

2006

2006

4ª Edição

MANUAL DE
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



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Manual de Controle
Doenças Sexualmente Transmissíveis
DST

Série Manuais nº 68

4ª edição
Brasília, DF
2006

© 2006. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.
Tiragem: 10.000 exemplares

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Luiz Inácio Lula da Silva

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE
Saraiva Felipe

SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Jarbas Barbosa

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
Série Manuais n° 68 – PN-DST/AIDS

Publicação financiada com recursos do Projeto 914/BRA 59 UNESCO

Responsável pela Unidade de DST
Valdir Monteiro Pinto

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS
Alexandre Magno de A. Amorim

Editor
Dario Noletto

Projeto Gráfico
Alexsandro de Brito Almeida
Capa e Diagramação
Bruno Imbroisi e Alexsandro de Brito Almeida

FICHA CATALOGRÁFICA

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

140p. Série Manuais n.º 68
4.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. Entre suas conseqüências estão a infertilidade feminina e masculina, a transmissão da mãe para o filho, determinando perdas gestacionais ou doença congênita e o aumento do risco para a infecção pelo HIV.

O Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) se propõe, com o apoio e participação de estados, municípios, organizações não governamentais e demais instituições envolvidas, a retomar as ações frente as DST como objetivo prioritário. Para isso, leva em conta a alta incidência estimada dessas doenças em nosso meio, as graves conseqüências sobre a saúde da população e pela existência de meios para o seu controle. Para atingir esse objetivo, compartilha a responsabilidade com áreas afins do Ministério da Saúde, estados, municípios e com a sociedade civil organizada.

Foi pactuada, entre as três esferas de gestão da saúde, a responsabilidade dos estados e municípios pela provisão integral de medicamentos para DST, estando sob responsabilidade do nível federal o provimento dos medicamentos anti-retrovirais. Cabe aos gestores locais implementá-la integralmente; aos profissionais de saúde, usuários e sociedade civil organizada colaborar na sua implementação e acompanhar sua execução.

Nesse contexto, o Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST tem o objetivo de contribuir para melhorar a qualidade de atenção às pessoas com as infecções do trato reprodutivo e sexualmente transmissíveis mais freqüentes em todo país. Espera-se que o produto final desse trabalho de revisão traga, da forma concreta e didática, o estado atual dos conhecimentos para os profissionais de saúde da rede pública. Este texto traz as principais recomendações para o diagnóstico, tratamento e controle das DST, baseados na revisão da literatura e consensos de especialistas, compilados através da colaboração de um conjunto de profissionais e instituições assessoras.

Pedro Chequer
Diretor do Programa Nacional de DST e Aids

Sumário

DST NO BRASIL	10
INTRODUÇÃO	11
EPIDEMIOLOGIA DAS DST NO BRASIL	12
INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO E O USO DE PRESERVATIVO	13
DST E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	13
ABORDAGEM INTEGRAL AO PORTADOR DE DST	16
ATENDIMENTO	17
ACONSELHAMENTO	18
OFERTA DE PRESERVATIVOS	20
ABORDAGEM DOS PARCEIROS SEXUAIS	25
PRINCÍPIOS DA CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS	25
PROCEDIMENTOS PARA COMUNICAÇÃO DE PARCEIROS	26
MANEJO CLÍNICO DE PARCEIROS	27
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DST/HIV/AIDS	31
OPERACIONALIZAÇÃO DO SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO	31
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM GESTANTE.....	32
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA	33
SÍNDROMES CLÍNICAS PRINCIPAIS	37
AÇÕES ESSENCIAIS COMPLEMENTARES:	38
ÚLCERAS GENITAIS	38
Abordagem sindrômica	38
Abordagem etiológica	41
CORRIMENTO URETRAL	51
Abordagem sindrômica	51
Abordagem etiológica	52

CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	55
Abordagem sintômica	55
Abordagem etiológica	59
DOR PÉLVICA	64
Abordagem sintômica	64
Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	66
OFTALMIA NEONATAL	69
HEPATITES VIRAIS	73
INFECÇÃO PELO VÍRUS T-LINFOTRÓPICO HUMANO (HTLV)	83
INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)	87
PREVENÇÃO DAS DST NA VIOLÊNCIA SEXUAL	99
DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV	107
QUIMIOPROFILAXIA APÓS A EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO ...	113
ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ATENDIMENTO DE PORTADORES DE DST	117
BIBLIOGRAFIA.....	119
ANEXOS	124
ANEXO I: ORIENTAÇÃO PARA EXAME FÍSICO	125
ANEXO II: ROTEIROS PARA ACONSELHAMENTO	127
ANEXO III : CARTÃO PARA NOTIFICAÇÃO DOS PARCEIROS	130
ANEXO IV: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE DST – SINAN	131
ANEXO V – TESTES CUTÂNEOS PARA ALERGIA A PENICILINA	132
ANEXO VI - ESQUEMA DE DESSENSIBILIZAÇÃO ORAL À PENICILINA	133
ANEXO VII: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA	134
ANEXO VIII: FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE	136
ANEXO IX: FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS > 2 ANOS	137

1

DST no Brasil

1 - Introdução

2 - Epidemiologia das DST no Brasil

3 - Informações sobre prevenção e o uso de preservativo

4 - DST e o Sistema Único de Saúde (SUS)



DST no Brasil

Introdução

Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou um total de 340 milhões de casos novos por ano de DST curáveis em todo o mundo, entre 15 e 49 anos, 10 a 12 milhões destes casos no Brasil. Outros tantos milhões de DST não curáveis (virais), incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo papilomavirus humano (HPV), hepatite B (HBV) e infecção pelo HIV ocorrem anualmente (WHO 2005).

Dentre mulheres com infecções não tratadas por gonorréia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis. Para efeito de comparação, observa-se que a taxa de infertilidade por causas não infecciosas é estimada em 3 a 7%. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade 6 a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica. Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2004).

Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (Gutman 1999). Entre homens, a clamídia também pode causar infertilidade (Karinen et al., 2004, Mardh 2004, Elley et al., 2005). Outras conseqüências associadas ao HPV incluem carcinoma de colo uterino, de pênis e de ânus.

Apesar disso, as DST só voltaram a readquirir importância como problema de saúde pública após a epidemia de Aids. Estudos mostraram que pessoas com DST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativas têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o que sobe para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais (Fleming & Wasserheit 1999). Evidências recentes sugerem que o herpes genital pode ser responsável pela maior proporção de novas infecções por HIV (Rodrigues et al., 2002). Sua prevalência é elevada no Brasil, apesar do baixo percentual de indivíduos que relatam sintoma prévio (Carvalho et al., 1999).

Por outro lado, se o portador de HIV também é portador de alguma DST, mais facilmente transmitirá o HIV aos seus parceiros sexuais. A concentração média de HIV no líquido seminal é oito vezes maior em homens com uretrite, sem diferença na concentração sanguínea; após o tratamento, a concentração seminal volta a ser comparável (Cohen et al., 1997). O HIV também está presente na secreção cérvico-vaginal numa frequência duas vezes maior entre mulheres com gonorréia, três vezes maior na presença de clamídia e quatro vezes maior se existe ulceração no colo uterino ou na vagina (Ghys et al., 1997). A vaginose bacteriana, uma infecção do trato reprodutivo

(ITR) de origem endógena, dobra o risco de infecção pelo HIV (Sewamkambo et al., 1997). Tem importantes implicações no período gestacional, com aumento do risco de prematuridade e infecção puerperal (Klebanoff et al., 2004; Leitich et al., 2003).

As DST de notificação compulsória são: AIDS, HIV na gestante/criança exposta, sífilis na gestação e sífilis congênita. Para as outras DST, não há um sistema de notificação compulsória e a ausência de estudos de base populacional dificulta a visibilidade do problema e implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu re-direcionamento. É necessário um esforço coletivo para divulgar a situação das DST e capacitar os serviços para atender os clientes. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e pronto-atendimento com intervenção terapêutica imediata, disponibilização de insumos, mantendo confidencialidade e ausência de discriminação.

Epidemiologia das DST no Brasil

Nos dados preliminares de um estudo realizado em seis capitais (Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiânia, Fortaleza e Manaus) para avaliar a prevalência das DST em diferentes populações, encontrou-se:

Tabela 1: Prevalência das principais DST segundo estudo multicêntrico (Brasil, 2004a -dados parciais não publicados)

Prevalências (%)										
Grupos populacionais	N	Sífilis	HIV	HBV	VB	Candida	HSV2	Gono	CT	HPV 16/18
Gestantes	3600	1,9	0,5	0,5	31,7	25,2	22,7	1,5	9,3	33,4
Industriários	3600	2,2	-	0,9	-	-	12,5	0,9	3,5	-

O mesmo estudo também avaliou a prevalência de algumas destas DST em clientes com síndromes clínicas, conforme os resultados abaixo:

Tabela 2: Prevalência das principais DST segundo estudo multicêntrico (Brasil, 2004a -dados parciais não publicados)

Prevalências (%)							
Grupos populacionais	Sífilis	HIV	HBV	HSV2	Gono	CT	HPV 16/18
Mulheres com queixa de DST	3,6	0,9	2,4	39,0	0,4	2,2	36,2
Homens com queixa de DST	4,2	1,5	3,4	18,3	2,4	4,5	3,2

Entre jovens que se apresentam para seleção do serviço militar (conscritos), 15,8% relataram já ter tido algum problema relacionado às DST (como corrimento no canal da urina, bolhas ou feridas ou verrugas no pênis), sendo as taxas mais altas nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2002). A prevalência de clamídia em conscritos assintomáticos de Goiânia foi 5% (Fioravante et al., 2005).

Num inquérito populacional entre homens que apresentaram corrimento uretral e tiveram tratamento, 57,8% foram atendidos em estabelecimento público de saúde, sendo que 46,2% deles adquiriram os medicamentos no próprio estabelecimento de saúde, enquanto os outros adquiriram na farmácia. Entre os homens que tiveram o problema e que não buscaram serviços de saúde, 65,4% procuraram, diretamente, o atendente de uma farmácia. (CEBRAP & Ministério da Saúde 2000).

Em relação as mulheres, encontrou-se numa população de adolescentes assintomáticas atendidas pelo Programa de Saúde da Família de Vitória, 12,2% de clamídia e 1,9% de infecção gonocócica (Miranda et al., 2004). No Estudo Sentinela em Parturientes de abrangência nacional, observou-se que a prevalência de soropositividade para sífilis é 1,6%, correspondendo a cerca de 48.000 gestantes/ano e 0,41% de HIV, cerca de 12.300 casos/ano (Brasil, 2005).

Informações sobre prevenção e o uso de preservativo

É alto o nível de informação da população de 15 a 24 anos quanto aos meios de prevenção da transmissão do HIV por via sexual – 95% identificam o uso do preservativo como eficaz nesta condição.

Estudo realizado em 2004 revelou que o uso do preservativo na primeira relação sexual foi referido por 53,2% dos entrevistados, sendo menor nas regiões Norte e Nordeste; o uso na última relação sexual foi de 57,3%. Também foi referido por 74,1% dos entrevistados o uso do preservativo na última relação sexual com parceria eventual, sendo menor quanto mais baixa a escolaridade. (Brasil, 2004b).

DST e o Sistema Único de Saúde (SUS)

Sabe-se que as estratégias de prevenção primária (uso do preservativo) e secundária (diagnóstico e tratamento) podem permitir o controle das DST e suas consequências. As ações nessa direção existem no país de forma pulverizada, com importantes diferenças regionais.

As diretrizes para diagnóstico e tratamento precoces, incluindo a avaliação das parcerias sexuais, são pouco conhecidas ou implementadas pelo sistema de saúde. Não existe disponibilidade contínua de medicamentos padronizados para portadores de DST, bem como de preservativos. A pactuação entre os três níveis de governo estabelece que a aquisição dos medicamentos para as DST é de responsabilidade dos estados e municípios, e a aquisição de preservativos é compartilhada, sendo de 80% de responsabilidade do nível federal nas regiões sul e sudeste e de 90% nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. Porém esta pactuação vem sendo cumprida com dificuldades. Pouco se valoriza a prevenção especificamente dirigida ao controle das DST (educação em saúde, disseminação da informação para reconhecimento de sinais e sintomas, busca precoce por assistência, convocação de parceiros, campanha em mídia, etc). Há ênfase no diagnóstico etiológico, pouco se conhece o manejo sindrômico e os profissionais capacitados são insuficientes.

Apesar dos avanços na atenção básica nos últimos anos, muitas unidades de saúde têm restrita capacidade resolutive e trabalham com agendamento de consultas, destinando pouco ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, não reconhecendo a DST sintomática como uma emergência. Isso restringe a acessibilidade aos serviços, levando os homens portadores de DST a continuar procurando prontos

socorros, farmácias, curandeiros ou auto-medicação. As mulheres, frequentemente assintomáticas, não são rastreadas ou orientadas no seu atendimento ginecológico. Finalmente, os serviços que atendem DST tendem a ser clínicas especializadas, o que estigmatiza a população que as procura.

Pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e factibilidade de controle, as DST devem ser priorizadas. 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, pelas 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.



Abordagem integral ao portador de DST

1 - Atendimento

2 - Aconselhamento

3 - Oferta de preservativos



Abordagem integral ao portador de DST

O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Ao agendar a consulta para outro dia, pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas desestimulando a busca por tratamento. Como consequência, a infecção pode evoluir para formas crônicas graves e se mantém a transmissão. A espera em longas filas, o agendamento para nova data, a falta de medicamentos e a discriminação e/ou falta de confidencialidade são fatores que induzem à busca de resolução fora do sistema formal de saúde.

Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso de abordagem sindrômica, que se baseia em fluxogramas de conduta. A literatura mostra que os fluxogramas para úlceras genitais e corrimentos uretrais são bastante eficientes. Entretanto, não se observa o mesmo desempenho para corrimentos vaginal e cervical (Sangani et al., 2004, Vuylsteke 2004). Para aumentar sua capacidade preditiva dos verdadeiros casos de infecção, propõe-se a inclusão de insumos como fitas de pH vaginal e hidróxido de potássio (KOH) na diferenciação das causas de corrimento e a utilização de critérios de risco para endocervicite (WHO 2005).

Atendimento

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 através de vídeos educativos, dinâmicas de grupo, abordagens de questões de cidadania, entre outras.

A anamnese do paciente, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem se constituir nos principais elementos diagnósticos das DST. O atendimento do paciente com DST visa curar as infecções possíveis, cessar os sintomas, colaborando para evitar as complicações advindas da(s) DST e interromper a cadeia de transmissão. Portanto, uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção, quando necessários. Os exames laboratoriais devem ser colhidos na mesma oportunidade, sempre que possível, mas a conduta não deve ser postergada aguardando seus resultados. Os exames laboratoriais, quando realizados, vão confirmar a adequação dos tratamentos prescritos, contribuir na vigilância do perfil etiológico das diferentes síndromes clínicas e da sensibilidade aos medicamentos preconizados.

Nesta 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.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo para garantir a qualidade do processo de aconselhamento e a adesão ao tratamento e ao serviço. Para tanto, é necessário assegurar um ambiente de privacidade para a consulta, tempo e disponibilidade interna do profissional para o diálogo, assegurando para o cliente a confidencialidade das informações.

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).

Também outras doenças (como diabetes, dermatoses, imunodeficiências), o uso de medicamentos e questões sócio-econômicas e culturais que podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento das DST devem ser abordadas durante a anamnese.

Fluxogramas de conduta específicos, desenvolvidos e testados nacional e internacionalmente, são os instrumentos que auxiliarão o profissional que realiza o atendimento e serão apresentados nos capítulos seguintes para cada síndrome clínica: úlcera genital, corrimento uretral masculino, corrimento feminino e dor pélvica. Os fluxogramas contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes. Para usá-lo, o profissional identifica a síndrome que se encontra no topo do quadro e segue os passos, tomando as decisões de acordo com os achados clínicos. Após o fluxograma de cada síndrome, são apresentadas as notas explicativas correspondentes a cada polígono de decisão e ação. Informações mais específicas sobre as doenças abrangidas por cada síndrome são oferecidas imediatamente após as notas de esclarecimento de cada fluxograma. As DST que não fazem parte das síndromes são apresentadas em capítulos posteriores. Diferentemente dos homens, entre as mulheres é comum observar a presença da infecção sem ou com poucos sintomas ou queixas. Nestes casos, o fluxograma pode ser aplicado ao serem identificados sinais ao exame genital, apesar de se esperar uma menor sensibilidade.

No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde devem conhecer anatomia e fisiologia do trato genital masculino e feminino e um exame clínico e genital minuciosos são recomendados (ver anexo I). Durante o exame físico, devem ser feitas as coletas das secreções e material de lesões para exame laboratorial, sempre que disponíveis, incluindo o material para a colpocitologia oncológica.

A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, as ações complementares (oferta e realização da triagem sorológica para sífilis, HIV, além de hepatite B e C se possível, precedidas de aconselhamento) e o seguimento. Nas ações complementares, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para indivíduos abaixo de 30 anos (idade limitada pela redução da resposta imunogênica). Para as regiões endêmicas, como a região Norte, recomenda-se a sorologia para hepatite B prévia e vacinação dos suscetíveis. A vacina está disponível nas unidades básicas de saúde. O aconselhamento para redução de risco, as intervenções para adesão ao tratamento e a estratégia de comunicação e tratamento de parceiros complementam as ações.

Aconselhamento

Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids. É um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST

porque auxilia o cliente a compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando e a reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções. Implica na participação ativa do cliente no processo terapêutico e na promoção de um diálogo no qual a mensagem do profissional é contextualizada pelas características e vivências do primeiro e o sucesso depende da qualidade da interação, da troca entre ambos.

Há necessidade de conversar sobre aspectos da intimidade do indivíduo, como suas práticas sexuais, a dinâmica de seus relacionamentos, fidelidade própria e dos parceiros, violência e coerção sexual. Deve-se procurar entender as idéias do indivíduo a respeito de riscos, doença e saúde. O cliente deverá ser visto como um todo, incluindo sentimentos, crenças, valores, determinantes das práticas de risco e atitudes (adesão) diante do tratamento prescrito. Preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitados, e o diálogo franco deve ser garantido. Caso contrário, pode ocorrer omissão de informações necessárias para avaliar a real gravidade da doença ou, por outro lado, superdimensionamento.

À medida que as necessidades, dúvidas, preocupações e angústias do cliente relacionadas ao seu problema de saúde são identificadas e acolhidas, torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança e a promoção de apoio emocional, facilitando:

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

O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. No grupo, as questões trazidas pelos participantes devem nortear o conteúdo e as pessoas têm a oportunidade de dimensionar seus riscos e suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos. Essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional para o cliente e favorecer a percepção de sua própria demanda, reconhecendo o que sabe e sente e estimulando sua participação nos atendimentos individuais subsequentes. Os grupos de sala de espera, exemplo dessa abordagem, otimizam o tempo que o usuário passa no serviço de saúde. É importante, entretanto, que o profissional esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no grupo daquelas pertinentes ao atendimento individual, também necessário.

Não existe um método ideal para se fazer aconselhamento, um processo difícil para os dois envolvidos – cliente e profissional. Durante sua formação, os profissionais não são preparados para enfrentar situações similares. Na maior parte das vezes, o profissional evita-se questionamentos sobre o(s) parceiro(s) sexuais por auto-proteção do profissional, falta de tempo, ou falta de condições de privacidade e segurança. A maioria dos profissionais adquire a habilidade de lidar com esta situação no exercício de sua atividade. Durante tal processo, deve aprender a ser imparcial, ouvir e questionar fatos que, por diversas vezes, podem colocar em risco relações aparentemente estáveis, ou

revelar particularidades até então mantidas em segredo por preconceito ou dificuldade do cliente para lidar com a situação.

Todos os profissionais da equipe de saúde devem estar aptos a desenvolver o aconselhamento com informações atualizadas sobre DST/Aids. Cabe à equipe do serviço de saúde organizar-se para garantir que o aconselhamento seja realizado durante o processo de atendimento dos usuários. O conteúdo a ser abordado no aconselhamento e o conteúdo específico referente à oferta da sorologia anti-HIV consentida encontra-se no (Anexo II).

Oferta de preservativos

O uso de preservativos, masculinos ou femininos, por pessoas sexualmente ativas é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. É o único método que oferece dupla-proteção, ou seja, é eficaz tanto para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST, quanto para contracepção. A disponibilidade do preservativo distribuído pelo sistema público de saúde, entretanto, nem sempre é suficiente para suprir as necessidades dos usuários. Assim, é importante fortalecer a idéia de co-responsabilidade no suprimento deste insumo para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres.

A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades existentes na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro.

A eficácia e segurança do preservativo dependem de seu uso correto e consistente em todas as relações sexuais e da técnica de uso e conservação, próprias deste insumo. O uso regular aperfeiçoa a técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape, aumentando sua eficácia. Devem ser promovidos e disponibilizados como parte da rotina de atendimento. As orientações adequadas para uso e conservação dos preservativos masculino e feminino estão nos quadros abaixo.

Quadro 1: Cuidados com o preservativo masculino:

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

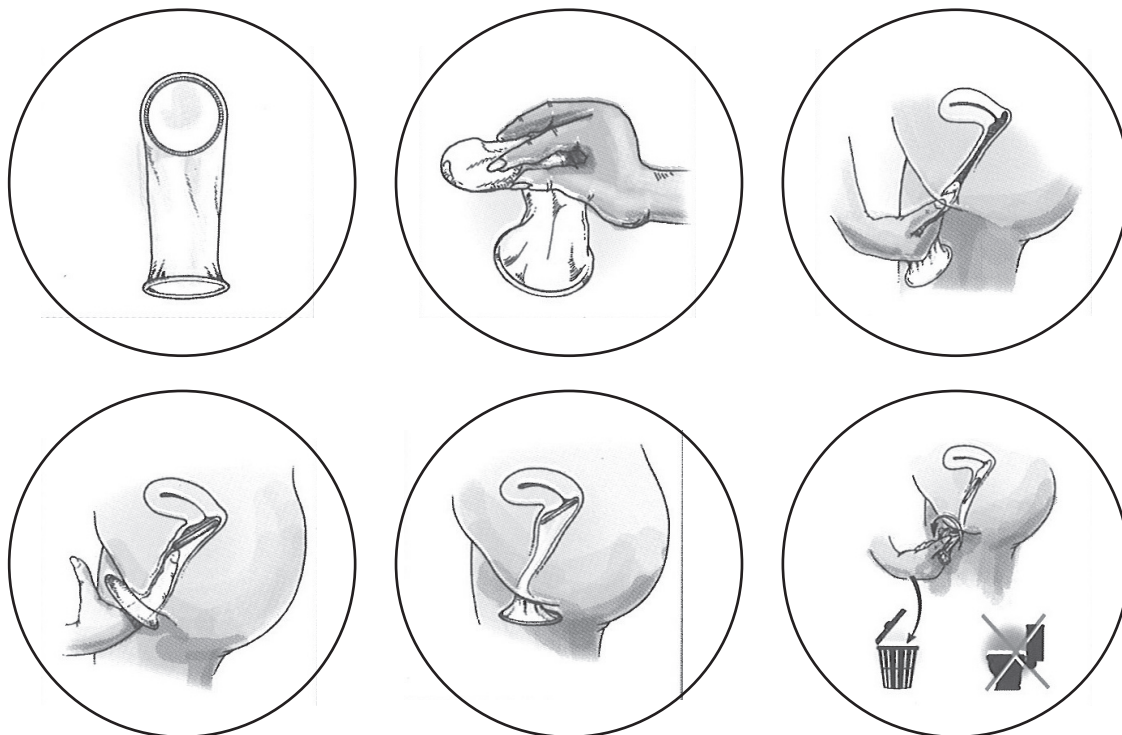
Quadro 2: Fatores de risco para ruptura ou escape do preservativo masculino:

- más condições de armazenamento;
- não observação do prazo de validade;
- danificação da embalagem;
- lubrificação vaginal insuficiente;
- sexo anal sem lubrificação adequada;
- uso de lubrificantes oleosos;
- presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;
- tamanho inadequado em relação ao pênis;
- perda de ereção durante o ato sexual;
- contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis;
- retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo;
- uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre eles);
- uso de um mesmo preservativo durante coito prolongado.

Figura 1: Colocação do preservativo masculino

Quadro 3: Cuidados com o preservativo feminino

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

Figura 2: Colocação do preservativo feminino

3

Abordagem dos parceiros sexuais

1 - Princípios da convocação de parceiros

2 - Procedimentos para comunicação de parceiros

3 - Manejo clínico de parceiros



Abordagem dos parceiros sexuais

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelos próprios clientes. No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência.

Princípios da convocação de parceiros

Para que se rompa a cadeia de transmissão das DST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. O profissional deve aconselhar o cliente que:

- a natureza confidencial de suas informações;
- a possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados;
- a possibilidade de reinfecção se um parceiro permanece infectado;
- as conseqüências para o parceiro, se não tratado;
- as conseqüências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado;
- formas de transmissão e risco da infecção;
- a necessidade de pronto atendimento médico e os locais onde conseguiu-lo;
- a necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado;
- na impossibilidade de evitar contato sexual, a necessidade de uso consistente do preservativo.

Qualquer que seja o método usado na comunicação, essa deve ser baseada nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação.

Confidencialidade: A comunicação deve ser realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial. Qualquer informação sobre o cliente-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada ao(s) parceiro(s) e vice-versa. O profissional de saúde explicará que a informação sobre um cliente não pode ser dada a outro. Toda informação escrita deve permanecer confidencial. Há menor relutância em utilizar o serviço de saúde se os clientes e a comunidade percebem que o sistema de comunicação de parceiros mantém e garante a confidencialidade.

Ausência de coerção: A comunicação de parceiros deve ser voluntária e os clientes-índice devem continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não cooperem com

estas atividades. Podem ocorrer situações nas quais um cliente-índice se recusa a comunicar ou a permitir a convocação de um parceiro conhecido pelo profissional de saúde. Se esse profissional sentir que o risco à saúde do parceiro e/ou outros (como um feto) é tão elevado que seria antiético deixar de informá-lo, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades. A decisão sobre a convocação do parceiro deve ser tomada após aconselhamento do cliente, que deve ser informado da intenção do profissional de saúde em agir de acordo com princípios éticos.

Proteção contra discriminação: A comunicação de parceiros deverá ser realizada respeitando-se os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente naqueles lugares onde a estigmatização e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. Lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde, por qualquer profissional na cadeia de atendimento é uma atitude ainda freqüente, mas ética e profissionalmente inaceitável que repercute negativamente na adesão e compromete o trabalho de toda a equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.

Procedimentos para comunicação de parceiros

Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o cliente relacionou-se sexualmente entre 30 e 90 dias, segundo a tabela abaixo, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase. O uso de cartões para convocação de parceiros sexuais é recomendado (Anexo III). Serão emitidos cartões de convocação para todos os parceiros identificados pelo cliente.

Tabela 3: Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros.

	Úlceras	Corrimento uretral ou infecção cervical	DIPA	Sífilis	Tricomoníase
Tempo do contato sexual	90 dias	60 dias	60 dias	Secundária=6m Latente = 1 ano	Parceiro atual

Fonte: WHO 2005

É imprescindível convocar as parceiras grávidas de homens portadores de qualquer DST pelos riscos de transmissão congênita de diversas destas infecções. Os parceiros de gestantes com sífilis e DST não viral e as parceiras gestantes que não atenderem ao chamado para tratamento devem ser objeto de busca ativa consentida, através da equipe de vigilância epidemiológica ou saúde da família da área de abrangência de sua residência.

A comunicação pelo paciente pode ser usada em qualquer situação e deve fazer parte da rotina de profissionais que atendem pacientes com DST. É o método segundo o qual um cliente é estimulado a comunicar o(s) parceiro(s) sem o envolvimento direto dos profissionais de saúde. Neste método, o cliente-índice pode oferecer informação ao parceiro, acompanhá-lo ao serviço ou simplesmente entregar um cartão de comunicação para que procure atendimento.

A comunicação pelo profissional de saúde é o método segundo o qual os profissionais

de saúde convocam os parceiros do cliente-índice, reservada para os parceiros que não serão comunicados pelo próprio, após informá-lo de sua obrigação ética profissional.

A comunicação dos parceiros pode ser realizada por meio dos seguintes métodos:

Comunicação por cartão: O profissional de saúde que estiver atendendo o cliente deve obter o nome, endereço e outras informações de identificação do parceiro, para o preenchimento do cartão de comunicação (Anexo I). O cartão consiste de 2 partes: a parte A é retida pela unidade que preencheu, e a parte B entregue ao cliente-índice que, por sua vez, a entregará ao parceiro. Deve ser preenchido um novo cartão para cada parceiro.

A **parte A** do cartão deve conter: código alfanumérico (que identificará a doença ou síndrome do caso-índice, de acordo com o CID); um número de ordem dos cartões emitidos naquele centro; nome do cliente-índice; dados do parceiro (nome, endereço); data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde que preencheu o cartão. A parte B deve conter o mesmo código alfanumérico já mencionado, o nome do parceiro, mensagem solicitando seu comparecimento a serviço de saúde, nome do centro de saúde no qual poderá ser atendido, data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde.

Quando o parceiro apresenta a **parte B**, o profissional de saúde identifica, por meio do código alfanumérico, o tipo de DST que ocasionou a comunicação e o centro que emitiu o cartão. Procede então o tratamento de acordo com as orientações deste Manual. O atendimento a portadores de cartões emitidos por outros centros deve ser informado ao centro de origem. Todos os cartões devem ser mantidos confidenciais e guardados em locais de acesso controlado pelo profissional responsável pelo sistema de convocação.

Comunicação por aerograma: Caso os parceiros não atendam à convocação por cartão em um prazo de até 15 dias, ou o cliente-índice não queira entregar os cartões (mas forneça dados de identificação dos parceiros), deve-se realizar a comunicação por meio de aerogramas.

Comunicação por busca ativa: Essa modalidade só poderá ser executada quando forem esgotados todos os recursos disponíveis, havendo acesso a endereço. Cada unidade deve implementar as atividades do sistema progressivamente, de acordo com a disponibilidade de recursos humanos e materiais.

Manejo clínico de parceiros

Ao chegar no serviço de saúde, o parceiro deve ser considerado um portador da mesma síndrome ou doença que acometeu o cliente-índice, mesmo que não apresente nenhum sintoma ou sinal, e receber o mesmo tratamento recomendado para a sua condição clínica.

4

Vigilância epidemiológica de DST/HIV/aids

- 1 - Operacionalização do sistema de notificação*
- 2 - Vigilância epidemiológica da sífilis em gestante*
- 3 - Vigilância epidemiológica da sífilis congênita*



Vigilância epidemiológica de DST/HIV/aids

Apenas a sífilis em gestante, sífilis congênita, a AIDS e a infecção pelo HIV em gestantes/crianças expostas são doenças de transmissão sexual de notificação compulsória. Para as outras DST, recomenda-se a notificação universal baseada em síndromes, via SINAN, que aumenta a sensibilidade e a agilidade do sistema (WHO 1997).

Propõem-se atividades diferenciadas de Vigilância Epidemiológica (VE) nos três níveis hierárquicos do SUS:

Nível Municipal/Local:

Os dados de DST (usando abordagem sindrômica) devem ser colhidos por meio da ficha do SINAN, sendo utilizados no nível municipal/local, para orientar as ações.

Nível Estadual:

Os dados gerais de DST devem ser repassados para o estado, de forma agregada, de modo que esse possa acompanhar, supervisionar e propor o re-direcionamento das ações de saúde a partir de seu nível de atuação.

Nível Nacional:

Deve acompanhar os relatórios agregados dos Estados e promover estudos periódicos para avaliar a magnitude das DST do país, em consonância com o nível estadual.

Operacionalização do sistema de notificação

Embora não sejam agravos de notificação compulsória nacional, a notificação das síndromes e condições clínicas pelo SINAN, utilizando-se os códigos apresentados no (Anexo IV) e as definições abaixo:

SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL): presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não traumática, excluída a evidência clínica ou antecedente de pequenas lesões vesiculosas, em homem ou mulher, associada ou não à bacterioscopia pelo Gram (com presença de bacilos Gram negativos sugestivos de *H. ducreyi*) e/ou *Treponema pallidum* “em campo escuro” positiva, ou sorologia reagente para sífilis.

SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM: presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído ou após compressão da base do pênis em direção à glande (“ordenha”), associado ou não à bacterioscopia com diplococos

Gram negativos intracelulares ou cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae* e/ou exame ELISA ou imunofluorescência direta reagente ou captura híbrida ou reação de polimerase em cadeia (PCR) positiva para clamídia.

SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL: presença de mucopus cervical associado ou não à hiperemia, friabilidade ou colpite, verificada obrigatoriamente ao exame com espéculo vaginal.

SÍFILIS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA): presença de sífilides papulosas disseminadas (principalmente palmo-plantares), e/ou condiloma plano, acompanhados ou não por poliadenomegalia, e sorologia positiva (**sífilis secundária**); ou sorologia positiva em portador assintomático de sífilis (**sífilis latente**); ou presença de lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurismas) ou articulares (artropatia de Charcot) e sorologia positiva (**sífilis terciária**).

HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO): evidência de pequenas lesões ulcerativas na região anogenital, que foram precedidas por lesões vesiculosas isoladas ou agrupadas em “cacho”, sobre base eritematosa, cujo aparecimento, por sua vez, foi precedido de ardor ou prurido, associado ou não à presença de células gigantes com inclusões intranucleares de diagnóstico citológico Tzanck ao exame microscópico direto do líquido vesiculoso.

CONDILOMA ACUMINADO: presença de lesão vegetante característica, confirmada ou não por biópsia .

Vigilância epidemiológica da sífilis em Gestante

A portaria nº33, de 14 de julho de 2005 inclui Sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória . (anexo VIII)

Objetivos

- Controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum* ;
- Acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle.

Definição de caso de sífilis em gestantes para fins de vigilância epidemiológica

Devem ser notificadas:

- Todas gestantes com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.

Operacionalização

Sistema de informação – SINAN Gestante com Sífilis

- Instrumento de notificação/investigação: ficha de notificação padronizada.

Locais de notificação

- Serviços de pré-natal e maternidades.

Fluxo de informação

- Segue o mesmo fluxo dos outros agravos de notificação compulsória nacional.

Vigilância epidemiológica da Sífilis Congênita

A sífilis congênita tornou-se uma doença de notificação compulsória pela portaria 542 de 22 de dezembro de 1986 (Brasil, 1986). Em 1993, os países latino-americanos propuseram a Eliminação da Sífilis Congênita como um Problema de Saúde Pública. Embora os guias clínicos, testes diagnósticos e terapia da sífilis na gestante estejam disponíveis, ainda não se atingiu a incidência de 1 ou menos casos em 1000 nascidos vivos, compatível com o controle da doença congênita proposto. Além disso, apesar de ser doença de notificação compulsória, há muita subnotificação da sífilis congênita.

Os casos confirmados de sífilis congênita devem ser digitados no SINAN, depois de preenchimento das fichas de investigação conforme modelo do (Anexo VII). A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

- todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
- todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

Definição de Casos de Sífilis Congênita (2004):

Quatro critérios compõem a definição de caso de sífilis congênita, mas detalhados no Manual de Princípios e Diretrizes para a Eliminação da Sífilis Congênita :

Primeiro Critério: Toda criança, ou aborto¹, ou natimorto² de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Segundo Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade e achados sorológicos:

- titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou
- testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
- testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou
- títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Terceiro Critério: Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Quarto Critério: Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

¹ Aborto: perda gestacional até 22 semanas de gestação ou com peso menos ou igual a 500 gramas.

² Natimorto: feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas

Tratamento inadequado para a gestante

É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; **ou** tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; **ou** tratamento não adequado para a fase clínica da doença; **ou** a administração do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; **ou** elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento. Se o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) **ou** foi(ram) tratado(s) inadequadamente, define-se tratamento inadequado para a gestante; o mesmo se aplica quando não se tem essa informação **ou** ausência de documentação **ou** da queda dos títulos do parceiro após tratamento.

5

Síndromes clínicas principais

- 1 - Ações essenciais complementares*
- 2 - Úlceras genitais*
- 3 - Corrimento uretral*
- 4 - Corrimento vaginal e cervicite*
- 5 - Dor pélvica*
- 6 - Oftalmia Neonatal*



Síndromes clínicas principais

As síndromes são apresentadas, a seguir, com seus fluxogramas, propostas terapêuticas, seguidas por esclarecimentos e orientações para situações especiais. Finalmente, apresentam-se, em sub-capítulos, as infecções mais importantes de cada síndrome.

Quadro 4: Síndromes clínicas, seus agentes, transmissão e cura.

Síndrome	DST	Agente	Tipo	Transmissão Sexual	Curavel
Úlceras	Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	bactéria	sim	sim
	Crancro Mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	bactéria	sim	sim
	Herpes	<i>Herpes simplex vírus (HSV-2)</i>	vírus	sim	não
	Donovanose	<i>Klebsiella granulomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Linfogranuloma	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
Corrimentos	Vaginose bacteriana	múltiplos	bactéria	não	sim
	Candidíase	<i>Candida albicans</i>	fungo	não	sim
	Gonorréia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	bactéria	sim	sim
	Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	bactéria	sim	sim
	Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	protozoário	sim	sim
Verrugas	Condiloma	<i>Papilomavírus Humano</i>	vírus	sim	não

Para qualquer atendimento de uma DST (das quais se excluem os casos de corrimento vaginal por vaginose bacteriana e candidíase se perfil epidemiológico de baixo risco para DST), deve ser oferecido um conjunto de ações essenciais complementares.

Ações essenciais complementares:

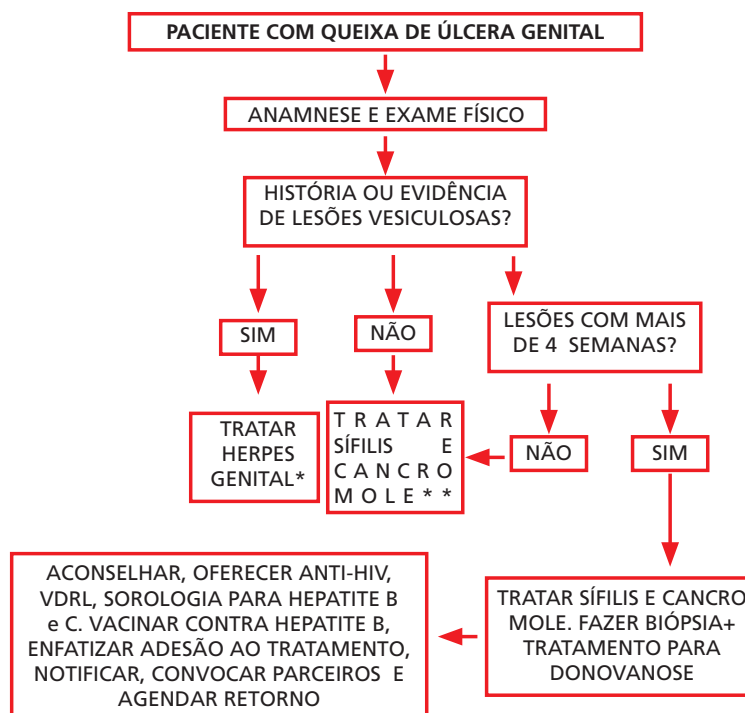
Incluem as seguintes medidas gerais:

- Aconselhar e oferecer sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C se disponíveis
- Vacinar contra hepatite B, se a idade for < 30 anos (restrito por disponibilidade da vacina)
- Enfatizar a adesão ao tratamento
- Orientar para que a pessoa conclua o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecidos;
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
- Oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso; e
- 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.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Marcar o retorno para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e para o controle de cura em 7 dias.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais.
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, caso não exista o desejo de engravidar, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;

Úlceras genitais

Abordagem sintomática

Figura 3: Fluxograma de 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.

Para o 1º episódio de herpes genital, iniciar o tratamento o mais precocemente possível com:

- **Aciclovir** 200 mg, 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.

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.

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.

Na ausência de lesões vesiculosas, recomenda-se o tratamento presuntivo para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole:

Quadro 5: Opções terapêuticas para úlceras genitais (exceto herpes).

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 nutrizes);	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, nutrizes 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 à 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
- **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 .

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.

Não esquecer as ações complementares essenciais - aconselhar, oferecer testes anti-HIV, VDRL, sorologia para Hepatite B e C, vacinar contra hepatite B. Enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno.

Abordagem etiológica

Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença. O risco de infecção em um intercuro sexual é 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano.

Classifica-se em:

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

O cancro duro é uma lesão erodada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla.

No homem, a lesão aparece com maior frequência na glândula e sulco bálano-prepucial. Na mulher, dificilmente é detectada nesta fase; quando aparece é mais comumente observada nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. Pela localização, pode passar despercebida. São raras, porém ocorrem, as lesões de inoculação em outras áreas que não a genital. A lesão é altamente infectante, sempre rica em treponemas que podem ser visualizados ao microscópio óptico com campo escuro.

De 6 a 8 semanas do aparecimento do cancro duro e após sua cicatrização espontânea, podem ocorrer lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas, geralmente acompanhadas de micropoliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, de artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia. Mais raramente observa-se comprometimento hepático e até ocular, como uveíte. Também são lesões ricas em treponemas como o cancro duro, mas já existem anticorpos circulantes, em seus maiores títulos, que permitem a identificação sorológica da infecção. Dentre estas lesões, são comuns:

- manchas eritematosas (roséolas), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme;
- pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas a princípio e posteriormente escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. Sua localização nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no secundarismo;
- alopecia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas;

- lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placas mucosas);
- lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito, também chamadas de condiloma plano.

A sífilis latente (recente e tardia) é a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos. Seu diagnóstico é feito exclusivamente por meio de testes sorológicos, com títulos menores do que na fase secundária. Sua duração é variável e seu curso poderá ser interrompido por sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

A sífilis tardia pode ter sinais e sintomas após 3 a 12 anos de infecção, principalmente lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (tabes dorsalis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot). Na maioria das vezes, entretanto, são assintomáticas. Não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm títulos baixos.

Os diagnósticos diferenciais dependem da fase da infecção:

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

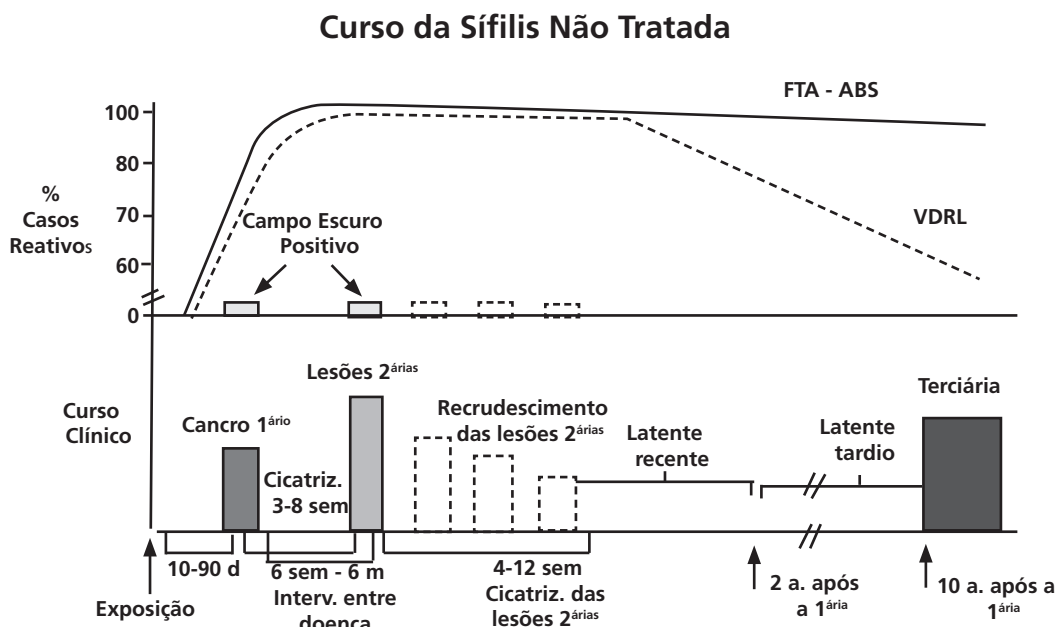
O diagnóstico laboratorial se faz por técnicas variadas, também dependentes da fase da infecção. A pesquisa direta só se aplica a lesões das fases primária e secundária. Exige colher a linfa em lâmina, adicionar algumas gotas de soro fisiológico e observar por microscopia em campo escuro o movimento dos treponemas. Indicada para material de lesão ulcerada suspeita, podendo também ser positiva para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária.

Os testes sorológicos não treponêmicos como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasm Reagin) são testes quantitativos, importantes para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico. Devem ser solicitados sempre que se suspeitar de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. Tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro (sífilis primária) estão mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos sofrem redução natural no primeiro ano de evolução. Instituído o tratamento correto, tende a negatizar-se em 6-12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica. Títulos baixos podem também representar reação falso-positiva (pesquisar doença do colágeno), sífilis muito recente (em ascensão) ou até muito antiga, tratada ou não.

As sorologias treponêmicas incluem a imunofluorescência com o FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), o MH-TP (Micro-hemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou TPHA, Elisa (teste imunoenzimático) e, atualmente, os testes rápidos. São testes específicos e qualitativos, importantes para a confirmação da infecção. Em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção. O FTA-Abs é o que positiva mais

rapidamente. A sorologia com anticorpos treponêmicos, que tendem a permanecer no soro mais longamente do que os anticorpos não treponêmicos ou lipídicos, não são úteis para o acompanhamento.

Figura 4: Perfil sorológico e manifestações clínicas e laboratoriais da sífilis



As dúvidas de interpretação da sorologia poderão ser esclarecidas pela anamnese, pelo exame físico e pela repetição periódica dos testes não treponêmicos. Dois títulos baixos em intervalo de 30 dias excluem sífilis recente. Se as provas de sorologia treponêmica qualitativas (FTA-Abs ou TPHA) forem negativas, exclui-se sífilis atual ou prévia e o diagnóstico é de reação falso positivo que pode ocorrer quando há hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico.

Se ambas as técnicas forem positivas (não treponêmicas e treponêmicas), a dúvida sobre doença antiga ou adequadamente tratada permanece, sendo recomendável, então, repetir o tratamento. O paciente poderá receber alta e deverá ser esclarecido para o fato de que por muito tempo, ou até por toda a vida, apresentará sorologia treponêmica e não treponêmica reativa. Desta forma, em qualquer situação, fica o serviço ou o profissional de saúde com a responsabilidade, se necessário, de emitir atestado explicando o fenômeno e a inexistência de doença ativa.

Também o tratamento é dependente da fase da infecção:

Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.

Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

Alguns autores sugerem o uso de azitromicina para tratamento de sífilis, porém há relatos de falha terapêutica (CDC 2004a; Holmes KK, 2005).

Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a **reação febril de Jarisch-Herxheimer**, com exacerbação das lesões cutâneas e involução espontânea em 12 a 48 horas. Geralmente exige apenas cuidado sintomático e não se justifica a interrupção do esquema terapêutico. Essa reação não significa hipersensibilidade à droga; todo paciente com sífilis submetido à terapêutica penicilínica deve ser alertado quanto à possibilidade de desenvolver tal reação.

Os pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizados e receber esquemas especiais de penicilino-terapia intravenosa. Com o objetivo de prevenir lesões irreversíveis da sífilis terciária, recomenda-se que os casos de sífilis latente com período de evolução desconhecido e os portadores do HIV sejam tratados como sífilis latente tardia.

Os pacientes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) podem ser dessensibilizados ou então receberem tratamento com eritromicina na forma de estearato ou estolato, 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente, e por 30 dias para a sífilis tardia; a tetraciclina é indicada na mesma dosagem. Também pode ser usada a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente, e por 30 dias na sífilis tardia; porém esses medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrízes. Todas essas drogas exigem estreita vigilância, por apresentarem menor eficácia.

Após o tratamento da sífilis, recomenda-se o seguimento sorológico por teste não treponêmico quantitativo de 3 em 3 meses, durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses até estabilizar. Se título baixo e estável em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta. Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Estabilização, sem queda, pode ser sinal de neurosífilis assintomática, devendo ser realizada punção liquórica para avaliar celularidade e sorologia.

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas se não houver resposta ou se houver aumento de pelo menos duas diluições na titulação. As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser dessensibilizadas (Anexo V). Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de estearato, mas o feto será considerado não tratado e deverá ser notificado caso de sífilis congênita.

Embora haja publicações sugerindo que a azitromicina seja eficaz no tratamento da sífilis, já foi mostrada resistência do *Treponema* a este antimicrobiano macrolídeo e seu uso não foi estudado na prevenção de sífilis congênita (Passos et al., 2004; CDC 2004a; Kiddugavu et al., 2005). Até que evidências mais claras estejam disponíveis, não se recomenda seu uso em substituição à penicilina.

Portadores do HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Para esses pacientes é

sempre indicada a punção lombar. Quando comparados aos HIV negativos, podem estar sob maior risco para complicações neurológicas e podem apresentar maior falha no tratamento com os esquemas recomendados. A magnitude desse risco, embora não definida precisamente, é provavelmente pequena. É importante observar que após o tratamento, é essencial fazer-se um seguimento cuidadoso nesses pacientes.

Alergia à penicilina

O diagnóstico de alergia à penicilina deve ser adequadamente avaliado antes de se indicar outro medicamento para o tratamento da sífilis. Essa avaliação compreende, em primeiro lugar, um interrogatório eficiente que oriente para a real necessidade da realização dos testes de sensibilidade à penicilina. Na grande maioria dos casos, não são necessários porque o antecedente da “alergia” não se confirma por reações urticariformes ou mais graves pós uso de derivados penicilínicos.

A maioria das reações às penicilinas é de natureza relativamente benigna. As reações anafiláticas ocorrem em 10 a 40 por 100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente 2 óbitos por 100.000. Muitos autores defendem a não realização dos testes de sensibilidade à penicilina. No entanto, é muito comum, a prescrição de penicilina “após teste” que, na maioria dos casos, são realizados de forma incorreta, expondo o paciente ao mesmo risco de reação a que seria submetido caso recebesse a injeção da penicilina prescrita. A história de alergia à penicilina só pode ser confirmada com a realização de testes adequados de sensibilidade. Tais testes cutâneos podem fazer parte da rotina de atividades de qualquer unidade de saúde, seguindo-se protocolo específico (Anexo V).

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

Cancro mole

É uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais freqüente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, muito mais freqüentes no sexo masculino. Denomina-se também de cancróide, cancro venéreo, cancro de Ducrey. O período de incubação é geralmente de 3 a 5 dias, podendo se estender por até 2 semanas. O risco de infecção em um intercursos sexual é de 80%.

São lesões dolorosas, geralmente múltiplas devido à auto-inoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No homem, as localizações mais freqüentes são no frênulo e sulco bálano-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30 a 50%

dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase que exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único.

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

O diagnóstico laboratorial é feito utilizando-se a coloração pelo método de Gram em esfregaços de secreção da base da úlcera ou do material obtido por aspiração do bubão. Observam-se bacilos Gram negativos intracelulares, geralmente aparecendo em cadeias paralelas, acompanhadas de cocos Gram positivos (fenômeno de satelitismo). A cultura, método diagnóstico mais sensível, é de realização difícil. O PCR é o padrão-ouro, embora ainda de custo elevado, apenas disponível em alguns laboratórios de referência, para pesquisa. A biópsia não é recomendada, pois não confirma a doença.

Aparentemente a doença não apresenta uma ameaça ao feto ou ao neonato. Lembrar da possibilidade de associação entre *H. ducreyi* e *T. pallidum*, que ocorre, em 5% das lesões típicas do cancro mole (Passos, 2005), quando a profilaxia da doença congênita é essencial e urgente. Usar eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 10 dias. Nas pacientes que não responderem ao tratamento, com má adesão ou com intolerância gástrica à eritromicina optar por ceftriaxona.

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

Recomendações

- O tratamento sistêmico deve ser sempre acompanhado por medidas de higiene local.
- O paciente deve ser reexaminado 7 dias após início da terapia, devendo, ao fim desse período, haver melhora dos sintomas e da própria lesão.
- O seguimento deve ser feito até a involução total das lesões.
- O tratamento dos parceiros sexuais até 10 dias antes da está recomendado mesmo que a doença clínica não seja demonstrada, pela possibilidade de existirem portadores assintomáticos, principalmente entre mulheres.
- É muito importante excluir a possibilidade da existência de sífilis associada pela pesquisa de *Treponema pallidum* na lesão genital e/ou por reação sorológica para sífilis, no momento e 30 dias após o aparecimento da lesão.
- A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos pode ser indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação. São contra-indicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

Herpes genital

É uma virose transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital). A transmissão pode-se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras, precedidas de sintomas de ardência, prurido e dor. Acredita-se que a maioria dos casos de transmissão ocorre a partir de pessoas que não sabem que estão infectadas ou são assintomáticas (CDC, 2002; Leone, 2004). Mais recentemente, tem sido reconhecida a importância do herpes na etiologia de úlceras genitais, respondendo por grande percentual dos casos de transmissão do HIV, o que coloca o controle do herpes como uma prioridade (Rodriguez et al., 2002).

Os *herpes simplex virus* (HSV), tipos 1 e 2 pertencem à família Herpesviridae, da qual fazem parte o *Citomegalovírus* (CMV), o *Varicela zoster vírus* (VZV), o *Epstein-Barr vírus* (EBV), o *Epstein-Barr vírus* (HHV-6) e o *Herpesvírus humano 8* (HHV 8). Embora os HSV 1 e 2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais. São DNA vírus que variam quanto à composição química e podem ser diferenciados por técnicas imunológicas.

Quadro clínico: O vírus é transmitido mais freqüentemente por contato direto com lesões ou objetos contaminados. É necessário que haja solução de continuidade, pois não há penetração do vírus em pele ou mucosas íntegras. Pode não produzir sintomatologia ou pródromos como aumento de sensibilidade, formigamento, mialgias, ardência ou prurido antecedendo o aparecimento das lesões. No homem, localiza-se mais freqüentemente na glande e prepúcio; na mulher, nos pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo do útero. As lesões são inicialmente pápulas eritematosas de 2 a 3 mm, seguindo-se por vesículas agrupadas com conteúdo citrino, que se rompem dando origem a ulcerações. A adenopatia inguinal dolorosa bilateral pode estar presente em 50% dos casos. As lesões cervicais (cervicite herpética), freqüentes na primo-infecção podem estar associadas a corrimento genital aquoso. No homem, não raramente, pode haver secreção uretral hialina, acompanhada de ardência miccional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre e mal-estar. Com ou sem sintomatologia, após a infecção primária, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células ganglionares e entra em latência.

Após a infecção genital primária por HSV 2 ou HSV 1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação dos vírus. A recorrência das lesões pode estar associada a febre, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e imunodeficiência. O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primo-infecção, precedido de pródromos característicos: aumento de sensibilidade, prurido, “queimação”, mialgias, e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o cancro mole, a sífilis, o linfogranuloma venéreo, a donovanose e as ulcerações traumáticas. O diagnóstico citológico de Tzanck (visualização de multinucleação e balonização celulares em lâmina fixada com álcool 70%) pode ser utilizado. A coloração

pelo Papanicolaou permite a observação de inclusões virais na fase de vesículas, porém tem baixa sensibilidade. O isolamento do vírus em cultura de tecido é a técnica mais específica para diagnóstico da infecção herpética, mas não é um método disponível na prática diária, sua sensibilidade é maior nas lesões vesiculosas e progressivamente menor nas fases de pústulas, úlceras e crostas. O PCR é altamente sensível, embora seja pouco acessível, disponível em alguns laboratórios de referência, para pesquisa. A sorologia só tem seu papel na identificação da soroprevalência ou confirmação de soroconversão, porém não se aplica na rotina.

A dor pode ser aliviada com analgésicos e anti-inflamatórios. O tratamento local consiste em: solução fisiológica ou água boricada a 3%, para limpeza das lesões. Não existe tratamento que proporcione a cura definitiva do herpes genital, mas os antivirais são eficientes em reduzir a duração do episódio e reduzir as recidivas, além de reduzir a transmissão vertical e horizontal. Deve haver retorno após uma semana para avaliação.

Nas gestantes portadoras de herpes simples, deve ser considerado o risco de complicações obstétricas. A infecção primária materna, no final da gestação, oferece maior risco de infecção neonatal do que o herpes genital recorrente. A transmissão fetal transplacentária é observada em uma a cada 3500 gestações e o abortamento espontâneo só ocorre se a infecção materna se der nos primeiros meses da gestação. O maior risco de transmissão do vírus ao feto se dá no momento da passagem desse pelo canal do parto, resultando em aproximadamente 50% de infecção se a lesão for ativa. Mesmo na forma assintomática, pode haver a transmissão do vírus por meio do canal de parto. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana, toda vez que houver lesões herpéticas ativas. A infecção herpética neonatal consiste em quadro grave, que exige cuidados hospitalares especializados. O tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser realizado nos casos de primo-infecção. Pode ser considerada a profilaxia peri-parto por 10 dias, a partir da 36ª semana com 400mg 3 x/dia se ocorreu a primo-infecção na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional (Watts et al., 2003).

Os portadores de HIV podem apresentar episódios da infecção mais prolongados e mais graves. A dosagem das drogas é similar, embora experiências isoladas sugiram benefício com doses maiores. O tratamento deve ser mantido até que haja resolução clínica do quadro. Em lesões extensas, o tratamento endovenoso sob internação é recomendado.

Linfogranuloma venéreo

É uma doença infecciosa de transmissão exclusivamente sexual, caracterizada pela presença de bubão inguinal, com período de incubação entre 3 e 30 dias. Mais observada nas Regiões Norte e Nordeste do país, embora tenha se tornado uma preocupação internacional devido a surto da doença na Holanda, entre homens que fazem sexo com homens (CDC 2004; Nieuwenhuis et al., 2004). O agente causal é a *Chlamydia trachomatis* - sorotipos L 1, L2 e L3.

A evolução da doença ocorre em 3 fases: lesão de inoculação, disseminação linfática regional e seqüelas. A lesão de inoculação inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar seqüela. Frequentemente

não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo médico. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa.

Segue-se a disseminação linfática regional. No homem, a linfadenopatia inguinal desenvolve-se entre 1 a 6 semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos) e constituindo-se o principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação.

O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos numa grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais: febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo.

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

O diagnóstico de linfogranuloma venéreo (LGV) deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. Raramente vai entrar no diagnóstico de doenças ulceradas agudas, a menos que esteja em sua fase inicial. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito em bases clínicas, não sendo rotineira a comprovação laboratorial. O teste laboratorial identifica anticorpos contra todas as infecções por clamídia, havendo, portanto, reação cruzada com uretrite, cervicite, conjuntivite, tracoma e psitacose. O teste torna-se positivo após 4 semanas de infecção. Um aumento de 4 vezes nos títulos de anticorpos tem valor diagnóstico e altos títulos (>1:64) são sugestivos de infecção atual. O teste é positivo em 80 a 90% dos casos de LGV; quanto maior o tempo de duração da doença, maior a positividade, que pode permanecer pelo resto da vida. O teste de microimunofluorescência pode ser realizado utilizando-se imunoglobulinas anti-IgG e anti-IgM humanas e a presença de IgM é indicadora de resposta imune primária. O exame de linfonodos retirados ou de material colhido por biópsia retal não é específico, mas sugestivo.

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

Observações

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

calibrosa, não devendo ser incisos cirurgicamente.

Donovanose

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

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

A identificação dos corpúsculos de Donovan no material de biópsia pode ser feita pelas colorações de Wright, Giemsa ou Leishman. O diagnóstico diferencial inclui sífilis, cancro mole, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

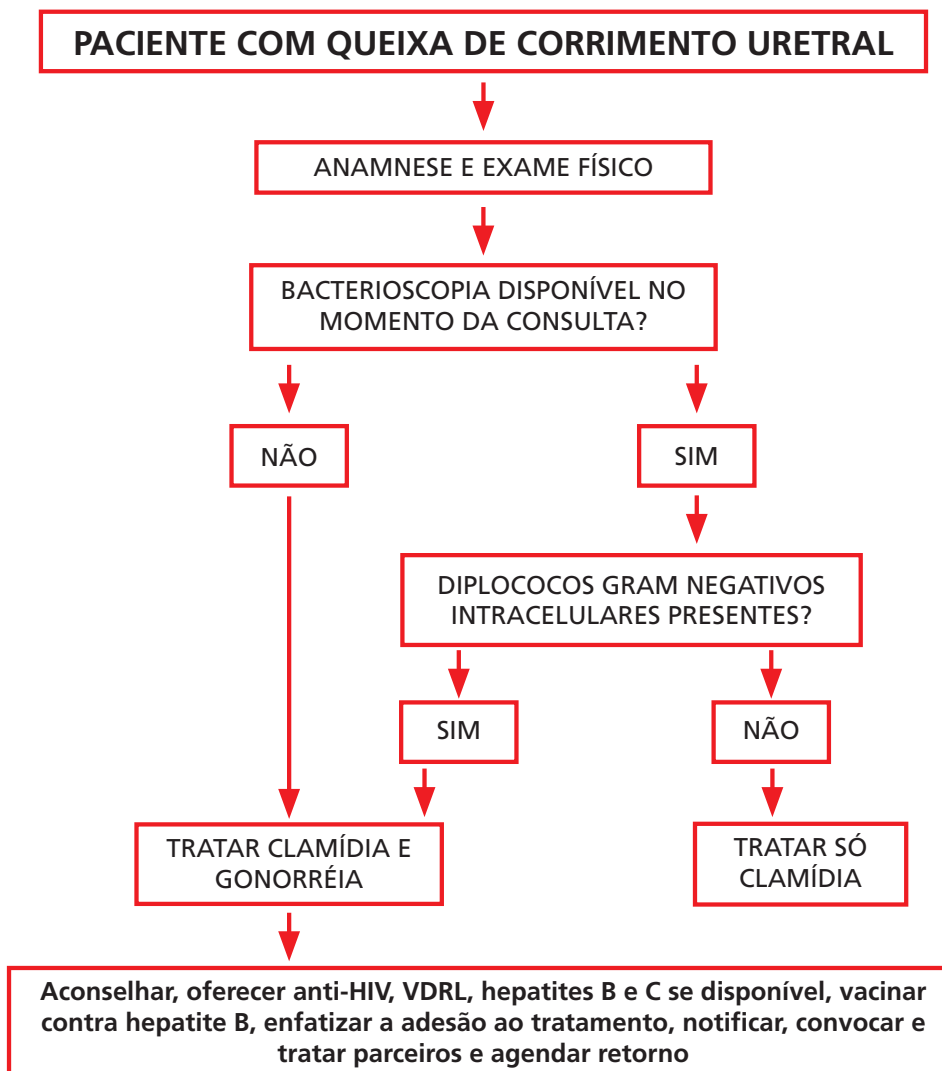
Recomendações

- O critério de cura é o desaparecimento da lesão.
- As seqüelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.
- Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento dos parceiros sexuais.
- Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com a ciprofloxacina ou a eritromicina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, de 8 em 8 horas.
- Não foi relatada infecção congênita resultante de infecção fetal. A gestante deve ser tratada com eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, até a cura clínica (no mínimo por 3 semanas). No tratamento da gestante, considerar a adição da gentamicina desde o início.
- Pacientes HIV-positivos devem ser tratados seguindo os esquemas citados. O uso da terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.

Corrimento Uretral

Abordagem sintômica

5: Fluxograma de corrimentos uretrais



O diagnóstico da uretrite é baseado em presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento e, se for realizar exame bacterioscópico do corrimento como coloração de Gram (durante a consulta), deve-se considerar a influência de utilização prévia de antibióticos ou micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade (falso-negativo). Presença de 5 ou mais leucócitos por campo de grande aumento (x 1000) indica uretrite se a coleta da amostra for adequada.

Como não se pode descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas raramente disponíveis, recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções (co-infecção presente em 10-30%).

Se estiverem ausentes os diplococos intracelulares, deve-se tratar o paciente apenas para clamídia como indicado no quadro abaixo.

Quadro 6: Opções terapêuticas para corrimentos uretrais.

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 Espectinomomicina 2g IM dose única	Em menores de 18 anos está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina.

Orientações específicas:

- Não ordenhar a uretra durante ou após tratamento.
- Se houver opção por uso de ofloxacina para ambas, lembrar que deve ser usado 400mg por 7 dias.
- No retorno (7 a 10 dias), em caso de existência do corrimento ou recidiva, se o tratamento para gonorréia e clamídia do paciente e de seus parceiros foi adequado, deverá ser oferecido tratamento para agentes menos freqüentes (micoplasma, ureaplasma, *T. vaginalis*).

Quadro 7: Terapêutica para agentes menos freqüentes de corrimentos uretrais.

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

Atentar para a possibilidade de resistência medicamentosa ou diminuição de sensibilidade no Brasil e outros países.

Abordagem etiológica**Uretrite gonocócica**

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral causado pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram negativo intracelular). Consiste num dos tipos mais freqüentes de uretrite masculina. É essencialmente transmitida pelo contato sexual. O período de incubação é curto, de 2 a 5 dias. O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é de 50% por ato .

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

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

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

A resistência do gonococo aos antibióticos é um determinante importante da proposta terapêutica. Na África do Sul mais de 40% de cepas foram resistentes à Ciprofloxacina (Moodley & Sturm, 2005). Em Manaus, 85% das cepas isoladas eram resistentes a tetraciclina, penicilina ou ambos e houve suscetibilidade reduzida a azitromicina em 21% das amostras. Por outro lado, as mesmas cepas eram suscetíveis a ciprofloxacina, a espectinomicina e já se observava redução da sensibilidade à ceftriaxona (Ferreira et al., 2004).

O exame de amostras uretrais, colhidas por meio de alças de platina ou swab com a utilização da coloração Gram, constitui-se em excelente método de diagnóstico para o homem. O achado de diplococos Gram negativos intracelulares típicos faz o diagnóstico em cerca de 95% dos casos em homens. A cultura em meio específico de Thayer-Martin deve ser utilizada nos casos suspeitos de resistência à penicilina (caso esteja-se fazendo estudos de resistência), quando não foi possível obter material para a coloração. Seu desempenho é dependente da coleta e semeadura do material em condições de anaerobiose.

O diagnóstico diferencial é realizado com os agentes e/ou processos causadores das uretrites não gonocócicas (UNG), clamídia, micoplasma, ureaplasma e trichomonas. Desconforto uretral também pode acompanhar quadros de candidíase e herpes genital.

Pacientes infectados pelo HIV com uretrite gonocócica recebem o mesmo tratamento que os não infectados por esse vírus.

Uretrite não gonocócica

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

A *C. trachomatis* é o agente mais comum de UNG. É uma bactéria, obrigatoriamente intracelular, que também causa o tracoma, a conjuntivite por inclusão no recém-nascido e o linfogranuloma venéreo. A transmissão se faz pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com UNG hospedem a *C. trachomatis* no endocérvix. Podem reinfetar seu parceiro sexual e desenvolver quadro de DIP (Doença Inflamatória Pélvica) se permanecerem sem tratamento.

A UNG caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucóides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação de cerca de 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das UNG podem simular, clinicamente, os da gonorréia. As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para: prostatite, epididimite, balanites, conjuntivites (por auto-inoculação) e a Síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou Síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.

O diagnóstico definitivo da *C. trachomatis* é feito por cultura celular, por imunofluorescência direta, Elisa e PCR (Polimerase Chain Reaction), que são técnicas pouco acessíveis na atenção primária do sistema público de saúde. Outras técnicas mais simples, embora não confirmatórias, podem ter utilidade para o clínico. O achado de cinco piócitos ou mais por campo, em esfregaços uretrais corados pelo Gram, ou de 10 ou mais piócitos por campo em grande aumento no sedimento do primeiro jato urinário, somados à ausência de gonococos e aos sinais clínicos, justificam o tratamento como UNG. Em pacientes sintomáticos, cujos primeiros exames forem negativos, deve-se colher nova amostra, orientando-os para que fiquem sem urinar durante, no mínimo, quatro horas antes de repetirem o teste e em abstinência sexual.

CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

Abordagem sindrômica

Figura 6: Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia

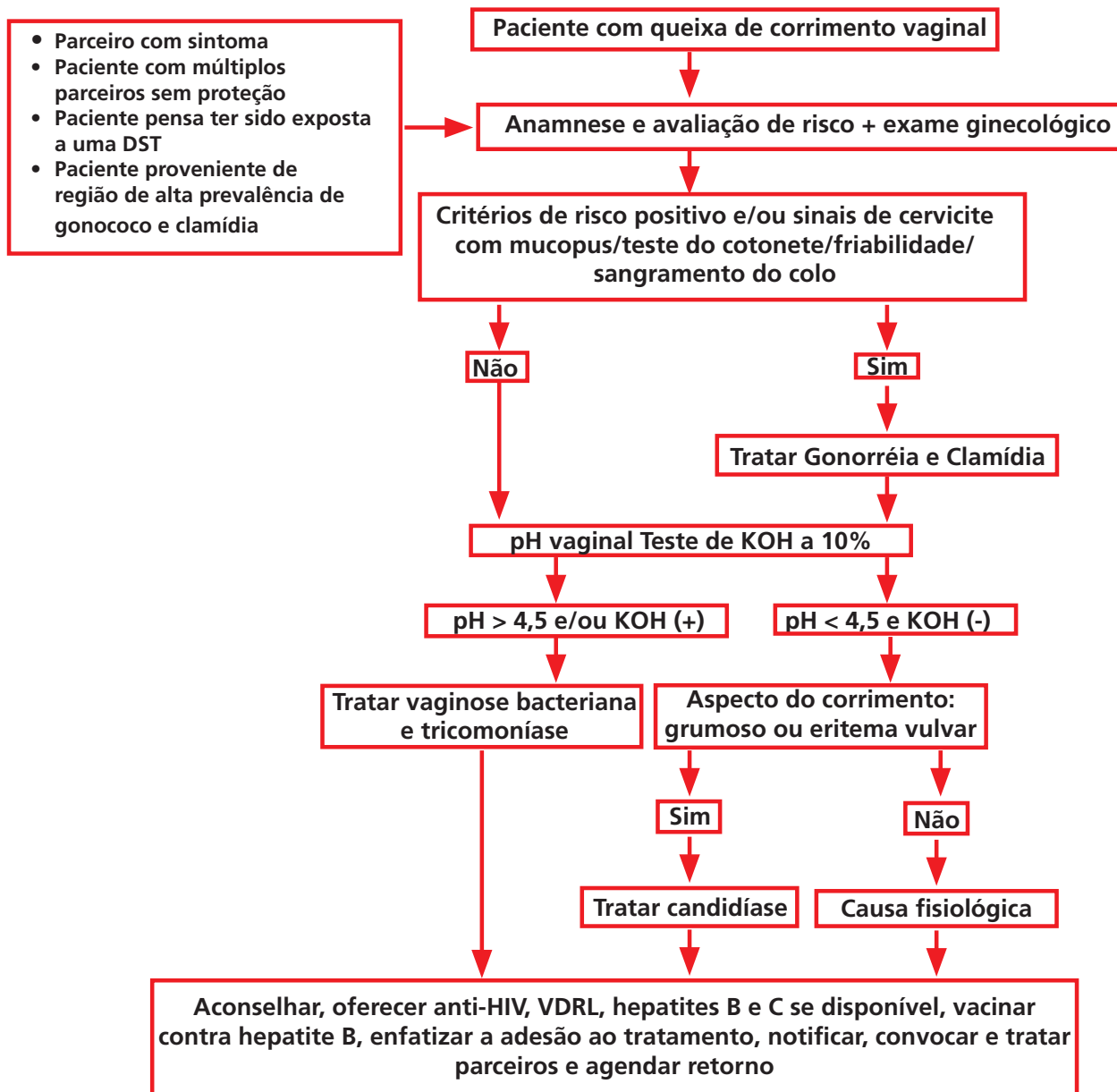
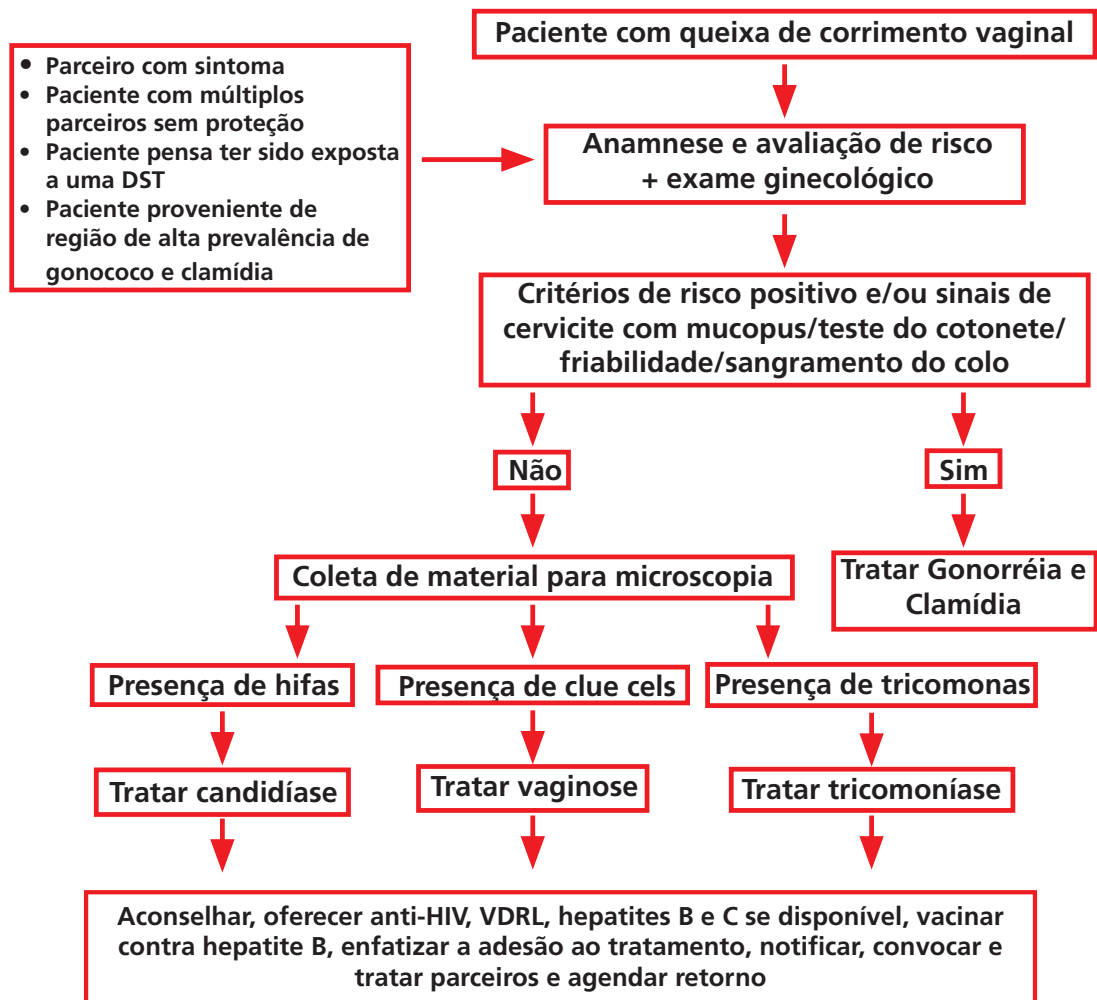


Figura 7: Fluxograma de corrimento vaginal com microscopia

Realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo e/ou clamídia. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento. Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite ao exame ginecológico, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento.

Quadro 6: Critérios de risco para infecção cervical (WHO. RTI 2005, modificado)

- 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 e clamídia

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 realização da bacterioscopia quando disponível e para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, considerando o resultado positivo se o cheiro for de peixe podre).
- 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).

Quadro 7: Opções terapêuticas para cervicite.

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 e gestantes, contra-indicar ofloxacina. Indicar azitromicina, eritromicina ou amoxicilina (500 mg, VO de 8/8 horas, por 7 dias)
	+		
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 e gestantes, está contra-indicado o uso de ciprofloxacina, ofloxacina

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

Pacientes portadores de HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas acima referidos.

Citologia oncológica: deve ser colhido se houver indicação conforme padronizado pelo Programa de Controle de Câncer do Ministério da Saúde.

Quadro 8: Opções terapêuticas para corrimentos vaginais.

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 2 g VO dose única ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias
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 Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias ou Clindamicina 300 mg , VO, de 12/12 horas, por 7 dias
Candidíase	Miconazol , creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol , creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol , óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, uma aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou Nistatina 100.000 UI , uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias.	Fluconazol- 150 mg VO em dose única ou Itraconazol 200mg VO 12/12 hs em 1 dia ou Cetoconazol 400mg VO/dia por 5 dias	Miconazol , creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol , creme vaginal a 1%, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; ou Clotrimazol , óvulos de 100 mg, uma aplicação via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou Nistatina 100.000 UI , uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias

A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas. Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma DST.

Mulheres vivendo com HIV/aids: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Durante o tratamento para tricomoníase, 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.

Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

- O tratamento sistêmico para candidíase deve ser feito somente nos casos de difícil controle ou recorrentes (4 ou mais episódios/ano). Nesses casos, devem-se oferecer sorologia anti-HIV e investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides e outros).

Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Abordagem etiológica

Cervicite por clamídia e/ou gonococo

Cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Estudos têm demonstrado que a etiologia das cervicites está relacionada com *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*.

Embora a infecção seja assintomática em 70-80% dos casos, a mulher portadora de cervicite poderá vir a ter sérias complicações se não for tratada. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode-se estender ao endométrio e às trompas, causando Doença Inflamatória Pélvica (DIP), sendo a esterilidade, a gravidez ectópica e a dor pélvica crônica, as principais seqüelas. Por isso, é importante, como rotina, a avaliação de critérios de riscos pela realização da anamnese e sinais observáveis pelo exame ginecológico. Alguns sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. O colo uterino pode ficar edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula. Pode ser verificada a presença de mucopus no orifício externo do colo.

O método ideal para o diagnóstico da cervicite gonocócica é a cultura do gonococo em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), a partir de amostras endocervicais, visto que, na mulher diferentemente do homem, a coloração pelo método de Gram tem uma sensibilidade de apenas 30%, não sendo indicada.

O PCR (Polymerase Chain Reaction) para diagnóstico da cervicite por gonococo, é considerada juntamente com a cultura como padrão ouro, entretanto só está disponível em alguns laboratórios de referência para pesquisa. O diagnóstico definitivo da cervicite causada por *Chlamydia trachomatis* também é feito pela

cultura (pouco acessível na prática), pela imunofluorescência direta de material colhido de colo uterino (a leitura do resultado é subjetiva e a confiabilidade depende do técnico, com sensibilidade e especificidade semelhante ao ELISA). Os testes de triagem de clamídia mais sensíveis para populações de baixo risco são aqueles que se baseiam em DNA de amostra urinária. O PCR e o ELISA de material endocervical têm 88,6% e 65% de sensibilidade, enquanto em amostra urinária atingem 96,5% e 38% de sensibilidade, respectivamente (Watson et al., 2002).

A captura híbrida pode ser utilizada para diagnóstico de gonorreia e clamídia, porém, só está disponível em alguns laboratórios de referência para pesquisa.

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

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

A triagem da infecção por Clamídia, independente dos sintomas, para grupos e/ou situações clínicas específicas é outra estratégia a ser buscada, a depender de recursos financeiros, materiais e pessoais. Entre estes grupos, devem-se priorizar as gestantes (pelo risco de complicações) e as adolescentes (para prevenir a infertilidade futura, no grupo com maior prevalência).

Vulvovaginites

Considera-se como vulvovaginite toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). As vulvovaginites se manifestam por meio de corrimento vaginal, associado a um ou mais dos seguintes sintomas inespecíficos: prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Entretanto, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas.

O profissional de saúde deve diferenciar o conteúdo vaginal fisiológico do patológico. O conteúdo vaginal fisiológico resulta de: muco cervical, descamação do epitélio vaginal (ação estrogênica); transudação vaginal; secreção das glândulas vestibulares (de Bartholin e de Skene). À bacterioscopia ou exame a fresco nota-se a predominância de flora vaginal contendo bacilos de Doderlein sobre as outras possíveis bactérias, além de pequena quantidade de polimorfonucleares.

As vulvovaginites podem ser causadas por agentes infecciosos endógenos (ex: vaginose bacteriana e candidíase), por agentes sexualmente transmitidos (tricomoniase), ou com fatores físicos (traumas), químicos (uso de lubrificantes e de absorventes internos e externos), hormonais (hiper e hipoestrogenismo),

anatômicos e orgânicos (imunodepressão secundária à doença sistêmica, ou outras imunodepressões). A prática de coito vaginal imediatamente após o coito anal e o uso de DIU, podem favorecer as vulvovaginites modificando a flora vaginal.

Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, *micoplasmas*, *peptoestreptococos*), associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que são os agentes predominantes na vagina normal). Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com sêmen de pH elevado.

Suas características clínicas incluem:

- corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual;
- corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor às relações sexuais (pouco freqüente);

Embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas.

Diagnóstico (Schwebke 1999):

- Exame a fresco ou esfregaço corado do conteúdo vaginal, que mostra a presença de “células-chave” ou “clue-cells”;
- pH da secreção vaginal em papel indicador colocado em contato com a parede vaginal, durante um minuto, sem tocar o colo. Na vaginose bacteriana é sempre maior que 4,5.
- teste das aminas: particularmente na presença de vaginose bacteriana, ocorre a liberação de aminas produzidos por germes anaeróbios exalando odor fétido, semelhante ao odor de peixe podre quando o conteúdo vaginal é misturado com 1 ou 2 gotas de KOH a 10%.

O diagnóstico da vaginose bacteriana se confirma quando estiverem presentes três dos seguintes critérios (critérios de Amsel):

- corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável;
- pH vaginal maior que 4,5,
- teste das aminas positivo,
- presença de “clue cells” no exame bacterioscópico.

O esperma, por seu pH elevado, contribui para desequilibrar a flora vaginal em algumas mulheres suscetíveis. O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

Há suficiente evidência na literatura para recomendar triagem e tratamento da

vaginose bacteriana em gestantes de alto risco para parto pré-termo (ex: pré-termo prévio), para redução dos efeitos adversos perinatais. O mesmo não se pode afirmar em gestação de baixo risco (McDonald et al., 2005). O tratamento deve ser prolongado e por via oral, não em dose única.

Candidíase vulvovaginal

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans* e de 10 a 20% a outras espécies chamadas não-*albicans* (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*).

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

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

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

- prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- ardor ou dor à micção;
- corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- dispareunia;
- fissuras e maceração da pele; e
- vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

O exame direto do conteúdo vaginal, adicionando-se KOH a 10% revela a presença de micélios (hifas) e/ou de esporos (pequenas formações arredondadas birrefringentes. No teste do pH vaginal, são mais comuns valores menores que 4. Cultura só tem valor quando realizada em meios específicos (Saboraud); deve ser restrita aos casos nos quais a sintomatologia é muito sugestiva e todos os exames anteriores forem negativos. Também é indicada nos casos recorrentes, para identificar a espécie de candida responsável. O simples achado de candida na citologia oncológica em uma paciente assintomática, não justifica o

tratamento.

Tricomoniase

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. O risco de transmissão por ato é de 60 a 80% (Bowden & Garnett, 2000). Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cervicovaginite. Excepcionalmente causa corrimento uretral masculino. Suas características clínicas são:

- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;
- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica (ocasionalmente);
- sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa);
- teste de Schiller aspecto “tigróide” .

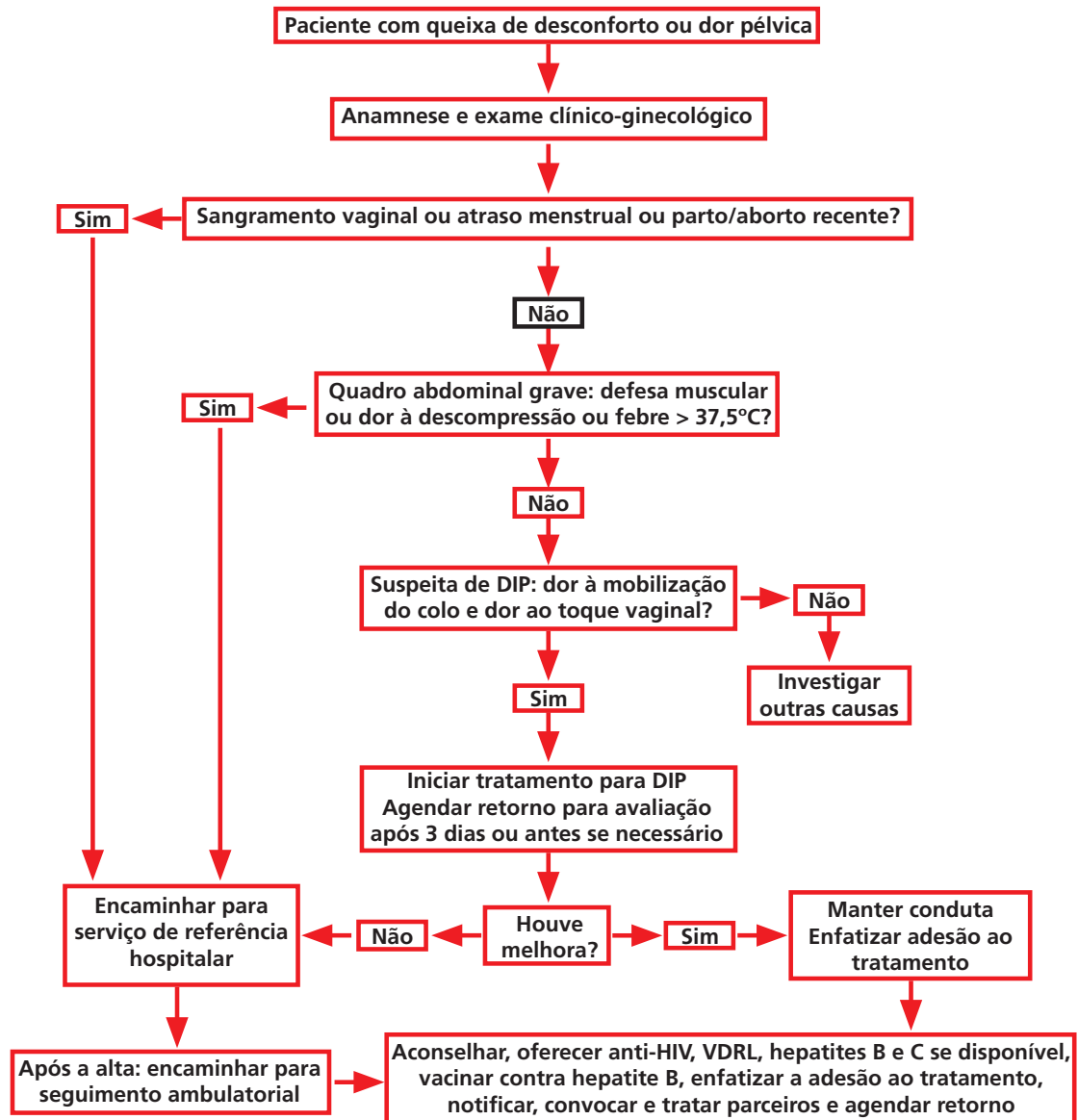
Utiliza-se o exame direto (a fresco) do conteúdo vaginal ao microscópio, de fácil interpretação e realização. Colhe-se uma gota do corrimento, coloca-se sobre a lâmina com uma gota de solução fisiológica e observa-se ao microscópio, com o condensador baixo e objetiva de 10-40x, buscando o parasita flagelado movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos. O achado de *Trichomonas vaginalis* em uma citologia oncológica de rotina impõe o tratamento da mulher e também do seu parceiro sexual, já que se trata de uma DST.

A tricomoníase vaginal pode alterar o resultado da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia para avaliar se há persistência dessas alterações. O teste do pH vaginal frequentemente mostra valores acima de 4,5. A cultura é valiosa em crianças, em casos suspeitos e com exame a fresco e esfregaço repetidamente negativos. É muito difícil de ser realizada, pois requer meio específico e condições de anaerobiose (meio de Diamond). Deve ser recomendada em casos de difícil diagnóstico. O PCR é o padrão-ouro para diagnóstico, mas é de difícil acesso.

Dor Pélvica

Abordagem sintomática

Figura 8: Fluxograma para desconforto e dor pélvica



O exame ginecológico deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento, medir pH e testes das aminas, e havendo possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia. Em seguida, limpar o colo uterino e observar 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, pesquisar hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, com perda de sangue pela vagina podem vir a desenvolver um quadro grave e, portanto, devem ser

encaminhadas imediatamente para um serviço de referência. Ao exame, verificar se existe abertura do orifício cervical e/ou fragmentos fetais residuais.

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, durante o exame abdominal, ou apresentar hipertermia maior ou igual a 37,5°C, deverá ser encaminhada para serviço de referência a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

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 acompanhamento da paciente em nível ambulatorial, poderá ser realizado conforme esquema (Quadro 9).

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.

Ao 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, esse deve ser retirado.

Quadro 9: Opções terapêuticas para DIP leve, sem sinais de peritonismo 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 12/12 horas 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

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

Se, ao retornar em 3 dias, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, recomendando-se sempre a necessidade de completá-lo. **Não havendo melhora do quadro, a paciente deverá ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.**

Incluir as ações complementares: aconselhar, oferecer VDRL, sorologia hepatite B e C anti-HIV, convocar parceiro(as), notificar, agendar retorno

Encorajar a paciente a comunicar sobre sua doença a todas as pessoas com as quais manteve contato sexual durante os últimos dois meses. Fornecer às pacientes

cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para romper a cadeia de transmissão e evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.

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

Causas ginecológicas

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

Causas não-ginecológicas

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

Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

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

A DIP é um processo agudo, salvo nos casos em que é provocada por microorganismos, como os causadores da tuberculose, actinomicose e outros. Os agentes mais comuns são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis*, seguindo-se o *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus* β Hemolítico grupo A, anaeróbios (em especial o *Bacterioides fragilis*) e outros aeróbios. São infecções frequentemente polimicrobianas, com envolvimento de bactérias anaeróbias e facultativas, sendo 90% originárias de agentes sexualmente transmissíveis.

Fatores correlacionados com DIP:

- DST prévias ou atuais: pacientes portadoras de infecção por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado de DIP. Estima-se um caso de DIP para cada 8 a 10 casos de pacientes com cervicite por algum desses patógenos;
- Ter múltiplos parceiros sexuais ou parceiro recente: em mulheres com mais de um parceiro ou cujo parceiro tenha mais de uma parceira, a probabilidade de ocorrer salpingite aumenta de 4 a 6 vezes;
- Usar método anticoncepcional: o dispositivo intra-uterino (DIU) pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP se a paciente for portadora de cervicite ;
- Já ter tido DIP: pacientes com salpingite prévia têm uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso;
- Ter parceiro sexual portador de uretrite.

Para o diagnóstico clínico, é necessária a presença de:

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

Critérios maiores

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

Critérios menores

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

Critérios elaborados

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

Exames Laboratoriais

- hemograma completo
- velocidade de hemossedimentação
- exame bacterioscópico com cultura e antibiograma de material obtido do orifício cérvico-uterino, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior

- ecografia abdominopélvica
- radiografia simples do abdômen
- laparoscopia
- sumário de urina e urocultura (para afastar infecção do trato urinário)
- teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica)

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

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

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

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

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

Observações:

- Indicações do tratamento cirúrgico:
 - Falha do tratamento clínico
 - Presença de massa pélvica que persiste ou aumenta, apesar do tratamento clínico
 - Suspeita de rotura de abscesso tubo-ovariano
 - Hemoperitônio
 - Abscesso de fundo de saco de Douglas
- Nos casos mais graves ou de resposta inadequada, deve-se avaliar a necessidade de associar outro antibiótico. Além disso, também pensar na possibilidade (rara) de tromboflebite pélvica associada.
- Tratar todos os parceiros com **Azitromicina** 1 g, VO, dose única **mais**

Ciprofloxacina a 500 mg, VO, dose única.

- Colher, sempre que possível, e após orientação e aconselhamento, sorologia para sífilis, hepatite B, C e HIV.
- Portadora do HIV: são mais propensas a apresentar quadros graves com necessidade de tratamento cirúrgico.

Oftalmia Neonatal

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

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

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

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

Geralmente o recém-nascido é trazido ao serviço de saúde por causa de eritema e edemaciamento das pálpebras/e/ou existência de secreção nos olhos. Conjuntivite severa que se desenvolva na primeira semana de vida é, mais provavelmente, de origem gonocócica. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e o seu período de incubação varia de 5 a 14 dias.

Os achados objetivos incluem:

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

O uso do esfregaço corado de exsudato conjuntival para detectar diplococos intracelulares fornece um método de diagnóstico da oftalmia neonatal gonocócica altamente sensível e específico. O uso do corante Giemsa em células epiteliais da conjuntiva, permite o reconhecimento de inclusões intracitoplasmáticas da *C. trachomatis*, porém, essa técnica é de difícil aplicação na rede primária de atenção.

Estando disponível apenas o diagnóstico clínico, toda oftalmia neonatal deve receber tratamento para gonococo (principalmente) e clamídia. A mãe e o(s) parceiro(s) deve(m) sempre ser tratado(s) para gonorréia e infecção por clamídia e submetido(s) a exame genital e exame sorológico para sífilis, anti-HIV, hepatite B e C, após aconselhamento.

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

A oftalmia gonocócica precisa ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. A conjuntivite pode ser, também, um marcador de uma infecção neonatal generalizada. Devem ser instituídos procedimentos de isolamento do caso, quando em instituições, para prevenir a transmissão da infecção. É essencial que os profissionais que tratam das crianças infectadas lavem cuidadosamente as mãos. A terapia recomendada é a seguinte:

- **Ceftriaxona** 25 a 50 mg/kg/dia, IM, no máximo 125 mg em dose única;

Observações:

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

A profilaxia ocular, no período pós-neonatal, deve ser feita rotineiramente, independente do tipo de parto com:

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



Hepatitis virais



Hepatites virais

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes e importantes particularidades. As hepatites virais têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos; devem existir cerca de dois milhões de portadores crônicos de hepatite B e três milhões de portadores da hepatite C. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), que perpetua as duas infecções.

A principal via de contágio do vírus da **hepatite A** (HBA) é a fecal-oral; por contato inter-humano ou através de água e alimentos contaminados. Há grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados. A prática de sexo oro-anal pode ser responsável por alguns casos. A transmissão parenteral é rara, mas pode ocorrer se o doador estiver na fase de viremia dentro do período de incubação. A disseminação está relacionada com o nível socioeconômico da população, e grau de saneamento básico, de educação sanitária e condições de higiene e da população. A doença é autolimitada e de caráter benigno. Cerca de 0,1% dos casos pode evoluir para hepatite fulminante, percentual que é maior acima dos 65 anos. Pacientes que já tiveram hepatite A adquirem imunidade para esta, mas permanecem susceptíveis às outras hepatites.

A transmissão do vírus da **hepatite B** (HBV) se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível. A transmissão vertical (materno-infantil) também é causa freqüente de disseminação do vírus. De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas. Apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma icterica da doença, reconhecida clinicamente. 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).

O vírus da **hepatite C** é o principal agente etiológico da hepatite crônica anteriormente denominada não-A não-B. Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral. Em percentual significativo de casos não é possível identificar a via de infecção. São consideradas populações de risco crescido 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 (por exemplo: atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, etc que não obedecem às normas de biossegurança). 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). 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. Entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do HCV elevada ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão da doença para os recém-nascidos. 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.

O Vírus Delta (HDV) é um vírus defectivo, satélite do HBV, que precisa do HBsAg (antígeno de superfície do HBV) para realizar sua replicação. A **hepatite delta** crônica ocorre em áreas endêmicas da Itália, Inglaterra e Brasil (Região Amazônica). Devido a sua dependência funcional do vírus da hepatite B, o vírus delta tem mecanismos de transmissão idênticos aos do HBV. Desta forma, pode ser transmitida através de solução de continuidade (pele e mucosa), relações sexuais desprotegidas, via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos odontológicos ou cirúrgicos, etc). A transmissão vertical (mãe-filho) pode ocorrer e depende da replicação do HBV.

O vírus da **hepatite E** (HEV) é de transmissão fecal-oral. Essa via de transmissão favorece a disseminação da infecção nos países em desenvolvimento onde a contaminação dos reservatórios de água perpetua a doença. A transmissão interpessoal não é comum. Em alguns casos os fatores de risco não são identificados. A doença é autolimitada e pode apresentar formas clínicas graves principalmente em gestantes.

As seguintes situações clínicas devem ser consideradas como suspeitas de hepatite viral:

- Icterícia aguda e colúria;
- Icterícia aguda, colúria, e aminotransferases (transaminases) > 3 vezes o limite superior da normalidade;
- Aminotransferases (transaminases) > 3 vezes o limite superior da normalidade;
- História de exposição percutânea ou de mucosa a sangue e/ou secreções de pessoas portadoras ou com suspeita de infecção pelo HBV ou HCV;
- História de contato sexual ou domiciliar com indivíduo sabidamente HBsAg reagente e/ou anti-HBc reagente;
- Exames sorológicos de triagem reagentes para hepatites (doadores de sangue e/ou órgãos, usuários de hemodiálise e ambulatórios de DST).

A história pregressa detalhada do paciente com suspeita de hepatite pode auxiliar bastante na orientação do diagnóstico etiológico. A condição de saneamento básico e o local de residência/procedência também devem ser pesquisados. Ao exame físico, deve-se pesquisar a presença de lesões sugestivas de uso de drogas injetáveis, tatuagens e piercings.

Quadro 10: Características das hepatites virais.

Agente etiológico	Período de incubação	Forma icterica	Cronificação
HAV	15 a 50 dias (média de 30 dias)	5% a 10% em < 6 anos 70% a 80% nos adultos	Não existem relatos de formas crônicas
HBV	15 a 180 dias	30%	90% em RN 5% a 10% após 5 anos
HCV	21 a 140 dias (média de 49 dias)	Cerca de 20%	70 a 85%
HDV	Semelhante ao da hepatite B, porém menor na superinfecção: 14 a 56 dias.	Variável	Variável
HEV	15 a 60 dias (média de 40 dias)	Variável	Não existem relatos de formas crônicas

Os testes de função hepática, especialmente os níveis séricos da ALT/TGP e AST/TGO, apesar de serem indicadores sensíveis do dano do parênquima hepático, não são específicos para hepatites. Os exames específicos para o diagnóstico são sorológicos e de biologia molecular

Quadro 11: Interpretação dos resultados sorológicos da hepatite A.

Anti-HAV Total	Anti-HAV IgM	Interpretação
(+)	(+)	Infecção recente pelo vírus da hepatite A.
(+)	(-)	Infecção passada pelo vírus da hepatite A.
(-)	(-)	Ausência de contacto com o vírus da hepatite A, não imune.

Quadro 12: Hepatite B aguda: Significado dos marcadores sorológico.

Marcador	Significado
HBsAg	É o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pelo HBV. Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente.
Anti-HBc IgM	É marcador de infecção recente, encontrado no soro até seis meses após a infecção.
Anti-HBc IgG	É marcador de longa duração, presente nas infecções agudas e crônicas. Representa contato prévio com o vírus.
HBeAg	É marcador de replicação viral. Sua positividade indica alta infecciosidade.
Anti-HBe	Surge após o desaparecimento do HBeAg, indica o fim da fase replicativa.
Anti-HBs	É o único anticorpo que confere imunidade ao HBV. Está presente no soro após o desaparecimento do HBsAg, sendo indicador de cura e imunidade. Está presente isoladamente em pessoas vacinadas.

Quadro 13: Hepatite B crônica: Significado dos marcadores sorológicos.

Marcador	Significado
HbsAg	Sua presença por mais de seis meses é indicativa de hepatite crônica
HbeAg	Na infecção crônica está presente enquanto ocorrer replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras da proteína "e").
Anti-Hbe	Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral.

Quadro 14: 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.

Quadro 15: 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.

Os testes de biologia molecular são utilizados para detectar a presença do ácido nucléico do vírus (DNA para o vírus da hepatite B e RNA para os demais vírus da hepatite). Os testes podem ser qualitativos (indicam a presença ou ausência do vírus na amostra pesquisada), quantitativos (indicam a carga viral presente na amostra) ou de genotipagem (indicam o genótipo do vírus). Na prática, os testes de biologia molecular são utilizados pelos especialistas, sobretudo, para confirmação diagnóstica e acompanhamento terapêutico da hepatite crônica pelo vírus C. A utilização de tais testes para hepatite B restringe-se a situações específicas de suspeita de mutações do

vírus. Para os outros tipos de hepatites, com raras exceções, a biologia molecular é utilizada apenas no campo das pesquisas.

FLUXOGRAMAS LABORATORIAIS DAS HEPATITES VIRAIS

Figura 9: Fluxograma diagnóstico para hepatite A

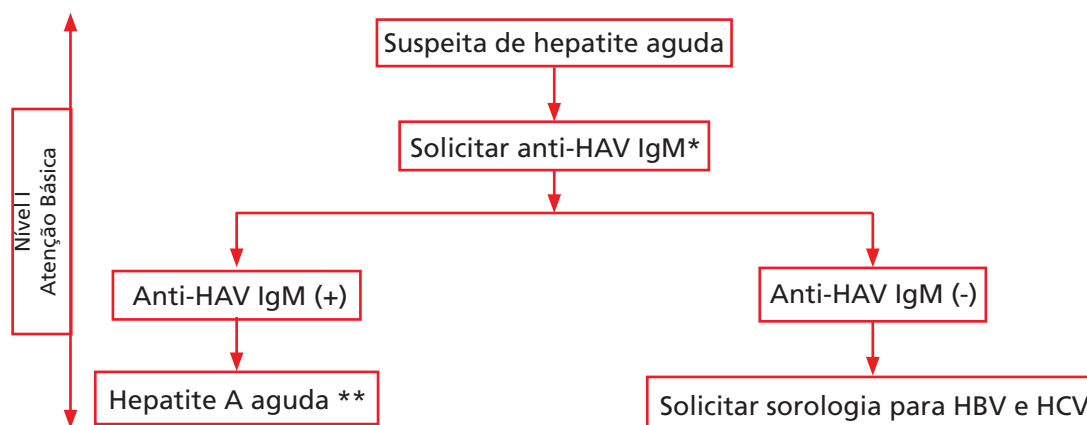


Figura 10: Fluxograma de propedêutica para hepatite B aguda.

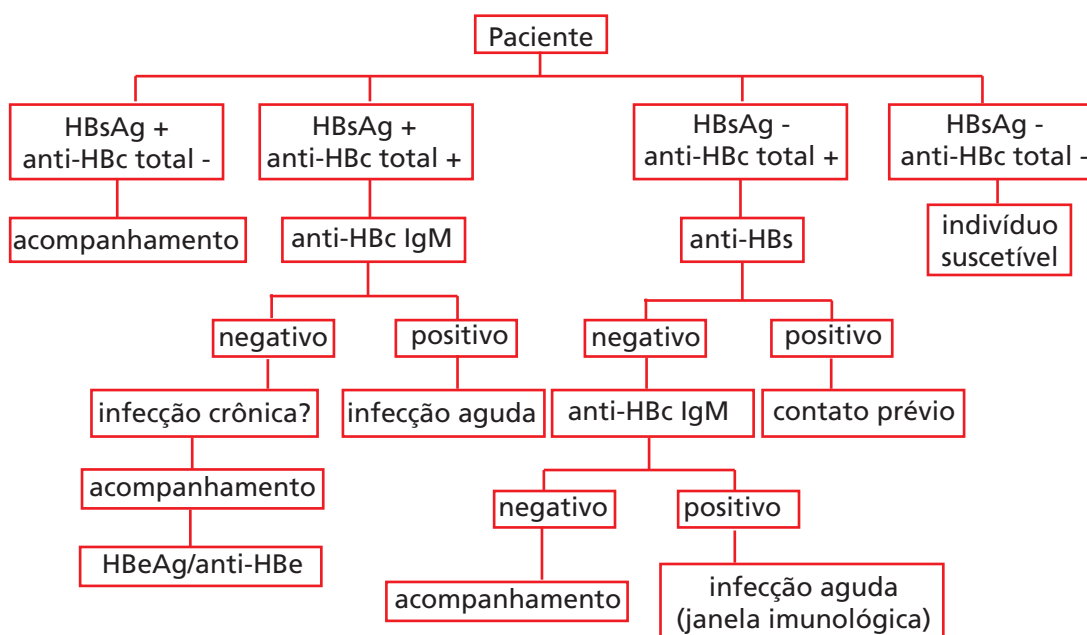
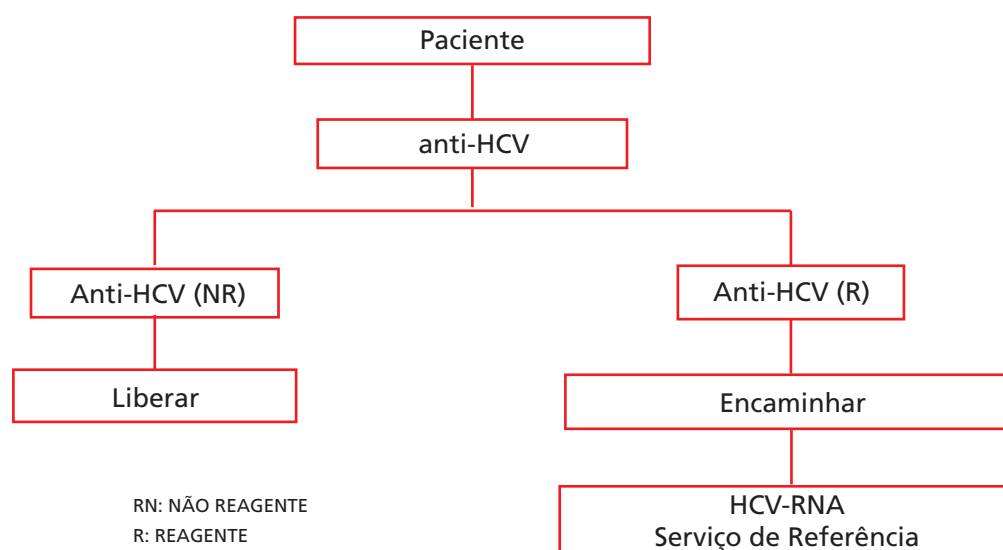


Figura 11: Fluxograma de diagnóstico da infecção pelo VHC .

TRATAMENTO

HEPATITE AGUDA

Não existe tratamento específico para as formas agudas das hepatites virais. O prognóstico é muito bom para hepatite A e E e a evolução resulta em recuperação completa. O uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente. Entretanto, faz-se necessária a máxima atenção quanto às medicações utilizadas, já que deve-se evitar o emprego de drogas que tenham potencial hepatotóxico. Recomenda-se repouso relativo até praticamente a normalização das aminotransferases, liberando-se progressivamente o paciente para atividades físicas. Deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar. A única restrição está relacionada à ingestão de álcool, que deve ser suspensa por seis meses no mínimo e, preferencialmente, por um ano. As drogas consideradas “hepatoprotetoras”, associadas ou não a complexos vitamínicos, não tem nenhum valor terapêutico. A administração de corticosteróide é totalmente contra-indicada.

O acompanhamento clínico de pacientes com hepatite aguda deve compreender consultas médicas quinzenais no primeiro mês e consultas mensais até a resolução do quadro – esses intervalos devem ser reduzidos caso o profissional julgue necessário um acompanhamento mais intenso em função das alterações clínicas e laboratoriais. Do ponto de vista laboratorial, deve-se dosar aminotranferases, bilirrubinas, albumina e tempo de protrombina a cada consulta médica. Em todas as consultas deve-se checar a presença de critérios de gravidade. Caso presente algum critério de gravidade, que se estiver presente indica encaminhamento com urgência para Nível III (Centro de referência). Os aspectos clínicos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, asterixe – “flapping”, torpor e coma). Laboratorialmente pode-se avaliar a gravidade pela queda do tempo de protrombina que não responde ao uso de vitamina K por via parenteral; também se pode notar leucocitose e queda da albumina. De modo geral, o quadro clínico de uma hepatite A benigna se resolve em um período inferior a 6 meses (freqüentemente inferior a 3 meses).

Deve-se realizar seguimento laboratorial com dosagem de aminotransferases, TP, bilirrubinas e albumina, até a detecção de duas dosagens normais com intervalo de quatro semanas. No início do acompanhamento, realiza-se adicionalmente a dosagem, gama-GT, fosfatase alcalina e proteínas totais e frações, repetidos a cada quatro semanas, ou em intervalos menores de acordo com o quadro clínico do paciente. O critério de alta inclui:

- Remissão dos sintomas, podendo persistir discreta adinamia e sintomas digestivos vagos;
- Normalização das bilirrubinas;
- Normalização do tempo de protrombina;
- Normalização das aminotransferases, com pelo menos duas dosagens normais com intervalo de quatro semanas devido à possibilidade de recrudescência

HEPATITE CRÔNICA

É importante que no âmbito da atenção básica o atendimento seja, desde o início, voltado para ações simples que reduzam a chance de progressão para cirrose ou câncer de fígado, modificando ou desacelerando a história natural da doença. Nesse sentido a orientação para o não consumo de bebidas alcoólicas, prevenção da co-infecção com HIV, controle de distúrbios metabólicos como a hiperlipidemia, obesidade e diabetes são essenciais. Cabe diagnóstico precoce, adequado encaminhamento (quando existir alterações clínicas e/ ou laboratoriais) e orientação para evitar a transmissão domiciliar – não compartilhamento de utensílios e objetos de higiene contaminados com sangue (escova de dentes, barbeadores). Uma parcela dos casos de hepatite crônica necessitará de tratamento e, cuja indicação baseia-se no grau de acometimento hepático observado por biópsia. Os principais marcadores de lesão hepática são as aminotransferases. Pacientes sem manifestações de hepatopatia e com aminotransferases normais devem ser avaliados clinicamente e repetir os exames a cada seis meses. A elevação das aminotransferases em pelo menos duas datas distintas, com no mínimo 30 dias de diferença, no intervalo de seis meses, pode ser indicativo de lesão hepática. Nesta situação é necessária a realização de biópsia hepática para avaliar a indicação de tratamento específico (serviço de referência).

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 (Caso não tenha sido possível, iniciar o esquema de vacina nas primeiras 12 horas de vida, fazê-lo o mais precocemente possível, na unidade neonatal ou na primeira visita ao Posto de Saúde. A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário básico).
- 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
- para portadores de DST até 30 anos de idade.

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 Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (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 perfuro-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.



**Infecção pelo vírus
T-linfotrópico humano
(HTLV)**



Infecção pelo vírus T-linfotrópico humano (HTLV)

Os *human T-lymphotrophic* viruses ou vírus linfotrópicos de células T humanas do tipo (HTLV) fazem parte do grupo dos retrovírus. Pertencem à família *Retroviridae*, sub-família *Oncovirinae*, em que se incluem os primeiros vírus conhecidos pela sua associação com doenças malignas, desordens neurológicas e imunodeficiências, ocasionando viremia de longo tempo. O HTLV I foi descoberto em 1981 em um paciente com linfoma cutâneo. Posteriormente, estudos moleculares identificaram um outro retrovírus, com algumas características diferentes do HTLV-I, que veio a ser chamado de HTLV-II. Como o HIV, têm tropismo pelos linfócitos T, causando destruição dessas células, linfopenia e inversão da relação CD4/CD8. Causam transformações nos linfócitos T, resultando no desenvolvimento, dentre outras, de leucemia ou linfoma, depois de um período médio de incubação de 20 a 30 anos, numa minoria dos pacientes infectados.

O principal modo de transmissão é sexual, de homem para mulher, via linfócitos do sêmen infectados em que a concentração é maior. Como outras DST, a presença de úlceras genitais aumenta o risco de infecção. Outra forma de transmissão é sanguínea na utilização de drogas injetáveis com compartilhamento de agulhas e seringas. Produtos sanguíneos contaminados por HTLV I, como concentrado de hemácias, plaquetas e leucócitos são importantes na transmissão e no perfil epidemiológico da infecção. A transmissão ainda pode ocorrer de forma vertical por passagem transplacentária ou pela amamentação. Foram detectados linfócitos infectados em abundância no leite materno de mães soropositivas para HTLV.

A prevalência de anticorpos anti-HTLV I/II é moderada. Em Belém, entre 78.080 doadores de sangue do período de 1996-1998, observaram-se 0,15% de anticorpos para HTLV I/II. Em Salvador a prevalência foi maior (0,5 a 2%), sendo elevada em portadores de hemopatias, mielopatias e risco maior nos portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Entretanto, a prevalência é alta na população indígena da Amazônia (0,7% de positividade para HTLV I e 7,8% para HTLV II em índios Kayapó, 3,6% de anticorpos entre índios Tiriyó, 12,2% entre Mekranoiti e até 13,9% entre os Xikrin).

A leucemia de linfócitos T do adulto (LLTA) foi reconhecida como um evento clínico associado com HTLV-1 em quase 100% dos casos. Entretanto, supõe-se que, em regiões endêmicas, a doença se desenvolve em apenas 2% a 4% dos indivíduos com HTLV-I, após um período de latência que pode durar de 10 a 60 anos. O HTLV é considerado como causador de mielopatia associada ao HTLV-I (MAH) e paraparesia espástica tropical (PET) sendo utilizado o termo MAH/PET. Outras doenças ou síndromes

como artropatia, uveíte, hipereosinofilia e alguns tipos de dermatite foram associadas ao HTLV-I.

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

Não há proposta de triagem de HTLV no atendimento primário às DST devido às restrições de acesso a diagnóstico e tratamento.



**Infeção pelo
papilomavírus humano
(HPV)**



Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

O *Papilomavírus humano* (HPV) é um DNA-vírus do grupo papovavírus, com mais de 100 tipos reconhecidos atualmente, 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.

Quadro 16: Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores.

Classificação	Tipos de HPV
Baixo risco: Estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e lesões intra-epiteliais 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 lesões intra-epiteliais 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

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Pode também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes, como o ácido acético. Quando assintomático, pode ser detectável por meio de técnicas moleculares.

De transmissão sexual, vertical (mãe-filho) ou raramente por fômites, não é conhecido o tempo que o vírus pode permanecer quiescente e que fatores são responsáveis pelo desenvolvimento de lesões. Pode permanecer por muitos anos no estado latente. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de “reservatórios” de vírus do que à reinfecção pelo parceiro sexual. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a contaminação e o desenvolvimento de lesões (incubação), variando de semanas a décadas. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (neoplasia intra-epitelial moderada, grave ou carcinoma in situ) são os tipos virais presentes e co-fatores como o estado imunológico e tabagismo.

Infecção clínica pelo HPV na genitália (com lesão macroscópica)

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 glândula, 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; 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), mas têm sido associados com lesões externas (vulva, pênis e ânus) e lesões 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.

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;
- o paciente for imunodeficiente.

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncótica, 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). As alterações celulares causadas pelo HPV no colo uterino têm o mesmo significado clínico que as observadas nas displasias leves ou neoplasias intra-epiteliais de grau I. Juntas constituem a lesão intra-epiteliais escamosa de baixo grau (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion – LSIL), com grande chance de regressão sem tratamento. Existem testes que identificam vários tipos de HPV, mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto a condutas clínicas não devem ser feitas com base 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.

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, permanecerem inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Nenhum dos tratamentos disponíveis é superior aos outros, e nenhum tratamento será o ideal para todos os pacientes nem para todas as verrugas, ou seja, cada caso deverá ser avaliado para a escolha da conduta mais adequada. Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento são: o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia

e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e a experiência do profissional de saúde. Em geral, verrugas localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor a terapêutica tópica (ATA, podofilina) que as verrugas em superfícies secas. 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.

Mais recentemente, foram publicados os primeiros resultados que demonstram a eficácia da vacina contra HPV 16 (Harper et al., 2004).

Opções terapêuticas

- **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 a 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.
- **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 citoquinas, 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:** Age 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 .

- **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), através 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 muitas lesões ou uma extensa área envolvida.
- **Vaporização à LASER:** Método que pode ser empregado em ambulatório com anestesia local e que apresenta bons resultados em lesões vulvares, freqüentemente 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 neoplasia 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

rastreio 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 NIP. 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 sub-clínicas.

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 cesareana 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: ATA, 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: ATA, 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 neoplasias 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 freqüentes. Como o carcinoma escamoso pode surgir mais freqüentemente 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 intraepiteliais de alto grau (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion - HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma in situ NIC II ou NIC III devem ser referidos a serviço especializado para confirmação diagnóstica, 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.

Rastreamento 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 citopatologia 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 citopatologia e que, muitas vezes, acreditavam terem sido submetidas a esse exame quando haviam sido apenas submetidas ao exame ginecológico (toque bimanual).

Ao atender a portadora de DST, o profissional de saúde deve perguntar sobre o resultado de sua última citopatologia e a época em que foi realizada. Se a paciente portadora de DST não se submeteu a uma citopatologia 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 deste teste à própria paciente para que faça parte de seus documentos médicos.

Seguimento

Profissionais de saúde devem preferir laboratórios de citopatologia que utilizem o Sistema Bethesda de classificação. Se o resultado da colpocitologia for anormal, a paciente deve ser referida a serviço especializado de patologia cervical uterina. Nesses serviços, a paciente será submetida à colposcopia para orientação de biópsias e tratada conforme o grau de lesão precursora ou se presente o câncer cervical. Em casos que a colpocitologia conclui pela presença de LSIL ou atipias de significado indeterminado em células escamosas (*Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance – ASCUS*), a indicação da colposcopia pode ser postergada, especialmente quando existir processo inflamatório associado ou o citopatologista sugere que as atipias estão provavelmente relacionadas a processo reacional. 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 seja negativo. 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.

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

É importante lembrar que:

- a citopatologia não é um teste efetivo para rastreamento de DST;
- se a mulher estiver em período menstrual, a coleta da citopatologia 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 citopatologia. 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. Neste caso, o excesso de secreção pode ser retirado com algodão ou gaze, embebidos em soro fisiológico;
- deve-se observar que numa investigação de DST, quando serão colhidos espécimes para diagnóstico bacteriológico, o material para citopatologia deve ser colhido por último;
- mulheres portadoras de condilomas não necessitam de coletas mais freqüentes de citopatologia do que as demais, salvo nos casos comentados acima de anomalias ao diagnóstico citológico e em pacientes imunossuprimidas;
- profissionais de saúde capacitados e serviços que adotem medidas para assegurar uma boa amostra citopatologia 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 frequentes. Quando houver atipias na colpocitologia, encaminhar para serviço especializado, para investigação colposcopia e biópsia dirigida, quando indicado, e tratadas como recomendado. Para rastreio 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 (displasia moderada, acentuada e carcinoma in situ, NIC II ou III).

- **Mulheres Imunodeprimidas:** As mulheres imunodeprimidas com resultado citológico alterado têm risco aumentado de apresentarem lesão histopatológica mais grave, ou progressão da lesão, incluindo a evolução para o câncer do colo do útero. Recomenda-se, portanto, encaminhar à Unidade Secundária de Média Complexidade, para colposcopia imediata. Considera-se paciente imunodeprimida àquela portadora do HIV, usuária de corticóides, transplantada entre outras. Nas mulheres portadoras do HIV as lesões precursoras apresentam envolvimento cervical mais extenso e com mais frequência envolvem outros órgãos do trato genital inferior, tais como, a vagina, a vulva e a região perianal. Quando de retorno à Unidade Básica de Saúde deverão ser rastreadas anualmente por toda a vida, em decorrência de maior risco de recidiva.



**Prevenção das DST na
Violência Sexual**



Prevenção das DST na Violência Sexual

Define-se como estupro o ato de constranger a mulher de qualquer idade ou condição à conjunção carnal (relação com penetração vaginal, anal), por meio de violência ou grave ameaça, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro. O estupro deve ser diferenciado do atentado violento ao pudor, que consiste em constranger alguém mediante violência ou grave ameaça a praticar ou permitir que se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal, o que também é crime (artigo 214). Sua real frequência é desconhecida porque as vítimas hesitam em informar, devido à humilhação, medo, sentimentos de culpa, desconhecimento sobre as leis e descrédito no sistema judicial.

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

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

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. Cabe ao médico atender a vítima da violência, não sendo aceitável a recusa que pode gerar infração segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal Brasileiro (qualquer consequência para saúde física e mental decorrente da omissão de atendimento). Os casos de violência sexual contra a mulher devem ser notificados pelos serviços que prestam atendimento segundo Lei 10.778/03.

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 e imunoterapia passiva para hepatite B .
- Profilaxia do HIV.

No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos, deverão ser colhidos espécimes de conteúdo vaginal para exame direto à fresco e corado pelo Gram, endocérvice e reto para cultura em meio Thayer-Martin (gonococo) e endocérvice para imunofluorescência direta (clamídia) quando disponíveis.

A prevalência de DST em situações de violência sexual pode ser elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis, incluindo o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e suscetibilidade da mulher, a condição himenal e a presença de DST ou úlcera genital prévia. Entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Entre grávidas que sofrem abuso sexual a prevalência de DST é duas vezes maior quando comparada com grávidas não violentadas. Da mesma forma, crianças apresentam maior vulnerabilidade para as DST pela imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal.

A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofrem violência sexual visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida ao agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da mulher, mas recomenda-se que seja realizada imediatamente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para mulheres adultas e adolescentes com peso igual ou maior que 45 Kg encontra-se no quadro 1 abaixo.

Observações

1. O uso de ceftriaxona e da azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas e há relatos de falha terapêutica na sífilis (CDC 2003).
2. Considerando-se o baixo impacto da tricomoníase para a saúde reprodutiva, a administração profilática do metronidazol é facultativa. Em casos de gravidez ou de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento sua prescrição poderá ser reservada aos casos de doença ou ministrada no retorno da paciente .

Profilaxia para gestantes e crianças

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a profilaxia para as DST não virais. Nesses casos, visando a segurança fetal, deve-se proceder com a substituição de parte dos medicamentos (Quadro 2). O uso do metronidazol e de suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez.

QUADRO 17. 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 18. 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, em adolescentes e 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, as drogas de primeira escolha, poderão ser substituídas por alternativas em caso de contra-indicação, conforme o quadro.

QUADRO 19. 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 (clamidíase)	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 dose única de 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 todas 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 frequente 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 etinilestradiol 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 etinilestradiol 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

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde à maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. No entanto, tratando-se de penetração vaginal ou anal, a decisão de iniciar a profilaxia não deve se basear em critérios de gravidade. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos anti-retrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nesses casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente ponderados e a decisão deve ser individualizada. Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual em que a mulher, criança ou adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor. Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Algumas situações excepcionais merecem atenção. 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 teratogênico.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da 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.

Embora não existam esquemas definitivos de anti-retrovirais para essa finalidade, recomenda-se o emprego de drogas potentes, do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

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 devido a interação medicamentosa que ocorre no sistema microsossomal 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, preferentemente 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. Neste 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 (Brasil, 2004c).

10

**Diagnóstico sorológico
da infecção pelo HIV**



Diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV

Com o objetivo da realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nos laboratórios públicos e privados, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria de No 59, de 28 de janeiro de 2003, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados para os testes que visam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos. (anexo IX)

A amostra deve inicialmente ser submetida à primeira etapa do conjunto de procedimentos seqüenciados, denominada de triagem sorológica (Etapa I), utilizando-se um imunoenensaio, como por exemplo o Elisa (ensaio imunoenzimático). É importante ressaltar que o teste não poderá ser de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos denominados anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Todos os conjuntos de diagnóstico (kits) utilizados para a realização dos testes, devem estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde.

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

1. a amostra que apresentar resultado não reagente no teste realizado, terá seu resultado definido como “ **Amostra negativa para HIV** “. Nesse caso, o resultado é entregue ao paciente acompanhado do aconselhamento pós-teste, e
2. a amostra que apresentar resultado reagente ou inconclusivo no teste, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica.

A etapa de confirmação sorológica pode ser realizada de duas maneiras:

1. por meio de um segundo imunoenensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) para HIV-1 ou ao teste de Imunoblot (IB) para o HIV (etapa II). O segundo imunoenensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoenensaio utilizado.
2. por meio do teste de *Western blot* (WB) – etapa III.

Caso o laboratório adote prioritariamente a realização da etapa de confirmação com um segundo imunoenensaio acompanhado da IFI ou IB, quatro diferentes situações poderão ocorrer:

1. amostra não reagente no segundo imunoenensaio e negativa no teste de IFI ou IB, terá seu resultado definido como “ **Amostra negativa para HIV-1**”, ou “ **Amostra negativa para HIV** “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado.

2. amostra reagente no segundo imunoensaio e positiva no teste de IFI ou IB, terá seu resultado definido como “ **Amostra positiva para HIV-1** ”; ou “ **Amostra positiva para HIV** ”, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir somente a etapa de triagem sorológica, visando confirmar a positividade da primeira amostra.
3. amostra não reagente ou inconclusiva no segundo imunoensaio e positiva ou indeterminada no teste de IFI ou IB deverá ser submetida ao teste *Western blot* (etapa III).
4. amostra reagente ou inconclusiva no segundo imunoensaio e negativa ou indeterminada no teste de IFI ou IB, deverá ser submetida ao teste *Western blot* (etapa III).

Após a realização do teste *Western blot*, podemos encontrar as seguintes situações:

1. amostra negativa nesse teste terá seu resultado definido como “ **Amostra negativa para HIV-1** ”. Nesse caso, deverá se proceder a investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.
2. amostra positiva nesse teste terá seu resultado definido como “ **Amostra positiva para HIV-1** ”. Nesse caso, será obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a etapa de triagem sorológica, visando confirmar a positividade da primeira amostra.
3. amostra indeterminada nesse teste terá seu resultado definido como “ **Amostra indeterminada para HIV-1** ”. Nesse caso, deverá se proceder a investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

Para a investigação de soroconversão por meio da detecção de anticorpos, recomenda-se proceder a coleta de uma segunda amostra em trinta dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados. Pode-se também utilizar outros testes baseados na detecção de antígenos ou de ácido nucléico. O resultado definitivo da infecção deve ser baseado na soroconversão completa.

Recomenda-se realizar a investigação do HIV-2 em amostras com resultados indeterminados para o HIV-1, quando os dados epidemiológicos forem sugestivos de infecção pelo HIV-2 ou se os dados clínicos forem compatíveis com a infecção HIV/ aids.

Convém observar que é obrigatória a coleta de uma segunda amostra e a repetição da etapa de triagem sorológica (Etapa I) sempre que uma amostra apresentar resultado definido como positivo após a etapa de confirmação sorológica (Etapas II ou III), preferencialmente em um intervalo de trinta dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra.

As amostras com resultado definido como positivo deverão ter o resultado da primeira amostra liberado com a ressalva, por escrito, de que se trata um resultado parcial e que somente será considerado como definitivo após a análise da segunda amostra.

Caso o resultado do teste (Etapa I) na segunda amostra seja não reagente ou inconclusivo, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados. Se após a realização da etapa de confirmação sorológica, os resultados da primeira e segunda amostra forem discordantes, deverá ser coletada uma terceira amostra e

realizadas todas as etapas para a conclusão do diagnóstico.

Sempre que os resultados conclusivos da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostra ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes..

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

As semelhanças antigênicas entre microrganismos, as doenças auto-imunes, as infecções por outros vírus, a aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (da mãe para o filho), também podem ser consideradas como possíveis causas de resultados falso-positivos.

Com relação aos resultados falso-negativos, pode ocorrer devido à baixa sensibilidade do conjunto de diagnóstico utilizado, coleta da amostra no período de janela imunológica, ou problemas técnicos durante a realização do ensaio (incluindo troca de amostras, uso de reagentes fora do prazo de validade, utilização de equipamentos desajustados, pipetagem incorreta e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits).

Em locais onde há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente, uma alternativa eficiente é a utilização dos testes rápidos. Os testes rápidos apresentam resultados em um tempo inferior a 30 minutos e podem ser realizados no momento da consulta, por meio da coleta de uma amostra por punção da polpa digital do indivíduo. A utilização desses testes permite que em um mesmo momento - o da consulta - o paciente receba o aconselhamento pré e pós-teste, tenha o seu teste realizado e obtenha conhecimento do resultado do mesmo. Trata-se de uma estratégia de grande efetividade principalmente em locais de difícil acesso e em situações em que é necessário o conhecimento imediato do estado sorológico. No Brasil, o uso dos testes rápidos anti-HIV é recomendado em situações definidas pelo Ministério da Saúde, que incluem a triagem de gestantes sem sorologia pré-natal disponível no momento do parto e para triagem sorológica de clientes-índice em acidentes profissionais.

É importante enfatizar que, além do cuidado na coleta e execução dos testes, é fundamental que o processo de aconselhamento antes e depois do teste seja feito de forma cuidadosa, para que o resultado seja corretamente interpretado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente, gerando atitudes que visem a promoção da saúde nos indivíduos testados.



**Quimioprofilaxia após a
exposição ocupacional a
material biológico**



Quimioprofilaxia após a exposição ocupacional a material biológico

O profissional de saúde exposto deverá ser encaminhado para um Serviço de Assistência Especializado (SAE) nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas) após o acidente, quando houver indicação para a quimioprofilaxia. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada de 24 a 36 horas após o acidente. O início da medicação após largos intervalos de tempo (1 a 2 semanas) pode ser considerado somente para exposição com elevado risco de transmissão do HIV. Para maiores informações sobre quimioprofilaxia para o HIV após a exposição ocupacional à material biológico, consultar o manual de condutas “Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV” do Ministério da Saúde.



**Organização de serviços
para atendimento de
portadores de DST**



Organização de serviços para atendimento de portadores de DST

Construindo a qualidade na assistência

No contexto da atenção integral à saúde, o atendimento aos portadores de DST deve ser organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico, tratamento e aconselhamento desses usuários, bem como contribuir para diminuir sua vulnerabilidade a esses agravos, utilizando conhecimentos técnico-científicos atualizados e os recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

Atenção aos portadores de DST no Sistema Único de Saúde (SUS)

A atenção à saúde funciona, na maioria dos municípios, com agendamento de consultas e há pouco ou nenhum espaço para procuras espontâneas, resultando em falta de acessibilidade aos serviços. Visando a quebra da cadeia de transmissão das DST e do HIV, deve-se considerar que os portadores de DST não podem esperar pela consulta agendada. Portanto, a Unidade de Saúde deve garantir o acolhimento adequado, com privacidade, garantindo atendimento o mais rápido possível.

Medicamentos para DST

Para o atendimento adequado às pessoas com DST, é fundamental a disponibilidade de medicamentos para o tratamento oportuno. Os medicamentos para abordagem sindrômica das DST foram padronizados e a aquisição dos mesmos foi pactuada, sendo de responsabilidade dos Estados e Municípios.

Níveis de atendimento

A organização do serviço de saúde para prestar atendimento básico (nível 1 de complexidade) a portadores de DST, requer uma equipe mínima composta de: um médico clínico, um/a enfermeiro/a e um auxiliar de enfermagem e/ou um outro profissional de nível técnico vinculado à assistência e, pelo menos, um profissional administrativo.

O nível intermediário de atenção (nível 2) inclui o atendimento ginecológico e/ou uma ou mais especialidades clínicas, além de enfermeiros e/ou psicólogos e/ou assistentes sociais, sem acesso imediato a recursos laboratoriais para diagnóstico de DST.

Finalmente, os serviços de maior complexidade (nível 3) geralmente ambulatórios especializados, devem ser equipados com recursos laboratoriais e constituir-se na

referência técnica do sistema de atenção para diagnóstico etiológico das DST.

Atividades do nível 1:

- Realizar consulta médica emergencial das úlceras genitais, dos corrimentos genitais masculinos e femininos e das verrugas ano-genitais externas, utilizando a abordagem sindrômica, conforme normas estabelecidas pelos fluxogramas propostos do Programa Nacional e Estadual de DST/AIDS.
- Realizar o aconselhamento incorporado na consulta médica.
- Realizar coleta de sangue e/ou solicitação de exames para Sífilis, Hepatite B e HIV, nos casos de úlceras, corrimentos e verrugas genitais.
- Realizar tratamento de sífilis.
- Notificar a síndrome genital , sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante/criança exposta.
- Notificar os(as) parceiros(as) das pessoas com síndromes genitais para investigação e/ou tratamento epidemiológico.
- Referir os casos suspeitos de DST com manifestações cutâneas extra-genitais para unidades que disponham de dermatologista.
- Referir os casos de DST complicadas para unidades que disponham de especialistas e recursos laboratoriais.
- Referir os casos de DST não resolvidos pelo tratamento sindrômico para unidades que tenham laboratório.
- Referir os casos de dor pélvica com sangramento ou quadros mais graves para unidades com ginecologista.

Atividades do nível 2

- Realizar todas as atividades do nível elementar, além do diagnóstico e tratamento clínico-epidemiológico, dentro da competência das especialidades disponíveis.
- Realizar tratamento sindrômico e/ou clínico-epidemiológico dos corrimentos genitais femininos.
- Realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais.
- Realizar o aconselhamento dentro e/ou fora da consulta.
- Realizar colposcopia, se disponível ou encaminhar a paciente para serviços de referência que disponham de colposcópio e profissional habilitado quando indicado.
- Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.
- Notificar as síndromes genitais, sífilis na gestação, sífilis congênita e HIV na gestante/criança exposta.
- Notificar os(as) parceiros(as) e tratar.
- Promover treinamentos em abordagem sindrômica para UBS de nível primário.

Atividades do nível 3 (Centros de referência)

- Realizar todas as atividades dos níveis elementar e intermediário
- Realizar diagnóstico etiológico das DST, vigilância de resistência microbiana aos fármacos da abordagem sindrômica.
- Realizar treinamentos em abordagem sindrômica para Unidades de nível intermediário e de abordagem etiológica para as que tenham recursos laboratoriais próprios.

Bibliografia

- Bowden FJ, Garnett GP. *Trichomonas vaginalis* epidemiology: parameterising and analyzing a model of treatment interventions. *Sex Transm Inf*, 2000, 76: 248-256.
- Brasil. Portaria no 542/1986. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de Dezembro de 1986, Seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. [www.aids.gov.br/documentos/publicações] – busca: conscritos do exército do Brasil, 2002
- Brasil. Ministério da Saúde. PN-DST/AIDS. Estudo de prevalência das DST no Brasil. Mimeo. 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde, [www.aids.gov.br/areatecnica/monitoraids/estudosoespeciais] VII Pesquisa de Conhecimentos, atitudes e Práticas relacionadas ao HIV/aids com a População Brasileira de 15 a 54 anos – 2004b,
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília, 2004c.
- Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico DST e AIDS, ano II n.01-01 à 26a. semanas epidemiológicas – jan a jun de 2005.
- Carvalho M, de Carvalho S, Pannuti CS, Sumita LM, de Souza VA. Prevalence of herpes simplex type 2 antibodies and a clinical history of herpes in three different populations in Campinas City, Brazil. *Int J Infect Dis*. 1998-99 Winter;3(2):94-8.
- 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.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men--Netherlands, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004b Oct 29;53(42):985-8.
- 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.

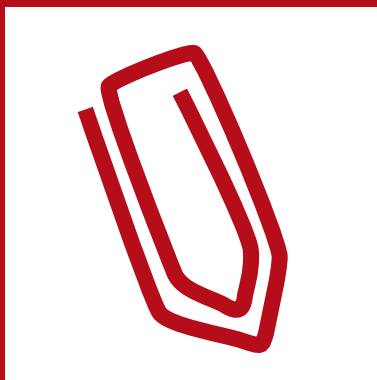
- Corey L, Ashley R; Valacyclovir HSV Transmission Study Group. Prevention of herpes simplex virus type 2 transmission with antiviral therapy. *Herpes*. 2004 Aug;11 Suppl 3:170A-174A.
- Dillon JA, Rubabaza JP, Benzaken AS, Sardinha JC, LI H, Bandeira MG, dos Santos Fernando Filho E. Reduced susceptibility to azythromycin and high percentages of penicillin and tetracycline resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Manaus, Brazil, 1998. *Sex Transm Dis* 2001, 28(9): 521-6.
- Elley A, Pacey AA, Galdeiro M, Galdeiro M, Galdeiro F. Can *Chlamydia trachomatis* directly damage your sperm? *Lancet Infect Dis*. 2005 Jan;5(1):53-7.
- 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.
- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, et al. Vaccination against human papillomavirus shows great promise. *The Lancet* 2004; 364(9447):1731-1732/1757-1765.
- 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.
- Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Gotz HM, Dees J, Thio HB, Thomeer MG, Den Hollander JC, Neumann MH, Van Der Meijden WI. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis.* 2004 Oct 1;39(7):996-1003. Epub 2004 Sep 08.
- 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.
- Pinkerton SD, Abramson PR, Turk ME. Update estimates of condom effectiveness 1998. *Journal of the Association of Nurses in Aids care.* 9(6):88.
- Rodriguez MDM, Obasi A, Moshia F, Todd J, Brown D, Chagalucha 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 reduccion de infecciones de transmission sexual, incluida la infeccion por VIH. (Revision Cochrane traducida) La Cochrane Library plus in español, número 3, 2004. Oxford, Update Software Limited.
- Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of sexually transmitted infection by women from men. *The Cochrane Library,* Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- 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.



Anexos

Anexo 1

- *Orientações para exame físico*

Anexo 2

- *Roteiros para aconselhamento*

Anexo 3

- *Cartão para notificação dos parceiros*

Anexo 4

- *Ficha de notificação de casos de dst - SINAN*

Anexo 5

- *Testes cutâneos para alergia a penicilina*

Anexo 6

- *Esquema de dessensibilização oral à penicilina*

Anexo 7

- *Ficha de notificação sífilis congênita*

Anexo 8

- *Ficha de notificação de sífilis na gestante*

Anexo 9

- *Fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos > 2 anos*



Anexos

ANEXO I: Orientação para exame físico

Geral

Observar a pele, mucosas, particularmente, a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e dos genitais, palpar os gânglios de todos os segmentos corporais (cabeça, tronco e membros). Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto relevo, avermelhada, hiperocrômica, circular, irregular, circinada etc.), no abdômen, dorso, couro cabeludo e principalmente na região perineal, deverão ser anotadas buscando correlacionar com a história em questão. Sempre que possível, deverá ser feita aferição de pressão arterial e frequência cardíaca, palpação de mamas e toque retal. A citologia oncológica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação por ocasião do retorno da paciente.

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 frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor, deve estar deitado em decúbito lateral com leve anteflexão do tronco e da coxa. 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. Quando for efetuado o toque retal à procura de tumorações, saliências e de alterações da próstata, recomenda-se o uso de lubrificantes.

Exame Genital Feminino

O clínico deve buscar a cooperação da paciente, captando sua confiança através da descrição antecipada de todos os procedimentos a serem realizados. Durante o exame, a paciente deve estar em posição ginecológica, usando-se material esterilizado, o que também deve ser informado à pacientes por ser frequente fonte de temor.

No exame estático genital, deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, hiperemias, tumorações, ulcerações. Com luvas de procedimento, deve-se colocar os dedos indicador e médio bilateralmente 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.

O exame especular deverá ser feito, após breve explicação sobre o instrumento à paciente. Se for colher material, deve ser evitada a colocação de vaselina ou outro lubrificante no espécuro. Coloca-se o espécuro esterilizado sempre em uma inclinação de 75º, pressionando a parede posterior da vagina, usando o dedo indicador e médio da outra mão para expor o intróito vaginal, evitando o traumatismo de uretra e bexiga. Observar coloração e pinguente vaginal e possíveis lesões. Em seguida observar aspecto do colo uterino, principalmente as características do muco cervical Por meio do teste do cotonete (colher material endocervical para ver se é purulento); notar a presença ou não de secreções, tumorações, ulcerações e roturas. Em seguida, medir pH vaginal e colher material vaginal para teste de Whiff (odor ou das aminas) e esfregaço para bacterioscopia por coloração de Gram, se disponível. Após procedimento efetuar a limpeza do orifício externo do colo com ácido acético 5% e fazer o teste de Schiller (lugol) para evidenciar lesões do colo uterino e vagina. A retirada do espécuro deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espécuro ou retirando-o aberto, o que causará dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais. Se possível, realizar o exame colposcópico observando toda a genitália: ectocérvice, vagina, vulva e ânus.

O toque vaginal também deverá ser previamente explicado à paciente e realizado com luva estéril. Deve-se usar inicialmente o dedo indicador para deprimir o períneo posterior, o que contribui para o relaxamento da musculatura. Introduce-se os dedos médios e indicador (previamente lubrificados), procurando sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamentos, consistência e tamanho do colo e aberturas do canal cervical. Movendo-se o colo para um lado e outro, são tracionados os ligamentos cardinais e largo podendo-se evidenciar processos inflamatórios através da dor referida e redução da mobilidade. Após todas estas manobras deve-se realizar o toque bimanual, com a outra mão pressionando a parede abdominal da paciente, 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 esta e a mão abdominal. Durante a palpação uterina, notar seu tamanho, consistência, mobilidade, regularidade, superfície e forma, o ângulo entre corpo e colo uterino e a dor referida. As regiões anexas são palpadas inserindo os dedos vaginais lateralmente ao colo, até o fundo do fórnix, buscando-se as estruturas entre as duas mãos. Apenas os ovários podem ser palpáveis em mulheres magras e durante o menacme. Estas estruturas raramente serão palpáveis em mulheres após a menopausa ou obesas. 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.

Toque retal

Quando necessária a sua realização, 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 retovaginal, 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, sendo indicado na suspeita de abscesso pélvico.

ANEXO II: Roteiros para aconselhamento

ACONSELHAMENTO PARA DST:

- apresentar-se e buscar a construção de vínculo com o cliente
- acolher e situar o cliente no serviço
- reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações
- identificar com clareza as necessidades do usuário ou do grupo;
- facilitar a expressão de sentimentos e prestar apoio emocional;
- explorar as situações de risco do usuário ou grupo (práticas sexuais de risco, uso de drogas, histórico de DST) e medidas de prevenção específicas;
- enfatizar a relação entre DST e HIV;
- reforçar a necessidade do atendimento do(s) parceiro(s) sexual(is) e/ou daquele(s) que compartilha(m) os materiais para uso de drogas;
- ajudar a pessoa a reconhecer suas responsabilidades e identificar dificuldades para a adoção de práticas mais seguras, reforçando sua auto-estima e autoconfiança;
- informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais;
- encaminhar o paciente para outros serviços, quando necessário, incluindo atendimento psicoterápico e/ou grupos comunitários de apoio.

No caso de oferta do teste anti-HIV:

Aconselhamento pré-teste:

Além das questões acima recomendadas, é necessário, ainda:

- trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste anti-HIV e o impacto na vida de cada usuário;
- considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção neste período;
- identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros, amigos, trabalho, outros);
- oferecer o teste anti-HIV e solicitá-lo, com o consentimento do usuário;
- para gestantes, além das informações referidas acima, explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da infecção materna, quanto para a prevenção da transmissão vertical;
- no caso de profissional de saúde envolvido em acidente ocupacional com risco de infecção para o HIV e outras DST deve-se considerar a especificidade do acidente, realizar o encaminhamento ao serviço de referência para avaliação de risco e início de terapia anti-retroviral (TARV), quando indicada, e reforçar a necessidade de retorno para a busca do resultado do teste.

Aconselhamento Pós-Teste Anti-Hiv

Diante de Resultado Negativo

- informar que um resultado negativo pode significar duas situações: a pessoa não está infectada, ou foi infectada tão recentemente que seu organismo não produziu anticorpos numa quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (“janela imunológica”);
- na hipótese de “janela imunológica”, orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar a necessidade de não-exposição ao risco de infecção para o HIV e outras DST;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas;
- com os usuários de drogas, reforçar os benefícios do uso exclusivo de materiais para o consumo de drogas injetáveis e disponibilizar o kit de redução de danos;
- lembrar que o uso de algumas drogas, mesmo lícitas, podem alterar a percepção de risco, prejudicando a adoção de práticas seguras.

Diante de Resultado Positivo

- reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem anti-HIV;
- garantir à pessoa o tempo necessário para que ela assimile o impacto do diagnóstico e expresse dúvidas, sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc);
- lembrar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é tratável;
- ressaltando a importância de acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção;
- encaminhar o paciente para o serviço especializado, com atendimento multidisciplinar e grupos comunitários de apoio;
- discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas;
- reforçar a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, lembrando a necessidade de redução de riscos de reinfecção e transmissão para outros.

Para gestante, além das informações acima, informar que:

- a transmissão vertical do HIV (transmissão do HIV de mãe para filho) pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, o parto e pela amamentação;
- pode-se reduzir a transmissão vertical do HIV com o uso de terapia anti-retroviral (TARV), instituída após avaliação clínica e laboratorial (avaliação de sua situação imunológica, pela contagem de células T-CD4+ e de sua carga viral circulante) em serviço especializado;
- em caso de carga viral alta no momento do parto, recomenda-se a cesariana eletiva* para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, o que reforça a importância da adesão a TARV;
- para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT solução oral logo após seu nascimento, e mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias);

- existe o risco de transmissão pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher (amamentação pela ama de leite), sendo indicado apenas o uso de leite artificial (fórmula infantil) ou humano de bancos de leite;
- toda criança exposta ao HIV terá, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o acompanhamento em serviço especializado de pediatria;
- é necessário que o(s) parceiro(s) realize(m) o teste anti-HIV;
- é importante o uso correto do preservativo (masculino ou feminino) durante todas as relações sexuais, com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfeção pelo HIV e de outras DST;
- é indicado realizar o teste de todos os filhos.

* Operação cesariana eletiva é aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras.

O profissional de saúde deverá apoiar a portadora de HIV quanto à recomendação de não amamentar, colaborando para o fortalecimento do vínculo afetivo com seu filho. Deverá orientar quanto ao preparo e administração da fórmula infantil e sobre a introdução gradativa de outros alimentos (consultar o “Guia de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas”. O profissional de saúde deverá, ainda, subsidiar a mulher com argumentos lógicos que lhe possibilitem explicar para familiares e outras pessoas, o fato de não estar amamentando, possibilitando-lhe assim, atender a sua vontade de manter em sigilo seu estado sorológico de portadora do HIV.

Diante de resultado indeterminado

- explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos não estão em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes diagnósticos (janela imunológica). (ver capítulo 6 - Diagnóstico Laboratorial)
- orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período de 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra, para verificar se houve soroconversão;
- discutir as possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste, referindo-se a sua disponibilidade para o atendimento sem agendamento prévio; se necessário, encaminhar o usuário para atendimento psicoterápico;
- reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV, hepatites e outras DST.

ANEXO III : Cartão para notificação dos parceiros

Parte A (fica na Unidade de Saúde)

			Nº do Prontuário
Paciente Índice Nome			
Contato(a) Nome			
Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
Responsável pelo Preenchimento Nome Assinatura			Data

Parte B (para o paciente entregar ao contato)

			Nº do Prontuário
Contato(a) Nome			
Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
<p>Solicitamos seu comparecimento urgente à Unidade de Saúde indicada abaixo para tratar de assunto de seu interesse (traga junto esse cartão), 2ª a 6ª feira, em horário comercial. Entregar na recepção.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Profissional</p>			
Unidade de Saúde Endereço			
Cidade	UF	CEP	Telefone
Responsável pelo Preenchimento Nome			Data

ANEXO IV: Ficha de Notificação de Casos de DST – SINAN

DST	CÓDIGO (CID 10)
SÍNDROME DA ULCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL)	N48.5
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	R36
SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL (SINTOMÁTICO)	N72
SÍFILIS EM ADULTOS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA)	A53
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO)	A60
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	A63.0
SÍFILIS NA GESTANTE	O98.1

ANEXO V – Testes cutâneos para alergia a penicilina

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

Teste de puntura (ou prick test):

Deve ser realizado pingando-se uma gota da solução na face anterior do antebraço e pressionar a pele no centro da gota com um puntor plástico descartável ou com a ponta de uma agulha tipo insulina; o mesmo procedimento deverá ser feito no outro antebraço (ou no mesmo, mantendo-se uma distância mínima de 2 cm) utilizando-se soro fisiológico (teste controle); esperar 30 minutos;

- negativo: sem alterações locais quanto à cor da pele, prurido ou outro sinal; neste caso proceder em seguida ao teste intradérmico;
- positivo: formação de pápula, eritema e/ou prurido locais; não é indicado fazer o teste intradérmico; neste caso é necessária a dessensibilização;

Teste intradérmico:

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

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

ANEXO VI - Esquema de dessensibilização oral à penicilina

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

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

Preparo da solução de penicilina V

- para a concentração de 1:80.000: reconstituir um frasco de penicilina V colocando água filtrada diretamente dentro do frasco, aos poucos, ir agitando até que a solução atinja a marca indicada no rótulo. O frasco conterá 60 ml.
- Cada 5 ml = 400.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica; cada 1 ml = 80.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- para a concentração de 1 :10.000: aspirar 1 ml da solução acima e diluir em 7 ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1 ml = 10.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica;
- para concentração de 1 :1.000: aspirar 1 ml da solução acima e diluir em 9 ml de água filtrada, resultando numa concentração de 1 ml = 1.000 UI de fenoximetilpenicilina potássica.

ANEXO VII: Ficha de Notificação Sífilis Congênita

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº _____ FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
	5 Agravado SÍFILIS CONGÊNITA	Código (CID 10) A 5 0 9	6 Data dos Primeiros Sintomas	
Dados do Caso	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe	
	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência	
Dados de Residência	20 Município de Residência		Código (IBGE)	Distrito
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25 País (se residente fora do Brasil)		Código	
	26 Data da Investigação		27 Data de Nascimento da Mãe	28 Idade Anos
	29 Escolaridade da mãe (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado		30 Realizou Pré-Natal nesta gestação 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Antecedentes Epi- dem. da Gestante	31 Pré-Natal, Especificar o Local		32 Sífilis Diagnosticada Durante a Gravidez 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	33 Parceiro(s) Tratado(s) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		34 Evidência clínica para sífilis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Dados do Laboratório da Gestante	Resultado dos Exames 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Não Realizado 9 - Ignorado		37 Data	
	35 1º Teste não treponêmico (1º consulta do pré-natal)	36 Título 1:	40 Data	
	38 2º Teste não treponêmico (3º trimestre do pré-natal)	39 Título 1:	43 Data	
	41 Teste não treponêmico no parto	42 Título 1:	44 Teste confirmatório treponêmico no parto 1 - Reagente 2 - Não reagente 3 - Não realizado 9 - Ignorado	
Trat. da Gestante	45 Esquema de tratamento 1 - Adequado 2 - Inadequado 3 - Não realizado 9 - Ignorado		46 Data do Início do Tratamento	
Antecedentes Epi- dem. da Criança	47 UF	48 Município de Nascimento	49 Local de Nascimento (Maternidade/Hospital)	
	50 Idade Gestacional ao Nascer S (semanas)		51 Peso ao Nascer (em gramas) 9999 se ignorado	
	52 Natimorto 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		53 Aborto 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	54 Óbito 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		55 Data de Óbito	
Dados Clin. da Criança	56 Diagnóstico clínico: 1 - Assintomático 2 - Sintomático 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		57 Presença de Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Icterícia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Esplenomegalia <input type="checkbox"/> Osteocondrite <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Rinite Muco-Sanguinolenta <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Lesões Cutâneas <input type="checkbox"/> Pseudoparalisia <input type="checkbox"/>	

Sífilis Congênita

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 14/01/04

Dados do Laboratório da Criança	Diagnóstico Laboratorial	1-Reagente	2-Não Reagente	3-Não Realizado	9-Ignorado		
	58	Teste não treponêmico - Sangue Periférico	<input type="checkbox"/>	59	Título 1:	60	Data
	61	Teste treponêmico - Sangue Periférico	<input type="checkbox"/>			62	Data
	63	Teste não treponêmico - Líquor	<input type="checkbox"/>	64	Título 1:	65	Data
Diag. Rad.	66	Evidência de <i>T. pallidum</i>	<input type="checkbox"/>	67	Alteração Liquórica	<input type="checkbox"/>	
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	68	Diagnóstico Radiológico da Criança: Alteração no Exame dos Ossos Longos	<input type="checkbox"/>				
		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Observações Gerais

Investigador	69	Município/Unidade de Saúde	70	Código da Unid. de Saúde
	71	Nome	72	Função
			73	Assinatura

Nenhum campo deverá ficar em branco. Na ausência de informação, usar categoria ignorada. As instruções sobre codificação de cada item deverão ser rigorosamente seguidas.

7 - Nome do Paciente: preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações); se desconhecido, preencher com filho de: o nome da mãe.

8 - Data do nascimento: deverá ser anotada em números correspondentes ao dia, mês e ano.

9 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida.

33- Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente: informe se o tratamento do(s) parceiro(s) foi realizado no mesmo período que o tratamento da gestante;

34- Registrar a evidência clínica para sífilis na gestação: sífilis primária - cancro duro; sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia); sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot).

35-38-41-58-63- Sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) e RPR (Rapid Plasma Reagin): indicados para a triagem e seguimento terapêutico.

44-61-FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemaglutination Treponema pallidum), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): indicados na confirmação diagnóstica e exclusão de resultados de testes não treponêmicos falsos positivos. Em crianças, menores 18 meses de idade, a performance dos testes treponêmicos pode não ser adequada para definição diagnóstica.

45- Esquema de Tratamento:

ADEQUADO:

É todo tratamento completo, com penicilina e instituído pelo menos 30 dias antes do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante. De acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis recente (secundária e latente): Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

INADEQUADO:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento; ou
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.

52 - Natimorto é todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500g.

53 - Aborto é toda perda gestacional até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500g.

54 - Considera-se óbito por sífilis o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente;

56 - Não se aplica em caso de aborto e natimorto;

66 - Registrar a identificação do Treponema pallidum por microscopia em material colhido em placenta, lesões cutâneo-mucosas da criança, cordão umbilical, ou necropsia, pela técnica de campo escuro, imunofluorescência ou outro método específico.

67 - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquido do paciente;

68 - Informe se houve alteração de ossos longos no paciente compatível com sífilis congênita.

Sífilis Congênita

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para casos notificados a partir de 01/01/2004

SVS 14/01/04

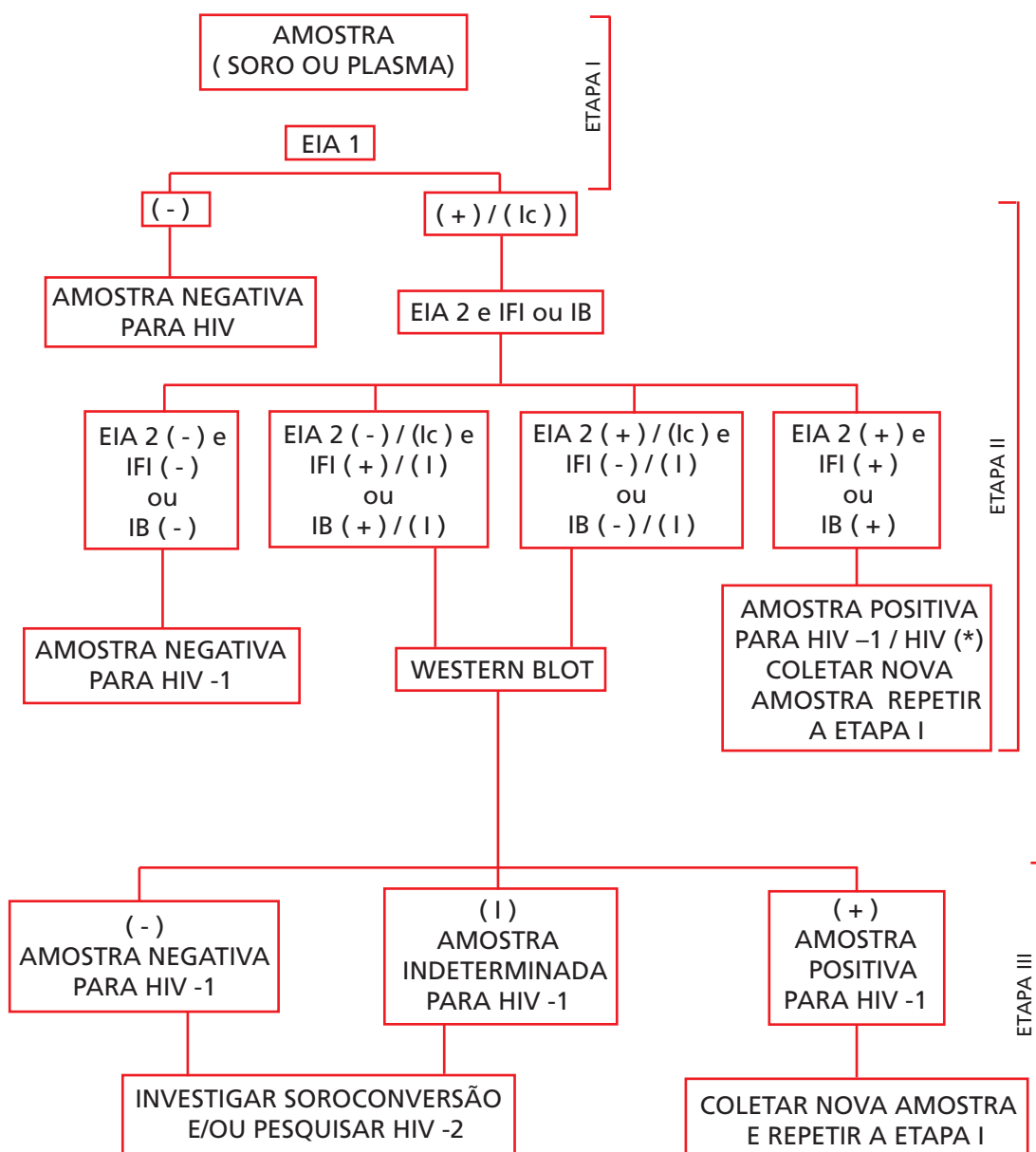
ANEXO VIII: Ficha de Notificação de Sífilis em Gestante

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE

Nº

Definição de caso : aquela com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer título, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da Notificação			
	2 Agravo/doença SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID10) O98.1	3 Data da Notificação		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado		
14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica						
15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
Ant. epid. gestante	31 Ocupação		32 Fez/ Faz pré-natal 1 - sim 2 - não 9 - ignorado			
	33 UF	34 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	35 Unidade de realização do pré-natal: Código		
	36 Nº da Gestante no SISPRENATAL		37 Diagnóstico de sífilis 1 - Antes do pré-natal 2 - Durante o pré-natal 3 - No parto ou puerpério			
Dados laboratoriais	38 História anterior de aborto ou natimorto 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		39 Evidência clínica para sífilis 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Não (latente) 9 - Ignorado			
	Resultado dos Exames 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		40 1º Teste não treponêmico (1º consulta do pré-natal)		41 Título 1:	
	42 Data		43 2º Teste não treponêmico (3º trimestre do pré-natal)		44 Título 1:	
	45 Data		46 Teste não treponêmico no parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado		47 Título 1:	
Tratamento / encerramento	48 Data		49 Teste confirmatório treponêmico no pré-natal/parto/curetagem 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado			
	50 Esquema de tratamento 1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 6 - Tratamento anterior adequado 9 - Ignorado		51 Data de início do tratamento materno			
Investigador	52 Parceiro tratado concomitantemente e adequadamente 1 - sim 2 - não 3 - não teve mais contato com a gestante 9 - ignorado		53 Data de encerramento			
	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde			
Nome		Função		Assinatura		
Sífilis em gestante		SVS		27/09/2005		



LEGENDA:

EIA=ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO
 IFI= IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRETA
 IB= IMUNOBLOT
 IC = INCONCLUSIVO
 I = INDETERMINADO
 (-) = NÃO REAGENTE
 (+) = REAGENTE

(*) De acordo com o ensaio realizado (IFI ou IB)

Revisores da 4ª edição:

Ministério da Saúde

Ana Lúcia R. de Vasconcelos – UAT - PN-DST e Aids/SVS/MS

Angela Donini – PREV PN-DST e Aids/SVS/MS

Berardo Nunan - Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Cristine Ferreira – ULAB - PN-DST e Aids/SVS/MS

Cristiane Gonçalves Meireles da Silva – PREV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Denis Ribeiro - UDST - PN-DST e Aids/SVS/MS

Denise Serafim – PREV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Dmitri Araujo da Silva – Departamento de Atenção Básica/SAS/MS

Eduardo Campos de Oliveira – UDST - PN-DST e Aids/SVS/MS

Gerson Fernando Mendes Pereira – UIV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Gerusa Figueiredo - Programa Nacional de Hepatites Virais/SVS/MS

Henriette Ahrens – PREV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Laura Alves de Souza - Programa Nacional de Hepatites Virais/SVS/MS

Leidijany Paz – UIV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Lillian Inocêncio - ULAB - PN-DST e Aids/SVS/MS

Liliana Pittaluga – PREV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Luciana Teodoro de Rezende Lara - Programa Nacional de Hepatites Virais/SVS/MS

Marcelo Joaquim Barbosa - UDST - PN-DST e Aids/SVS/MS

Maria Goretti F. Medeiros – UIV - PN-DST e Aids/SVS/MS

Maria de Lourdes de Sousa Maia – Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS

Mie Okamura – UAT - PN-DST e Aids/SVS/MS

Roberto Brant Campos – SCDH - PN-DST e Aids/SVS/MS

Sirlene de Fátima Pereira - Programa Nacional de Imunizações/SVS/MS

Valdir Monteiro Pinto – UDST - PN-DST e Aids/SVS/MS

Verônica Batista Reis - Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Comitê Assessor Nacional de DST

Presidente: Pedro Chequer - Programa Nacional de DST/Aids/SVS/MS

Suplente : Valdir Monteiro Pinto - Programa Nacional de DST/AIDS/SVS/ - MS

Adele Schwartz Benzaken - Fundação Alfredo da Matta - AM

Angélica Espinosa Miranda – Universidade Federal do Espírito Santo – ES

Berardo Nunan – Departamento de Atenção Básica /SAS/MS

Eliana Amaral - Universidade Estadual de Campinas – SP

Elisabete Taeko Onaga – Secretaria Estadual da saúde – SP

Geraldo Duarte - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - SP

Guida Silva - Secretaria Municipal de Saúde - RJ

Helena Andrade Brígido – Universidade Federal do Pará -PA

Ivo Castelo Branco Coelho - Universidade Federal do Ceará - CE

Maria Luiza Bazzo - Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Maria Luiza Bezerra Menezes – FCM/UPE

Mauro Cunha Ramos - Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente - RS

Paulo Cesar Giraldo - Universidade Estadual de Campinas – SP

Telma Regia B. S. Queiroz - Secretaria Estadual de Saúde - CE

Roberto Kaiser - Instituto de Cidadania 28 de Junho - PR

Rodrigo Ribeiro Rodrigues – Universidade Federal do Espírito Santo ES

Verônica Batista Reis - Saúde da Mulher/DAPE/SAS/MS

Wilza Villela - Instituto de Saúde - SP

Associações Médicas

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Sociedade Brasileira de Dermatologia

Sociedade Brasileira de Infectologia

Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis

