



Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Ações de Saúde
Coordenação Municipal de DST/AIDS

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM GESTANTES

Belém – Pará
1999

PREFEITO MUNICIPAL DE BELÉM
Edmilson Brito Rodrigues

VICE-PREFEITA DE BELÉM
Ana Júlia Carepa

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Pedro Ribeiro Anaisse

DIRETOR GERAL DA SESMA
Israel Correa Pereira

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE AÇÕES DE SAÚDE
Joseney Pires dos Santos

COORDENADORA MUNICIPAL DE DST/AIDS
Helena Andrade Zeferino Brígido
Autora do Texto

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS EM
GESTANTES**

40 p.

Coordenação: Departamento de Ações de Saúde –
Coordenação Municipal de DST/AIDS –
Belém.

1. AIDS. 2. Tratamento. 3. Vertical

Apresentação

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a existência de 333 milhões de novos casos/ano de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) curáveis (1995). Se imaginarmos a multiplicidade de infecções/pessoa e a presença de infecções de outras DST virais crônicas, poderemos perceber a magnitude do problema. Como consequência das mesmas, temos o câncer cervical, a doença inflamatória pélvica (DIP), dor crônica, gravidez ectópica, aumento da mortalidade materna. Na América Latina a esterilidade resultante de DIP é responsável por 35% dos casos. Além disso as DST facilitam a transmissão sexual do HIV; algumas delas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até ao óbito; na gestação, podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou provocando a interrupção da gravidez, com grande impacto psicológico em toda a família.

A mulher, mais do que nunca, é peça fundamental no controle das DST. E, ao fazer o pré-natal, necessita de orientações adequadas para o melhor tratamento clínico e prevenção das DST com melhor assistência também ao conceito.

É necessário interromper a cadeia de transmissão oportunamente e prevenir novas ocorrências. E este manual técnico, que é uma adaptação do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (CNDST/ADS-1999), tem este objetivo.

PEDRO RIBEIRO ANAISSE
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

ÍNDICE

1. HERPES GENITAL	1
2. CONDILOMA ACUMINADO	3
3. LINFOGRANULOMA VENÉREO	7
4. DONOVANOSE	9
5. SÍFILIS	11
6. CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	16
7. CERVICITE MUCOPURULENTA	18
8. TRICOMONÍASE VAGINAL	20
9. VAGINOSE BACTERIANA	22
10. REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV	23
11. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E PARTO	27
 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	 31

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM GESTANTES

1. HERPES GENITAL

1.1 – 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 ocorrer, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transforma-se em pequenas úlceras.

1.2 – Agente Etiológico

Herpes simplex vírus (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), o (HHV-7) e o (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.

1.3 – Quadro Clínico

Herpes Genital Primário

O vírus é transmitido mais freqüentemente por contato sexual; 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 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: 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.

1.4 – Tratamento

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 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 contaminação. 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/dia, via intravenosa, de 8/8 horas, durante 7 dias.

2. CONDILOMA ACUMINADO

2.1 – Conceito

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

2.2 – 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.

Existem associação de 15 tipos de HPV às doenças neoplásicas do colo uterino.

Classificação acordo 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
Risco Intermediário	31, 33, 35, 51, 52, 58	23,8% em NIC de alto grau 10,5% dos carcinomas invasores
Alto Risco	16 18, 45 e 56	47,1% em NIC de alto grau 6,5% em NIC de alto grau e 26,8% em carcinoma invasor.

2.3 – Epidemiologia

Estudo realizado (Brígido, Leite e Brasil, 1992) em mulheres gestantes com Doença Sexualmente Transmissível (DST), atendidas em uma Unidade de Referência Especializada, na cidade de Belém (Pará – Norte do Brasil), analisou prontuário de 168 gestantes, estando 149 (88,7%) com Condiloma Acuminado como principal DST. O número de adolescentes foi de 94 casos (56% do total estudado) com Condiloma Acuminado em 89 (95%) casos. Os dados mostram a importância do estudo de Condiloma Acuminado em Gestantes Adolescentes, evidenciando a falta de prevenção nas DST, dificuldades de realização do pré-natal e a necessidade urgente de atendimento especializado para o grupo em estudo.

2.4 – 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 reinfeção pelo parceiro sexual. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (displasia moderada, displasia acentuada ou carcinoma in situ) são os tipos virais presentes e co-fatores, entre eles, o estado imunológico, tabagismo e outros de menor importância.

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, também podem ser sintomáticos. As verrugas intra-anais são predominantes em pacientes que tenham tido coito anal receptivo. Já as perianais podem ocorrer em homens e mulheres que não têm história de penetração anal. Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais frequentemente 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 tem sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus), com neoplasias intra-epiteliais ou invasivas no colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados a carcinoma in situ de células escamosas, Papulose Bowenóide, Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen da genitália. Pacientes que 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.

2.5 – Tratamento

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. Apenas em raros casos, quando as lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana poderá 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. Pode resultar em sangramento importante e deve restringir-se à lesão propriamente dita, além de limitar-se ao uso por profissional habilitado.

Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.

Se o tamanho e localização das lesões forem suficientes para provocar obstrução e/ou hemorragias vaginais, deve-se indicar o parto cesáreo.

Embora os tipos 6 e 11 possam causar papilomatose laríngea em crianças, o risco da infecção nasofaríngea no feto é tão baixa que não se justifica a indicação eletiva de parto cesáreo.

Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

3. LINFOGRANULOMA VENÉREO

3.1 – Conceito

Doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, causada pela *Chlamydia tracomatis* sorotipos L1, L2, L3, frequente nas regiões tropicais e subtropicais. Também conhecido como Linfogranuloma venéreo, Doença de Nicolas-Favre, Bubão climático, linfogranulomatose inguinal, “mula”. Caracterizada pela presença de bubão inguinal, com período de incubação entre 3 e 30 dias.

3.2 – Agente Etiológico

A *Chlamydia* pertence à ordem *Chlamydiales*, família *Chlamydiaceae* e possui 2 espécies: *tracomatis* e *psitaci*. São bactérias Gram negativas, imóveis, intracelulares obrigatórias.

A *Chlamydia tracomatis* é o agente causal do Linfogranuloma inguinal e também do tracoma, conjuntivites de inclusão, oftalmias de recém-nascido, uretrites e cervicites.

3.3 – Epidemiologia

Comum em regiões tropicais e subtropicais. Maior incidência na faixa de 20-30 anos; mais no sexo masculino. Do total de 350 milhões de DST estimado pela OMS para 1995, 0,1 – 2,6% são de Linfogranuloma venéreo.

3.4 – Quadro Clínico

O período de incubação é de 1-2 semanas. A evolução da doença ocorre em 3 fases: lesão de inoculação, disseminação linfática regional e seqüelas.

Lesão de inoculação

O ponto de inoculação passa despercebido. Pode ser observado no homem, no sulco balano prepucial. Na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula. Uma lesão discreta com aspecto de vesícula, erosão, pápula erosada, exulceração que desaparece sem deixar seqüela. A porta de entrada pode ser ainda, a região anal, retal, bucal, perineal, inguinal, umbilical, axilar, submamária, nasogeniana.

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.

A adenopatia é um elemento importante no exame físico, surgindo dias ou semanas após a lesão inicial. Na evolução, surgem pontos de flutuação (focos de necrose) que fistulizam ocasionando a saída de material purulento. Surgem vários orifícios fistulosos, de onde se compara como originários de “bico de regador”.

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

Há inflamação da mucosa, secreção sanguinolenta ou mucopurulenta fétida. A retite é acompanhada de obstipação intestinal rebelde.

Sintomas gerais: febre, mal estar, cefaléia, náuseas, calafrios, anorexia, emagrecimento, artralgia, dores pélvicas, 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.

6.5 – Tratamento

Estearato de Eritromicina 500mg, VO, de 6/6 horas, por 14 dias (no mínimo).

4. DONOVANOSE

4.1 – Conceito

Doença crônica progressiva bacteriana causada pelo *Calymmatobacterium granulomatis* (*Donovania granulomatis*, que acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. A donovanose é freqüentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam ainda bem conhecidos. A contagiosidade é baixa. Caracterizada por lesões granulomatosas, ulceradas, indolores, auto-inoculáveis. Também conhecida como Granuloma Inguinal ou Venéreo, Granuloma Tropical, Granuloma Contagioso, Úlcera Venérea Crônica, Granuloma Donovanii. O período de incubação é de 30 dias a 6 meses. É pouco freqüente, e ocorre mais freqüentemente em climas tropicais e subtropicais.

4.2 – Agente Etiológico

A *Calymmatobacterium granulomatis* foi descrita pela primeira vez em 1913, por dois pesquisadores brasileiros, Aragão e Vianna. O diagnóstico etiológico é presuntivo, pois ainda não se conseguiu a reprodução experimental. O *C. granulomatis* é um coco-bacilo Gram negativo, encapsulado, extremidades arredondadas, corado pelo Giemsa Leishman, Wrigt, Wartin-Starry.

4.3 – Epidemiologia

Transmissão sexual, embora ocorra possibilidade de ser extra-sexual, por ter casos em crianças sem atividade sexual, inexistência

de lesão em parceiro conjugal, outras lesões extragenitais em áreas pouco participantes no ato sexual.

Freqüente nos trópicos - áreas endêmicas: Índia, China, Austrália, África do Sul, Zâmbia, Marrocos, Madagascar e Guiana Francesa.

Ramachander refere que o agente tem seu habitat no intestino, havendo necessidade de más condições de higiene ou coito anal para a migração para áreas genital e inguinal.

Incidência maior no sexo masculino, faixa etária jovem, negros e mestiços; baixa condição sócio-econômica.

4.4 – Quadro Clínico

A lesão se inicia com pequena pápula ou nódulo indolor que, ao evoluir, se ulcera e aumenta de tamanho. O fundo da lesão é amolecido, bordas irregulares, elevadas, bem delimitadas, endurecidas. Em lesões recentes, o fundo tem secreção serossanguinolenta; nas lesões antigas, a superfície se torna granulada e a secreção é soropurulenta e de odor fétido. Por auto-inoculação, surgem lesões satélites que coalescem.

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 elefantíásica é observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos.

A donovanose extragenital (3-6%) ocorre em áreas endêmicas, a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

4.5 – Tratamento

A gestante deve ser tratada com Estearato de Eritromicina 500mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica.

5. SÍFILIS

5.1 – Conceito

Doença infecto-contagiosa, pandêmica, causada pelo *Treponema pallidum*, podendo ser congênita ou adquirida. Apresenta surtos de agudização e períodos de latência. Também conhecida como *lues* (praga), cancro duro, protossifiloma. Originária de *sys* (sujo) e *philein* (amor).

5.2 – Agente Etiológico

Espiroqueta em espiral, móvel, tendo o homem como hospedeiro obrigatório e único. Pertence à ordem *Spirochaetales*, família *Spirochaetaceae*, gênero *Treponema*. O *Treponema pallidum* é de transmissão essencialmente sexual ou materno-fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

5.3 – Epidemiologia

O contágio pode ser direto (genital, cutâneo ou bucal), indireto (raro), iatrogênico (transusão de sangue).

5.4 – Classificação

Desde o início, a sífilis é infecção sistêmica. O microorganismo se multiplica já na porta de entrada. Após, a disseminação ocorre em horas (por via sanguínea e linfática).

– Sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução):

0 dia – contágio

21-30 dias – cancro duro

40 d – adenopatia satélite

50 d – sorologia positiva

60 d – exantema (roséola)

90 d – pápula (sífilides)

6 meses – sífilides de recidiva

Primária, secundária e latente recente;

– Sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução):

latente tardia e terciária.

Sífilis Primária ou Cancro Duro

É o local de penetração. Único, discreto, exulcerado, indolor, limpo, base dura e sem bordas. Classicamente, 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 infectante. Desaparece espontaneamente em 1-2 meses, sem deixar cicatriz. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. No homem aparece com maior frequência na glândula 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.

Adenopatia Satélite

Surge 10 dias após o cancro. Dura, indolor, não inflamatória. Bilateral, com uma região inguinal mais pronunciada.

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; ocorrem na face, tronco, membros superiores, palmas das mãos, plantas dos pés e mucosas. São pequenos pontos maculares, sem prurido. Tendem a desaparecer em 45 dias.

– 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; apresentam-se de várias formas clínicas: Sífilide papulosa: pápula vermelho-acobreada,

disseminada, superfície lisa, podendo apresentar um halo; Sifilide liquenóide: acomete principalmente o tronco, vermelho-pardacenta, tendendo a confluir; Sifilide pápulo-crostosa: discretamente exsudativa; Rúpias: pápulas com ápices pontiagudos e escamosos. Surgem em indivíduos debilitados; Corona Veneris: faixa de pápulas localizadas na frente; Condiloma plano (latun ou sifilitico): pápulas em zonas de atrito (sulco interglúteo e região inguino-femural). Ao romperem, surgem placas mucosas.

– 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 (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 com sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

Sífilis Terciária

Os sinais e sintomas geralmente ocorrem após 3 a 12 anos de infecção.

Tegumentares

Gomas – lesões nodulares que degeneram (lesões grosseiras que cicatrizam), mais comuns nas regiões frontal, nasal e palato.

Sifilides tuberosas – tubérculos duros de cor cúprea, que se agrupam.

Nodosidades justa-articulares – nodosidades de consistência firme, móveis, indolores, mais em cotovelos.

Eritema terciário (raro) – placa superficial não-escamosa, cor róseo. Freqüente em tronco e raiz dos membros inferiores.

Extrategumentares

Oculares – lesões gomosas nos ossos do olho, ocasionando coriorretinite.

Ósseas (raras) – lesões nos ossos dos crânios, tíbia, clavícula e esterno.

Cardiovasculares (em grandes vasos) – o processo chega à parede do vaso, percorre a adventícia, segmento intramural, túnica média, onde se formam as lesões mais graves.

Articulares – artropatia de Charcot.

Sistema nervoso – Neurosífilis assintomática, meníngea e vascular, parenquimatosa, congênita.

5.5 – Abordagem Sindrômica na Sífilis

Para facilitar a detecção de sífilis, faz-se a abordagem sindrômica, tendo as 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).

5.6 – Tratamento

Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., via intramuscular, em dose única (1.2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente: Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., via intramuscular, repetida após 1 semana. Dose total de 4.8 milhões U.I.

Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., intramuscular, 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.

Para fins operacionais, 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 estearato de eritromicina ou tetraciclina, 500 mg, V.O., de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente e por 30 dias para a sífilis tardia, e exigem estreita vigilância, pela menor eficácia destas drogas.

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.

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

Gestante

Tratamento: ver acima

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.

6. CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

6.1 – 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 alérgicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); e
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência).

6.2 – 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.

6.3 – Tratamento

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

Miconazol, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; ou

Miconazol, óvulos de 100 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou

Isoconazol (Nitrato), creme a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

Terconazol creme vaginal a 0,8%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias; ou

Clotrimazol, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou

Clotrimazol, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal; ou

Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, 2 vezes por dia, por 3 dias; ou

Clotrimazol, óvulos de 100mg, 1 aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou

Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.

Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes; deve ser dada preferência aos medicamentos indicados para uso por um período mais prolongado, como Miconazol, Terconazol ou Clotrimazol.

7. CERVICITE MUCOPURULENTA

7.1 – Conceitos 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*. A fim de possibilitar o tratamento adequado das cervicites e a prevenção das seqüelas que uma Doença Inflamatória Pélvica (DIP) pode provocar, é preconizado o tratamento sindrômico, classificando-as como cervicites mucopurulentas.

7.2 – 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 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) e suas principais seqüelas, ou seja, esterilidade, prenhez ectópica, dor pélvica crônica.

7.3 – Tratamento

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 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

Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias;

mais:

Cefixima 400mg, VO, dose única; ou

Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou

Espectinomicina 2g IM, dose única.

Contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos:

Doxiciclina, Ofloxacina, Ciprofloxacina.

Parceiros:

Azitromicina, 1g, VO, dose única + *Ofloxacina 400 mg*, VO, dose única.

8. TRICOMONÍASE VAGINAL

8.1 – Conceito e Agente Etiológico

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório 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.

8.2 – Características Clínicas

Sinais e sintomas:

- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, com mau-cheiro;

- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica (ocasionalmente);
- sintomas urinários (disúria, polaciúria); e
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpíte difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa; teste de Schiller.

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.

8.3 – Tratamento

Tratar somente após completado o primeiro trimestre:

Metronidazol 2 g, VO, dose única, ou

Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou

Secnidazol 2 g, VO, dose única; ou

Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias.

Nutrizes

Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 1 vez ao dia, por 7 dias; ou

Metronidazol 2g, VO, dose única (suspender o aleitamento por 24 horas)

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), 1 vez ao dia, por 7 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.

9. VAGINOSE BACTERIANA

9.1 – Conceitos 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).

9.2 – Características Clínicas

Sinais e sintomas:

- 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.

9.3 – Tratamento

Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou

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

Metronidazol 2g, VO dose única (somente após completado o primeiro trimestre); ou

Metronidazol Gel a 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.

10. REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Nos últimos anos em nosso país, tem sido responsável por cerca de 90% dos casos com forma de exposição conhecida em menores de 13 anos. Estima-se que 15 a 40% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, no parto ou através da amamentação.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito.

Recomenda-se que:

Seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco para a infecção pelo HIV.

Seja oferecido AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de CD4, 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.

O AZT esteja contido em todo esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante HIV+, já que esse medicamento é um anti-retroviral com eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, além de não apresentar sérios efeitos adversos na criança.

Gestantes infectadas pelo HIV, com CD4 menor do que 500 células/mm³, carga viral elevada e/ou que sejam sintomáticas poderão receber terapia anti-retroviral combinada, inclusive inibidores de protease, a critério médico, de acordo com as recomendações para adultos contidas no documento de consenso sobre terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV, sempre após discussão dos riscos/benefícios do tratamento com a paciente.

As mulheres que já vinham recebendo anti-retroviral previamente à gestação devem ser informadas sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento no tocante à evolução da sua própria doença, devendo também ser considerados os potenciais efeitos adversos da terapêutica anti-retroviral sobre a criança. As condutas deverão ser decididas caso a caso, em conjunto com a gestante.

Seja oferecido AZT endovenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.

Seja oferecido AZT solução oral à criança. Essa terapia deve iniciar-se até 24 horas após o parto (de preferência, iniciá-la até a 8ª 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 esse período fica a critério médico.

Mesmo as mulheres que não receberam AZT oral durante a gestação devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto.

Os filhos de gestantes HIV+ devem receber AZT solução oral mesmo que suas mães não tenham recebido AZT durante a gestação e o parto.

Criança nascida de mãe infectada pelo HIV não deve receber aleitamento materno. A essas crianças deve ser oferecido aleitamento

artificial com fórmulas apropriadas. Nenhuma criança deve receber aleitamento cruzado (leite de outra mulher).

Outras recomendações

- Evitar procedimentos invasivos durante a gestação, o trabalho de parto e o parto.
- Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos.
- Evitar amniotomia.
- Evitar que a gestante HIV+ permaneça com bolsa rota por mais de 4 horas.
- Evitar trabalho de parto prolongado; se necessário, induzir o parto com o uso de ocitócitos.
- No parto vaginal, evitar a episiotomia.
- Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão.
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas.

Esquemas recomendados:

1. Gestante:

AZT oral (cápsulas de 100 mg): início com 500 mg a partir da 14ª –40ª semana, isto é, 26 semanas, perfazendo um total de 910 comprimidos, correspondendo a 9 frascos. Iniciar com 500 mg 5 x dia ou 200 mg 3 x dia ou 300 mg 2 x dia.

2. Parturiente

AZT endovenoso (frasco-ampola 200 mg de 20 ml, com 10 mg/ml): início com 2 mg/kg na primeira hora (diluído a 1:3 com soro glicosado), a seguir, infusão contínua com 1 mg/kg/hora até o clameamento do cordão umbilical. Caso o parto seja cesariana eletiva, iniciar 4 horas antes. Considerando uma média de 8 horas de trabalho de parto, utiliza-se em torno de 420 mg, equivalente a 3 frascos-ampolas/parturiente.

Na ausência de AZT endovenoso, orientar o uso de 400 mg VO e, após, 200 mg VO 4/4 horas, enquanto durar o trabalho de parto.

PREPARAÇÃO DO AZT PARA INFUSÃO INTRAVENOSA EM 100 ml DE SORO GLICOSADO A 5%

Peso da Paciente (Kg)	Ataque: 2 mg/kg Quantidade AZT (ml)	1ª hora Nº de gotas	Manutenção: (1 mg/kg) a cada hora Quantidade AZT (ml)	Manutenção (1 mg/kg) Correr a cada hora Nº de gotas
40	8	36	4	35 g/min
50	10	37	5	35 g/min
60	12	37	6	35 g/min
70	14	38	7	36 g/min
80	16	39	8	36 g/min
90	18	39	9	36g/mn

3. Criança

AZT solução oral (frasco com 10 mg/ml): início até 24 horas após o parto (quanto mais precoce, melhor), com 2 mg/kg 6/6 horas, durante 6 semanas.

Sempre que possível, antes de iniciar o uso do AZT, avaliar a contagem de linfócitos T-CD4+ e a carga viral da gestante, para melhor indicação do esquema terapêutico e a avaliação da necessidade de quimioprofilaxias para infecções oportunistas.

A terapia anti-retroviral para gestante infectada pelo HIV deve seguir as mesmas recomendações para tratamento de adultos. No entanto, devido ao fato de que o impacto do uso de outros anti-retrovirais, que não a zidovudina, ser desconhecido para o feto e a criança, é fundamental que a decisão sobre as drogas a serem utilizadas seja tomada em conjunto com a paciente, considerando os riscos e benefícios para a sua própria saúde e a do feto/criança, e o risco de transmissão vertical.

Monitorar a gestante com hemograma e transaminases no início do tratamento com AZT e, a seguir, a cada mês. Frente à ocorrência de efeitos adversos, reavaliar a conduta.

Estabelecer, durante o pré-natal, o acompanhamento da gestante com infectologista ou clínico experiente no manejo de pacientes infectados pelo HIV.

Esquema alternativo para uso de AZT oral, no momento do parto, em situações de não-disponibilidade de AZT injetável: 300mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300mg a cada 3 horas, até o clampeamento do cordão umbilical.

Após o parto, a mulher deve ser reavaliada em relação à necessidade de manutenção ou não da terapia anti-retroviral.

Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose.

A dose de AZT apropriada para crianças prematuras abaixo de 34 semanas de gestação ainda não está definida. Porém, sugere-se utilizar 1,5mg/kg a cada 12 horas, VO ou IV, nas duas primeiras semanas; e 2mg/kg a cada 8 horas, por mais 4 semanas. Nas crianças acima de 34 semanas, a farmacocinética do medicamento é semelhante àquela nas crianças de termo.

Monitorar a criança com hemograma no início do tratamento com AZT, e após 6 e 12 semanas. Frente à ocorrência de efeitos adversos, reavaliar a conduta.

Assegurar o acompanhamento da crianças pelo pediatra. A partir da sexta semana, é recomendada a profilaxia de *P. carinii* com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP) na dosagem de 750mg de SMX/m²/dia, divididos em duas doses diárias, 3x por semana, em dias consecutivos.

Outras medidas devem ser tomadas para reduzir a transmissão do HIV ao recém-nascido: evitar parto prolongado e ruptura prolongada de membranas (acima de 4 horas), não fazer aminiorrexe artificial, evitar episiotomia, clampeamento precoce do cordão, higiene imediata e adequada do bebê, aspiração de secreções de orofaringe e estômago. Contra-indicar o aleitamento materno, providenciando leite artificial ou humano pasteurizado.

11. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E PARTO

Biossegurança: é o conjunto de ações voltadas para prevenir ou minimizar os riscos para os profissionais de saúde que trabalham com materiais biológicos.

Precauções Básicas

Precauções Universais (atualmente denominadas PRECAUÇÕES BÁSICAS) são medidas de prevenção que devem ser tomadas com qualquer paciente, independente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas causadas por vírus, bactérias ou protozoários, na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-íntegra.

Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas ao sangue ou aos fluidos corpóreos de qualquer paciente e os cuidados especiais que os profissionais de saúde devem tomar para se prevenirem contra acidentes com materiais péfuro-cortantes.

Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.)

LUVAS

O uso de luvas está indicado sempre que houver possibilidade de contato do profissional de saúde com sangue, secreções e excreções, com mucosas (boca, nariz, olhos, genitália) ou com áreas de pele não-íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas etc).

Exemplos: Na administração de medicamentos parenterais, nas punções venosas, na aspiração de vias aéreas, na pesquisa de glicemia capilar, durante a coleta de sangue, na drenagem de coletores (urina, nasogástrico), na realização de curativos etc.

MÁSCARAS

Devem ser utilizadas durante os procedimentos em que exista possibilidade de sangue e outros fluidos corpóreos atingirem as mucosas da boca e do nariz do profissional de saúde.

Exemplo: Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo) etc.

ÓCULOS DE PROTEÇÃO

Devem ser utilizados durante os procedimentos em que exista possibilidade de sangue e outros fluidos corpóreos atingirem os olhos do profissional de saúde.

Exemplos:

- Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo), durante os procedimentos cirúrgicos etc;
- Sempre que disponível, em procedimentos obstétricos, preferir a utilização de protetores faciais (visores plásticos que protegem simultaneamente os olhos e a boca).

CAPOTES e AVENTAIS

Devem ser utilizados durante os procedimentos em que exista possibilidade de respingos de sangue e outros fluidos corpóreos ou contato com superfícies contaminadas.

Exemplos:

– Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo), durante os procedimentos cirúrgicos, nos cuidados imediatos com o recém-nato (pediatra, etc). Sempre que disponível, utilizar capotes impermeáveis, de mangas longas. – Quando isso não for possível, utilizar aventais plásticos por baixo dos capotes de pano de manga longa.

Cuidados com Materiais Pérfuro-Cortantes

(agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, vidrarias, etc)

Ter o máximo de atenção na manipulação desses materiais; As agulhas, mesmo que descartáveis, nunca devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;

Após o seu uso, qualquer material pérfuro-cortante, mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa; Nunca ultrapassar o limite de 2/3 da capacidade total do coletor de material pérfuro-cortante

Cuidados Específicos durante o Parto

Nos cuidados imediatos do recém-nascido, estar paramentado com E.P.I. (luvas, capote (e avental), máscara, gorro), pela possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico.

Cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande; preferir sempre seringas de plástico - isso se aplica durante a episiotomia, quando esta não puder ser evitada; preferir sempre o uso de tesouras ao invés de bisturi na manipulação do cordão umbilical.

Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo); preferir fios de sutura agulhados; utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos - durante a sutura de mucosa vaginal, durante o fechamento por planos na cesariana etc; evitar agulhas retas de sutura, pelo maior risco de acidente percutâneo; evitar sutura por dois cirurgiões simultaneamente no mesmo campo cirúrgico; a passagem de materiais pérfuro-cortantes (bisturi, porta-agulhas com agulhas etc) do auxiliar para o cirurgião deve ser feita através de cubas, após aviso verbal.

Cuidados Imediatos após Exposição Acidental a Material Biológico

Em caso de exposição percutânea ou contato com pele: lavar o local exaustivamente com água e sabão (ou antisséptico degermante – PVP-I ou clorexidina).

Em caso de exposição de mucosas (olhos, boca etc):

- Lavar exaustivamente com água ou solução fisiológica a 0,9%.
- Nunca utilizar soluções irritantes como éter, hipoclorito e glutaraldeído.
- Evitar manipulação excessiva da área exposta.
- Procurar imediatamente orientação para avaliação do risco do acidente e da necessidade de profilaxia. Quando indicada, a quimioprofilaxia para o HIV deverá ser iniciada dentro da primeira hora após o acidente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Estado da Saúde – SP (Coordenações de DST/AIDS e da Saúde da Mulher), Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro – RJ (Coordenação de DST/AIDS - Departamento de Saúde Coletiva)

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília. Abril/maio de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3ª Edição – 1999.

BRÍGIDO, H, LEITE, S; BRASIL, M - Condiloma Acuminado em Gestantes Adolescentes. Premiéres journées Médicales Amazoniennes. Nov/dez 1995. Caienne - Guiane Française.

**Prefeitura Municipal de Belém
Secretaria Municipal de Saúde**

Rua Padre Eutíquio, 555 - Campina - CEP: 66.015-00

Fone/Fax: (0xx91) 241-9738 - Belém-Pará

sesmagab@interconect.com.br

<http://www.belém.pa.gov.br>

CASA DIA



Ambulatório, Hospital Dia e Assistência
Domiciliar em AIDS

Rua Diogo Moia, 1119 - Umarizal - CEP: 66.055-170

Fone/Fax: (0xx91) 236-3155

Belém-Pará



Rua Padre Eutíquio, 543 - Campina - CEP: 66.015-000

Fone/Fax: (0xx91) 241-7207 - Belém-Pará

DISK AIDS:

1 5 2 0

APOIO:

**Coordenação Nacional de DST/AIDS
Ministério da Saúde**

