

2006

2006

2ª Edição

**MANUAL DE BOLSO
CONTROLE DAS
DOENÇAS
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS
DST**

Coleção DST • Aids - Série Manuais 68 - 4ª Edição

Coleção DST • Aids - Série Manuais 68 - 4ª Edição



Programa Nacional
de DST • Aids

Secretaria de
Vigilância em Saúde

Ministério
da Saúde



**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
(DST)**

MANUAL DE BOLSO

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

**DOENÇAS SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS
(DST)**

MANUAL DE BOLSO

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.

Tiragem: 150.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Saraiva Felipe

DIRETOR DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E Aids

Pedro Chequer

DIRETORA-ADJUNTA DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E Aids

Mariângela Simão

PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C

CEP 70750-543 – Brasília, DF

Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997

Home page: www.aids.gov.br

PUBLICAÇÃO FINANCIADA COM RECURSOS DO PROJETO UNODC AD/BRA/03/H34

Elaboração: Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis - UDST

ASSESSOR DE COMUNICAÇÃO/PN-DST/AIDS

Alexandre Magno de A. Amorim

EDITOR

Dario Noleto

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Alexsandro de Brito Almeida

CAPA

Bruno de Andrade Imbroisi

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.
Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de
Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

108p. Série Manuais n.º 24

2.ed.

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3.

Medicamentos anti-retrovirais. 4. SUS.

I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

APRESENTAÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, com uma estimativa de 340 milhões de casos novos por ano (OMS, 2001).

É sabido que as DST facilitam a transmissão do HIV, por isso passaram a ter redobrada importância nos últimos anos, principalmente no que se refere à vigilância epidemiológica, à capacitação de profissionais para a atenção adequada e à disponibilidade de medicamentos.

Tradicionalmente, os esforços para o controle das DST tem se voltado para o diagnóstico e tratamento no âmbito clínico. No entanto, para obter um maior impacto sobre a população, é necessário implementar atividades preventivas, identificar e tratar os casos o mais precocemente possível.

Levando-se em conta a alta magnitude estimada das DST em nosso meio, sua transcendência e a existência de tecnologia apropriada para seu controle, o Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST tem o objetivo de contribuir para melhorar a qualidade da atenção às pessoas com infecções do trato reprodutivo e sexualmente transmissíveis mais freqüentes em todo país.

O PN-DST/AIDS se propõe, com o apoio e participação de estados, municípios, organizações não-governamentais e demais instituições envolvidas, a efetivar o controle das DST como seu objetivo prioritário.

Para isto, é indispensável a edição deste Manual de Bolso, baseado na 4ª edição do Manual de Controle das DST, que contou, em sua elaboração, com a participação do pessoal técnico do PN-DST/AIDS e de um grupo de especialistas como consultores-revisores, listados a seguir:

- Adele Schwartz Benzaken (Fundação Alfredo da Matta - AM)
- Angelica Espinosa Miranda (UFES – ES)
- Denis Ribeiro (PN-DST/AIDS)
- Eduardo Campos (PN-DST/AIDS)
- Eliana Amaral (UNICAMP – SP)
- Marcelo Joaquim Barbosa (PN-DST/AIDS)
- Telma Regia B. S. Queiroz (Secretaria Estadual da Saúde – CE)
- Valdir Monteiro Pinto (PN-DST/AIDS)

Pedro Chequer

Coordenador do Programa Nacional de DST e Aids

Sumário

Introdução	9
As DST como prioridade	11
Princípios para a adequada atenção as DST.....	12
Estratégias para a adequada atenção	13
Prevenção	13
Detecção de Casos	14
Tratamento imediato	14
O Manejo adequado de casos de DST	16
Abordagem do Portador de DST	18
Exame Físico	22
Exame Genital Masculino	22
Exame Genital Feminino	23
Pesquisa de outras DST	26
O diagnóstico de DST	28
Abordagem Síndrômica de DST	31
Identificação das Síndromes	31
Tratamento para os Agentes Etiológicos mais freqüentes ...	33
Uso dos Fluxogramas	38

O que é um Fluxograma?	38
Passos para o uso de fluxogramas	38
Úlceras Genitais	40
Corrimento Uretral.....	47
Corrimentos Vaginal	52
Fluxograma Vaginal sem microscopia.....	52
Fluxograma Vaginal com microscopia.....	53
Dor Pélvica	64
Infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV)	71
Rastreamento de Câncer Cérvico-uterino	85
Hepatites B e C	91
Prevenção das DST na violência sexual	96
Bibliografia	105

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, a sífilis congênita e a sífilis na gestação são de notificação compulsória;
- os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde.
- populações prioritárias como adolescentes, profissionais do sexo, homo e bissexuais, travestis entre outros, têm pouca acessibilidade aos serviços.
- o atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando usuários têm que expor suas queixas em locais sem privacidade (recepções) ou a funcionários despreparados. Essas situações contribuem para afastá-los dos serviços de saúde;

- a irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos contribui para que desacreditem os indivíduos com DST, dos serviços de saúde;
- pouquíssimas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos, **no momento da consulta.**

A consequência 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

Pela sua **magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle**, as DST devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública.

A assistência às DST deve ser realizada de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. O primeiro, pela suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, enquanto as UBS e os últimos devem exercer um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico.

Deve haver participação e controle de ações pelas organizações da sociedade civil no acesso aos serviços, no cumprimento da pactuação para aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos e outros insumos.

As DST, além das internações e procedimentos necessários para tratamento de suas complicações, causam, também, grande impacto social que se traduz em custos indiretos para a economia do País.

Princípios para adequada atenção às DST

Os princípios básicos para atenção às 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 infectados, e 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, contribuindo, assim, de forma mais efetiva, para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Estratégias para adequada atenção

Prevenção

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV, dar-se-á por meio da constante informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo.

As atividades de aconselhamento das pessoas com DST e seus parceiros durante o atendimento são fundamentais, no sentido de buscar que os indivíduos percebam a necessidade de maior cuidado, protegendo a si e a seus parceiros, prevenindo assim a ocorrência de novos episódios. Deve-se sempre enfatizar a associação existente entre as DST e a infecção pelo HIV. Deve-se, ainda, estimular a adesão ao tratamento, explicitando a existência de casos assintomáticos ou pouco sintomáticos, também suscetíveis a graves complicações. A promoção e disponibilização de preservativos deve ser função de todos os serviços, 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 essa importante lacuna estão os rastreamentos de DST assintomáticas, especialmente sífilis, gonorréia e clamídia em gestantes e/ou adolescentes, em serviços que executam atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, de pré-natal e os serviços de prevenção do câncer ginecológico.

Algumas mudanças na orientação dos profissionais de saúde para que passem a fazer assistência integral aos usuários são de fundamental importância pois, com isso, pessoas em situação de risco teriam oportunidade para diagnóstico e/ou aconselhamento.

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 sinais e sintomas que, agrupados, forneçam o diagnóstico de uma síndrome. O tratamento visará, então,

aos agentes etiológicos mais comuns na síndrome em estudo. Para que esse tipo de assistência seja adequadamente implementada, pode 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 disponibilização de preservativos.

O manejo adequado de casos de DST

- **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 o menor possível, devendo ser aproveitado para realização de ações de educação em saúde individual e coletiva, esta última por meio de vídeos educativos, dinâmicas de grupo, abordagens de questões de cidadania, entre outras.
- **CONSULTA CLÍNICA:** é o momento de avaliação pela anamnese e exame clínico, quando se aplica a abordagem sindrômica isolada ou associada à coleta de exames laboratoriais. A anamnese deve incluir a avaliação das vulnerabilidades (individual, social e institucional). Nessa etapa, também se recomenda a vacinação contra hepatite B para todos os portadores de DST com menos de 30 anos, exceto em zonas endêmicas, onde só está indicada para os indivíduos suscetíveis identificados por sorologia.

- **ACONSELHAMENTO:** deve estar presente em todo o atendimento. Além de ouvir as preocupações do cliente, o profissional de saúde deve facilitar a reflexão e a superação de dificuldades, prover informação, apoio emocional e auxiliar nas decisões para a adoção de medidas preventivas. É necessário que o profissional tenha habilidade e sensibilidade para abordar de forma não preconceituosa questões da intimidade, sobretudo a respeito da sexualidade e do uso de drogas, de forma a identificar as práticas do usuário que o expõem a risco. O aconselhamento, a avaliação de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com DST e seus parceiros são atividades nas quais vários profissionais podem atuar, além de médicos(as) e enfermeiros(as).
- **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 ao portador de DST

O atendimento de pacientes com DST tem algumas particularidades. Ele visa a interromper a cadeia de transmissão de forma mais efetiva e imediata possível. Visa, ainda, a 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 síndrome, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento para estimular a adesão ao tratamento, para a redução de riscos, para a busca, 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 se encontra no topo do quadro e segue, passo a passo, tomando as decisões necessárias, de acordo com os achados clínicos.

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

O exame físico e a anamnese do paciente e de seus contatos sexuais devem constituir-se nos principais elementos dos 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 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 de sífilis, hepatite B e anti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos, busca de 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, particularmente a palma das mãos, plantas dos pés; mucosas orofaríngea e dos genitais e palpar os gânglios de todos os segmentos corporais (cabeça, tronco e membros). Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto relevo, hiperêmica, hiperocrômica, circular, irregular, circinada etc.), no abdômen, dorso, couro cabeludo, e principalmente, na região perineal, deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão.

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

Assim como essas 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 anteflexão 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 (monte de Vênus, grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, 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 (lugol) 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 oncótica, quando houver indicação.

A retirada do espécuro deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espécuro 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. Introdz-se então os dedos médios e indicador (previamente lubrificadas), 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 dos exames para detecção de anticorpos anti-HIV, sífilis e hepatite B devem ocorrer se o profissional sentir-se capacitado para realizar o aconselhamento pré e pós teste e com o consentimento pelo paciente.

O diagnóstico de DST

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

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

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

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

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

As gonorréias nos homens e as tricomoníases nas mulheres podem ser diagnosticadas no momento da consulta, desde

que estejam disponíveis um microscópio, insumos e um técnico treinado para a realização da bacterioscopia.

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

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

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

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

Alguns clínicos acham que, após examinar os pacientes, é fácil fazer o **diagnóstico clínico** de uma uretrite gonocócica, por exemplo. Porém, até mesmo os especialistas podem equivocar-se quando utilizam apenas sua própria experiência clínica. Por quê? Em muitas casos, não é possível fazer clinicamente o diagnóstico diferencial entre as várias possíveis infecções e, além disso, é comum que ocorram

infecções mistas. Um paciente que tem infecções múltiplas necessita receber tratamento para todas elas. Ao se tratar apenas uma das infecções, a outra (ou outras) podem evoluir para complicações sérias, além de continuarem potencialmente sendo transmitidas, ou seja, não se rompe a cadeia de transmissão.

Abordagem sindrômica de DST

As principais características da abordagem sindrômica são:

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

Identificação das síndromes

Embora as DST sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser

observados durante o exame. A tabela seguinte explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

PRINCIPAIS SÍNDROMES EM DST

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal Prurido Dor à micção Dor durante relação sexual Odor fétido	Edema de vulva Hiperemia de vulva Corrimento vaginal e/ou cervical	Vulvovaginite infecciosa: • Tricomoníase • Vaginose Bacteriana • Candidíase Cervicite: • Gonorréia • Infecção por Clamídia
Corrimento uretral	Corrimento uretral Prurido Estrangúria Polaciúria Odor fétido	Corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	Gonorréia Infecção por clamídia Tricomoníase Mycoplasma ureoplasma
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital Aumento de linfonodos inguinais	Sífilis Cancro Mole Herpes genital Donovanose
Desconforto ou Dor Pélvica na mulher	Dor ou desconforto pélvico Dor durante relação sexual	Corrimento cervical Dor à palpação abdominal Dor à mobilização do colo Temperatura > 37,5°C	Gonorréia Infecção por clamídia Infecção por germes Anaeróbios

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

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

Tratamento para os agentes etiológicos mais freqüentes

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

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

Respostas a algumas dúvidas sobre a abordagem sindrômica

“A abordagem sindrômica é empírica?”

Ao contrário, baseia-se em um grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países^{1,2,3} incluindo o Brasil⁴. Esses estudos compararam diagnósticos sindrômicos, clínicos e etiológicos para avaliar a precisão do diagnóstico sindrômico. O diagnóstico sindrômico apresentou excelentes

resultados especialmente nos casos de corrimento uretral e úlcera genital; nos corrimentos vaginais, a maioria dos estudos apresentou resultados apenas satisfatórios, porém, quando comparados com os resultados dos diagnósticos clínicos baseados na experiência pessoal do profissional, passaram a ter outra dimensão. Para esta última síndrome, alguns fluxogramas que sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais básicas apresentaram bons resultados.

- 1 Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *The Lancet*. 1995; 346:530-536.
- 2 La Ruche G, Lorougnon F, Digbeu N: Therapeutic algorithms for the management of sexually transmitted diseases at the peripheral level in Côte d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. *Bulletin of the World Health Organization*, 1995, 73 (3): 305-313.
- 3 Behets F, Williams Y, Brathwaite A et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic : Use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. *Clin Infect Dis* 1995; 21:1450-1455.
- 4 Moherdau F, Vuylsteke B et al. Validação de fluxogramas para a abordagem das principais DST no Brasil. Twelveth meeting of the International Society of STD Research (ISSTD), Sevilla, Espanha, 19-22 October, 1997. Abstract 102.

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

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

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

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

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

É exatamente o que se quer evitar. Os pacientes que não são curados com o tratamento para uma única causa podem

não retornar ao centro médico indo procurar tratamento em outro lugar. Podem também tornar-se assintomáticos e continuar disseminando a infecção ou infecções.

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

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

“A abordagem sindrômica induz à resistência bacteriana”

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

Uso dos fluxogramas

Fluxogramas são as ferramentas essenciais na abordagem sindrômica, porque permitem que profissionais de saúde, mesmo não especializados, diagnostiquem e tratem pacientes com DST no primeiro atendimento.

O que é um fluxograma?

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

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

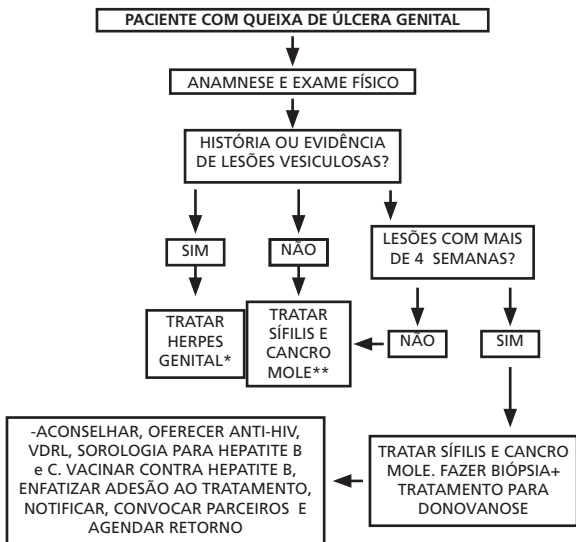
Passos para o uso de fluxogramas

1. Comece perguntando ao paciente sobre os sinais e sintomas que ele(a) apresenta.
2. Procure o fluxograma apropriado.
3. O quadro do problema clínico geralmente leva a um quadro de ação, o qual pede que você examine o paciente e/ou colha a história clínica.

4. A seguir, vá para o quadro de decisão. Após colher a história e examinar o paciente, você deve ter a informação necessária para escolher SIM ou NÃO.
5. Dependendo da escolha, poderá haver outros quadros de decisão e ação.

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

Úlceras genitais



* Em casos de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

Notas do fluxograma de úlcera genital

Paciente com queixa de úlcera genital

Esse 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

Esse 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?

Esse 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 caso de suspeita clínica de 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 200mg, 4/4 hs, 5x/dia, por 7 dias **ou** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias **ou**
- **Valaciclovir** 1 g, VO, 12/12, horas por 7 dias; **ou**
- **Famciclovir** 250 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias.

Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência ao aparecimento dos primeiros pródromos (aumento de sensibilidade, ardor, dor, prurido) com:

- **Aciclovir** 400 mg, VO, 8/8 horas, por 5 dias (ou **200 mg**, 4/4hs, 5x/dia, 5 dias); ou
- **Valaciclovir** 500 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias; **ou** 1 g dose única diária, 5 dias ou
- **Famciclovir** 125 mg, VO, 12/12 horas, por 5 dias.

Gestantes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação.

Herpes e HIV: No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, pensar na presença de infecção pelo HIV, quando se recomenda tratamento injetável:

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

Casos recidivantes (6 ou mais episódios/ano) podem se beneficiar com terapia supressiva:

- **Aciclovir** 400 mg, 12/12 hs, por até 6 anos **ou**
- **Valaciclovir** 500 mg por dia por até 1 ano; **ou**
- **Famciclovir** 250 mg 12/12 hs por dia por até 1 ano.

Tratar sífilis e cancro mole

Como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole (ver página seguinte)

Tratamento para sífilis e cancro mole

Como o diagnóstico laboratorial imediato raramente está disponível, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Sífilis	Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega), ou	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes e nutrízes);	Alergia a penicilina - eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 15 dias (ver capítulo específico)

+

Cancro mole	Azitromicina 1 g VO em dose única, ou Ciprofloxacina 500 mg, VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos) ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única;	Gestantes – contra-indicado uso de ciprofloxacina. Usar eritromicina ou ceftriaxona Obs: devido aos efeitos adversos da eritromicina tais com intolerância gástrica, utilizar a ceftriaxona pode ser uma alternativa á eritromicina
-------------	--	-------------------------------------	--

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, deve-se suspeitar de donovanose, linfogranuloma venéreo ou neoplasias. Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar. Ao mesmo tempo, iniciar tratamento para donovanose, com:

- **Doxiciclina** 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até cura clínica; **ou**
- **Eritromicina (estearato)** 500 mg, VO, de 6/6 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica; **ou**

- **Sulfametoxazol/Trimetoprim** (800 mg e 160 mg), VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; **ou**
- **Tetraciclina** 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até cura clínica ; **ou**
- **Azitromicina** 1 g VO em dose única, seguido por 500mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões

Aconselhar, oferecer anti-HIV, VDRL e hepatites, enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno

Nesse quadro de ação:

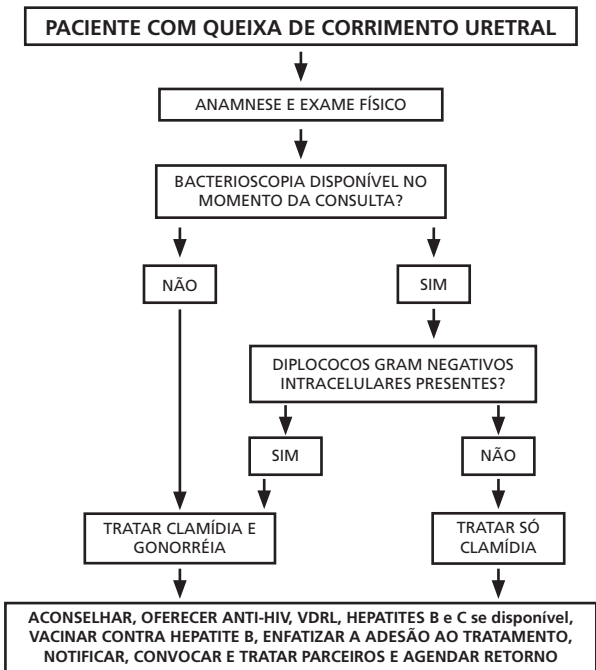
- Considerar com o paciente a possibilidade de associação de mais de uma DST, o que é muito freqüente. Explicar sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis e hepatites e vacinar contra hepatite B.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste 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.
- 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. Essa 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.

Corrimento uretral



Notas do fluxograma de corrimento uretral

Paciente com queixa de corrimento uretral

Esse 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

Esse 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?

Esse 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?

Esse 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, faz-se o diagnóstico de gonorréia, não se podendo, porém, descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas demoradas e raramente disponíveis. Recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções.

Tratar Clamídia e Gonorréia

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

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Clamídia	Azitromicina 1 g, VO, em dose única, ou Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	Em menores de 18 anos contra-indicar ofloxacina

+

Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única;	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ofloxacina 400 mg, VO, dose única ou Espectinomicina 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.
-----------	---	--	---

Tratar só Clamídia

Esse 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, VDRL e hepatites, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, buscar 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 a importância de realizar a sorologia para sífilis e hepatite.
- 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.

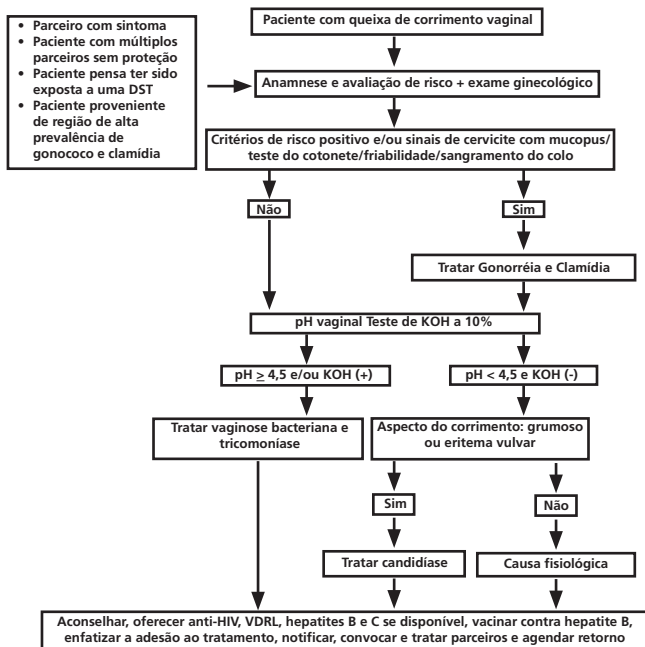
- recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Encorajar o paciente a comunicar a todos os seus parceiros(as) sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer ao paciente cartões de convocação para parceiros(as) devidamente preenchidos. Essa 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:

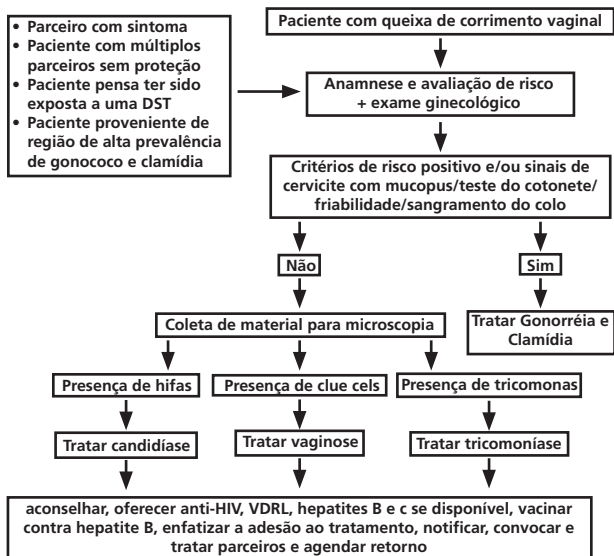
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas por 7 dias	+	Metronidazol 2 g, VO, dose única
---	---	----------------------------------

Corrimento vaginal e cervicite

Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia



Fluxograma de corrimento vaginal com microscopia



Notas do fluxograma de corrimentos vaginais e cervicite

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

Esse 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 dos critérios de risco)

Em mulheres com queixa espontânea de corrimento vaginal, realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação daquelas com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Nesses casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante, como descrito adiante. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento.

Critérios de risco para infecção cervical (WHO.RTI 2004)

- Parceiro com sintomas
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção
- Paciente acredita ter se exposto a DST
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo (> 10%) e clamídia (> 20%)

O exame ginecológico é parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- Examinar a genitália externa e região anal;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente.

- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível.
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher swab endocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.

Se houver mucopus endocervical (teste do cotonete positivo) ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou presença de algum critério de risco, recomenda-se o tratamento como cervicite (gonorréia e clamídia).

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras situações
Clamídia	Azitromicina 1g, VO, em dose única, ou	Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias ou	Em menores de 18 anos e gestantes, contra-indicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias); ou
	Doxicilina 100 mg, VO de 12/12 horas, durante 7 dias;	Tetraciclina 500mg oral, 4x/dia, 7 dias ou Ofloxacina 400mg oral, 2x/dia, 7 dias	

+

Gonorréia	Ciprofloxacina 500 mg, VO dose única; ou	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou	Em menores de 18 anos e gestantes, está contra-indicado o uso de ciprofloxacina e ofloxacina.
	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única; ou	Ofloxacina 400 mg, VO, dose única ou Espectinomomicina 2g IM dose única	

Parceiros: devem ser tratados, preferencialmente, com medicamentos de dose única.

HIV: devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

Citologia oncológica: aproveitar para colher, se houver indicação, conforme preconizado. Se os testes do pH e das aminas normais ou inconclusivos e a bacterioscopia normal, quando disponível, pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas.

Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar os critérios de Amsel, que exige disponibilidade de fita de pH e KOH 10%, sendo 3 de 4 critérios suficientes para diagnóstico:

- Corrimento branco acinzentado

- pH > 4.7
- Teste aminas positivo
- Clue cells > 20% (exige microscopia)

Valores acima de 4,5 sugerem tricomoníase e/ou vaginose bacteriana. 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.

Se a microscopia é disponível, o conteúdo vaginal pode ser visualizado a fresco, com KOH a 10%, ou corado em esfregaço pelo método de Gram.

- presença de 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: candidose.

Não estando disponíveis a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal durante o exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis enfermidades que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidose.

Agente	1ª opção	2ª opção	Outras opções (gestantes após o 1º trimestre e durante a amamentação)
Tricomoníase	Metronidazol 2g VO dose única ou Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Secnidazol 2g, VO, dose única ou Tinidazol 2g VO dose única	Metronidazol 400 mg VO 12/12 h por 7 dias ou Metronidazol 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias Metronidazol 2g VO dose única
Vaginose bacteriana	Metronidazol 400-500mg 12/12hs VO 7 dias	Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol gel 0,75%, uma aplicação vaginal (5 g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou Clindamicina creme 2%, uma aplicação à noite, por 7 dias.	Metronidazol 250 mg 3 vezes ao dia durante 7 dias ou Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias

Candidíase	<p>Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou</p> <p>Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou</p> <p>Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou</p> <p>Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou</p> <p>Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.</p>	<p>Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou</p> <p>Itraconazol 200 mg VO 12/12 h em 24 horas ou</p> <p>Cetoconazol 400 mg VO/dia por 5 dias</p>	<p>Miconazol, creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou</p> <p>Clotrimazol, creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou</p> <p>Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou</p> <p>Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias</p>
------------	---	--	--

Tricomoníase

Parceiros: tratar 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.

Lembrar que apenas a tricomoníase é uma DST. A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas.

Observações:

- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”).
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.
- Entre as causas de corrimento vaginal, a tricomoníase é a única que se transmite sexualmente. Assim, só nesses casos se justificam as ações complementares de controle de DST apresentadas em outros capítulos que incluem: aconselhar, oferecer testes VDRL, anti-HIV, sorologia para Hepatite B e C. Enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno.

Vaginose bacteriana

Observações:

Parceiros não precisam ser tratados.

Candidíase

Observações:

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Nesses casos, devem-se investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com:

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

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

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

- Em mulheres que apresentam candidíase recidivante (4 ou mais episódios por ano) devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides e outros.

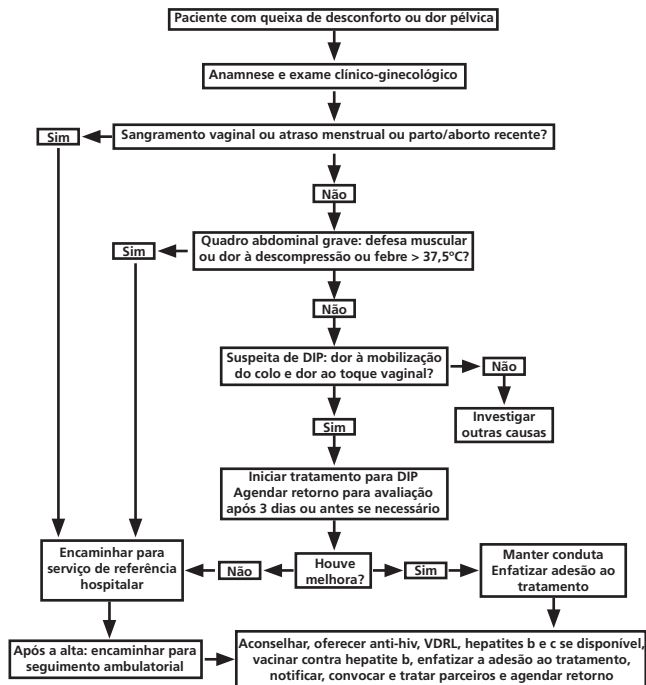
Aconselhar, oferecer VDRL, hepatites e anti- HIV, enfatizar adesão ao tratamento, buscar parceiros, notificar, agendar retorno

Esse 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 hepatites.
- 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.
- 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.

Fluxograma de desconforto e Dor Pélvica



Notas do fluxograma de dor pélvica

Anamnese (determinar critérios de risco)

Realizar anamnese determinando, neste momento, os critérios de risco, afim de identificar as mulheres que podem ser portadoras de uma endocervicite assintomática, como demonstrado no fluxograma de corrimento vaginal. Se algum critério de risco for positivo, a paciente é considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante para Gonococo e Clamídia.

Exame Clínico – Ginecológico

Deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento e possibilidade de apoio laboratorial, coletar 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 (teste do cotonete) ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquise hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

Sangramento vaginal ou atraso menstrual ou parto /aborto

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

Quadro abdominal grave: defesa muscular ou dor á descompressão ou febre maior que 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 á mobilização do colo e dor á 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 critérios de risco?

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 os critérios de risco positivo, conforme orientado acima, 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

Esse quadro de ação indica que, ao se iniciar o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após

3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Se a paciente for usuária de DIU, este deve ser retirado. Algumas medidas gerais devem ser recomendadas, tais como: repouso, abstinência sexual e o tratamento sintomático com analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não-hormonais.

Tratamento para DIP

Tratamento de DIP leve, sem sinais de peritonismo importante ou febre (tratamento ambulatorial):

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única		Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias		Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias Ou Ciprofloxacina 500 mg 12/12horas por 14 dias.	+	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

Houve melhora no quadro?

Se, ao retornar, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, segundo o mesmo esquema, recomendando-se sempre a necessidade de completar o tratamento, mesmo que já

tenha havido grande melhora. Não havendo melhora, ou havendo piora do quadro, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.

Aconselhar, oferecer VDRL, sorologia para hepatite B e C e anti-HIV, buscar parceiro(S), notificar, agendar retorno

Esse quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente.
- Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar sorologias para sífilis e hepatites.
- 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 a sua doença a todos os seus parceiros sexuais dos últimos dois meses, para que possam ser atendidos e tratados.
- Fornecer à paciente cartões de convocação para parceiros, devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que a paciente se reinfecte.
- Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Agendar o retorno para conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncótica (Papanicolaou), quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino).

Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

Conceito

Doença infecciosa, de transmissão frequentemente 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 100 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital.

Estão divididos em 2 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal.

Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores.

Classificação	Tipos de HPV
Baixo risco: Está associado às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e neoplasias intraepiteliais de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes (verrugas genitais visíveis) e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.	6, 11, 42, 43 e 44
Alto risco: Possuem uma alta correlação com as neoplasias intraepiteliais de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro)	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 46, 51, 52, 56, 58, 59 e 68

Quadro clínico

Na forma clínica condilomatosa as lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas 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. Menos freqüentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos.

Os tipos 6 e 11 raramente se associam com carcinoma invasivo de células escamosas, que são mais associados aos condilomas (lesões clínicas). Os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56 e 58 são encontrados ocasionalmente na forma clínica da infecção

(verrugas genitais). Têm sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus), com lesão intra-epiteliais ou invasivas do colo uterino e vagina. Quando na genitália externa, estão associados a carcinoma in situ de células escamosas, Papulose Bowenóide, Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen da genitália. Pacientes que têm verrugas genitais podem estar infectados simultaneamente com vários tipos de HPV.

Diagnóstico

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. A biópsia está indicada 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.
- paciente for imunodeficiente.
- As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia, teste de Schiller (iodo) 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 II). 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 nesses testes, mas sim baseadas nas alterações celulares observadas pela colpocitologia oncológica. Assim não é recomendável, na rotina, o rastreamento de infecção subclínica pelo HPV.

Tratamento

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva a cura da maioria dos pacientes. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: ácido tricloroacético (ATA), crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, podofilotoxina, imiquimod, interferon, vaporização a laser e exérese cirúrgica. Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: 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 à terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas.

Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não melhorar substancialmente depois de três aplicações ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões.

Opções terapêuticas

- **Podofilotoxina 0,15% creme:** indicada para auto-aplicação, a podofilotoxina tem o mecanismo de ação semelhante ao da podofilina. O efeito máximo é alcançado entre 3 e 5 dias após a aplicação. Aplica-se duas vezes ao dia, somente sobre as lesões, por 3 dias. Se necessário, o ciclo poderá ser repetido por não mais que 4 vezes, com intervalos de 4 dias de repouso. O volume do medicamento não deve ultrapassar 0,5ml por dia. Áreas superiores a 10 cm² devem ter o tratamento realizado pelo médico assistente. Está contra-indicado o uso em crianças e mulheres grávidas. Irritação no local da aplicação poderá ocorrer porém são de leve intensidade na maioria dos casos, tendendo a minimizar em intensidade com a repetição do uso. Lavar a área das lesões antes da aplicação, assim como a pele sã em caso de contato acidental, com água e sabão.
- **Imiquimod 5% creme:** Imiquimod (imidazolquinolina) é um medicamento tópico de auto-aplicação que estimula a produção local de interferon e outras citocinas, sendo a principal delas o interferon alfa. Deve ser feita aplicação tópica à noite, ao deitar, três

vezes por semana, em dias alternados, por 16 semanas no máximo. A área de tratamento deve ser lavada com sabão neutro e água 6 a 10 horas depois da aplicação. Após o uso, reações inflamatórias locais são comuns, porém variam de leves a moderadas. A segurança de imiquimod durante gravidez não foi estabelecida e por isso não se recomenda o seu uso na gravidez. O tratamento é prolongado e de alto custo.

- **Interferon:** Agem reprimindo a multiplicação virótica, inibindo a multiplicação celular e a proliferação epitelial. O interferon é mais indicado como tratamento adjuvante em lesões persistentes ou recidivantes sobretudo em imunodeprimidos. Não há relatos de teratogenicidade, porém a droga deve ser evitada na gravidez e na amamentação. Deve ser evitada também em pacientes cardiopatas, hepatopatas e renais crônicos. Podem ser usados por forma sistêmica (intramuscular, endovenosa ou subcutânea), intralesional ou tópica. Os efeitos colaterais mais comuns são estado gripal (astenia, febre, calafrios, cefaléia, mialgia e artralgia). O tratamento deve ser monitorado com hemograma e bioquímico. O custo elevado da droga e os efeitos colaterais limitam a sua utilização.
- **Podofilina 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim:** A podofilina contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Além da irritação

local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Nunca usar durante a gravidez. Aplicar em cada verruga, e deixar secar. Repetir semanalmente se necessário. Recomenda-se utilização de até 0,5 ml em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. Outros sugerem que a solução seja retirada por lavagem em 1-4 horas depois da aplicação.

- **Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% em solução alcoólica:** O ATA é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo protéico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, após o que a lesão ficará branca. Deve ser aplicada com cuidado, deixando secar antes mesmo do paciente mudar sua posição para que a solução não se espalhe. Se a dor for intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário. Esse método poderá ser usado durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa. Do contrário, deverá ser associado a exérese cirúrgica.
- **Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração:** 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. Sempre deve ser realizado após anestesia local.

- **Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação:** promove a destruição térmica por dispositivos metálicos resfriados por CO₂ (criocautérios), por meio de equipamento específico e elimina as verrugas por induzir citólise térmica. É útil quando há poucas lesões ou nas lesões muito ceratinizadas. Podem ser necessárias mais de uma sessão terapêutica, respeitando um intervalo de 1 a 2 semanas. Raramente necessita anestesia. Pode facilitar o tratamento se há muitas lesões ou uma extensa área envolvida.
- **Vaporização a laser:** Método que pode ser empregado em ambulatório com anestesia local e que apresenta bons resultados em lesões vulvares, frequentemente queratinizadas e que muitas vezes não respondem adequadamente a agentes químicos. Apresenta um bom resultado no tratamento de lesões vaginais, pois possibilita a intervenção em áreas de difícil manejo por outros métodos, como por exemplo, lesões em fôrnices e nas pregas vaginais. Produz escassa perda sangüínea e bons resultados estéticos, principalmente na vulva e vagina. A necessidade de treinamento especial do médico e o alto custo do equipamento, limitam o seu uso.

- **Exérese cirúrgica:** é método apropriado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de uma incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. 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.

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

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.

As mulheres devem ser aconselhadas quanto à necessidade de submeterem-se ao rastreo de doenças pré-invasivas do colo uterino. A presença de condilomas genitais sem lesão macroscópica cervical ou suspeita colpocitológica (Papanicolaou) de lesão pré-invasiva, ou teste de Schiller

(+) não é indicação para colposcopia. As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina, após tratamento, pelo exame ginecológico com ácido acético 2%, teste de Schiller 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 recorrência.

Conduta para os parceiros sexuais

Os parceiros sexuais de pacientes com condilomas devem ser buscados, uma vez que poderão se beneficiar de exame clínico para avaliação da presença de condilomas não suspeitados, ou de outras DST, e pela avaliação de lesões sub clínicas como NIC. Eventualmente, podem ser transmissores de condiloma para novas parcerias sexuais. Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, o risco de transmissão para parceiros não infectados. Não se recomenda a triagem de lesões por HPV nos homens quando as parceiras forem diagnosticadas apenas por lesões citológicas ou subclínicas.

Gestantes

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

período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção, se possível, na 1ª metade da gestação.

Os tipos 6 e 11 podem causar papilomatose laringeal em recém-nascidos e crianças, mas é uma situação clínica muito rara. Não se sabe, até o momento, se a via de transmissão é transplacentária, perinatal ou pós-natal. Não há nenhuma sugestão de que a operação cesariana tenha algum valor preventivo. Portanto, não deve ser realizada para prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas 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.
- Lesões condilomatosas grandes (excluindo colo uterino e vagina): ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência ou exérese por alça diatérmica ou LEEP (Loop Excision Electrosurgical Procedure), em qualquer fase da gravidez. Esse 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, a partir do 2º trimestre.
- Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.
- Lesões subclínicas intra-epiteliais não devem ser tratadas na gravidez. Em casos excepcionais, quando há suspeita de câncer invasor, impõe-se diagnóstico por biópsia.

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 rastreamento 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.

Na ausência de lesão 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 lesões intra-epiteliais tratadas por laser e vaporizadas, com o objetivo de eliminar a infecção.

Na presença de lesão 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 dessa forma de infecção é similar à das lesões exofíticas.

Pessoas imunossuprimidas (ex: HIV, transplantados) podem não responder ao tratamento para o HPV como as imunocompetentes e podem acontecer recidivas mais frequentes. Como o carcinoma escamoso pode surgir mais frequentemente em imunossuprimidos, valoriza-se a biópsia

de lesões nesse grupo. O tratamento deve basear-se nos mesmos princípios referidos para os HIV negativos.

Pacientes com lesões intra-epiteliais 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, para afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado. O risco dessas lesões progredirem para carcinoma invasivo em pacientes imunocompetentes, após tratamento efetivo, reduz-se significativamente.

Rastreo 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 esse 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.

O consenso brasileiro 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. Essa recomendação é reforçada por dados obtidos em inquéritos que mostraram que essas mulheres não compreendem a real importância da colpocitologia e que, muitas vezes, acreditavam terem sido submetidas a esse 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. 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;
- a coleta deve ser feita quando a paciente não souber informar quanto ao resultado do teste, seja por desinformação ou por não ter buscado seu resultado. Se possível, fornecer cópia ou transcrição do resultado desse 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 para colposcopia. Em casos que a colpocitologia conclui pela presença de LSIL ou atípias 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 sugerir que as atipias estão provavelmente relacionadas a processo reacional. Esses 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 atipias, ou seja, é sugerida presença de lesão mais grave, somente então deve ser indicada a colposcopia e a biópsia dirigida. Os casos que persistem com atipias têm maior probabilidade de serem portadores de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino. Os demais representam falso-positivos do teste inicial ou casos em que pode ter havido remissão espontânea.

Outras considerações importantes:

- a colpocitologia não é um teste efetivo para rastreamento de DST;
- se a mulher estiver em período menstrual, a coleta da colpocitologia deve ser adiada e a mesma aconselhada a submeter-se ao exame tão logo seja possível;
- a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites pode comprometer a interpretação da colpocitologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada especificamente e retornar para coleta. Se for improvável o seu retorno, a oportunidade da coleta não deve ser desperdiçada.

Nesse caso, o excesso de secreção pode ser retirado com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico;

- deve-se observar que numa investigação de DST, quando serão colhidos espécimes para diagnóstico bacteriológico, o material para colpocitologia deve ser colhido por último;
- uma mulher portadora de condilomas não necessita de coletas mais freqüentes de colpocitologia do que as demais, salvo nos casos comentados acima de anomalias ao diagnóstico citológico e em pacientes imunossuprimidas;
- mulheres hysterectomizadas não demandam rastreio rotineiro de câncer cérvico-uterino, a menos que a hysterectomia tenha sido sub total ou realizada por câncer cervical ou seus precursores. Nessas situações, a mulher deve ser aconselhada a manter seu controle no serviço especializado que realizou a cirurgia;
- profissionais de saúde capacitados e serviços que adotem medidas para assegurar uma boa amostra colpocitológica obtêm poucos esfregaços insatisfatórios. Essas medidas incluem: identificação adequada da(s) lâmina(s), 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 não são recomendados.

Situações especiais

- **Coleta durante a gravidez:** mulheres grávidas devem submeter-se como as demais ao exame colpocitológico, excluindo a coleta endocervical como parte da rotina pré-natal.
- **Mulheres infectadas pelo HIV:** há maior prevalência de lesão intra-epitelial em portadoras do HIV, com tempos muito curtos (meses) de progressão para lesões pré-invasivas graves e recidivas freqüentes. Quando houver atipias na colpocitologia, encaminhar para serviço especializado, para investigação colposcopia e biópsia dirigida, quando indicado, e tratadas como recomendado. 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 a colpocitologia após o diagnóstico inicial do HIV e, caso negativa, deve-se repeti-la seis meses depois. Mantida a ausência de evidências de lesão intra-epitelial, repetir a colpocitologia anualmente. Somente as portadoras de atipias à colpocitologia devem ser referidas para colposcopia e biópsia dirigida.

Considerando a elevada prevalência de lesão intra-epitelial em portadoras do HIV (até 10 vezes maior), algumas mulheres portadoras de lesão intra-epitelial podem ser portadoras do HIV ainda sem diagnóstico. Dado o benefício que essas mulheres terão pelo diagnóstico sorológico da presença do HIV, esse teste deve ser oferecido após aconselhamento a todas as portadoras de HSIL (displasias moderada, acentuada e carcinoma in situ, NIC II ou III).

Hepatites B e C

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático. As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

A transmissão do vírus da **hepatite B** (HBV) se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada DST. A transmissão vertical (materno-infantil) também é causa freqüente de disseminação do vírus. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, a chance de cronificação é de cerca de 70 a 90%. Cerca de 20 a 25% dos casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

A transmissão da **hepatite C** ocorre principalmente por via parenteral. Em percentual significativo de casos não é possível identificar a via de infecção. São consideradas populações de risco acrescido para a infecção pelo HCV

por via parenteral: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, *piercing* ou que apresentem outras formas de exposição percutânea. A transmissão sexual é pouco freqüente (risco de 2 a 6% para parceiros estáveis) e ocorre, principalmente, em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a coexistência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão. A transmissão da hepatite C de mãe para filho (vertical) ocorre em 3-5% dos casos. Após contato com o HCV a chance de cronificação da infecção é de 70 a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves no período de 20 anos. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave.

Hepatite B: Interpretação dos resultados sorológicos e fase de infecção*

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Susceptível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Fase aguda final ou hepatite crônica	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infecção passada recente.	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

*Perfis sorológicos atípicos podem ser encontrados no curso da infecção pelo HBV, tais circunstâncias necessitam da avaliação de um especialista (Hepatologista ou Infectologista).

**Devido à pequena disponibilidade comercial desse marcador, pode-se utilizar o anti-HBc total em seu lugar.

Hepatite C: Significado do marcador sorológico.

Marcador	Significado
Anti-HCV	Indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio. O diagnóstico de infecção aguda só pode ser feito com a viragem sorológica documentada.

Imunização

Vacina contra hepatite B

A vacina contra hepatite B está disponível no SUS para as seguintes situações:

- Menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto;
- crianças e adolescentes entre um a 19 anos de idade;
- nos doadores regulares de sangue;
- portadores de hepatite C;
- usuários de hemodiálise;
- politransfundidos;
- hemofílicos;
- talassêmicos;
- profissionais de saúde;
- populações indígenas (todas as faixas etárias);
- comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B;
- portadores de neoplasias;
- pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, etc);
- população de assentamentos e acampamentos;

- homens que praticam sexo com homens;
- profissionais do sexo
- e para portadores de DST até 30 anos de idade.

A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário básico.

A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAB), disponível nos CRIE, é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Vítimas de abuso sexual;
- Comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B;
- Vítimas de exposição sangüínea (acidente pérfuro-cortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco;
- Recém-nascidos de mãe sabidamente portadora do HBV.

Pacientes que receberam a IGHAB devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B.

Prevenção das DST na violência sexual

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 atendimento à vítima de estupro é complexo, necessitando idealmente de cuidados de uma equipe multidisciplinar familiarizada com casos similares. 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. Os pacientes devem ser informados sobre os efeitos físicos e psicológicos do abuso sexual e da necessidade de:

- profilaxia da gravidez (nos casos de coito desprotegido para mulheres em período fértil);

- início da antibioticoprofilaxia para DST;
- coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis, HIV, hepatite B e C (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).
- Vacina para hepatite B .
- Profilaxia do HIV.

QUADRO 1. PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45 kg

Profilaxia da sífilis

PENICILINA G BENZATINA	2,4 milhões UI	IM	dose única
	aplicar 1,2 milhões UI em cada nádega		
	+		

Profilaxia da gonorréia

CIPROFLOXACINA/OFLOXA	500/400 mg	VO	dose única
	+		

Profilaxia da clamídia e do cancro mole

AZITROMICINA	1 g	VO	dose única
	+ ou -		

Profilaxia da tricomoníase

METRONIDAZOL	2 g	VO	dose única
--------------	-----	----	------------

QUADRO 2. PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM GESTANTES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES (< 45 kg)

PENICILINA G BENZATINA	IM	dose única	
Gestantes	2,4 milhões UI	(1,2 milhões em cada nádega)	
Crianças e Adolescentes	50 mil UI/Kg	(dose máxima: 2,4 milhões UI)	
+			
CEFTRIAXONA	IM	dose única	
Gestantes		250 mg	
Crianças e Adolescentes		125 mg	
+			
AZITROMICINA	VO	dose única	
Gestantes – ver quadro 5		1g	
Crianças e Adolescentes	20 mg/kg	(dose máxima: 1 g)	
+ ou -			
METRONIDAZOL		VO	
Gestantes	250 mg	3 vezes /dia	7 dias
Crianças e Adolescentes	15 mg/kg/dia	(8/8 horas, por 7 dias, máximo: 2 g)	

O uso da ofloxacina é contra-indicado em crianças e em adolescentes com peso menor que 45 kg. Em grávidas contra-indicam-se tianfenicol e quinolonas.

Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, especialmente penicilina, poderão ser substituídas por alternativas em caso de contra-indicação, conforme o quadro.

QUADRO 3. ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO-VIRAIS

PROFILAXIA	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
Penicilina Benzatina (sífilis)	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia VO cada 6 horas por 15 dias	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 15 dias
Ofloxacina (gonorréia)	Ceftriaxona 250mg IM dose única	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única Tianfenicol 2,5 g VO dose única
Azitromicina (clamídiase)	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia VO cada 6 horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única
Metronidazol (tricomoniase)	Secnidazol ou tinidazol 2,0 g VO dose única	Secnidazol 10mg/kg VO dose única	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única

Profilaxia da hepatite B:

Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 ml/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas

corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE.

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide ou na região do vasto lateral da coxa. O Programa Nacional de Imunizações e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todos as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB.

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual onde o indivíduo apresente exposição crônica e repetida com mesmo agressor, situação freqüente em casos de violência sexual intrafamiliar. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B os indivíduos cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a vacinação das crianças não vacinadas previamente.

Prevenção da Gravidez Indesejada

A possibilidade de ocorrer concepção em um único coito sem proteção num dia qualquer do ciclo menstrual é de 2 a 4%, sendo esse risco aumentado no período fértil. Recomenda-se, como primeira escolha, o uso de progestágeno puro – levonorgestrel 0,75 mg/comprimido, usando-se 2 comprimidos VO dose única ou 1 comprimido VO cada 12 horas. O método de Yuzpe, segunda opção, consiste na administração oral da associação de estrogênios e progestagênios, iniciados até 72 horas após o coito desprotegido. Prescreve-se anticoncepcional hormonal oral contendo 50 mg de etinil-estradiol e 250 mg de levonorgestrel / comprimido, 2 comprimidos VO cada 12 horas ou 4 comprimidos VO dose única, ou anticoncepcionais orais com 30 mg de etinil-estradiol e 150 mg de levonorgestrel / comprimido, usando-se 4 comprimidos VO cada 12 horas ou 8 comprimidos VO dose única.

Em caso de gravidez indesejada, resultado de estupro, o abortamento é previsto em Lei e poderá ser feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Profilaxia da Infecção pelo HIV

A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a

medicação anti-retroviral se o resultado for negativo. Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica, quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas o mesmo é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência.

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada, idealmente sob orientação de um infectologista. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais, como AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + nelfinavir ou indinavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir. O efavirens não deve ser utilizado em adolescentes devido ao potencial teratogenico.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco do ato violento, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime. A decisão final deve considerar a motivação e o desejo da mulher de se submeter ao tratamento.

A profilaxia do HIV, com o uso de anti-retrovirais, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas.

O prazo de 72 horas não deve ser ultrapassado, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravo de exposição ao HIV.

Quando o esquema anti-retroviral selecionado incluir o nelfinavir ou o ritonavir, a anticoncepção de emergência deve ser realizada com levonorgestrel. Esses anti-retrovirais reduzem significativamente os níveis séricos dos estrogênios em razão da interação medicamentosa que ocorre no sistema microssomal hepático.

Profilaxia do HIV em adultas

Em mulheres adultas e adolescentes, recomenda-se usar a associação da zidovudina (AZT) 300mg e lamivudina (3TC) 150 mg (inibidores da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, de preferência combinados na mesma formulação. A terceira droga, nelfinavir (NFV) 750 mg ou indinavir (IDV) 800 mg (inibidores da protease), deve ser administrada a cada 8 horas, por 30 dias.

O indinavir pode ser, eventualmente, associado com um quarto medicamento, o ritonavir (RTV), como adjuvante farmacológico. Nesse caso, usa-se indinavir (IDV) 800 mg + ritonavir (RTV) 100-200 mg a cada 12 horas com ou sem alimento. Entretanto, o ritonavir interage de forma importante com o metronidazol e seus substitutos, utilizados como parte da profilaxia de DST

não-virais. Deve-se preferir o nelfinavir, sempre que possível, ou suspender o metronidazol quando o ritonavir for indispensável. Em gestantes o esquema preferencial deve considerar a associação de AZT, 3TC e NFV nas mesmas doses acima indicadas. Não se recomenda o uso da nevirapina ou de outros análogos não nucleosídeos.

Para as crianças recomenda-se a associação de AZT e 3TC, com a possibilidade de escolha da terceira droga entre o NFV e o RTV, todas disponíveis em solução oral (quadro 10). A dose de AZT é de 90 a 180 mg/m² cada 8 horas (máximo de 600 mg/dia). Para o 3TC a dose é de 4 mg/kg cada 12 horas (máximo de 150 mg cada 12 horas). O NFV deve ser usado na dose de 30 mg/kg cada 8 horas (dose máxima de 750 mg cada 8 horas). Por fim, o RTV é usado de 350 a 400 mg/m² cada 12 horas (dose máxima de 600 mg cada 12 horas). Mais informações podem ser obtidas na “Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, do Ministério da Saúde.

Bibliografia

- Brasil. Ministério da Saúde. [www.aids.gov.br/documentos/publicações] – busca: conscritos do exército do Brasil, 2002
- Brasil. Ministério da Saúde, [www.aids.gov.br/areatecnica/monitoraids/estudosespeciais] VII Pesquisa de Conhecimentos, atitudes e Práticas relacionadas ao HIV/aids com a População Brasileira de 15 a 54 anos – 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico DST e AIDS, ano II n.01-01 à 26a. semanas epidemiológicas – jan a jun de 2005.
- CEBRAP, Ministério da Saúde. Relatório da pesquisa “ Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS “. São Paulo, setembro de 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention (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.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Increase in fluoroquinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* – Hawaii and California, 2001. MMWR,2002;51(46):1041-44.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR Recomm Rep. 2002 May 10;51(RR-6):1-78.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Azithromycin treatment failures in syphilis infections--San Francisco, California, 2002-2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004a Mar 12;53(9):197-8.
- Cohen MS, Hoffman IF, Royce RA, Kazembe P, Dyer JR, Daly CC, Zimba D, Vernazza PL, Maida M, Fiscus SA, Eron JJ Jr. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *AIDSCAP Malawi Research Group.Lancet.* 1997 Jun 28; 349 (9069): 1868-73.
- Corey L, Ashley R; Valacyclovir HSV Transmission Study Group. Prevention of herpes simplex virus type 2 transmission with antiviral therapy. *Herpes.* 2004 Aug;11 Suppl 3:170A-174A.
- Dillon JA, Rubabaza JP, Benzaken AS, Sardinha JC, LI H, Bandeira MG, dos Santos Fernando Filho E. Reduced susceptibility to azithromycin and high percentages of penicillin and tetracycline resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Manaus, Brazil, 1998. *Sex Transm Dis* 2001, 28(9): 521-6.
- Ferreira WA, Ferreira CM, Schettini APM, Sardinha JCG, Benzaken AS, Garcia MA, Garcia EG. *Neisseria gonorrhoeae* produtoras de betalactamase resistentes a azitromicina em Manaus, Amazonas, Brasil. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*, 2004; 16(2):28-32.
- Fioravante FC, Costa Alves Mde F, Guimaraes EM, Turchi MD, Freitas HA, Domingos LT. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* in asymptomatic Brazilian military conscripts. *Sex Transm Dis.* 2005 Mar;32(3):165-9.
- Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999 Feb;75(1):3-17.
- Ghys PD, Fransen K, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Coulibaly IM, Yeboue KM, Kalish ML, Maurice C, Whitaker JP, Greenberg AE, Laga M. The associations between cervicovaginal HIV shedding, sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. *AIDS.* 1997 Oct;11(12):F85-93.

- Gutman, L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes et al., eds. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill Inc, 1999: 1146, Table 82-1.
- Holmes KK. Azitromycin versus penicillin for early syphilis. *N Engl J Med* 2005;305(12):1291-3.
- Kapiga SH, Vuylsteke B, Lyamuya EF, Dallabetta G, Laga M. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Sex Transm Infect.* 1998 Jun;74 Suppl 1:S132-8.
- Karinen L, Pouta A, Hartikainen AL, Bloigu A, Paldanius M, Leunonen M, Saikku P, Jarvelin MR. Association between Chlamydia trachomatis antibodies and subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. *Epidemiol Infect.* 2004 Oct;132(5):977-84.
- Kiddugavu MG, Kiwanuka N, Wawer MJ, Serwadda D, Sewankambo NK, Wabwire-Mangen F, Makumbi F, Li X, Reynolds SJ, Quinn TC, Gray RH; The Rakai Study Group. Effectiveness of syphilis treatment using azithromycin and/or benzathine penicillin in Rakai, Uganda. *Sex Transm Dis.* 2005 Jan;32(1):1-6.
- Klebanoff MA, Hauth JC, MacPherson CA, Carey JC, Heine RP, Wapner RJ, Iams JD, Moawad A, Miodovnik M, Sibai BM, vanDorsten JP, Dombrowski MP; National Institute for Child Health and Development Maternal Fetal Medicine Units Network. Time course of the regression of asymptomatic bacterial vaginosis in pregnancy with and without treatment. *Am J Obstet Gynecol*, 2004 190(2) 363-70.
- Leitch H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P. Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189:139-47.
- Leone P. Asymptomatic shedding in the transmission, prevention, and treatment of genital herpes. *Medscape Infectious Diseases*, 2004;6(1)

- Mardh PA. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. *Curr Opin Infect Dis.* 2004 Feb;17(1):49-52.
- McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD000262.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis.* 2004 Sep;31(9):542-6.
- Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, de Brito AM, de Souza MC, Willers D, Sardinha JC, Benzaken AS, Ramos MC, Bueno H, Rodrigues LG, Chequer PJ. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sex Transm Infect.* 1998 Jun;74 Suppl 1:S38-43.
- Moodley P, Sturm AW. Ciprofloxacin -resistant gonorrhoea on the rise in South Africa. *Lancet* 2005;366:1159.
- Passos MRL; Benzaken AS; Coelho ICB; Rodrigues GHS; Dutra JR JC; Varella R; Tavares RR; Barreto NA; Marques BP; Figueiredo J. Estudo de equivalência entre azitromicina e penicilina G benzatina no tratamento da sífilis. *DST- J Bras Doenças Sex Transm* 2004; 16(1):52-66.
- Passos MRL, Nahn EPJr, Almeida GLF. Cancro Mole, in: *Deesetologia, DST5* Mauro Romero Leal Passos - 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005 pag. 245-256.
- Rodriguez MDM, Obasi A, Mosha F, Todd J, Brown D, Changanlucha J, Mabey D, Ross D, Grosskurth H, Hayes R. herpes simplex vírus type 2 infection increses HIV incidence: a prospective study in rural Tanzânia. *AIDS*, 2002; 16:451-462.
- Sangani P, Rutherford G, Wilkinson D. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD001220.
- Schwebke JR. Diagnostic methods for bacterial vaginosis. *Int J Obstet Gynecol*, 1999; 67:S21-23.

- Sewankambo N, Gray RH, Wawer MJ, Paxton L, McNaim D, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Li C, Kiwanuka N, Hillier SL, Rabe L, Gaydos CA, Quinn TC, Konde-Lule J. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet*. 1997 Aug 23;350(9077):546-50. Erratum in: *Lancet* 1997 Oct 4;350(9083):1036.
- Vuylsteke B. Current status of syndromic management of sexually transmitted infections in developing countries. *Sex Transm Infect*. 2004 Oct;80(5):392-4.
- Watts DH; Brown ZA; Money D; Selke S; Huang, MI; Sacks MI; Corey L. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy in women for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:836-43.
- Watson EJ, Templeton A, Russel I, Paavonen J, Mardh P-A, Stary A, Stray Pederson B. The accuracy and efficacy of screening tests for Chlamydia trachomatis: a systematic review. *J Med Microbiol*, 2002; 51:1021-31.
- Wendell GD Jr, Stark BJ, Jamison RB, Molina RD, Sullivan TJ. Penicillin allergy and desensitization in serious infections during pregnancy. *N Engl J Med*. 1985 May 9;312(19):1229-32.
- Wilkinson D, Rutherford G. Intervenciones poblacionales para la reducción de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH. (Revision Cochrane traducida) La Cochrane Library plus in español, número 3, 2004. Oxford, Update Software Limited.
- World Health Organization - Sexually Transmitted Diseases: Policies and principles for prevention and care. WHO/UNAIDS, 1997.
- World Health Organization - Guidelines for the management of sexually transmitted infections. 2003.
- World Health Organization. Global Strategy for STI Prevention and Control Meeting. Geneva, Nov. 2004.
- World Health Organization - Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. A guide to essential practice. 2005.

