

MANUAL DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DST

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS

3ª Edição – 1999

Apresentação

O Controle das DST no Brasil

- Introdução
- As DST como prioridade
- Princípios para o Controle
- Estratégias para o controle
- O manejo adequado de casos de DST

Abordagem do Portador de DST

- Exame Físico
- Aconselhamento
- Preservativos

Convocação de parceiros

Vigilância Epidemiológica de DST/HIV/Aids

Corrimento Uretral

Uretrite gonocócica
Uretrite não gonocócica

Úlceras Genitais

Sífilis
Alergia à penicilina
Sífilis Congênita
Cancro Mole
Herpes genital
Linfogranuloma venéreo
Donovanose

Corrimentos Vaginais

Vulvovaginites
Vaginose bacteriana
Candidíase vulvovaginal
Tricomoníase genital
Cervicite Mucopurulenta

Oftalmia Neonatal

Dor Pélvica

Dor pélvica
Doença inflamatória pélvica (DIP)

Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)

Rastreio de Câncer Cérvico-Uterino em mulheres que têm ou tiveram DST

Hepatites Virais

Hepatite A
Hepatite B

Infecção pelo HIV

Infecção pelo Vírus T-Linfotrófico Humano (HTLV)

Infecção pelo Citomegalovírus (CMV)

Infecção pelo Vírus do Molusco Contagioso

Ectoparasitoses

Escabiose

Pediculose pubiana

Violência Sexual e DST

Bibliografia

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 3ª edição, revista e ampliada, deste manual, 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.

Coordenação Nacional de DST e Aids:

- Fabio Moherdau
- Ana Lúcia R. de Vasconcelos
- Eduardo Campos
- Elisa Sudo
- Marco Antonio Vitória
- Sandra Filgueiras
- Valdiléa Veloso

Consultores-revisores da 3ª edição (Comitê Nacional Assessor em DST):

- 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 de Meio Ambiente - 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)

PEDRO CHEQUER
Coordenador Nacional de DST e Aids

O CONTROLE DAS DST NO BRASIL

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 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 conseqüência mais evidente dessa situação de baixa resolutividade 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 freqüência 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 sub-clínicos, 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, se logrará, 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.

ESTRATÉGIAS PARA O CONTROLE

PREVENÇÃO

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV, se dará 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 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.

Informações mais específicas sobre as doenças abrangidas por cada síndrome serão oferecidas imediatamente após as notas de esclarecimento de cada fluxograma. As informações sobre as DST que não fizerem parte das síndromes serão apresentadas em capítulos posteriores.

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

linfocitose venérea.

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 GENITAL 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. Introduce-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 tracionando 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 uterossacrais, 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.

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento é entendido como um "processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação." (CN DST/Aids - MS, 1997)

Tido como um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST, o aconselhamento auxilia o paciente a:

- compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando,
- a reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções.

Esta prática pressupõe o reconhecimento pelo profissional de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta de ambos interlocutores (profissional e paciente). Implica, portanto, na participação ativa do paciente no processo terapêutico e na promoção de um diálogo no qual a mensagem é contextualizada às características e vivências do indivíduo em atendimento. A idéia demarcada no processo de aconselhamento é a TROCA:

- por um lado há o profissional com seu saber técnico científico, suas crenças, valores e suas possibilidades e limites em manejar/conduzir cada caso, e
- por outro lado há o paciente com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites em adotar medidas preventivas e seguir as prescrições médicas.

OBJETIVOS DO ACONSELHAMENTO

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

- trocar informações sobre DST, HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão/consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção para a DST atual e para o HIV;
- identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros;
- promover a adesão ao tratamento; e
- promover a comunicação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is).

ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL E COLETIVO

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

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

É importante, entretanto, que o profissional esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

QUEM FAZ O ACONSELHAMENTO?

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

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

Enfim, para que o Aconselhamento seja viável, **os profissionais devem reconhecer os próprios limites, saber que não podem responder a tudo, possibilitando assim um "encontro entre profissionais humanos e pacientes humanos"**.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DO ACONSELHAMENTO

- reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- identificar com clareza a demanda do cliente;
- prestar apoio emocional ao cliente;
- facilitar ao cliente a expressão de sentimentos;
- identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e aids;
- utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- avaliar com o cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- explicar as complicações decorrentes de não ser feito o tratamento, ou do tratamento ser incompleto ou da auto-medicação;

- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade do tratamento dos parceiros sexuais;
- trocar informações sobre DST e HIV e aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, com ênfase nas situações de risco do cliente;
- ajudar o cliente a avaliar e perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- identificar barreiras para a mudança das situações de risco;
- contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- explicar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e sua superação;
- avaliar e recomendar a possibilidade de outras práticas sexuais seguras;
- ajudar o cliente a reconhecer suas responsabilidades e possibilidades em lidar com seu problema;
- lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas pode alterar a percepção de risco;
- estimular a auto-estima e autoconfiança do cliente;
- favorecer a desconstrução de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV e aids;
- estimular a disseminação das orientações recebidas;
- encaminhar o cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;
- enfatizar a relação entre DST e HIV e aids, principalmente o fato de uma DST facilitar a transmissão do HIV, qualquer que seja ela;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE ANTI-HIV

- reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- avaliar com o cliente a realização ou não do teste;
- verificar história anterior de testagem e riscos;
- trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de "janela imunológica";
- trocar com o cliente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- reforçar para o cliente a diferença entre HIV e aids;
- considerar com o cliente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- sondar qual o apoio emocional e social disponível ao cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- considerar com o cliente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV, também neste período.

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE DIANTE DE RESULTADO NEGATIVO:

- informar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada ou foi infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste utilizado;
- avaliar a possibilidade do cliente estar em "janela imunológica" e necessitar de um novo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente ao HIV;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis

e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE DIANTE DE RESULTADO POSITIVO:

- permitir o tempo necessário para que o cliente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte, e outros;
- retomar que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que mesmo sendo um portador assintomático pode transmitir o vírus para outros;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re-infecção pelo HIV e outras DST;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo, caso ainda haja dúvidas;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário.
- enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado aos parceiros sexuais oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto a necessidade dos parceiros realizarem o teste anti-HIV;
- definir com o cliente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio;
- em caso de gestante explicar:
 - as formas de transmissão vertical do HIV (da gestante para o feto), que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento;
 - como pode minimizar as chances da transmissão vertical;
 - a transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido;
 - os riscos da amamentação; e
 - a necessidade de realizar o teste de todos os filhos nascidos após a infecção.

ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE DIANTE DE RESULTADO INDETERMINADO:

- explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo devido a razões biológicas ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente cujos anticorpos não estão plenamente desenvolvidos;
- reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV e outras DST;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, caso seja necessário;

- orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período definido pelo laboratório; e
- considerar com o cliente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

PRESERVATIVOS

Embora tenha dupla função (anticonceptiva e profilática), o preservativo sempre esteve mais diretamente ligado à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Antes de surgirem métodos anticoncepcionais como a "pílula", o DIU, o diafragma e a esterilização cirúrgica, por exemplo, o preservativo (juntamente com a prática do coito interrompido) parece ter desempenhado papel relevante na regulação da fecundidade, em vista das reduzidas alternativas anticoncepcionais então disponíveis. Contudo, a principal finalidade de seu uso era a prevenção de DST. Isto é válido tanto para os jovens e adolescentes que iniciavam a vida sexual (geralmente, com trabalhadoras sexuais) quanto para homens adultos e casados, em relações extraconjugais.

A partir da década de 50, com o desenvolvimento da penicilina e de outros antibióticos eficazes, as práticas e comportamentos preventivos quanto às DST foram se tornando, cada vez, menos adotados. Para isto, também contribuiu a rápida evolução dos costumes (que instaurou, na grande maioria das sociedades, uma maior liberalidade sexual), desestimulando o recurso aos serviços das trabalhadoras sexuais. Além disso, o aparecimento da pílula anticoncepcional permitiu à mulher ter domínio sobre sua função reprodutiva, pela primeira vez, na história. Sem dúvida, estes foram fatores determinantes para que o uso do preservativo se tornasse, gradualmente, inexpressivo sobretudo nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o preservativo é muito pouco usado, seja como método anticonceptivo ou como método profilático das DST/aids. Em pesquisas nacionais realizadas junto a mulheres em idade fértil (MIF), isto é, na faixa etária de 15 a 44 anos, casadas ou em união, o uso do preservativo foi reportado por apenas 1,7% ou 1,8% de todas as usuárias de métodos anticoncepcionais. Entretanto, estes resultados parecem estar subestimados. Com efeito, levantamentos locais junto a homens sexualmente ativos, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, detectaram índices de uso do preservativo que variaram de 12,5% a 32,4% (no Rio de Janeiro, respectivamente, para os jovens unidos e não unidos); de 14,7% a 34,1% (em Curitiba); e de cerca de 18% a 40,4% (em Recife). Na cidade de Campinas (São Paulo), pesquisa realizada junto a 305 homens de 18 a 30 anos (solteiros, em sua grande maioria), chegou a resultados similares: 75% dos entrevistados reportaram relações sexuais que ocorreram nos 30 dias anteriores à pesquisa, mas apenas 29,8% destes relataram o uso constante do preservativo.

De qualquer modo, estes níveis de uso do preservativo, sobretudo em tempos de aids, ainda são muito baixos. De certa forma, isso poderia ser justificado por fatores como: "ter um relacionamento estável", "não manter relações casuais ou promíscuas", "ter um bom conhecimento sobre a parceira atual" e "a parceira está usando outro método anticoncepcional", conforme foi detectado em diversas pesquisas qualitativas. Contudo, o surgimento da aids, doença de alta letalidade, para a qual ainda não há medicamentos preventivos, impõe mudanças nos comportamentos, atitudes e práticas sexuais, tanto por parte dos indivíduos quanto da sociedade como um todo.

Sem dúvida, com a crescente possibilidade de exposição ao HIV, o exercício da sexualidade voltou a exigir cuidados com a transmissão de doenças e, neste caso, as medidas preventivas devem ser

tomadas por todos os indivíduos, independentemente dos fatores idade ou sexo. Mesmo as pessoas que, por desejarem ter filhos, por serem estéreis ou terem se submetido à esterilização cirúrgica voluntária ou, ainda, por já se encontrarem fora do período reprodutivo não necessitavam recorrer ao uso de métodos anticoncepcionais, também se vêem, hoje, obrigadas a utilizar em sua prática sexual um método de barreira, destinado a minimizar os riscos de exposição ao HIV.

Com isto, a aids veio revalorizar um método antigo, cujos níveis de utilização, em todo o mundo, vinham em constante declínio desde meados da década de 50. Essa rápida mudança, entretanto, também exige mudanças de atitude por parte dos indivíduos, particularmente aquelas que se referem à aceitabilidade e ao uso efetivo de um método (anticoncepcional e profilático) ainda considerado como antiquado, além de ser estigmatizado, pois muito freqüentemente ele é associado a relacionamentos sexuais ilícitos e/ou promíscuos, bem como a práticas sexuais também consideradas como de alto risco.

O uso de preservativos, tanto masculinos quanto femininos, por pessoas sexualmente ativas, é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. Sua segurança, no entanto, depende da técnica de uso e de seu uso sistemático em todas as relações sexuais.

PRESERVATIVO MASCULINO

- deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- deve ser colocado antes da penetração, após obtida ereção peniana;
- o receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;
- ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;
- devem ser usados apenas lubrificantes de base aquosa pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, ocasionando sua ruptura;
- no caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente;
- após a ejaculação, retirar o pênis ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma; e
- o preservativo não pode ser reutilizado, e deve ser descartado no lixo (não no vaso sanitário) após o uso.

Usuários constantes dos preservativos masculinos apontam como **fatores de risco para ruptura ou escape:**

- más condições de armazenamento;
- não observação do prazo de validade;
- lubrificação vaginal insuficiente;
- sexo anal sem lubrificação adequada;
- uso de lubrificantes oleosos;
- presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;
- tamanho inadequado em relação ao pênis;
- perda de ereção durante o ato sexual;

- contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis;
- retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo;
- uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre eles); e
- uso de um mesmo preservativo durante coito prolongado.

PRESERVATIVO FEMININO

- deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- não deve ser usado junto com o preservativo masculino;
- ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação, e retirado com tranquilidade após a relação, de preferência antes da mulher levantar-se, para evitar que o espermatozoide escorra do interior do preservativo;
- o preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, devem ser usados, na parte interna, lubrificantes de base aquosa;
- para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada); o anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina; com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;
- deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia.

Os preservativos devem ser promovidos e oferecidos aos pacientes, como parte da rotina de atendimento.

CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

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

Para que se rompa a cadeia de transmissão das DST, é fundamental que os contatos sexuais do indivíduo infectado sejam localizados e tratados. A convocação de parceiros também permite que se faça a educação sobre os riscos da infecção pelo HIV para um grupo que está sob maior risco.

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

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

PRINCÍPIOS DO SISTEMA DE CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

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

CONFIDENCIALIDADE

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

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

Se os pacientes e a comunidade perceberem que o serviço de saúde e o sistema de convocação de parceiros mantêm e garantem a confidencialidade, certamente não relutarão em usar estes serviços.

AUSÊNCIA DE COERÇÃO

A convocação de parceiros deve ser voluntária. Os pacientes-índice devem ter acesso aos serviços, tendo ou não cooperado nas atividades de convocação. Podem ocorrer, entretanto, situações nas quais um paciente-índice se recuse a convocar ou a permitir a convocação de um parceiro conhecido pelo profissional de saúde, que pode então sentir que o risco à saúde do parceiro e/ou outros (como um feto) é tão elevado que seria antiético deixar de informá-lo. A decisão sobre a convocação do parceiro seria então tomada após intenso aconselhamento do paciente, que deveria ser informado da intenção do profissional de saúde em agir de acordo com regras baseadas em princípios éticos respaldados pelo Conselho Federal de Medicina (ver adiante o item Legalidade da Ação).

PROTEÇÃO CONTRA DISCRIMINAÇÃO

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

DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS PARA OS PARCEIROS

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

LEGALIDADE DA AÇÃO

Instrumentos legais que permitam a simples convocação de parceiros pelo paciente-índice não são

necessários, mas podem vir a ser para a convocação pelo profissional de saúde.

Durante a execução das atividades de busca ativa, o sigilo sobre a identidade do paciente-índice deverá sempre ser mantido. Entretanto, de acordo com o artigo segundo da resolução número 1359/92 do Conselho Federal de Medicina, será permitida a quebra de sigilo por justa causa (proteção à vida de terceiros, incluindo-se os comunicantes sexuais) quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado.

MÉTODOS PARA CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

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

- a natureza confidencial de suas informações,
- a possibilidade de estarem infectados parceiros sem sintomas,
- a possibilidade de reinfecção se um parceiro permanece infectado,
- as conseqüências para o parceiro, se não tratado,
- as conseqüências para outros contatos do parceiro, se este não for tratado.

CONVOCAÇÃO PELO PACIENTE

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

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

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

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

CONVOCAÇÃO PELO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE

É o método segundo o qual os profissionais de saúde convocam os parceiros do paciente-índice.

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

Devido à limitação de recursos disponíveis para convocação, é considerado prioritário convocar as parceiras grávidas de homens portadores de qualquer DST.

MANEJO CLÍNICO DE PARCEIROS

Na chegada ao serviço de saúde, o parceiro deve ser considerado um paciente portador da mesma síndrome ou doença que acometeu o paciente-índice, mesmo que não apresente nenhum sintoma ou sinal. Para tanto deverá receber o mesmo tratamento recomendado para cada situação apresentada neste Manual.

TREINAMENTO PARA A CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

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

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

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

- aconselhamento e habilidades educacionais: intervenção em crises de relacionamento, condução de discussões em sexualidade e comportamento sexual;
- história natural e epidemiologia das DST, incluindo a infecção pelo HIV (transmissão sexual, infecção assintomática, conseqüências da falta de adesão ao tratamento);
- implicações psicossociais das DST e infecção pelo HIV;
- habilidades e técnicas de entrevistas;
- técnicas na localização e convocação de parceiros;
- mensagens de redução de risco;
- locais de atendimento;
- manutenção de registros;
- avaliação.

AValiação DO SISTEMA DE CONVOCAÇÃO

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

- (Nº pacientes com parceiros convocados / Nº pacientes atendidos)
- (Nº cartões de convocação preenchidos / Nº pacientes atendidos)
- (Nº parceiros convocados por cartão atendidos / Nº pacientes atendidos)
- (Nº parceiros convocados por cartão atendidos / Nº cartões de convocação preenchidos)
- (Nº aerogramas enviados / Nº pacientes atendidos)
- (Nº parceiros convocados por aerograma atendidos / Nº aerogramas enviados)
- (Nº visitas realizadas / Nº pacientes atendidos)
- (Nº parceiros convocados por visita atendidos / Nº visitas realizadas)

PROCEDIMENTOS PARA CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS

A convocação dos parceiros deverá ser realizada por meio do uso progressivo dos seguintes

métodos: convocação pelo paciente índice, convocação por correspondência (aerograma) e busca ativa por profissional de saúde.

CONVOCAÇÃO POR CARTÃO

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

O cartão consiste de 2 partes: a parte A é retida pela unidade que preencheu, e a parte B entregue ao paciente-índice que, por sua vez, a entregará ao parceiro. Deve ser preenchido um novo cartão para cada parceiro.

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

A parte B deve conter o mesmo código alfanumérico já mencionado; o nome do parceiro; mensagem solicitando seu comparecimento a serviço de saúde; nome do centro de saúde no qual poderá ser atendido; data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde que preencheu o cartão.

Quando o parceiro vai ao centro designado e apresenta a parte B, o profissional de saúde identificará, por meio do código alfanumérico, o tipo de DST que ocasionou a convocação e o centro que emitiu o cartão. Procederá então ao tratamento do parceiro de acordo com as orientações deste Manual.

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

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

CONVOCAÇÃO POR AEROGRAMA

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

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

CONVOCAÇÃO POR BUSCA ATIVA

Na eventualidade do não comparecimento de parceiros convocados por aerograma em sete dias úteis, deve-se proceder à busca ativa realizada por profissionais treinados especialmente para esse fim. Esta modalidade só poderá ser executada quando forem esgotados todos os recursos disponíveis.

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

A informatização do sistema de convocação, com integração entre os centros de uma área geográfica, permitirá rápida troca de informações e o controle das atividades prioritárias. Tal sistema deverá ter senha para acesso de conhecimento apenas do operador e seu chefe imediato, os quais assinarão termo de responsabilidade em relação ao não vazamento de informações.

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

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DST/HIV/AIDS

Vigilância Epidemiológica é o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a cada momento, o comportamento ou a história natural de uma doença, e detectar ou prever mudança que possa ocorrer por alteração dos fatores que a condicionam. A sua finalidade maior vem a ser recomendar, sobre bases científicas, as medidas oportunas que levem à prevenção e ao controle dessa mesma doença.

Portanto, a vigilância epidemiológica só será eficiente se puder proporcionar informações fidedignas. Caso contrário, corre-se um grande risco de levar a cabo ações de controle de forma empírica, sem que o seu impacto sobre a resolução do problema possa ser avaliado com segurança. Ainda assim, sua utilidade dependerá da capacidade dos servidores de saúde em executar as medidas recomendadas.

Sob esse ângulo, a vigilância epidemiológica constitui o sub item informação do sistema informação-decisão-controle de doenças específicas.

As principais atribuições do serviço de vigilância epidemiológica são:

- reunir toda a informação necessária e atualizada;
- processar, analisar e interpretar os dados; e
- recomendar a implantação e/ou implementação das atividades pertinentes ao controle imediato, ou a longo prazo, da doença.

Em poucas palavras, poderíamos definir a atividade de vigilância epidemiológica como **informação para a ação**.

Princípios e Usos da Epidemiologia

A epidemiologia ocupa-se do "estudo dos fatores que determinam a freqüência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas", e constitui-se em um dos instrumentos centrais que orientam as ações da Saúde Pública. Hoje em dia, os procedimentos analíticos, tradicionalmente utilizados pela epidemiologia, vêm sendo apropriados pela clínica médica, buscando explicações de cunho científico para a ocorrência e tratamento das doenças em nível individual.

Vários autores têm procurado sistematizar os diferentes usos da epidemiologia, destacando-se a obra de Morris, que identifica os seguintes: descrição histórica das doenças; diagnóstico de saúde da comunidade; avaliação de serviços de saúde; quantificação de riscos de adoecimento; identificação de síndromes; descrição completa de quadro clínico; e etiologia de doenças.

Em seminário promovido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), foram caracterizadas 04 grandes áreas de atuação da epidemiologia nos serviços de saúde, na América Latina:

- Estudos da Situação de Saúde: ampliação das concepções dos diagnósticos de saúde, cujas características principais implicam a descrição da morbi-mortalidade e permitem a sua explicação à luz das condições de vida e de trabalho dos diferentes grupos sociais.
- Vigilância Epidemiológica: provisão dos elementos necessários, em termos de informação epidemiológica, para a prática de controle de doenças, especialmente daquelas que compõem o conjunto das doenças notificáveis.
- Estudos de Natureza Causal: explicação etiológica das doenças, o que permite determinar o prognóstico das intervenções a serem promovidas sobre as pessoas, a partir de ações preventivas e/ou terapêuticas. Nesse sentido, vêm-se promovendo acelerados avanços dentro do campo que se tem identificado como "epidemiologia clínica".
- Avaliação Epidemiológica de Serviços, Programas e Tecnologias: avaliação genérica da prestação de serviços de saúde, compreendendo o impacto gerado pelas ações efetuadas sobre as populações, até a mensuração do impacto específico gerado pela introdução de novas tecnologias, aproximando a epidemiologia do campo da avaliação tecnológica.

Pode-se afirmar, identificando-se os diferentes usos da epidemiologia, que ela se presta, em termos gerais, a subsidiar, no plano político, o estabelecimento das linhas de planejamento dos serviços de saúde; e em termos mais particulares, a orientar o plano gerencial, definindo as medidas de impacto das intervenções implementadas.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST

Vigilância Aprimorada das DST

- Implantada desde 1996, consiste na notificação/investigação de casos de DST, em serviços de saúde selecionados, para o acompanhamento das tendências destes agravos. Outras fontes de informação devem ser utilizadas para complementar as análises de tendência;
- Monitorar a incidência e/ou prevalência das DST em serviços selecionados, de acordo com as definições de caso estabelecidas, as quais detalharemos a seguir.

Definições de caso

- **SÍFILIS PRIMÁRIA:** presença de úlcera geralmente única e indolor, associada à pesquisa de *Treponema pallidum* "em campo escuro" positiva, ou RPR, ou VDRL, ou FTA-Abs reagentes ou não.
- **SÍFILIS SECUNDÁRIA:** presença de sífilides papulosas disseminadas (principalmente palmo-plantares), e/ou condiloma plano, acompanhadas ou não por poliadenomegalia, e VDRL, ou RPR, ou FTA-Abs reagentes.
- **SÍFILIS LATENTE RECENTE:** presença de VDRL, ou RPR, ou FTA-Abs reagentes em portador assintomático de sífilis, com menos de 1 ano de evolução.
- **Outras formas de sífilis (latente TARDIA e terciária):** qualquer forma de sífilis que não a sífilis recente (ou seja, com mais de 1 ano de evolução), confirmada clínica e/ou laboratorialmente por meio de RPR ou VDRL ou FTA-Abs reagente.
- **Sífilis Latente Tardia:** não se observam sinais e sintomas clínicos e portanto tem o seu diagnóstico feito mediante testes sorológicos.
- **Sífilis Terciária:** os sinais e sintomas geralmente ocorrem após 3 a 12 anos de infecção ou mais, principalmente por lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot).
- **Cancro mole:** presença de lesão genital ulcerada, geralmente múltipla e dolorosa, associada à bacterioscopia pelo Gram apresentando estreptobacilos Gram negativos, sugestivos de *H. ducreyi*.
- **Herpes genital:** evidência ou história de lesões vesiculosas agrupadas em "cacho" sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de ardor ou prurido, especialmente com história de recorrência das lesões, associado ou não com presença de células gigantes com inclusões intranucleares (de Tzank) ao exame microscópico direto do líquido vesicular.
- **Donovanose:** presença de ulceração com borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de sangramento fácil, de evolução lenta e progressiva, associado à identificação dos corpúsculos de Donovan no material obtido por biópsia.
- **Linfogranuloma venéreo:** presença de linfadenopatia inflamatória uni ou bilateral, acompanhada ou não por úlcera genital perceptível, acompanhado por IF (Imunofluorescência)-direta ou outros exames reagentes para clamídia.
- **INFECÇÃO gonocócica:** no homem observa-se a presença de corrimento uretral geralmente purulento, associado a bacterioscopia com diplococos Gram negativos intracelulares; na mulher ocorre hiperemia, e/ou edema, e/ou friabilidade, e/ou ectopia cervical, e/ou mucopus cervical associado à cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*, ou apenas cultura positiva em mulher assintomática.
- **OUTRAS INFECÇÕES CAUSADAS POR CLAMÍDIA DE TRANSMISSÃO SEXUAL:** no homem pode ser observada a presença de corrimento uretral associado a ELISA ou IF-direta reagente para clamídia; na mulher observa-se mucopus cervical associado a ELISA ou IF-direta ou outros exames específicos, ou apenas ELISA ou IF Direta reagentes.
- **Outras uretrites:** presença de corrimento uretral, porém a bacterioscopia pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo, e ELISA ou IF-direta não são reagentes para clamídia.
- **Outras cervicites:** presença de mucopus cervical associado ou não a hiperemia, friabilidade, ectopia ou colpíte, porém a cultura é negativa para *Neisseria* e ELISA ou IF-direta para clamídia não são reagentes.
- **Condiloma acuminado/HPV:** presença de lesão vegetante característica, única ou múltipla, localizada ou difusa e de tamanho variável.
- **INFECÇÃO SUBCLÍNICA OU LATENTE PELO HPV:** presença de lesões acetobranças ou achado de evidência de HPV em outros exames.
- **Candidíase vaginal:** presença de corrimento branco grumoso, com aspecto caseoso ("leite coalhado"), geralmente aderido às paredes vaginais, associado à presença de micélios birrefringentes ou de esporos, ao exame à fresco do conteúdo vaginal.
- **Tricomoniase vaginal:** presença de corrimento amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com odor fétido, associado à presença de parasitas, movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos no exame à fresco, ou corado, do conteúdo vaginal.
- **Vaginose bacteriana:** presença de ao menos 3 (três) dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos: 1) corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado; 2) pH vaginal > 4,5; 3) teste das aminas positivo; 4) presença de "clue-cells" ao exame à fresco, ou corado, do conteúdo vaginal.

Definições de casos de DST baseadas na abordagem sindrômica:

- **ÚLCERA GENITAL:** presença de lesão ulcerada em região genital, de origem não traumática.
- **CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM:** presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído e, se necessário, pela compressão da base do pênis em direção à glande.
- **CORRIMENTO CERVICAL:** presença de mucopus cervical verificado obrigatoriamente ao exame especular.
- **CORRIMENTO VAGINAL:** presença de corrimento vaginal associado a hiperemia, e/ou edema da mucosa vaginal, associado ou não a sinais de colpíte, com ou sem ectrópio.
- **DOR PÉLVICA:** dor à descompressão ou defesa muscular abdominal ou dor à mobilização do colo ou anexos ao toque vaginal combinado.

Componentes do Sistema

População sob vigilância

Populações que freqüentam os serviços selecionados. Os dados de *incidência e prevalência* terão como denominador a população masculina e feminina, maior de doze anos de idade, atendida nos serviços.

Período de coleta de dados

Os dados serão coletados continuamente de todos os pacientes com DST atendidos nos serviços selecionados.

Informação coletada

Será preenchido um formulário específico (**ANEXO 2**) para cada paciente com DST, no qual serão coletados:

- a. dados gerais;
- b. dados do paciente;
- c. dados comportamentais;
- d. dados de laboratório; e
- e. diagnóstico final

Fontes das informações

Os serviços possuem: profissionais de saúde treinados no manejo das DST e retaguarda laboratorial. O número de serviços participantes será expandido gradualmente.

Os casos que obtiverem conclusão diagnóstica deverão ser encaminhados mensalmente para a instituição responsável pela Vigilância Aprimorada das DST na Secretaria Municipal de Saúde. A conclusão diagnóstica deve seguir a definição de caso apresentada anteriormente. Caso algum dos exames laboratoriais não esteja disponível, o caso deve ser fechado e a ficha encaminhada apenas com as informações do exame físico.

Um *software* específico para entrada e manejo dos dados (SIVADST) foi desenvolvido, de modo que a transferência das informações da Unidade notificante deverá ser realizada por meios eletrônicos.

A digitação das fichas deverá ser realizada no nível local (unidade notificante) que fará a transferência dos dados para a Coordenação Nacional de DST e Aids.

Disseminação de informações

As informações de âmbito Nacional coletadas por este sistema serão disseminadas trimestralmente por meio do Boletim Epidemiológico das DST da CNDST/AIDS. Este boletim tem tiragem de 10.000 exemplares e é distribuído para a rede do Sistema Único de Saúde, além de poder ser acessado em www.aids.gov.br

Utilidade do sistema

Os dados gerados por este sistema serão adicionados a outras fontes de informação sobre DST no país, para dar subsídios aos diversos níveis de governo em relação ao planejamento e avaliação das ações de controle das DST.

Representatividade do sistema

Os dados não podem ser extrapolados para a população geral pois as características das pessoas atendidas nos serviços selecionados (comportamento, morbidade, procedência geográfica, etc.), podem diferir das características presentes na população geral. Entretanto, as informações geradas poderão demonstrar a tendência de DST selecionadas entre os indivíduos atendidos em cada serviço selecionado, desde que mantida a consistência do sistema (definições de caso, capacidade diagnóstica, acesso da população aos serviços, etc.).

Vigilância das DST por meio do SINAN

Como a modalidade de vigilância aprimorada apresenta limitações, as DST atendidas nas unidades não participantes do sistema poderão ser notificadas às Secretarias de Saúde por meio do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) para utilização como indicadores operacionais para alocação de verbas, compra de insumos de laboratório e medicamentos, projetos e programas específicos, dentre outros. Vários serviços de saúde enviam suas notificações de casos de DST às Secretarias de Saúde que, sem um instrumento adequado, deixam de utilizar estas informações valiosas para suas ações de controle destes agravos. Desta forma, o SINAN já incluiu em sua lista de doenças passíveis de notificação as seguintes entidades nosológicas:

- Cancro mole;
- Candidíase;
- Donovanose;
- Herpes genital;
- HPV/condiloma acuminado;
- HTLV;
- Infecção por clamídia;
- Sífilis primária,
- Sífilis secundária,
- Sífilis latente recente;
- Tricomoníase;
- Vaginose bacteriana;
- além de Outras Formas de Sífilis e Linfogranuloma Venéreo que já faziam parte da lista de agravos.

Os quadros sem definição etiológica poderão ser notificados pelo SINAN por meio das síndromes clínicas listadas abaixo :

- Síndrome de úlcera genital;
- Síndrome de corrimento uretral;
- Síndrome de corrimento vaginal;
- Síndrome de corrimento cervical;
- Síndrome de dor pélvica.

As informações assim coletadas poderão também ser úteis na complementação dos dados referentes aos sítios de vigilância aprimorada, nas análises locais de magnitude e tendências das DST.

A seguir a tabela com as DST, síndromes e respectivos códigos constantes no Código Internacional de Doenças (CID), edições 9 e 10:

DST	CID 9	CID 10
Sífilis congênita	090	A 50
Sífilis primária	091.0	A 51.0
Sífilis secundária	091.3	A 51.3
Sífilis recente latente	92.9	A 53.5
Sífilis: outras formas e não especificadas	097	A 53
Cancro mole	99.0	A 57
Donovanose	99.2	A 58

Herpes simples	54.1	A 60
Linfogranuloma venéreo	99.1	A 55
Infecção gonocócica	098	A 54
Uretrite causada por clamídia	099.3	A 56
Cervicite causada por clamídia	078.9	A 56
Outras uretrites	99.4	N 34.2
Outras cervicites	619.9	N 72.1
Tricomoniase	131.0	A 59.0
Vaginose bacteriana	616.X	N 76.9
Condiloma acuminado	78.1	A 63.0
Infecção subclínica ou latente pelo HPV	079	B 34.2
DST não especificada	99.9	A 64
Transtornos inflamatórios da pelve feminina	614.2	N 74
Síndrome de úlcera genital (homem)	607.8	N 48.5
Síndrome de úlcera genital (mulher)	616.5	N 77.0
Síndrome de corrimento uretral	788.7	R 36
Síndrome de corrimento vaginal	616.1	N 77.1
Síndrome de corrimento cervical	616.0	N 72
Síndrome de desconforto ou dor pélvica	625.8	R 10.2

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS

Todos os casos de aids são de notificação compulsória, desde que preenchidos alguns dos critérios de definição de casos em crianças ou em indivíduos com 13 anos ou mais, critérios estes estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e revisados periodicamente (vide www.aids.gov.br, em *Epidemiologia e Promoção de Capacitação de Recursos Humanos/ Vigilância Epidemiológica e Análise de Dados/Vigilância/Vigilância da Aids/Definições de Casos de Aids*).

A notificação do caso para as autoridades de Saúde Pública deve ser feita com a utilização de ficha específica (**ANEXO 3**) e é de responsabilidade do profissional médico que atende o paciente. A investigação é de responsabilidade das equipes locais de vigilância epidemiológica. O sistema de informações utilizado é o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), que prevê um fluxo de informações do nível mais periférico, que pode ser o próprio serviço que atende o paciente, para os níveis mais centrais das diversas esferas de atenção à Saúde, sendo mensalmente condensados em Brasília, na Coordenação Nacional de DST e Aids.

Os dados atualizados são disponibilizados trimestralmente no Boletim Epidemiológico AIDS, que pode também ser acessado em www.aids.gov.br/ *Boletins Epidemiológicos*. Análises mais aprofundadas da epidemia podem ser encontrados em www.aids.gov.br / *Epidemiologia e Promoção da Capacitação de Recursos Humanos/Vigilância Epidemiológica e Análise de Dados/ A Epidemia de Aids no Brasil e no Mundo*

Definição de caso de aids

A primeira Definição de Caso de Aids com finalidade de Vigilância Epidemiológica utilizada no Brasil foi a do *CDC* dos Estados Unidos da América, cuja primeira publicação data de setembro de 1982, posteriormente revisada em 1987 e 1993. Essa definição fundamenta-se na evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e na presença de doenças indicativas de imunodeficiência, ou na evidência laboratorial da infecção pelo *HIV* e da imunodeficiência. Tecnicamente revisada para a devida adequação ao seu tempo, foi sendo adaptada pelo Ministério da Saúde às condições diagnósticas laboratoriais e clínicas existentes no Brasil, com a apropriada denominação de **Critério CDC Modificado**.

Em 1992, entretanto, foi introduzido um critério inédito, baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, que já não dependeriam de um sistema diagnóstico complexo e/ou de alto custo. Esse novo critério foi discutido e elaborado em reunião de especialistas realizada na cidade de Caracas, Venezuela, a partir de experiências acumuladas por alguns serviços de saúde no Rio de Janeiro, sendo descrito com o nome de **Critério Rio de Janeiro/Caracas**.

Em 1995, com o objetivo de incorporar ao Banco de Dados da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde uma quantidade significativa de casos da doença que não se enquadravam nas definições vigentes, mas que apresentavam menção de aids em algum dos campos de preenchimento do documento de Declaração de Óbito, foi estabelecido o chamado **Critério Óbito**. Nessa mesma ocasião, para cobrir os casos subdiagnosticados de aids que foram a óbito, durante a

manifestação de *ARC (Aids related complex* ou complexo relacionado à aids), foi definido o **Critério ARC + Óbito**.

Cumpra salientar que os critérios *CDC Modificado* e *Rio de Janeiro/Caracas* não são excludentes. Entretanto, quando uma suspeita de Caso de Aids não puder se enquadrar nesses dois critérios, dever-se-á recorrer aos chamados critérios excepcionais. No quadro seguinte, são apresentados os critérios adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil para **Definição de Caso de Aids em Indivíduos com 13 anos de idade ou mais**, para fins de Vigilância Epidemiológica:

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE AIDSEM INDIVÍDUOS COM 13 ANOS OU MAIS

1 - CDC Modificado	Evidência laboratorial da infecção pelo <i>HIV</i> + Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de aids ou Evidência laboratorial de imunodeficiência
2 - Rio de Janeiro / Caracas	Evidência laboratorial de infecção pelo <i>HIV</i> + Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças
3 - Critério Excepcional CDC	Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo <i>HIV</i> + Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência
4 - Critério Excepcional Óbito	Menção de aids em algum campo da Declaração de Óbito + Investigação epidemiológica inconclusiva
5 - Critério Excepcional ARC + Óbito	Paciente em acompanhamento, apresentando <i>ARC</i> + Óbito de causa não-externa

Evidência Laboratorial da Infecção pelo HIV, para fins de Vigilância Epidemiológica

- Em pessoas com 13 anos ou mais, que não preenchem nenhum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária: dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes) + um teste confirmatório reagente; ou um teste confirmatório reagente.
- Em pessoas com 13 anos ou mais, que preenchem algum dos critérios de definição de caso de aids para esta faixa etária: dois testes de triagem reagentes (com antígenos ou princípios metodológicos diferentes); ou um teste confirmatório reagente.

Observação:

- São testes de triagem: *ELISA* (várias gerações, com diversos antígenos), *EIA*, *MEIA*, quimioluminescência, teste rápido e teste simples.
- São testes confirmatórios: imunofluorescência, *Western Blot*, teste de amplificação de ácidos nucleicos, como por exemplo, o *PCR*.

Considerando tanto o aspecto clínico quanto a nova dimensão social assumida pela aids, e seus diferentes graus de manifestação e o estado sintomático ou assintomático de seus pacientes, e à luz dos novos parâmetros da doença e das atuais perspectivas oferecidas à sobrevivência dos seus pacientes, graças à disponibilização da terapia combinada dos anti-retrovirais, como também, o grau de influência e o reflexo imediato desta nova realidade na necessidade de uma abordagem epidemiológica da aids mais efetiva, com vistas à sua prevenção, assistência e controle adequados pelos órgãos responsáveis da Saúde Pública no País, uma série de preocupações foram levantadas, como:

- qual seria, no atual estágio da epidemia, a fronteira limite entre a definição da infecção pelo *HIV* e a manifestação da doença?
- quais os critérios necessários, nos dias de hoje, a uma Definição de Caso de Aids para fins epidemiológicos, com adequada especificidade?
- qual o impacto de uma Definição de Caso de Aids em indivíduos maiores de 13 anos, considerando as suas implicações sociais, políticas e econômicas para a distribuição de medicação anti-retroviral combinada para o *HIV*?

Nesse sentido, além dos critérios resumidos no quadro acima e apresentados em detalhe a seguir, decidiu-se pela adoção de dois itens a serem incluídos nesta Definição de Caso de Aids em adolescentes/adultos com a finalidade de Vigilância Epidemiológica, a saber:

- I. Quantificação de linfócitos T CD_{4+}/CD_{8+} abaixo de 350 células/mm³ como definidora de Caso de Aids em indivíduos com

13 anos de idade ou mais; e

II. Carcinoma cervical invasivo como doença indicativa de aids em indivíduos do sexo feminino com 13 anos de idade ou mais.

1 - CRITÉRIO CDC MODIFICADO

Será considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo *HIV*, independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência, no qual seja diagnosticada pelo menos uma doença indicativa de aids, a saber:

DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS É REQUERIDO O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

doença	local ou condição	Método diagnóstico definitivo
Candidíase	da traquéia, brônquios ou pulmão	inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado
Citomegalovirose	em local que não o olho, e além do fígado, baço ou linfonodos	microscopia
Criptococose	extrapulmonar	microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido
Criptosporidíase	com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês	microscopia
Herpes simples	dos brônquios, pulmão ou do trato gastrointestinal	microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido
Histoplasmose.	disseminada (em órgãos outros que não o pulmão ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização)	microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido
Isosporíase	com diarreia persistente, por um período superior a 1 mês	microscopia
Leucoencefalopatia	multifocal progressiva	microscopia
Linfoma	primário do cérebro, em qualquer idade	microscopia
Outro linfoma não Hodgkin	de células B (fenótipo imunológico desconhecido), e dos seguintes tipos histológicos: linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não Burkitt) e linfoma maligno imunoblástico SOE (sarcoma imunoblástico; ou linfoma maligno de células grandes, imunoblástico)	microscopia
micobacteriose	não tuberculose	cultura
qualquer micobacteriose	disseminada que não seja tuberculose (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização)	cultura
septicemia por salmonella	não tifóide, recorrente	cultura

Notas explicativas:

A coccidiomicose foi excluída da lista de doenças indicativas de aids para o Critério *CDC* Modificado, por ser um evento raro no Brasil.

Não estão incluídos linfomas de células T (fenótipo imunológico) ou de tipo histológico não descrito ou descrito como "linfocítico", "linfoblástico", "células pequenas não clivadas" ou "linfoplasmocítico".

DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS PARA AS QUAIS É ACEITO O DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

doença	local ou condição	Critérios sugeridos para o diagnóstico presuntivo
Candidíase	esôfago	início recente de dor retroesternal à deglutição; e candidíase oral diagnosticada pelo achado macroscópico de placas brancas em base eritematosa, removíveis na mucosa oral
Herpes simples	mucosa cutânea, por um período superior a 1 mês	aparência característica de lesões úlcero crostosas persistentes, por um período superior a 1 mês, por vezes muito extensas, nas regiões perianal e genital. Prova terapêutica deverá ser considerada nos casos duvidosos
<i>Pneumocystis carinii</i>	pulmão	histórico de dispnéia de esforço, ou tosse não produtiva de início recente (dentro dos últimos 3 meses); raio X de tórax com evidência de infiltrado intersticial difuso bilateral; e ausência de evidência de pneumonia bacteriana (prova terapêutica é suficiente)
Citomegalovirose	retinита	aparência característica em exames oftalmológicos seriados (p. ex.: placas na retina com bordas distintas, progredindo de modo centrífugo, acompanhando os vasos sanguíneos, e freqüentemente associadas com vasculite retiniana, hemorragia e necrose). Resolução da doença ativa deixa cicatriz e atrofia com mosqueamento (<i>mottling</i>) do pigmento retiniano
Toxoplasmose	cérebro	início recente de anormalidade neurológica focal compatível com lesão intracraniana, ou redução do nível de consciência; imagem de lesão cerebral com efeito de massa (tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética), ou aparência radiológica positiva após injeção de contraste; e sorologia ou prova terapêutica positiva

2 - CRITÉRIO RIO DE JANEIRO/CARACAS

Será considerado Caso de Aids, para fins de vigilância epidemiológica, todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e pelo menos um somatório de 10 pontos, de acordo com a seguinte escala de sinais, sintomas ou doenças:

Sinais, Sintomas ou Doenças	descrição	Pontos
Sarcoma de Kaposi	reconhecimento macroscópico de nódulos, tumorações ou placas eritematosas ou violáceas características na pele e/ou mucosas	10
Tuberculose disseminada / extrapulmonar / pulmonar não-cavitária	especialmente do sistema nervoso central, incluindo as formas pulmonares, radiologicamente atípicas ou não, associadas a outra localização extrapulmonar em mais de uma localização (especialmente ganglionar); ou tuberculose pulmonar com padrão radiológico atípico (miliar, infiltrado intersticial, não cavitário). Diagnóstico por meio de baciloscopia, histologia ou cultura	10
Candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa	Candidíase diagnosticada pela aparência macroscópica de placas brancas em base eritematosa, removíveis, na mucosa oral. Leucoplasia pilosa diagnosticada pela presença de placas brancas pilosas não removíveis na língua e/ou cavidade oral	5
Tuberculose pulmonar	cavitária ou não-especificada	5
Herpes zóster	em indivíduo com até 60 anos	5
Disfunção do sistema nervoso central	confusão mental (exemplo: desorientação temporal ou espacial), demência, diminuição do nível de consciência (exemplo: estupor ou coma), convulsões, encefalite, meningites de qualquer etiologia (exceto por criptococo), incluindo as de etiologia desconhecida, mielites e/ou testes cerebelares anormais	5

Diarréia	por um período igual ou superior a 1 mês, com duas ou mais evacuações frouxas ou líquidas por dia, constante ou intermitente, por pelo menos um mês	2
Febre	maior ou igual a 38°C por um período igual ou superior a 1 mês, constante ou intermitente	2
Caquexia	ou perda de peso corporal superior a 10%; emaciação ou perda de peso superior a 10% do peso normal do paciente	2
Astenia	por um período igual ou superior a 1 mês	2
Dermatite	persistente	2
Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia	Anemia: hematócrito inferior a 30% em homens e a 25% em mulheres, ou hemoglobina inferior a 11 mg/ml em homens e 10mg/ml em mulheres. Linfopenia: contagem absoluta de linfócitos inferior a 1.000/ mm ³ Trombocitopenia: inferior a 100.000/ mm ³	2
Tosse	persistente ou qualquer pneumonia (exceto tuberculose) ou pneumonite determinada radiologicamente, ou por outro método de diagnóstico	2
Linfadenopatia	maior ou igual a 1 cm, em 2 ou mais sítios extra-inguinais, por um período igual ou superior a 1 mês	2

3 - CRITÉRIO EXCEPCIONAL CDC

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, com teste laboratorial para o *HIV* não realizado ou de resultado desconhecido e que, **eliminadas outras causas de imunodeficiência**, apresentar pelo menos uma das seguintes doenças indicativas de aids diagnosticada definitivamente:

doença	local ou condição	Método diagnóstico definitivo
Candidíase	do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão	inspeção macroscópica através de endoscopia ou necropsia, ou microscopia (histologia ou citologia) em material obtido diretamente do tecido afetado
Citomegalovirose	em local que não o olho ou além do fígado, baço ou linfonodo	microscopia
criptosporidíase	com diarréia persistente, por mais de 1 mês	microscopia
Herpes simples	mucocutâneo dos brônquios, pulmão ou trato gastrointestinal, por um período superior a 1 mês	Microscopia (histologia ou citologia) em cultura ou detecção de antígeno em material obtido diretamente do tecido afetado ou de fluidos deste tecido.
Leucoencefalopatia	multifocal progressiva	microscopia
Linfoma	primário do cérebro em paciente com idade inferior a 60 anos	microscopia
Micobacteriose	disseminada por <i>Mycobacterium avium complex</i> ou <i>M. Kansasil</i> (em órgãos outros que não o pulmão, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associado a qualquer outra localização)	cultura
<i>Pneumocystis carinii</i>	pneumonia	microscopia
Sarcoma de Kaposi	em paciente com idade inferior a 60 anos	microscopia
Toxoplasmose	cerebral	microscopia

Observações:

As seguintes causas de imunodeficiência devem ser excluídas:

- Corticoterapia sistêmica em altas doses ou de longo termo, ou outra terapia imunossupressiva/citotóxica iniciada pelo menos 3 meses antes do diagnóstico da doença indicativa.
- Pelo menos uma das seguintes doenças diagnosticadas em até 3 meses após o diagnóstico da doença indicativa: linfoma Hodgkin, linfoma não-Hodgkin (outro que não o linfoma primário do cérebro); leucemia linfocítica; mieloma

- múltiplo; qualquer outro câncer do tecido linforreticular ou histiocítico; e linfadenopatia angioimunoblástica.
- Síndrome de imunodeficiência genética (congenita), ou uma síndrome de imunodeficiência que não seja pelo *HIV*, como a que envolve hipogamaglobulinemia.

4 - CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, em cuja Declaração de Óbito constar aids em algum dos seus campos de preenchimento e que, após investigação epidemiológica, não puder ser enquadrado em qualquer dos demais critérios de Definição de Caso de Aids vigentes.

5 - CRITÉRIO EXCEPCIONAL ARC + ÓBITO

Será considerado caso de aids todo indivíduo com 13 anos de idade ou mais, com evidência laboratorial de infecção pelo *HIV* e manifestação de alguns sintomas próprios do *ARC*, e que for a óbito por causa não-externa. São sintomas de *ARC*:

- presença de candidíase oral e/ou testes cutâneos de hipersensibilidade tardia negativos; **ou**
- presença de 3 ou mais dos seguintes sinais/sintomas, com duração superior a 1 mês, sem causa identificada: linfadenopatia generalizada, diarreia, febre, astenia, sudorese noturna, perda de peso superior a 10%.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV

No Brasil, a notificação de indivíduos HIV-positivos que não preencham nenhum dos critérios da definição de caso de aids do Ministério da Saúde, não é compulsória. O monitoramento da epidemia de HIV é feito, basicamente, por meio das notificações de casos de aids, a mais grave manifestação da infecção por este vírus. Entretanto, com os recentes avanços no acompanhamento médico dos indivíduos HIV-positivos, principalmente com o uso dos medicamentos anti-retrovirais, nota-se uma modificação bastante importante da história natural da infecção, com aumento significativo do período de infecção assintomática. Com isso, torna-se cada dia mais importante a vigilância da infecção assintomática do HIV, e da dinâmica da infecção nos diversos grupos populacionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a vigilância epidemiológica do HIV seja feita pelo acompanhamento da tendência da prevalência instantânea da infecção em grupos com diferentes riscos, o que é usualmente denominado vigilância-sentinela. No Brasil, selecionamos dois grupos: o primeiro, com maior risco, de pacientes com DST; e o outro, com menor risco ou risco geral, de parturientes e pacientes de prontos-socorros. Para monitorar a prevalência instantânea, criou-se, em 1997, uma Rede Sentinela Nacional para Vigilância do HIV, contando com 150 sítios para a realização de cortes semestrais. Além da Rede, é feito o acompanhamento da prevalência nos doadores de sangue e nos usuários dos Centros de Testagem Anônima (CTA).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA

Em 1993, os Ministros da Saúde de todos os países latino-americanos propuseram a Eliminação da Sífilis Congênita como um Problema de Saúde Pública (definida como uma incidência menor ou igual a 1 caso em 1000 nascidos vivos).

O mecanismo mediante o qual se espera atingir este objetivo foi a criação de Grupos de Investigação de Sífilis Congênita (GISC), formados por profissionais de saúde que atuam em serviços de assistência pré-natal e maternidades.

A sífilis congênita é uma das doenças de notificação compulsória. Notifica-se o agravo na ficha de notificação e investigação própria (**ANEXO 4**), que deve ser posteriormente digitada no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). No Brasil, a subnotificação da sífilis congênita é alta, porém os dados disponíveis na literatura nacional relativos ao tema indicam a elevada magnitude do problema no País.

OBJETIVOS GERAIS

- Prevenir a ocorrência de casos novos de sífilis em mulheres em idade fértil, principalmente em gestantes;
- Evitar ou interromper a transmissão vertical (da gestante para o feto) da sífilis; e
- Reduzir as conseqüências da sífilis para a criança infectada por meio do tratamento oportuno e adequado.

DEFINIÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

Todo caso definido como Sífilis Congênita, segundo os critérios abaixo descritos, devem ser notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica.

CASO CONFIRMADO

Toda criança com evidência laboratorial do *Treponema pallidum* por em material colhido de lesões, placenta, cordão umbilical ou necrópsia, em exame realizado por meio de técnicas de campo escuro, imunofluorescência ou outra específica.

CASO PRESUMÍVEL

1. toda criança cuja mãe teve sífilis não tratada, ou inadequadamente tratada durante a gravidez, independente da presença de sintomas, sinais e resultados de exames laboratoriais (é considerado tratamento inadequado qualquer tratamento penicilínico realizado nos últimos 30 (trinta) dias antes do parto, ou tratamento não penicilínico); **ou**
2. toda criança com teste não treponêmico positivo (como por exemplo: VDRL reagente) e uma das seguintes condições:
 - evidência de sintomatologia sugestiva de sífilis congênita ao exame físico;
 - evidência de sífilis congênita ao RX;
 - evidência de alterações no líquido cefalorraquidiano: teste para anticorpos, contagem de linfócitos e dosagem de proteínas;
 - título de anticorpos não treponêmicos do RN maior ou igual a 4 vezes o título materno, na ocasião do parto (a ausência do aumento deste título não pode ser usada como evidência contra o diagnóstico de sífilis congênita);
 - evidência de elevação de título de anticorpos não treponêmicos em relação a títulos anteriores;
 - positividade para anticorpo da classe IgM contra *Treponema pallidum*; **ou**
1. toda criança com teste não treponêmico positivo após o sexto mês de idade, exceto em situação de seguimento pós-terapêutico e de sífilis adquirida; **ou**
2. todo caso de morte fetal ocorrido após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe, portadora de sífilis, não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (natimorto sífilítico).

COMPONENTES DO SISTEMA

Populações sob vigilância:

- mulheres em idade fértil;
- gestantes em acompanhamento pré-natal; e
- crianças recém-nascidas.

Devido às características próprias do período, indicamos como prioridade máxima as ações no pré-natal, quando a mulher freqüenta o serviço de saúde com regularidade e pode ser diagnosticada e tratada adequada e oportunamente.

Período de coleta de dados:

Os dados de todos os recém-nascidos com sífilis congênita atendidos nas maternidades devem ser coletados sistematicamente.

Informação a ser coletada em ficha específica e individual:

- dados de identificação (destacando-se a procedência do paciente - município e bairro),
- dados da mãe relacionados à realização de pré-natal, antecedentes obstétricos, doenças maternas, seu tratamento e estado sorológico para o HIV (o teste anti-HIV deve ser oferecido a todas as gestantes, porém sua realização será voluntária);
- dados do exame físico e de exames de laboratório do recém-nascido;
- tratamento prescrito ao recém-nascido; e
- diagnóstico final.

Fontes das informações:

Os serviços de saúde de uma forma geral e os que possuem Grupos de Investigação de Sífilis Congênita atuante, em especial.

Estes grupos são formados por profissionais dos serviços de pré-natal e maternidades, devidamente capacitados a fazer a triagem de todas as gestantes e dos recém-nascidos de mães portadoras de sífilis. Devem seguir as rotinas de diagnóstico e tratamento preconizadas pelo Ministério da Saúde, notificar todos os casos e preencher regularmente um Relatório Trimestral, contendo dados como número de atendimentos de pré-natal, número de admissões para parto ou curetagem, número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita, tratamentos maternos realizados e número de nascidos vivos no período. Tais relatórios, em nenhuma hipótese, devem substituir as fichas de notificação dos casos, porém trazem informações complementares importantes, e demonstram, de certa maneira, o nível de subnotificação dos casos que são enviados via SINAN.

Transferência das informações

Os casos que obtiverem conclusão diagnóstica deverão ser encaminhados mensalmente para vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde até o dia 5 de cada mês. A digitação deverá ser feita diretamente no SINAN. Os dados em seguida deverão ser enviados, por meio magnético, à CN-DST/AIDS, onde serão incluídas em um banco de dados.

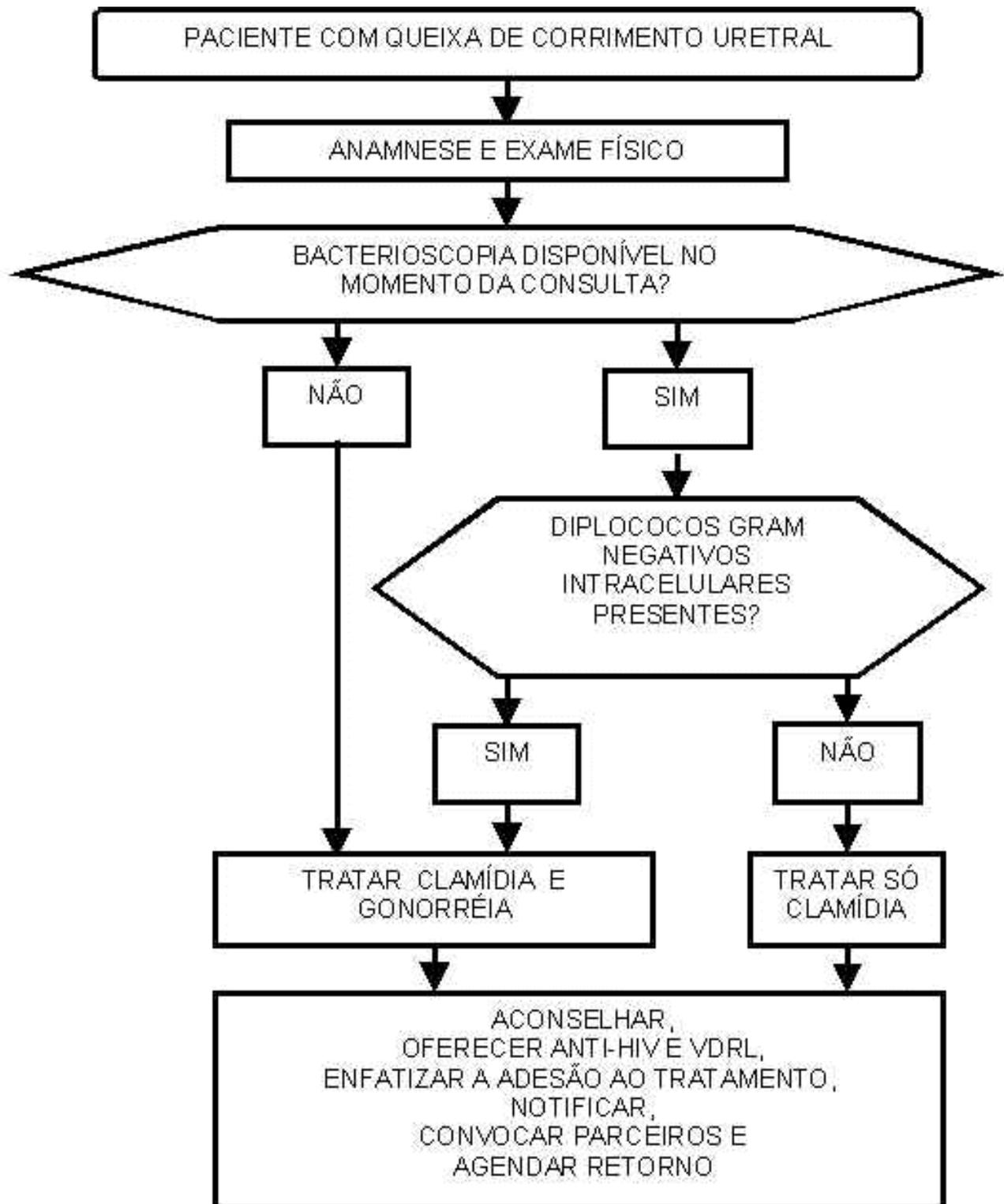
Análise dos dados

Por meio de relatórios gerados pelo SINAN, é possível o cruzamentos e a análise dos dados. O SINAN gera arquivos "DBF", o que permite a utilização de softwares como EPI-INFO para a análise dos dados.

Disseminação de informações

As informações de âmbito nacional coletadas por este sistema serão disseminadas trimestralmente por meio do Boletim Epidemiológico das DST da Coordenação Nacional de DST e Aids (também disponível em www.aids.gov.br). É recomendável que os níveis Local, Estadual e Municipal realizem análises e divulguem seus dados.

CORRIMENTO URETRAL



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 ordene 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 podendo-se, 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:

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina 1g, VO, em dose única; ou	mais	Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); ou
Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; ou		Cefixima 400mg, VO, dose única; ou
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias		Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); ou
		Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
		Tianfenicol 2,5g, VO, dose única.

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.
---	-------------	---

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral causado pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram negativo intracelular). Consiste num dos tipos mais freqüentes de uretrite masculina. É essencialmente transmitida pelo contato sexual. O período de incubação é curto, variando de 2 a 5 dias. A incidência é maior nos indivíduos jovens (entre 15 e 30 anos), sexualmente ativos e sem parceiro fixo.

O sintoma mais precoce da uretrite gonocócica é uma sensação de prurido na fossa navicular que, gradativamente, vai se estendendo para toda a uretra. Após 1 a 3 dias o doente já se queixa de ardência miccional (disúria), seguida por corrimento, inicialmente mucóide que, com o tempo, vai se tornando mais abundante e purulento. Em alguns pacientes pode haver febre e outras manifestações de infecção aguda.

Se não houver tratamento, ou se este for tardio ou inadequado, o processo se propaga ao restante da uretra, com o aparecimento de polaciúria e sensação de peso no períneo; raramente há hematúria no final da micção.

Aproximadamente 70% dos casos femininos são assintomáticos, não deixando, porém, de transmitir a infecção aos parceiros sexuais.

Dentre as complicações da uretrite gonocócica no homem destacam-se: balanopostite, prostatite, epididimite, estenose uretral (rara atualmente), artrite, meningite, faringite, pielonefrite, miocardite, pericardite, septicemia. A conjuntivite gonocócica em adultos não é um quadro raro e ocorre basicamente por auto-inoculação.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O exame de amostras uretrais, colhidas por meio de alças de platina ou swab, com a utilização da coloração Gram, constitui-se em excelente método de diagnóstico para o homem. O achado de Diplococos Gram negativos intracelulares típicos faz o diagnóstico em cerca de 95% dos casos em homens e em menos de 30% em mulheres. A cultura em meio específico de Thayer-Martin é indicada para mulheres; é também indicada para os pacientes do sexo masculino que apresentaram diagnóstico negativo após o exame pelo Gram, pacientes dos quais não foi possível obter material para a coloração, e ainda, nos casos suspeitos de resistência à penicilina.

É realizado com os agentes e/ou processos causadores das uretrites não gonocócicas (UNG).

- **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou**
- **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou**
- **Ciprofloxacina** 500mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos); **ou**
- **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou**
- **Tianfenicol 2,5g, VO, dose única.**

O critério de cura no homem é basicamente clínico.

OBSERVAÇÕES

Deve-se considerar a existência de infecções associadas por *C. trachomatis* ou *T. vaginalis*. Caso um destes ocorra, será necessário tratamento específico em conjunto (ver tratamentos nos capítulos correspondentes).

Os pacientes devem se abster de relações sexuais, evitar contaminação dos olhos, evitar bebidas alcoólicas (irritante de mucosa), bem como a expressão da glândula para evidenciar secreção uretral.

Os pacientes devem ser aconselhados e estimulados a encaminhar todas as parceiras (ou parceiros) sexuais para atendimento médico, pois é elevado o risco de transmissão (90 a 97%).

É fundamental que todas as parceiras (ou parceiros), com sintomas ou não, de homens com infecções gonocócicas recebam prontamente o tratamento.

PORTADOR DO HIV

Pacientes infectados pelo HIV, devem ser tratados com os esquemas acima referidos.

São denominadas uretrites não gonocócicas (UNG) as uretrites sintomáticas, cujas bacterioscopias pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por estas infecções, sendo os principais: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, dentre outros.

A *C. trachomatis* é o agente mais comum de UNG. É uma bactéria, obrigatoriamente intracelular, que também causa o tracoma, a conjuntivite por inclusão no recém-nascido e o linfogranuloma venéreo. A transmissão se faz pelo contato sexual, sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias.

Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com UNG hospedem a *C. trachomatis* no endocérvix e podem reinfetar seu parceiro sexual, e serem vítimas da DIP (Doença Inflamatória Pélvica) se permanecerem sem tratamento. Essas mulheres raramente apresentam sintomas típicos.

A UNG caracteriza-se pela presença de corrimentos mucóides, discretos, com disúria leve e intermitente. A

uretrite subaguda é a forma de apresentação de cerca de 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das UNG podem simular, clinicamente, os da gonorréia.

As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para: prostatite, epididimite, balanites, conjuntivites (por auto-inoculação) e a Síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou Síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

O diagnóstico definitivo da *C. trachomatis* é feito por cultura celular, por imunofluorescência direta, Elisa, PCR (Polimerase Chain Reaction) ou LCR (Ligase Chain Reaction). Entretanto, técnicas simples podem ser utilizadas e, embora não confirmatórias, são de grande utilidade para o clínico. O achado de quatro piócitos ou mais por campo, em esfregaços uretrais corados pelo Gram, ou de 20 ou mais piócitos por campo em grande aumento a partir de sedimento do primeiro jato urinário, somados à ausência de gonococos e aos sinais clínicos, justificam o tratamento como UNG.

Em pacientes sintomáticos, cujos primeiros exames forem negativos, deve-se colher nova amostra, orientando-os para que fiquem sem urinar durante, no mínimo, quatro horas antes de repetirem o teste.

- **Azitromicina** 1g, VO, dose única; **ou**
- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias.

RECOMENDAÇÕES

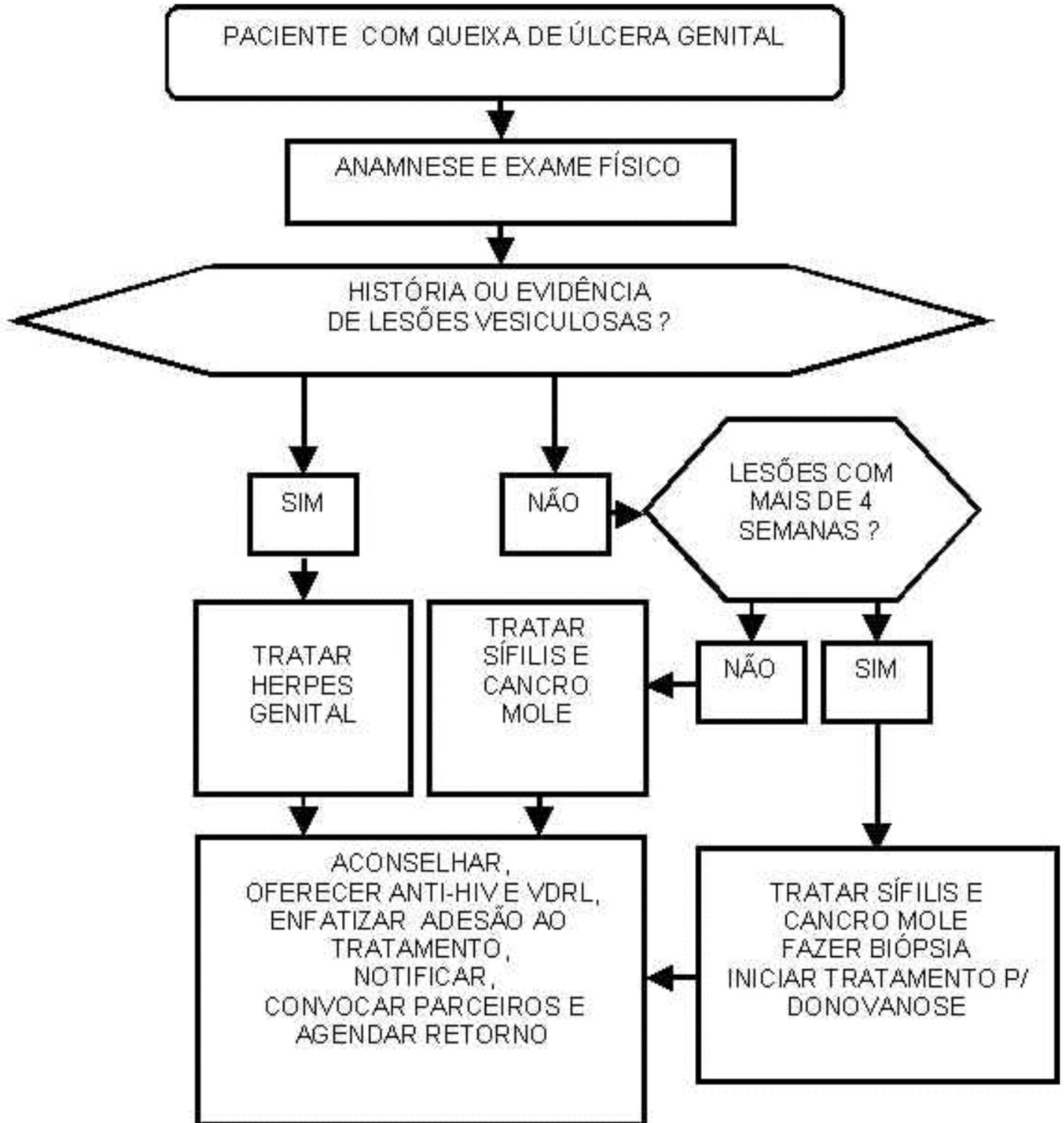
Devido à freqüente associação desta infecção com a uretrite gonocócica, recomenda-se o tratamento concomitante das mesmas.

As parceiras ou parceiros sexuais devem receber o mesmo regime de tratamento que os pacientes.

PORTADOR DO HIV

Pacientes infectados pelo HIV devem ser tratados com os esquemas acima referidos.

ÚLCERAS GENITAIS



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE ÚLCERA GENITAL

PACIENTE COM QUEIXA DE ÚLCERA GENITAL

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está representada a principal queixa 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 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias, ou
- **Valaciclovir** 1g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou 1g, VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias. 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 pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, prurido) com:

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

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

SÍFILIS		CANCRO MOLE
<p>Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega);</p> <p>ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (para os pacientes <u>comprovadamente</u> alérgicos à penicilina – ver capítulo específico sobre alergia à penicilina a seguir)</p>	<p>mais</p>	<p>Azitromicina 1g VO em dose única; ou</p> <p>Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou</p> <p>Tianfenicol 5g, VO, dose única; ou</p> <p>Ciprofloxacina 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 12 anos); ou 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 12 anos); ou</p> <p>Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes); ou</p> <p>Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes); ou</p> <p>Sulfametoxazol/Trimetoprim (800 mg e 160mg), VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.</p>

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.

SÍFILIS

CONCEITO

A sífilis é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência.

AGENTE ETIOLÓGICO

O *Treponema pallidum* é um espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

CLASSIFICAÇÃO

- Sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
- Sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária;
- Sífilis congênita recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
- Sífilis congênita tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

SÍFILIS PRIMÁRIA OU CANCRO DURO

O cancro duro caracteriza-se pela presença de lesão rosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. No homem, a lesão aparece com maior frequência na glande e sulco bálano-prepucial; na mulher, é mais comum nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. São raras, porém factíveis, as lesões de inoculação em outras áreas que não a genital.

SÍFILIS SECUNDÁRIA

Geralmente caracteriza-se pela presença de lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas, após 6 a 8 semanas do aparecimento da sífilis primária (cancro duro). As lesões são geralmente acompanhadas de micropoliadenopatia generalizada e ocasionalmente há artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia. Mais raramente observa-se comprometimento hepático e ocular, como uveíte. Dentre estas lesões, são comuns:

- manchas eritematosas (roséolas), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme;
- pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas a princípio, e posteriormente, escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. A localização destas lesões nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária;
- alopecia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas;
- lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placas mucosas);
- lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito, também chamadas de condiloma plano.

SÍFILIS LATENTE (RECENTE E TARDIA)

É a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos e, portanto, tem o seu diagnóstico feito por meio de testes sorológicos. Sua duração é variável, e seu curso poderá ser interrompido por sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

SÍFILIS TERCIÁRIA

Os sinais e sintomas geralmente ocorrem após 3 a 12 anos de infecção, principalmente por lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas ("tabes dorsalis", demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot).

SÍFILIS CONGÊNITA

Ver capítulo específico adiante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sífilis primária: cancro mole; herpes genital; donovanose; linfogranuloma venéreo.
- Sífilis secundária: farmacodermias; doenças exantemáticas não vesiculosas; hanseníase virchowiana; colagenoses.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

PESQUISA DIRETA (CAMPO ESCURO)

Este exame exige técnica específica de coleta para microscopia em campo escuro. Indicado para material de lesão ulcerada suspeita, podendo também ser positivo para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária.

SOROLOGIA NÃO TREPONÊMICA

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou RPR (Rapid Plasm Reagin), são exames qualitativos e quantitativos, sendo importantes para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico, devendo ser solicitados sempre que se suspeitar do diagnóstico de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal.

O VDRL tende a tornar-se reativo a partir da segunda semana a partir do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, via de regra, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem à redução a partir do primeiro ano de evolução da doença. Instituído o tratamento correto, tende a negativar-se entre 9 e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina "memória" ou "cicatriz" sorológica.

Assim, títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não. As dúvidas poderão ser esclarecidas pela anamnese, pelo exame físico e pela repetição periódica dos testes não treponêmicos (dois títulos baixos em intervalo de 30 dias excluem sífilis recente) ou pela realização de provas de sorologia treponêmica qualitativas; estas, se negativas, excluem sífilis em atividade; se positivas, a dúvida pode permanecer, sendo recomendável, então, repetir o tratamento.

Três títulos sucessivamente baixos (menores ou iguais a 1/8), sem qualquer indício de reinfecção, é indicativo de "memória" sorológica. O paciente poderá receber alta e deverá ser esclarecido para o fato de que por muito tempo, ou até por toda a vida, apresentará sorologia não treponêmica reativa. Desta forma, em qualquer situação, fica o serviço ou o profissional de saúde com a responsabilidade de, se necessário, emitir atestado explicando o fenômeno e a inexistência de doença ativa.

SOROLOGIA TREPONÊMICA

Por meio de imunofluorescência com o FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorvent) e o MHATP (Microhemaglutinação para Treponema pallidum), são qualitativos, e importantes para a confirmação da infecção. Em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção. Desde que os anticorpos treponêmicos tendem a permanecer no soro mais longamente do que os anticorpos não treponêmicos ou lipídicos e, quando respondem à terapêutica, o fazem muito mais lentamente, não se prestam para o acompanhamento. Podem ocorrer resultados falso positivos em algumas situações, como: hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico.

TRATAMENTO

Sífilis primária:

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, em dose única (1.2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente:

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4.8 milhões U.I.

Sífilis tardia (latente e terciária):

- **Penicilina Benzatina** 2.4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7.2 milhões U.I.

Após a dose terapêutica inicial, em alguns casos, poderá surgir a reação febril de Jarisch - Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas, geralmente exigindo apenas cuidados sintomáticos; ocorre involução espontânea em 12 a 48 horas. Não se justifica a interrupção do esquema terapêutico. Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, entretanto, todo paciente com sífilis submetido à terapêutica penicilínica deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

RECOMENDAÇÕES

- Os pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizados e receber esquemas especiais de penicilinoterapia.
- Com o objetivo de prevenir lesões irreversíveis da sífilis terciária, recomenda-se que os casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido, e os portadores do HIV, sejam tratados como sífilis latente tardia.
- Os pacientes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizados ou então receberem tratamento com eritromicina (estearato ou estolato), 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente, e por 30 dias para a sífilis tardia; a tetraciclina é indicada na mesma dosagem, porém é contra-indicada em gestantes e nutrizes. Também pode ser usada a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; porém estes medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrizes e todas estas drogas exigem estreita vigilância, por apresentarem menor eficácia.
- Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses. Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas.

GESTANTE

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas se não houver resposta ou se houver aumento de pelo menos duas diluições na titulação.

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de seu estearato; ao utilizar-se esta última não se deve considerar o feto tratado.

PORTADOR DO HIV

Portadores do HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Para esses pacientes é indicada a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado.

Pacientes HIV positivos com sífilis recente, quando comparados aos HIV negativos, podem estar sob maior risco para complicações neurológicas e podem apresentar maior falha no tratamento com os esquemas recomendados. A magnitude desse risco, embora não definida precisamente, é provavelmente mínima.

É importante observar que após o tratamento, é essencial fazer-se um seguimento cuidadoso nestes pacientes.

ALERGIA À PENICILINA

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de alergia à penicilina deve ser adequadamente avaliado antes de se indicar outro medicamento para o tratamento da sífilis, e esta avaliação compreende, em primeiro lugar, um interrogatório eficiente que oriente para a real necessidade da realização dos testes de sensibilidade à penicilina que, na grande maioria dos casos, não são necessários.

A maioria das reações às penicilinas é de natureza relativamente benigna; as reações anafiláticas ocorrem em 10 a 40 por 100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000. Muitos autores defendem a não realização dos testes de sensibilidade à penicilina. No entanto é muito comum, por parte de um grande número de médicos, a prescrição de penicilina "após teste" que, na maioria dos casos, são realizados de forma completamente incorreta, expondo o paciente ao mesmo risco de reação a que seria submetido caso recebesse a injeção da penicilina prescrita.

A história de alergia à penicilina só pode ser confirmada com a realização de testes adequados de sensibilidade, que não necessitam de recursos humanos especializados e que podem fazer parte da rotina de atividades de qualquer unidade de saúde.

TESTES CUTÂNEOS

Os testes são baseados na administração cutânea de volumes mínimos de penicilina G cristalina, na concentração de 10.000 UI/ml. São de dois tipos :

- **teste de puntura (ou " *prick test* ")**: deve ser realizado pingando-se uma gota da solução na face anterior do antebraço e pressionar a pele no centro da gota com um puntor plástico descartável ou com a ponta de uma agulha tipo insulina; o mesmo procedimento deverá ser feito no outro antebraço (ou no mesmo mantendo-se uma distância mínima de 2 cm) utilizando-se soro fisiológico (teste controle); esperar 30 minutos;
- **negativo**: sem alterações locais quanto à cor da pele, prurido ou outro sinal; neste caso proceder em seguida ao teste intradérmico;
- **positivo**: formação de pápula, eritema e/ou prurido locais; não é indicado fazer o teste intradérmico; neste caso é necessária a dessensibilização;
- **teste intradérmico**: deve ser realizado apenas no caso do teste de puntura ser negativo; é feito

injetando-se 0,02 ml da solução na derme da face anterior do antebraço, com agulha de insulina, deverá aparecer imediatamente no local uma pequena pápula; o mesmo procedimento deverá ser feito no outro antebraço (ou no mesmo mantendo-se uma distância mínima de 2 cm) utilizando-se soro fisiológico (teste controle); esperar 30 minutos;

- **negativo:** sem alterações locais quanto à cor da pele, prurido ou outro sinal; neste caso estará descartada a possibilidade de reação alérgica imediata e grave e portanto poderá ser aplicada a penicilina;
- **positivo:** aumento da pápula inicial, com ou sem eritema e/ou prurido locais; neste caso é necessária a dessensibilização.

DESSENSIBILIZAÇÃO

É feita com a administração oral de penicilina V (fenoximetilpenicilina potássica) em diluições gradativamente menores e em volumes inversamente maiores. Todo este processo deverá ser realizado em ambiente hospitalar ou onde se possa assegurar atendimento de urgência caso ocorram manifestações de alergia. Neste caso, a dessensibilização será interrompida e o tratamento alternativo instituído. O período de observação deverá ser de 30 minutos após o término do processo para que se possa proceder à administração parenteral de penicilina.

DESSENSIBILIZAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM TESTE CUTÂNEO POSITIVO

Dose da suspensão de Penicilina V *	Quantidade (UI/ml)	ml	UI	Dose cumulativa (UI)
1	1.000	0,1	100	100
2	1.000	0,2	200	300
3	1.000	0,4	400	700
4	1.000	0,8	800	1.500
5	1.000	1,6	1.600	3.100
6	1.000	3,2	3.200	6.300
7	1.000	6,4	6.400	12.700
8	10.000	1,2	12.000	24.700
9	10.000	2,4	24.000	48.700
10	10.000	4,8	48.000	96.700
11	80.000	1,0	80.000	176.700
12	80.000	2,0	160.000	336.700
13	80.000	4,0	320.000	656.700
14	80.000	8,0	640.000	1.296.700

* Intervalo entre as doses = 15 minutos; tempo total necessário = 3 horas e 45 minutos.

Preparo da solução de penicilina V

- para a concentração de 1:80.000: reconstituir um frasco de penicilina V colocando água filtrada diretamente dentro do frasco, aos poucos, ir agitando até que a solução atinja a marca indicada no rótulo, e o frasco conterá 60 ml, assim :
- cada 5 ml = 400.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- cada 1 ml = 80.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;

- para a concentração de 1: 10.000: aspirar 1 ml da solução acima e diluir em 7 ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1ml = 10.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- para concentração de 1: 1.000: aspirar 1 ml da solução acima e diluir em 9 ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1ml = 1.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica.

SÍFILIS CONGÊNITA

Conceito

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o seu concepto. Sabe-se que:

- a transmissão materna pode ocorrer em qualquer fase gestacional;
- a taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% nas fases latente e terciária.
- ocorre morte perinatal em 40% das crianças infectadas.

Quando a mulher adquire sífilis durante a gravidez, pode ocorrer abortamento espontâneo, morte fetal, prematuridade, feto hidrópico, recém-nascidos sintomáticos, recém-nascidos assintomáticos.

Acreditava-se que a infecção do feto de mãe com sífilis não ocorresse antes do 4º mês de gestação. Entretanto, já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos desde o primeiro trimestre de gestação. As alterações patológicas observadas na mulher grávida são as mesmas que ocorrem naquela não grávida. A sífilis congênita apresenta, da mesma forma que a sífilis adquirida, dois estágios: precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida, e tardia, após esse período.

QUADRO CLÍNICO

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

Sinais e sintomas surgem até os 2 anos de vida. Os principais são: baixo peso, rinite sanguinolenta, coriza, obstrução nasal, prematuridade, osteocondrite, periostite ou osteíte, choro ao manuseio, hepatomegalia, esplenomegalia, alterações respiratórias/pneumonia, icterícia, anemia severa, hidropisia, edema, pseudoparalisia dos membros, fissura peribucal, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

SÍFILIS CONGÊNITA TARDIA

Os sinais e sintomas surgem a partir dos 2 anos de vida: tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica, dificuldade no aprendizado.

NATIMORTO SIFILÍTICO

Denomina-se natimorto sifilítico todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas, cuja mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada.

EXAMES COMPLEMENTARES

Sorologia não treponêmica

VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção; porém, apresenta queda progressiva nas titulações, até que se torna não reagente. Por isso, o teste (VDRL) é recomendável para seguimento terapêutico. Recém-nascidos não infectados podem apresentar anticorpos maternos transferidos por intermédio da placenta. Nesses casos, em geral, o teste será reagente até os primeiros 6 meses de vida, podendo se prolongar. Por esse motivo, o diagnóstico de sífilis congênita exige a realização de um elenco de exames que permitam a classificação clínica do caso (diagnóstico e estadiamento), para que a terapia adequada seja instituída.

Sorologia treponêmica

FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination) e ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): são testes mais específicos, úteis na exclusão de resultados de VDRL falsos positivos. O FTA-ABs/IgG, quando reagente em material do recém-nascido, pode não significar infecção perinatal, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção. O FTA-Abs/IgM por sua baixa sensibilidade, pode apresentar desempenho inadequado para a definição diagnóstica.

Radiografia de Ossos Longos

O envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), causando osteocondrite, osteíte e periostite, é achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90% destes casos as radiografias de ossos longos revelam anormalidades metafisárias patognomônicas da infecção (bandas translúcidas). A sensibilidade de alterações radiológicas para diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida. Sugere-se que em aproximadamente 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração seja o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita.

Exame do Líquido Céfalo-Raquidiano (LCR)

Recomenda-se realizar LCR em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso, pois a conduta terapêutica dependerá da confirmação ou não de neurosífilis.

A presença de leucocitose (mais de 25 leucócitos/mm³) e o elevado conteúdo proteico (mais de 100 mg/dl) no LCR de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na proteinorraquia liquóricas. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas (86% e 8%, respectivamente).

Se a criança for identificada após o período neonatal (mais de 28 dias de vida), as anormalidades liquóricas incluem: teste VDRL positivo, mais de 5 leucócitos/mm³ e/ou mais de 40 mg/dl de proteínas. O teste RPR não se presta para LCR; para este material deve-se utilizar apenas o VDRL.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. A sífilis congênita é uma das doenças mais facilmente preveníveis, bastando que a gestante infectada seja detectada, e prontamente tratada, assim como os seus parceiros sexuais. No entanto, as medidas de controle devem abranger outros momentos, nos quais há possibilidade da mulher infectar-se, ou, estando infectada, transmitir a doença para o seu filho: antes da gravidez e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto ou para curetagem por abortamento, ou por qualquer outra intercorrência na gravidez.

ANTES DA GRAVIDEZ

PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO FEMININA EM GERAL:

- Uso regular de preservativos.
- Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Realização do teste VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar.
- Tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros.

TRATAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA:

- Ver tratamento referido anteriormente no capítulo específico de sífilis.
- Reforçar a orientação para que as pacientes, e seus parceiros, evitem relações sexuais quando em tratamento, e só as tenham usando preservativo.
- Realizar controle de cura trimestral por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento, a manutenção ou o declínio dos títulos (ou seja, após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses. Elevação a duas diluições acima do último título do VDRL, justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas).
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção ou se houver quadruplicação dos títulos do VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8).
- Mulheres com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizadas ou então receberem tratamento com eritromicina (estearato/estolato), 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente e por 30 dias para a sífilis tardia; a tetraciclina é indicada na mesma dosagem e também pode ser usada a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; porém estes medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrízes e todas estas drogas exigem estreita vigilância (seguimento dos casos e parceiros), por apresentarem menor eficácia.

DURANTE A GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SÍFILIS MATERNA NO PRÉ-NATAL:

- Realizar o teste VDRL, ou RPR, no primeiro trimestre da gravidez, ou na primeira consulta, e outro no início do terceiro trimestre da gravidez (para detectar falhas terapêuticas e reinfecções). Na ausência

de teste confirmatório, considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL (RPR) reagente, desde que não tratadas anteriormente de forma adequada.

TRATAMENTO IMEDIATO DOS CASOS DIAGNOSTICADOS EM GESTANTES E SEUS PARCEIROS (EVITANDO A REINFECÇÃO DA GESTANTE):

- Usar as mesmas dosagens apresentadas anteriormente para a sífilis adquirida.
- Reforçar a orientação para que as pacientes, e seus parceiros, evitem relação sexual enquanto em tratamento, e após, só as tenham usando preservativos.
- Realizar o controle de cura mensal por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento a manutenção ou o declínio dos títulos.
- Reiniciar o tratamento em caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos (ex.: 1/2 a 1/8).
- Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas (ver capítulo específico apresentado anteriormente). Na impossibilidade, podem ser tratadas com eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis recente) e 30 dias (sífilis tardia). Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento.

OBSERVAÇÕES

Tratamento inadequado para sífilis materna:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não seja a penicilina; **ou**
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; **ou**
- a instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; **ou**
- quando o parceiro não foi tratado ou foi tratado inadequadamente e manteve contato sexual com a gestante após o tratamento da mesma.

Oferecimento do teste anti-HIV: é recomendado para toda gestante com sífilis, tendo em vista que:

- crianças expostas ao *Treponema pallidum* durante a gestação têm maior risco de adquirir o HIV materno;
- o diagnóstico e tratamento adequado e precoce da sífilis na gestação, em mãe portadora do HIV, diminui o risco da criança adquirir essa infecção.

Na admissão para parto ou curetagem por abortamento

- Triagem para sífilis no local do parto: realizar o VDRL ou RPR em toda mulher admitida para parto ou por abortamento.
- Manejo adequado do recém-nascido: realizar VDRL ou RPR em amostra de sangue periférico de todos os RN cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação, ou parto, ou em caso de suspeita clínica de sífilis congênita (o sangue do cordão umbilical não deve ser utilizado, pelo fato de que neste ocorre mistura com o sangue materno e intensa atividade hemolítica, o que pode alterar o resultado).
- Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita ou sífilis materna (e seus parceiros).
- Notificação e investigação dos casos detectados, incluindo os natimortos por sífilis.

MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

No Período Neonatal

A - Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada, ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. E ainda:

A 1 - se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina Cristalina na dose de 100.000 UI/Kg/dia, EV, 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida) ou 3 vezes por dia (se tiver mais de 1 semana de vida), por 10 dias; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias;

A 2 - se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, em 2 vezes por dia (se tiver menos de 1 semana de vida) ou 3 vezes (se tiver mais de 1 semana de vida), por 14 dias;

A 3 - se não houver alterações clínicas, radiológicas, e/ou liquóricas, e a sorologia for negativa no recém-nascido, dever-se-á proceder ao tratamento com Penicilina G Benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico com 1 e 3 meses, após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B - Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior que a materna, e na presença de alterações clínicas, realizar radiografia de ossos longos e análise do LCR. E ainda:

B 1 - se houver alterações radiológicas, sem alterações liquóricas, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G Cristalina, na dose de 100.000 UI/Kg/dia, EV, em 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 10 dias; ou Penicilina G Procaína: na dose de 50.000 UI/Kg, IM, por 10 dias (esquema A1);

B 2 - se houver alteração liquórica, o tratamento deverá ser feito com Penicilina G. Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, EV, 2 ou 3 vezes, dependendo da idade, por 14 dias (esquema A2);

C - Se o recém-nascido não for reagente ou for reagente com titulação menor ou igual à materna, e também for assintomático e com radiografia de ossos longos sem alterações, fazer apenas seu seguimento ambulatorial.

NO PERÍODO PÓS – NEONATAL (APÓS 28ºDIA DE VIDA)

Crianças com quadro clínico sugestivo de sífilis congênita, devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme está preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a Penicilina G. Cristalina, devem ser de 4/4 horas, e para a Penicilina G Procaína, de 12/12 horas, mantendo-se as mesmas dosagens preconizadas.

OBSERVAÇÕES:

- No caso de interrupção do tratamento por mais de 1 dia, o mesmo deverá ser reiniciado.

- Em todas as crianças sintomáticas, deverá ser efetuado exame oftalmológico (fundo de olho).

SEGUIMENTO:

- ambulatorial mensal, no primeiro ano de vida;
- realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo quando negativar;
- diante das elevações de títulos sorológicos, ou da sua não-negativação até os 18 meses, reinvestigar o paciente;
- recomenda-se o acompanhamento oftalmológico e audiológico semestral;
- nos casos em que o LCR esteve alterado, deve-se proceder à reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo;
- nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e:

- se houver alterações, retratar a criança conforme o caso, obedecendo aos esquemas acima descritos;
- se não houver alterações, seguir ambulatorialmente.

CANCRO MOLE

CONCEITO

É uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais freqüente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas. Denomina-se também de cancróide, cancro venéreo, cancro de Ducrey; conhecido popularmente por cavalo. O período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias, podendo-se estender por até 2 semanas. O cancro mole é muito mais freqüente no sexo masculino.

QUADRO CLÍNICO

São lesões dolorosas, geralmente múltiplas devido à auto-inoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No homem, as localizações mais freqüentes são no frênulo e sulco bálcão-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30 a 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase que exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cancro duro (sífilis primária), herpes simples, linfogranuloma venéreo, donovanose, erosões traumáticas infectadas. Não é rara a ocorrência do Cancro Misto de Rollet (cancro mole e cancro duro da sífilis primária).

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

EXAME DIRETO

Pesquisa em coloração pelo método de Gram em esfregaços de secreção da base da úlcera, ou do material obtido por aspiração do bubão. Observam-se, mais intensamente nas extremidades, bacilos Gram negativos intracelulares, geralmente aparecendo em cadeias paralelas, acompanhados de cocos Gram positivos (fenômeno de satelitismo).

CULTURA

É o método diagnóstico mais sensível; porém, é de realização difícil, pelas exigências de crescimento do bacilo.

BIÓPSIA

Não é recomendada, pois os dados histopatológicos propiciam apenas diagnóstico presuntivo da doença.

TRATAMENTO

- **Azitromicina** 1g VO em dose única; **ou**
- **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou**
- **Tianfenicol** 5g, VO, dose única; **ou**
- **Ciprofloxacina** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos); **ou** 500mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e menores de 12 anos); **ou**
- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrizes); **ou**
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, por 15 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes); **ou**
- **Sulfametoxazol / Trimetoprim (160 e 800 mg)**, VO, de 12/12 horas, por 10 dias ou até a cura clínica; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.

O tratamento sistêmico deve ser sempre acompanhado por medidas de higiene local.

RECOMENDAÇÕES

- O paciente deve ser reexaminado 3-7 dias após iniciada a terapia, devendo, ao fim desse período, haver melhora dos sintomas e da própria lesão.
- O seguimento do paciente deve ser feito até a involução total das lesões.
- Deve ser indicada a abstinência sexual até a resolução completa da doença.
- Tratamento dos parceiros sexuais está recomendado, mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.
- É muito importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada pela pesquisa de *Treponema pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão.
- A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos, pode ser indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação.
- São contra-indicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

GESTANTE

Aparentemente a doença não apresenta uma ameaça ao feto ou ao neonato. Apesar disso, permanece a possibilidade teórica. Não se deve esquecer que 12 a 15% das lesões típicas do cancro mole são infecções mistas com *H. ducreyi* e *T. pallidum*. Tratamento:

- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias. Nas pacientes que não responderem ao tratamento, administrar Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

PORTADOR DO HIV

Pacientes HIV positivos, com cancro mole, devem ser monitorados cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer em qualquer dos esquemas recomendados. Tratamento:

- **Eritromicina (estearato)**, 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias. 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias.

HERPES GENITAL

CONCEITO

Virose transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital), com período de incubação de 3 a 14 dias, no caso de primo-infecção sintomática; a transmissão pode-se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras.

AGENTE ETIOLÓGICO

Herpes simplex virus (HSV), tipos 1 e 2. Pertencem à família *Herpesviridae*, da qual fazem parte o Citomegalovírus (CMV), o Varicela zoster vírus (VZV), o Epstein-Barr vírus (EBV), o Herpesvírus humano 6 (HHV-6), que causa o exantema súbito, e o Herpesvírus humano 8 (HHV 8).

São DNA vírus e têm diferentes propriedades biológicas, variando quanto à composição química; podem ser diferenciados por técnicas imunológicas. Embora os HSV 1 e 2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais, e do tipo 1 nas lesões periorais.

QUADRO CLÍNICO

HERPES GENITAL PRIMÁRIO

O vírus é transmitido mais freqüentemente por contato direto com lesões ou objetos contaminados; é necessário que haja solução de continuidade, pois não há penetração do vírus em pele ou mucosas íntegras. Pode não produzir sintomatologia. Pródromos: aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias, ardência ou prurido antecedendo o aparecimento das lesões. Localização: no homem, mais freqüente na glândula e prepúcio; na mulher, nos pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo do útero. Características da

lesão: inicialmente pápulas eritematosas de 2 a 3 mm, seguindo-se de vesículas agrupadas com conteúdo citrino, que se rompem dando origem a ulcerações, posteriormente recobertas por crostas serohemáticas. Adenopatia inguinal dolorosa bilateral pode estar presente em 50% dos casos. As lesões cervicais uterinas, freqüentemente subclínicas, podem estar associadas a corrimento genital aquoso. No homem, não raramente, pode haver secreção uretral hialina, acompanhada de ardência miccional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre e mal-estar.

Provocando ou não sintomatologia, após a infecção primária, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células ganglionares e entra em estado de latência.

HERPES GENITAL RECORRENTE

Após a infecção genital primária por HSV 2 ou HSV 1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação dos vírus. A recorrência das lesões pode estar associada a episódios de febre, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e imunodeficiência. O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o da primo-infecção, e é precedido de pródromos característicos, como por exemplo: aumento de sensibilidade no local, prurido, "queimação", mialgias, e "fisgadas" nas pernas, quadris e região anogenital.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser feito com o cancro mole, a sífilis, o linfogranuloma venéreo, a donovanose e as ulcerações traumáticas.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A anamnese e o exame físico são os meios fundamentais para o diagnóstico da infecção herpética. O diagnóstico laboratorial tem suas limitações e não se justifica como rotina. A seguir são apresentadas algumas técnicas:

CITODIAGNÓSTICO

O citodiagnóstico de Tzanck pode ser útil como método auxiliar. Sua positividade é refletida pela multinucleação e balonização celulares. A utilização da coloração pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais.

BIÓPSIA

Embora o procedimento não seja indicado rotineiramente, permite fazer, com alguma segurança, o diagnóstico por meio da identificação dos corpúsculos de inclusão.

CULTURA

O isolamento do vírus em cultura de tecido é a técnica mais específica para detecção da infecção herpética. A sensibilidade da cultura varia de acordo com o estágio da lesão. É progressivamente menor em lesões vesiculosas, pustulosas, ulceradas e crostosas. A sua obtenção, na prática diária, é difícil.

TRATAMENTO

TRATAMENTO SINTOMÁTICO

A dor pode ser aliviada com analgésicos e anti-inflamatórios. O tratamento local consiste em: solução fisiológica ou água boricada a 3%, para limpeza das lesões; antibiótico tópico (Neomicina) pode ser útil na prevenção de infecções secundárias.

TRATAMENTO ESPECÍFICO

Vários medicamentos foram utilizados para o tratamento das infecções herpéticas, mas nenhum deles provou ser completamente eficaz na erradicação do vírus. Não existe tratamento que proporcione a cura definitiva do herpes genital. Deve ser evitada conduta intempestiva, como o uso de substâncias irritantes e/ou corticosteróides.

No primeiro episódio:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias; **ou** 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, com o aparecimento dos primeiros pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, pruridos):

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias; **ou** 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 sistêmico, com: Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso, EV, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias ou até a regressão das lesões.

SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO

Retorno após duas semanas, para avaliação.

GESTANTE

Nas gestantes portadoras de herpes simples, deve ser considerado o risco de complicações obstétricas, particularmente se a primo-infecção ocorrer durante a gravidez.

A infecção primária materna, no final da gestação, oferece maior risco de infecção neonatal do que o herpes genital recorrente.

As complicações do herpes na gestação são numerosas, sendo, contudo, pequeno o risco de contaminação fetal durante a gestação. A transmissão fetal transplacentária foi observada por Vontver em uma a cada 3500 gestações. A infecção do concepto intra-útero, nos primeiros meses da gestação, poderá culminar em abortamento espontâneo.

O maior risco de transmissão do vírus ao feto, se dará no momento da passagem deste pelo canal do parto,

resultando em aproximadamente 50% de infecção. Mesmo na forma assintomática, poderá haver a transmissão do vírus por meio do canal de parto. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana, toda vez que houver lesões herpéticas ativas. Esta conduta não traz nenhum benefício quando a bolsa amniótica está rota há mais de 4 horas.

O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito, com alguma vantagem, nos casos de primo-infecção, com: Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

A infecção herpética neonatal consiste em quadro grave, que exige cuidados hospitalares especializados. Tratamento neonatal: Aciclovir 5 mg/kg/dia, via intravenosa, de 8/8 horas, durante 7 dias, ou até a regressão das lesões.

PORTADOR DO HIV

É prudente a referência de pacientes HIV-positivos, visto que podem apresentar episódios da infecção mais prolongados, e mais graves. A dosagem recomendada para esses pacientes é controversa, mas algumas experiências clínicas sugerem benefício com doses maiores. Os esquemas referidos acima devem ser mantidos até que haja resolução clínica do quadro.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

CONCEITO

Doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, conhecida popularmente como "mula". Caracterizada pela presença de bubão inguinal, com período de incubação entre 3 e 30 dias.

AGENTE ETIOLÓGICO

Chlamydia trachomatis - sorotipos L1, L2 e L3. - sorotipos L1, L2 e L3.

QUADRO CLÍNICO

A evolução da doença ocorre em 3 fases: lesão de inoculação, disseminação linfática regional e seqüelas.

LESÃO DE INOCULAÇÃO

- Inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar seqüela.
- Frequentemente não é notada pelo paciente, e raramente é observada pelo médico.
- Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes de genitália externa.

DISSEMINAÇÃO LINFÁTICA REGIONAL

No homem, a linfadenopatia inguinal desenvolve-se entre 1 a 6 semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos), e constituindo-se no principal motivo da consulta.

Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação:

- na genitália externa - linfonodos inguinais superficiais;
- terço inferior da vagina - linfonodos pélvicos;
- terço médio da vagina - linfonodos entre o reto e a artéria ilíaca interna; ou
- terço superior da vagina e colo uterino - linfonodos ilíacos.

O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa.

A lesão primária na região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional.

Sintomas gerais: febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo.

SEQÜELAS

Ocorrem mais freqüente na mulher e homossexuais masculinos, devido ao acometimento do reto. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na mulher é denominada estiômeno. Podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de linfogranuloma venéreo deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito em bases clínicas, não sendo rotineira a comprovação laboratorial.

TESTE DE FIXAÇÃO DE COMPLEMENTO

O teste é grupo específico, identifica anticorpos contra todas as infecções por clamídia, havendo, portanto, reação cruzada com uretrite, cervicite, conjuntivite, tracoma e psitacose.

O teste torna-se positivo após 4 semanas de infecção. Um aumento de 4 vezes nos títulos de anticorpos tem valor diagnóstico. Altos títulos ($> 1:64$) são sugestivos de infecção atual. O teste é positivo em 80 a 90% dos casos de LGV. O título do teste de fixação do complemento não tem correlação com o grau de comportamento clínico da doença. Quanto maior o tempo de duração da doença, maior a positividade, que pode permanecer pelo resto da vida.

TESTE DE MICROIMUNOFLOURESCÊNCIA

Pode ser realizado utilizando-se imunoglobulinas anti-IgG e anti-IgM, humanas. A presença de IgM é indicadora de resposta imune primária.

CULTURA

O isolamento de clamídia é feito a partir do aspirado do linfonodo, e de material obtido da uretra ou endocérvix. A positividade é baixa.

EXAME HISTOPATOLÓGICO

O exame de linfonodos retirados ou de material colhido por biópsia retal não é específico, mas sugestivo.

TRATAMENTO

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou**
- **Eritromicina** (estearato) 500mg, VO, de 6/6 horas, por 21 dias; **ou**
- **Sulfametoxazol / Trimetoprim (160 mg e 800 mg)**, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou**, VO, de 12/12 horas, por 21 dias; **ou**
- **Tianfenicol** 500 mg, VO, de 8/8 horas, por 14 dias.

PARCEIROS

Os parceiros sexuais devem ser examinados e tratados se tiver havido contato sexual com o paciente nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas.

OBSERVAÇÕES

- A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são freqüentemente erradicados de modo rápido.
- Os antibióticos não revertem as seqüelas, como estenose retal ou elefantíase genital.
- A adequada terapêutica é associada ao declínio dos títulos de anticorpos.
- Se não houver resposta clínica após 3 semanas de tratamento, deve ser reiciado o tratamento com outro medicamento.
- Aqueles bubões que se tornarem flutuantes, podem ser aspirados com agulha calibrosa, não devendo ser incisados cirurgicamente.

GESTANTE

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

PORTADOR DO HIV

Pacientes HIV-positivos devem ser tratados seguindo os mesmos esquemas acima descritos.

DONOVANOSE

CONCEITO

Doença crônica progressiva que acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. A donovanose (granuloma inguinal) é freqüentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam ainda bem conhecidos. A contagiosidade é baixa. O período de incubação é de 30 dias a 6 meses. É pouco freqüente, e ocorre mais freqüentemente em climas tropicais e subtropicais.

AGENTE ETIOLÓGICO

Calymmatobacterium granulomatis, bactéria descrita pela primeira vez em 1913, por dois pesquisadores brasileiros, Aragão e Vianna.

QUADRO CLÍNICO

- Inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil.
- A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões podem ser múltiplas, sendo freqüente a sua configuração em "espelho", em bordas cutâneas e/ou mucosas.
- Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Não há adenite na donovanose, embora raramente possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais.
- Na mulher, a forma elefantiásica é observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos.
- A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A identificação dos corpúsculos de Donovan no material obtido por biópsia pode ser feita por meio de exame histopatológico, com as colorações pelos métodos de Wright, Giemsa ou Leishman.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sífilis, cancro mole, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana, e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

TRATAMENTO

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas); **ou**
- **Sulfametoxazol / Trimetoprim (160 mg e 800 mg)**, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas); **ou**
- **Ciprofloxacina** 750mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica; **ou**
- **Tianfenicol granulado**, 2,5 g, VO, dose única, no primeiro dia de tratamento; a partir do segundo dia, 500 mg, VO, de 12/12 horas, até a cura clínica; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica (no mínimo 3 semanas).

Observação: não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com a ciprofloxacina ou a eritromicina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1mg/kg/dia, EV, de 8 em 8 horas.

RECOMENDAÇÕES

- A resposta ao tratamento é avaliada clinicamente; o critério de cura é o desaparecimento da lesão.
- As seqüelas deixadas por destruição tecidual extensa, ou por obstrução linfática, podem exigir

correção cirúrgica.

- Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento dos parceiros sexuais.

GESTANTES

Doença de baixa incidência em nosso meio. Não foi relatada infecção congênita resultante de infecção fetal. A gestante deve ser tratada com:

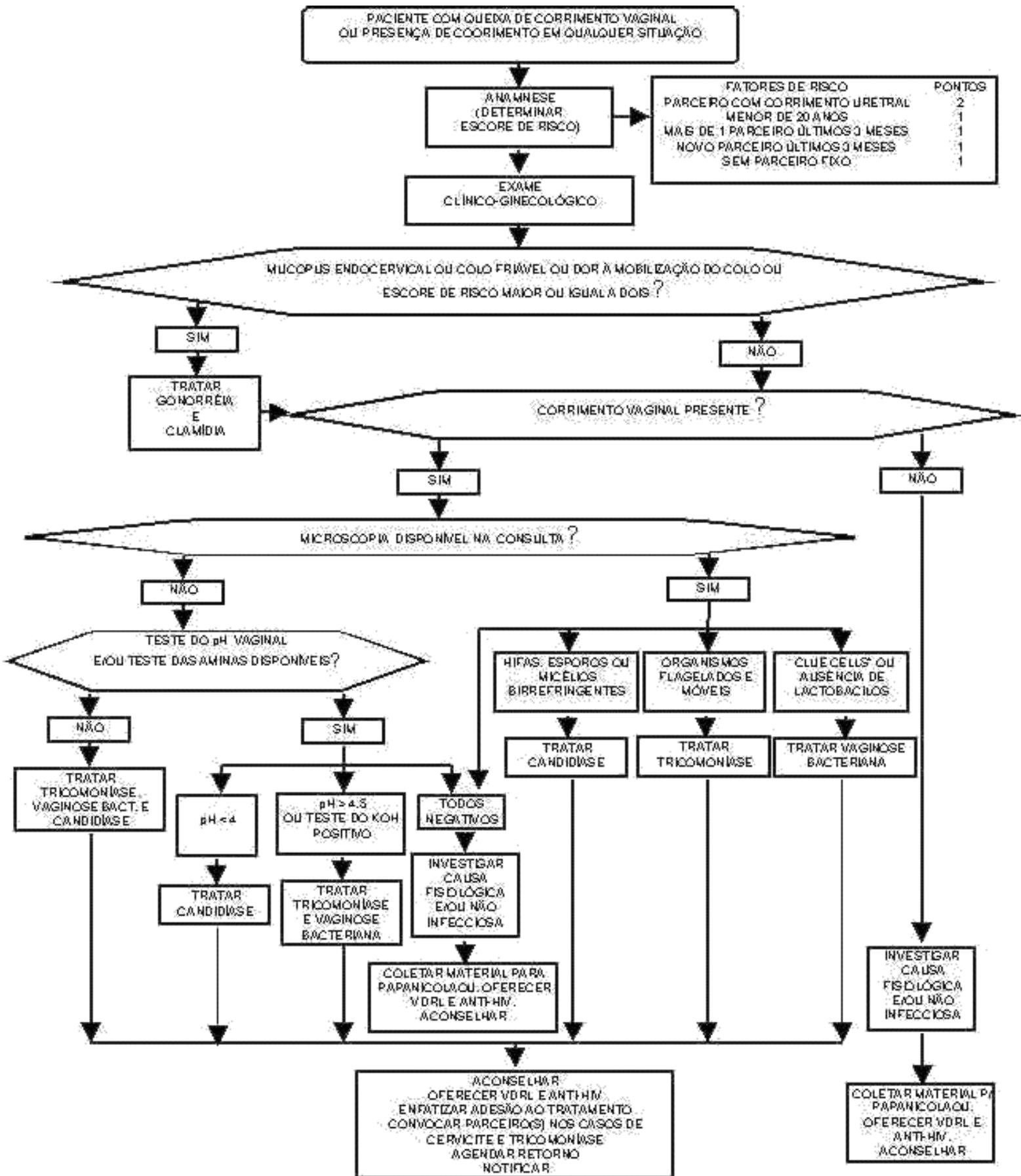
- **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas).

Observação: no tratamento da gestante a adição da gentamicina deve ser considerada desde o início.

PORTADOR DO HIV

Pacientes HIV-positivos devem ser tratados seguindo os esquemas citados acima. Entretanto, o uso da terapia parenteral com a gentamicina também deve ser considerada nos casos mais graves.

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 brasileira), mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente é considerada como portadora assintomática e, portanto, deve receber o tratamento concomitante para gonorréia e clamídia, como descrito adiante. Esse procedimento contribuirá para a manutenção da saúde reprodutiva da mulher, e evitará complicações resultantes da doença inflamatória pélvica (DIP), por vezes muito graves.

ESCORE DE RISCO

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

EXAME CLÍNICO - GINECOLÓGICO

- Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Neste momento colher material para a realização da bacterioscopia, quando estiver disponível, e para o teste das aminas (do "cheiro") : uma gota de KOH 10% em uma gota de conteúdo vaginal. Positivo: 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 abaixo.

TRATAR INFECÇÃO POR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
----------	--	-----------

<p>Azitromicina 1g, VO, em dose única; ou</p> <p>Doxiciclina</p> <p>Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrizes); ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias</p>	<p>mais</p>	<p>Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou</p> <p>Ciprofloxacina</p> <p>Ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou</p> <p>Cefixima 400mg, VO, dose única; ou</p> <p>Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou</p> <p>Tianfenicol 2,5g, VO, dose única.</p>
---	--------------------	---

Gestantes ou Nutrizes:

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
<p>Amoxicilina 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; ou 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; ou</p> <p>Eritromicina (estearato) 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); ou</p> <p>Azitromicina 1 g, VO, dose única.</p>	<p>mais</p>	<p>Cefixima 400mg, VO, dose única; ou 400mg, VO, dose única; ou</p> <p>Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou</p> <p>Espectinomicina 2g IM, dose única. 2g IM, dose única.</p>

Parceiros:

CLAMÍDIA	mais	GONORRÉIA
<p>Azitromicina 1 g, VO, dose única.</p>		<p>Ofloxacina 400 mg, VO, dose única</p>

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 aminos normais ou inconclusivos, pensar em causas

fisiológicas e/ou não infecciosas:

- a vagina apresenta normalmente um conteúdo fisiológico que pode aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente;
- além disso, pode ter origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno);
- a paciente deve ser esclarecida sobre essas possibilidades e orientada para um eventual retorno, devendo-se, também, oferecer-lhe os testes para sífilis e anti-HIV;
- a citologia oncótica deve ser realizada quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino).

CORRIMENTO VAGINAL PRESENTE ? → sim

Havendo evidências de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível, proceder a análise microscópica que é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

MICROSCOPIA DISPONÍVEL na consulta ? → sim

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

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

(Ver tratamentos sugeridos adiante)

MICROSCOPIA DISPONÍVEL na consulta ? → não

Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar a medida do pH vaginal e o teste das aminas ("do cheiro"), que auxiliam a realização de um diagnóstico mais preciso 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** 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. 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** 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. 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. : 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 oncológica. 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** 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** 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). 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. 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. : 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** 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 tratar após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

Parceiros: **Metronidazol** 2g, VO, dose única 2g, VO, dose única

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

<VULVOVAGINITES

Conceito

Considera-se como vulvovaginite toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice).

Quadro Clínico

De um modo geral, as vulvovaginites se manifestam por meio de corrimento vaginal, cujas características podem ser bastante variáveis. O corrimento pode se apresentar associado a um ou mais dos seguintes sintomas: prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar, e sensação de desconforto pélvico. Salienta-se que esses sinais e sintomas são inespecíficos, além do que, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas.

Fisiopatologia

PROTEÇÃO NATURAL DO TRATO GENITAL INFERIOR

- Vulva: tegumento; pelos abundantes; coartação adequada dos pequenos lábios.
- Vagina: acidez vaginal (pH normal, de 4,0 a 4,5); presença de lactobacilos (Dorderlein); integridade do assoalho pélvico; justaposição das paredes vaginais; espessura e pregueamento das paredes vaginais.
- Colo: muco endocervical; ação bactericida; integridade anatômica.

As vulvovaginites podem ser causadas por agentes infecciosos (transmitidos ou não pelo coito), mas também podem se relacionar a fatores físicos, químicos, hormonais, orgânicos e anatômicos que agem, ora de forma predisponente, ora desencadeante do processo. Assim, deve-se mencionar o diabetes, a ingestão de esteróides, os traumas, o uso de lubrificantes e de absorventes internos e externos, como fatores que podem provocar o desenvolvimento de uma vulvovaginite. A depilação exagerada e freqüente, as roturas perineais, a prática de coito vaginal imediatamente após o coito anal, e o uso de DIU, além dos estados hiper ou hipoestrogênicos, podem favorecer as vulvovaginites, por modificarem a flora vaginal.

Diferenças entre o conteúdo Vaginal Fisiológico e o corrimento Resultante de Vulvovaginites

A cavidade vaginal é fisiologicamente úmida, isto é, contém o produto de secreção das glândulas vestibulares e endocervicais, além da transudação da mucosa vaginal. Este conteúdo vaginal altera-se em decorrência de influências hormonais, estímulo sexual e até do psiquismo, daí a natural variação individual na sua qualidade e quantidade.

O profissional de saúde pode diferenciar o conteúdo vaginal fisiológico do patológico por meio dos seguintes elementos:

- O conteúdo vaginal fisiológico resulta de: muco cervical; descamação do epitélio vaginal (ação estrogênica); transudação vaginal; secreção das glândulas vestibulares (de Bartholin e de Skene); à bacterioscopia ou exame a fresco nota-se a predominância de flora vaginal contendo bacilos de Döderlein sobre as outras possíveis bactérias, além de pequena quantidade de polimorfonucleares.
- As suas características principais são:
 - pH ácido (4,0 a 4,5);
 - mais abundante no período ovulatório, gestação, puerpério, ou quando há excitação sexual;
 - pode ocorrer em recém-nascidas, pela ação hormonal placentária;
 - coloração clara ou ligeiramente castanha;
 - aspecto flocular; e
 - pequena quantidade e ausência de cheiro ou odor.

Etiologia

- Infecções: bacteriana, viral, fúngica.
- Infestações: protozoários, metazoários.
- Hormonais
- Neoplásicas
- Alérgicas
- Traumáticas
- Idiopáticas (psicossomáticas)

Vaginose bacteriana

CONCEITO E AGENTES ETIOLÓGICOS

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, micoplasmas, peptoestreptococos). Esse aumento é associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que normalmente são os agentes predominantes na vagina normal).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual;
- corrimento vaginal acinzentado, de aspecto cremoso, algumas vezes bolhoso;
- dor às relações sexuais (pouco freqüente); e
- embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas.

DIAGNÓSTICO

- Exame a fresco ou esfregaço corado do conteúdo vaginal, que mostra a presença de "células-chave" ou "clue-cells", que são células epiteliais, recobertas por bactérias aderidas à sua superfície;
- pH da secreção vaginal: a medida do pH vaginal é um teste rápido e simples, que produz informações valiosas. É realizado por meio de uma fita de papel indicador de pH, colocada em contato com a parede vaginal, durante um minuto. Deve-se tomar cuidado para não tocar o colo, que possui um pH muito mais básico que a vagina e pode provocar distorções na leitura. O valor do pH vaginal normal varia de 4,0 a 4,5. Na vaginose bacteriana é sempre maior que 4,5; e
- teste das aminas: algumas aminas são produzidas pela flora bacteriana vaginal, particularmente pelos germes anaeróbios. Essas aminas podem ser identificadas quando o conteúdo vaginal é misturado com 1 ou 2 gotas de KOH a 10%. Na presença de vaginose bacteriana, ocorre a liberação de aminas com odor fétido, semelhante ao odor de peixe podre.

O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos:

- corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- pH vaginal maior que 4,5;
- teste das aminas positivo;

- presença de "clue cells" no exame bacterioscópico, associada à ausência de lactobacilos.

TRATAMENTO

- **Metronidazol** 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou** 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 1º trimestre); **ou** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após completado o 1º 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). 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.

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").
- Tratamento tópico é indicado nos casos de alcoolatria.

Portadora do hiv

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

Candidíase vulvovaginal

CONCEITO E AGENTES ETIOLÓGICOS

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento; 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans*, e 10 a 20% a outras espécies chamadas não-albicans (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*). Apresenta-se em duas formas: esporo e pseudo-hifa.

A relação sexual já não é considerada a principal forma de transmissão, visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas.

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- gravidez;
- diabetes melitus (descompensado);
- obesidade;
- uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); e
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a infecção pelo HIV.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);

- ardor ou dor à micção;
- corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso ("leite coalhado");
- hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- dispareunia;
- fissuras e maceração da pele; e
- vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

- Exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal, que revela a presença de micélios birrefringentes e/ou de esporos, pequenas formações arredondadas birrefringentes. A visualização dos fungos é facilitada adicionando-se KOH a 10% à lâmina a ser examinada.
- Esfregaço corado do conteúdo vaginal (Papanicolaou, Gram, Giemsa ou Azul de Cresil).
- Cultura: só tem valor quando realizada em meios específicos; deve ser restrita aos casos nos quais a sintomatologia é muito sugestiva e todos os exames anteriores sejam negativos; também é indicada nos casos recorrentes, para identificar a espécie de cândida responsável.
- Teste do pH vaginal: é um teste simples e rápido, feito com uma fita de papel indicador de pH colocada em contato com a parede vaginal, durante um minuto; deve-se tomar cuidado para não tocar o colo, que possui um pH básico, o que pode causar distorções na interpretação; valores menores que 4 sugerem candidíase.

Observações:

- O simples achado de cândida na citologia oncológica em uma paciente assintomática, não permite o diagnóstico de infecção clínica, e, portanto, não justifica o tratamento.
- Nos casos de candidíase recorrente, a mulher deve ser aconselhada e orientada a realizar o teste anti-HIV, além de serem investigados os fatores predisponentes citados anteriormente.

TRATAMENTO

- **Miconazol**, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; **ou**, 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, por 6 a 12 dias; **ou**, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 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.

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

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

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.

Observações

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

Portadora do hiv

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

Tricomoniase genital

CONCEITO E AGENTE ETIOLÓGICO

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cervicovaginite.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, com mau-cheiro;
- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica (ocasionalmente);
- sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa);
- teste de Schiller positivo (iodo negativo ou "onçoide").

Observações:

- Mais da metade das mulheres portadoras de tricomoníase vaginal são completamente assintomáticas.
- O simples achado de *Trichomonas vaginalis* em uma citologia oncológica de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual, já que se trata de uma DST.
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. 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.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Para o diagnóstico das infecções genitais baixas, utiliza-se comumente o exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal. Colhe-se uma gota do corrimento, coloca-se sobre a lâmina com uma gota de solução fisiológica, e observa-se ao microscópio, com o condensador baixo.

- Exame do conteúdo vaginal a fresco: observam-se os parasitas flagelados movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos.
- Esfregaço do conteúdo vaginal corado pelos métodos de Gram, ou Giemsa, ou Papanicolaou.
- Cultura: valiosa apenas em crianças, em casos suspeitos e com exame a fresco e esfregaço repetidamente negativos. É muito difícil de ser realizada pois requer meio específico e condições de anaerobiose (meio de Diamond).
- Teste do pH vaginal: é um teste simples e rápido, feito com uma fita de papel indicador de pH colocada em contato com a parede vaginal, durante um minuto; deve-se tomar cuidado para não tocar o colo, que possui um pH básico, o que pode causar distorções na interpretação; valores acima de 4,5 sugerem tricomoníase.

TRATAMENTO

- **Metronidazol** 2 g, VO, dose única, **ou** 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), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou** a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, 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). 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 e dose.

Observações

- Para alívio dos sintomas, pode-se associar o tratamento tópico com **Metronidazol Gel** a 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. Nestes 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.

Portadora do hiv

Pacientes infectadas pelo HIV, devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

CERVICITE MUCOPURULENTA

Conceito e Agentes Etiológicos

Cervicite, ou endocervicite, é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Classicamente, as cervicites são classificadas como gonocócicas ou não gonocócicas, levando em consideração o seu agente etiológico. Novos estudos têm demonstrado que a etiologia das cervicites está relacionada principalmente com *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, além de bactérias aeróbicas e anaeróbicas da própria flora cérvico-vaginal. Outros agentes também relacionados são: *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum* e *Herpes simplex virus*. Em virtude de não poder-se obter o diagnóstico específico no momento da consulta e com a finalidade de possibilitar o tratamento adequado das cervicites e a prevenção das seqüelas que uma Doença Inflamatória Pélvica (DIP) pode provocar, é preconizado o tratamento sintomático, classificando-as como cervicites mucopurulentas.

Quadro clínico

Embora assintomática na maioria das vezes, a mulher portadora de cervicite poderá vir a ter sérias complicações, quando a doença não for detectada a tempo. Por isso, é importante, como rotina, a verificação da presença de fatores de risco (escore de risco), além da realização da anamnese e do exame ginecológico minucioso em todas as mulheres que procuram assistência médica ou ginecológica por qualquer motivo.

Alguns sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. Ocasionalmente, o ducto de Bartholin é atingido, seja inicialmente ou por contigüidade, levando à formação de abscesso agudo e doloroso. O colo uterino fica habitualmente edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula; às vezes, pode ser verificada a presença de mucopus no orifício externo do colo. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode-se estender ao endométrio e às trompas, causando Doença Inflamatória Pélvica (DIP) sendo suas principais seqüelas: esterilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica.

Diagnóstico

O método ideal para o diagnóstico da cervicite gonocócica é a cultura do gonococo em meio seletivo (Thayer-Martin), a partir de amostras endocervicais, visto que, na mulher, a coloração pelo método de Gram tem uma sensibilidade da ordem de apenas 30% e, portanto, não se presta para este fim. O diagnóstico definitivo da cervicite causada por *Chlamydia trachomatis* é feito pela cultura, uma técnica cara e muito especializada; na prática, pode ser utilizada a imunofluorescência direta, feita com material coletado diretamente do colo uterino.

Tratamento

Dada a impossibilidade da realização dos procedimentos diagnósticos no momento da consulta e à alta prevalência de gonococos e clamídia nas cervicites ou endocervicites, além da necessidade de se prevenir as seqüelas da DIP, preservando-se assim a saúde reprodutiva da mulher, justifica-se o tratamento combinado:

- **Azitromicina**, 1g, VO, dose única; **ou**, 1g, VO, dose única; **ou**
- **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias (contra-indicado em gestantes e nutrízes); **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias

mais

- **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos);**ou** 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos);**ou**
- **Ciprofloxacina** 500 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); **ou**
- **Cefixima** 400 mg, VO, dose única; **ou**
- **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única; **ou**

- **Tianfenicol** 2,5g, VO, dose única.

Gestantes

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, rotura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intra-uterino e febre puerperal. No recém-nascido, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver ainda septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos prematuros, ruptura prematura de membranas, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonias do recém-nascido. O recém-nascido de mães com infecção da cérvix por clamídia corre alto risco de adquirir a infecção durante a passagem pelo canal de parto. A transmissão intra-uterina não é suficientemente conhecida.

O tratamento da gestante deve ser feito com:

- **Amoxicilina** 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou** 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 250mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de sensibilidade gástrica); **ou**
- **Azitromicina** 1 g, VO, dose única.

mais

- **Cefixima** 400mg, VO, dose única; **ou** 400mg, VO, dose única; **ou**

- **Ceftriaxona** 250mg, IM, dose única; **ou**
- **Espectinomicina** 2g IM, dose única. 2g IM, dose única.

Parceiros:

- **Azitromicina**, 1g, VO, dose única, 1g, VO, dose única

mais

- **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única 400 mg, VO, dose única

Portadora do hiv

Pacientes infectadas pelo HIV, devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

OFTALMIA NEONATAL

Conceito

Oftalmia neonatal é definida como uma conjuntivite purulenta do recém-nascido, no primeiro mês de vida, usualmente contraída durante o seu nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas. A oftalmia neonatal pode levar à cegueira, especialmente quando causada pela *N. gonorrhoeae*.

Etiologia e Epidemiologia

Os agentes etiológicos mais importantes são: *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. A frequência relativa de infecções com os dois agentes depende da prevalência dessas infecções em gestantes, e do uso da profilaxia ocular logo após o nascimento, a qual é efetiva contra *N. gonorrhoeae*, mas frequentemente não o é contra *C. trachomatis*.

Se a mãe estiver infectada, por ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão para o recém-nascido está entre 30 e 50%, tanto para *N. gonorrhoeae* como para *C. trachomatis*.

Estima-se que, nos países em desenvolvimento, a incidência de oftalmia neonatal gonocócica varie entre 5 e 50 por 1.000 nascidos vivos, enquanto a incidência de conjuntivite por clamídia, a qual provoca menos sintomas, é provavelmente a mesma. Em países industrializados, taxas de incidência de oftalmia neonatal gonocócica variam entre 0,1 e 0,6 por 1.000 nascidos vivos, e para conjuntivite por clamídia entre 5 e 60 por 1.000 nascidos vivos.

Quadro clínico

Geralmente o recém-nascido é trazido ao serviço de saúde por causa de eritema e edemaciamento das pálpebras, e/ou existência de secreção nos olhos.

Conjuntivite severa que se desenvolva na primeira semana de vida é, mais provavelmente, de origem gonocócica. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa, e o seu período de incubação varia de 5 a 14 dias.

Os achados objetivos incluem:

- secreção, que pode ser purulenta;
- eritema e edema da conjuntiva; e
- edema e eritema das pálpebras.

Diagnóstico laboratorial

O uso do esfregaço corado de exsudato conjuntival para detectar diplococos intracelulares, fornece um método de diagnóstico da oftalmia neonatal gonocócica altamente sensível e específico. O uso do corante Giemsa em células epiteliais da conjuntiva, permite o reconhecimento de inclusões intracitoplasmáticas da *C. trachomatis*; porém esta técnica é de difícil aplicação no nível primário.

Tratamento

Estando disponível apenas o diagnóstico clínico, toda oftalmia neonatal deve receber tratamento para gonococo (principalmente) e clamídia. A mãe e seu(s) parceiro(s) devem sempre ser tratados para gonorréia e infecção por clamídia, e serem submetidos a exame genital e exame sorológico para sífilis e anti-HIV, após aconselhamento.

A oftalmia neonatal pode ser classificada como gonocócica ou não gonocócica. Quando houver condições para o estabelecimento desse diagnóstico pelo esfregaço corado (azul de metileno ou Gram), deve-se fazer o tratamento específico,.

Tratamento da oftalmia neonatal gonocócica

A oftalmia gonocócica precisa ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. A conjuntivite pode ser, também, um marcador de uma infecção neonatal generalizada.

Devem ser instituídos procedimentos de isolamento do caso, quando em instituições, para prevenir a transmissão da infecção. É essencial que os profissionais que tratam das crianças infectadas lavem cuidadosamente as mãos.

A terapia recomendada é a seguinte:

- **Penicilina cristalina** 100.000 UI/kg/dia, de 12/12 horas (em crianças com até 7 dias de vida), ou de 6/6 horas (em crianças com mais de 7 dias de vida), EV, por 7 dias. 100.000 UI/kg/dia, de 12/12 horas (em crianças com até 7 dias de vida), ou de 6/6 horas (em crianças com mais de 7 dias de vida), EV, por 7 dias.

Se houver resistência à penicilina, pode-se utilizar:

- **Ceftriaxona** 25 a 50 mg/kg/dia, EV ou IM, 1 vez ao dia, por 7 dias; **ou** 25 a 50 mg/kg/dia, EV ou IM, 1 vez ao dia, por 7 dias; **ou**
- **Cefotaxima** 25-50 mg/kg/dia, EV ou IM, de 12 /12 horas, por 7 dias.

Observações:

- Recomenda-se instilação local de solução fisiológica, de hora em hora.
- Não se recomenda a instilação local de Penicilina.
- Nos casos de resposta terapêutica não satisfatória, considerar a hipótese de infecção por clamídia simultaneamente.

Tratamento da oftalmia neonatal não gonocócica

Não há evidência de que a terapia tópica ofereça benefício adicional, neste caso.

- Eritromicina (estearato), 50 mg/kg/dia, VO, de 6/6 horas, durante 2 semanas.

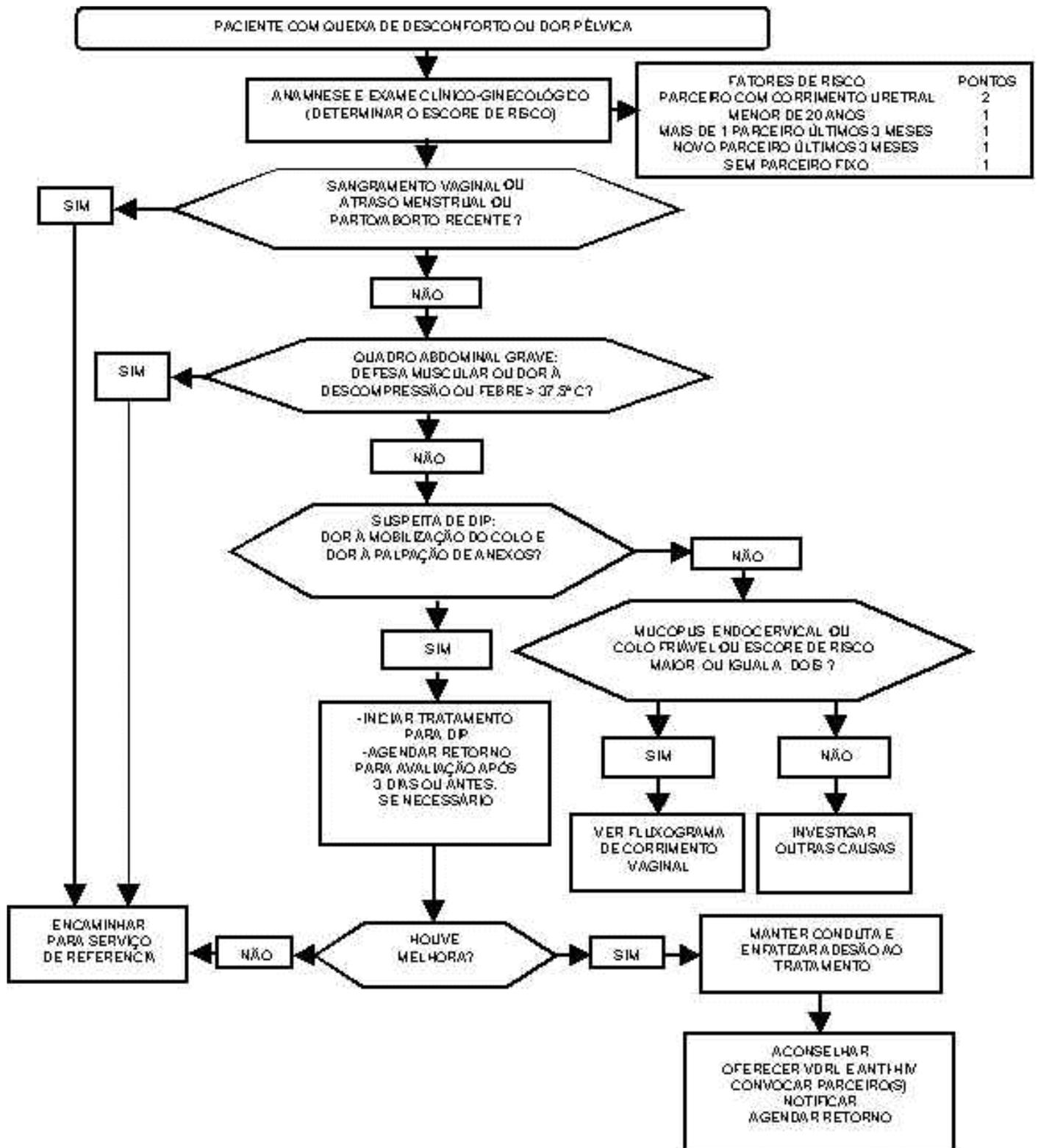
Se houver recorrência da conjuntivite de inclusão após a conclusão do tratamento, então o Estearato de Eritromicina deve ser novamente utilizado, por mais 2 semanas.

Profilaxia da oftalmia neonatal

A profilaxia ocular, no período neonatal, deve ser feita rotineiramente com:

- **Nitrato de prata** a 1% (Método de Credè), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento, **ou**
a 1% (Método de Credè), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento, **ou**
- **Eritromicina** a 0,5% (colírio), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento, **ou**
- **Tetraciclina** a 1% (colírio), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento.

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 RECENTE ?

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

QUADRO ABDOMINAL GRAVE: DEFESA MUSCULAR OU DOR À DESCOMPRESSÃO OU FEBRE > 37,5°C?

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

SUSPEITA DE DIP: DOR À MOBILIZAÇÃO DO COLO E DOR A PALPAÇÃO DE ANEXOS ?

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e seguimento 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 iniciar-se 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):

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	mais	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 2	Cefoxitina 2g, IM, dose única	mais	Probenecida 1g, VO, dose única	mais	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por 14 dias
Esquema 3	Ofloxacina 400 mg, VO, de 12/12 horas	mais	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias		
Esquema 4	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	mais	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	mais	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias
Esquema 5	Ampicilina 3,5 g, VO, dose única, antecedida em meia hora por Probenecide 1g, VO, dose única	mais	Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, 14 dias	mais	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias

HOUVE MELHORA DO 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).

DOR PÉLVICA

A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa o suficiente para que a paciente procure cuidados imediatos. A dor pélvica é dita crônica quando tem pelo menos 6 meses de duração, e requer uma propedêutica cuidadosa. De acordo com a etiologia, pode ser dividida em dois grandes grupos:

Causas ginecológicas:

- aborto;
- gravidez ectópica;
- rotura ou torção de cisto de ovário;
- sangramento de corpo lúteo;
- dor do meio do ciclo menstrual (irritação peritoneal causada por discreto sangramento na cavidade quando ocorre a ovulação);
- degeneração de miomas; e
- doença inflamatória pélvica (DIP).

Causas não ginecológicas:

- apendicite;
- diverticulite;
- linfadenite mesentérica;
- obstrução intestinal;
- infecção urinária;
- litíase urinária; e
- outras alterações intestinais (verminoses, constipação intestinal).

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Conceito

É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microorganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, etc.), comprometendo endométrio (endometrite), trompas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite)

Aproximadamente 10% dos casos têm outras origens (iatrogênica, por exemplo), o que significa que os restantes 90% têm por origem uma DST prévia.

A DIP é um processo agudo, salvo nos casos em que é provocada por microorganismos, como os causadores da tuberculose, actinomicose e outros.

Agentes etiológicos

Os agentes mais comuns são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, seguindo-se o *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, Streptococcus B Hemolítico grupo A, anaeróbios (em especial o *Bacterioides fragilis*) e outros aeróbios. São infecções frequentemente polimicrobianas, com envolvimento de bactérias anaeróbias e facultativas.

Fatores de Risco

- DST prévias ou atuais: pacientes portadoras de infecção por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos no cérvix uterino apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de DIP. Nessas situações, a proporção é de um caso de DIP para cada 8 a 10 casos de pacientes com cervicite com algum destes patógenos.
- Ser adolescente e adulta jovem.
- Ter múltiplos parceiros sexuais ou parceiro recente: em mulheres com mais de um parceiro ou cujo parceiro tenha mais de uma parceira, a probabilidade de ocorrer salpingite aumenta de 4 a 6 vezes.
- Usar método anticoncepcional: o dispositivo intra-uterino (DIU) quando associado a outros fatores de risco apresenta risco adicional para o desenvolvimento de uma salpingite aguda. O DIU pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP se a paciente for portadora de cervicite.
- Já ter tido DIP: pacientes com salpingite prévia tem uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso.
- Ter parceiro sexual portador de uretrite com pouco ou nenhum sintoma.
- Manipular inadequadamente o trato genital.

Classificação

- Estágio I (Leve): salpingite aguda sem irritação peritoneal.
- Estágio II (Moderada sem abscesso): salpingite com irritação peritoneal (pelviperitonite).
- Estágio III (Moderada com abscesso): salpingite aguda com oclusão tubária ou abscesso tubo-ovariano ou abscesso pélvico.
- Estágio IV (Grave): abscesso tubo-ovariano roto ou sinais de choque séptico.

Diagnóstico Clínico

O diagnóstico precoce seguido do tratamento adequado é fundamental para prevenir as graves seqüelas da doença inflamatória pélvica. Mulheres que tiveram DIP, tem maior risco de: apresentar novo episódio da doença, desenvolver esterilidade por fator tubo-peritoneal, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

Para o diagnóstico clínico, é necessária a presença de:

- três critérios maiores **mais** um critério menor; **ou**
- um critério elaborado.

Critérios maiores

- dor no abdômen inferior
- dor à palpação dos anexos
- dor à mobilização do colo uterino

Critérios menores

- temperatura axilar maior que 37,8°C
- secreção vaginal ou cervical anormal
- massa pélvica
- mais de 5 leucócitos por campo de imersão em secreção de endocérvice
- hemograma infeccioso (leucocitose)
- proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação elevada
- comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas

Critérios elaborados

- evidência histopatológica de endometrite
- presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (ultra-sonografia pélvica)
- laparoscopia com evidências de DIP

Exames Laboratoriais

- hemograma completo
- velocidade de hemossedimentação
- exame bacterioscópico com cultura e antibiograma de material obtido do orifício cérvico-uterino, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior
- ecografia abdominopélvica
- radiografia simples do abdômen
- laparoscopia
- sumário de urina e urocultura (para afastar infecção do trato urinário)
- teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica)

Diagnóstico Diferencial

Gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto).

Tratamento

Em mulheres jovens, sexualmente ativas, com queixa de desconforto ou dor pélvica, e preenchendo os critérios acima descritos, deve-se iniciar imediatamente o tratamento pois um retardo poderá acarretar danos irreversíveis no seu sistema reprodutor. A decisão de tratar a paciente, ou referi-la para unidade de maior complexidade, deve ser baseada na gravidade do quadro (seguir fluxograma) e das condições locais de trabalho para avaliação, diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente.

Os esquemas terapêuticos devem visar os germes mais comumente envolvidos e deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e os anaeróbios, em especial o *Bacteroides fragilis* (podem causar lesão tubária), mesmo que estes não tenham sido confirmados nos exames laboratoriais. Os esquemas também devem contemplar a vaginose bacteriana, freqüentemente associada à DIP, bactérias gram negativas, bactérias facultativas e estreptococos.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite, e que não estejam incluídas nos critérios para tratamento hospitalar, assim resumidos:

- caso em emergência cirúrgica (por exemplo, abscesso tubo-ovariano roto);
- quadro grave com sinais de peritonite, náusea, vômito ou febre alta;
- paciente grávida;
- paciente imunodeficiente (portadora do HIV com níveis baixos de CD4, ou em uso de terapia imunossupressiva, ou outros quadros debilitantes);
- paciente não apresenta resposta adequada ao tratamento ambulatorial; e
- paciente não tolera ou é incapaz de aderir ao tratamento ambulatorial.

Objetivos do tratamento:

Estágio I: Cura da infecção.

Estágio II: Preservação da função tubária.

Estágio III: Preservação da função ovariana.

Estágio IV: Preservação da vida da paciente.

OBSERVAÇÃO: quanto mais rápido for instituído o tratamento, menor será a chance de seqüelas

Estágio I (ambulatorial)

Medidas gerais

Repouso, abstinência sexual, retirar o DIU se usuária (após pelo menos 6h de cobertura com antibiótico), tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais).

Antibioticoterapia

- **Ceftriaxona** 250 mg, IM, dose única **mais Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias; **ou** 250 mg, IM, dose única **mais Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias; **ou**

- **Cefoxitina** 2g, IM, dose única, **mais Probenecide** 1g, VO, dose única **mais Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por 14 dias; **ou**
- **Ofloxacina** 400 mg, VO, de 12/12 horas **mais Metronidazol** 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias; **ou**
- **Ofloxacina** 400 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias **mais Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias **mais Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias; **ou**
- **Ampicilina** 3,5 g, VO, dose única, antecedida em meia hora por **Probenecide** 1g, VO, dose única, **mais Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias **mais Metronidazol** 500 mg, VO, de 12/12 horas por 14 dias.

Estágio II (sempre hospitalar)

Medidas gerais

Repouso, hidratação e tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais).

Antibioticoterapia

A antibioticoterapia deve ser mantida endovenosa até 48 horas depois do último pico febril, e/ou se houver melhora importante do quadro clínico. Em seguida, iniciar a terapia VO por, no mínimo, 10 dias; no caso de abscesso, tratar por, no mínimo, 14 dias.

- **Gentamicina** 60-80mg, EV, 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas, **ou** 60-80mg, EV, 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas, **ou**
- **Gentamicina** 60-80mg, EV, 8/8horas **mais Clindamicina** 600-900mg, EV, de 8/8horas, **ou**
- **Gentamicina** 60-80mg, EV, de 8/8horas **mais Metronidazol** 500mg, EV, de 8/8horas.

Superada a fase aguda, iniciar tratamento ambulatorial: **Doxiciclina** 100 mg, VO, de 12/12 horas por 10 dias.

Estágio III (sempre hospitalar)

Medidas gerais

Repouso, hidratação e tratamento sintomático (analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais).

Antibioticoterapia

A antibioticoterapia deve ser mantida endovenosa até 48 horas depois do último pico febril, e/ou se houver melhora importante do quadro clínico, seguindo-se o tratamento VO por, no mínimo, 10 dias; ou por 14 dias, quando houver abscesso.

- **Gentamicina** 60-80mg, EV, 8/8horas **mais Clindamicina** 600-900mg, EV, de 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas, **ou** 60-80mg, EV, 8/8horas **mais Clindamicina** 600-900mg, EV, de 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas, **ou**
- **Gentamicina** 60-80mg, EV, de 8/8horas **mais Metronidazol** 500mg, EV, de 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas, **ou**
- **Gentamicina** 60-80mg, EV, de 8/8horas **mais Tianfenicol** 750mg, EV, de 8/8horas **mais Penicilina G Cristalina** 5 milhões UI, EV, 4/4horas.

Superada a fase aguda, iniciar tratamento ambulatorial: **Ofloxacina** 400 mg, VO, de 12/12 horas por 10 dias.

Estágio IV (sempre hospitalar)

Realizar esquema tríplice de antibióticos igual ao estágio III mais a cirurgia.

Indicações do tratamento cirúrgico:

- Falha do tratamento clínico
- Presença de massa pélvica que persiste ou aumenta, apesar do tratamento clínico
- Suspeita de rotura de abscesso tubo-ovariano
- Hemoperitônio
- Abscesso de fundo de saco de Douglas

Observações:

- Nos casos mais graves ou de resposta inadequada, deve-se avaliar a necessidade de associar outro antibiótico. Além disso, também pensar na possibilidade (rara) de tromboflebite pélvica associada.
- Tratar todos os parceiros com Azitromicina 1g, VO, dose única **mais** Ofloxacina 400 mg, VO, dose única.
- Colher, sempre que possível, e após orientação e aconselhamento, sorologia para sífilis, hepatite B e HIV.
- Reavaliar a paciente a cada 3 meses durante o primeiro ano.

Portadora do hiv

Não são bem definidas as diferenças das manifestações clínicas da DIP entre mulheres HIV-positivas e negativas. Entretanto, alguns estudos indicam que mulheres infectadas pelo HIV e com DIP são mais propensas a apresentar quadros que indiquem a necessidade de tratamento cirúrgico. Os sintomas são mais severos; porém, quando submetidas aos esquemas parenterais referidos acima, respondem da mesma maneira que as pacientes HIV-negativas. Num outro estudo, observou-se achados microbiológicos similares em mulheres HIV-positivas e HIV-negativas, exceto para as infecções por cândida, HPV e para as anormalidades citológicas relacionadas ao HPV que se apresentam em maior proporção nas HIV-positivas. Essas patologias portanto, devem ser rastreadas e tratadas em mulheres HIV-positivas com DIP.

Pelo exposto, mulheres HIV-positivas imunodeprimidas devem ser manejadas mais agressivamente, com um dos esquemas antimicrobianos parenterais recomendados acima.

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (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 precursores.

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 inexistentes 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

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 este 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 reinfecção 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 laringea.

Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais freqüentemente no homem, na glande, 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 Bowenoide, Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen da genitália. Pacientes que tem 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.

TRATAMENTO

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 freqüentemente 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.: 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 exhaustivamente. 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): 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 exhaustivamente. 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.: 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.: 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 a nível ambulatorial, especialmente quando é desejável exame histopatológico do espécime. A exérese cirúrgica têm a vantagem de, assim como na eletrocauterização, 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 eletrocoagulação. 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.: é método apropriado para o tratamento de poucas lesões a nível ambulatorial, especialmente quando é desejável exame histopatológico do espécime. A exérese cirúrgica têm a vantagem de, assim como na eletrocauterização, 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 eletrocoagulação. 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 acido quando aplicado em excesso, recomenda-se a aplicação de bicarbonato de sódio ou talco. 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 acido 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.** 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.: 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 acido quando aplicado em excesso, recomenda-se a aplicação de bicarbonato de sódio ou talco. 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 acido 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.** 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. 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.: 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 freqüentemente 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 rastreio de doenças pré-invasivas do colo uterino, na mesma freqüência 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 rastreio 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 conscientizados 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 tornar-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 frequentes. O carcinoma escamoso pode surgir mais frequentemente em imunossuprimidos, 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 à das lesões exofíticas.

Rastreio de Câncer Cérvico-uterino em mulheres que têm ou tiveram DST

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 freqüentes 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 precursores. 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 freqüentemente 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).

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 freqüentemente 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 Bethesda

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 a 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 atípicas 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 atípicas estão provavelmente relacionadas a processo reacional. Estes casos podem incluir processos inflamatórios, reacionais, LSIL, ou, menos freqüentemente, 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 atípicas ou seja sugerida presença de lesão mais grave, somente então deve ser indicada a colposcopia e a biópsia dirigida. Os casos que persistem com atípicas 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.

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 atípicas 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:

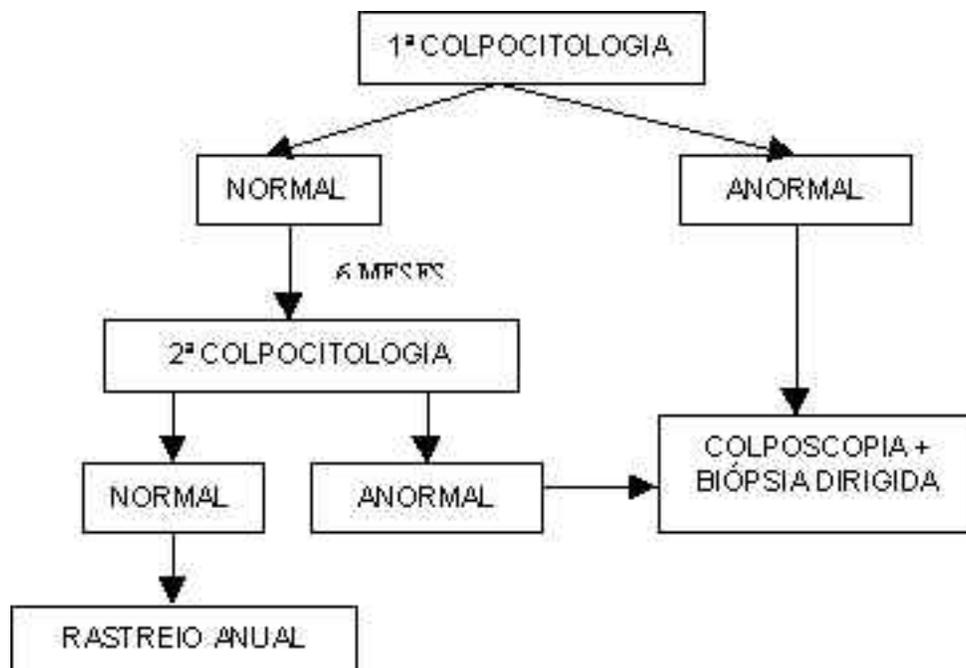
- a colpocitologia não é um teste efetivo para rastreamento de DST;
- se a mulher está menstruando, a coleta da colpocitologia deve ser adiada e a mulher aconselhada quanto a submeter-se ao exame tão logo seja possível;
- a presença de colpites ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da colpocitologia. 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 histerectomizadas não demandam rastreio rotineiro de câncer cérvico-uterino, a menos que a histerectomia tenha sido sub-total 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 atipias 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).

HEPATITES VIRAIS

HEPATITE A

Conceito

A Hepatite do tipo A é uma infecção causada pelo vírus da hepatite A (HAV), um RNA vírus, que tem um período de incubação de 2 a 6 semanas, durante o qual se reproduz no fígado, sendo eliminados nas fezes duas semanas antes e até uma semana depois do início do quadro clínico; também podem ser encontrados no soro e na saliva, embora em uma concentração muito menor do que nas fezes.

Prevenção

A forma de transmissão mais comum é oro-fecal, ou de pessoa para pessoa nos contatos sexuais ou intradomiciliares, ou por alimento ou água contaminada. Como a viremia ocorre durante a fase aguda, a transmissão sangüínea raramente ocorre. Embora o HAV esteja presente em baixas concentrações na saliva de pessoas infetadas, não há nenhuma evidência de transmissão por essa forma.

Com base nestes conhecimentos pode-se afirmar que apenas medidas gerais, como por exemplo, manter bons hábitos de higiene pessoal, são insuficientes para interromper surtos da doença.

A imunização é a forma mais efetiva de prevenção da infecção pelo HAV; há dois tipos de produtos:

- **Imunoglobulina:** tem uma eficácia de 85% quando administrada via intramuscular (0,02 ml/kg) antes da exposição ao HAV, ou dentro das 2 semanas posteriores à exposição. É recomendada especialmente para pessoas que têm ou tiveram contato sexual ou intradomiciliar com portadores da hepatite A. A proteção tem uma duração de 3 a 6 meses.
- **Vacina:** feita com vírus inativados; é segura, altamente imunogênica e tem uma eficácia de 94% quando administrada em duas doses. É indicada para homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis ou não injetáveis, desde que haja evidência epidemiológica de surtos em grupos com esses comportamentos.

Quadro Clínico

Dos portadores de hepatite A na fase aguda, 20% requerem hospitalização. Pode ocorrer um quadro de hepatite fulminante, com falência total do fígado em 0,1% dos casos. A letalidade por hepatite A aguda é de 0,3%, sendo porém mais alta (1,8%) em pessoas maiores de 49 anos. A infecção pelo HAV não está associada à hepatite crônica. A prevalência da infecção pelo HAV nos EUA é da ordem de 33%. Vários surtos de hepatite A entre homens que fazem sexo com homens foram notificados; a prevalência nesse grupo é significativamente mais alta (30%) do que entre homens heterossexuais (12%).

Tratamento

Pelo fato da infecção pelo HAV ser autolimitada e normalmente não se tornar crônica, o tratamento deve ser apenas de suporte. A hospitalização pode ser necessária para pacientes desidratados por causa de vômitos ou com indícios de falência hepática. Medicamentos que sejam metabolizados pelo fígado devem ser usados com precaução. Não são necessárias dietas específicas ou restrições de atividade.

HEPATITE B

Conceito

É definida como inflamação do fígado causada pela infecção com Vírus da Hepatite B (HBV), agente infeccioso da família Hepdnaviridae, cujo material genético é constituído por DNA.

Do ponto de vista epidemiológico, a transmissão sexual de agentes infecciosos causadores de hepatite ocorre mais freqüentemente com os vírus das hepatites tipos A, B, C e Delta. Os tipos B e C podem evoluir para doença hepática crônica, e têm sido associados com carcinoma hepatocelular primário.

Dentre os fatores que influenciam o risco de infecção pelo HBV citamos: relações sexuais desprotegidas, tipo de prática sexual (oro-anal, oro-genital, relacionamento sexual passivo ou ativo), concomitância com outras DST (sífilis, cancro mole, gonorréia, herpes genital e/ou oral, etc.) e compartilhamento de seringas e agulhas.

Prevenção

Embora os métodos empregados para prevenção de outras DST também sirvam para a infecção pelo HBV, a vacinação ainda é o método mais eficaz de prevenção desta infecção

Quadro clínico

O período de incubação da Hepatite B aguda situa-se entre 45 e 180 dias. A transmissão, na maioria das vezes, se dá por exposição percutânea (intravenosa, intramuscular, subcutânea ou intradérmica) ou por exposição de mucosas aos fluidos corporais infectados (sangue, saliva, sêmen, secreções vaginais). Na mulher grávida, é importante salientar a possibilidade de ocorrer a transmissão materno-fetal (transmissão vertical). Estima-se que até 90% das crianças contaminadas verticalmente podem tornar-se portadoras crônicas do vírus; nestas a evolução para cirrose e hepatoma é elevada.

Nos pacientes sintomáticos, a hepatite B, usualmente evolui nas seguintes fases:

- fase prodrômica: sintomas inespecíficos de anorexia, náuseas e vômitos, alterações do olfato e paladar, cansaço, mal-estar, artralgia, mialgias, cefaléia e febre baixa.
- fase ictérica: inicia-se após 5 a 10 dias da fase prodrômica, caracterizando-se pela redução na intensidade dos sintomas e a ocorrência de icterícia. Colúria precede esta fase por 2 ou 3 dias.
- fase de convalescença: a sintomatologia desaparece gradativamente, geralmente em 2 a 12 semanas.

Dependendo da idade em que acontece a infecção pelo HBV, esta pode evoluir para a forma crônica, o que se demonstra pela presença de marcadores sorológicos, testes de função hepática alterados e biópsias de tecido hepático. A evolução para cirrose e para carcinoma hepatocelular primário não é rara.

Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

Realiza-se por meio dos marcadores sorológicos do vírus da Hepatite B:

- o antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) é o primeiro marcador a aparecer, geralmente precede a hepatite clinicamente evidente, e também está presente no portador crônico; quando presente na mulher grávida, significa grande chance de transmissão vertical;
- o antígeno "e" do vírus da Hepatite B (HBeAg) é detectado logo após o aparecimento do HBsAg, sua presença indica replicação viral ativa. Sua positividade se verifica entre a 8ª e a 12ª semanas após a infecção;
- o anticorpo contra o antígeno "c" do vírus da Hepatite B da classe IgM (Anti-HBc IgM) é um marcador da replicação virótica que aparece no início da infecção e pode ser o único marcador sorológico de fase aguda presente em alguns pacientes;
- o anticorpo contra o antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (Anti-HBs) pode aparecer tardiamente na fase de convalescência e sua presença indica imunidade natural.

Outros testes refletem a lesão hepatocelular na hepatite viral aguda:

- as aminotransferases (alanina, ou ALT, e aspartato, ou AST), previamente denominadas transaminases (respectivamente, TGP e TGO) geralmente encontram-se acima de 500 U/L
- a bilirrubina total se eleva, podendo alcançar níveis entre 5 e 20 mg %.
- a fosfatase alcalina geralmente está aumentada.

Na hepatite crônica, a biópsia hepática definirá a lesão histológica e permitirá melhor avaliação da atividade da doença.

Diagnóstico diferencial

- Outros agentes virais (vírus tipo A, C, D, E, Epstein Barr, Citomegalovirus).
- Toxoplasmose, leptospirose.
- Hepatite auto-imune.
- Hepatite por drogas (agrotóxicos, álcool).
- Colecistite ou coledocolitíase.

Tratamento

De modo genérico, o indivíduo com hepatite viral aguda, independentemente do tipo viral que o acometeu, deve ser acompanhado ambulatorialmente, na rede de assistência médica. Basicamente o tratamento consiste em manter repouso domiciliar relativo, até que a sensação de bem-estar retorne e os níveis das aminotransferases (transaminases) voltem aos valores normais. Em média, este período dura quatro semanas. Não há nenhuma restrição de alimentos no período de doença. É aconselhável abster-se da ingestão de bebidas alcoólicas.

Os pacientes com hepatite causada pelo HBV poderão evoluir para estado crônico e deverão ser acompanhados com pesquisa de marcadores sorológicos (HBsAg e Anti-HBs) por um período mínimo de 6 a 12 meses. Aqueles casos definidos como crônicos, pela complexidade do tratamento, deverão ser encaminhados para serviços de atendimento médico especializados.

PROFILAXIA DA HEPATITE B

VACINA PARA HEPATITE B

Uma das principais medidas de prevenção da infecção é a vacinação para hepatite B pré-exposição. É uma vacina extremamente eficaz (90 à 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes) e que não apresenta toxicidade; os efeitos colaterais são raros e usualmente pouco importantes, entre os quais destacam-se: dor discreta no local da aplicação (3 a 29%), febre nas primeiras 48-72 horas após a vacinação (1 a 6%) e excepcionalmente fenômenos alérgicos relacionados a determinados componentes da vacina.

A aplicação da vacina deverá ser realizada sempre por via intra-muscular, em região de músculo deltóide, ou no vasto lateral da coxa, em crianças pequenas, isto porque a aplicação em glúteos comprovadamente tem menor eficácia (menor frequência de detecção do anti-HBs). A dose para adultos é de 1,0 ml e para crianças menores de 12 anos de 0,5 ml. O intervalo entre as doses preconizado pelo Ministério da Saúde, independente da gravidade do acidente, deverá ser de zero, um e seis meses.

A gravidez e a lactação não são contra-indicações para a utilização da vacina.

A vacinação tem por objetivo eliminar a transmissão do HBV na população em geral, no entanto, algumas populações específicas devem ser priorizadas:

- profissionais da área de saúde
- pessoas portadoras ou com história de DST;
- recém-nascidos;
- crianças e adolescentes que não tenham sido previamente vacinados.

A duração da eficácia da vacina persiste por longos períodos, podendo ultrapassar 10 anos. Doses de reforço não são recomendadas a intervalos regulares, devendo ser realizada somente em alguns casos pós-exposição (conforme descrito abaixo) e em profissionais de saúde que fazem diálise. Neste último caso, há indicação de repetição anual do AntiHBs e indicação de uma dose de reforço nos profissionais que apresentem sorologia não-reativa.

gamaglobulina hiperimune

A gamaglobulina hiperimune deve também ser aplicada por via intramuscular. A dose recomendada é de 0,06ml/kg de peso corporal. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBIG (dentro de 24 à 48 horas após o acidente). Não há benefício comprovado na utilização da HBIG após 1 semana do acidente.

exposição acidental a fluidos corporais

A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B após exposição percutânea é significativamente maior que o HIV, podendo atingir até 40% em exposições em que o paciente-fonte apresente sorologia HBsAg reativa. Para o vírus da hepatite C, o risco médio é de 1,8%, dependendo do teste utilizado para diagnóstico de hepatite C, o risco pode variar de 1 a 10%.

Após exposição ocupacional a material biológico, mesmo para profissionais não imunizados, o uso da vacina,

associado ou não a gamaglobulina hiperimune para hepatite B, é uma medida que comprovadamente reduz o risco de infecção. É importante ressaltar que não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional.

Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 1ª dose, deverão realizar a 2ª dose logo que possível e a 3ª dose deverá ser indicada com um intervalo de pelo menos 2 meses da dose anterior. Profissionais de saúde que tenham interrompido o esquema vacinal após a 2ª dose deverão realizar a 3ª dose da vacina tão logo seja possível. Para profissionais de saúde com esquema vacinal incompleto, está recomendada a realização de teste sorológico (antiHBs) após a vacinação (1 a 6 meses após última dose) para confirmação da presença de anticorpos protetores.

No que se refere à prevenção da infecção de profissionais de saúde lidando com pacientes infectados pelo HBV, recomenda-se estar vacinado contra o vírus da Hepatite B, bem como seguir rigorosamente as precauções universais quando em contato com sangue e líquidos corporais, sejam estes de fonte sabidamente contaminada ou não.

Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição acidental

Profissional exposto	Paciente fonte		
	HBsAg positivo	HbsAg negativo	HbsAg desconhecido ou não testado *
Não Vacinado	HBIG e Iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Previamente vacinado com resposta vacinal conhecida e adequada ¹	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Previamente vacinado sem resposta vacinal	HBIG e 1 dose da vacina contra hepatite B ² ou HBIG (2x) ³	Nenhuma medida específica	Se fonte de alto risco ⁴ , tratar como se fonte HBsAg positivo
Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde:	Nenhuma medida específica	Testar o profissional de saúde:
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica		Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: HBIG e 1 dose da vacina contra hepatite B ² ou HBIG (2x) ³		Se resposta vacinal inadequada: aplicar 1 dose da vacina contra hepatite B ² ou HBIG (2x) ³

* Recomenda-se a utilização de testes HBsAg de realização rápida (menor que 30 minutos), quando não há possibilidade de liberação rápida de resultados ELISA, com o objetivo de evitar a administração

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

1. Resposta vacinal adequada significa ter anticorpos anti-HBs reativos pela técnica sorológica "ELISA", que quantitativamente deve ser $\geq 10\text{mUI/ml}$.
2. Quando não há resposta vacinal adequada após a primeira série de vacinação, grande parte dos profissionais (até 60%) responderão a uma dose de vacina. Caso persista a falta de resposta, não é recomendada uma revacinação. Nesta situação a conduta a ser indicada é HBIG (2x) a cada exposição ocupacional. Para um profissional de saúde ser considerado não-responder, o resultado da pesquisa anti-HBs deve ser negativo dentro de 6 meses após a 3ª dose da vacina.
3. HBIG (2x) = 2 doses de gamaglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses.
4. Alto risco: usuários de drogas injetáveis, pacientes em diálise, contatos domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homossexuais e bissexuais masculinos, heterossexuais promíscuos, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões, instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

ACOMPANHAMENTO SOROLÓGICO

A solicitação de testes sorológicos para o profissional de saúde acidentado deve ser realizada no momento do acidente:

- Para profissionais de saúde com vacinação prévia para hepatite B: solicitar o anti-HBs. Caso este resultado seja positivo, não há necessidade de acompanhamento sorológico deste profissional.
- Para profissionais de saúde vacinados com anti-HBs negativo e para os não-vacinados: solicitar HBsAg e anti-HBc. Nestes casos as sorologias deverão ser repetidas após 6 meses da exposição ao paciente-fonte HBsAg positivo ou paciente-fonte desconhecido.

Caso o profissional de saúde tenha utilizado gamaglobulina hiperimune no momento do acidente, a realização da sorologia anti-HBs só deve ser realizada após 12 meses do acidente.

Os profissionais de saúde que apresentarem HBsAg positivo (no momento do acidente ou durante o acompanhamento) deverão ser encaminhados para serviços especializados para realização de outros testes, acompanhamento clínico e tratamento quando indicado.

Gestante

Não sendo possível a pesquisa rotineira no pré-natal, a sorologia pode ser solicitada para as gestantes consideradas de risco.

Nas gestantes com sorologia positiva, a cesárea parece não reduzir a transmissão vertical do HVB. No caso do parto ser via vaginal, deve-se evitar o contato do sangue materno com a criança, por meio da proteção da episiotomia (que, quando possível, deve ser evitada), do clampeamento rápido do cordão umbilical e da aspiração efetiva porém delicada do recém-nascido.

Para a profilaxia da infecção do recém-nascido, este deve receber a primeira dose da vacina e também a gamaglobulina hiperimune logo após o nascimento (preferivelmente nas primeiras 12 horas de vida).

Portador de hiv

Pacientes HIV positivos com HVB, tendem a cronificar esta infecção. A infecção pelo HIV pode, ainda, prejudicar a resposta vacinal para Hepatite B. Por conseguinte, portadores do HIV, ao serem vacinados, devem ser testados para HBsAg (antígeno de superfície de Hepatite B), 1 a 2 meses após a 3ª dose da vacina. Revacinação (com três doses adicionais) pode ser considerada para os que não responderam ao esquema inicial. Portadores do HIV que não respondem ao segundo esquema vacinal devem ser advertidos de que permanecem suscetíveis a infecção pelo HBV.

INFECÇÃO PELO HIV

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Posteriormente alguns casos ocorridos nos últimos anos da década dos 70, foram identificados como tendo sido aids.

No Brasil, a aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando o diagnóstico foi feito em sete pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Nos últimos anos, vêm ocorrendo importantes mudanças no perfil epidemiológico da aids. A epidemia que, em sua primeira fase (1980 a 1986), caracterizava-se pela preponderância da transmissão em homens homo e bissexuais, de escolaridade elevada, em sua segunda fase (1987 a 1991), passou a caracterizar-se pela transmissão sanguínea, especialmente na subcategoria de usuários de drogas injetáveis (UDI), dando início, nesta fase, a um processo mais ou menos simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia, ou seja, mais pessoas com baixa escolaridade e de pequenas cidades do interior estavam se infectando. Finalmente, em sua terceira fase (1992 até os dias atuais), um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância a introdução de casos do sexo feminino (feminização da epidemia). Temos portanto, a exposição heterossexual atualmente representando a principal subcategoria de exposição em crescimento (em 1991, eram 21%, e em 1996/97 passam a 55%).

Agente etiológico

O HIV-1 foi isolado em 1983, de pacientes com aids, pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (*Lymphadenopathy Associated Virus* ou Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (*Human T-Lymphotropic Virus* ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III) respectivamente nos dois países. Em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano um comitê internacional recomendou o termo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos.

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família *Lentiviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro.

O HIV é bastante lábil no meio externo, sendo inativado por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até, no máximo, um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias à temperatura ambiente ou até 11 dias a 37°C.

Ciclo vital do HIV na célula humana

1. ligação de glicoproteínas virais (gp120) ao receptor específico da superfície celular (principalmente CD4);
2. fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira;
3. liberação do "core" do vírus para o citoplasma da célula hospedeira;
4. transcrição do RNA viral em DNA complementar, dependente da enzima transcriptase reversa;
5. transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou permanecer em forma circular isoladamente;
6. o provírus é reativado e produz RNA mensageiro viral indo então para o citoplasma da célula;
7. proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades por meio das enzimas proteases;
8. as proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas virais e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira;
9. o vírion recém-formado é liberado para o meio circundante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluido extracelular ou infectar novas células.

A interferência em qualquer um destes passos do ciclo vital do vírus impediria a multiplicação e/ou a liberação de novos vírus. Atualmente estão disponíveis comercialmente drogas que interferem em duas fases deste ciclo: a fase 4 (inibidores da transcriptase

reversa) e a fase 7 (inibidores da protease).

Formas de transmissão e prevenção

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sangüínea (em receptores de sangue ou hemoderivados não testados e em usuários de drogas injetáveis ou UDI) e perinatal (transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno). Além destas formas, mais freqüentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV. Algumas considerações sobre essas formas de transmissão:

Transmissão Sexual

A principal forma de transmissão do HIV no mundo todo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual por meio de relações sem o uso de preservativo é considerada, pela OMS, como a mais freqüente do ponto de vista global. Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV numa relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outras DST, principalmente as ulcerativas. Sabe-se hoje que, não só as úlceras resultantes de infecções por agentes sexualmente transmissíveis aumentam o risco de transmissão do HIV, mas também outras DST, mesmo as que causam corrimentos ou verrugas.

Os preservativos masculinos e femininos são a única barreira comprovadamente eficaz contra o HIV, e o uso correto e sistemático deste método pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e das outras DST. O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a freqüência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia.

Os produtos espermicidas à base de nonoxynol-9 são capazes de inativar o HIV e agentes de outras DST "in vitro" e poderiam ter seu papel na redução da transmissão sexual do HIV se usados em associação com os preservativos. Estudos recentes sugerem que a concentração de nonoxynol-9 normalmente preconizada nos preservativos seria insuficiente para inativar o HIV, sendo que o uso de concentrações mais elevadas poderiam apresentar toxicidade. Entretanto, a segurança e eficácia dos espermicidas atualmente disponíveis, nas condições de uso corrente, não estão bem estabelecidas e mais estudos clínicos controlados são necessários para esta determinação.

Transmissão Sangüínea

A transmissão por meio da transfusão de sangue e derivados tem apresentado importância decrescente nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle da qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil.

A transmissão sangüínea associada ao uso de drogas injetáveis é um meio muito eficaz de transmissão do HIV devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. Esta forma tem importância crescente em várias partes do mundo, como na Ásia, América Latina e no Caribe. No Brasil, esta forma tem importância crescente nas áreas rota do tráfico de drogas, sendo sentida principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

A prevenção da transmissão por meio da transfusão de sangue e derivados se resume ao controle da qualidade do sangue e derivados pelos Bancos de Sangue. Os profissionais de saúde, ao vigiar e denunciar as irregularidades às autoridades sanitárias, desempenharão importante papel na prevenção e controle da transmissão do HIV, outras DST e de outras doenças que podem ser transmitidas pelo sangue.

Desde 1986 tornou-se claro que os usuários de drogas injetáveis (UDI) representavam um grupo focal particularmente importante, devido ao risco específico de ocorrência de epidemias de HIV nessa população e ao potencial de representarem a interface por meio da qual a infecção por HIV se difundiria para a população heterossexual não usuária de drogas, e conseqüentemente para as crianças.

A disseminação da infecção pelo HIV entre UDI em vários países, levantou importantes questões sobre a natureza do comportamento dos dependentes, e da possibilidade de modificá-lo por meio de intervenções preventivas, de modo a reduzir o risco de transmissão do HIV.

Houve ceticismo inicial acerca da eficácia de ações educativas nessa população. O temor de que a estratégia de redução de danos, baseada na facilitação do acesso a equipamento estéril de injeções, pudesse levar ao aumento da população de usuários de drogas, não se concretizou.

Atualmente há evidências suficientes para concluir que foi possível reduzir o nível epidêmico da transmissão do HIV em locais onde

programas inovadores de saúde pública foram iniciados precocemente. Os elementos desses programas de prevenção incluem: orientação educativa, disponibilidade de testes sorológicos, facilitação de acesso aos serviços de tratamento da dependência de drogas, acesso a equipamento estéril de injeção, além de ações que se desenvolvem na comunidade de usuários de drogas, a partir de profissionais de saúde e/ou agentes comunitários, recrutados na própria comunidade.

Em relação às mudanças comportamentais, demonstrou-se que os UDI podem ser sensíveis às ações preventivas e capazes de reduzir a frequência das situações de risco. Porém, se todos os estudos demonstram redução de risco, evidenciam, infelizmente, a persistência de níveis importantes do comportamento de risco, mesmo nas cidades onde se obteve razoável impacto das ações preventivas.

Transmissão Perinatal

A transmissão perinatal, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. A transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém é menos freqüente no primeiro trimestre. As infecções ocorridas neste período não têm sido associadas a malformações fetais. Alguns estudos demonstraram que uma proporção substancial dos casos de transmissão do HIV da mãe para o filho ocorre durante o período intraparto, e seriam causados por:

- transfusão do sangue materno para o feto durante as contrações uterinas,
- infecção após a rotura das membranas,
- contato do feto com as secreções ou sangue infectados do trato genital materno.

Em 1994 os resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG-076) comprovaram que o uso do AZT pela mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto, e pelo recém-nascido por 6 semanas, pode reduzir a transmissão vertical do HIV em cerca de 70%. A transmissão pelo leite materno é evitada com o uso de aleitamento artificial ou de bancos de leite humano que fazem aconselhamento e triagem das doadoras.

Transmissão Ocupacional

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV. Estima-se que o risco médio de contrair o HIV após uma exposição percutânea a sangue contaminado seja de aproximadamente 0,3%. Nos caso de exposição de mucosas, esse risco é de aproximadamente 0,1%. Os fatores de risco já identificados como favorecedores deste tipo de contaminação são: a profundidade e extensão do ferimento a presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento, o procedimento que resultou na exposição envolver agulha colocada diretamente na veia ou artéria de paciente portador de HIV e, finalmente, o paciente fonte da infecção ter evidências de imunodeficiência avançada (sinais clínicos da doença, carga viral elevada, CD4 baixo).

Embora alguns tipos de exposição acidental, como o contato de sangue ou secreções com mucosas ou pele íntegra, teoricamente possam ser responsáveis pela infecção, os riscos são insignificantes quando comparados com a exposição percutânea, por meio de instrumental pérfuro-cortante.

Fatores como prevalência da infecção pelo HIV na população de pacientes, grau de experiência dos profissionais de saúde no cuidado desse tipo de paciente, uso de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.) bem como a frequência de utilização de procedimentos invasivos, podem também influir no risco de transmissão do HIV. O meio mais eficiente de reduzir-se tanto a transmissão profissional-paciente quanto a paciente-profissional, baseia-se:

- na utilização sistemática das normas de biossegurança,
- na determinação dos fatores de risco associados e na sua eliminação, e
- na implantação de novas tecnologias da instrumentação usadas na rotina de procedimentos invasivos.

Hipóteses de outras possíveis formas de transmissão

Embora o vírus tenha sido isolado de vários fluidos corporais como saliva, urina, lágrimas, somente o contato com sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno têm sido implicados como fontes de infecção.

O risco da transmissão do HIV por saliva foi avaliado em vários estudos laboratoriais e epidemiológicos. Esses estudos mostram que a concentração e a infectividade dos vírus da saliva de indivíduos portadores do HIV é extremamente baixa.

Dados laboratoriais e epidemiológicos não provêm qualquer suporte à possibilidade de infecção por HIV por qualquer das seguintes vias teóricas de transmissão: contato interpessoal não-sexual e não-percutâneo (contato casual), vetores artrópodes (picadas de

insetos), fontes ambientais (aerossóis, por exemplo) e objetos inanimados (fômites), além de instalações sanitárias.

Conclui-se que formas alternativas de transmissão são altamente improváveis e que a experiência cumulativa é suficientemente ampla para se assegurar enfaticamente que não há qualquer justificativa para restringir a participação de indivíduos infectados em seus ambientes domésticos, escolares, sociais ou profissionais.

Aspectos Clínicos

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas:

1. infecção aguda;
2. fase assintomática, também conhecida como latência clínica;
3. fase sintomática inicial ou precoce; e
4. aids.

Infecção Aguda

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes. Seu diagnóstico é pouco realizado devido ao baixo índice de suspeição, sendo, em sua maioria, retrospectivo. O tempo entre a exposição e os sintomas é de cinco a 30 dias. A história natural da infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada, como por resposta imune intensa. Durante o pico de viremia, ocorre diminuição rápida dos linfócitos T CD4+, que posteriormente aumentam, mas geralmente não retornam aos níveis prévios à infecção. Observa-se, também, aumento do número absoluto de linfócitos T CD8+ circulantes, com a inversão da relação CD4+/CD8+, que se torna menor que um. Este aumento de células T CD8+, provavelmente, reflete uma resposta T citotóxica potente, que é detectada antes do aparecimento de anticorpos neutralizantes. Existem evidências de que a imunidade celular desempenha papel fundamental no controle da viremia na infecção primária.

Os sintomas aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. As manifestações clínicas podem variar desde quadro gripal até uma síndrome que se assemelha à mononucleose. Além de sintomas de infecção viral, como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo maculopapular eritematoso, ulcerações muco-cutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos; os pacientes podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré. Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios e incluem: linfopenia seguida de linfocitose, presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado. A ocorrência da síndrome de infecção retroviral aguda clinicamente importante ou a persistência dos sintomas por mais de 14 dias parecem estar relacionadas com a evolução mais rápida para aids.

Após a resolução da fase aguda, ocorre a estabilização da viremia em níveis variáveis (*set points*), definidos pela velocidade da replicação e clareamento viral. O *set point* é fator prognóstico de evolução da doença. A queda da contagem de linfócitos T CD4+, de 30 a 90 células por ano, está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a aids.

Com base nos dados epidemiológicos e clínicos, a partir dos sintomas e sinais mencionados, os profissionais de saúde poderão, ao determinar os riscos de infecção pelo HIV em seus pacientes, ajudá-los a reconhecer esses riscos e aconselhá-los para reduzi-los e para realizarem o teste anti-HIV. É importante lembrar que o tratamento adequado de outras DST, quando presentes, além de romper a cadeia de transmissão, auxilia o prognóstico do portador da infecção pelo HIV, visto que as DST facilitam a progressão para doença clínica.

Fase assintomática

Na infecção precoce pelo HIV, também conhecida como fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, "flutuante" e indolor. Portanto, a abordagem clínica nestes indivíduos no início de seu seguimento prende-se a uma história clínica prévia, investigando condições de base como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças hepáticas, renais, pulmonares, intestinais, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e outras doenças endêmicas, doenças psiquiátricas, uso prévio ou atual de medicamentos, enfim, situações que podem complicar ou serem agravantes em alguma fase de desenvolvimento da doença pelo HIV. A história familiar, hábitos de vida, como também uma avaliação do perfil emocional e psicossocial do paciente, seu nível de entendimento e orientação sobre a doença são extremamente importantes. No que diz respeito à avaliação laboratorial nesta fase, uma ampla variedade de alterações podem estar presentes. Alguns dos exames laboratoriais que podem auxiliar num melhor diagnóstico e prognóstico: hemograma completo, níveis bioquímicos (funções hepática e renal, desidrogenase láctica, amilase), sorologia para sífilis, sorologia para os vírus da hepatite, sorologia para toxoplasmose, sorologia para citomegalovírus e herpes, radiografia de tórax, PPD (derivado protéico purificado), Papanicolaou, perfil imunológico e carga viral.

Fase sintomática inicial

Nesta fase, o portador da infecção pelo HIV pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos e de intensidade variável, além de processos oportunistas de menor gravidade, principalmente em pele e mucosas. As alterações mais frequentes são:

Sinais e sintomas inespecíficos

- **Sudorese noturna:** é queixa bastante comum e tipicamente inespecífica entre os pacientes com infecção sintomática inicial pelo HIV. Pode ser recorrente e pode ou não vir acompanhada de febre. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de infecção oportunista, devendo-se lançar mão de investigação clínica e laboratorial específicas.
- **Fadiga:** também é freqüente manifestação da infecção sintomática inicial pelo HIV e pode ser referida como mais intensa no final de tarde e após atividade física excessiva. Fadiga progressiva e debilitante deve alertar para a presença de infecção oportunista, devendo ser sempre pesquisada.
- **Emagrecimento:** é um dos mais comuns entre os sintomas gerais associados com infecção pelo HIV, sendo referido em 95-100% dos pacientes com doença em progressão. Geralmente encontra-se associado a outras condições como anorexia. A associação com diarreia aquosa o faz mais intenso.
- **Trombocitopenia:** na maioria das vezes é uma anormalidade hematológica isolada com um número normal ou aumentado de megacariócitos na medula óssea e níveis elevados de imunoglobulinas associadas a plaquetas, síndrome clínica chamada púrpura trombocitopênica imune. Clinicamente, os pacientes podem apresentar somente sangramentos mínimos como petéquias, equimoses e ocasionalmente epistaxes. Laboratorialmente considera-se o número de plaquetas menor que 100.000 células/mm³.

Processos oportunistas MAIS COMUNS Na fase sintomática inicial

- **Candidíase Oral e Vaginal** (inclusive a recorrente): a candidíase oral é a mais comum infecção fúngica em pacientes portadores do HIV e apresenta-se com sintomas e aparência macroscópica característicos. A forma pseudomembranosa consiste em placas esbranquiçadas removíveis em língua e mucosas que podem ser pequenas ou amplas e disseminadas. Já a forma eritematosa é vista como placas avermelhadas em mucosa, palato mole e duro ou superfície dorsal da língua. A queilite angular, também freqüente, produz eritema e fissuras nos ângulos da boca. Mulheres HIV+ podem apresentar formas extensas ou recorrentes de candidíase vulvo-vaginal, com ou sem acometimento oral, como manifestação precoce de imunodeficiência pelo HIV, bem como nas fases mais avançadas da doença. As espécies patogênicas incluem *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* e outras menos comumente isoladas.
- **Leucoplasia Pilosa Oral:** é um espessamento epitelial benigno causado provavelmente pelo vírus Epstein-Barr, que clinicamente apresenta-se como lesões brancas que variam em tamanho e aparência, podendo ser planas ou em forma de pregas, vilosidades ou projeções. Ocorre mais freqüentemente em margens laterais da língua, mas podem ocupar localizações da mucosa oral: mucosa bucal, palato mole e duro.
- **Gengivite:** a gengivite e outras doenças periodontais pode manifestar-se de forma leve ou agressiva em pacientes com infecção pelo HIV, sendo a evolução rapidamente progressiva, observada em estágios mais avançados da doença, levando

a um processo necrotizante acompanhado de dor, perda de tecidos moles periodontais, exposição e seqüestro ósseo. : a gengivite e outras doenças periodontais pode manifestar-se de forma leve ou agressiva em pacientes com infecção pelo HIV, sendo a evolução rapidamente progressiva, observada em estágios mais avançados da doença, levando a um processo necrotizante acompanhado de dor, perda de tecidos moles periodontais, exposição e seqüestro ósseo.

- **Úlceras Aftosas:** em indivíduos infectados pelo HIV é comum a presença de úlceras consideravelmente extensas, resultantes da coalescência de pequenas úlceras em cavidade oral e faringe, de caráter recorrente e etiologia não definida. Resultam em grande incômodo produzindo odinofagia, anorexia e debilitação do estado geral com sintomas constitucionais acompanhando o quadro. : em indivíduos infectados pelo HIV é comum a presença de úlceras consideravelmente extensas, resultantes da coalescência de pequenas úlceras em cavidade oral e faringe, de caráter recorrente e etiologia não definida. Resultam em grande incômodo produzindo odinofagia, anorexia e debilitação do estado geral com sintomas constitucionais acompanhando o quadro.
- **Diarréia:** consiste em manifestação freqüente da infecção pelo HIV desde sua fase inicial. Determinar a causa da diarréia pode ser difícil e o exame das fezes para agentes específicos se faz necessário. Na infecção precoce pelo HIV, patógenos entéricos mais comuns devem ser suspeitados: *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, adenovírus, rotavírus. Agentes como *Cryptosporidium parvum* e *Isospora belli*, geralmente reconhecidos em fase mais avançada da doença causada pelo HIV, podem apresentar-se como expressão clínica autolimitada: consiste em manifestação freqüente da infecção pelo HIV desde sua fase inicial. Determinar a causa da diarréia pode ser difícil e o exame das fezes para agentes específicos se faz necessário. Na infecção precoce pelo HIV, patógenos entéricos mais comuns devem ser suspeitados: *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, adenovírus, rotavírus. Agentes como *Cryptosporidium parvum* e *Isospora belli*, geralmente reconhecidos em fase mais avançada da doença causada pelo HIV, podem apresentar-se como expressão clínica autolimitada
- **Sinusopatias:** sinusites e outras sinusopatias ocorrem com relativa freqüência entre os pacientes com infecção pelo HIV. A forma aguda é mais comum no estágio inicial da doença pelo HIV, incluindo os mesmos agentes considerados em pacientes imunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e *H. influenzae*. Outros agentes como *S. aureus* e *P. aeruginosa* e fungos têm sido achados em sinusite aguda, porém seu comprometimento em sinusites crônicas é maior. Febre, cefaléia, sintomas locais, drenagem mucopurulenta nasal fazem parte do quadro. : sinusites e outras sinusopatias ocorrem com relativa freqüência entre os pacientes com infecção pelo HIV. A forma aguda é mais comum no estágio inicial da doença pelo HIV, incluindo os mesmos agentes considerados em pacientes imunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e *H. influenzae*. Outros agentes como *S. aureus* e *P. aeruginosa* e fungos têm sido achados em sinusite aguda, porém seu comprometimento em sinusites crônicas é maior. Febre, cefaléia, sintomas locais, drenagem mucopurulenta nasal fazem parte do quadro.
- **Herpes Simples Recorrente:** a maioria dos indivíduos infectados pelo HIV é co-infectada com um ou ambos os tipos de vírus herpes simples (1 e 2), sendo mais comum a evidência de recorrência do que infecção primária. Embora o HSV-1 seja responsável por lesões orolabiais e o HSV-2 por lesões genitais, os dois tipos podem causar infecção em qualquer sítio. Geralmente a apresentação clínica dos quadros de recorrência é atípica ao comparar-se aos quadros em indivíduos imunocompetentes, no entanto, a sintomatologia clássica pode manifestar-se independente do estágio da doença pelo HIV. : a maioria dos indivíduos infectados pelo HIV é co-infectada com um ou ambos os tipos de vírus herpes simples (1 e 2), sendo mais comum a evidência de recorrência do que infecção primária. Embora o HSV-1 seja responsável por lesões orolabiais e o HSV-2 por lesões genitais, os dois tipos podem causar infecção em qualquer sítio. Geralmente a apresentação clínica dos quadros de recorrência é atípica ao comparar-se aos quadros em indivíduos imunocompetentes, no entanto, a sintomatologia clássica pode manifestar-se independente do estágio da doença pelo HIV.
- **Herpes Zoster:** de modo similar ao que ocorre com o HSV em pacientes com doença pelo HIV, a maioria dos adultos foi previamente infectada pelo vírus varicela zoster, desenvolvendo episódios de herpes zoster freqüentes. O quadro inicia com dor radicular, *rash* localizado ou segmentar comprometendo um a três dermatômos, seguindo o surgimento de maculopapulas dolorosas que evoluem para vesículas com conteúdo infectante. Pode também apresentar-se com disseminação cutânea extensa. : de modo similar ao que ocorre com o HSV em pacientes com doença pelo HIV, a maioria dos adultos foi previamente infectada pelo vírus varicela zoster, desenvolvendo episódios de herpes zoster freqüentes. O quadro inicia com dor radicular, *rash* localizado ou segmentar comprometendo um a três dermatômos, seguindo o surgimento de maculopapulas dolorosas que evoluem para vesículas com conteúdo infectante. Pode também apresentar-se com disseminação cutânea extensa.

Aids

É a fase do espectro da infecção pelo HIV em que se instalam as doenças oportunistas, que são as doenças que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro. Estas são geralmente de origem infecciosa, porém várias neoplasias também podem ser consideradas oportunistas.

Infecções oportunistas podem ser causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos, ou seja, que não são capazes de desencadear doença em pessoas com sistema imune normal. Entretanto, microrganismos normalmente patogênicos também podem eventualmente ser causadores de infecções oportunistas. Porém, nesta situação, as infecções necessariamente assumem um caráter de maior gravidade ou agressividade para serem consideradas oportunistas.

As doenças oportunistas associadas à aids são várias, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias:

- Vírus: Citomegalovirose, Herpes simples, Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva;
- Bactérias: Micobacterioses (tuberculose e complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*), Pneumonias (*S. pneumoniae*), Salmonelose;
- Fungos: Pneumocistose, Candidíase, Criptococose, Histoplasmose;
- Protozoários: Toxoplasmose, Criptosporidiose, Isosporíase;
- Neoplasias: sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin, neoplasias intra-epiteliais anal e cervical. É importante assinalar que o câncer de colo do útero compõe o elenco de doenças que pontuam a definição de caso de aids em mulher.

Testes diagnósticos

Os anticorpos contra o HIV aparecem principalmente no soro ou plasma de indivíduos infectados, em média, 3 a 12 semanas após a infecção. Em crianças com até 18 meses, o resultado dos testes sorológicos é de difícil interpretação. Frequentemente os anticorpos detectados contra o vírus são decorrentes da transferência passiva de anticorpos maternos. Nesses casos, os testes imunológicos não permitem a caracterização da infecção.

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos basicamente em quatro grupos: testes de detecção de anticorpos, testes de detecção de antígenos, técnicas de cultura viral e testes de amplificação do genoma do vírus. As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus. Essas técnicas apresentam excelentes resultados e são menos dispendiosas, sendo de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus, e não o próprio vírus diretamente. As outras três técnicas detectam diretamente o vírus ou suas partículas e são utilizadas em situações específicas, tais como: esclarecimento de exames sorológicos indeterminados ou duvidosos, acompanhamento laboratorial de pacientes, mensuração da carga viral para controle de tratamento, etc.

Janela imunológica: é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica). Varia de seis a doze semanas (um mês e meio a três meses) após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2,1 meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 5,8 meses após a transmissão. é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão (também chamada de janela biológica). Varia de seis a doze semanas (um mês e meio a três meses) após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2,1 meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 5,8 meses após a transmissão.

Soroconversão: é a positividade da sorologia para o HIV. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Esta recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nesta fase observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis por nossa imunidade, particularmente os linfonodos. é a positividade da sorologia para o HIV. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T CD4+ no sangue periférico. Esta recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nesta fase observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T CD4+) pelos órgãos linfóides responsáveis por nossa imunidade, particularmente os linfonodos.

Testes de detecção de anticorpos

- **ELISA** (teste imunoenzimático): utiliza antígenos virais recombinantes ou peptídeos sintéticos adsorvidos à superfície de cavidades de placas de microtitulação ou pérolas. A seguir, adiciona-se o soro do paciente. Se o soro possuir anticorpos específicos, estes serão fixados aos antígenos. A visualização da reação pode ser feita após a adição de um substrato específico para a enzima, associado a um cromógeno, com o aparecimento de cor resultante da ação da enzima. Essa técnica vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade. (teste imunoenzimático): utiliza antígenos virais recombinantes ou peptídeos sintéticos adsorvidos à superfície de cavidades de placas de microtitulação ou pérolas. A seguir, adiciona-se o soro do paciente. Se o soro possuir anticorpos específicos, estes serão fixados aos antígenos. A visualização da reação pode ser feita após a adição de um substrato específico para a enzima, associado a um cromógeno, com o aparecimento de cor resultante da ação da enzima. Essa técnica vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, devido à sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade.
- **Imunofluorescência indireta:** é um teste utilizado na etapa de confirmação sorológica que utiliza lâminas de vidro como fase sólida e, como antígeno, células de origem linfocitária, infectadas, portadoras de antígenos virais, que podem ser

detectados em sua superfície. A presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência. : é um teste utilizado na etapa de confirmação sorológica que utiliza lâminas de vidro como fase sólida e, como antígeno, células de origem linfocitária, infectadas, portadoras de antígenos virais, que podem ser detectados em sua superfície. A presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência.

- **Western-blot:** inicialmente é feita a separação das proteínas virais por eletroforese, seguida da transferência dos antígenos para uma membrana que, depois, é bloqueada com proteínas que são adsorvidas por sítios não ocupados pelos antígenos e colocada em contato com o soro que se deseja pesquisar. As reações antígeno-anticorpo são detectadas por meio da reação com antiimunoglobulina humana, conjugada com um radioisótopo ou uma enzima. A revelação é feita por auto-radiografia ou por substrato cromogênico. Este teste é considerado "padrão ouro" para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade e comparativamente aos demais testes, um elevado custo.: inicialmente é feita a separação das proteínas virais por eletroforese, seguida da transferência dos antígenos para uma membrana que, depois, é bloqueada com proteínas que são adsorvidas por sítios não ocupados pelos antígenos e colocada em contato com o soro que se deseja pesquisar. As reações antígeno-anticorpo são detectadas por meio da reação com antiimunoglobulina humana, conjugada com um radioisótopo ou uma enzima. A revelação é feita por auto-radiografia ou por substrato cromogênico. Este teste é considerado "padrão ouro" para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade e comparativamente aos demais testes, um elevado custo.
- **Testes rápidos e testes simples:** dispensam em geral a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Sua aplicação é voltada para locais de testagem de um número reduzido de amostras e em inquéritos epidemiológicos. Apresentam sensibilidade comparável à dos testes de ELISA. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos e dois testes simples são realizados em tempo superior a 30 minutos.: dispensam em geral a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Sua aplicação é voltada para locais de testagem de um número reduzido de amostras e em inquéritos epidemiológicos. Apresentam sensibilidade comparável à dos testes de ELISA. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos e dois testes simples são realizados em tempo superior a 30 minutos.

Observação: Devido à transferência passiva dos anticorpos anti-HIV através da placenta, a detecção de anticorpos em crianças menores de 2 anos não caracteriza infecção pelo HIV, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.: Devido à transferência passiva dos anticorpos anti-HIV através da placenta, a detecção de anticorpos em crianças menores de 2 anos não caracteriza infecção pelo HIV, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

Técnica de cultura viral

Culturas de células mononucleares de sangue periférico para isolamento do HIV: foram inicialmente utilizadas para caracterizar o HIV como agente causador da aids. Atualmente esse teste tem sua utilidade restrita a ensaios clínicos de pesquisa.

Testes de detecção de antígeno VIRAL (Pesquisa de Antígeno p24)

Este teste quantifica a concentração da proteína do core viral, p24, presente no plasma ou no sobrenadante de cultura de tecido. Embora esta proteína esteja presente no plasma de pacientes em todos os estágios da infecção pelo HIV, sua maior prevalência ocorre antes da soroconversão e nas fases mais avançadas da doença; o teste é feito utilizando-se a técnica de ELISA (imunoenzimático). Atualmente esse teste tem sua utilidade em pesquisa e, quando não se dispõe do PCR (reação de polimerase em cadeia), pode ser usado para a detecção de infecção perinatal.

Testes de amplificação do genoma do vírus (carga viral)

Análise quantitativa direta da carga viral por meio de técnicas baseadas na amplificação de ácidos nucleicos, tais como a reação de polimerase em cadeia (PCR) quantitativa, amplificação de DNA em cadeia ramificada (*branched-chain DNA* ou bDNA) e amplificação seqüencial de ácidos nucleicos (*nucleic acid sequence-based amplification* ou NASBA). Embora ambas as técnicas sejam distintas, elas apresentam alta sensibilidade, permitindo o acompanhamento da resposta terapêutica anti-retroviral. Além disso, valores elevados de partículas virais (em cópias de RNA/ml) detectados nessas técnicas parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independente da contagem de células T CD4+. Sugere-se sua monitorização a cada 3-4 meses. Em caso de início ou mudança de terapia anti-retroviral, alguns autores recomendam uma dosagem da carga viral após 1 a 2 meses de tratamento, para avaliação da resposta ao esquema terapêutico utilizado.

Contagem de células TCD4+ em sangue periférico

A contagem de células TCD4+ em sangue periférico tem implicações prognósticas na evolução da infecção pelo HIV pois é a medida de imunocompetência celular; é mais útil no acompanhamento de pacientes infectados pelo HIV.

Até o momento, não existe nenhum valor específico de CD4+ ou carga viral considerado como ideal para iniciar o tratamento anti-

retroviral para todos os pacientes, já que a taxa de progressão para doença pode apresentar uma grande variação individual. As decisões terapêuticas devem ser individualizadas de acordo com o grau de risco de progressão indicado pelos parâmetros laboratoriais. Assim, baseando-se nos estudos disponíveis até agora, o tratamento anti-retroviral no Brasil tem sido indicado apenas para pacientes com contagem de células TCD4+ e/ou com carga viral, sendo que a composição do esquema terapêutico vai depender da estabilidade e magnitude dos parâmetros clínicos e laboratoriais utilizados. Como os valores elevados de carga viral parecem estar relacionados com um maior risco de progressão da doença, independentemente da contagem de células TCD4+, é recomendado que os dois exames sejam realizados simultaneamente, no sentido de melhor balizar as indicações de início e modificação do esquema terapêutico em uso. As variações dos resultados da carga viral são geralmente expressas em logaritmo, devido a sua variação. Reduções, aumentos ou oscilações entre dois resultados de exame de carga viral menores do que 0,5 log₁₀ (3 vezes em relação ao valor anterior) não são consideradas significativas do ponto de vista clínico.

Observações:

- Alterações quantitativas na função dos linfócitos podem permitir o surgimento de condições oportunistas em pacientes com níveis diferentes de células T CD4+.
- Em crianças, a contagem de células T CD4+ tem níveis diferentes de interpretação em relação aos adultos.
- Quando não há disponibilidade de quantificação da carga viral pode-se basear na contagem de células T CD4+ para iniciar ou alterar terapêutica anti-retroviral.

Diagnóstico Sorológico da Infecção pelo HIV

A fim de maximizar o grau de confiabilidade na emissão dos laudos, bem como minimizar a ocorrência dos resultados falso-negativos ou falso-positivos, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 488, de 17 de junho de 1998, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados para os testes que visam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos (ver fluxograma adiante).

Ao chegar em um laboratório, com uma solicitação de teste anti-HIV, o indivíduo tem sua amostra de sangue coletada. Após a coleta, esta amostra é centrifugada, para a obtenção do soro ou plasma que será utilizado nos testes.

A amostra de soro ou plasma, deve ser inicialmente submetida à primeira etapa do conjunto de procedimentos seqüenciados obrigatórios previstos na Portaria, denominada etapa de triagem sorológica.

Nesta etapa, a amostra deve ser submetida a 2 testes distintos, em paralelo. Esses 2 testes, denominados teste 1 e teste 2, devem possuir princípios metodológicos e/ou antígenos diferentes e, pelo menos um deles, deve ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Além disso, todos os conjuntos de diagnóstico (kits) utilizados para a realização dos testes devem estar registrados no Ministério da Saúde.

Após a realização da etapa de triagem sorológica, podemos encontrar 3 situações:

- Caso a amostra apresente resultados não reagentes nos testes 1 e 2, terá seu resultado definido como "Amostra negativa para HIV". Neste caso, o resultado é liberado para o paciente.
- Caso a amostra apresente resultados reagentes nos testes 1 e 2, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica prevista na Portaria.
- Caso a amostra apresente resultados discordantes ou indeterminados nos testes 1 e 2, deverá ser retestada em duplicata, com os mesmos conjuntos de diagnóstico (1 e 2).

Após a retestagem em duplicata, podemos encontrar 2 situações:

- Caso a amostra apresente resultados não reagentes nos dois testes, terá seu resultado definido como "Amostra negativa para HIV". Neste caso, o resultado é liberado para o paciente.
- Caso a amostra possua resultados reagentes, discordantes ou indeterminados nos dois testes, deve ser submetida à etapa de confirmação sorológica.

A seguir vem a etapa de confirmação sorológica. Esta etapa deve ser realizada em amostras que apresentarem resultados que necessitem de confirmação. Neste caso, o Ministério da Saúde preconiza a realização dos testes de Imunofluorescência Indireta (IFI) e/ou Western Blot (WB).

Na maioria dos casos, amostras que necessitem ter seu resultado confirmado, são elucidadas através do teste de IFI. Em alguns casos, além deste, é necessária a realização do teste WB.

Resumindo, após a realização da etapa de triagem, podemos ter 2 situações em que há necessidade de confirmação do resultado:

- amostras que possuam resultados reagentes nos testes 1 e 2, e;
- amostras que possuam resultados discordantes ou indeterminados nos testes 1 e 2.

Uma vez realizado o teste de IFI, podemos encontrar duas situações distintas:

- amostra com resultado reagente no teste de IFI, terá seu resultado definido como "Amostra positiva para HIV-1". Neste caso, é obrigatória a coleta de uma nova amostra para confirmação da positividade da primeira amostra.
- amostras com resultado indeterminado ou negativo no teste de IFI, devem ser submetidas ao teste de WB.

Após a realização do teste de WB, podemos encontrar as seguintes situações:

- amostra reagente no teste de WB terá seu resultado definido como "Amostra positiva para HIV-1". Neste caso, é obrigatória a coleta de uma nova amostra para confirmação da positividade da primeira amostra.
- amostra indeterminada terá seu resultado definido como "Amostra indeterminada para HIV-1". Neste caso, deverá ser submetida à investigação de anticorpos anti-HIV2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra após 30 dias e a repetição de todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.
- amostra negativa ao teste WB terá seu resultado definido como "Amostra negativa para HIV-1" e deverá ser submetida à investigação de anticorpos anti-HIV2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra, após 30 dias e a repetição de todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

Convém observar que é obrigatória a coleta de uma segunda amostra e a repetição da etapa de triagem sorológica (Etapa 1), sempre que uma amostra apresentar resultado definido como "Amostra positiva para HIV-1". Caso os resultados da testagem da segunda amostra sejam não reagentes ou indeterminados, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados.

Sempre que a primeira amostra for positiva, ao teste de IFI ou ao teste de WB e a segunda amostra for negativa aos testes de triagem, é preciso considerar a possibilidade de ter havido troca ou contaminação de amostras.

Deve-se ressaltar o fato de que todos os conjuntos de diagnóstico apresentam características intrínsecas que podem conduzir a resultados falsos.

Resultados falso-positivos podem ser decorrentes de problemas técnicos no procedimento do exame ou de alterações biológicas no indivíduo e que determinam reatividade, independente da condição investigada. Entre as causas de origem técnica, podemos citar: contaminação de ponteiros, contaminação da reação por soros vizinhos fortemente positivos, troca de amostras, ciclos repetidos de congelamento e descongelamento das amostras, pipetagens de baixa acurácia, inativação da amostra a 56°C e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits.

Como possíveis causas de resultados falso-positivos podemos mencionar, entre outras, as semelhanças antigênicas entre microrganismos, doenças auto-imunes, infecções por outros vírus, uso de drogas endovenosas, aquisição de anticorpos anti-HIV passivamente.

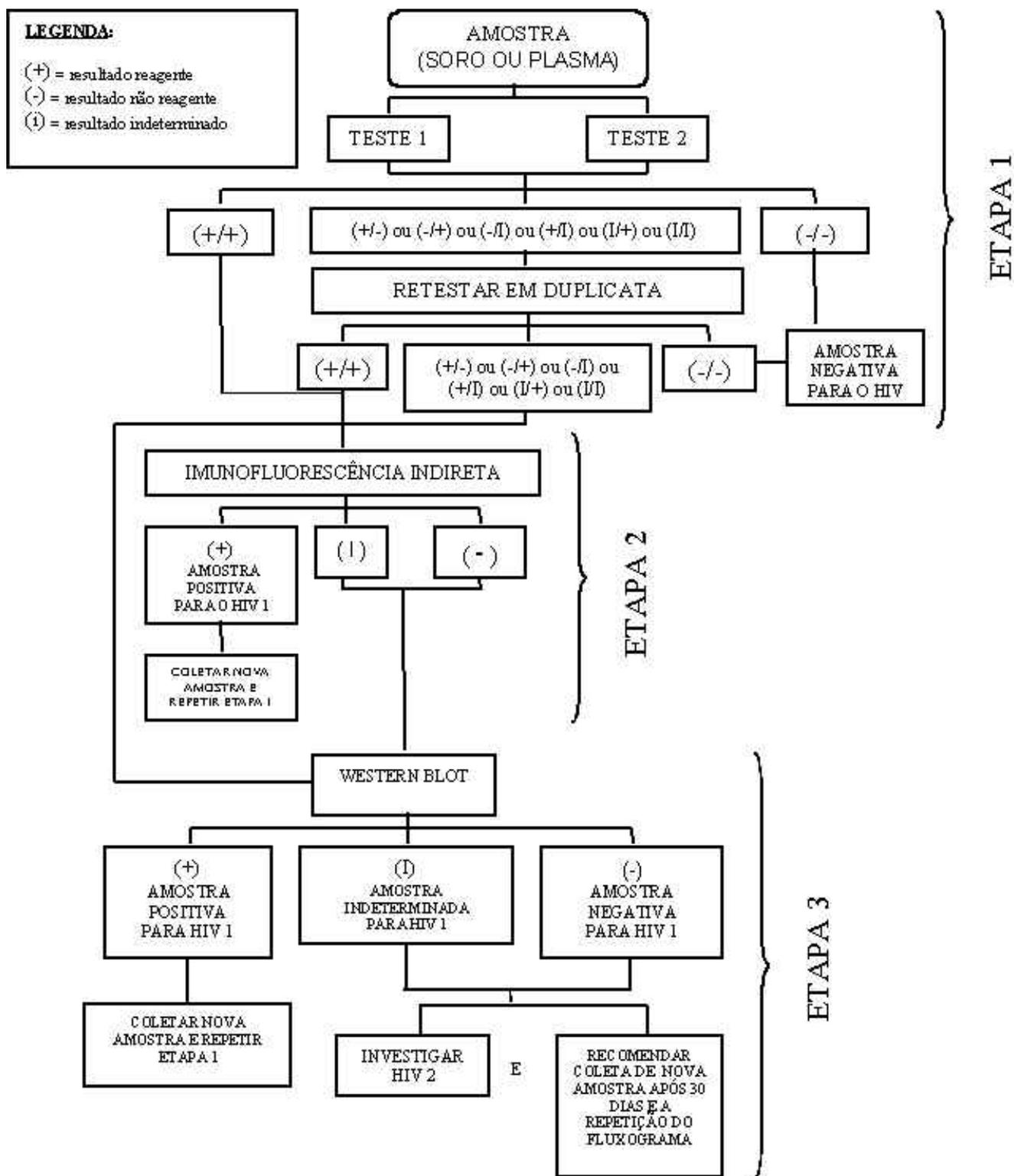
É importante salientar que nem todos os casos de reações falso-positivas tem a sua causa definida ou podem ser evitados. Além disso, tais causas podem variar ou não, de acordo com os métodos utilizados.

Com relação aos resultados falso-negativos, é importante mencionar a sensibilidade do teste como uma das principais causas, em função das diferentes capacidades de detecção dos kits, da ocorrência do período de janela imunológica ou da variabilidade na constituição antigênica dos conjuntos de diagnóstico. Entre as causas de ordem técnica como fatores que contribuem para o aparecimento de resultados falso-negativos, podemos citar: a troca da amostra, o uso de reagentes fora do prazo de validade, a utilização de equipamentos desajustados, pipetagem incorreta e o transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits.

Finalmente, é importante enfatizar que mesmo com processamento adequado das amostras de sangue e a execução técnica correta de todas as etapas da reação sorológica no laboratório, é fundamental que o processo de aconselhamento, antes e depois do teste, seja feito de forma cuidadosa, para que o resultado do exame, seja corretamente interpretado, tanto pelo profissional de saúde quanto pelo paciente, gerando atitudes que visem a promoção da saúde e/ou a prevenção da infecção pelo HIV nos indivíduos testados, conforme o diagnóstico obtido a partir da avaliação clínica e laboratorial do paciente.

FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 2 ANOS

(Portaria nº 488, de 17/06/98, Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária, D.O da União Seção 1 p. 3).



Terapia anti-retroviral

A terapia anti-HIV é uma área complexa, sujeita a constantes mudanças. As recomendações deverão ser revistas periodicamente com o objetivo de incorporar novos conhecimentos gerados pelos ensaios clínicos. Pelo exposto, torna-se difícil atualizar-se com a rapidez que o tema exige a fim de promover o manejo adequado dos indivíduos infectados pelo HIV ou com aids. Sendo assim, definir o momento do início da terapia anti-retroviral, e qual a melhor combinação a ser instituída, deve ser atribuição de infectologistas ou clínicos com experiência no manejo desses pacientes. Os demais médicos que acompanham o paciente, devem

contribuir para que:

- seja estabelecido o diagnóstico inicial, encaminhando-o, quando necessário, a um serviço especializado;
- seja feita a profilaxia das infecções oportunistas, quando necessário;
- o paciente compareça periodicamente ao serviço especializado;
- a adesão ao tratamento seja satisfatória; e
- o paciente passe a adotar práticas preventivas evitando sua reinfecção e a transmissão do vírus para outras pessoas.

Existem até o momento duas classes de drogas liberadas para o tratamento anti-HIV:

Inibidores da transcriptase reversa

São drogas que inibem a replicação do HIV bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa que age convertendo o RNA viral em DNA. Atualmente estão disponíveis:

- Nucleosídeos: Zidovudina (AZT), Didanosina (ddl), Zalcitabina (ddC), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T) e Abacavir (ABC).
- Não-nucleosídeos: Nevirapina, Delavirdina e Efavirenz.
- Nucleotídeo: Adefovir dipivoxil.

Inibidores da protease

Estas drogas agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease que é fundamental para a clivagem das cadeias protéicas produzidas pela célula infectada em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV. Atualmente estão disponíveis: Indinavir, Ritonavir, Saquinavir, Nelfinavir e Amprenavir.

Terapia combinada

É o tratamento anti-retroviral com associação de duas ou mais drogas da mesma classe farmacológica (ex.: dois análogos nucleosídeos), ou de classes diferentes (ex.: dois análogos nucleosídeos e um inibidor de protease). Estudos multicêntricos demonstraram aumento na atividade anti-retroviral (elevação de linfócitos T-CD4+ e redução nos títulos plasmáticos de RNA-HIV) quando da associação de drogas, particularmente redução da replicação viral por potencializar efeito terapêutico ou por sinergismo de ação em sítios diferentes do ciclo de replicação viral. Outros estudos evidenciaram redução na emergência de cepas multirresistentes quando da utilização da terapêutica combinada.

Profilaxia Primária de Infecções Oportunistas em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV

Agente oportunista	Indicação	1ª escolha	Alternativo
<i>Pneumocystis carinii</i>	CD4 < 200/mm ³ ou presença de sinais clínicos de imunodeficiência, como febre inexplicada com duração > 2 semanas e candidíase oral	Sulfametoxazol (SMX) + Trimetoprima (TMP), VO, 800+160mg ou 5mg/kg (TMP) 1x/dia	Dapsona 100mg, VO, 1x/dia, ou Pentamidina 300mg em 6 ml de água estéril, 1x/mês por via inalatória
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	PPD reator (> 5mm) ou história pregressa de PPD reator sem tratamento ou contato com caso de tuberculose ativa (bacilífera)	Isoniazida (INH) VO 300mg/dia	
<i>Toxoplasma gondii</i>	Sorologia positiva (IgG) para toxoplasmose e CD4 < 100/mm ³	SMX-TMP VO 800 +160mg 1x/dia	Dapsona, VO, 50mg/dia + pirimetamina, VO, 50mg/semana + ácido fólico, VO, 25mg / semana, ou Dapsona, VO, 200mg/semana + pirimetamina, VO, 75mg/semana + ácido fólico, VO, 25mg/semana
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Todos pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV (eficácia reduzida em paciente HIV+ com CD4 < 500/ mm ³)	Vacina anti-pneumocócica (1 dose), IM. Validade: 5 anos	
Vírus da Hepatite B	Todos pacientes com infecção pelo HIV (eficácia reduzida em pacientes HIV+)	Vacina para hepatite B (3 doses), IM.	

É importante lembrar que pacientes que já apresentaram processos oportunistas de maior gravidade, como pneumonia por *P. carinii*, neurotoxoplasmose, retinite por CMV, podem necessitar de terapia de manutenção para os agentes causais por tempo indeterminado para evitar recidivas.

Além da terapia anti-HIV, alguns pacientes deverão fazer uso de quimioprofilaxia e imunização para certos processos oportunistas mais prevalentes e cuja relação custo-benefício tem se mostrado amplamente favorável.

Para maiores detalhes, consultar o "Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças", e o "Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes" do Ministério da Saúde.

Quimioprofilaxia após a Exposição Ocupacional a material biológico

O profissional de saúde exposto deverá ser encaminhado nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas) após o acidente, quando houver indicação, para a quimioprofilaxia. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada de 24 a 36 horas após o acidente. O início da medicação após largos intervalos de tempo (1 a 2 semanas) pode ser considerado somente para exposição com elevado risco de transmissão do HIV. A duração da quimioprofilaxia é de 4 semanas.

Para maiores informações sobre quimioprofilaxia para o HIV após a exposição ocupacional a material biológico, consultar o manual de condutas "Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV" do Ministério da Saúde.

Manejo do portador do HIV em unidades básicas de saúde

AMAMNESE

Uma história detalhada permite ao clínico informações indicativas do comportamento de risco para as DST e infecção pelo HIV. Com base nestas informações, o profissional poderá em conjunto com seu paciente, antever mudanças específicas que minimizem o risco de uma re-infecção e/ou transmissão para outras pessoas.

É importante que se pesquise história de sífilis, visto que esta DST, quando associada à infecção pelo HIV, aumenta o risco de envolvimento do sistema nervoso central (SNC). História de verrugas genitais, ou coito anal receptivo, em mulheres e homens, deve ser cuidadosamente pesquisada. A co-infecção HIV e Papiloma Vírus Humano (HPV) pode predispor à displasia e ao câncer cervical, bem como ao carcinoma de células escamosas do ânus.

Muitas condições comuns de pele, incluindo-se eczema, dermatite seborréica, psoríase, verrugas comuns, molusco contagioso e infecção pelo vírus herpes simples, podem apresentar-se de forma exacerbada ou atípica quando em co-infecção com o HIV.

Pacientes com história prévia de infecção pelo vírus das hepatites B e C podem experimentar reativação viral durante o curso da infecção crônica pelo HIV, levando à reversão para estados de hepatite clinicamente ativa.

História de exposição ao bacilo da tuberculose é importante, visto que o risco de desenvolvimento da doença ativa é significativamente maior em indivíduos infectados pelo HIV do que na população geral.

EXAME FÍSICO

A pesquisa dos sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HIV, assinalados acima, devem fazer parte da preocupação do clínico quando frente a um paciente com história de risco para as DST e/ou infecção pelo HIV. A presença de febre prolongada, de baixa intensidade, pode ser a mais precoce manifestação de infecções, como pneumonia pelo *Pneumocystis carinii* (PCP), doenças por micobactérias, ou criptococose, ou neoplasia, especialmente os linfomas.

O HIV pode penetrar o SNC na fase da infecção primária, ou subseqüentemente, resultando numa variedade de síndromes neurológicas, incluindo meningite asséptica, encefalopatia, mielites, como também neuropatias periféricas e autonômicas. Cefaléias persistentes, mudanças de comportamento, perda de memória, e incapacidade de concentração, podem significar manifestações da infecção pelo HIV ou de uma das doenças oportunistas, ou tumor envolvendo o SNC. Envolvimento de nervos periféricos pelo HIV pode manifestar-se por parestesia dolorosa, fraqueza e dormência. É importante enfatizar que os pacientes portadores do HIV, particularmente nas fases mais avançadas da doença, fazem uso de diversos tipos de medicamentos, cujos efeitos colaterais

podem ser de natureza neurológica.

Diarréia, como referimos, pode resultar de doenças oportunistas no trato gastrointestinal ou por toxicidade das drogas utilizadas no tratamento do HIV e suas complicações.

Atenção especial deve ser dada a certos sítios anatômicos onde a ocorrência de processos oportunistas característicos de infecção pelo HIV é freqüente, como: cavidade oral, região genital e perianal, pele e fundo de olho. As manifestações oportunistas, indicativas de imunodeficiência mais grave, geralmente se manifestam por meio de síndromes respiratórias, digestivas e/ou neurológicas. Portanto, esses sistemas devem ser sempre bem examinados.

Recomendações para redução da transmissão vertical do HIV

Estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação, ou durante o trabalho de parto, ou através da amamentação. Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto.

Um dos maiores avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV foi demonstrado no estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França, em gestantes que não amamentaram e que mostrou a redução de 70% com o uso do AZT na gestação, parto e no recém-nascido (Protocolo *Aids Clinical Trial Group* - ACTG 076).

Considerando estas informações, são feitas as seguintes recomendações:

- Oferecer o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. O teste deve sempre ser voluntário e confidencial;
- Oferecer AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de TCD4+, carga viral, estado clínico ou uso concomitante de outros anti-retrovirais, devendo o tratamento ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação até o parto, com reavaliação do tratamento no pós-parto. Quando a oportunidade acima for perdida, o tratamento com AZT deverá ser iniciado em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto.
- Para gestantes infectadas pelo HIV com contagem de células T CD4+ < 500mm³, carga viral elevada e/ou sintomáticas, poderão receber terapêutica anti-retroviral combinada a critério médico, após discussão dos riscos com a paciente, de acordo com o Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV, da Coordenação Nacional de DST e Aids. Até o momento, não existem dados na literatura que garantam eficácia na redução da transmissão vertical e/ou segurança para o feto com a utilização de outro anti-retroviral que não o AZT.
- Oferecer AZT intravenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto, ou quatro horas antes da cesariana eletiva, até o término do parto.
- Oferecer AZT solução oral ao RN. Esta terapia deve iniciar-se o mais precocemente possível nas primeiras 24 horas após o parto (de preferência, iniciá-la até a oitava hora), e ser mantida até a 6ª semana de vida. Até o momento, não há comprovação de eficácia quando o tratamento é iniciado após 24 horas. A indicação da profilaxia após este período fica a critério médico.
- Que toda criança nascida de mãe infectada pelo HIV não receba aleitamento materno. Por conseguinte, deve ser fornecido leite artificial com fórmulas apropriadas até o segundo ano de vida.

Esquemas posológicos:

- Gestante: AZT oral (comprimidos de 100 mg). Iniciar a partir da 14ª semana, e continuar até o parto. Dose diária = 500 mg.
- Parturiente: AZT injetável IV (frasco-ampola de 200 mg). Iniciar com 2 mg/Kg na primeira hora, seguindo-se de infusão contínua com 1 mg/Kg/hora até o final do parto.
- Criança: AZT solução oral (frasco de 2.000 mg/200 ml). Iniciar até 12 horas após o nascimento, na dose de 2 mg/Kg a cada 6 horas, durante 6 semanas.

Infecção pelo vírus t-linfotrópico humano (htlv)

Conceito

O HTLV pertence à família dos retrovírus (a mesma do HIV). Infecta os linfócitos T e pode causar uma série de doenças, a principal delas é conhecida como leucemia das células T do adulto, que é normalmente fatal. Também pode causar uma síndrome de desmilenização conhecida como paraparesia espástica tropical (PET) ou mielopatia associada ao HTLV-1.

Os retrovírus, cujo material genético é composto de RNA, foram os primeiros vírus descritos a infectar mamíferos. Sua relação com algumas doenças em seres humanos permaneceu obscura até 1980, quando um novo retrovírus, chamado vírus T-linfotrópico humano tipo 1 (ou, em inglês, human T-lymphotrophic viruses 1, HTLV-1) foi identificado em um paciente com linfoma cutâneo. Alguns estudos conduzidos no Japão concluíram que a maioria dos pacientes adultos portadores de leucemia, ou linfoma, tinham sido expostos ao HTLV-1; ou seja, pensou-se naquela época, que esse novo retrovírus, além de estar associado a leucemias e linfomas, poderia também ser a causa de uma nova doença, a Aids.

Após a identificação do HIV, em 1983, e depois de uma série de estudos sobre o HTLV-1, concluiu-se que ambos, além das mesmas formas de transmissão (sexual, sanguínea e vertical) tinham também como característica comum o tropismo pelos linfócitos T, causando destruição dessas células, linfopenia e inversão da relação CD4/CD8. A infecção pelo HIV, na maioria dos casos, depois de um período de incubação de 5 a 10 anos, resulta em imunodeficiência e manifestações clínicas da aids. Em contrapartida, o HTLV-1, além da destruição, causa transformações nos linfócitos T, resultando no desenvolvimento, dentre outras, de leucemia ou linfoma, depois de um período de incubação, em média, de 20 a 30 anos, e apenas em uma minoria dos pacientes infectados.

Posteriormente, estudos moleculares detalhados realizados em pacientes com leucemia identificaram um outro retrovírus, com algumas características diferentes do HTLV-1, que veio a ser chamado de HTLV-2.

Epidemiologia

O HTLV é transmitido da mesma forma que o HIV, ou seja, por meio dos fluidos corpóreos, como o esperma, secreções vaginais, sangue, da gestante para o feto e da mãe à criança durante a amamentação.

As mais altas prevalências ocorrem em populações de usuários de drogas injetáveis e receptores de sangue ou hemoderivados. As taxas mais altas ocorrem no sudoeste do Japão, onde 30% da população adulta é de portadores do HTLV-1. Uma outra região do mundo considerada de alta prevalência é o Caribe, onde 2% a 5% dos adultos negros são soropositivos para o HTLV1. Taxas elevadas também são encontradas na América do Sul, América Central e África sub-saariana. A larga distribuição de HTLV no mundo, e o fato da infecção pelo HTLV estar difundida em populações que

aparentemente não têm nenhuma inter-relação, fez com que alguns epidemiologistas concluíssem que este vírus está infectando seres humanos há muito mais tempo que o HIV.

Doenças Associadas ao HTLV-1

A Leucemia de Linfócitos T do Adulto (LLTA) foi reconhecida como uma entidade clínica no Japão, em 1977. Atualmente é a forma mais comum de leucemia no sudoeste do Japão, onde são diagnosticados 700 casos novos a cada ano. Embora quase 100% dos casos sejam HTLV-1 positivos, foi calculado que, em regiões endêmicas, a doença se desenvolve em apenas 2% a 4% dos indivíduos infectados com HTLV-1, após um período de latência que pode durar de 10 a 60 anos.

Além da PET, uma síndrome desmielinizante, outras doenças ou síndromes foram associadas ao HTLV-1. Entre estas estão a uveíte, a hipereosinofilia e alguns tipos de dermatite, cuja presença em crianças imunocomprometidas, pode sinalizar o possível desenvolvimento, algumas décadas mais tarde, da leucemia dos linfócitos T.

Outra síndrome associada ao HTLV-1 é um tipo de artropatia, cuja característica principal é uma oligoartrite crônica, afetando ombros, pulsos e joelhos.

Doenças Associadas ao HTLV-2

Embora a patogenicidade do HTLV-1 pareça ser maior que a do HTLV-2, este último tem sido isolado ou detectado em pacientes com leucemia linfocítica crônica com neutropenia, leucemia prolinfocítica, linfoma cutâneo, síndrome de Sézary, dermatite esfoliativa, síndrome da fadiga crônica e distúrbios neurodegenerativos súbitos. Entretanto, o exato papel do HTLV-2 nestas doenças ainda não está claro.

Infecção pelo Citomegalovirus (CMV)

Conceito

O Citomegalovirus (CMV) pertence à família dos herpesvírus; é muito comum; infecta aproximadamente a metade da população de adultos jovens nos EUA. Raramente causa problemas sérios, exceto em pessoas que tenham seu sistema imunitário comprometido e nas gestantes, dado seu poder de interferir na formação de órgãos e tecidos fetais. É encontrado na saliva, urina e outros fluidos corpóreos como o sêmen, secreções vaginais, podendo, portanto, ser transmitido nas relações sexuais. Também pode ser transmitido facilmente por outras formas de contato físico como, por exemplo, o beijo. Como os outros herpesvirus, o CMV, após a infecção, permanece no organismo, normalmente em estado inativo, podendo ser reativado em determinadas situações.

Sintomas

Em adultos saudáveis, o CMV não produz normalmente nenhum sintoma ou sinal. Algumas pessoas podem apresentar sintomas semelhantes a um quadro de mononucleose infecciosa como, por exemplo, enftamento ganglionar, febre, mal-estar, dores articulares e cansaço, além de aumento de volume do fígado e/ou do baço e erupções cutâneas; estes sintomas e sinais tem evolução autolimitada.

Diagnóstico

O teste ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) pode ser usado para detectar anticorpos no sangue. Vários outros testes sangüíneos podem sugerir uma infecção por CMV, mas nenhum faz o diagnóstico de certeza.

Complicações

Quando ocorre a transmissão vertical do CMV, ou seja, a transmissão da gestante para o feto, principalmente durante o primeiro trimestre de gravidez, há uma grande possibilidade da criança nascer e se desenvolver com retardamento mental, cegueira, surdez, paralisia cerebral, epilepsia. Quando o CMV é adquirido, ou se reativa, nos indivíduos imunocomprometidos, pode provocar doenças graves. Nos portadores do HIV são mais comuns o comprometimento do sistema nervoso central, do trato digestivo (colite, esofagite), hepatite, pneumonia e retinite, que pode levar à cegueira.

Tratamento

Atualmente estão sendo testadas novas drogas antivirais que poderiam ser eficazes contra a infecção pelo CMV. Foram aprovadas, e estão sendo utilizadas para tratamento de retinite em portadores do HIV, o foscarnet e o ganciclovir da seguinte maneira:

- **Ganciclovir** 5mg/kg/dose, EV (infusão por mais de 1 hora), 2 vezes ao dia, por 14 a 21 dias; manutenção: 6mg/kg/dose, EV, 1x/dia, 5vezes por semana, indefinidamente; 5mg/kg/dose, EV (infusão por mais de 1 hora), 2 vezes ao dia, por 14 a 21 dias; manutenção: 6mg/kg/dose, EV, 1x/dia, 5vezes por semana, indefinidamente;

Nos casos de intolerância ao Ganciclovir:

- **Foscarnet** 60 mg/kg, EV, 3 vezes ao dia (infusão por mais de 2 horas), por 14 a 21 dias. Manutenção: 90 mg/kg, EV, 1 vez ao dia, indefinidamente. 60 mg/kg, EV, 3 vezes ao dia (infusão por mais de 2 horas), por 14 a 21 dias. Manutenção: 90 mg/kg, EV, 1 vez ao dia, indefinidamente.

Prevenção

Com o objetivo de reduzir o risco da transmissão para o feto, particularmente durante o primeiro trimestre de gravidez, as mulheres grávidas devem usar preservativos em todas as suas relações sexuais. A exposição durante a gravidez é considerada a principal causa de infecção pelo CMV em recém-nascidos. Crianças infectadas antes ou logo após o nascimento eliminam CMV pela saliva e urina, o que pode ser um fator importante na disseminação do vírus e na infecção de outras crianças, especialmente quando institucionalizadas.

Infecção pelo vírus do molusco contagioso

Conceito

Doença causada por um Poxvírus, que produz pápulas na pele, que variam do rosa nacarado ao branco com uma depressão central. Usualmente há múltiplas lesões, mais freqüentemente na área genital (em adultos). Em crianças, a localização extragenital é mais comum.

Epidemiologia

Transmissão

Geralmente, por contato direto com pessoas infectadas; ocasionalmente, por meio de fômites. Em adultos, a localização das lesões na região anogenital sugere transmissão sexual. As lesões são auto-inoculáveis. Embora as lesões contêm milhões de partículas virais, a infectividade é surpreendentemente pequena.

Período de incubação

É geralmente de 3 semanas a 3 meses após a exposição.

Distribuição

Pode ocorrer em qualquer idade, sendo visto mais freqüentemente em crianças na idade escolar do que em adultos. A doença é mais comum em pacientes com aids e, nestes, as lesões tendem a se disseminar.

Quadro clínico

O início se dá com o aparecimento de pápulas minúsculas que atingem de 3 a 6 mm de diâmetro, cujas principais características são:

- semi-esféricas, isoladas e bem delimitadas, geralmente agrupadas;
- apresentam coloração pérola, rósea, ou igual a da pele circundante;
- o centro é freqüentemente umbilicado e a base discretamente eritematosa;
- é facilmente removível dando saída a material esbranquiçado que contém as partículas virais;

- as lesões localizam-se em qualquer área da pele e, eventualmente, em mucosas; freqüentemente na face, tronco, superfícies expostas das extremidades. Em adolescentes e adultos são mais comumente localizadas nas regiões pubiana e genitais;

- quando a infecção é transmitida sexualmente, as lesões geralmente limitam-se à região

anogenital.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito pelo aspecto clínico das lesões, pelo aspecto do material obtido à expressão das pápulas e, eventualmente, por meio da biópsia.

Diagnóstico diferencial

Acne vulgar, miliária, varicela, epitelomas e líquen plano, condiloma acuminado e outras verrugas.

Tratamento

- Na grande maioria das vezes, o tratamento específico não é necessário considerando-se que as lesões são geralmente autolimitadas e envolvem sem deixar cicatrizes num período de 6 meses a 2 anos.
- O tratamento deve ser determinado pela idade do paciente, pelo número e distribuição das lesões e pela presença ou não de sinais inflamatórios.
- Quando há pequeno número de lesões é indicada a curetagem, com aplicação de tintura de iodo.
- Quando há um grande número de lesões pode-se fazer o tratamento com substâncias químicas: **Podofilina** a 20% (2 vezes por semana até a cura) ou **Ácido tricloroacético (ATA)** a 10 - 30%.
- Crioterapia: geralmente bem tolerada pelo paciente, obtendo-se bons resultados.

Recomendações

- O paciente deve ser reexaminado após o tratamento em intervalos de 15 dias a 2 meses para garantir que as lesões previamente diminutas foram também erradicadas.
- Em adultos, deve-se examinar o parceiro sexual se as lesões estiverem localizadas em área anogenital.
- Em adultos, a presença de lesões exuberantes ou atípicas, de localização extragenital, especialmente na face, deve fazer pensar em infecção concomitante pelo HIV.

ECTOPARASITOSE

ESCABIOSE

Conceito

Doença infecciosa da pele causada por um ácaro, cuja penetração na pele é visível sob a forma de pápulas ou vesículas ou de sulcos lineares diminutos que contêm os ácaros e seus ovos. As lesões predominam nos espaços interdigitais, na face anterior dos pulsos e cotovelos, nas axilas, cintura, coxas, no abdômen e na parte inferior das nádegas. No homem as lesões são mais freqüentemente observadas nos órgãos genitais externos e na mulher, nos mamilos.

Agente etiológico

Sarcoptes scabiei variedade hominis. variedade hominis.

Epidemiologia

Transmissão

Predominantemente por contato íntimo com pessoa infestada, podendo também ocorrer por meio de roupas de cama ou de uso pessoal.

Período de incubação

Em indivíduos não infestados anteriormente, o período de incubação varia de 4 a 5 semanas, após a inoculação do ácaro. Nos casos de reinfestação é de 24 horas.

Quadro clínico

- Prurido: é o sintoma principal sendo de intensidade variável; geralmente mais intenso à noite ou ao amanhecer.
- Presença de lesões eritemato-pápulo-escoriadas nas seguintes localizações: espaços interdigitais, punhos, cotovelos, axilas, cintura, abdômen, nádegas, coxas, genitais, aréolas mamárias.
- Presença do sulco acariano em pequena proporção de casos; diminuta elevação linear com até 1 cm de tamanho; em sua porção terminal encontra-se uma vesícula esbranquiçada (eminência acariana) que contém o ácaro.
- Escabiose nodular: localiza-se, principalmente, nas regiões genitais e perigenitais; caracteriza-se por lesões pápulo-nodulares eritemato-violáceas, intensamente pruriginosas, persistentes, às vezes, mesmo após o tratamento específico. Nas lesões não se encontram o ácaro ou seus ovos.

Diagnóstico laboratorial

Tem pouca relevância, visto que um resultado negativo não exclui de forma definitiva o diagnóstico clínico inicial. A pesquisa do ácaro ou de seus ovos na lesão deve ser feita por escarificação até a derme; dilui-se o material em óleo mineral e a identificação é feita com microscópio óptico em pequeno aumento.

Tratamento

Monossulfiram a 25%: a 25%:

- deve ser diluído em água (para crianças em 3 vezes o volume em água, para adultos em 2 vezes);
- o medicamento deve ser aplicado à noite, após o banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital;
- deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas, num total de 3 aplicações;
- pode ser usado mesmo se houver infecção secundária;
- não ingerir bebida alcoólica durante seu uso.

Enxofre precipitado a 5 - 10%: a 5 - 10%:

- preparado em creme ou vaselina, é pouco irritante;
- aplicar à noite após banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital. Deixar agir por 12 horas, lavar e repetir o processo após 24 horas, num total de 3 aplicações. Mais indicado para crianças até 5 anos e gestantes;
- pode ser usado mesmo se houver infecção secundária.

Benzoato de benzila a 25% a 25%

- o medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem a região genital;
- deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas, num total de 3 aplicações;
- se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Gamabenzeno hexaclorado a 1%: a 1%:

- pode ser usado em loção ou creme, 1 única aplicação. Deve ser evitado em gestantes e lactentes (absorção sistêmica). Evitar o banho prévio. Retirar com o banho após 8 a 12 horas da aplicação;
- se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Deltametrina (derivado das piretrinas) (derivado das piretrinas)

- o medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e, no homem, a região genital;
- deixar agir por 12 horas, e repetir após 24 horas num total de 3 aplicações.
- se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.

Recomendações

- Repetir o esquema 7 dias após.
- As roupas de cama e de uso pessoal devem ser bem lavadas, expostas ao sol e passadas com ferro. Não há necessidade de serem fervidas.
- Todas as pessoas que convivem no mesmo ambiente devem ser igualmente tratadas.

Gestante

- **Enxofre precipitado** a 5-10%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.
- **Benzoato de benzila** a 25%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.

Portador do hiv

Pacientes imunodeprimidos, pela infecção pelo HIV ou outro motivo, tem maior risco para infecção dermatológica disseminada (sarna norueguesa). Esses pacientes devem portanto, ser referidos para especialistas.

PEDICULOSE PUBIANA

Conceito

Ectoparasitose conhecida há séculos, a pediculose do púbis é para alguns autores a mais contagiosa das doenças sexualmente transmissíveis. Transmite-se por meio do contato sexual, mas pode ser veiculada por meio de fômites, tais como vestuário, roupas de cama, e toalhas.

Agente etiológico

Phthirus pubis.

Quadro clínico

- Os sintomas surgem de 1 a 2 semanas após a infestação ou em menor tempo, se o paciente apresentou infestação prévia pelo piolho.

- Prurido intenso é a principal queixa do paciente.
- O piolho adulto e as lêndeas são encontrados fixados aos pêlos pubianos e também nas regiões pilosas do abdômen inferior, coxas e nádegas.
- Ocasionalmente, o piolho adulto pode ser encontrado nas axilas, pálpebras e supercílios.
- Lesões de urticária, vesículas e máculas pigmentadas (azuladas) podem ocorrer após as picadas dos piolhos.

Diagnóstico

É facilmente feito pelo achado dos piolhos e das lêndeas aderidos aos pêlos.

Tratamento e recomendações

Seguir as mesmas indicações da escabiose.

Gestante

- **Enxofre precipitado** a 5-10%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.
- **Benzoato de benzila** a 25%: aplicação tópica à noite, por 3 dias, conforme orientado acima.

Violência sexual e DST

Conceito

Define-se como estupro o ato de constranger a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal, por meio de violência ou grave ameaça. Do ponto de vista jurídico é crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro. O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso diverso da conjugação carnal. O atentado violento ao pudor, também é crime previsto no artigo 214 do Código Penal Brasileiro.

O estupro é um crime geralmente clandestino, sub-relatado e pouco conhecido. Sua real frequência é desconhecida porque as vítimas hesitam em informar, devido à humilhação, medo, sentimentos de culpa, desconhecimento sobre as Leis e descrédito no sistema judicial.

O abuso sexual está ligado a problemas de saúde pública e reprodutiva tais como, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, além das disfunções sexuais que podem produzir. A violência sexual praticada durante a gravidez representa fator de risco para saúde da mulher e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e de recém-nascidos de baixo peso. As infecções de transmissão sexual adquiridas durante o estupro, quando não tratadas, podem levar a quadros de doença inflamatória pélvica e esterilidade; dentre estas pode estar a infecção pelo HIV o que leva à necessidade de aconselhar a vítima para a realização do teste anti-HIV.

O trauma emocional do abuso sexual resulta da violência em si e também do medo de gravidez ou de ter adquirido uma DST, inclusive o HIV. A reação imediata é de medo persistente, perda de auto-estima e dificuldade de relacionamento. Os efeitos psicológicos crônicos do abuso sexual se enquadram no distúrbio de stress pós-traumático. O medo de ter contraído infecção pelo HIV aumenta a ansiedade da vítima. O grau de risco de contrair HIV depende da condição clínica e sorológica do agressor, do tipo de trauma e das frequências das agressões. O tipo de exposição sexual (vaginal, anal ou oral), o trauma associado, a presença de outra DST inflamatória ou ulcerativa, e a exposição a secreções sexuais e/ou sangue, são relevantes na avaliação do risco de transmissão do HIV.

As vítimas de estupro necessitam de diagnóstico e acompanhamento cuidadosos para uma multiplicidade de condições clínicas, incluindo apoio psicológico, amparo forense, prevenção da gravidez indesejada e profilaxia das DST.

O atendimento à vítima de estupro é complexo, necessitando de modo ideal de cuidados de uma equipe multidisciplinar habituada com tais intervenções. Em geral cabe ao ginecologista ou ao plantonista nos serviços de emergência o primeiro atendimento, devendo estes profissionais estarem preparados para conduzir os casos e fornecerem informações corretas se forem inquiridos. Do ponto de vista forense, os delitos contra os costumes iniciam-se mediante queixa da vítima, ou do seu representante legal à autoridade policial. A polícia tem o dever de abrir o inquérito e lhe dar o devido andamento, devendo ser a vítima enviada para a realização do exame médico-legal.

Exame Físico e Avaliação das Lesões

Após anamnese e exame clínico-ginecológico, a extensão das lesões será avaliada. Em presença de lesões graves com risco de vida por lacerações e hemorragias, havendo condições locais, procede-se aos cuidados imediatos e na ausência de condições hospitalares, a vítima deverá ser referenciada para unidade adequada. Na constatação de lesões leves, a seqüência no atendimento dependerá da disponibilidade ou não de exames laboratoriais; caso exista tal possibilidade, os exames deverão ser solicitados após coleta imediata das amostras. Na disponibilidade ou não de laboratório, as lesões encontradas deverão ser cuidadosamente observadas e anotadas no prontuário. Nas pacientes que não estejam em uso de contraceptivo eficaz e estando no período fértil deve-se iniciar a contracepção de emergência.

Cuidados Profiláticos

Durante o aconselhamento, as pacientes devem ser informadas sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

- profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido em pacientes em período fértil);
- início da antibioticoprofilaxia para DST;
- coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis e HIV (para conhecimento do estado sorológico no momento do atendimento para posterior comparação); e
- agendamento do retorno para acompanhamento psicológico e realização de sorologia para sífilis (após 30 dias) e para o HIV (após no mínimo 3 meses).

Prevenção da Gravidez Indesejada

A anticoncepção pós-coital ou de emergência é uma medida essencial no atendimento de pacientes que sofreram estupro. A possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção num dia qualquer do ciclo menstrual é de 2 a 4%, sendo este risco aumentado no período fértil. O método de Yuzpe é o mais utilizado e consiste na administração oral da associação de estrogênios e progestagênios, iniciados até 72 horas após o coito desprotegido. Existem no Brasil comprimidos contendo a associação de Etinilestradiol (0,05 mg) e Levonorgestrel (0,25 mg); utilizar 2 comprimidos a cada 12 horas, em duas doses (dose total de 0,2 mg de Etinilestradiol e de 1,0 mg de Levonorgestrel). Outra opção é a utilização de 0,24 mg de Etinilestradiol e 1,2mg de Levonorgestrel, divididos em duas doses iguais, iniciando até 72 horas após o coito. Neste caso, prescrever os contraceptivos hormonais orais contendo 0,03 mg de Etinilestradiol e 0,15 mg de Levonorgestrel (4 comprimidos a cada 12 horas, em duas doses).

Observação: em casos de falha, quando do estupro resultar a gravidez, se for desejo da paciente, o abortamento é previsto em Lei e poderá ser feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quando disponível o laboratório, deverão ser colhidos espécimes de vagina e endocérvice para exame direto à fresco e corado pelo Gram, para cultura em meio Thayer-Martin e para imunofluorescência direta; deverão ser colhidos espécimes da endocérvice e reto para possível detecção de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

Profilaxia das DST

Para a maioria das DST não virais:

- **Ofloxacina** 400 mg, VO, dose única, (em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos usar **Cefixima** 400mg, VO, dose única) **mais**
- **Azitromicina** 1g, VO, dose única (em gestantes e nutrizes usar **Amoxicilina** 500 mg, VO, de 8/8 h, por 7 dias) **mais**
- **Penicilina G Benzatina** 2.400.000 UI, IM, dose única **mais**
- **Metronidazol** 2 g, VO, dose única (em gestantes tratar somente após completado o primeiro trimestre; em nutrizes suspender o aleitamento por 24 horas).

Para hepatite B:

Gamaglobulina hiperimune (HBIG): 0,06ml/kg de peso corporal, IM, dose única. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBIG (dentro de 24 à 48 horas após o acidente). Não há benefício comprovado na utilização da HBIG após 1 semana do acidente. Se possível, iniciar, ao mesmo tempo, a vacinação no esquema de 3 doses, que envolve a administração, via intramuscular, na região deltóide, de 1,0 ml para adultos e de 0,5 ml para crianças menores de 12 anos (na região do vasto lateral da coxa). A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente um e seis meses após a primeira. A gravidez e a lactação não são condições que contra-indiquem a vacinação anti-hepatite B.

Observações:

- Em todos os casos proceder ao aconselhamento, colher sangue para VDRL e sorologia anti-HIV basais e agendar retorno para realização de VDRL após 30 dias e para sorologia anti-HIV após 3 a 6 meses.
- Não existe nenhum estudo na literatura mundial que comprove a eficácia do uso de qualquer agente anti-retroviral na quimioprofilaxia para o HIV após abuso sexual. Portanto esta situação não faz parte dos critérios de indicação para utilização de medicamentos anti-retrovirais do Ministério da Saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Aboulafia, D.M: Clinical Implications of Human T-Cell Leukemia Virus Type I/II- Associated Diseases. Virginia Mason Medical Center, University of Washington School of Medicine, 1997
- ADIMORA, A, et al: Sexually Transmitted Diseases. 2nd edition, Mc Graw Hill, 1994.
- ARRUDA, J. M., Ferraz, E. A. et al. Pesquisa Sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade
- ARRUDA, J. M., Morris, L., Rutenberg, N. et al. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF). Rio de Janeiro, BEMFAM, 1987, p. 107-109.
- Bagshaw, S.N.; Edwards, D.: Ethynil-estradiol and d-Norgestrel in an Effective Emergency poscoital. Contraceptive: A report of its use in 1.200 women in a family planning clinic. Australian/ New Zealand Journal of Obst-gynecol, 28:137,1988.
- BERNAL, J.Y. e Cols: Freqüência de Neisseria gonorrhoeae em pacientes ginecológicas. Rev. Chil. Obstet. Gynecol. 49 (2): 92- 98, 1984.
- BERQUÓ, E. Anticoncepção da População na Virada do Século. São Paulo, Melhoramentos, 1987.
- BERQUÓ, E. e Souza, M. R. Homens Adultos: Conhecimento e Uso do Condom. In: LOYOLA, M. (org.). AIDS e Sexualidade. Rio de Janeiro, Relume Dumará/UERJ, 1994, p. 171-182.
- BRIGS, GG. Drugs in Pregnancy and Lactation. 4ª edition. Williams and Wilkins. 1994
- BYRROW, F. : Complicações clínicas na gravidez. Ed. Toca., 2ª edição, 1983.
- Carlborg, B: Tetracycline Imduced Esophageal Ulcers. A Clinical and Experimental Study. Laryngoacope. 1993; 93 P184-187.
- CDC: General recommendations of immunization. A C.I.P. MMWR (RR-1); 43: 1-39, 1994.
- CDC: Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 47/No.RR-1. 1998
- CDC: Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United State through childhood vaccination. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. A C.I.P. MMWR 42: 1-13, 1993.
- CDC: Sexually Transmitted Disease Treatment Guidelines. MMWR 1993.:1.

CDC: Standars for Pedriatic Immunization pratices. Recommendations by National Vaccine Advisory Committee. MMWR 42: 1-13, 1993.

CDC: US Public Health Service Recomendations for HIV Counseling and Voluntary Testing for Pregnant Women. MMWR,1995; volume 44 (RR-7): 1-15

COSLETT, G.D. In: Hepatitis Learning guide. Abbott Diagnostics, 1985.

Costin, L.O. et alli: HIV Testing, Counseling, and prophylaxis after sexual asault. JAMA, 271: 436,1994.

CUNNINGHAM, F. et al: Williams Obstetrics. 19ª Edition. Appleton e Lange. 1993.

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 Obstetrícia, Moraes, E.M. (Editor), Editora Roca, S.Paulo, pag 385-486, 1992

DUARTE, G.: Doenças Sexualmente Transmissíveis e gravidez.In: VIGGIANO, M.G.C. Conduas em Obstetrícia. 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.

Hampton, H. L.: Care after rape. N.Engl – J.Med. 338(4)23, 1995.

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.

Heise,L.L.: Sexual asault and woman reproductive health. Inf. j. gynecol E Obstet. 46:221.1994.

Hemsell DL; Little BB; Faro S; Sweet RL et al: Comparison of three regimens recommended by Centery for Disease Control and Prevention for the treatment of Women hospitalized with acute pelvic inflammatory disease. Clin Infect Dis. 1994 Oct 19(4). P720

HIMES, N. E. Medical History of Contraception. New York, Schocken, 1970, p. 186-206.

HIV/AIDS Counseling, A key to Caring - Guidelines for Policy Makers and Planners (WHO/AIDS Series nº 8), 1995

IPPF Medical Bulletin – Statement on emergency contraception. 26:12,1994.

Jacobson L, Westtröm L. Objectvized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 1969; 105: 1088-98.

JANNKE, H.A. e Isolan, T.B. Papulose Bowenóide, in PASSOS, M.R.L. e cols. Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4ª ed. Cultura Médica, 1995.

Jenny, C.: Sexual assault and STD; in King Holmes, Sexually Transmitted Diseases 2ª ed. Mc Graw-Hill N. York, cap. 91. 1109/90.

Ka A. Pelvic Inflammatory Disease. Current diagnostic criteria and treatment guidelines. Postgrad Med. 1993 Feb 93(2). P85-86, 89-91.

Krugman, S & Stevens CE. Hepatitis B vaccine. In: Plotkin AS & Mortimer EA. Vaccines. 2nd edition. WB Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, USA, pg 419-437, 1995.

Lebardone, A. et alli - Relatório final da I Oficina Brasileira sobre anticoncepção de emergência: um grupo de consulta para o seu uso no Brasil.

LEWIS, P.: Farmacologia clínica em obstetrícia. Ed. Médica Panamericana, 1985.

LIMA, A.L.M. et al. HIV/AIDS – Perguntas e respostas. Editora Atheneu, 1996

Lima, S.M.R. - Estupro; in Halbe - Tratado de Ginecologia 2ª ed. Roca, São Paulo, cap. 101:971, 1994.

LISKIN, L. et al. Condoms: Now More Than Ever. Population Reports H (8): 3-6. September, 1990.

LOYOLA, M. A. Percepção e Prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M. A. (org.) AIDS e Sexualidade. Rio de Janeiro, UERJ/Relume-Dumará, 1994, p. 19-72.

Machado, S. Belfort P: Tratamento da Candidíase vaginal com Terconazol creme 0,8%. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 1990 - Vol. 100 N°s 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 clamydial urethritis and cervicitis. N.Engl J. Med 1992; 327; 921.

McCORMACK, W.M.: Management of sexually transmissible infections during pregnancy. Clyn. Obstet. Gynecol. 18:57-71, 1975.

MCLAREN, A. Birth Control in 19th Century. New York, Holmes & Meier, 1978.

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 eventos adversos após vacinação. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 1997.

Ministério da Saúde. Manual de normas de vacinação, Brasília, Programa Nacional de Imunizações, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de procedimentos para testes laboratoriais. PNC-DST/AIDS. Dep. de Programas de Saúde. 1992.

Ministério da Saúde. Normas para os Centros de Referência para imunobiológicos especiais, Brasília, Programa Nacional de Imunizações. Fundação Nacional de Epidemiologia, 1994.

MISZTAL, B. A. e Moss, D. Action on AIDS. New York, Greenwood Press, 1990.

MOherdau 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, ed. 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, 4ª ed. Cultura Médica, 1995.

PASSOS, M.R.L.; Almeida Filho, G.L.; Nunes, C.M.: Gonorréia. Jornal Bras. de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2(1):13-21.

PERRILLO, R.P. In: Perspectives on viral hepatitis. Abbott Diagnostics Educational Services.

Porpora and Gomel. Pelvic pain and laparoscopy. Fertility and Sterility 1997; 68: 765-77.

Report supplement. STD Treatment Guidelines in Morbidity and Mortality Weekly Volume 34,

Number 45, Oct.18, 1985.

Rice RJ; Knapp JS. Susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* associated with pelvic inflammatory disease to cefoxitin, ceftriaxone, clindamycin, gentamicin, doxycycline, azithromycin, and other antimicrobial agents. *Antimicrob Agents Chemother.* 1994 Jul. 38(7). P1688-91.

Richart, 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, J.A. et al.: Prevalência e fatores de risco associados às infecções cérvico-vaginais durante a gestação. *Revista Bras. Ginecol. Obstet.*, 18: 459-67, 1996.

SOARES, M.C.P.: Diagnóstico sorológico das Hepatites virais; informações de uso prático. 2º Ed.. Belém: Instituto Evandro Chagas, FNS, 1992.

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.

Tenório, T. E. LEAL, J.W. - Síndrome de Imunodeficiência adquirida; in Halbe - *Tratado de Ginecologia.* 2ª ed. Roca, São Paulo cap. 87:825, 1994.

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 et al.; Oral desensitization in penicilin allergy. *N Engl J Med* 1985; 312:1229-32

Wendel GD, Cunningham FG; Sexually transmitted diseases in pregnancy. Willians 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.