre as técnicas de uso; e
 - recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais dos últimos três meses, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos. Esta atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que o paciente se reinfecte.

- 
- Notificar o caso no formulário apropriado.
 - Agendar retorno para controle de cura e conhecimento de resultados de exames de laboratório. Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

CORRIMENTOS VAGINAIS



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTOS VAGINAIS

PACIENTE 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 no 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 2, 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 brasileira⁵), 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
- sem parceiro fixo = 1
- mais de um parceiro nos últimos três meses = 1
- novo parceiro nos últimos três meses = 1

⁵ Moherdauí F, et al. Op. cit, 1998; 74(supl 1):S38-S43

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: cheiro de peixe podre.
- Sempre que possível, fazer o teste do pH vaginal, colocando, por um minuto, 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

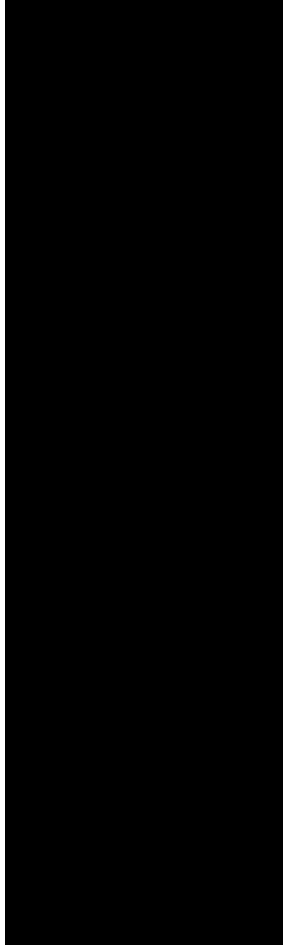
Se a paciente apresentar os sinais clínicos de cervicite (mucopus ou colo friável) ou, na ausência destes, apresentar escore de risco maior ou igual a dois, recomenda-se o tratamento concomitante para as causas mais comuns e importantes de cervicite, que são **gonorréia e clamídia**, como sugerido na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



TRATAMENTO PARA CERVICITE POR CLAMÍDIA E/OU GONORRÉIA



TRATAMENTO PARA CERVICITE POR CLAMÍDIA E/OU GONORRÉIA EM GESTANTES E NUTRIZES



TRATAMENTO DE PARCEIROS DE MULHERES PORTADORAS DE CERVICITE POR CLAMÍDIA E/OU GONORRÉIA



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 caníço 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 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 patologias 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 4 a 4,5. Estando, portanto, nesta faixa, deve-se pensar em causas fisiológicas ou não infecciosas.

PH MENOR QUE 4

Valores menores que 4 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 4 E 4,5 E TESTE DAS AMINAS NEGATIVO)

Se o teste de pH for normal (entre 4 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

- **Metronidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- **Tinidazol** 2 g, VO, dose única; **ou**
- **Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- **Secnidazol** 2 g, VO, dose única.

Gestantes: tratar somente após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 2 g, VO, dose única.

Nutrizes:

- **Metronidazol Gel** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; **ou**
- **Metronidazol** 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento, diretamente no peito, por 24 horas.



Neste período, a mulher deverá ser orientada quanto a retirada e armazenamento do leite, a fim de garantir a nutrição do bebê).

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

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

Observações:

- Para alívio dos sintomas, pode-se associar o tratamento tópico com **Metronidazol Gel 0,75%**, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias.
- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca")
- O tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral, e nos casos de alcoolatria.
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 a 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.
- Durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.

TRATAR VAGINOSE BACTERIANA

- **Metronidazol** 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- **Metronidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- **Tinidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- **Tianfenicol** 2,5g/ dia, VO, por 2 dias; **ou**
- **Secnidazol** 2g, VO, dose única; **ou**
- **Metronidazol Gel** 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**
- **Clindamicina** 300mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**
- **Clindamicina** creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes).

Gestantes:

- **Metronidazol** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
- **Metronidazol** 2 g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); **ou**
- **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).

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.

Observações:

- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”)
- O tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral e nos casos de alcoolatria.

TRATAR TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA (AO MESMO TEMPO)

- **Metronidazol** 500mg, 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.

Gestantes: tratar após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

Parceiros: Metronidazol 2g, VO, dose única

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

TRATAR 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** (Nitrato), 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, deve-se 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.

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 7 dias. 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.


Observações:

- Em mulheres que apresentam 4 ou mais episódios por ano, devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides.
- Sempre orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

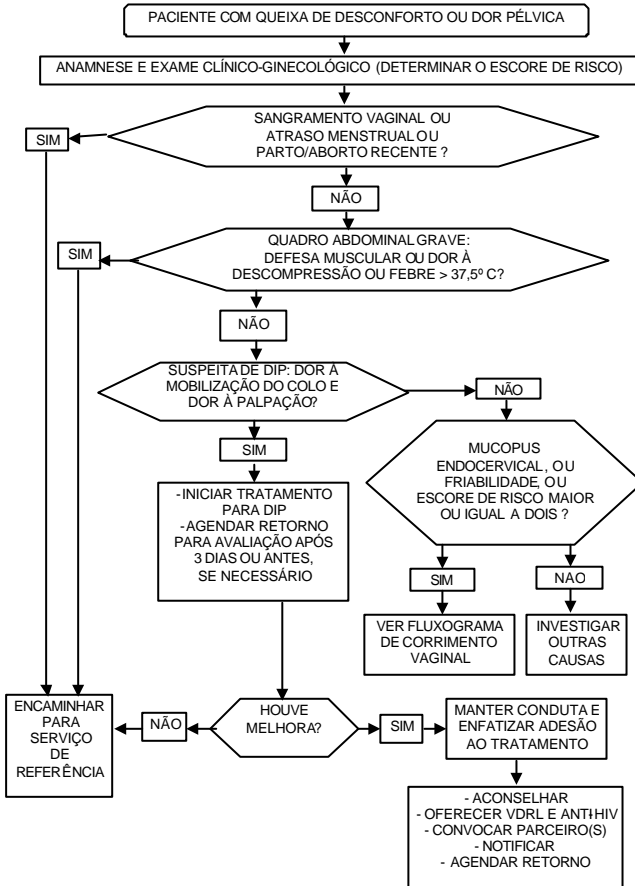
ACONSELHAR, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ENFATIZAR ADESÃO AO TRATAMENTO, CONVOCAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR, AGENDAR RETORNO

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, especialmente nas mulheres que apresentem vulvovaginites infecciosas comprovadas e com uma freqüência igual ou maior que 4 vezes ao ano. 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.
 - 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. 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 oncótica (Papanicolaou), quando houver indicação.

DOR PÉLVICA



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE DOR PÉLVICA

ANAMNESE (DETERMINAR ESCORE DE RISCO)

Realizar anamnese determinando, neste momento, 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 2; 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 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, colete material para realização de bacterioscopia, faça o teste do pH e teste das aminas; em seguida, limpe o colo uterino e observe se existe mucopus endocervical ou friabilidade do colo; também verifique se há abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais. Prossiga com o exame abdominal. Ao toque vaginal, pesquise 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 PARTO/ABORTO

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 MAIOR QUE 37,5º C?

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, ao exame abdominal, ou febre maior que 37,5ºC, 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 À 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 da paciente em nível ambulatorial, 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?

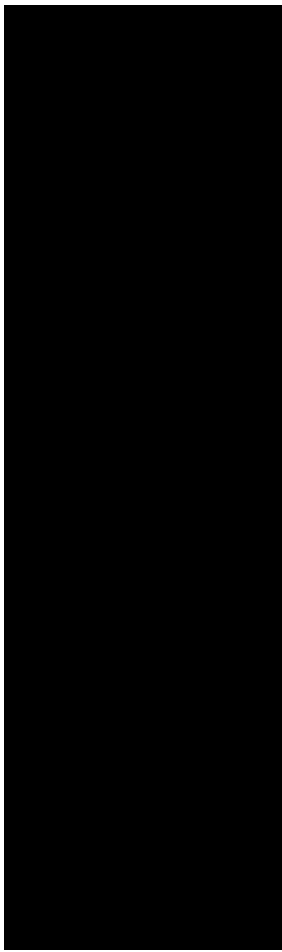
Após a limpeza do colo uterino, se for observado mucopus endocervical ou friabilidade, configura-se o quadro de cervicite mucopurulenta. Não sendo identificados esses dois sinais, mas o escore de risco, conforme orientado acima, for maior ou igual a 2, estabelece-se o diagnóstico presuntivo de cervicite, 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, se necessário, ao especialista.

INICIAR TRATAMENTO PARA DIP E MARCAR RETORNO PARA AVALIAÇÃO APÓS 3 DIAS OU ANTES, SE NECESSÁRIO

Este quadro de ação indica que, ao se iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, este deve ser retirado. 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):



TRATAMENTO PARA DIP




HOUE MELHORA NO QUADRO?

Se, ao retornar, 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 havido grande melhora. Não havendo melhora, ou havendo piora do quadro, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar.

ACONSELHAR, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, 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, mesmo se os sintomas ou sinais tiverem 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 seu uso;
 - recomendar à paciente que retorne ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.

- 
- Encorajar a paciente 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 medida 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 para conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncótica (Papanicolaou), quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino).

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO⁶ (HPV)

CONCEITO

Doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

AGENTE ETIOLÓGICO

O Papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

ASSOCIAÇÃO DE 15 TIPOS DE HPV ÀS DOENÇAS NEOPLÁSICAS DO COLO UTERINO E SEUS PRECURSORES⁷.

Classificação em função da associação com lesões graves	Tipos de HPV	Associação com lesões cervicais
Baixo risco	6, 11, 42, 43 e 44	20,2% em NIC de baixo grau, praticamente inexistente em carcinomas invasores
Risco intermediário	31, 33, 35, 51, 52 e 58	23,8% em NIC de alto grau mas em apenas 10,5% dos carcinomas invasores
Alto risco	16	47,1% em NIC de alto grau ou carcinoma invasor
	18, 45 e 56	6,5% em NIC de alto grau e 26,8% em carcinoma invasor

⁶ Adaptado de Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases - MMWR, Recommendations and Reports, January 23, 1998 / Vol 47/ nº RR-1

⁷ Adaptado de Lorincz *et alii*, 1992

QUADRO CLÍNICO

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Podem apresentar-se clinicamente sob a forma de lesões exofíticas. A infecção pode também assumir uma forma denominada subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação e após aplicação de reagentes, como o ácido acético. Ainda, este vírus é capaz de estabelecer uma infecção latente em que não existem lesões clinicamente identificáveis ou subclínicas, apenas sendo detectável seu DNA por meio de técnicas moleculares em tecidos contaminados. Não é conhecido o tempo em que o vírus pode permanecer nesse estado e quais fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. Por esse motivo, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões, que pode ser de semanas, a décadas.

Alguns estudos prospectivos têm demonstrado que em muitos indivíduos, a infecção terá um caráter transitório, podendo ser detectada ou não. O vírus poderá permanecer por muitos anos no estado latente e, após este período, originar novas lesões. Assim, a recidiva de lesões pelo HPV está muito mais provavelmente relacionada à ativação de “reservatórios” próprios de vírus do que à reinfeção pelo parceiro sexual. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (displasia moderada, displasia acentuada ou carcinoma *in situ*) são os tipos virais presentes e co-fatores, entre eles, o estado imunológico, tabagismo e outros de menor importância.

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, também podem ser sintomáticos. As verrugas intra-anais são predominantes em pacientes que tenham tido coito anal receptivo. Já as perianais podem ocorrer em homens e mulheres

que não têm história de penetração anal. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

Na forma clínica, as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se, mais freqüentemente, no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58, são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção (verrugas genitais) e têm sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus), com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas no colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados a carcinoma *in situ* de células escamosas, Papulose Bowenóide, Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen da genitália. Pacientes que têm verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV. Os tipos 6 e 11 raramente se associam com carcinoma invasivo de células escamosas da genitália externa.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, embora isto raramente seja necessário. Este procedimento está indicado quando:


- existir dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- as lesões não responderem ao tratamento convencional;
- as lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento;
- o paciente for imunodeficiente.

Nesses casos, recomenda-se a realização de várias biópsias, com material retirado de vários locais diferentes da lesão. As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncótica, devendo ser avaliadas pela colposcopia e biópsias dirigidas.

O diagnóstico definitivo da infecção pelo HPV é feito pela identificação da presença do DNA viral por meio de testes de hibridização molecular (hibridização *in situ*, PCR, Captura Híbrida). O diagnóstico por colpocitologia nem sempre está correlacionado com a identificação do DNA do HPV. As alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico que as observadas nas displasias leves ou neoplasia intra-epitelial de grau I. Mais recentemente, ambas as condições têm sido denominadas indistintamente como lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL*), com grande chance de regressão sem tratamento. Existem testes que identificam vários tipos de HPV mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto a condutas clínicas não devem ser feitas com base nestes testes. Também não é recomendável na rotina o rastreamento de infecção subclínica pelo HPV por meio desses testes.

TTRATAMENTO

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. Verrugas genitais frequentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos atualmente disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Nenhuma



evidência indica que o tratamento do condiloma prevenirá o desenvolvimento de câncer cervical.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético (ATA) e exérese cirúrgica.

Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros, e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada.

Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde.

Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas.


Planejar o tratamento juntamente com o paciente é importante porque muitos pacientes necessitarão de mais de uma sessão terapêutica. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desaparecerem completamente após seis sessões. O balanço entre risco e benefício do tratamento deverá ser analisado no decorrer do processo para evitar tratamento excessivo.

Raramente ocorrem complicações se os tratamentos são utilizados corretamente. Os pacientes deverão ser advertidos da possibilidade de cicatrizes hipo ou hipercrômicas quando são utilizados métodos destrutivos. Também podem resultar, embora raramente, em áreas deprimidas ou hipertróficas, especialmente se o paciente não teve tempo suficiente para cicatrização total antes de uma nova sessão terapêutica. Mais

raramente, o tratamento pode resultar em síndromes dolorosas incapacitantes, como vulvodínia ou hiperestesia do local tratado.


LESÕES NA GENITÁLIA EXTERNA

- **Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim:** deve-se aplicar uma pequena quantidade em cada verruga, e deixar secar. Para evitar a possibilidade de complicações associadas com sua absorção sistêmica e toxicidade, alguns especialistas recomendam que se utilize até 0,5 ml em cada aplicação ou que se limite a área tratada em até 10 cm² por sessão. Outros sugerem que a solução seja retirada por lavagem da área tratada em 1-4 horas depois da aplicação para reduzir a irritação no local. Repetir semanalmente se necessário. **Nunca usar durante a gravidez.** A podofilina contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Todavia, a proporção dessas substâncias varia consideravelmente entre os preparados. A validade e estabilidade dos preparados são desconhecidas. O descuido em permitir que o paciente vista-se antes da completa secagem da solução pode espalhá-la em áreas vizinhas levando a uma extensa área de irritação local. Sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso.
- **Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica:** aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão assumirá aspecto branco. Caso seja aplicada quantidade excessiva, pode-se remover o excesso polvilhando talco ou bicarbonato de sódio. Repetir semanalmente se necessário. O ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas



pela coagulação química de seu conteúdo protéico. Apesar de sua larga utilização, não foi investigado exaustivamente. As soluções de ATA são muito fluidas, comparáveis à água, e podem se espalhar rapidamente, se aplicadas em excesso, causando dano às áreas adjacentes às lesões. Deve ser aplicada com cuidado, deixando-a secar antes mesmo do paciente mudar sua posição, para que a solução não “escorra” para outros locais. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio. Este método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, este deverá ser associado a exérese cirúrgica (ver item específico).

- **Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração:** este método utiliza um eletrocautério para remover ou fulgurar lesões isoladas. Exige equipamento específico e anestesia local. Não se aplica nas lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo levar à necrose tecidual extensa e estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vagina.
- **Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação:** este método promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO₂ (criocautérios). A crioterapia depende de equipamento específico e elimina as verrugas por induzir citólise térmica. É útil quando há poucas lesões ou nas lesões muito ceratinizadas e raramente necessita de anestesia. Pode ser necessária mais de uma sessão terapêutica, respeitando um intervalo de 1 a 2 semanas. Sua maior desvantagem está em exigir razoável nível de



treinamento sem o qual os condilomas são freqüentemente tratados excessivamente ou de forma insuficiente, resultando em diminuição de sua eficácia e maior chance de complicações. Apesar da anestesia local não ser necessária rotineiramente, poderá facilitar o tratamento se existirem muitas lesões ou uma extensa área envolvida.

- **Exérese cirúrgica:** é método apropriado para o tratamento de poucas lesões em nível ambulatorial, especialmente quando é desejável exame histopatológico do espécime. A exérese cirúrgica tem a vantagem de, assim como na eletro-cauterização, eliminar as lesões em apenas uma sessão de tratamento. Todavia, é necessário treinamento, anestesia local e equipamento específico, além de alongar o tempo de consulta. Os condilomas podem ser retirados por meio de uma incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. Como a maioria das lesões são exofíticas, estes métodos resultam em uma ferida que envolve a porção superficial da derme.

A hemostasia pode ser obtida por eletro-coagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento.

LESÕES VEGETANTES DO COLO UTERINO

Na presença de lesão vegetante no colo uterino deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia intra-epitelial antes de iniciar o tratamento. Estas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento.

LESÕES VAGINAIS

- **ATA a 80-90%:** aplicar somente sobre as lesões. Deixar secar antes de retirar o espéculo vaginal. Não aplicar sobre área extensa em uma única sessão para evitar estenose vaginal. Pode ser aplicado semanalmente, se necessário. Para remoção do ácido quando aplicado em excesso, recomenda-se a aplicação de bicarbonato de sódio ou talco.
- **Podofilina 10-25%:** aplicar sobre as lesões e deixar secar antes de retirar o espéculo. Tratar, no máximo, 2 cm² por sessão, repetindo a aplicação em intervalos semanais, se necessário. Alguns especialistas são contrários ao seu uso em lesões vaginais devido aos seus efeitos tóxicos e à capacidade aumentada de absorção vaginal. **Não utilizar durante a gestação.**
- **Observação:** a crioterapia não se aplica para lesões vaginais, em virtude do risco de perfuração vaginal e formação de fístulas.

LESÕES NO MEATO URETRAL

- **ATA a 80-90%:** aplicar somente sobre as lesões. Deixar secar antes de permitir o contato da área tratada com a mucosa normal. Não aplicar sobre área extensa em uma única sessão para evitar estenose. Pode ser aplicado semanalmente, se necessário. Para remoção do ácido quando aplicado em excesso, recomenda-se a aplicação de bicarbonato de sódio ou talco.
- **Podofilina 10-25%:** aplicar sobre as lesões e deixar secar antes de permitir o contato da área tratada com a mucosa normal. Pode ser aplicado semanalmente, se necessário. **Não utilizar durante a gestação.**

LESÕES ANAIS

- **ATA a 80-90%.** Aplicar somente sobre as lesões. Deixar secar antes de permitir o contato da área tratada com a mucosa normal. Não aplicar sobre área extensa em uma única sessão para evitar estenose. Pode ser aplicado semanalmente, se necessário. Para remoção do ácido, quando aplicado em excesso, recomenda-se a aplicação de bicarbonato de sódio ou talco.
- **Exérese cirúrgica.**

Observação: a conduta frente a lesões em mucosa anal deve ser decidida por um especialista.

LESÕES ORAIS

- **Exérese cirúrgica.**

SEGUIMENTO

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que frequentemente ocorre nos três primeiros meses. Como não se conhece a sensibilidade e a especificidade do auto-diagnóstico, os pacientes devem ser examinados três meses após o final do tratamento. Novos exames em intervalos menores podem ser úteis para:

- documentar a inexistência de condilomas;
- controlar ou tratar complicações do tratamento; e
- reforçar a orientação e aconselhamento quanto à prevenção do HIV e de outras DST.

As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreamento de doenças pré-invasivas do colo uterino, na mesma frequência que as mulheres não contaminadas pelo HPV. A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, não é indicação para colposcopia.

As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver evidência de recorrência.

CONDUTA PARA OS PARCEIROS SEXUAIS

O exame dos parceiros sexuais não tem utilidade prática para o manejo dos condilomas, porque o papel da reinfecção na persistência ou recidiva de lesões é mínimo, ainda que na ausência de tratamento que erradique o vírus. Sendo assim, o tratamento do parceiro com objetivo de reduzir sua transmissão, não é necessário. Todavia, como o auto-exame tem valor desconhecido, os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame médico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST. Esses parceiros também podem ser beneficiados pela orientação quanto às implicações de terem um parceiro sexual portador de condiloma, especialmente no caso das mulheres, ou seja, as parceiras devem ser aconselhadas a submeterem-se regularmente ao rastreamento de doenças pré-invasivas do colo uterino, como qualquer mulher sexualmente ativa. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão para parceiros não contaminados.

GESTANTES

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período.

Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção nesta fase.

Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças. Não se sabe, até o momento, se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal.

Não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana; portanto, esta não deve ser realizada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido, já que o risco da infecção naso-faríngea do feto é muito baixa. Apenas em raros casos, quando o tamanho e localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana deverá ser indicada.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e número das lesões:

- **Nunca usar Podofilina durante qualquer fase da gravidez.**
- Lesões pequenas, isoladas e externas: eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez.
- Lesões grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência ou exérese por alça diatérmica ou LEEP (Loop Excision Electrosurgical Procedure), em qualquer fase da gravidez. Este procedimento exige profissional

habilitado, visto que pode provocar sangramento importante e deve restringir-se à lesão propriamente dita..

- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

PORTADORES DO HIV

Pessoas imunossuprimidas em decorrência da infecção pelo HIV, ou por outras razões, podem não responder ao tratamento para o HPV como as imunocompetentes e podem acontecer recidivas mais freqüentes. O carcinoma escamoso pode surgir mais freqüentemente em imuno-ssuprimidos, valorizando a biópsia de lesões neste grupo de pacientes. O tratamento para esses pacientes deve basear-se nos mesmos princípios referidos para os HIV negativos.

NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU

Pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion - HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma *in situ* NIC II ou NIC III, devem ser referidos a serviço especializado para confirmação diagnóstica, afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado. Os tratamentos ablativos são efetivos, mas o controle pós-tratamento é importante. O risco destas lesões progredirem para carcinoma invasivo em pacientes imunocompetentes, após tratamento efetivo, é muito baixo.

INFECÇÃO SUBCLÍNICA PELO HPV NA GENITÁLIA (SEM LESÃO MACROSCÓPICA)

A infecção subclínica pelo HPV é mais freqüente do que as lesões macroscópicas, tanto em homens quanto em mulheres. O diagnóstico, quase sempre, ocorre de forma indireta pela observação de áreas que se tornam brancas após aplicação do ácido acético sob visão colposcópica ou outras técnicas de magnificação, e que, biopsiadas, apresentam alterações citológicas compatíveis com infecção pelo HPV. Podem ser encontradas em qualquer local da genitália masculina ou feminina. Todavia, a aplicação de técnicas de magnificação e uso do ácido acético exclusivamente para rastreio da infecção subclínica pelo HPV não é recomendável. A reação ao ácido acético não é um indicador específico da infecção pelo HPV e, desta forma, muitos testes falso-positivos podem ser encontrados em populações de baixo risco. Em situações especiais, alguns clínicos acham este teste útil para identificar lesões planas pelo HPV.

Na ausência de neoplasia intra-epitelial, não é recomendável tratar as lesões subclínicas pelo HPV diagnosticadas por colpocitologia, colposcopia, biópsia, testes com ácido acético ou testes de identificação do DNA viral. Frequentemente, seu diagnóstico é questionável, e nenhuma terapia foi capaz de erradicar o vírus. O HPV foi identificado em áreas adjacentes a neoplasias intra-epiteliais tratadas por laser e vaporizadas, com o objetivo de eliminar a infecção.

Na presença de neoplasia intra-epitelial, o paciente deve ser referido a serviço especializado e o tratamento será feito em função do grau da doença.

Não existe um teste simples e prático para detectar a infecção subclínica pelo HPV. O uso de preservativos pode reduzir a chance de transmissão do HPV para parceiros provavelmente não infectados (novos parceiros). Não se sabe se a contagiosidade desta forma de infecção é igual a das lesões exofíticas.

RASTREIO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam este risco, como a infecção pelo HPV. Estudos de prevalência mostram que as lesões precursoras do câncer cérvico-uterino são cinco vezes mais frequentes em mulheres portadoras de DST do que naquelas que procuram outros serviços médicos como, por exemplo, para planejamento familiar.

A colpocitologia oncótica (“preventivo” ou exame de Papanicolaou) é um teste efetivo e de baixo custo para rastreio do câncer cérvico-uterino e de seus precursores⁸. Apesar do consenso brasileiro, que recomenda a realização da colpocitologia, a cada três anos, após duas colpocitologias consecutivas negativas, com intervalo de um ano em mulheres sexualmente ativas, é razoável que mulheres portadoras de DST sejam submetidas à colpocitologia mais frequentemente pelo seu maior risco de serem portadoras de câncer cérvico-uterino ou de seus precursores. Esta recomendação é reforçada por dados obtidos em inquéritos e que mostraram que estas mulheres não compreendem a real importância da colpocitologia e que, muitas vezes, acreditavam terem sido submetidas a este exame quando haviam sido apenas submetidas ao exame ginecológico (toque bimanual).

⁸ São considerados precursores desta neoplasia as neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC). Antes denominadas displasias leve, moderada, acentuada ou carcinoma *in situ*, são alvo de tendência atual de utilização de nova terminologia que agrupa a infecção subclínica pelo HPV no colo uterino e a NIC I (ou displasia leve) como Lesão Intraepitelial Escamosa de Baixo Grau (*Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion* – LSIL) e as NIC II e III (displasias moderada, acentuada e carcinoma *in situ*) como Lesão Intraepitelial Escamosa de Alto Grau (*High Grade Squamous Intraepithelial Lesion* – HSIL). As LSIL tem variada população de tipos de HPV, sejam de baixo ou alto risco, enquanto as HSIL têm demonstrado mais uniformemente a presença de tipos de HPV de alto risco. Estas seriam os reais precursores do câncer cervical enquanto as LSIL devem ser consideradas lesões de comportamento incerto (Richart, 1990).

RECOMENDAÇÕES

Ao atender a portadora de DST, o profissional de saúde deve perguntar sobre o resultado de sua última colpocitologia e a época em que foi realizada. A seguir deve informá-la sobre:

- a importância e o objetivo da colpocitologia;
- a necessidade de sua realização periódica; e
- os locais onde são realizadas as coletas de colpocitologia, quando este material não puder ser colhido na própria consulta.

Se a paciente portadora de DST não se submeteu a uma colpocitologia nos últimos 12 meses:

- a coleta deverá ser realizada tão logo a DST seja controlada;
- se a DST é uma infecção pelo HPV, a coleta deve fazer parte do exame ginecológico rotineiro;
- a coleta deve ser feita quando existe dúvida, pois a paciente pode acreditar que submeteu-se a este teste quando isto na verdade não ocorreu. Isto também será recomendável quando a paciente não souber informar quanto ao resultado do teste, seja por desinformação ou por não ter buscado seu resultado, como frequentemente ocorre em nosso meio. Qualquer mulher será beneficiada pelo recebimento por escrito do resultado de sua colpocitologia e da conduta posterior. Se possível, forneça cópia ou transcrição do resultado deste teste à própria paciente para que faça parte de seus documentos médicos.


SEGUIMENTO

Profissionais de saúde devem preferir laboratórios de citopatologia que utilizem o Sistema Bethesda⁹ de classificação. Se o resultado da colpocitologia for anormal, a paciente deve ser referida a serviço especializado de patologia cervical uterina. Nestes serviços, a paciente será submetida à colposcopia para orientação de biópsias e tratada conforme o grau de lesão precursora ou se presente o câncer cervical. Em casos que a colpocitologia conclui pela presença de LSIL ou atipias de significado indeterminado em células escamosas (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance*–ASCUS), a indicação da colposcopia pode ser postergada, especialmente quando existir processo inflamatório associado ou o citopatologista sugere que as atipias estão provavelmente relacionadas a processo reacional. Estes casos podem incluir processos inflamatórios, reacionais, LSIL ou, menos frequentemente, HSIL e uma conduta adequada seria tratar possíveis processos inflamatórios associados e repetir a colpocitologia a cada 4 a 6 meses, por 2 anos, até que o resultado de 3 exames consecutivos sejam negativos. Caso persistam atipias ou seja sugerida presença de lesão mais grave, somente então deve ser indicada a colposcopia e a biópsia dirigida. Os casos que persistem com atipias têm maior probabilidade de serem portadores de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino. Os demais representam falso-positivos do teste inicial ou casos em que pode ter havido remissão espontânea. Em locais nos quais não exista serviço especializado com colposcopia, uma paciente com lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) deve ser referida para seguimento adequado pela colpocitologia, colposcopia e biópsia dirigida.

⁹ O Sistema Bethesda para classificação de diagnósticos citológicos cérvico-vaginais foi



precursoras do câncer cérvico-uterino.



Serviços e profissionais de saúde que se proponham a realizar a colpocitologia devem estabelecer previamente quais serão os serviços para onde serão referidas as mulheres com atipias colpocitológicas. Os mesmos serviços e profissionais devem também estabelecer mecanismos pelos quais as mulheres que não retornem para receber seu resultado ou que, mantidas em seguimento citológico (como as portadoras de LSIL/ASCUS), deixem de comparecer para novas coletas, sejam buscadas ativamente.

OUTRAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

É importante lembrar que:

- a colpocitologia não é um teste efetivo para rastreamento de DST;
- se a mulher está menstruando, a coleta da colpocitologia deve ser adiada e a mulher aconselhada quanto a submeter-se ao exame tão logo seja possível;
- a presença de colpites ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da colpocitologia. Nestes casos, a mulher deve ser tratada especificamente e retornar para coleta. Todavia, se for improvável que a mulher retorne, a oportunidade de coleta não deve ser desperdiçada. Neste caso, o excesso de secreção pode ser retirado com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico;
- deve-se observar que numa investigação de DST, quando serão colhidos espécimes para diagnóstico bacteriológico, o material para colpocitologia deve ser colhido por último;
- uma mulher portadora de condilomas não necessita de coletas mais freqüentes de colpocitologia do que as demais, salvo nos casos comentados acima de anomalias ao diagnóstico citológico e em pacientes imunossuprimidas;

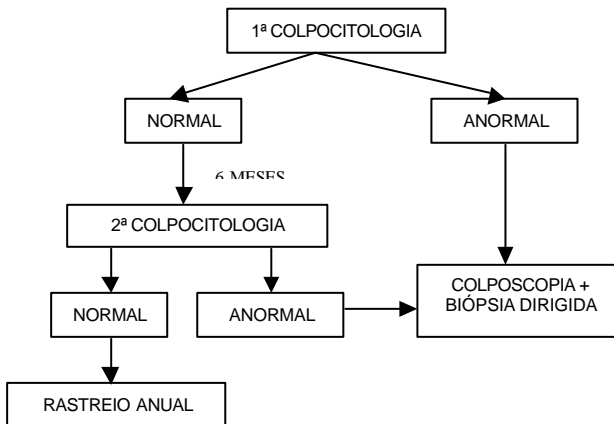
- mulheres hysterectomizadas não demandam rastreo rotineiro de câncer cérvico-uterino, a menos que a hysterectomia tenha sido subtotal ou realizada por câncer cervical ou seus precursores. Nestas situações, a mulher deve ser aconselhada a manter seu controle no serviço especializado que realizou a cirurgia;
- profissionais de saúde treinados e serviços que adotem medidas para assegurar uma boa amostra colpocitológica obtêm poucos esfregaços insatisfatórios. Estas medidas incluem: identificação adequada da(s) lâmina, com iniciais da paciente e seu registro na Unidade de Saúde e, na embalagem, nome completo, registro, data da coleta e nome do profissional que colheu a amostra; coleta ecto e endocervical; uso de escova endocervical; fixação logo após a realização do esfregaço;
- apesar de identificarem os tipos de HPV de alto risco para câncer cérvico-uterino, os testes para sua identificação têm discutida aplicação clínica e, por este motivo, não são recomendados.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- **Coleta durante a gravidez:** mulheres grávidas devem submeter-se como as demais ao exame colpocitológico, incluindo a coleta endocervical cuidadosa, como parte da rotina pré-natal.
- **Mulheres infectadas pelo HIV:** vários estudos demonstraram uma maior prevalência de NIC em portadoras do HIV e, nestas mulheres, observa-se tempos muito curtos (meses) de progressão para lesões pré-invasivas graves e câncer cérvico-uterino. Quando estiverem presentes atípias na colpocitologia de mulheres portadoras do HIV, estas

devem ser encaminhadas a serviço especializado, onde serão submetidas à investigação convencional por colposcopia e biópsia dirigida, quando indicado, e tratadas como as demais. Para rastreamento de câncer cérvico-uterino e de seus precursores em portadora do HIV, deve-se:

- obter história ginecológica prévia sobre doenças do colo uterino;
- fazer o exame ginecológico completo com coleta de colpocitologia oncótica;
- fazer a colpocitologia após o diagnóstico inicial do HIV e, caso negativa, deve-se repeti-la seis meses depois. Mantida a ausência de evidências de NIC, repetir a colpocitologia anualmente. Somente as portadoras de atipias à colpocitologia devem ser referidas para colposcopia e biópsia dirigida, conforme as orientações já enumeradas.






Observação:

Considerando a maior prevalência de NIC em portadoras do HIV, algumas mulheres portadoras de NIC podem ser portadoras do HIV ainda sem diagnóstico. Dado o benefício que estas mulheres terão pelo diagnóstico sorológico da presença do HIV, este teste deve ser oferecido após aconselhamento a todas as portadoras de HSIL (displasias moderada, acentuada e carcinoma *in situ*, NIC II ou III).

- ADIMORA, A, et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2nd edition, Mc Graw Hill, 1994.
- BYRROW, F. . Complicações clínicas na gravidez. 2ªed. Toca, 1983.
- CDC: Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 47/No.RR-1. 1998
- DINIZ, E.M.A. e Cols. Transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis. Rev. Ass. Bred. Brasil. 31 (9/10): 18 - 206, 1985.
- DUARTE, G. Doenças Sexualmente Transmissíveis durante o ciclo grávido-puerperal. In: *Temas de Obstetria* MORAIS, E.M., São Paulo: Roca, 1992. p.385-486.
- DUARTE, G. Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez. In: VIGGIANO, M.G.C. *Condutas em Obstetria* Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 411.
- DUNN, C. & Barrade, L. *Drugs, Drug Evaluation*, 1996. Mar: 51. P. 483 - 505.
- EDITORIAL: Treatment of sexually transmitted diseases. Medical Lett. 26: 5-10, 1984.
- EDWARDS, L.Y. e Cols. *Gonorrhoeae in pregnancy*. Am. J. Obstet. Ginecol. 132 (6): 637-41, 1978.
- FONSECA, A et al. Terconazol creme 0,8% - Tratamento da Candidíase Vaginal em 5 dias. Ver. Bras. Mod. Vol. 45 nº 4 Abril 88.
- HART, G. *Role of Preventive Methods in the Control of Venereal Disease (STD)*. Clinical Obstetrics and Gynecology 18 (1): 243-253. March, 1975. Cf., também, SHERRIS, J. D. et al. *Atualização Sobre Condoms: Produtos, Proteção e Promoção*. Population Reports H (6): 9-13. Set-Out., 1982.
- KA A. Pelvic Inflammatory Disease. Current diagnostic criteria and treatment guidelines. Postgrad Med. 1993 Feb 93(2). P85-86, 89-91.
- LEWIS, P. *Farmacologia clínica em obstetria* Ed. Médica Panamericana, 1985.
- LIMA, A.L.M. et al. HIV/AIDS – Perguntas e respostas. Atheneu, 1996.
- MACHADO, S. Belfort P. *Tratamento da Candidíase vaginal com Terconazol creme 0,8%*. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 1990 - Vol. 100 Nºs 3 e 4.
- MANDEL, G. et al. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Churchill Livingstone, 1996
- MARTIN, DH et al. *A controlled trial of a single dose of azithromycin for the treatment of chlamydial urethritis and cervicitis*. N.Engl J. Med 1992; 327: 921.
- MC CORMACK, W.M. *Management of sexually transmissible infections during pregnancy*. Clyn. Obstet. Gynecol. 18:57-71, 1975.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids*. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aspectos clínicos laboratoriais e terapêuticos das Doenças sexualmente transmissíveis*. Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde. S. 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de procedimentos para testes laboratoriais*. PNC-DST/AIDS. Dep. de Programas de Saúde. 1992.
- MOHERDAUI, F et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. *Sexually Transmitted Infections* (former Genitourinary Medicine), 1998; 74(supl 1):S38-S43
- NAUD, P.e cols. *Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS* Artes Médicas, 1993.
- NOLAN, G.J. & OSBORNE, N. *Gonococcal infection in the female*. *Obstet. Gynecol.* 42: 156-164, 1973.
- PASSOS, M.R.L. e cols. *Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 4 ed. Cultura Médica, 1995.
- PASSOS, M.R.L.; Filho Almeida, G.L. Nunes, C.M.: Gonorréia. *Jornal Bras. de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2(1):13-21.
- RICE, RJ; Knapp JS. Susceptibility of Neisseria gonorrhoeae associated with pelvic inflammatory disease to cefoxitin, ceftriaxone, clindamycin, gentamicin, doxycycline, azithromycin, and other antimicrobial agents. *Antimicrobial agents. Antimicrob Agents Chemother.* 1994 Jul. 38(7). P1688-91.
- RICHART T, R.M. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 5(1):131-132,1990
- SANTOS JR, M.F.Q.; Estudo Multicêntrico comparativo da eficácia da eritromicina, do sulfametoxazol+trimetoprima, tianfenicol no tratamento do cancro mole. *A Folha Médica*. Junho 94. Vol. 108 nº6, 219-223.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Diretrizes e normas técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção para o controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Cadernos de Saúde*. Ano I nº. 2. 1991.
- SIMÕES, JA. et al. Prevalência e fatores de risco associados às infecções cérvico-vaginais durante a gestação. *Revista Bras. Ginecol. Obstet.*, 18: 459-67, 1996.
- SOUTH AUSTRALIAN HEALTH COMMISSION. Public and Environmental Health Division. *Diagnosis and Management of STDs (including AIDS)*. Bulletin nº1. May 1988.
- SWEET, R. L., Gibbs, R.: *Infectious Diseases of the Female Genital Tract*, 3ª edition. Williams and Wilkins, 1995.
- SWEET, R. L., Lauders, D.V., Walter, C. Schachter, J.: Chlamydia trachomatis infection and pregnancy outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 165: 824-33, 1987.
- TARGLIONE TA; Hooton TM: The role of fluoroquinolones in sexually transmitted diseases. *Pharmatherapy* 1993 May-Jun 13(3). P 189-201.

- 
- VILLA, L.L.,1997. Human Papillomaviruses and Cervical Cancer. *Advances in Cancer Research*, 71:321-341. IARC, 1995. Human Papillomaviruses (HPV) - 5. Summary of data reported and evaluation. IARC Monographs, Vol. 64.
 - WENDEL, GD, Cunningham FG; Sexually transmitted diseases in pregnancy. *Williams Obstetrics*, 18th ed (Supp 13), Norwalk CT, Appleton & Lange, August/September 1991.
 - WILSON, T.E. et alli. The Repations hip between Pregnancy and Sexual Risk Taking. *Am. j. Obstet Gynecol*, 174:1033, 1996.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Counselling for HIV/Aids: A Key to caring. GPA/TCO/HCS - 95.15. 1995.
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - Management of Patients with Sexually Transmitted Diseases, 1991 (WHO Technical Report Series, n 810).
 - WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNAIDS - Sexually Transmitted Diseases: Policies and principles for prevention and care, WHO / UNAIDS, 1997