

Stella R. Taquette

Quando suspeitar, como diagnosticar e como tratar doenças sexualmente transmissíveis na adolescência – Parte 2

When to suspect, how to diagnose and how to treat sexually transmitted diseases during adolescence: part 2

> RESUMO

Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são prevalentes entre adolescentes e aumentam o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Características próprias da adolescência tornam moças e rapazes mais vulneráveis às DSTs. Por outro lado, esse é um período da vida propício à aquisição de hábitos saudáveis e à promoção da saúde. A abordagem sindrômica das DSTs indicada pelo Ministério da Saúde (MS) para diagnóstico e tratamento, o acompanhamento até a cura e a busca de contactantes são as medidas mais adequadas para controle efetivo das DSTs na adolescência.

> UNITERMOS

DST; adolescência, sexualidade

> ABSTRACT

Sexual transmitted diseases (STD) are prevalent in adolescence. The risk of contamination by human immunodeficiency virus (HIV) increases when one has STD. Adolescence characteristics make this life period vulnerable to STD, which usually do not show specific symptoms. We present the diagnosis and treatment norms of the Health Ministry.

> KEY WORDS

STD; adolescence; sexuality

> CORRIMENTO URETRAL

A abordagem é sindrômica (**Figura 1**)⁽⁶⁾.

Uretrite gonocócica

Doença infecciosa transmitida essencialmente por via sexual, com tempo de incubação de dois a cinco dias, apresentando como sintoma mais precoce prurido uretral, que evolui para disúria e ardência miccional, seguido por corrimento, inicialmente mucóide e depois purulento, com intensidade maior no período da manhã. Na mulher, 70% dos casos

são assintomáticos, podendo ocorrer manifestações extragenitais como anorretite, faringite, oftalmia, gonococcia disseminada (manifestações cutâneas, artralgia e artrite) e complicações. Entre elas, as mais frequentes na mulher são a doença inflamatória pélvica e a bartolinite. No homem, as mais frequentes são balanopostite, prostatite, epididimite, orquite e estenose uretral. A orquiepididimite é uma das causas mais comuns de infertilidade masculina.

O diagnóstico laboratorial é realizado através de bacterioscopia e cultura da secreção uretral.

Uretrites não-gonocócicas

São todas as uretrites em que não se evidencia a presença do gonococo na bacterioscopia e podem ter como agentes etiológicos: *Chlamydia*

Professora-adjunta de Medicina do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); coordenadora da Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/UERJ).

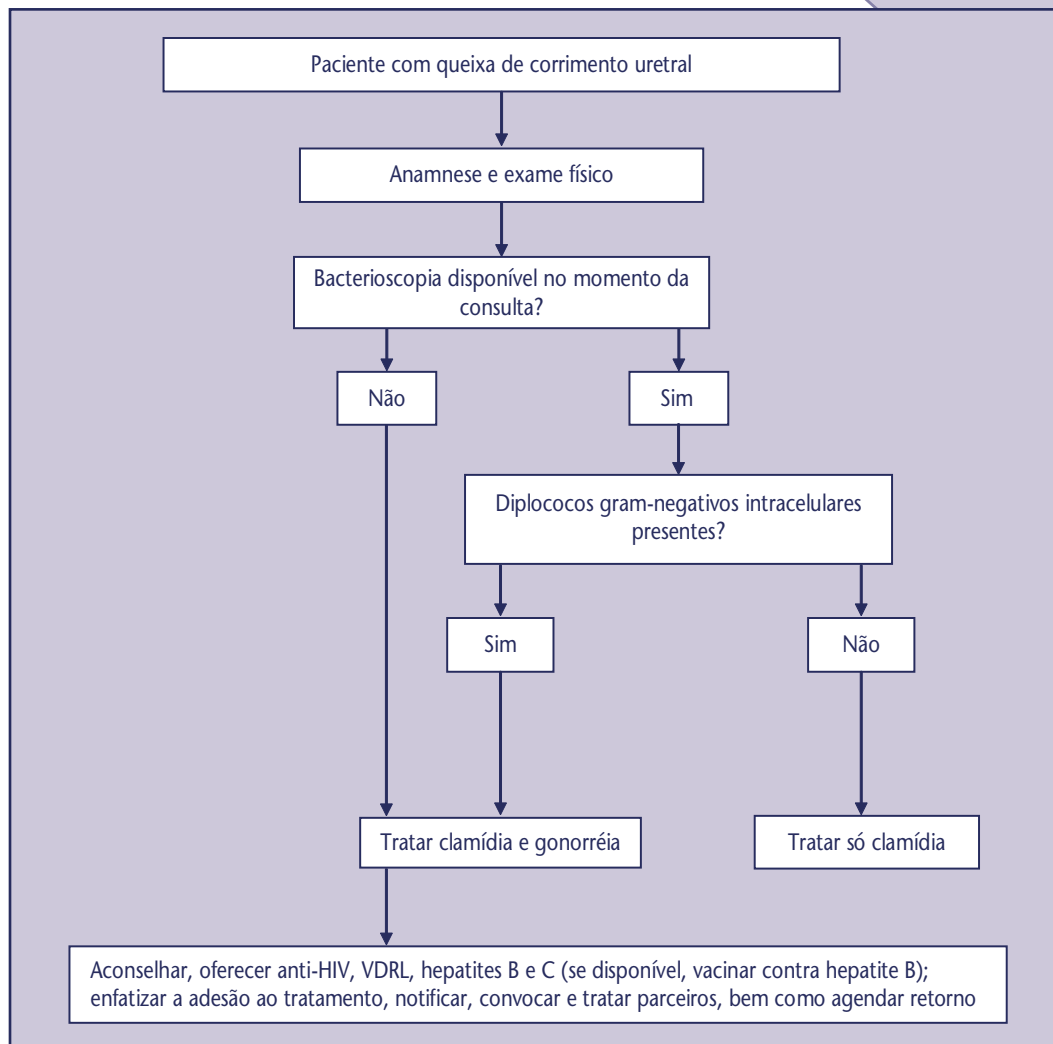


Figura 1 – Fluxograma de corrimento uretral
UDRL: pesquisa laboratorial de doenças venéreas.

trachomatis, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis* e *Herpes simplex*. O agente mais freqüente é a *Chlamydia*, uma bactéria intracelular que também causa tracoma, conjuntivite no recém-nato e linfogranuloma venéreo. O tempo de incubação é de 14 a 21 dias. Os principais sinais e sintomas são corrimentos mucóides discretos, com disúria leve e intermitente.

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado através de cultura ou reação em cadeia de polimerase (PCR), que são técnicas pouco acessíveis em atenção primária do sistema público de saúde.

CORRIMENTO VAGINAL

A abordagem é sindrômica (**Figura 2**)⁽⁶⁾ e pode ser fisiológico ou patológico. Os de origem patológica podem estar associados a inflamações uterinas e/ou vaginais (cervicites e vulvovaginites). As características principais do corrimento vaginal fisiológico são concentração de íon hidrogênio (pH) ácido entre 4 e 4,5; abundância maior em período ovulatório, gestação, puerpério e quando há excitação sexual; apresenta coloração clara ou ligeiramente castanha e não tem cheiro.

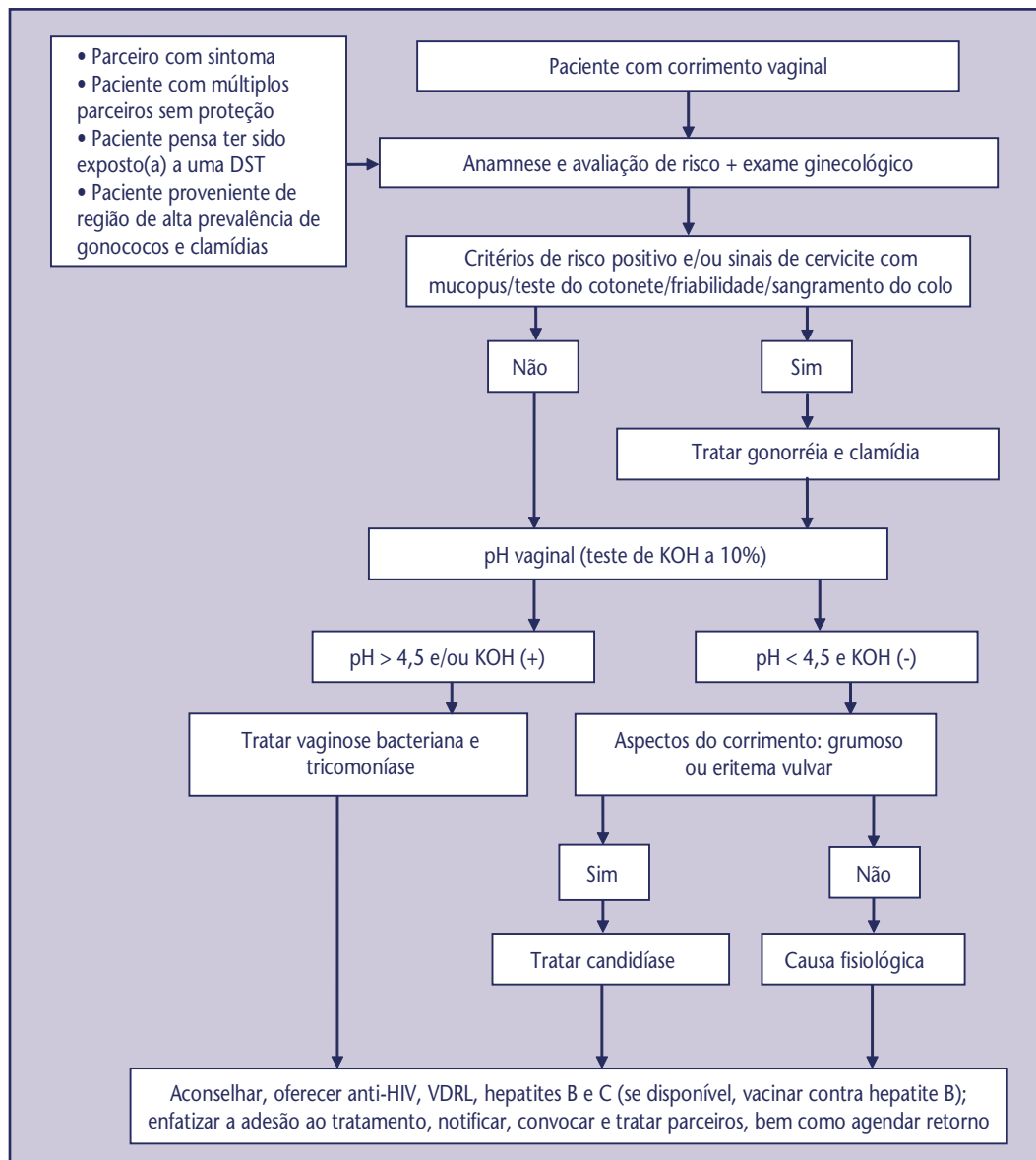


Figura 2 – Fluxograma de corrimento vaginal

DST: doença sexualmente transmissível; KOH: hidróxido de potássio; VDRL: pesquisa laboratorial de doenças venéreas; pH: concentração de íon hidrogênio.

Cervicites

Cervicite mucopurulenta é uma inflamação da mucosa do epitélio colunar do colo uterino. O diagnóstico de cervicite se impõe quando há mucopus endocervical, colo friável, dor à mobilização do colo e/ou presença de algum critério de risco (parceiro com sintomas, múltiplos parceiros sem proteção e exposição a DSTs).

Cerca de 70% a 80% dos casos são assintomáticos, contudo podem ocorrer alguns sintomas genitais leves como dispareunia, disúria e corrimento vaginal. Os agentes etiológicos são os mesmos das uretrites.

O diagnóstico laboratorial pode ser feito através de cultura da secreção para gonococos e da PCR. As complicações mais frequentes são doença

inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica, dor pélvica crônica e esterilidade.

Vulvovaginites

São inflamações ou infecções do trato genital feminino inferior: vulva, vagina e ecto ou endocérvice. Podem ser causadas por agentes infecciosos (transmitidas ou não pelo coito) e também se relacionar a fatores físicos, químicos, hormonais e anatómicos. Os agentes infecciosos podem ser bactérias, fungos, vírus e protozoários.

Vaginose bacteriana

Resulta do desequilíbrio da flora vaginal normal devido à proliferação exagerada de bactérias anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma* e *Bacteroides* sp.) associada a diminuição de lactobacilos acidófilos. Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pelo coito em mulheres predispostas. Os principais sinais e sintomas são corrimento vaginal fétido, branco acinzentado, cremoso, mais acentuado após o coito e no período menstrual, além de dispareunia. Muitas mulheres são assintomáticas. No diagnóstico laboratorial o pH vaginal > 4,5 (fita de pH colocada em contato com a parede vaginal durante um minuto) e o esfregaço de conteúdo vaginal mostram presença de células-chave. O teste das aminas (pingar uma a duas gotas de hidróxido de potássio [KOH] a 10% em conteúdo vaginal) é positivo (odor fétido semelhante a peixe podre).

Candidíase vulvovaginal

É uma infecção causada por fungos que habitam a mucosa vaginal e que se proliferam quando o meio torna-se favorável ao seu desenvolvimento. Cerca de 50% das mulheres são assintomáticas. Os principais sinais e sintomas são prurido vulvovaginal, corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto de “leite coalhado”. Também apresenta hiperemia, edema vulvar, fissuras vulvares, dispareunia, ardor e/ou dor à micção.

O diagnóstico laboratorial é feito através do pH vaginal < 4 e esfregaço que revela a presença de micélios e/ou esporos.

Tricomoníase genital

Infecção de transmissão sexual, geralmente assintomática no homem e na mulher, com corrimen-

to bolhoso abundante, amarelado ou esverdeado, e odor fétido. Os sinais e sintomas são prurido, irritação vulvar, dor pélvica, disúria, polaciúria e hiperemia da mucosa com placas avermelhadas (aspecto de framboesa). Muitas mulheres podem ser assintomáticas.

O diagnóstico é feito através de esfregaço vaginal, que revela parasitas flagelados movimentando-se ativamente e pH > 4,5.

DOR PÉLVICA

Pode ser devida a causas ginecológicas como aborto, gravidez ectópica, ruptura ou torção de cisto de ovário, sangramento de corpo lúteo, dor na ovulação (irritação peritoneal causada por discreto sangramento na cavidade) e DIP, bem como causas não-ginecológicas como apendicite, diverticulite, linfadenite mesentérica, obstrução intestinal, constipação crônica, infecção urinária, litíase urinária, verminoses etc.

A DIP é uma síndrome clínica provocada pela ascensão de microrganismos do trato genital inferior, comprometendo endométrio, trompas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas. Aproximadamente 90% dos casos têm por origem uma DST prévia. Os principais agentes etiológicos são *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, estreptococos beta-hemolíticos grupo A, anaeróbios etc.

Apenas casos leves em que não há sinais de irritação peritoneal são tratados em ambulatório. Se apresentar sintomas de defesa muscular, dor à descompressão, febre > 37,5°C, sangramento, parto ou aborto recente, a paciente deve ser encaminhada a um serviço de referência hospitalar.

VERRUGAS

Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

Doença viral, frequentemente de transmissão sexual, não classificada na abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (MS), mas definida como DST. Seu tempo de incubação é desconhecido, visto que pode variar de semanas a décadas. A maioria das infecções é assintomática, as lesões condilomatosas (verrugas) variam de tamanho e

localização (colo uterino, vagina, uretra, ânus e pênis) e podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. O diagnóstico é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia. As lesões cervicais são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas por colposcopia, teste de Schiller (iodo) e biópsias dirigidas.

> COMO TRATAR AS DSTs

Os esquemas terapêuticos referidos a seguir são os de primeira escolha, segundo a abordagem síndrome do MS⁽⁶⁾.

SÍFILIS

- Primária: penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, via intramuscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega).
- Secundária: penicilina G benzatina 4,8 milhões de UI, via IM, divididos em duas doses de 7/7 dias.
- Terciária: penicilina G benzatina 7,2 milhões de UI, via IM, divididos em três doses de 7/7 dias; ou eritromicina (estearato) 500 mg via oral (VO) de 6/6 h por 15 dias em pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina.

Quatro a 12 horas após a aplicação da penicilina pode ocorrer reação de Jarisch-Herxheimer, que consiste no quadro clínico de cefaléia, febre, calafrios, mialgias, exacerbação das lesões secundárias. Deve ser tratada com analgésicos e repouso e os sintomas desaparecem depois de seis horas.

É necessário o controle da cura através de testes sorológicos (VDRL) três, seis e 12 meses após o tratamento. Títulos baixos (1:8) podem persistir por vários meses (cicatriz sorológica).

CANCRO MOLE

Azitromicina 1 g, VO em dose única, ou ciprofloxacino 500 mg, VO, de 12/12 h, por três dias (contra-indicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes); ou eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 h, por sete dias.

A cura clínica costuma acontecer após sete dias do tratamento, quando o paciente deve ser

reexaminado. O parceiro precisa ser tratado mesmo na ausência de sintomas devido à possibilidade de ser portador assintomático.

HERPES GENITAL

No primeiro episódio, aciclovir 400 mg, VO, de 8/8 h, por sete a 10 dias; ou valciclovir 1 g, VO, de 12/12 h, por sete a 10 dias; ou fanciclovir 250 mg, VO, de 8/8 h, por sete a 10 dias. Nas recorrências o tratamento é o mesmo, porém por apenas cinco dias. No tratamento sintomático, analgésicos e antiinflamatórios. Pode ser usada localmente solução fisiológica ou água boricada a 3% para a limpeza das lesões, ou neomicina creme para a prevenção de infecções secundárias.

LINFOGRANULOMA VENÉREO E DONOVANOSE

Doxicilina 100mg, VO de 12/12 h, por 21 dias ou eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 h, por 21 dias; ou sulfametoxazol/trimetoprima (160 mg e 800 mg), VO, de 12/12 h, por 21 dias. O critério de cura é o desaparecimento das lesões.

No LGV os parceiros sexuais devem ser examinados e tratados se houve contato sexual com o paciente nos 30 dias anteriores ao início dos sintomas. Na donovanose a infectividade é baixa, portanto não há necessidade de tratar parceiros sexuais.

URETRITES GONOCÓCICAS

Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou ciprofloxacino 500 mg, VO, dose única (contra-indicado a menores de 18 anos). O tratamento do parceiro e a abstinência sexual devem ser enfatizados.

URETRITES NÃO-GONOCÓCICAS

Azitromicina 1 g, VO, dose única; ou doxicilina 100 mg, VO, de 12/12 h, por sete dias. O tratamento do parceiro e a abstinência sexual devem ser enfatizados.

CERVICITES

- Por clamídia: azitromicina 1 g, VO, dose única; ou doxicilina 100 mg, VO, de 12/12 h, por sete dias.
- Por gonococos: ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou ciprofloxacino 500 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos).

VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 h, por sete dias. Os parceiros não precisam ser tratados.

CANDIDÍASE

O tratamento da candidíase vaginal é primordialmente tópico, com cremes (cinco a 10 dias) ou óvulos (um a três dias), por via vaginal, das seguintes drogas: miconazol, tioconazol, isoconazol, terconazol, clotrimazol e/ou nistatina. Para alívio do prurido, se necessário, fazer embrocação vaginal com violeta genciana a 2%.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle. Portanto, nesses casos, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes. Tratar com itraconazol 200 mg, VO, de 12/12 h, só duas doses; ou fluconazol 150 mg, VO, dose única; ou cetocozazol 400 mg/dia, VO, por cinco dias. Os parceiros não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento por via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

TRICOMONÍASE

Tratar com metronidazol 2 g, VO, dose única; ou metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 h, por sete dias. Os parceiros também devem ser tratados, sempre em concomitância com a paciente, utilizando o mesmo medicamento.

DIP LEVE

Ceftriaxona 250 mg, IM (dose única) + doxicilina 100 mg, VO, de 12/12 h, por 14 dias + metro-

nidazol 500 mg, VO, de 12/12 h, por 14 dias. As medidas gerais do tratamento são repouso, abstinência sexual e sintomáticos (analgésicos e antitérmicos).

INFECÇÃO PELO HPV

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes. As verrugas genitais frequentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis atualmente erradiquem e/ou afetem a história natural do HPV. A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se não forem tratados, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados ou aumentar em tamanho ou número. Não há evidências de que o tratamento do condiloma previna o câncer cervical, que está associado à infecção por alguns tipos de HPV.

COMO TRATAR**Lesões na genitália externa**

- Podofilina 10%-25% em solução alcoólica ou tintura de benjoim: deve-se aplicar pequena quantidade em cada verruga e deixar secar antes de colocar a roupa; lavar 4 horas após. Se necessário, repetir semanalmente. Nunca usar durante a gravidez.
- Ácido tricloroacético (ATA) a 80%-90% em solução alcoólica: aplicação semelhante à podofilina; a lesão assume um aspecto branco após a aplicação
- Eletrocauterização, eletrocoagulação e/ou eletrofulguração.
- Criocauterização, crioterapia e/ou criocoagulação.
- Exérese cirúrgica.

Lesões vaginais e no meato uretral

- Podofilina ou ATA.

Lesões anais

- ATA ou exérese cirúrgica.

Lesões orais

- Exérese cirúrgica.

O profissional de saúde deve aconselhar às mulheres tratadas por lesões cervicais que se

submetam a exame ginecológico e à citologia oncológica para o rastreio de lesões pré-invasivas de colo uterino a cada três meses. Após dois exames, aumentar o intervalo para seis meses e, mais tarde, para 12 meses, se não houver evidência de recorrência.

O tratamento de condilomas não elimina o HPV. Portanto, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativo pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão para parceiros não contaminados.

➤ CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante enfatizar a necessidade de aproveitar o momento do atendimento a um(a) paciente adolescente para promover sua saúde, esclarecer suas dúvidas e inquietações, bem

como oferecer um espaço de escuta em que haja possibilidade de reflexões e mudanças de comportamento.

Em todas as consultas de adolescentes é preciso ser empático e acolhedor, saber ouvir, observar a fase de desenvolvimento em que eles se encontram e fazer perguntas pertinentes a atividades sexuais. Por outro lado, também se deve dar orientações sobre mudanças do corpo, masturbação, sexualidade, comportamentos de gênero, DST/AIDS e anticoncepção.

O profissional deve ter consciência dos próprios sentimentos envolvidos nessa tarefa, evitar fazer julgamentos ou prescrever normas de conduta, além de respeitar as escolhas de seus pacientes. O objetivo final é capacitar o indivíduo a ser sujeito de sua própria sexualidade, agente regulador de sua vida sexual, para que assim ele possa desfrutar de uma atividade prazerosa e responsável, sem expor a riscos a sua saúde ou a de seus parceiros.

➤ REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 7 ed., Porto Alegre: Artes Médicas. 1988.
2. Arthur L, Whaley MPH. Preventing the high-risk sexual behavior of adolescents: focus on HIV/AIDS transmission, unintended pregnancy, or both? *J Adolesc Health* 1999; 24: 376-82.
3. Bayley SL, Pollock MPH, Martin CS, Lynch K. Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders. *J Adolesc Health* 1999; 25(3): 179-81.
4. Castilho E, Szwarcwakt CL. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: CNPD – Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: Editora CNPD. 1998; 197-207.
5. Durovni B, May S. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. In: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Saúde em foco*. Rio de Janeiro: Ed. SMS-RJ. 1998; 17: 13-5.
6. Gerência do Programa de DST/AIDS da CDT/SSC-SMS/RJ. Painel da situação epidemiológica das DST e AIDS. In: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *Saúde em foco*. Rio de Janeiro: Ed. SMS-RJ. 1998; 17: 23-28.
7. Ministério da Saúde. *Manual de controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4 ed. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST e Aids. 2006.
8. 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.
9. Piaget J. Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Dev* 1972; 15: 1-12.
10. Tapert F. et al. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. *J Adolesc Health* 2001; 28: 181-9.
11. Taquette SR, Ruzany MH, Ricardo I, Meirelles Z. Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19: 1437-44.
12. Taquette, SR, Vilhena, MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Trop* 2004(a); 37(3): 210-14.
13. Taquette SR, Vilhena MM, Campos de Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal entre adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2004(b); 20(1): 282-90.