

FRANCIS DE ASSIS MORAES GOMES

**VALOR DO EXAME CLÍNICO ESPECULAR
E DA ANAMNESE PARA O DIAGNÓSTICO
DO CORRIMENTO VAGINAL**

VOLUME I

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Tocoginecologia, área de Tocoginecologia

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO CÉSAR GIRALDO

UNICAMP

2003

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

G585v

Gomes, Francis de Assis Moraes

Valor do exame clínico especular e da anamnese para o diagnóstico do corrimento vaginal / Francis de Assis Moraes Gomes. Campinas, SP: [s.n.], 2003.

Orientador : Paulo César Giraldo

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Vulvovaginite. 2. Candidíase. 3. *Vaginite. I. Paulo César Giraldo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: FRANCIS DE ASSIS MORAES GOMES

Orientador: Prof. Dr. PAULO CÉSAR GIRALDO

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

DATA: **25/02/2003**

À minha família, sem a qual a vida simplesmente
não seria...

A você Regina (Teia), por tantas e tantas
horas, privada do meu convívio, companheira
solitária de uma idéia e de um desejo
firme de se realizar um sonho,
que, realmente só foi possível,
por se ter alguém como você ao meu lado.

Aos meus filhos Christiane Maria e
Geraldo Afonso, pela chance maravilhosa
de ser seu pai e mais do que isso
a outra grande parte
da razão e dos sonhos.

À minha saudosa mãe, Conceição (D. Choni),
que talvez tenha sido a grande responsável por até aqui
chegar e por acreditar, que mesmo dentro das dificuldades sociais
e financeiras, é possível vencer e mais do que isso, ser útil ao
próximo, através do estudo e do trabalho.

Aos colegas da pós-graduação do Ambulatório
de Infecções Genitais:
Silvio Antonio S. Pereira; Sandra Feitoza;
Anna Katherine S. Oliveira; Silvia Nogueira Cordeiro;
Simone Bolzan, Patrícia Chaves, todas as residentes,
enfermeiras e funcionárias
pelo inestimável apoio e cooperação, companheirismo,
estímulo sem os quais este trabalho se tornaria impossível.

Às residentes da Tocoginecologia que foram de suma
Importância na coleta de dados das pacientes do
Ambulatório geral e o de Infecções Genitais:
Larissa Cristina Chaud Gil, Danielle,
Cynthia de Almeida Mendes e Ana Flávia Martinez,
que, incansavelmente dedicaram horas importantes
de suas vidas, colhendo dados e participando das
avaliações que permitiram este trabalho.

.À secretária de saúde da Estância Hidromineral de
Amparo, Dra. Aparecida Linhares Pimenta;
Dra. Paula Maria Rodrigues Reis,
diretora técnica do Centro de Saúde de Amparo, pela
compreensão, ajuda e estímulo para
concretizar esta Jornada.

Aos amigos do SAME do CAISM, pelo auxílio no
levantamento das pastas para coleta dos resultados
dos exames executados.

Às minhas secretárias Eunice e Marli
pela preciosa cooperação em todos os momentos
nestes últimos 10 anos de trabalho.

Às pacientes que permitiram que as informações, exames e dados de seus prontuários se transformassem nos resultados desta obra.

Às pacientes da minha cidade (AMPARO), que compareceram à UNICAMP para participar como voluntárias nesta pesquisa, viajando vários dias, perdendo horas importantes de suas atividades e incansáveis nas esperas para os atendimentos.

À Gislaine Cavasan, jovem estatística do CAISM, que entre muitos “OIs” e “e-mails”, soube ser mais do que uma profissional exata, uma grande amiga, cujo valor positivo é 100, onde a sensibilidade e a especificidade estiveram sempre juntas, no máximo.

Às secretárias da área de Ginecologia Márcia Mary M. Fatobeni e Yvone Marini, pela ajuda inestimável ao longo destes anos.

À todos os funcionários da ASTEC do CAISM, Willian, Cylene, Maria do Rosário, Márcia, Sueli Regina, Fernanda Atibaia e Néder pela colaboração inestimável.

À Margarete Donadon, secretária da pós-graduação, que na sua juventude e jovialidade a nós, alunos da pós, cuidou como uma mãe, sempre preocupada com as matrículas e prazos das nossas atividades.

À Sueli Chaves, chefe da ASTEC, uma amiga, uma irmã, pelo carinho, incentivo, companheirismo e ajuda ao longo destes anos da pós-graduação, onde cada vez mais a amizade floresceu para a vida.

Ao Prof. Dr. José Antonio Simões, que quando iniciava minha trajetória pela UNICAMP, se tornou grande companheiro e viu nascer os primeiros ensaios deste trabalho. A você, me permita, caro Simões, o meu especial agradecimento e mais do que isso poder privar da sua amizade e da sua família.

À Profa. Dra. Regina M. Ruschi Vicentini, pelo carinho, amizade e ajuda inestimável que me proporcionou durante fase importante deste trabalho, mas mais do que isso, pelo desprendimento em ajudar a todos do Ambulatório de Infecções Genitais da UNICAMP.

Ao meu amigo, Prof. Dr. Jarbas Magalhães, que juntos deixamos nossas tranqüilas vidas de médico de interior para nos lançarmos numa empreitada árdua, longa, mas simplesmente maravilhosa, a de retornar à vida acadêmica, à ciência e, porque não, a nós mesmos..

Ao Prof. Dr. Paulo César Giraldo, meu orientador, que me acolheu no seio desta Universidade, que assumiu a missão de pós-graduar um médico acima de seus 50 anos e que acreditou que o ditado da sabedoria milenar chinesa é de fato verdade: – “Quando se sonha só, é apenas um sonho, mas quando sonhamos juntos já é realidade” – Obrigado meu caro Professor e amigo Paulo Giraldo, estamos juntos neste mesmo barco, singrando mares, ora sereno, por vezes bravio, e por certo, o porto ainda está longe por chegar, e, quando se chegar, poderemos certamente dizer: fizemos uma belíssima jornada, mais do que isso, uma VIDA.

A sua família Dried, Helena e Andréia, pelo carinho e amizade ao longo de todo este tempo

E a todos..., enfermeiros e enfermeiras dos ambulatórios, pessoal das secretarias e administração que direta ou indiretamente contribuíram para transformar tudo em realidade e principalmente participaram de mais este capítulo em prol da ciência e da saúde da mulher.

...Você tem a liberdade de ser você mesmo, seu verdadeiro “eu”, aqui e agora, e nada pode impedir seu caminho...

muito OBRIGADO!...

À

Deus, princípio, meio e fim...

Perdido, em um céu colorido,
onde as nuvens existem para os olhos do poeta,
Você pode encontrá-Lo,
Se puder encontrá-Lo.
Lá, numa praia distante,
Com as asas dos sonhos,
Por uma porta aberta,
Poderá conhecê-Lo,
Se puder ser como uma página em branco,
à espera de palavras eternas
escritas por Deus para você.
Cante, como uma canção em busca
da voz silenciosa e do sol que Deus
Fará para o seu caminho.
E então, dançamos
Para uma voz sussurrada ouvida na alma,
Recebida no coração
Você poderá conhecê-La.
Se puder conhecê-La enquanto a areia
Tornou-se a pedra que gerou a centelha,
Que se transformou em vida sagrada,
Sanctus, Sanctus, Sanctus...

Sou apenas uma gaivota,
Aprendemos o que tínhamos de aprender juntos,
Que o caminho para a perfeição e o amor
Está dentro de nós.
Olhe através da compreensão,
Descubra o que já sabe.
Use isso, ensine, mostre a todos
E aprenderá a voar.....

(Trecho musical do filme: "Fernão Capelo Gaivota"
autor e intérprete: Neil Diamond)

SUMÁRIO

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	ix
RESUMO	x
SUMMARY	xii
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	33
2.1. Objetivo geral	33
2.2. Objetivos específicos	33
3. SUJEITOS E MÉTODOS	34
3.1. Desenho do Estudo	34
3.2. Tamanho amostral	34
3.3. Seleção e acompanhamento das pacientes	34
3.3.1. Critérios de inclusão	36
3.3.2. Critérios de Exclusão	36
3.3.3. Critérios de descontinuação	37
3.4. Instrumentos, técnica de exame e coleta de dados	37
3.4.1. Técnica de exame e inspeção do conteúdo pelos médicos observadores	37
3.4.2. Mensuração do pH	38
Teste de “Whiff”	38
3.4.4. Coleta da amostra para o exame bacterioscópico	39
3.4.5. Coleta de amostra para realização da cultura	39
3.5. Variáveis e definições	40
3.5.1. Variáveis	40
3.6. Processamento dos dados e editoração	47
3.7. Análise dos dados	48
Aspectos Éticos	49
4. RESULTADOS	51
5. DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÕES	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
8. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES	87

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

&	“e” comercial
®	Marca Registrada (propriedade industrial)
ACO	Anticoncepcional Combinado Oral
C	Centígrados
C. a.	<i>Candida albicans</i>
C. t.	<i>Chlamydia trachomatis</i>
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CVA	Conteúdo Vaginal Anormal
CVR	Candidíase Vaginal Recorrente
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Departamento de Tocoginecologia
E	Especificidade
E. f.	<i>Enterobacter faecalis</i>
et al	e outros(as)
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
G. v.	<i>Gardnerella vaginalis</i>
H₂O₂	Peróxido de Hidrogênio
HD	Hipótese Diagnóstica
HIV	Virus da Imunodeficiência Adquirida
KOH	Hidróxido de potássio
N	Número de casos
RPM	Rotura prematura de membranas
S	Sensibilidade
S. a.	<i>Streptococcus agalactiae</i>
S. e.	<i>Streptococcus epidermidis</i>
T. v.	<i>Trichomonas vaginalis</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
V.V. - VV	Vulvovaginites
V.P.P. - VPP	Valor preditivo positivo
V.P.N. - VPN	Valor preditivo negativo
V.b.	Vaginose Bacteriana
WHO	World Health Organization
χ^2	Qui-quadrado

RESUMO

Com a finalidade de se estabelecer: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do diagnóstico do corrimento vaginal realizado apenas pelo exame clínico especular ou apenas pelo conjunto de queixas apresentadas pelas pacientes, foram estudados 124 casos de mulheres que apresentavam o problema, entre janeiro de 2000 e Agosto de 2002. Todas as pacientes foram atendidas nos ambulatórios de Infecções Genitais e de Ginecologia Geral do Departamento de Tocoginecologia da Universidade de Campinas, tendo suas queixas detalhadamente anotadas pelo investigador que procedeu ao exame especular na seqüência. Três diferentes ginecologistas foram convocados a emitirem suas impressões a respeito do diagnóstico, cor, quantidade, odor e textura do corrimento, sem que houvesse qualquer comunicação entre eles. O tempo de observação do corrimento pelo exame especular era de aproximadamente trinta segundos para cada um dos médicos. Realizou-se a seguir a mensuração do pH, o teste das aminas e o estudo microbiológico do conteúdo vaginal por meio de microscopia óptica corada e a fresco, além da cultura de fungos em meio de Sabouraud. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas da Unicamp e todos os detalhes do estudo foram prévia e meticulosamente explicados às participantes

que concordaram espontaneamente em tomar parte na pesquisa. Para a realização dos testes de validação diagnóstica, a análise estatística considerou os resultados microbiológicos como o “Padrão Ouro”, comparando-os aos dados obtidos das observações feitas pelas pacientes e posteriormente, aos achados apontados pelos ginecologistas. O diagnóstico do corrimento vaginal feito pelo exame clínico especular ou pelo conjunto de queixas da paciente, quando analisado de forma isolada, apresentou baixíssimo grau de confiabilidade. A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN do exame especular foram, respectivamente: 30,8%, 79,8%, 18,2%, 88,8% nos casos de candidíase vaginal; 44%, 76,6%, 37,9%, 80,8% nos casos de vaginose bacteriana. Os valores encontrados nos casos de diagnóstico feito pela anamnese foram, respectivamente: 37,5%, 67,6%, 14,6%, 88% para a candidíase vaginal e 38,7%, 80,6%, 40%, 79,8% para a vaginose bacteriana. Dentre os casos de corrimento vaginal, considerados fisiológicos pelos estudos microbiológicos, os índices de acerto diagnóstico foram de apenas 39,5% para o exame especular e 24,1% e para a anamnese. Os resultados encontrados neste estudo permitem concluir que o exame clínico especular e os sinais e sintomas relatados pelas mulheres investigadas, quando analisados isoladamente, apresentam baixo poder de diagnosticar corretamente o corrimento vaginal.

SUMMARY

With the purpose of establishing the sensibility, specificity, predictive positive value (PPV) and negative predictive value (NPV) of the diagnosis of the vaginal discharge accomplished just by the clinical speculum examination or just for the group of complaints presented by the patients, they were studied 124 cases of women that presented the problem, between January of 2000 and August of 2002. All the patients were assisted at the Clinics of Genital Infections and of General Gynecology of the Department of Gynecology and Obstetrics of the University of Campinas, had their complaints in full detail logged for the investigator that proceeded to apply the speculum for examination in sequence. Three different gynecologists were asked to emit their impressions about the diagnosis, color, amount, smell and texture of the vaginal discharge, without any communication among them. The time of observation of the vaginal discharge by the clinical speculum examination was approximately thirty seconds for each one of the doctors. The investigator followed to take the measurement of the pH, the Whiff's test and collect the sample of vaginal content to microbiologic study colored by GRAM and to fresh exam by optical microscopic, besides for the yeast's culture in middle of Sabouraud. The research project was analyzed and approved for the committee of ethics of the Hospital of the Clinics of Unicamp and all the details of the study

were previous and meticulously explained to the participants that agreed spontaneously in taking part in the research. For the accomplishment of the tests of diagnostics validation, the statistical analysis considered the microbiologics results the "Gold Standard", comparing them to the obtained data of the observations done by the patients and later, to the pointed discoveries for the gynecologists. The diagnosis of the vaginal discharge done by the clinical speculum examination or for the group of the patient's complaints, when analyzed in an isolated way, it presented low degree reliability. The sensibility, specificity, PPV and PNV of the clinical speculum examination were 30,8% respectively; 79,8%; 18,2%; 88,8% in the cases of vaginal candidiasis, 44%; 76,6%; 37,9%; 80,8% in the cases of bacterial vaginosis. The values found in the case of the diagnosis done by the anamnesis were respectively 37,5%; 67,6%; 14,6%; 88% and 38,7% for the vaginal candidiasis; 80,6%; 40%; 79,8% for the bacterial vaginosis. Among the cases of vaginal discharge, considered physiologic for the microbiologics studies, the success indexes were of only 39,5% and 24,1% through the clinical speculum examination and of the anamnesis respectively.

1. INTRODUÇÃO

As vulvovaginites (V.V.), são alterações freqüentes da genitália feminina, que afetam mulheres em todas as idades, geralmente associadas a outros estados inflamatórios ginecológicos, decorrentes de diversas causas, como as infecções determinadas por outros agentes inespecíficos, irritações, alergias e doenças sistêmicas.

Os processos infecciosos, da vagina, são responsáveis, muito freqüentemente, pelo grande desconforto vaginal, dispareunia, ardor, prurido além do próprio fluxo vaginal alterado e muitas vezes exacerbado. Em cerca de 90% das mulheres afetadas, estas condições ocorrem secundariamente a uma vaginose bacteriana, candidíase ou ainda tricomoníase vaginais que se instalam, na maioria das vezes, pela proliferação exacerbada dos agentes causais endógenos ou exógenos (EGAN e LIPSKY, 2000).

O quadro que se segue procura esquematizar de uma forma racional as principais repercussões das vulvovaginites para a saúde reprodutiva da mulher.

Principais Repercussões das V.V. para a Saúde Reprodutiva da Mulher	
Desajuste	Forma de comprometimento
I – Orgânicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Corrimento propriamente dito • Aumento da vulnerabilidade biológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamação genital • Corrimento, mau cheiro, coceira, ardor, disúria • Maior risco de transmissão do HIV • Maior risco de trabalho de parto prematuro • Maior risco de D.I.P.A.
II – Psicossociais	
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção sexual • Desajustes conjugais 	<ul style="list-style-type: none"> • Perda da autoestima • Vaginismo • Vulvodínia • Medo de DST • Incerteza diagnóstica e forma de aquisição da doença
III - Econômicos	
	<ul style="list-style-type: none"> • Alto custo financeiro do tratamento (direto e indireto) – devido à grande frequência de ocorrência

As infecções genitais baixas suscitam grande interesse de todos, uma vez que exercem, seguramente, influências sobre a fertilidade futura da mulher, causam complicações perinatais (corioamniotites, partos prematuros e infecções neonatais) e, levam em muitos casos, a um estado doentio alterando as condições psicossomáticas das mulheres. As V.V. podem causar complicações e seqüelas constituindo-se não só em problemas médicos orgânicos como também psicossociais e, até mesmo

econômicos, chegando a um custo estimado de 2.000 dólares/ano/mulher nos Estados Unidos (FOXMAN, 2000).

Em 1992, existiam mais de 10 milhões de consultas médicas oficiais por ano nos Estados Unidos da América do Norte, decorrentes de vulvovaginites, preocupando a todos, e em especial, as companhias de seguro-saúde norte-americanas (QUAN, 2000). FARI (1996), estimou, a ocorrência mundial de 250 milhões de novos casos/ano de doenças de transmissão sexual, nas quais se enquadram as infecções do trato genital inferior da mulher.

Paralelamente aos distúrbios orgânicos, as V.V. podem e têm causado, também, sérios desajustes psicossociais em muitas mulheres, quer pela incerteza diagnóstica, dificultando a terapêutica quer, pela falsa impressão de serem portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (STEWART et al., 1990).

As V.V., mais especificamente a vaginose bacteriana, associam-se também a outras importantes doenças como: infecção puerperal, corioamnionite, celulite pélvica, doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), rotura prematura de membranas (RPM), trabalho de parto prematuro e conseqüentemente prematuridade neonatal (McGREGOR e PONT, 1984; McGREGOR et al., 1990; 1993).

Por outro lado, estudando complicações gestacionais, entre elas a rotura prematura das membranas, RIVASI et. al. (1998), relataram quatro casos de RPM com corioamnionite associada à presença de cândida, (constatação do fungo em estudos anatomopatológicos).

FRIEBE-HOFFMANN et al. (2000), afirmam que a candidíase ocorre em cerca de 20%-25% nas grávidas e que destas apenas 0,8% apresentam corioamnionite. Em dois casos acompanhados pelos autores e que terminaram em trabalho de parto prematuro, com óbitos fetais (gemelar), um dos fetos apresentava contaminação por *Candida albicans*, enquanto, o outro não tinha a infecção. Provavelmente, estes fatos sejam decorrentes da situação da gemelaridade que impõe, em algumas situações, melhor condição para um dos fetos em prejuízo do outro.

HILLIER et al. (1995), alertam para o papel da vaginose bacteriana e a presença de infecção amniótica em mulheres, em trabalho de parto pré-termo na vigência de membranas ovulares íntegras e também, DUARTE (1992); LINHARES et al. (1993) e LEVINE et al. (1994), em estudos anteriores já apontavam para esta associação, destacando a possibilidade da amniorexe prematura.

REED e EYLER (1993), afirmam que a vulvovaginite é a mais comum das infecções genitais e está quase sempre acompanhada por sintomatologia exuberante onde prurido, odor forte, dispareunia, quantidade exagerada e desconforto, são freqüentes. Além dos aspectos clínicos e sociais relatados, as vulvovaginites e/ou corrimentos vaginais, assumem um outro aspecto muito importante que é o econômico, gerando um custo financeiro de mais de 60 milhões de dólares/ano nos Estados Unidos da América (REED, 1992). No Brasil GIRALDO et al. (1994), citam haver um gasto aproximado de 20 milhões de dólares ao ano com custos diretos do tratamento, elevando-se a quase 80 milhões de dólares ao ano quando se consideram os custos indiretos adicionais.

O sucesso do manuseio depende, sem dúvida alguma, da acurada identificação da causa básica que levou à instalação da V.V., principalmente, porque muitas delas podem não ser de origem infecciosa, e, demandam outras formas de abordagem terapêutica. Eventualmente, o diagnóstico da *C. albicans* e da vaginite por *Trichomonas vaginalis*, pode, devido ao aspecto clínico, ser totalmente diferente daquele descrito nos livros, exigir a realização de cultura específica ou exames bacteriológicos para o diagnóstico correto. A prática diária nos ensina que o aspecto visual do corrimento vaginal, nem sempre se apresenta como o descrito nos livros, variando em cor, intensidade, textura, odor etc., em função, não só do agente causal, mas também de outros fatores importantes, como a época do ciclo menstrual, atividade sexual recente, distúrbios hormonais, tipo de higiene íntima, proximidade temporal com o ato sexual. Além disto, a persistência de sintomas ou a recorrência da infecção requer a exclusão da possibilidade de diferentes infecções associadas (cervicites).

Historicamente, em seu "Traité Pratique de Gynecologie", datado de 1894, AUVARD, dedica apenas uma página ao que encima como "*Parasites, nevralgies, prurit*", para tratar do assunto vulvovaginite. Inicia assim o capítulo: "*...os parasitas encontrados ao nível dos órgãos genitais são numerosos, mas sua importância é secundária, eu me contento em mencionar Trichomonas vaginalis, Oidium albicans, Oxyurus, Sarcinas, Cogumelos do diabetes, Leptomitius vaginalis, Pediculi púbis, Ácaro do galo e Leptotrix vaginalis...*" É interessante, como trata o renomado autor da época, (publicou mais de 16 obras no século passado), a patologia vulvo-vaginal. Na ocasião restringiu-se a apenas declinar alguns dos patógenos, até então pouco

conhecidos, e mencionar que o prurido vaginal “prurit”, era uma decorrência de nevralgia vulvo-vaginal, a qual tinha como manifestações clínicas à “*hypéresthésie*”.

Em nossos dias, na maioria dos ambulatórios de ginecologia, quer sejam da rede pública de saúde ou não, os diagnósticos etiológicos do conteúdo vaginal anormal, são estabelecidos invariavelmente apenas pela observação desarmada, no simples exame especular, atentando-se quando muito a seus aspectos clínicos mais comuns: cor, odor, quantidade e sintomatologia associada. GIRALDO et al. (1994), estudando grupo de 53 mulheres com corrimento vaginal demonstraram, que, quando comparados apenas a bacterioscopia, o diagnóstico clínico especular erra em mais de 50% dos casos. Estes autores sugerem a necessidade de estudos ampliados e com metodologia mais apropriada para a confirmação destes achados. Nas observações finais, estes autores denotam uma tendência de 30% para um hiperdiagnóstico, ou seja, o ginecologista identifica a infecção onde não existe.

Portanto, o diagnóstico das V.V. quando obtido apenas pelo exame especular, fica sujeito a uma série de críticas quanto a eficácia de seu acerto. Por outro lado, não há dúvida, que o trabalho de “*marketing*” dos fabricantes de medicamentos e a displicência do médico ginecologista frente ao corrimento vaginal, influem na conduta a ser tomada, fazendo com que haja um “sobre-tratamento”, elevando-se os custos financeiros, e muitas vezes, também promovendo iatrogenias.

O mercado farmacêutico brasileiro dispõe de uma infinidade de cremes, pomadas vaginais e antifúngicos, nas mais diferentes formulações, permitindo opções variadas por parte de leigos e mesmo por profissionais de saúde, sem mencionar a quantidade de genéricos que a cada dia surge



no mercado. Este é outro fator que aumenta a facilidade do uso e demonstra o interesse comercial na produção destes fármacos. Isto, certamente, predispõe mais a automedicação e mesmo a indicação indiscriminada de uso por terceiros.

Em uma revisão do que se dispõe no momento, no arsenal farmacológico comercial no Brasil, de cremes e pomadas, para o tratamento das vulvovaginites e utilizando como fonte a edição de Janeiro de 2003, ano 11, nº 137 da Revista ABCFARMA, constata-se:

Prefixo do fármaco	Quantidade	1.1.1.1.1 Composição disponível
GINO_	18	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrinolisa, desoxiribonuclease, gentamicina • Fibrinolisa, desoxiribonuclease, cloranfenicol • Tioconazol • Sulfadiazina • Terramicina • Miconazol • Itraconazol • Secnidazol • Sacharomyces cerevisae • Tinidazol + miconazol • Isoconazol • vacinas

GYNO_	14	<ul style="list-style-type: none"> • Quinosol + ácido bórico • Nistatina + neomicina + tirotricina + ac. Bórico • Itraconazol • Nistatina • Cloranfenicol + collagenase • Metronidazol + nistatina • Tioconazol + tinidazol • Isoconazol
GINE_	6	<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina procaínica • Neomicina • Miconazol • Nistatina + belzalconio + metronidazol • Hidrocortizona + neomicina
Outros nomes	12	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol • Itraconazol • Tioconazol • Tinmidazol + isoconazol
Variação de preços 2,97 a 29,80 Reais	> 50	

Para entender e tratar com sucesso os processos doentios vaginais, causadores de corrimento ou descarga genital, é importante ter um conhecimento adequado e correto do estado normal da vagina, ou seja, o conhecimento do próprio ecossistema vaginal da mulher. Sem dúvida, o ambiente vaginal é dinâmico e influências constantes na microflora são exercidas pelo metabolismo, bem como, pelos agentes físico-químicos eventuais como: duchas vaginais, sabões, atividade sexual, uso de contraceptivos hormonais orais, etc. (FLEURY, 1981; LARSEN e GALASK, 1982).

Além da microflora, é importante também considerar outros fluídos e secreções, que podem falsear ou mesmo confundir o conteúdo vaginal. Secreções endocervicais, descamação endometrial e descargas tubéreas, certamente, contribuem para intensificar o corrimento observado. Nesta linha de raciocínio, percebe-se que nem todo fluxo

genital é infeccioso e mesmo que o seja, associações de várias etiologias, também podem confundir o aspecto clínico do processo.

Se considerarmos apenas as causas infecciosas do corrimento vaginal, veremos que a vaginose bacteriana pode ser responsável pelo corrimento em até 45,6% das vezes, sendo que a candidíase vaginal é a segunda causa mais comum de infecção do trato genital feminino baixo, com 23,7% dos casos (BAGNOLLI, 1994).

Estudando as “*heat shock*” proteínas circulantes em mulheres com vulvovaginites recorrentes, GIRALDO et al. (1999), encontraram uma ocorrência de 40,9% e 50,0% para a vaginose bacteriana; 45,5% e 54,5% para a candidíase respectivamente, verificando-se que sua ocorrência tem aumentado consideravelmente nos últimos anos, tendo praticamente duplicado entre 1980 e 1990.

SCHAAF et al. (1990), afirmam que as causas das vaginites são difíceis de serem determinadas. Investigaram a possível correlação existente entre as queixas vaginais e os achados clínicos e laboratoriais em 123 mulheres. Nestas, foi testada, também, a eventual existência de correlação entre 22 critérios clínicos, entre eles, a cor, textura, odor, quantidade e a existência de prurido. Ao final, o diagnóstico confirmado de *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* e Vaginose Bacteriana foi encontrado em 45% destas mulheres (55/123), todas apresentando de quatro a cinco sinais clínicos concomitantes. Neste grupo final reunindo 55 mulheres, os diagnósticos pela cultura confirmaram 38,2% de casos de *Candida. a*, 58,8% de vaginose bacteriana e 3% de *Trichomonas vaginalis*, todos confirmados pela microbiologia. Nenhuma paciente do grupo estudado apresentou simultaneamente

infecção por *Trichomonas* e *Candida a.*, enquanto que, a maioria destas mulheres apresentou sintomatologia múltipla, e por vezes, sem padrão definido.

Apesar da candidíase vaginal e da vaginose bacteriana não terem uma conotação de transmissão sexual, a prática sexual, sem dúvida, está fortemente correlacionada com o aparecimento e a manutenção das vulvovaginites.

Estudando o comportamento sexual, como fator de risco para as DST e infecções do trato genital inferior, REED et al. (2000) estabeleceram um aumento de 2,22% no aparecimento das infecções por *Candida sp* em pacientes que praticavam a sodomia (atividade sexual oral na região anal) de 3,57% quando havia mais de um intercurso num mesmo dia e de 6,67% quando havia um aumento do número de parceiros (múltiplos). Cerca de 25% dos sintomas eram urinários, percentual idêntico ao grupo das mulheres que ficaram sem diagnóstico confirmado de infecção vaginal.

Comparação feita entre as pacientes com diagnóstico definido para *T. v.* ou *C. a.*, apontou que apenas dois, dos critérios estudados, foram significantes para a distinção: o odor vaginal alterado foi o mais comumente referido pelas mulheres com tricomoníase e o prurido se associou mais àquelas com candidíase. Leveduras e *Trichomonas v.* foram identificadas, respectivamente, pela microscopia a fresco em 63% e 75% das culturas positivas.

Concluíram então, estes autores, que os sinais e sintomas na mulher com queixas vaginais, tem, na verdade, importância limitada no diagnóstico. Mais da metade das mulheres com sintomatologia vaginite-símile podem não ter confirmação

microbiológica de fato. MISHELL (1992), fazendo análise e comentários sobre os dados do trabalho anterior, conclui, que o diagnóstico das vaginites, problema comum, não deve ser baseado apenas na sintomatologia e na observação rotineira da descarga vaginal. Mesmo um experiente profissional, habituado a observar os achados microscópicos e tendo condições de identificar a presença de *T. vaginalis*, leveduras e “*clue cells*” no conteúdo vaginal, deve também se apoiar na determinação sistemática do pH e teste das aminas para estabelecer um correto diagnóstico e só então iniciar o tratamento adequado.

Estudando a candidíase vaginal complicada pela vaginose bacteriana de repetição, REDONDO-LOPEZ et al. (1990), encontraram 29% de presença de *C. albicans* em mulheres com história de vaginose bacteriana recorrente, enquanto 34% do grupo, estudado realmente apresentava a coexistência das duas doenças. Estudos “in vitro” demonstraram que o condom feminino é uma barreira efetiva contra o HIV e outras DST, interferindo na manutenção das infecções genitais determinadas pela atividade sexual, diminuindo as ocorrências de: herpes vírus, outras DST e hepatite B, podendo ser um meio seguro de prevenir estas infecções (DREW, 1990; VOELLER et al., 1991).

Com o advento da imunodeficiência adquirida causada pelo HIV no final do século passado, as infecções genitais da mulher, passaram a ter uma importante conotação na abordagem investigativa destas pacientes. Ainda, corroborando a afirmação da grande prevalência de associação entre infecções genitais e a

aquisição do HIV, MAGALHÃES, (2001), ao estudar o uso do condom feminino por mulheres soropositivas confirma também este fato.

RIBEIRO-FILHO (2000), estudando a vulnerabilidade das mulheres suscetíveis à contaminação pelo HIV, sugere que a presença da vulvovaginites possa aumentar consideravelmente as chances de contágio pelo HIV, pelo aumento da vulnerabilidade da genitália destas pacientes. Manifestações ulcerativas genitais, microlacerações por coçaduras decorrentes a prurido, microfissuras inflamatórias, presença do papiloma vírus humano (HPV), verrugas causando friabilidade da mucosa levando a formação de microfissuras em suas bases, presença de cervicites (acompanhadas ou não de ectrópio) e o uso inadequado de absorventes internos poderiam aumentar consideravelmente esta vulnerabilidade face ao HIV (ALEXANDER, 1990; LAZZARIN et al., 1991; MOSS et al., 1991; PLUMMER et al., 1991; CLEGHORN, et al., 1995; GANGAKHEDKAR et al., 1997). Além destas, a tricomoníase vaginal, ou ainda, as endocervicites pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, doença inflamatória pélvica, são afecções que comprovadamente aumentam o risco relativo para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em estudos em mulheres africanas (PLUMMER et al., 1991; LAGA et al., 1993; SEWANKAMBO et al., 1997; MARTIN et al., 1999; VAN DE WIJGERT et al., 2000).

Os estudos, anteriormente citados, apontam para o fato que o trato genital, mesmo não apresentando ulcerações, quando sob processo inflamatório ou desequilíbrio do ecossistema pode ser um fator predisponente à infecção pelo HIV. Estudos morfofisiológicos da mucosa vaginal, permitiram evidenciar o trânsito

bilateral de células pelos minúsculos canais intercelulares existentes nesta área da mulher. A concentração de células nestes canais do trato genital feminino é muito pequena, aumentando consideravelmente o seu número na vigência de infecções nestes tecidos (WITKIN, 1993). Além disto, as vaginites infecciosas, alérgicas ou mesmo químicas, podem determinar o surgimento de micro-lesões, inclusive até úlceras genitais (KREISS et al., 1992; AMARAL et al., 1999). Por serem estas situações de ocorrência muito freqüente nas mulheres, os riscos para a aquisição da infecção pelo HIV aumentam, principalmente na vigência das infecções vaginais, entre elas a vaginose bacteriana, onde a replicação viral (HIV) se faz de forma exponencial (DUARTE, 1992)

SANCHES-VEGA et al. (1993), afirmam com relação à *C.albicans* que, as leveduras podem ser identificadas pela microscopia direta em torno de 14.39% e podem estar associadas em 3,13% a *Trichomonas vaginalis*. O conteúdo vaginal aumentado e o prurido foram os principais sintomas clínicos observados, concluindo que, embora a tricomoníase seja a parasitose de distribuição mundial mais detectada, sua freqüência é variável, tendo sofrido acentuada redução nos dias atuais, chegando a ser rara a sua detecção, enquanto que a candidíase apresenta-se com muito maior freqüência.

PERERA e CLAYTON, (1994) pesquisando a presença de candidíase em 432 pacientes com conteúdo vaginal anormal, encontraram 40% de resultados positivos nas consideradas sintomáticas e 7% nas assintomáticas. A *C. albicans* foi a espécie mais isolada (76%), e desta, curiosamente, cerca de 42,8% mostrou resistência “in

vitro” ao miconazol, alertando para situações terapêuticas específicas que devam ser buscadas.

Considerando a infecção ginecológica em pediatria BEOLCHI et al. (1993), afirmam que a ocorrência é muito mais freqüente do que se valoriza, e que o diagnóstico geralmente é baseado nos achados clínicos, *dor e prurido*, enquanto a descarga vaginal é sempre rotulada como “*não específica*”.

Convém, oportunamente, lembrar que, nos dias de hoje, existe um grande aumento de ocorrência de V.V. em crianças, não obrigatoriamente apresentem as mesmas características das que ocorrem em mulheres adultas. DI STEFANO et al. (1994), estudando 127 crianças com sintomas clínicos vulvo-vaginais, conseguiram determinar em 65,9% fatores específicos como causa. Sendo, entretanto, considerados nestes estudos, os microorganismos do trato intestinal como agentes específicos. Nos períodos da pré-menarca foram detectadas: *Gardnerella vaginalis*, protozoários intestinais e a *Chlamydia trachomatis*, respectivamente, sendo contudo, de longe, os coliformes fecais, a causa apontada mais prevalente entre todas.

Ainda, tentando mostrar que o aspecto clínico do corrimento pode dar margem a interpretações errôneas, JONES, (1991) observou reações de hipersensibilidade da vagina de algumas mulheres, ao semem dos parceiros, resultando na produção de exsudatos “vaginose-símile” que, muitas vezes, são diagnosticados e tratados como vaginose bacteriana. Nestes casos, a substância envolvida na reação de hipersensibilidade, seria uma fração glicoprotéica do líquido seminal ou, ainda,

substância de distribuição sistêmica de certos alimentos ou mesmo, por agentes patogênicos advindos da atividade sexual.

Do ponto de vista microbiológico, algumas vezes, faz-se necessário, utilizar os meios de culturas seletivos, como na candidíase, onde em determinados casos, a cultura nos meios de Saburaud ou de Nickerson pode ser extremamente importante para o diagnóstico, principalmente a última quando se trata de *Candida non-albicans*. VANDEPITTE et al. (1994), em: "Procedimentos laboratoriais em bacteriologia clínica", não aconselham a realização de cultura para a *Gardnerella vaginalis*, visando o diagnóstico da vaginose bacteriana, já que estes microorganismos são observados em 20%-40% de mulheres sem infecção genital, e por ser a V.B., uma síndrome, onde há um crescimento maciço de muitos outros microorganismos anaeróbios na vagina. Contudo, na infecção pela *Candida albicans*, o aumento na detecção pode chegar a 50% ou mesmo a 100%, quando comparada à microscopia simples, reafirmando que os métodos de cultura seletivos são geralmente mais eficientes quando o número de microorganismos é baixo (GIRALDO et al., 2000). Com relação à cultura para *T. vaginalis*, quando feita em conjunto com a montagem a fresco, poderá detectar, apenas, a portadora assintomática que representa um contingente de mulheres insignificante a considerar. Cabe aqui ressaltar, que "culturas inespecíficas" do conteúdo vaginal não tem valor no diagnóstico das V.V., servindo, apenas, para confundir o ginecologista que habitualmente não conhece o ecossistema vaginal.

Estudando 98 pacientes com vulvovaginites por *candida*, 87,7% com diagnósticos microbiológicos (culturas e bacterioscopias), LIPOVA et al., (2001)

observaram, que para o acompanhamento dos tratamentos implementados às pacientes, a realização das culturas de controle de cura se tornaram imprescindíveis, como mostraram os seus resultados, onde nas 49 pacientes que apresentaram remissão dos sintomas após os tratamentos, 4% destas mostravam a presença de pseudomicélios do fungo, tornando-se fortes candidatas à recorrência da infecção. Portanto, torna-se impositivo o controle citológico dos tratamentos, uma vez que, a realização das culturas e bacterioscopias não encarecem tanto os seguimentos de tratamento destas pacientes, a ponto de torná-las proibitivas para a clínica privada e cabe um esforço concentrado para que também o Serviço Público possa oferecer estes meios diagnósticos o mais breve possível.

Muito pouca coisa tem sido feita, a nível nacional, em termos de avaliação do diagnóstico do corrimento vaginal. TELES (1994), analisou, 407 mulheres de uma clínica de planejamento familiar, quanto à presença de corrimento vaginal e a acurácia do diagnóstico clínico concluindo que, além de ter uma baixa prevalência de infecção nesta população, o diagnóstico clínico é ineficiente para estabelecer a causa etiológica. Há que se ressaltar, contudo, que neste estudo, a observação feita apenas pelo investigador pode ter ficado sujeita a vícios diagnósticos próprios, tendo encontrado falsos positivos que variaram de 31,4% (V.b.) até 93,1% (C.t.).

Além do fato de que, em muitas vezes, o tratamento das vulvovaginites é instituído, basicamente, levando-se em conta os aspectos clínicos, é também, muito freqüente, as oportunidades em que profissionais de saúde tratam o corrimento das

suas pacientes, apenas baseando-se na informação verbal, quase sempre por telefone, em finais de semana ou ainda em outras condições especiais.

Tentando estabelecer a acurácia diagnóstica das vulvovaginites pela informação telefônica, ALLEN-DAVIS et al. (2002), estudaram dois grupos de mulheres que forneciam suas informações clínicas de seus corrimentos a práticos e enfermeiras, que tomavam as decisões de diagnóstico e tratamento independentemente, através de um “call center”. Estes autores utilizaram, métodos estatísticos adequados, aplicando o coeficiente de Kappa para as suas amostras, um total de 253 pacientes (52%) que terminaram o estudo iniciado com 485 pacientes. Constatou-se, então, que no grupo observado pelos práticos ocorreu um maior índice de erros quando comparado ao das enfermeiras, porém de uma forma geral, houve acerto de apenas 12% nos diagnósticos de Vaginose bacteriana, 22% na candidíase, não havendo acertos em relação a tricomoníase (ALLEN-DAVIS et al., 2002).

Embora, estejam instituídos nos Estados Unidos, normas e protocolos de atendimento às portadoras de vulvovaginites, fazendo uma revisão em 52 mulheres tratadas destas doenças, WIESENFELD, (1999) constatou alguns dados de relevância: estas mulheres haviam sido manejadas previamente por 150 médicos; a microscopia não foi realizada em 37% das abordagens; apenas 42% dos profissionais envolvidos realizavam eventualmente a microscopia como parte de sua propedêutica investigativa; o teste das aminas (WHIFF) somente foi realizado em 3% das consultas; as pacientes foram tratadas convencionalmente em 54% dos atendimentos. Concluiu, o autor, que: o acompanhamento das mulheres portadoras de

vulvovaginites se mostrou inadequado, enquanto, que a observância dos protocolos, anamnese orientada, exame ginecológico e laboratorial teriam melhorado o resultado dos tratamentos instituídos e os diagnósticos realizados.

É importante, ainda mencionar, que algumas enfermidades concomitantes como o “diabetes mellitus” e outros fatores, tais como: baixa condição socioeconômica, higiene deficiente, vestuário inadequado e mesmo uso de medicamentos como antibióticos e corticoesteróides, ao lado de doenças outras que perturbem o sistema imunológico, predispõem sem dúvida a colonização vaginal da *C. albicans* (HOROWITZ et al., 1992), por isto, a importância de se incluir na abordagem das infecções do trato genital inferior da mulher, a pesquisa orientada destas doenças.

Portanto, as causas que levam a mulher a apresentar descarga vaginal alterada são muitas, podendo ou não, estarem relacionadas aos processos infecciosos da vagina, e quando o são, deixam muitas dúvidas quanto à etiologia, o que nos leva a inferir que estas dúvidas aumentariam a possibilidade de diagnósticos incorretos, principalmente, quando baseados apenas na observação clínica, sugerindo-se, então, a necessidade de apoiar-se em outros elementos de comprovação diagnóstica para a busca, cada vez mais, de uma decisão de certeza, diminuindo a possibilidade de terapêuticas incorretas, inadequadas, onerosas e muitas vezes iatrogênicas.

Existe, uma grande dificuldade em se estabelecer o correto diagnóstico etiológico do corrimento vaginal. Em nossos dias, na atividade clínica diária do ginecologista, tanto na rede pública de saúde, quanto na clínica privada, a maioria dos diagnósticos do corrimento genital é, infelizmente, realizada quase que exclusivamente por uma

simples conversa ou mesmo, apenas pela observação clínica. Nos casos onde o diagnóstico não é feito de forma precisa, corre-se o risco de se instituir terapêutica inadequada e conseqüentemente agravamento do quadro orgânico, tornando o processo todo muito oneroso quer do ponto de vista econômico quer do social.

Por todas as repercussões citadas e pela alta freqüência de ocorrência, mais de 8 milhões de visitas médicas/ano (LOEWE, 2000), fica clara, a necessidade de que sejam estabelecidos diagnósticos precisos e precoces do quadro inflamatório vaginal, sob o risco de se instituir tratamentos inadequados que agravarão o problema.

Acredita-se que pelo exposto, e, ao se mostrar numérica e estatisticamente o baixo poder discriminatório do exame especular isolado ou da anamnese simplificada para o diagnóstico das vulvovaginites em nosso meio, poder-se-á contribuir para a melhoria do nosso atendimento, prevenindo a “ma praxis” terapêutica, minimizando gastos desnecessários e, talvez, evitando-se recidivas inoportunas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Verificar se, isoladamente, o exame clínico especular e/ou a anamnese são suficientes para o diagnóstico etiológico correto do corrimento vaginal.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Determinar os percentuais de acerto do exame clínico especular e da anamnese no diagnóstico do corrimento vaginal.

2.2.2. Determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, e valor preditivo negativo do exame clínico especular no diagnóstico do corrimento vaginal.

2.2.3. Determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da anamnese no diagnóstico do corrimento vaginal.

2.2.4. Determinar a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo dos sinais observados no exame especular e dos sinais e sintomas relatados pelas pacientes nos casos de: candidíase vaginal, vaginose bacteriana e tricomoníase.

3. SUJEITOS E MÉTODOS

3.1. Desenho do Estudo

Estudo de validação de teste diagnóstico.

3.2. Tamanho amostral

Para o tamanho da amostra de mulheres com corrimento vaginal a ser estudado, levou-se em consideração, os dados da literatura, em estudo piloto, onde o índice de acerto do diagnóstico clínico do corrimento vaginal foi menor de 50% (GIRALDO et al., 1994).

Com base nas informações e no nível de significância $\alpha=0,05$, chegou-se ao tamanho amostral de 124 mulheres com corrimento vaginal e de 372 observações clínicas para os objetivos do estudo.

3.3. Seleção e acompanhamento das pacientes

Foram avaliadas, após a seleção da amostra geral, obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão, definidos pelo estudo, um total de 124 mulheres portadoras de corrimento vaginal, que freqüentaram os ambulatórios de Infecções

Genitais e o de Ginecologia Geral do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no período de junho de 1997 a junho de 2002.

As pacientes somente foram incluídas no estudo, após serem plenamente esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, obtendo-se as anuências espontâneas, por escrito, em termo próprio (Vol. II - Anexos; p.38).

Todas elas, estavam fora do período menstrual. A grande maioria apresentava queixas de corrimento genital. Seis pacientes, apenas, que afirmaram não ter corrimento no momento da consulta, apresentaram à primeira inspeção, introdução do espelho, conteúdo vaginal presente. A estas pacientes foi feita a solicitação para suas devidas inclusões no estudo, dentro das normas já referidas.

O conteúdo vaginal das pacientes incluídas nas avaliações, foi observado por três diferentes ginecologistas, na mesma consulta médica, isoladamente, que foram devidamente anotadas na ficha pré-codificada (Vol. II - Anexos; p.32-34). Estes profissionais não tiveram acesso às informações referentes ao corrimento, obtidas na anamnese realizada por outro profissional (médico não participante do estudo), e tampouco das hipóteses diagnósticas dos demais observadores.

Os dados de identificação, antecedentes ginecológicos e sexuais foram anotados, pelo médico consultante, na ficha apropriada e pré-codificada, constante nos Anexos (Vol. II - Anexos; p.32-34).

Para a obtenção do diagnóstico laboratorial foram coletadas amostras do corrimento vaginal pelo médico consultante, visando o estudo microbiológico do corrimento pela realização da bacterioscopia a fresco, corada pelo GRAM e cultura específica para identificação de fungos (meio de Sabouraud). Foram realizadas, também no mesmo momento, em todas as amostras, a mensuração do pH e o teste das aminas (Whiff).

3.3.1. Critérios de inclusão

Foram admitidas para o estudo, mulheres portadoras de corrimento vaginal que freqüentaram os ambulatórios de Infecções Genitais e o de Ginecologia Geral do DTG/FCM/HC-UNICAMP e que satisfizeram as seguintes exigências:

- concordar em participar livremente do estudo, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante nos Anexos;
- apresentar corrimento vaginal confirmado pelo exame especular;
- não estar menstruada
- não estar grávida.

3.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas as mulheres:

- que tiveram relações sexuais há menos de 24 horas do exame;
- que fizeram uso de duchas vaginais 24 horas prévias ao exame

-
- que apresentaram outra patologia ginecológica aguda concomitante
 - em tratamento de qualquer outra doença, com antifúngicos ou antimicrobianos há mais de trinta dias.

3.3.3. Critérios de descontinuação

- mulheres cujos resultados dos exames foram extraviados ou inconclusivos.

3.4. Instrumentos, técnica de exame e coleta de dados

3.4.1. Técnica de exame e inspeção do conteúdo pelos médicos observadores

Após a paciente ter sido colocada em posição ginecológica, foi introduzido o espéculo de Collins, sem lubrificantes, pelo médico consultante, sendo a seguir chamados os três médicos ginecologistas, ditos observadores, individualmente, para as avaliações do corrimento vaginal da mulher, sem que tivessem acesso às informações, um dos outros. A inspeção individual foi realizada, pelos três observadores, em aproximadamente 30 segundos para cada um, emitindo-se os pareceres sobre os itens:

- **quantidade** (ausente; pouco; moderado; muito);
- **textura** (aquoso; pastoso; mucóide; grumoso);
- **cor** (branco; amarelo; verde; outra);
- **odor** (ausente; azedo; peixe; outro)
- **Hipótese Diagnóstica Clínica** do corrimento, para as seguintes opções: (Fisiológico; Candidíase; Vaginose Bacteriana; Tricomoniase; Outro). Estes

dados foram anotados, pelo próprio observador em ficha específica (Vol. II - Anexos; p.32-34), sem conter a identificação dos observadores.

3.4.2. Mensuração do pH

O valor do pH foi obtido, por meio de leitura direta de fita colorimétrica



MERCK[®], com escala gradual de 3 a 7, com variação de 0.3 unidades. O material do corrimento foi colhido com espátula de madeira estéril (Ayre), da parede lateral da vagina em seu terço superior, sem que

houvesse contacto com a cérvix - evitando-se, desta forma, o muco cervical. A leitura foi realizada um minuto após a coleta.

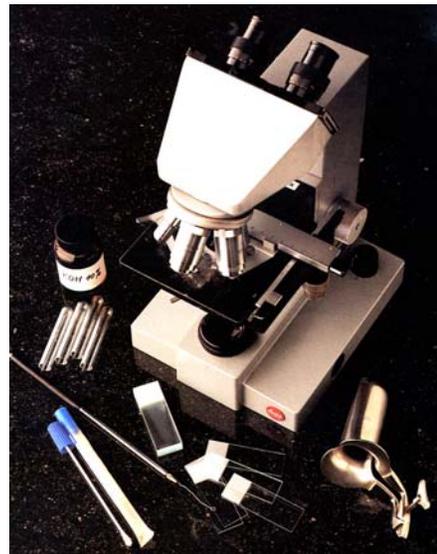
3.4.3. Teste de “Whiff”

Seguindo-se a técnica padrão, foi adicionada uma gota de solução de KOH a 10%, sobre o corrimento vaginal, disperso em lâmina para a observação da liberação do odor fétido, - *“peixe em decomposição”* símile, decorrente, das amins voláteis -.



3.4.4. Coleta da amostra para o exame bacterioscópico

Foi realizada a coleta de duas amostras do corrimento vaginal, obtidas na parede lateral da vagina em seu terço superior. A primeira amostra foi dispersa em lâmina de vidro, sem fixadores e secada ao ar. A segunda amostra, obtida com “swab” de algodão, foi mergulhada em 1ml de solução salina, em vidro estéril. Ambas, foram encaminhadas ao Laboratório de Microbiologia do



HC-UNICAMP. O material adicionado em solução salina foi conservado em estufa a 37°C. Para a leitura a fresco, foram montadas duas lâminas, a primeira com solução salina e uma segunda onde adicionou-se uma gota de KOH a 10%, para assegurar uma separação melhor das células, evitar a formação de grumos, e ressaltar, principalmente, a presença de leveduras. A lâmina, montada no momento da consulta e secada ao ar, foi corada pelo método de GRAM. As leituras microscópicas foram realizadas com aumento de 400 vezes para o exame “a fresco” e de 1.000 vezes para o corado pelo GRAM - ótica de imersão -, respectivamente, em tempo não superior a duas horas da realização da coleta

3.4.5. Coleta de amostra para realização da cultura

O material foi coletado com “swab” de algodão, e, semeado com movimento rotacional em placa contendo meio de Sabouraud para a identificação de fungos e

seus subtipos, sendo as leituras feitas pelo Laboratório de Microbiologia da UNICAMP, dentro das normas protocolares. O material, sempre, foi levado imediatamente para o Laboratório e mantido em estufa a 37°C por 72 horas. A cultura aumenta a detecção dos fungos em 50% a 100%, quando comparada à microscopia.

3.5. Variáveis e definições

3.5.1. Variáveis

3.5.1.1. Variáveis de controle sociodemográficas e de antecedentes gineco-obstétricos

Todos os dados, das variáveis a seguir elencadas, foram anotados em ficha pré-codificada (Vol. II - Anexos; p.32-34).

- **Idade** da paciente: a idade em anos completos, referida pela paciente.
- **Cor da paciente**: a cor da pele observada anotada pelo médico consultante como: branca e não branca.
- **Escolaridade**: o grau de instrução referido pela paciente dentro das categorias: nenhuma, 1º grau, 2º grau, 3º grau (Universitário).
- **Paridade**: o número de partos -(ocorridos após 20 semanas de gestação) -, informados pelas mulheres no momento da consulta.
- **Abortamento**: o número de abortamentos ocorridos e categorizados com: 0, 1, 2 e > 2.

-
- **Dia do ciclo:** dia do ciclo menstrual em que foi realizada a coleta e estabelecido pelo médico consultante, calculado a partir da menstruação anterior.
 - **Início da atividade sexual:** idade em que ocorreu o primeiro intercuro sexual, em anos completos.
 - **Estado marital:** o estado da união conjugal vivido pela paciente no momento do exame e categorizado como: solteira; casada / amasiada e viúva / separada.
 - **Tipo de coito:** o tipo de intercuro praticado pela paciente ao longo da vida e categorizado como: vaginal; anal; oral e/ou múltiplos.
 - **Número total de parceiros:** o número total de parceiros sexuais ao longo da vida da paciente, e categorizado como: 1, 2, 3 e > 3.
 - **Número de parceiros nos últimos seis meses:** o número de parceiros com os quais a paciente manteve intercursos sexuais nos últimos seis meses antecedentes à consulta e categorizado como: 0, 1, 2 e >2.
 - **Número de coitos/semana:** o número de intercursos sexuais praticados pela paciente, em média, por semana, informado pela paciente e categorizado como: 1, 2, 3 e > 3.
 - **DST prévia (paciente):** doença sexualmente transmissível da paciente, diagnosticada e tratada antes da consulta e categorizada como: Sim, Não e Ignorada.
 - **DST prévia (parceiro):** se a paciente tinha conhecimento sobre doença sexualmente transmissível do parceiro, diagnosticada e/ou tratada e categorizada como: Sim, Não e Ignorada.
 - **Antecedentes de Vulvovaginites:** episódios de vulvovaginites anteriores à consulta e categorizada como: Sim, Não e Ignorada.

3.5.1.2. Variáveis de dados anamnéticos

- **Início dos Sintomas:** tempo de decorrência da situação atual de corrimento, categorizado como: < 1 mês, de 1 a 12 meses e > 1 ano.
- **Quantidade** do corrimento: presença de corrimento vaginal, referida pela paciente e categorizada como: ausente, pouca, moderada e muita.
- **Textura** do corrimento: o aspecto do corrimento referido pela paciente e categorizado como: aquoso, pastoso, mucóide, grumoso e sem, quando a paciente referiu não ter corrimento – (porém à inspeção, mostrava a presença de conteúdo vaginal alterado, sendo por isto incluída no estudo).
- **Cor** do corrimento: a cor do corrimento referida pela paciente dentro das categorias: branco, amarelo, outra e sem, quando a paciente referiu não ter corrimento – (porém à primeira inspeção, mostrava a presença de conteúdo vaginal alterado, sendo por isto incluída no estudo).
- **Odor** do corrimento: o cheiro do corrimento informado pela paciente no momento da consulta e categorizado como: ausente, peixe em decomposição “símile”, azedo, outro e sem, quando a paciente referiu não ter corrimento – (porém à primeira inspeção, mostrava a presença de conteúdo vaginal alterado, sendo por isto incluída no estudo).
- **Prurido:** presença ou não de irritação pruriginosa vulvar ou vaginal e sua intensidade, categorizada como: ausente, leve, moderado e intenso.
- **Dispareunia:** presença de dor durante o intercurso sexual, referida pela paciente e categorizada como: ausente, leve, moderada e intensa.

-
- **Disúria:** presença de desconforto à micção relatado, pela paciente e categorizado como: ausente, leve, moderada e intensa.
 - **Diagnóstico Anamnético:** foi estabelecido, com base, exclusivamente, na informação explícita e espontânea da paciente, dentro das categorias previstas pelo estudo.

- **Candidíase:** presença de corrimento: pastoso e/ou grumoso; de quantidade variada; branco ou acinzentado; sem odor característico e associado a prurido intenso.



- **Vaginose Bacteriana:** presença de corrimento: amarelado; aquoso; com odor desagradável semelhante ao de peixe em decomposição e não associado a prurido.



- **Tricomoniase:** presença de corrimento: amarelado e/ou esverdeado; purulento; em grande quantidade; aquoso; sem odor e associado à presença de prurido de intensidade variável.



-
- **Inflamatório:** presença de corrimento relatado pela paciente, em grande quantidade e com alterações na cor e/ou odor, porém não característicos de nenhuma outra doença em estudo.
 - **Fisiológico:** presença de corrimento em pequena quantidade, aquoso e/ou mucóide, branco, sem odor e ausência de prurido.
 - **Sem corrimento:** quando a paciente afirmou não ter corrimento na anamnese.

3.5.1.3. Variáveis de Exame Clínico Especular

- **Quantidade** do corrimento vaginal: descrita pelos observadores em suas inspeções e referidas como: ausente, pouca, moderada e muita.
- **Textura** do corrimento vaginal: descrita pelos observadores e referidas nas seguintes categorias: aquoso, pastoso, mucóide e grumoso.
- **Cor** do corrimento vaginal: descrita pelos observadores e referidas como: branco, amarelo, verde e outra.
- **Odor** do corrimento vaginal: o descrito pelos observadores e referidos como: ausente, peixe, azedo e outro.
- **Hipótese diagnóstica:** a emitida pelos observadores, segundo o seu conhecimento e opção, dentro das categorias: Candidíase, Tricomoniase, Vaginose Bacteriana, Fisiológico e Inflamatório.

O diagnóstico clínico foi consolidado e considerado **presente**, quando houve concordância de duas ou mais hipóteses diagnósticas para uma mesma avaliação e para a mesma paciente.

3.5.1.4. Variáveis laboratoriais (microbiológico, pH e teste das aminas – Whiff)

- **pH do conteúdo vaginal:** determinado pela leitura de fita colorimétrica, considerado normal entre 4 a 4.5 e anormal quando fora deste intervalo.
- **Teste das Aminas – (Whiff):** liberação de cheiro de “peixe em decomposição”, pela adição de uma gota de solução de KOH a 10%, a uma gota do corrimento vaginal da mulher, sendo considerado positivo: quando ocorreu a liberação do odor e negativo: quando ausente o odor característico.
- **Tipos de Flora Vaginal:** utilizando-se das informações contidas nos laudos microbiológicos, fornecidos pelo Laboratório de Microbiologia da HC/UNICAMP, codificamos os resultados nas categorias I, II e III (BOZZINI, 1993; LINHARES et al., 1993).
 - **Flora Tipo I** – Presença de células epiteliais, raros polimorfonucleares ou ausência destes, flora bacteriana representada por 90% a 95% de lactobacilos de Döderlein e 5% a 10% por outros gêneros bacterianos.
 - **Flora Tipo II** – Presença de células epiteliais, raros a numerosos polimorfonucleares, flora bacteriana representada por cerca de 50% de lactobacilos de Döderlein e 50% por outros gêneros bacterianos.
 - **Flora Tipo III** – Presença de células epiteliais, raros a numerosos polimorfonucleares, flora bacteriana com ausência de lactobacilos de Döderlein e 100% por outros gêneros bacterianos.

-
- **Diagnóstico Laboratorial:** foi estabelecido utilizando-se das informações constantes nos resultados dos exames microbiológicos realizados pelo Laboratório de Microbiologia da Unicamp, pH e Teste das Aminas, conforme as definições que se seguem:
 - **Vaginose Bacteriana:** para o diagnóstico da vaginose bacteriana, utilizou-se dos critérios de AMSEL et al. (1983), que considera o diagnóstico da doença quando três de quatro características que se seguem, estão presentes:
 - corrimento: homogêneo, leitoso, branco-acinzentado, e aderido à parede vaginal;
 - pH do conteúdo vaginal maior que 4,5.
 - Teste das Aminas (Whiff) positivo e
 - presença de células chaves (“clue cells”). Quando houve a presença de mais de 30% de células epiteliais revestidas por bactérias Gram-lábeis observadas na bacterioscopia do esfregaço a fresco ou corada pelo GRAM.
 - **Candidíase:** diagnóstico realizado pela presença de hifas ou blastosporos no esfregaço a fresco, ressaltadas pela adição de KOH a 10%, observada em lâmina e/ou pela cultura específica positiva para fungos, em meio de Sabouraud.
 - **Tricomoniase:** diagnóstico realizado pela observação do parasita flagelado, móvel, no conteúdo vaginal, através da microscopia.
 - **Inflamatório:** presença de corrimento vaginal em moderada ou grande quantidade, associado a hiperemia de mucosas, alteração da flora para Tipo 2 ou 3 e sem agentes patógenos específicos.

-
- **Fisiológico:** quando conteúdo vaginal de pequena quantidade, sem odor, ausência de hiperemias, exibindo flora Tipo 1 e sem agentes patógenos específicos.

Observação:

Acerto diagnóstico: foi considerado **presente**, quando as hipóteses diagnósticas clínicas de dois ou mais observadores foram concordantes com o diagnóstico microbiológico e, **ausente** (erro diagnóstico): quando nenhuma ou apenas uma hipótese diagnóstica clínica sugerida foi concordante com o diagnóstico microbiológico. Quando pelo exame microbiológico, se constatou a presença de mais de um agente patogênico, específico e concomitantemente, foram considerados os dois diagnósticos para a aferição dos acertos. Exemplo: Diagnósticos de Candidíase e Vaginose bacteriana concomitante: os acertos foram consignados, quando dois ou mais observadores concordaram com qualquer um dos diagnósticos concomitantes obtidos.

3.6. Processamento dos dados e editoração

Todas as variáveis foram definidas e pré-codificadas para inclusão em programa de computador, em linguagem apropriada para os softwares Excel^{®microsoft} e SAS^{®sas-system}, visando as análises dos resultados, inclusive a eliminação das inconsistências e erros de digitação e que foram processados pelos mesmos pacotes de “software”. A editoração foi realizada com o apoio da Assessoria Técnica (ASTEC) do CAISM/DTG/FCM/UNICAMP, utilizando-se de pacotes gráficos,

editoriais e de tratamento de imagens como: Word XP Microsoft®; PowerPoint XP Microsoft®; Photopaint® 7.0 da Jasc Software; Adobe Photoshop®.

3.7. Análise dos dados

Foram realizadas tabelas de frequência para as variáveis categóricas descontínuas e médias e desvio padrão para as contínuas, visando a caracterização da população amostral de mulheres. Foram também estabelecidas as frequências relativas dos diferentes tipos de infecção.

Os valores para a sensibilidade, especificidade e valores preditivos positivo e negativo foram determinados também pela associação entre os acertos diagnósticos, tendo em conta o padrão “ouro” estabelecido pelos testes microbiológicos, segundo as normas preconizadas por FLETCHER et al. (1991).

A associação entre os diagnósticos clínicos laboratoriais foi obtida através de testes apropriados (χ^2 ou exatos de FISHER), dependendo da distribuição dos dados. Estes foram redefinidos, se necessários, quando da realização da análise, bem como todos os valores pré-definidos assim como o tamanho amostral (FLETCHER et al., 1991).

3.8. Aspectos Éticos

Todos os aspectos, envolvidos e detectados, foram dirimidos seguindo-se as normas preconizadas pela **“Declaração de Helsinque”** (*) e suas modificações - 1964, 1983, 1986 e 1989, bem como as normas estabelecidas pela Resolução 196 (10/10/1996) do Conselho Nacional de Saúde, publicada no Informativo Epidemiológico do SUS - Brasil, Ano V, nº 1, 1996.

Foi estabelecida sempre a **concordância espontânea** pela paciente, expressa mediante a assinatura aposta em termo específico de consentimento livre e esclarecido constante dos Anexos. Para tanto, foram fornecidas às pacientes todas as informações necessárias frente aos objetivos da pesquisa.

Este projeto foi desenvolvido dentro da Instituição sem qualquer alteração da rotina e/ou normas do Ambulatório de Infecções Genitais do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, exceto pela observação clínica de três médicos ginecologistas, em um grupo de 124 mulheres que procuraram estes ambulatórios e somente com a concordância destas para as coletas das culturas e materiais para os exames microbiológicos realizadas no mesmo ato clínico.

(*) World Medical Association, World Medical Association Declaration of Helsinki: Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Human Subjects. Adapted by the 18th World Medical Assembly Helsinki, Finland, June 1964. Amended by the 29^o World Medical Assembly, Venice, Italy, Tokio, Japan, October 1975; 35^o World Medical Assembly; Hong Kong, and the 48^o General Assembly, September 1989. Somerset West, Republic of South Africa, October 1996

4. RESULTADOS

Para melhor facilidade de leitura e editoração gráfica, as tabelas e os gráficos correspondentes foram agrupados, em um segundo volume (Vol. II - Anexos).

Visando uma melhor adequação entre os valores mostrados nas tabelas e os gráficos respectivos, optamos por manter as numerações dos gráficos exatamente iguais às tabelas correspondentes, sendo que, possivelmente, algumas tabelas não terão seus gráficos (quando não considerados necessários), e, por isto, faltarão alguns na seqüência numérica dos mesmos.

Como parte inicial do estudo, foram analisadas as características sociodemográficas de toda a amostra. O grupo etário das pacientes se concentrou nas faixas de idade que oscilavam entre 21 a 40 anos, sendo muito baixa a freqüência de mulheres abaixo dos 20 anos, cerca de 3,2%. A grande maioria era de mulheres com situação marital estável (casadas/amasiadas) 73% e cor branca da pele 82,2%. A escolaridade previu um contingente maior de mulheres que tinham pelo menos terminado o primeiro grau 66,6%, enquanto a população de nível superior foi de apenas 3,2%. Com relação aos antecedentes obstétricos e/ou ginecológicos, a maioria tinha mais de uma parturição (45,9%), enquanto o grupo

de nuligestas atingiu 24,1%. O índice de abortamentos da amostra foi de 20,2%. A sexualidade destas mulheres mostrava, de forma interessante, dois grupos bem definidos. O primeiro com apenas um único parceiro (36,5%) e outro com múltiplos parceiros (mais de três) com 44,3%, sendo que o grupo intermediário, de apenas dois parceiros, representava apenas 19,3% das participantes do estudo. O início da atividade sexual, ocorreu mais no grupo de mulheres com 16 a 20 anos, porém, nos chama a atenção cerca de 25,8% de adolescentes, menores de 15 anos, que, iniciou a prática sexual nesta faixa de idade. Ao se analisar o tipo de coito praticado pelas mulheres de nosso estudo, verificamos que grande número situa-se naquelas que referem intercursos apenas vaginais, porém, sobremaneira, nos alerta o contingente de 20,9% daquelas que praticam multiplicidade de tipos de coito, neste caso perguntamos na avaliação, se os mesmos eram vaginais, orais e anais. Inquiridas sobre o tipo de relacionamento (homossexual e/ou heterossexual), a maioria afirmou ter apenas relacionamentos heterossexuais, porém, quatro mulheres admitiram ter relacionamentos homossexuais ou bissexuais. Ao serem perguntadas sobre já terem tido alguma DST anterior, apenas 15,3% destas mulheres confirmaram esta possibilidade. No que se refere ao início da sintomatologia, o maior grupo foi o de mulheres que afirmaram já ter sintomas há mais de um ano. No tocante a disúria, esta esteve na maioria do grupo ausente, porém, 27,3% admitia tê-la nas formas: leve, moderada ou mesmo intensa. Referindo-se a dispareunia, a maioria das mulheres referiu não tê-la, porém, da mesma forma 45,1%, quase a metade do grupo, afirmou apresentar o quadro clínico nas formas: leve, moderada ou intensa (Vol. II – Anexos; Tabelas 1 e 2 - p.1-2).

Na análise das características do corrimento vaginal referidas pelas pacientes, de maneira geral, apontaram para um **corrimento presente** em moderada quantidade 23,3% e em grande quantidade 37,1%; quanto à **textura** as afirmações foram preferentemente para um corrimento pastoso 46,7% e aquoso 33%; quanto à **cor**, 54% afirmou ser branca e em segundo lugar, com 37,1%, cor amarela. Cerca de 48,3% afirmou não perceber **odor** do corrimento, 21,7% referiu ser azedo e para 19,3% o odor era o de peixe em decomposição “símile” (Vol. II – Anexos; Tabela 2 - p.2).

A Tabela-3A e Tabela-3B (Vol. II - Anexos; - p.3-4), mostra 372 observações clínicas dos médicos participantes nos 124 casos do estudo. O corrimento não foi observado em 4,3% das vezes; em 56,5% foi referido com de pequena quantidade; em 32,5% como de moderada, e em 6,7% foi referido como grande. A **textura** apresentou-se em 42,2% como aquosa; 27,7% como pastosa; 18,8% mucóide, 7,3% grumosa e em 4,0% não se emitiu opinião ou, ainda, se tratava de paciente considerada sem corrimento por alguns dos observadores. A **cor** do corrimento foi relatada como branca por 68,5% dos observadores; 15,3% amarelo; 8,9% outra cor e 7,3% não emitiram conceitos. Avaliando o **odor**, 79% dizia ausente; 12,9% que era cheiro de peixe em decomposição “símile” e apenas 4% não emitiram opiniões, pelas razões já referidas anteriormente.

Fazendo a análise dos diagnósticos laboratoriais dentro das observações clínicas encontramos que para Candidíase a **quantidade** mais referida foi a pouca (58,3%); a **textura** mais anotada foi aquosa (45,8%); a **cor** branca (75%) e para o

odor, a grande maioria (68,7%) não referiu alterações, considerando ausente. A presença de Vaginose bacteriana apontou como maiores referências: pouca quantidade (53,8%), textura pastosa (38,7%) e/ou aquosa (37,6%), cor branca (67,7%) e odor ausente (74,2%). Na associação entre a Vaginose Bacteriana e a Candidíase as características majoritárias foram: para a quantidade de corrimento pouca (55,6%); textura aquosa (55,6%); cor branca (66,7%) e odor ausente (66,7%). Ao analisar o diagnóstico Fisiológico observou-se: quantidade pouca (55,6%), textura aquosa (41,4%), cor branca (75,9%) e o odor ausente 88,9%. O diagnóstico laboratorial inflamatório apresentou como características principais: quantidade pouca (61,7%), textura aquosa (46,7%), cor branca (45%) e odor ausente (70%).

Como pode se observar na Tabela-4 e Gráfico-4 (Vol. II - Anexos; - p.5-6), relacionou-se a freqüência e o percentual de achados das diferentes vulvovaginites segundo os critérios: clínico especular, anamnóstico e laboratorial. Encontrou-se efetivamente 16,1% de vulvovaginites inflamatórias; 12,9% de candidíase vaginal; 25% de vaginose bacteriana; 2,4% da associação vaginose e candidíase; 43,5% de corrimento fisiológico e nenhum de caso de tricomoníase vaginal por meio das provas laboratoriais. Por sua vez, as hipóteses diagnósticas clínicas especulares identificaram 8,9% de vulvovaginite inflamatória; 17,7% de candidíase; 23,4% de vaginose bacteriana; 2,4% de tricomoníase vaginal e 29,8% de corrimento fisiológico, relevando-se ainda, o fato de que 22 pacientes (17,7%) ficaram sem hipóteses diagnósticas. Através das informações anamnósticas identificaram-se: 10,5% de vulvovaginites inflamatórias, 33,1% de candidíase vaginal, 24,2% de

vaginose bacteriana, 3,2% de tricomoníase vaginal e 18,5% de conteúdo vaginal fisiológico. Os índices de diagnósticos aqui apresentados, referem-se apenas as hipóteses diagnósticas sugeridas e não aos acertos diagnósticos, que serão abordados nas Tabelas e Gráficos 27 e 28 (Vol. II – Anexos; p.29 e 30).

Na Tabela-5 e Gráfico-5 (Vol. II - Anexos; - p.7-8), observa-se os diferentes diagnósticos das vulvovaginites, inferidos a partir da concordância de dois ou mais observadores correlacionados com os diversos diagnósticos laboratoriais. Nota-se que não houve diagnóstico laboratorial de nenhum caso de tricomoníase vaginal, bem como, o diagnóstico clínico especular também não foi capaz de sugerir a possibilidade da associação de vaginose e candidíase.

Embora, se tenha uma falsa impressão que o número de diagnósticos clínicos especulares inferidos para cada doença, esteja em consonância com os achados microbiológicos, isto não é verdade, uma vez que não se trata de acertos diagnósticos e sim hipóteses, pois, a paciente que recebeu um diagnóstico clínico especular para uma determinada doença, talvez não figure no diagnóstico microbiológico da mesma forma.

Observa-se na Tabela-6 e Gráfico-6 (Vol. II - Anexos; - p.9), a baixa sensibilidade e valores preditivos positivos dos diagnósticos clínicos especulares para todas as vulvovaginites. Da mesma forma, a especificidade, os valores preditivos negativos, apesar de atingirem índices entre 60% a 90%, também, ficaram abaixo dos desejados.

Na Tabela-7 e Gráfico-7 (Vol. II - Anexos; - p.10), observa-se as diferentes hipóteses diagnósticas das vulvovaginites, elaboradas a partir da associação das informações obtidas através das queixas apresentadas pelas pacientes e codificadas pelos pesquisadores e distribuídas pelos diferentes diagnósticos laboratoriais das vulvovaginites. Da mesma forma, que no caso anterior, não houve diagnóstico laboratorial de nenhum caso de tricomoníase vaginal, bem como, o diagnóstico anamnóstico, também, não foi capaz de sugerir a possibilidade da associação de vaginose e candidíase. Embora, se tenha uma falsa impressão que o número de diagnósticos anamnósticos inferidos para cada doença, esteja em consonância com os achados microbiológicos, isto não é verdade, uma vez que não se trata de acertos diagnósticos e sim hipóteses, pois, a paciente que recebeu um diagnóstico anamnóstico para uma determinada doença, talvez não figure no diagnóstico microbiológico da mesma forma.

Também, para as hipóteses diagnósticas anamnósticas, constatou-se baixas sensibilidades diagnósticas e baixos valores preditivos positivos em todos os casos das diferentes vulvovaginites. Houve, contudo, percentuais de especificidade e principalmente dos valores preditivos negativos, mais razoáveis, atingindo índices entre 60% a 97% (Tabela-8 e Gráfico-8 - Vol. II - Anexos; - p.11).

Analisando-se, especificamente, a presença do corrimento vaginal nas diferentes vulvovaginites observou-se que o mesmo esteve presente em grande ou moderada quantidade em números sempre inferiores a 50% das vezes. Destaca-

se que, em 38,9% das vezes, o conteúdo vaginal fisiológico apresentou-se em grande ou moderada quantidade (Tabela-9 e Gráfico-9 - Vol. II - Anexos; - p.12).

Observa-se na Tabela-10 e Gráfico-10 (Vol. II - Anexos; - p.13), que a grande ou moderada quantidade do corrimento vaginal tem pouco valor discriminatório para indicar o tipo do corrimento vaginal.

Na Tabela-11 e Gráfico-11 (Vol. II - Anexos; - p.14) apresenta-se a frequência e percentual do prurido relatado pelas mulheres, comparada aos diagnósticos laboratoriais, onde agrupamos para melhor análise as queixas e ausente e pouca (ausente) e quando referidas quantidades moderada ou grande (presente). A referência para ausência do corrimento é mais freqüente: inflamatório 65%; fisiológico 74,1%; vaginose bacteriana 54,8%; enquanto, que para a candidíase a presença de corrimento aumentado foi a mais referida (56,3%).

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da presença do prurido vaginal estão geralmente baixos em quase todas as doenças, apenas encontramos que para a associação de Vaginose bacteriana e Candidíase o VPN atingiu 96,2% (Tabela-12 e Gráfico-12 - Vol. II - Anexos; - p.15).

A queixa de disúria é analisada na Tabela-13 e Gráfico-13 (Vol. II - Anexos; - p.16), onde pode se depreender que, os valores da presença de queixa de disúria foram relativamente baixos para quase todas as V.V., sendo a de maior referência a disúria associada a Vaginose bacteriana (19,4%) vindo logo a seguir a

Candidíase com 18,8%. Cerca de 27,3% das mulheres apresentou queixa de disúria nas formas leve, moderada ou intensa.

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das queixas de disúria estão abaixo dos valores desejáveis, reportando-se apenas o VPN de 97,2% para a possibilidade da associação de Vaginose bacteriana e Candidíase (Tabela-14 e Gráfico-14 - (Vol. II - Anexos; - p.17).

A dispareunia associada às queixas de corrimento vaginal é analisada na Tabela-15 e no Gráfico-15 (Vol. II - Anexos; - p.18). Os valores obtidos nos mostram uma frequência maior nas mulheres portadoras de candidíase (37,5%), vindo a seguir a Vaginose bacteriana isoladamente (32,3%) e a associação com a candidíase 33,4%. As pacientes com corrimento fisiológico referiram em 22,2% a dispareunia presente. É importante lembrar, que 45,1% do grupo estudado apresentou a queixa nas formas leve, moderada ou intensa.

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN das queixas de dispareunia, mostram também aqui, valores abaixo dos desejáveis e, novamente, a associação Vaginose Bacteriana e Candidíase apresenta um VPN de 97,8% (Tabela-16 e Gráfico-16 - Vol. II - Anexos; - p.19).

Na Tabela-17 e Gráfico-17 (Vol. II - Anexos; - p.20)), estuda-se a frequência e o percentual das observações clínica especulares sobre a textura do corrimento das mulheres da amostra. Observa-se de modo geral que a textura aquosa é a mais observada (44,7%). Na avaliação individual das doenças vulvovaginais,

encontra-se também para todas, a textura aquosa como a mais vista pelos observadores.

A textura do corrimento avaliada pelas informações anamnéticas apresenta de forma geral, uma orientação para a textura pastosa, diferentemente da observação clínica e isto se repete, também, nas avaliações isoladas de cada doença vulvovaginal (Tabela-18 e Gráfico-18 - Vol. II - Anexos; - p.21).

Na avaliação do odor do corrimento, obtida pelo exame clínico especular, a grande maioria dos observadores avaliou a ausência do odor (93,3%), isto de modo geral e individualmente para cada vulvovaginite. De forma interessante, nota-se que no diagnóstico clínico especular de vaginose bacteriana, o índice de odor de peixe (característica desta infecção) chegou a apenas 13,8%, e este esteve também presente (5,3%) no corrimento inflamatório (Vol. II - Anexos; - p.22).

No tocante a informação anamnética do odor, esta encontrou-se ausente em 48,4%, o odor de peixe presente em 41,9% na vaginose bacteriana, porém, aparece também 18,8% nos casos de candidíase, 13% nos casos de fluxo fisiológico, bem diferente do que avaliam os observadores clínicos (Tabela-20 e Gráfico-20 - Vol. II - Anexos; - p.23).

No que se refere à cor do corrimento, o exame clínico especular em 89% diz ter sido branco (Tabela-21 e Gráfico-21 - Vol. II - Anexos; - p.24), sendo o fisiológico o mais freqüente 88,2%. Já a observação anamnética da cor (Tabela-22 e Gráfico-22 (Vol. II - Anexos; - p.25)), também aponta para a cor branca,

porém em apenas 54%, bem diferente do que afirma a observação clínica e a segunda cor do corrimento mais apontada é a amarela 37,1%. Observando-se as doenças isoladamente, nota-se que o corrimento inflamatório é o que mais está presente na cor branca do conteúdo vaginal destas mulheres.

Na Tabela-23 (Vol. II - Anexos; - p.26), relacionam-se os 22 casos que foram completamente discordantes às hipóteses diagnósticas clínicas, tanto entre os observadores, quanto comparadas ao diagnóstico laboratorial efetivo do caso. Estas mulheres ficaram sem o diagnóstico no estudo.

A Tabela-24 (Vol. II - Anexos; - p.27), lista as mulheres onde a textura do corrimento foi completamente discordante no geral e isoladamente.

As discordâncias observadas (15) quanto à cor do conteúdo vaginal, estão listadas na Tabela-25 (Vol. II - Anexos; - p.28), enquanto as discordâncias sobre o odor (5 casos) estão relacionadas na TABELA-26 (Vol. II - Anexos; - p.28).

A Tabela-27 e Gráfico-27 (Vol. II – Anexos; - p.29)) relata a frequência e o percentual dos acertos diagnósticos clínicos especulares, comparados aos diagnósticos laboratoriais das 124 mulheres do estudo, incluindo as 22 discordantes. Observa-se que o acerto para a candidíase foi da ordem de 25%; a vaginose 35,5%; o corrimento inflamatório 10%, o fisiológico 31,5%, lembrando que não houve acerto para a tricomoníase, que, embora, apontada pelos observadores em 2,4%, não foi encontrada no diagnóstico laboratorial. A associação da vaginose bacteriana e candidíase, não foi sugerida no estudo como

opção para os observadores, uma vez que sempre se teve a preocupação de se estabelecer conceitos isolados para as diferentes doenças.

Os acertos diagnósticos anamnésicos estão desenvolvidos na Tabela-28 e Gráfico-28 (Vol. II - Anexos; - p.30)), onde, para a candidíase mostra-se um acerto de 37,5%, para a vaginose bacteriana 38,7%, a associação vaginose e candidíase não apresentou acerto, embora tivesse sido apontada por 5,6% das mulheres, enquanto a tricomoníase também sem acerto, porém, apontada em 3,2% dos diagnósticos anamnésicos, o corrimento fisiológico concordou em apenas 24,1% e o inflamatório em 10%.

5. DISCUSSÃO

Infelizmente, os dados estatísticos sobre as vulvovaginites no Brasil são irrealistas e aquém, em muito, do esperado, quando comparados com o resto do mundo. A Divisão de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo em seu Programa Estadual de DST/AIDS-SES-SP reporta em seu boletim, uma notificação de apenas 723 casos no período de 1987 a 1997, compilado até 29 de Setembro de 1999. Este fato demonstra claramente, uma falta de informação extremamente alta e absurdamente não verdadeira. Isto, certamente, se torna um grande impedimento para as tomadas de decisões na gestão da saúde brasileira, obrigando-se sempre, a se valer de dados e protocolos estrangeiros para tentar minimizar as falhas decorrentes do nosso sistema de informação em saúde.

Adentrando ao século vinte e um, as vulvovaginites parecem ainda serem tratadas em nosso meio de forma amadorística ou sem que lhes seja dada devida atenção. Não raramente, os médicos são interpelados por suas pacientes, em horários não usuais e mesmo em finais de semana, para que lhes sejam fornecidas soluções terapêuticas, para eventuais alterações em seus conteúdos vaginais que lhes provocam desconfortos. Em algumas vezes, até por telefone, são instados - baseados nas informações clínicas do corrimento fornecidas -, a tomarem condutas nem sempre adequadas. Não fosse apenas isto, verificamos também que o sistema

público de saúde e mesmo o privado, não se adequaram em condições físicas, laboratoriais e terapêuticas, de forma satisfatória, para fazer face à resolução das vulvovaginites. Percorrendo algumas unidades públicas de saúde, de forma não oficial, constatamos que, em sua grande maioria, não se cumprem os protocolos rotineiros para a investigação destas doenças. A bacterioscopia dificilmente é realizada, ora por não se dispor de laboratórios adequados, ora, porque, os profissionais de saúde não a incluem em sua propedêutica investigativa, o mesmo acontecendo com provas simples, e de pouco custo, como a determinação do pH e o teste das aminas.

As pessoas e os médicos ainda não se deram conta da importância que a V.V. tem na saúde reprodutiva da mulher. Em publicação eletrônica divulgada inicialmente pela “*Reuters Health*” e, republicada pela página eletrônica da Sociedade de Ginecologia do Estado de São Paulo – SOGESP, são veiculados aspectos interessantes e apropriados para o momento. Um estudo em realização pela Universidade Viena, 2002 – (Austria), aponta resultados preliminares de suma importância no que se refere à ligação de infecção vaginal e parto prematuro.

Esta nova pesquisa reforça a teoria de que até infecções de menor gravidade durante a gravidez, podem elevar o risco do bebê nascer prematuro e com baixo peso.

Os pesquisadores envolvidos neste estudo, estão avaliando mais de 4.000 mulheres, entre as 16^a e 20^a semanas de gravidez para quantificar a presença de infecções vaginais bacterianas e fúngicas Estes resultados preliminares, são tão convincentes que, se os dados finais os confirmarem, e é o que se delinea, isso

deverá levar a colocação em prática de um programa obrigatório de triagem para todas as gestantes, conforme declara o autor da pesquisa.

Outro fato gravemente afetado pelas V.V. é o constante crescimento de mulheres heterossexuais infectadas pelo HIV. O grupo das portadoras da imunodeficiência adquirida cresce a cada dia, tornando-se impositiva uma tomada de posição para o correto diagnóstico das infecções, que, não só pioram o estado destas pacientes, más, também, são co-fatores importantes na facilitação da aquisição da doença causada pelo HIV-1 (MEDA et al., 1995).

A cada dia, novos trabalhos são divulgados na literatura médica internacional, reportando para a importância que as V.V. assumem, e, são, sem sombra de dúvidas, a mais freqüente afecção genital da mulher (KENT, 1991; HAEFNER, 1999). Por outro lado, se enfatiza a cada publicação que surge, a necessidade da melhoria diagnóstica e terapêutica, pois, o diagnóstico apurado se levará a tratamentos corretos e com resultados esperados (BERG et al., 1984; ESCHENBACH e HILLIER, 1989), enquanto o hiperdiagnóstico, fatalmente se conduzirá à tratamentos incorretos ou parciais (HOROWITZ et al., 1992).

Desta forma, é preciso estabelecer diagnósticos de certeza, utilizando-se sistematicamente de protocolos bem estabelecidos visando corrigir estas distorções. EGAN e LIPSKY, (2000), já propõem que na avaliação das vaginites, além de uma história clínica e exame ginecológico adequados, envolvendo as características do corrimento vaginal, é necessário que se realize a avaliação laboratorial incluindo-se: microscopia a fresco com preparado em solução salina e hidróxido de potássio;

mensuração do pH vaginal e teste das aminas. Isto ficou muito claro em nossas observações, ao longo do desenvolvimento do estudo, quando observamos a influência do pH e do teste das aminas na elaboração do diagnóstico médico, vez que, estas informações poderiam aumentar consideravelmente o índice de acertos de diagnósticos médicos inferidos, corrigindo-se bastante os erros induzidos apenas pela observação clínica do corrimento, bem como, das informações isoladas das pacientes. De fato, na nossa metodologia para o estudo, propositalmente evitamos de incluir as informações do pH, Teste das Aminas e Bacterioscopia, para tentarmos nos aproximar o mais possível da realidade do diagnóstico clínico rotineiro que é praticado pela maioria dos serviços e consultórios, qual seja da realização apenas da inspeção especular apoiado nas informações anamnéticas.

A prevalência e as causas do aparecimento das vulvovaginites são por certo, muito pouco conhecidas, e isto se deve, em parte e muito, ao estabelecimento rotineiro do autodiagnóstico e autotratamento.

Nos Estados Unidos, a vaginose bacteriana é, sem dúvida, a causa mais comum das vaginites, acometendo cerca de 40% a 50% de todos os casos em mulheres, crianças e adolescentes (HILL, 1993; HAY, 1998), o que não é diferente em nosso meio. Sabemos que a vaginose é causada pela proliferação da *Gardnerella v.* e de outros microorganismos como o *Mobiluncus sp*, *Mycoplasma h.* e o *Peptostreptococcus sp* (KENT, 1991; HILL, 1993). É, certamente, tarefa impossível determinar a prevalência da vaginose bacteriana, pois 66% ou 75% das mulheres acometidas, são completamente assintomáticas (SOBEL, 1990; HAY, 1998; McCUE,

1998) e não procuram serviços de saúde. A presença do fungo em períodos livres de sintomas pode indicar tratamento anteriormente feito de forma inadequada, uso incorreto de medicação antifúngica, resistência à droga ou mesmo a recolonização. GIRALDO et al., (2000) já demonstraram que mulheres com história prévia de candidíase recidivante, apresentam mais facilmente *Candida* detectável na vagina, mesmo assintomáticas, do que as outras mulheres. Estes dados sugerem e justificam como seria fácil estabelecer diagnósticos inadequados, caso o ginecologista espere encontrar sinais e sintomas clássicos.

Trabalhos brasileiros como o de SIMÕES et al., (1996), já demonstraram o aumento de risco para complicações obstétricas, como a rotura prematura de membranas e mesmo de trabalho de parto prematuro. O Tratamento da infecção na gestação poderia diminuir consideravelmente o índice destas ocorrências (MONIF, 1985; HAY et al., 1994; SOBEL, 1997), portanto, quanto mais aprimorarmos os nossos diagnósticos e realizarmos tratamentos mais adequados, melhor será situação para as infecções genitais das mulheres, principalmente as grávidas.

Os fatores de risco para as candidíases não complicadas tem sido muito difíceis de serem determinados (SOBEL et al., 1997). Estudos mais recentes, demonstrado que as infecções genitais têm aumentado em mulheres que usam contraceptivos orais, diafragmas, espermicidas e mesmo os dispositivos e sistemas intra-uterinos (BARBONE et al., 1990; HOOTON et al, 1994; SPINILLO et al., 1995). Não se pode ignorar que a idade precoce do primeiro intercuro sexual - principalmente em países menos desenvolvidos -, mais de quatro relações por mês e

a prática de sexo oral são fatores predisponentes importantes, e como também em nossos achados, este início está sendo cada vez mais precoce (SKINER et al., 1996; ECKERT et al., 1998).

Pode ser difícil, de rotina, estabelecer a espécie da infecção por *candida sp*, uma vez que mais de 50% das portadoras são absolutamente assintomáticas e em muitas delas, o fungo faz parte normalmente de sua flora vaginal endógena (SOBEL, 1993). Como se pode depreender de nossas observações, muitas pacientes inclusive não conseguem avaliar corretamente a presença de corrimento, admitindo em muitas situações não ter corrimento, quando, na realidade, após serem submetidas a um exame clínico especular, nota-se conteúdo vaginal alterado de moderada ou grande quantidade, como aconteceu em nossa amostra, onde pelo menos seis pacientes afirmavam na anamnese não ter corrimento e à simples inspeção vaginal, notou-se corrimento presente. Destas seis pacientes, o laboratório identificou: duas candidíases, uma vaginose bacteriana, um corrimento inflamatório e dois fluxos fisiológicos.

Devemos considerar que a candidíase não deva ser rotulada como uma DST e a sua transmissão, não seria pela via sexual, embora, admitamos haver uma associação entre a prática sexual e a manutenção ou recorrência da infecção. A multiplicidade de parceiros, por nós também estudada, como possível fator predisponente da infecção por *cândida*, não pareceu ter apoio no que diz a literatura geral, ao se admitir que o número de parceiros não interferiria no aparecimento da doença (GEIGER e FOXMAN, 1996).

Como está conceituada, a recorrência da infecção por *candida sp* se estabelece quando detectamos a instalação de quatro ou mais episódios da doença no período de doze meses, porém ainda não está claro, se a recorrência seria secundária ou precipitada por fatores como a prática sexual, reserva intestinal ou mesmo a persistência do fungo no interior da vagina, visto que, para muitas mulheres, assintomáticas, quando submetidos os seus conteúdos à microbiologia ou na realização de culturas específicas, apresentam o fungo (SOBEL, 1992).

Não foi encontrado qualquer caso de tricomoníase, em nosso estudo, contudo, houve quadros clínicos sugestivos desta infecção tanto quando se observaram as queixas das pacientes, ou ainda, quando se auferiram os diagnósticos clínicos especulares pelos observadores médicos, porém, em nenhuma das pacientes as hipóteses foram corroboradas pelos métodos laboratoriais empregados. Esta doença causada pelo protozoário móvel, flagelado, seria a terceira causa mais comum das vaginites e segundo dados americanos, atinge mais de 180 milhões de pessoas no mundo, perfazendo totais de 20% a 25% da população, embora, os trabalhos mais recentes, apontem, também, para um decréscimo significativo nos países industrializados (KENT, 1991; SOBEL, 1997). No Brasil, parece ter desaparecido ou reduzido o número a muito baixos. Fazendo uma reflexão sobre o assunto, observa-se que o hiperdiagnóstico, principalmente das vaginoses bacterianas e que são tratadas intensa e aleatoriamente, estão provocando uma quase que erradicação do protozoário, vez que sendo o *Trichomonas v.*, muito mais sensível às drogas utilizadas no tratamento das V.b, acaba por ser tratado indiretamente. Este fato, tem sido notado, também, por outros pesquisadores, que, ressaltam ainda o fato, de que, as

campanhas de prevenção da AIDS com a disseminação do uso de métodos de barreira, vêm colaborando para o decréscimo desta infecção, pois, diferentemente da candidíase e vaginose bacteriana, a tricomoníase é transmitida pela prática sexual e pode ser indentificada a presença da bactéria em 30% a 80% dos parceiros de mulheres contaminadas (LOSSICK et al., 1991; PETRIN et al., 1998; SOBEL, 1999).

Ainda que, a história e a anamnese ginecológica possam eventualmente sugerir o diagnóstico das vulvovaginites, a confirmação laboratorial deve ser rotineira, ao lado da realização do esfregaço observado a fresco, teste de Whiff e a determinação do pH vaginal, isto tem que se tornar impositivo para a melhor condução da abordagem das portadoras de V.V., uma vez que, feito o diagnóstico preciso, uma terapia mais efetiva pode ser instituída, particularmente às pacientes portadoras de candidíase e vaginose bacteriana, bem como, o tratamento instituído às pacientes grávidas, tanto com o metronidazol oral e tópico e/ou a clindamicina vaginal, diminui sensivelmente as complicações obstétricas (QUAN, 2000).

Em nosso estudo, pode-se constatar o baixíssimo índice de acerto de quase todas as doenças enfocadas e mesmo a vaginose bacteriana que, presumivelmente, teria condições anamnéticas e clínicas de ser conduzida de melhor forma, sem um protocolo específico, apresentou incorreções em percentuais muito aquém do desejado. De maneira geral, se faz hiperdiagnóstico para a Candidíase, Vaginose bacteriana e Tricomoníase, porém, o que nos chama atenção, e isto, se reveste de suma importância, é o hipodiagnóstico feito para as possibilidades de estado fisiológico (sem doença) da vagina e mesmo para as ocorrências de corrimento

inflamatório sem causa infecciosa específica, acarretando-se, NÃO DIAGNOSTICAR e mais do que isso, TRATAR os casos desnecessários. Este fato realça aquilo que se observa na prática diária dos consultórios de ginecologistas e nos ambulatórios públicos da especialidade, ou seja, um excesso de tratamentos inadequados dos corrimentos vaginas quando não são infecciosos.

Um dos aspectos de grande importância neste estudo é o da discordância diagnóstica clínica entre os três observadores, nos 22 casos (17,7%). Os três ginecologistas emitiram hipóteses diagnósticas que foram discordantes entre si, e mais ainda, nenhum deles emitiu o real diagnóstico confirmado pelo exame laboratorial. Isto, por certo, levaria a uma situação em que haveria condutas diferentes de cada observador para uma mesma mulher, e, o que é mais significativo, todos estariam tratando erroneamente a paciente (Tabela-23; VOL. II -Anexos, p. 26).

Sem sombra de dúvidas, o erro diagnóstico observado, se torna alarmante no sentido de que são, o diagnóstico clínico e/ou anamnético, os objetos mais freqüentes da prática diária das atividades do ginecologista. Lida-se com as queixas mais rotineiras das mulheres e toma-se decisões, em grande parte das vezes, da forma mais incorreta.

Por outro lado, foram baixíssimos os valores de sensibilidade e VPP para o diagnóstico clínico especular e, a anamnese, embora melhor a especificidade e o VPN também apresentaram valores abaixo do desejável para todos os tipos de corrimento. Estes valores sugerem o baixo poder discriminatório, que tanto o exame clínico especular quanto a anamnese tem para fazer o correto diagnóstico do

corrimento. Percebe-se em todo o estudo, baixíssimos índices de acerto de todos os tipos de corrimento vaginal, tanto para o diagnóstico feito pelo exame clínico, como, para o inferido das informações anamnésicas isoladas.

Dados como estes já foram apontados no estudo de ALLEN-DAVIS et al., (2002), onde se tentou aferir a capacidade de se estabelecer o diagnóstico do corrimento vaginal através das informações fornecidas pelas pacientes através do telefone.

Seguramente, estes dados, vêm corroborar aquilo que se previa, mas que tem sempre sido relegado a um segundo plano, ou seja: o correto diagnóstico do conteúdo vaginal. Não se pode mais confiar em sinais e sintomas clínicos para os episódios descritos para a candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana, uma vez que em um número muito grande de casos, estes sinais e sintomas não são característicos como nos livros e, muitas vezes, aparecem mascarados.

O excesso de automedicação, a existência de problemas não infecciosos que cursam com o corrimento vaginal, e a inadequação para fazer o exame clínico especular e/ou colher uma anamnese dirigida de qualidade, são fatores que tornam o corrimento vaginal, algo de difícil manuseio nos dias atuais

Na análise do prurido 25,9% das mulheres com corrimento fisiológico tinha queixa de prurido e 45,2% com vaginose também, denota-se que, as pacientes portadoras de corrimentos fisiológicos que apresentaram prurido associado, pudessem estar desenvolvendo algum quadro alérgico concomitante, e, nas vaginoses, talvez se justifique a presença de prurido em função da possibilidade da existência da

vaginose aeróbica diferente da vaginose b. (que é anaeróbica) e que deve ser enfocada, diagnosticada e conduzida diferentemente. Destarte, muitas são as causas que levam uma mulher a apresentar queixa de prurido vulvar além da candidíase.

Observando-se isoladamente os diversos sintomas relatados ou sinais observados, percebem-se os baixos valores discriminatórios.

A disúria, por si só, tem baixa sensibilidade 18,8% e VPP de 16%, para o diagnóstico de candidíase, contrariando, o que o conhecimento atual estabelece como sintoma muito freqüente nesta infecção, porém, em nosso estudo não foi de forma nenhuma corroborado.

A dispareunia, outro sintoma muitas vezes correlacionado com a presença de V.V., esteve ausente na maioria das avaliações, tanto clínicas especulares quanto anamnéticas, porém, nos chama a atenção para o fato de que as pacientes que referenciaram corrimento fisiológico (22,2%) e inflamatório (30%) apresentaram, também, este sintoma.

Com relação à textura do corrimento, é de conhecimento estabelecido até o momento, a correlação da textura pastosa ou grumosa para a presença de candidíase, porém neste estudo, a textura pastosa foi de 25%, grumosa 8% e a grande maioria (58%) aquosa.

A ausência de odor foi encontrada em 37,7% dos casos de candidíase e de forma interessante, 20% das pacientes referiram cheiro de peixe, o que se espera encontrar mais na presença de vaginose bacteriana, por outro lado, 50% das

mulheres referiram odor completamente diferente do esperado para os diagnósticos encontrados. Enfocando a vaginose bacteriana, esta, com relação ao odor, apresentou apenas 42% de peixe, quando na realidade se esperava um índice muito maior para esta referência e, por outro lado, encontrou-se a referência de azedo para 19,4%. Depreende-se, portanto, que a anamnese isoladamente induz, também, a mais este erro.

De uma forma geral, pode-se afirmar que: com relação a candidíase os erros são mais freqüentes nas informações anamnéticas (n=41), (n=21) nos diagnósticos clínicos especulares contra uma realidade de (n=16) diagnósticos laboratoriais. Na vaginose bacteriana, quando observamos apenas as freqüências parecem que tanto o clínico (n=29), quanto o anamnético (n=30) se aproximam do laboratorial (n=31), porém, ao se fazer a análise comparativa percentual dos acertos esta situação muda completamente, ratificando, também aqui, o erro diagnóstico freqüente: acertos clínicos (35,5%), acertos anamnéticos (38,7%), ambos de baixo percentual. Não rara são as vezes em que, logo após, ou mesmo durante o tratamento de uma vaginose, surgem os sintomas clássicos da candidíase, confirmada por exame laboratorial. A vaginose bacteriana associada a candidíase demonstrou, em nosso estudo, ser uma situação que deva merecer mais atenção, pois além de apresentar índices crescentes, implica no fato de que os sinais e sintomas específicos se tornam completamente aleatórios aos padrões consensualmente estabelecidos, isto obriga a que se tenha em mente uma nova abordagem para estas mulheres, pois nas vezes em que as informações anamnéticas levaram a este diagnóstico, isto

não se correlacionou com os achados laboratoriais, que identificaram a ocorrência da associação das doenças em três casos.

Por certo, espera-se que este estudo, possa contribuir de forma significativa com a melhoria da abordagem diagnóstica e terapêutica das mulheres portadoras de corrimento vaginal, grande parcela da população, com casuística superajuntada pela grande quantidade de mulheres assintomáticas, que não procuram atendimento médico rotineiro e que se escondem, afortunadamente, sob o véu de uma prática em saúde não condizente com as suas necessidades. Há, a necessidade de se buscar uma conscientização maior e melhor do problema, que claro está, passa por uma melhoria, sem dúvida, do processo educativo e cultural do nosso povo, mas, que cabe a nós, profissionais da saúde, tentar encontrar meios factíveis, implementá-los, melhorando os diagnósticos, diminuindo as chances de erros, que, por certo, serão as ferramentas que minimizarão os problemas, no sentido de que se possa oferecer uma condição melhor para a saúde feminina da nossa população de mulheres.

6. CONCLUSÕES

Com base no conjunto de dados levantados e resultados obtidos das análises estatísticas conclui-se que:

O exame clínico especular e a anamnese ginecológica sobre o corrimento vaginal, quando analisados isoladamente, são insuficientes para se fazer o correto diagnóstico do conteúdo vaginal tanto o normal quanto o alterado, NA MAIORIA DAS VEZES.

Os percentuais dos acertos do exame clínico especular e da anamnese foram respectivamente: 25% e 37,7% nos casos de candidíase vaginal; 44% e 38,7% nos casos de vaginose bacteriana; 11,1% e 10% nos casos de conteúdo vaginal inflamatório e 39,5% e 24,1% nos casos de conteúdo vaginal fisiológico.

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN do exame clínico especular para o diagnóstico do corrimento vaginal foram respectivamente 30,8%, 79,8%, 18,2% e 88,8% na candidíase vaginal; 44%, 76,6%, 37,9% e 80,8% na vaginose bacteriana; 11,1%, 89,3%, 18,2% e 82,4% no conteúdo vaginal inflamatório e 39,5%, 67,8%, 45,9% e 61,5% no conteúdo vaginal fisiológico.

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da anamnese para o diagnóstico do corrimento vaginal foram respectivamente 37,5%, 67,6%, 14,6% e 88% na candidíase vaginal; 38,7%, 80,6%, 40% e 79,8% na vaginose bacteriana; 10%, 89,4%, 15,4% e 83,8% no conteúdo vaginal inflamatório e 24,1%, 85,7%, 56,5% e 59,4% quando se tratava do conteúdo vaginal fisiológico.

A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN dos sinais e sintomas clínicos relatados para o diagnóstico da candidíase vaginal e da vaginose bacteriana foram respectivamente:

Quantidade (grande/moderada): 37,5%; 61,1%; 12,5%; 86,6% - 35,5%, 60,2%, 22,9% e 73,7%. Prurido: 56,3%; 67,6%; 20,5%; 91,3% - 45,6%, 67,8%, 31,9% e 78,8%. Dispareunia: 37,5%; 73,1%, 17,1%, 88,8% - 32,3%, 73,1%, 28,6% e 76,4%. Disúria: 18,8%; 86,1%; 16,7%; 87,7% - 19,4%; 87,1%, 31,3% e 76,4%.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN-DAVIS, J.T.; BECK, A.; PARKER, R; ELLIS, J.L; POLLEY, D. Assessment of vulvovaginal complaints: accuracy of telephone triage and in-office diagnosis. *Obstet Gynecol*, 99:18-22, 2002.

ALEXANDER, N. J. Sexual transmission of human immunodeficiency virus: virus entry into the male and female genital tract. *Fertil Steril*, 54:1-18, 1990.

AMARAL, E.; FAUNDES, A.; ZANEVELD, L.; WALLER, D.; GARG, S. Study of the vaginal tolerance to acidform, an acid-buffering bioadhesive gel. *Contraception*, 60:361-6, 1999.

AMSEL, R.; TOTTEN, P.A.; SPIEGEL, C.A.; CHIEN, K.C.S.; ESCHENBACH, D.; HOLMES, K.K. Non specific vaginitis, diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med*, 74:14-22, 1983.

AUVARD, L.D.A. Parasites, nevralgies, prurit. In: **Traité pratique de ginecologie**. Octave Doin, Editeurs. Paris:, 1894. p.193.

BAGNOLI, V.R. Experiência clínica com secnidazol na vaginose bacteriana e tricomoníase: uma visão geral. *Drug Invest*, 8(supl.1):53-60, 1994.

BARBONE, F.; AUSTIN, H.; LOUV, W.C.; ALEXANDER, W.J. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol*, 163:510-4, 1990.

BEOLCHI, S.; BRAMBILLA, C.; ROBERTI, P.; FADIN, M.; PANSINI, L.; MAESTRI, L.; MORANDI, C. Vulvo-vaginitis in pediatric age. *Minerva Pediatr*, 45:453-7, 1993.

BERG, A.O.; HEIDRICH, F.E.; FIHN, S.D.; BERGMAN, J.J.; WOOD, R.W.; STAMM, W.E. Establishing the cause of genitourinary symptoms in women in a family practice. Comparison of clinical examination and comprehensive microbiology. *JAMA*, 251:620-5, 1984.

BOZZINI, N. – **Avaliação da flora vaginal no pré e pós-operatório de mulheres submetidas à histerectomia total abdominal por doença benigna.** São Paulo, 1993. [Tese – Mestrado – Universidade de São Paulo].

CLEGHORN, F.R.; JACK, N.; MURPHY, J.R.; EDWARDS, J.; MAHABIR, B.; PAUL, R. et al. HIV-1 prevalence and risk factors among sexually transmitted disease clinic attenders in Trinidad. *AIDS*, 9:389-94, 1995.

DI STEFANO, L.; MASCARETTI, G.; PATACCHIOLA, F.; CASTELLANI-PERELLI, A.; MOSCARINI, M. Vulvo-cervico-vaginal inflammatory pathologies in childhood and adolescence. Our experience. *Minerva Ginecol*, 46:461-5, 1994.

DREW, W.L. Evaluation of the virus permeability of a new condom for a woman. *Sex Transm Dis*, 17:110-2, 1990.

DUARTE, G. Doenças Sexualmente Transmissíveis durante o ciclo grávido- puerperal. In: MORIS, E.N. - **Temas de Obstetrícia.** Ed. Rocca Ltda: São Paulo; 1992. p.385-406.

ECKERT, L.O.; HAWES, S.E.; STEVENS, C.E.; KOUTSKY, L.A.; ESCHENBACH, D.A.; HOLMES, K.K. Vulvovaginal candidiasis: clinical manifestations, risk factors, management algorithm. *Obstet Gynecol*, 92:757-65, 1998.

EGAN, M.E.; LIPSKY, M.S. Topical antifungal agents are the first-line treatments for candidal vaginitis. **Am Fam Physician**, 62:1095-104, 2000.

ESCHENBACH, D.A.; HILLIER, S.L. Advances in diagnostic testing for vaginitis and cervicitis. **J Reprod Med**, 34:555-64, 1989.

FARI, A. Vaginites et endocervicites. **Encycl Med Chir (Elsevier, Paris-France), Gynecologie**, 379-A-10:1-9, 1996.

FLEURY, F.J. Adult vaginitis. **Clin Obstet Gynecol**, 24:407-38, 1981.

FLETCHER, H.R.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. In: Epidemiologia Clínica: elementos essenciais. 3ª ed., Artmed: Porto Alegre. 1996. 281p.

FRIEBE-HOFFMANN, U.; BENDER, D.P.; SIMS, C.J.; RAUCK, P.N. Cândida albicans chorioamnionitis with preterm labor and sudden intrauterine demise of one twin. A case report. **J Reprod Med**, 45:354-6, 2000.

FOXMAN, B. Candida vaginitis: self-reported incidence and associated costs. **Sex Transm Dis**, 27:230-5, 2000

GANGAKHEDKAR, R.R.; BENTLEY, M.E.; DIVEKAR, A.D.; GADKARI, D.; MEHENDALE, S.M.; SHEPHERD, M.E.; BOLLINGER, R.C. et al. Spread of HIV infection in married monogamous women in India. **JAMA**, 278:2090-2, 1997.

GEIGER, A.M.; FOXMAN, B. Risk factors for vulvovaginal candidiasis: a case control study among university students. **Epidemiology**, 7:182-7, 1996.

GIRALDO, P.C.; RIBEIRO-FILHO, A.D.; SIMÕES, J.A.; NOWAKONSKY, A.F.; ALMEIDA, V.C.; CAMPAGNARO, A.L. Dificuldades na interpretação clínica das vulvovaginites. **Bol Inform Union**, 19:12-7, 1994.

GIRALDO, P.C.; RIBEIRO-FILHO, A.D.; SIMÕES, J.A.; NEUER, A.; FEITOSA, S.B.; WITKIN, S.S. Circulating heat shock proteins in women with a history of recurrent vulvovaginitis. ***Infect Dis Obstet Gynecol***, 7:128-32, 1999.

GIRALDO, P.C.; VON NOWASKONSKI, A.; GOMES, F.A.M.; LINHARES, I., NEVES, N.A.; WITKIN, S.S. Vaginal colonization by *Candida* in asymptomatic women with an without a history of recurrent vulvovaginal candidiasis. ***Obstet Gynecol***, 95:413:6, 2000.

HAEFNER, H.K Current evaluation and management of vulvovaginitis. ***Clin Obstet Gynecol***, 42:184-95, 1999.

HAY, P.E.; LAMONT, R.F.; TAYLOR-ROBINSON, D.; MORGAN, D.J.; ISON, C.; PEARSON, J. Abnormal bacterial colonization of the genital tract and subsequent preterm delivery and late miscarriage. ***BMJ***, 308:295-8, 1994.

HAY, P.E. Recurrent bacterial vaginosis. ***Dermatol Clin***, 16:769-73, 1998.

HILL, G.B. The microbiology of bacterial vaginosis. ***Am J Obstet Gynecol***, 169:450-4, 1993.

HILLIER, S.L.; KROHN, M.A.; CASSEN, E.; EASTERLING, T.R.; RABE, L.K.; ESCHENBACH, D.A. - The role of bacterial vaginosis and vaginal bacteria in amniotic fluid infection in women in preterm labor with intact fetal membranes. ***Clin Infect Dis***, 20(suppl.2): S276-8, 1995.

HOROWITZ, B.J.; GIAQUINTA, D.; ITO, S. Evolving pathogens in vulvovaginal candidiasis: implications for patient care. ***J Clin Pharmacol***, 32:248-55, 1992.

HOOTON, T.M.; ROBERTS, P.L., STAMM, W.E. Effects of recent sexual activity and use a diaphragm on the vaginal microflora. ***Clin Infect Dis***, 19:274-8, 1994.

JONES, W.R. Allergy to coitus. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 31:137-41, 1991.

KENT, H.L. Epidemiology of vaginitis. *Am J Obstet Gynecol*, 165:1168-76, 1991.

KREISS, J.; NGUGI, E.; HOLMES, K.; NDINYA-ACHOLA, J.; WAIYAKI, P.;
ROBERTS, P.L. et al. Efficacy of monoxynol-9 contraceptive sponge use in
preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes. *JAMA*, 268:477-
82, 1992.

LAGA, M.; MANOKA, A.; KIVUVU, M.; MALELE, B.; TULIZA, M.; NZILA, N. et al.
No-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission
in women: results from a cohort study. *AIDS*, 7:95-102, 1993.

LARSEN, B.; GALASK, R.P. Vaginal microbial flora: composition and influence of
host physiology. *Ann Intern Med*, 96:126, 1982.

LAZZARIN, A.; SARACCO, A.; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A. – ITALIAN STUDY
GROUP ON HIV HETEROSSEXUAL TRANSMISSION Man-to-woman sexual
transmission on the human immunodeficiency virus. Risk factors related to sexual
behavior, man's infectiousness, and woman's susceptibility. *Arch Intern Med*,
151:2411-6, 1991.

LEVINE, W.C.; POPE, V.; BHOOMKAR, A.; BULLARD, J.; ZALDI, A.; TAMBE, P.
Increase in endocervical CD4 lymphocytes in women with no-ulcerative STD. In:
TENTH INTERNATIONAL CONFERENCE ON AIDS, 2, Yokohama - Japan, 1994.
Abstracts, p. 41 (Abstract, 457 C).

LINHARES, I.M.; BAGNOLI, V.R.; HALBE, H.W. Vaginose Bacteriana, candidose e
tricomoníase. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 2^a ed., Rocca Ltda: São
Paulo; 1993. p.875-80.

LIPOVA, V.A.; ERMOLOVA, T.P.; KOTOV, V.A. Comparative evaluation of clinic, cytological and cell culture methods of candida vulvovaginitis diagnosis. **Arkh Patol**, 63:48-50, 2001.

LOSSICK, J.G.; KENT, H.L. Trichomoniasis: trends in diagnosis and management. **Am J Obstet Gynecol**, 165:1217-22, 1991.

LOWE, N.K. A clinical test of women's self-diagnosis of genitourinary infections. **Clin Nur Res**, 9:144:60, 2000.

MARTIN, H.L.; RICHARDSON, B.A.; NYANGE, P.M.; LAVREYS, L.; HILLIER, S.L.; COHAN, B. et al. Vaginal lactobacilli, microbial flora and risk of human immunodeficiency virus type 1 and sexually transmitted disease acquisition. **J Infect Dis**, 180:1863-8, 1999.

MAGALHÃES, J. **Avaliação do condom feminino em mulheres vivendo com o HIV**. Campinas, 2001. [Tese - Doutorado -Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP].

MCCUE, J.D. Evaluation and management of vaginitis. An update for primary care practitioners. **Arch Intern Med**, 149:565-8, 1998.

McGREGOR, J.A.; PONT, A. Contraindication of Ketoconazole in Pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 150:793-7, 1984.

McGREGOR, J. A.; FRENCH, J.I.; RICHTER, R.; FRANCO-BUFF, A.; JHONSON, A.; HILLER, S. et al. Antenatal microbiologic and maternal risk factors associated with prematurity. **Am.J Obstet Gynecol**, 163:1465-73, 1990.

McGREGOR, J.A.; FRENCH, J.I.; SEO. K. - Premature rupture of membranes and bacterial vaginosis. **Am J Obstet Gynecol**, 169:463-6, 1993.

MEDA, N.; LEDRU, S.; FOFANA, M.; LAKOANDE, S.; SOULA, G.; BAZIE, A.J.; CHIRON, J.P.; - Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection among women with genital infections in Burkina Faso. *Int J STD-AIDS*, Jul-Aug; 6(4):233-7, 1995.

MISHELL Jr., D.R.; KIRSCHBAUM, T.H.; MORROW, C.P. – In: **The Year Book of Obstetrics and Gynecology** - Mosby Year Book. Chicago; 1992. 306p.

MONIF, G.R. Classification and pathogenesis of vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol*, 152:935-9, 1985.

MOSS, G.B.; CLEMETSON, D.; D’COSTA, L.; PLUMMER, F.A.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; REILLY, M. et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus. Results of a study of couples in Nairobi – Kenia. *J Infect Dis*, 164:588-91, 1991.

PERERA, J.; CLAYTON, Y. - Incidence, species distribution and antifungal sensitivity pattern of vaginal yeast in Sri Lanka women. – *Mycoses*, 37:357-60, 1994.

PETRIN, D.; DELGATY, K.; BHATT, R.; GARBER, G. Clinical and microbiological aspects of *Trichomonas vaginalis*. *Clin Microbiol Rev*, 11:300-17, 1998.

PLUMMER, F.A.; SIMONSEN, J.N.; CAMERON, D.W.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; KREISS, J.K.; GAKYNYA, M.N. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis*, 163:233-9, 1991.

QUAN, M. Vaginitis: meeting the clinical challenge. *Clin Cornerstone*, 3:36-47, 2000.

REDONDO-LOPES, V.; MERIWETHER, C.; SCHIMITT, C.; OPITZ, M.; COOK, R.; SOBEL, J.D. Vulvovaginal candidiasis recurrent bacterial vaginosis. ***Sex Transm Dis***, 17:51-3, 1990.

REED, B.D. - Risk factors of Candida Vulvovaginitis. ***Obstet Ginecol Survey***, 47:551-60, 1992.

REED, B.D.; EYLER, A. Vaginal infections: diagnosis and management. ***Am Fam Physician***, 47:1805-18, 1993.

REED, B.D.; GORENFLO, D.W.; GILLESPIE, B.W.; PIERSON, C.L.; ZAZOVE, P.- Sexual behaviors and other risk factors for Candida vulvovaginitis. ***J Womens Health Geend Based Med***,9:645-55, 2000.

RIBEIRO-FILHO, A.D. **A pertinência da consulta ginecológica nos centros de testagem anônima (CTA) do vírus da imunodeficiência humana (HIV)**. Campinas, 2000. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP].

RIVASI, F.; GASSER, B; BAGNI, A.; FICARRA, G.; NEGRO, R.M.; PHILIPPE, E. – Placental candidiasis: report of four cases, one with villitis. ***APMIS***, 106:(1165-9, 1998.

SANCHEZ-VEGA, J.T.; TAY-ZAVALA, J.; RUIZ-SANCHES, D.; RUIZ-HERNANCEZ, A.; ROBERT-GUERRERO, L.; FERNANDEZ-PRESAS, A.M. et al. Frequency of vaginal trichomoniasis and candidiasis and its relation to the clinical profile. ***Rev Latinoam Microbiol*** 35:211-6, 1993.

SCHAAF, VM; PEREZ-STABLE, EJ; BOUCHARDT, K. (Univ of Califórnia, Berkeley and San Francisco State Univ.). **The Limited Value of Symptoms and Signs in the Diagnosis of Vaginal Infections. *Arch Intern Med***, 150:1929-33, 1990.

SEWANKAMBO, N.; GRAY, R.H.; WAWER, M.J.; PAXTON, L.; McNAIM, D.; WABWIRE-MANGEN, F.; SERWADDA, D. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. **Lancet**, 350:546-50, 1997.

SIMÕES, J.A.; GIRALDO, P.C.; RIBEIRO-FILHO, A.D.. FAUNDES, S.A. – Prevalência e Fatores de Risco Associados às Infecções Cérvico-Vaginais durante a Gestação. **Rev Bras Ginec Obstet**, 18:459, 1996.

SKINNER, C.J.; STOKES, J.; KIRLEW, Y.; KAVANAGH, J.; FORSTER, G.E. A case-controlled study of the sexual health needs of lesbians. **Genitourin Med**, 72:277-80, 1996.

SOBEL, J.D. Bacterial vaginosis. **Br J Clin Pract Infect**, 71(suppl):65-9, 1990.

SOBEL, J.D Pathogenesis and treatment of recurrent vulvovaginal candidiasis. **Clin Infect Dis**, 14(suppl 1):148-53, 1992.

SOBEL, J.D. Candidal vulvovaginitis. **CLin Obstet Gynecol**, 36:153-65, 1993.

SOBEL, J.D. Vaginitis. **New Engl J Med**, 337:1896-903, 1997

SOBEL, J.D. Vulvovaginitis in healthy women. **Compr Ther**, 25:335-46, 1999.

SPINILLO, A.; CAPUZZO, E.; NICOLA, S.; BALTARO, F.; FERRARI, A.; MONACO, A. The impact of oral contraception on vulvovaginal candidiasis. **Contraception**, 51:293-7, 1995.

STEWART, D.E.; WHELAN, C.I.; FONG, I.W.; TESSLER, K.M. Phsycosocial aspects of chronic, clinically unconfirmed vulvovaginitis [see omments]. **Obstet Gynecol**, 76:852-6, 1990.

TELES, E.P.B. **Prevalência, Acurácia do Diagnóstico Clínico e Fatores Associados a Infecções do Trato Genital Feminino**. Campinas, 1994. [Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP].

VANDEPITTE, J.; ENGBAEK, K.; PIOT, P.; HEUCK, C.C. **Procedimentos laboratoriais em bacteriologia clínica**. Liv. Ed Santos, Organização Mundial da Saúde, 1994. p.52-61.

VAN DE WIJGERT, J.H.; MASON, P.R.; GWANZURA, L.; MBIZVO, M.T.; CHIRENJE, Z.M.; ILLIF, V.; SHIBOSKI, S.; PADIAN, N.S. – Intravaginal flora disturbances and acquisition of sexually transmitted disease in Zimbabwean women. **J Infect Dis**, 181:587-94, 2000.

VOELLER, B.; COULTER, S.L.; MAYHAN, K.G. Letters to the editor. Gas, dye and viral transport through polyurethane condoms. **J Am Med Assoc**, 266:2966-7, 1991.

WIESENFELD, H.C. The infrequent use of office-based diagnostic tests for vaginitis. **Am J Obstet Gynecol**, 18:38-41, 1999.

WITKIN, S.S. Immunology of the vagina. **Clin Obstet Gynecol**, 36:122-8, 1993.

8. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A. – **Manual para normatização de publicações técnico-científicas.** 4^a ed., Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98 (alterada 2002).

FRANCIS DE ASSIS MORAES GOMES

**VALOR DO EXAME CLÍNICO ESPECULAR
E DA ANAMNESE PARA O
DIAGNÓSTICO DO CORRIMENTO VAGINAL**

**VOLUME II
ANEXOS**

Tese de Doutorado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
Título de Doutor em Tocoginecologia

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO CÉSAR GIRALDO

UNICAMP

2003

Este volume contém todos os anexos desta obra. Optamos por realizá-lo separadamente do volume principal do texto, para proporcionar maior facilidade de leitura e acompanhamento dos gráficos, tabelas e ilustrações, evitando-se as idas e vindas freqüentes e constantes, bem como, permitir uma melhor disposição do texto ao longo da obra.

Anamense, *s.f.* (*gr. anamnesis*) – 1. reminiscências, recordação – 2. (liturg) oração que é dita na missa após a elevação e que recorda a paixão do Redentor. 3.-Figura pela qual o orador simula lembrar em ocasião onde simula estar se esquecendo. 4- Méd. Reaquisição da memória, regresso da memória. 5- Méd. Histórico dos antecedentes de uma doença (doenças anteriores, caracteres hereditários, condições de vida, etc...

Anamnésico, *adj.* – o mesmo que anamnóstico

Anamnóstico, *adj.* – (*gr. Anamnesticos*), 1. Relativo ou pertencente a anamnese. 2.-Que ativa a memória. Remédios anamnósticos. 3-Referentes aos antecedentes de uma doença. 4- Farm. Remédios para ativar a memória.

Anamnóstico. *Adj.* – o mesmo que anamnóstico

Apud: Dicionário Brasileiro – Encyclopaedia Britannica do Brasil Publicações Ltda, Vol I, 125, 1976

SUMÁRIO DOS ANEXOS

Tabela 1	Características Gerais. Sexuais e Gineco-obstétricas de 124 mulheres com corrimento vaginal	1
Tabela 2	Principais sinais e sintomas relatados por 124 mulheres com corrimento vaginal	2
Tabela 3-A	Características gerais do conteúdo vaginal de 124 mulheres observadas por três médicos na mesma consulta ginecológica (372 observações clínicas especulares) e os diagnósticos laboratoriais (continua na Tabela 3-B)	3
Tabela 3-B	Características gerais do conteúdo vaginal de 124 mulheres observadas por três médicos na mesma consulta ginecológica (372 observações clínicas especulares) e os diagnósticos laboratoriais. (continuação da Tabela 3-A)	4
Tabela 4	Frequência e percentual de diagnósticos clínicos especulares, anamnésticos e laboratoriais do conteúdo vaginal de 124 mulheres	5
Gráfico 4	Frequência e percentual de diagnósticos clínicos especulares, anamnésticos e laboratoriais do conteúdo vaginal de 124 mulheres	6
Tabela 5	Hipóteses diagnósticas feitas pelo exame clínico especular do corrimento vaginal de 124 mulheres segundo os diagnósticos laboratoriais	7
Gráfico 5	Hipóteses diagnósticas feitas pelo exame clínico especular do corrimento vaginal de 124 mulheres segundo os diagnósticos laboratoriais	8
Tabela 6 e Gráfico 6	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo das hipóteses diagnósticas clínicas especulares do corrimento vaginal de 124 mulheres, tendo como padrão outro o diagnóstico laboratorial	9
Tabela 7 e Gráfico 7	Hipóteses diagnósticas anamnésticas do corrimento vaginal, elaboradas a partir dos sintomas relatados por 124 mulheres, segundo os diagnósticos laboratoriais.	10
Tabela 8 e Gráfico 8	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo das hipóteses diagnósticas anamnésticas do corrimento vaginal de 124 mulheres, tendo como padrão outro o diagnóstico laboratorial	11
Tabela 9 e Gráfico 9	Frequência e percentual do corrimento vaginal em grande ou moderada quantidade observada pelo exame clínico especular segundo o diagnóstico laboratorial	12

Tabela 10 e Gráfico 10	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da presença do corrimento vaginal em grande ou moderada quantidade no diagnóstico das diferentes vulvovaginites de 124 mulheres	13
Tabela 11 e Gráfico 11	Frequência e percentual de prurido relatado por 124 mulheres com corrimento vaginal segundo os diagnósticos laboratoriais	14
Tabela 12 e Gráfico 12	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da presença de prurido vulvovaginal relatado por 124 mulheres com corrimento vaginal	15
Tabela 13 e Gráfico 13	Frequência e percentual das queixas de disúria relatadas por 124 mulheres com corrimento vaginal segundo o diagnóstico laboratorial	16
Tabela 14 e Gráfico 14	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da queixa de disúria relatada por 124 mulheres com corrimento vaginal	17
Tabela 15 e Gráfico 15	Frequência e percentual de dispareunia relatado por 124 mulheres com corrimento vaginal segundo os diagnósticos laboratoriais	18
Tabela 16 e Gráfico 16	Sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo da dispareunia relatada por 124 mulheres com corrimento vaginal	19
Tabela 17 e Gráfico 17	Frequência e percentual das observações clínicas especulares sobre a textura do corrimento de 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	20
Tabela 18 e Gráfico 18	Frequência e percentual das informações anamnéticas da textura do corrimento relatadas por 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	21
Tabela 19 e Gráfico 19	Frequência e percentual das observações clínicas especulares do odor do corrimento de 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	22
Tabela 20 e Gráfico 20	Frequência e percentual das observações anamnéticas do odor do corrimento de 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	23
Tabela 21 e Gráfico 21	Frequência e percentual das observações clínicas especulares da cor do corrimento de 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	24
Tabela 22 e Gráfico 22	Frequência e percentual das observações anamnéticas da cor do corrimento de 124 mulheres segundo o diagnóstico laboratorial	25
Tabela 23	Diagnóstico laboratorial e hipóteses diagnósticas clínicas especulares discordantes de 22 mulheres com corrimento vaginal	26
Tabela 24	Diagnóstico laboratorial e impressões clínicas especulares discordantes sobre a textura do conteúdo vaginal em 21 mulheres	27

Tabela 25	Diagnóstico laboratorial e impressões clínicas especulares discordantes sobre a cor do conteúdo vaginal em 15 mulheres	28
Tabela 26	Diagnóstico laboratorial e impressões clínicas especulares discordantes sobre o odor do conteúdo vaginal em 5 mulheres	28
Tabela 27 e Gráfico 27	Percentual de acertos diagnósticos clínicos especulares segundo os diagnósticos laboratoriais de 124 mulheres com corrimento vaginal	29
Tabela 27 e Gráfico 27	Frequência e percentual de acertos diagnósticos anamnésicos segundo os diagnósticos laboratoriais de 124 mulheres com corrimento vaginal	30
	Imagens da leitura a fresco do corrimento vaginal na candidíase, tricomoníase e vaginose (imagens arquivo AIG)	31
	Ficha de coleta pré-codificada elaborada especialmente para este estudo	32, 33 e 34
	Ficha de atendimento do Ambulatório Geral de Infecções Genitais da UNICAMP	35, 36, 37 e 38
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	39

Uma imagem vale mais que
mil palavras....
Ditado popular

Anexo
1
Tabelas
e
Gráficos

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS GERAIS, SEXUAIS E GÍNECO-OBSTÉTRICAS DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Idade			Tipo de Coito		
<= 20	4	3,2	Sem relações	4	3,2
21 a 30	42	33,8	Vaginal	59	47,5
31 a 40	45	36,2	Vaginal + Anal	20	16,1
Acima de 40	33	26,6	Vaginal + oral	10	8,0
Estado Marital			Múltiplos	26	20,9
Solteira	22	17,7	Não informaram	5	4,0
Casada/amasiada	91	73,3	Parceiros últimos 6 meses		
Separada/viuva	11	8,8	Nenhum	5	4,0
Cor da pele			1	106	85,4
Branca	102	82,2	2	6	4,8
Não brancas	22	17,7	3 ou mais	7	5,6
Escolaridade			Relações sexuais /semana		
Nenhuma	11	8,8	Nenhuma	7	5,6
1º grau	75	60,4	1 a 3	99	80,6
2º grau	34	27,4	4 ou mais	18	14,5
3º grau/universit.	4	3,2	Tipos de parceiros		
Paridade			Nenhum	5	4,0
Nenhuma	30	24,1	Heterossexuais	115	92,7
1 e 2	57	45,9	Homo/bisexuais	4	3,2
3 ou mais	37	29,8	DSTs prévias/paciente		
Abortamentos			Não	102	82,2
Nenhum	99	79,8	Sim	19	15,3
1	19	15,3	Não soube informar	3	2,4
2 ou mais	6	4,8	Vulvovaginites anteriores		
Parceiros sexuais na vida			Não	25	20,1
1 (único)	45	36,2	Sim	99	79,8
2	24	19,3			
3 ou mais	55	44,3			
Início da atividade sexual					
< 15	32	25,8			
16 a 20	66	53,2			
21 acima	26	20,9			

TABELA 2 – PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS RELATADOS POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Início dos sintomas			Odor		
< 1 mês	27	21,7	Sem corrimento	6	4,8
De 1 a 12 meses	30	24,1	Ausente	60	48,3
> 1 ano	67	54,0	Peixe	24	19,3
			Azedo (acri)	27	21,7
Quantidade			Outro	7	5,6
Ausente	6	4,8	Prurido vulvovaginal (informacao paciente)		
Pouco	43	34,6	Ausente	67	54,0
Moderado	29	23,3	Leve	13	10,4
Muito	46	37,1	Moderado	12	9,0
			Intenso	32	25,8
Textura			Disúria		
Sem corrimento	6	4,8	Ausente	90	72,5
Aquoso	41	33,0	Leve	16	12,9
Pastoso	58	46,7	Moderada	12	9,6
Mucóide	12	9,6	Intensa	6	4,8
Grumoso	7	5,6	Dispareunia		
Cor			Ausente	68	54,8
Sem corrimento	6	4,8	Leve	21	16,9
Branco	67	54,0	Moderada	19	15,3
Amarelo	46	37,1	Intensa	16	12,9
Outra	5	4,0			

TABELA 3-A - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTEÚDO VAGINAL DE 124 MULHERES OBSERVADAS POR TRÊS MÉDICOS NA MESMA CONSULTA GINECOLÓGICA (372 OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES) E OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Características do conteúdo vaginal pelo Diagnóstico Clínico Especular	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL											
	Cand. +											
	Candidiase		Vaginose b.		vaginose b.		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quantidade												
Ausente	1	2,1	2	2,2	0	0,0	11	18,3	2	1,2	16	4,3
Pouco	28	58,3	50	53,8	5	55,6	37	61,7	90	55,6	210	56,5
Moderado	16	33,3	30	32,3	4	44,4	9	15,0	62	38,3	121	32,5
Muito	3	6,3	11	11,8	0	0,0	3	5,0	8	4,9	25	6,7
Textura												
Aquoso	22	45,8	35	37,6	5	55,6	28	46,7	67	41,4	157	42,2
Pastoso	14	29,2	36	38,7	2	22,2	10	16,7	41	25,3	103	27,7
Mucóide	5	10,4	19	20,4	2	22,2	8	13,3	36	22,2	70	18,8
Grumoso	7	14,6	2	2,2	0	0,0	5	8,3	13	8,0	27	7,3
Sem corrimento	0	0,0	1	1,1	0	0,0	9	15,0	5	3,1	15	4,0

TABELA 3-B - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CONTEÚDO VAGINAL DE 124 MULHERES OBSERVADAS POR TRÊS MÉDICOS NA MESMA CONSULTA GINECOLÓGICA (372 OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES) E OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS. (continuação da Tabela 3-A)

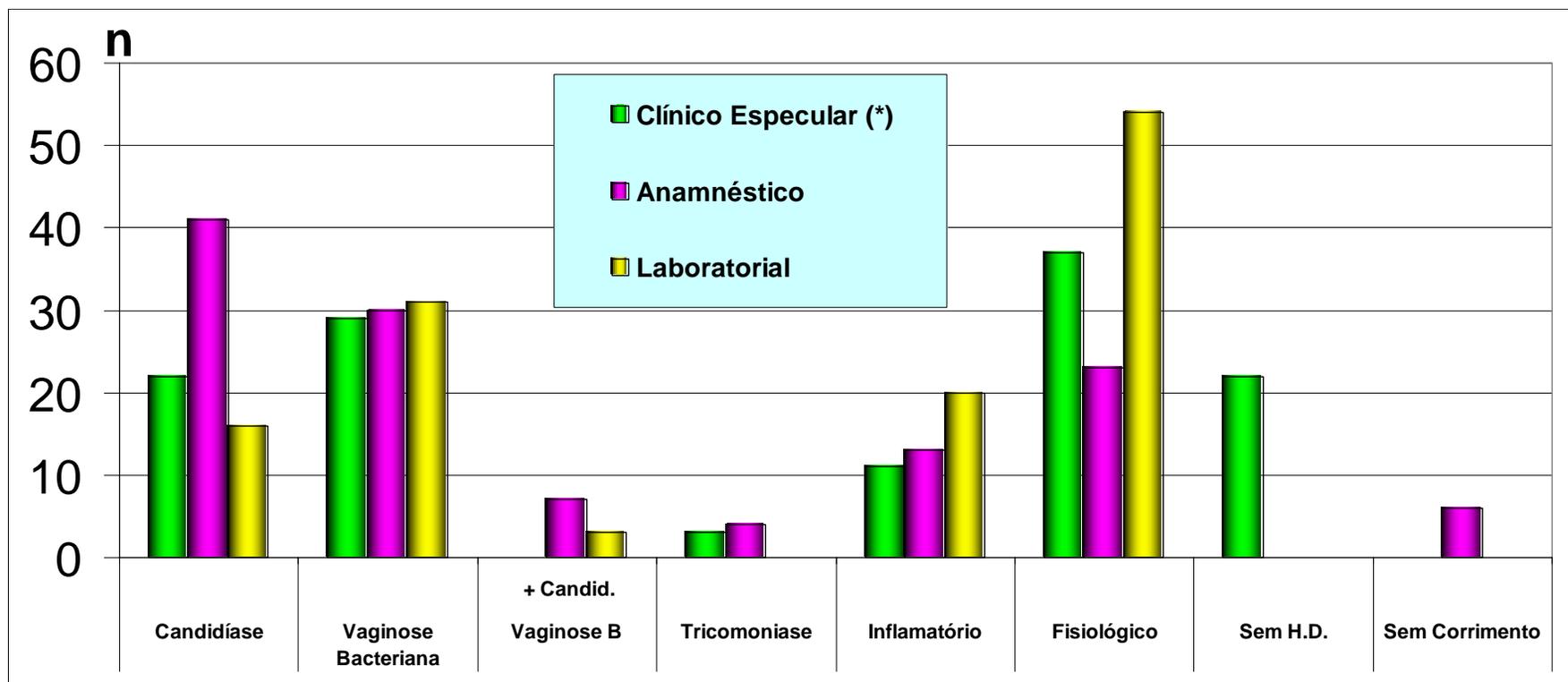
Características do conteúdo vaginal Exame Clínico Especular	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL											
	Candidíase.											
	Candidíase		Vaginose bact.		+ vaginose b.		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cor												
Branco	36	75,0	63	67,7	6	66,7	27	45,0	123	75,9	255	68,5
Amarelo	6	12,5	18	19,4	0	0,0	9	15,0	24	14,8	57	15,3
Outra	3	6,2	9	9,7	3	33,3	9	15,0	9	5,6	33	8,9
Sem corrimento	3	6,2	3	3,2	0	0,0	15	25,0	6	3,7	27	7,3
Odor												
Ausente	33	68,7	69	74,2	6	66,7	42	70,0	144	88,9	294	79,0
Peixe	6	12,5	15	16,1	3	33,3	18	30,0	6	3,7	48	12,9
Azedo	6	12,5	6	6,5	0	0,0	0	0,0	3	1,9	15	4,0
Sem corrimento	3	6,2	3	3,2	0	0,0	0	0,0	9	5,6	15	4,0

TABELA 4 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS ESPECULARES, ANAMNÉSTICOS E LABORATORIAIS DO CONTEÚDO VAGINAL DE 124 MULHERES

Diagnósticos	Candidíase		Vaginose Bacteriana		Vaginose B + Candid.		Tricomoníase		Inflamatório		Fisiológico		Sem H.D. (*)		Sem Corri-mento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Clínico Especular	22	17,7	29	23,4	0	0,0	3	2,4	11	8,9	37	29,8	22	17,7	0	0,0	124	100,0
Anamnóstico	41	33,1	30	24,2	7	5,6	4	3,2	13	10,5	23	18,5	0	-	6	4,8	124	100,0
Laboratorial	16	12,9	31	25,0	3	2,4	0	0,0	20	16,1	54	43,5	0	-	0	0,0	124	100,0

(*) No diagnóstico clínico especular do corrimento vaginal, 22 mulheres ficaram sem diagnóstico final por não ter ocorrido nenhuma concordância entre os 3 observadores e estes em relação ao diagnóstico laboratorial.

GRÁFICO 4 – FREQUÊNCIA DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS ESPECULARES, ANAMNÉSTICOS E LABORATORIAIS DO CONTEÚDO VAGINAL DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO



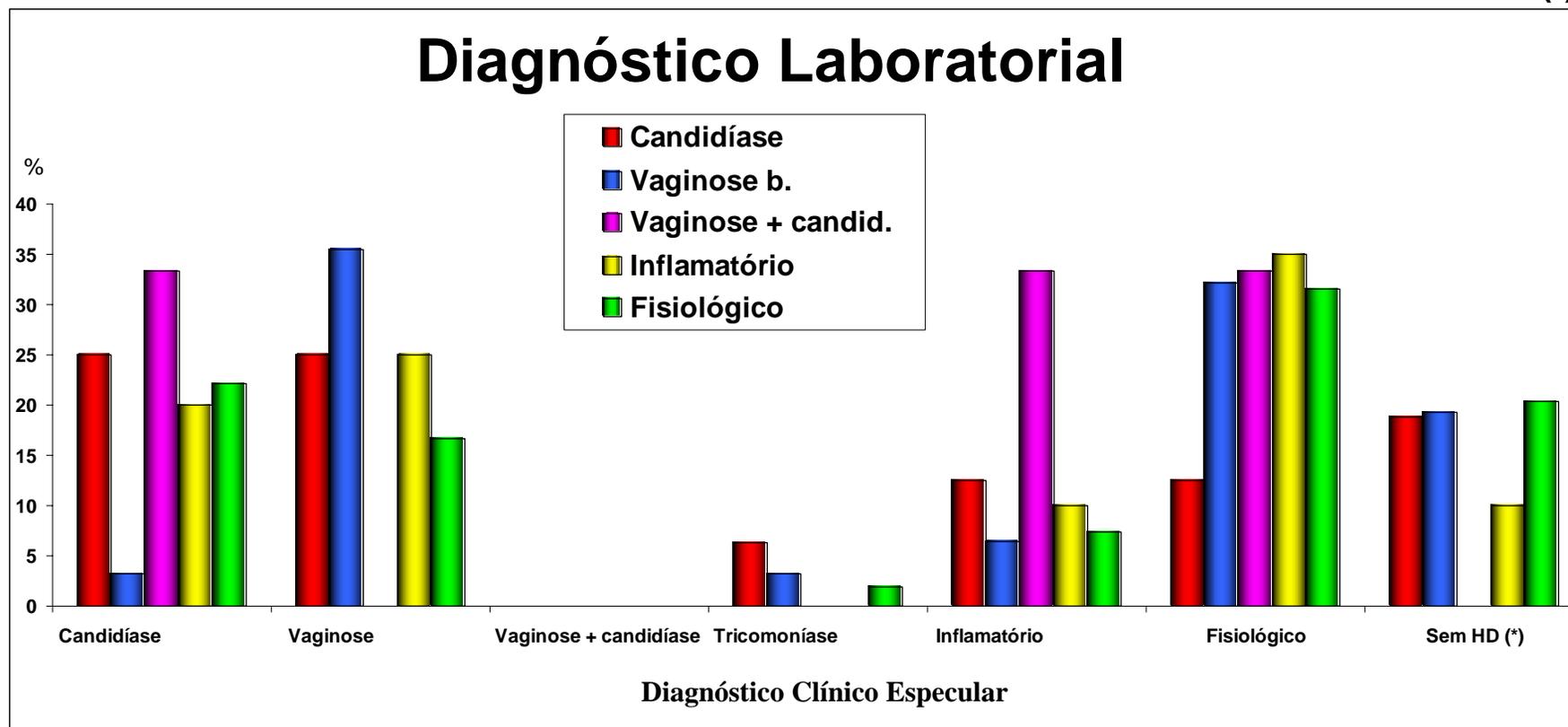
() No diagnóstico clínico especular do corrimento vaginal 17,7% das mulheres ficaram sem diagnóstico por não ter ocorrido nenhuma concordância entre os 3 observadores e estes em relação ao diagnóstico laboratorial.*

TABELA 5 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FEITAS PELO EXAME CLÍNICO ESPECULAR DO CORRIMENTO VAGINAL EM 124 MULHERES SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

H.D. clínica especular	Candidíase		Vaginose b.		Vaginose + candidíase		Inflamatório		Fisiológico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candidíase	4	25,0	1	3,2	1	33,3	4	20,0	12	22,2
Vaginose	4	25,0	11	35,5	0	0,0	5	25,0	9	16,7
Vaginose + candidíase	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tricomoniase	1	6,3	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,9
Inflamatório	2	12,5	2	6,4	1	33,3	2	10,0	4	7,4
Fisiológico	2	12,5	10	32,2	1	33,3	7	35,0	17	31,5
Sem HD (*)	3	18,8	6	19,3	0	0,0	2	10,0	11	20,4
Total	16	100,0	31	100,0	3	100,0	20	100,0	54	100,0

(*) *Observação: Não houve qualquer concordância entre as HD dos observadores e o diagnóstico laboratorial em 22 casos. Considerou-se “acerto”, quando dois ou mais observadores concordaram na Hipótese Diagnóstica .*

GRÁFICO 5 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FEITAS PELO EXAME CLÍNICO ESPECULAR DO CORRIMENTO VAGINAL EM 102 MULHERES SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS (*)



(*) Observação: Não houve qualquer concordância entre as HD dos observadores e o diagnóstico laboratorial em 22 casos. Considerou-se “acerto”, quando dois ou mais observadores concordaram na Hipótese Diagnóstica. O percentual dos valores foi referenciado ao total da amostra (124 mulheres)

TABELA 6 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS “CLÍNICAS ESPECULARES” DO CORRIMENTO VAGINAL DE 124 MULHERES, TENDO COMO PADRÃO OURO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Diagnóstico laboratorial	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	11,1	89,3	18,2	82,4
Candidíase	30,8	79,8	18,2	88,8
Fisiológico	39,5	67,8	45,9	61,5
Vaginose bacteriana	44,0	76,6	37,9	80,8
VB + Candidíase	0,0	62,6	0,0	95,4

GRÁFICO 6 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DAS HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS ESPECULARES DO CORRIMENTO VAGINAL DE 124 MULHERES, TENDO COMO PADRÃO OURO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

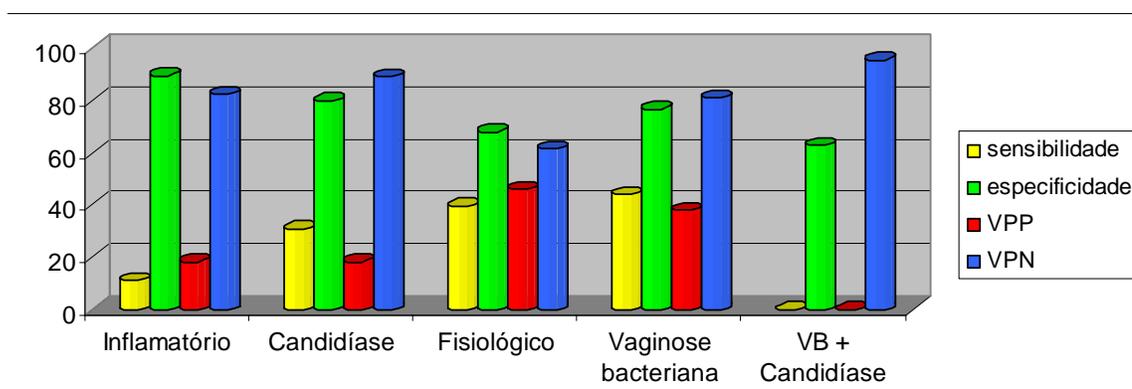


TABELA 7 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS ANAMNÉSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL ELABORADAS A PARTIR DOS SINTOMAS RELATADOS POR 124 MULHERES, SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Diagnóstico Anamnésico	Diagnóstico Laboratorial (*)									
	Inflamatório		Candidíase		Fisiológico		Vaginose		Vaginose + Candidíase	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candidíase	10	50,0	6	37,5	15	27,8	7	22,6	3	100,0
Tricomoníase	2	10,0	1	6,25	1	1,9	0	0,0	0	0,0
Fisiológico	3	15,0	2	12,5	13	24,1	5	16,1	0	0,0
Inflamatório	2	10,0	0	0,0	8	14,8	3	9,7	0	0,0
Vaginose	2	10,0	4	25	12	22,2	12	38,7	0	0,0
Vaginose b. + Candidíase	0	0,0	1	6,25	3	5,6	3	9,7	0	0,0
Sem corrimento (**)	1	5,0	2	0,0	2	3,7	1	3,2	0	0,0
Total	20	100,0	16	100,0	54	100,0	31	100,0	3	100,0

(*) – Diagnóstico laboratorial para tricomoníase igual a zero.

(**) – Cerca de 6 mulheres foram rotuladas como sem corrimento, porém foram incluídas no estudo, por apresentarem corrimento no momento da introdução do espéculo.

GRÁFICO 7 - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL ELABORADAS A PARTIR DOS SINTOMAS RELATADOS POR 124 MULHERES, SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

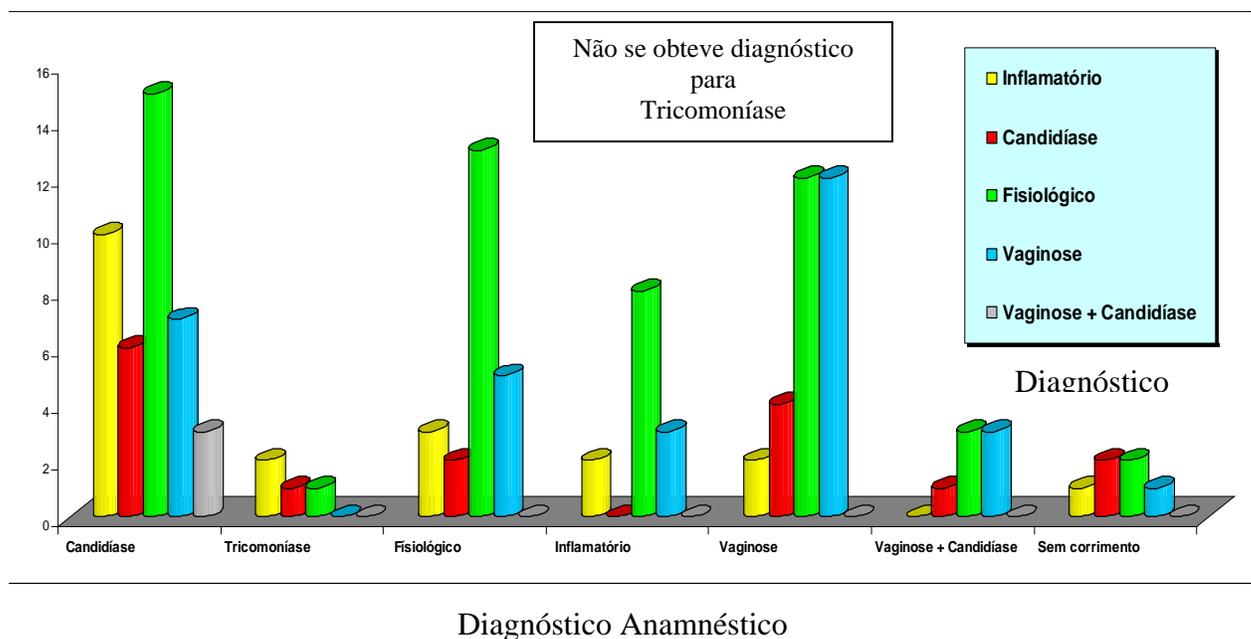


TABELA 8 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DAS HIPÓTESES ANMNÉSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL DE 124 MULHERES, TENDO COMO PADRÃO OURO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Diagnóstico laboratorial	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	10,0	89,4	15,4	83,8
Candidíase	37,5	67,6	14,6	88,0
Fisiológico	24,1	85,7	56,5	59,4
Vaginose bacteriana	38,7	80,6	40,0	79,8
VB + Candidíase	0,0	94,2	0,0	97,4

GRÁFICO 8 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DAS HIPÓTESES ANMNÉSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL DE 124 MULHERES, TENDO COMO PADRÃO OURO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

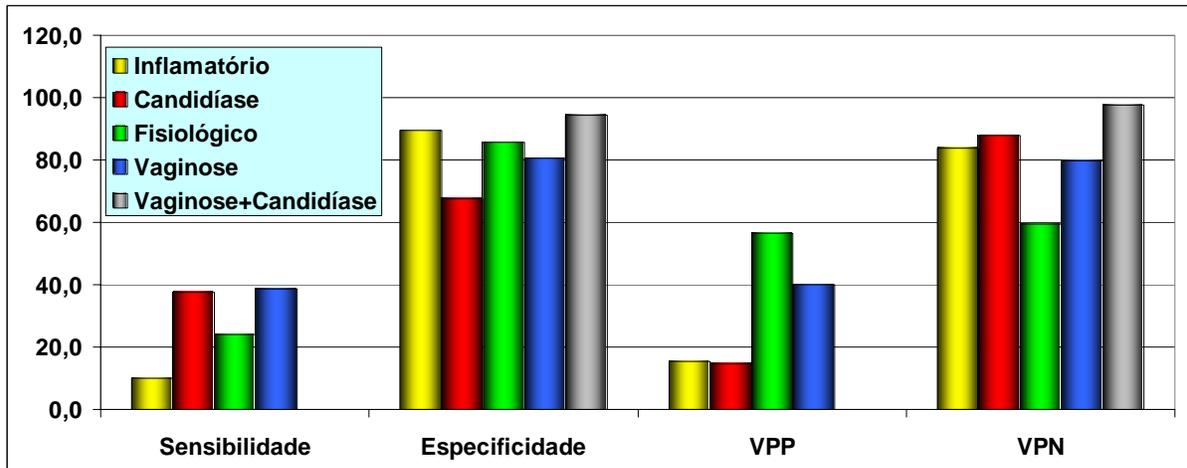


TABELA 9 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DO CORRIMENTO VAGINAL EM GRANDE OU MODERADA QUANTIDADE OBSERVADA PELO EXAME CLÍNICO ESPECULAR SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Quantidade	Inflamatório		Candidíase		Fisiológico		Vaginose		Vaginose B. + Candidíase	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente/Pouco	11	55,0	10	62,5	33	61,1	20	64,5	2	66,7
Grande/Moderada	9	45,0	6	37,5	21	38,9	11	35,5	1	33,3
Total	20	100,0	16	100,0	54	100,0	31	100,0	3	100,0

GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DO CORRIMENTO VAGINAL EM GRANDE OU MODERADA QUANTIDADE OBSERVADA PELO EXAME CLÍNICO ESPECULAR SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

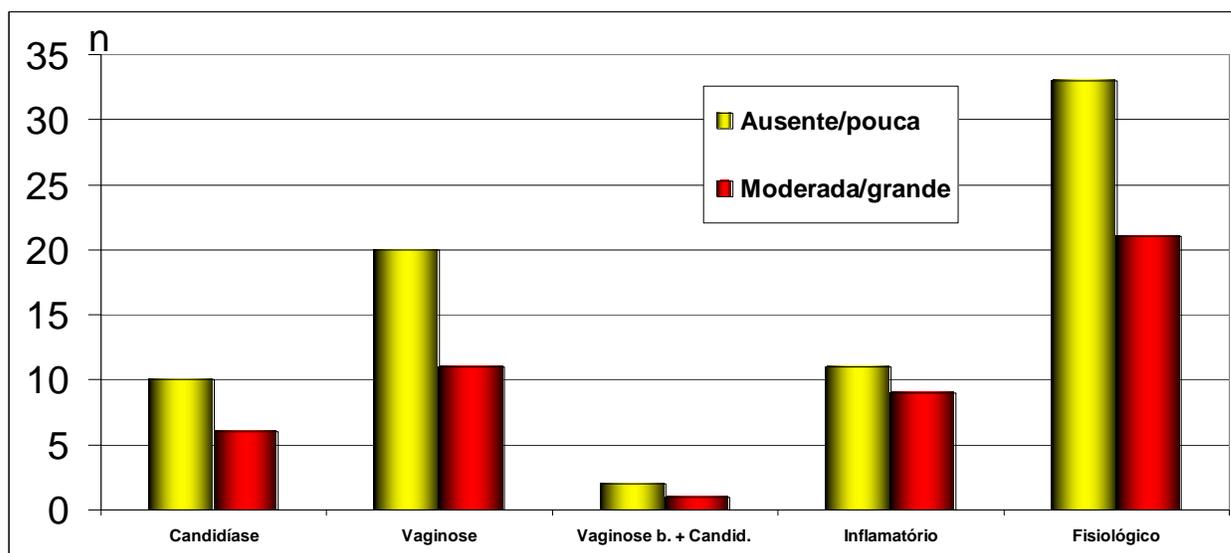


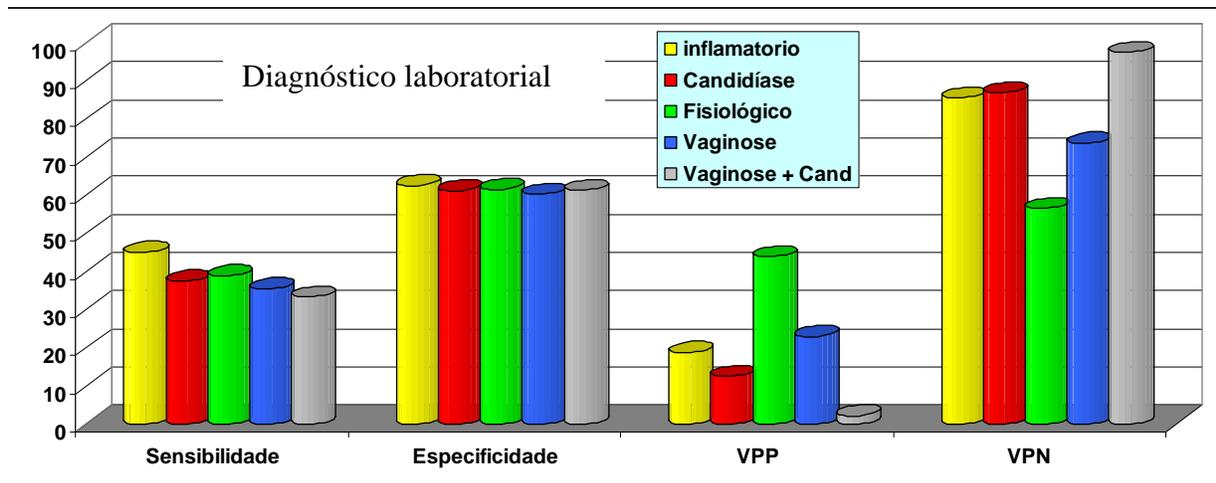
TABELA 10 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA PRESENÇA DO CORRIMENTO VAGINAL EM GRANDE OU MODERADA QUANTIDADE NO DIAGNÓSTICO DAS DIFERENTES VULVOVAGINITES DE 124 MULHERES

Diagnóstico laboratorial	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	45,0	62,5	18,8	85,5
Candidíase	37,5	61,1	12,5	86,8
Fisiológico	38,9	61,4	43,8	56,6
Vaginose	35,5	60,2	22,9	73,7
VB + candidíase.	33,3	61,2	2,1	97,4

(1) – Padrão “Ouro” - Diagnóstico Laboratorial

(2) – Não houve diagnóstico laboratorial de tricomoníase vaginal

GRÁFICO 10 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA PRESENÇA DO CORRIMENTO VAGINAL EM GRANDE OU MODERADA QUANTIDADE NO DIAGNÓSTICO DAS DIFERENTES VULVOVAGINITES DE 124 MULHERES



(1)– Padrão “Ouro” - Diagnóstico Laboratorial

(2)– Não houve diagnóstico laboratorial de tricomoníase vaginal

TABELA 11 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE PRURIDO RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Queixa de Prurido	Diagnóstico Laboratorial									
	Inflamatório		Candidíase		Fisiológico		Vaginose		Vaginose B. + Candidíase	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Ausente	13	65,0	7	43,8	40	74,1	17	54,8	3	100
Presente	7	35,0	9	56,3	14	25,9	14	45,2	0	0
Total	20	100	16	100	54	100	31	100	3	100

GRÁFICO 11 – PERCENTUAL DE PRURIDO RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

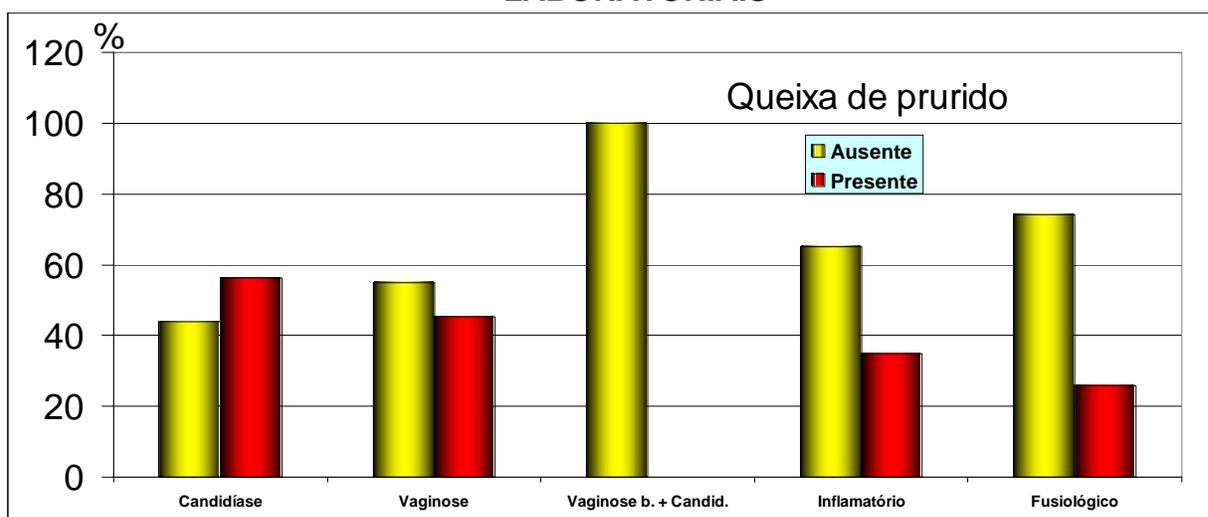


TABELA 12 – SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA PRESENÇA DE PRURIDO VULVOVAGINAL RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Diag. laboratorial	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	35,0	64,4	15,9	83,8
Candidíase	56,2	67,5	20,4	91,2
Fisiológico	25,9	57,1	31,8	50,0
Vaginose	45,1	67,7	31,8	78,7
VB + candidíase	-	63,6	-	96,2

GRÁFICO 12 – SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA PRESENÇA DE PRURIDO VULVOVAGINAL RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

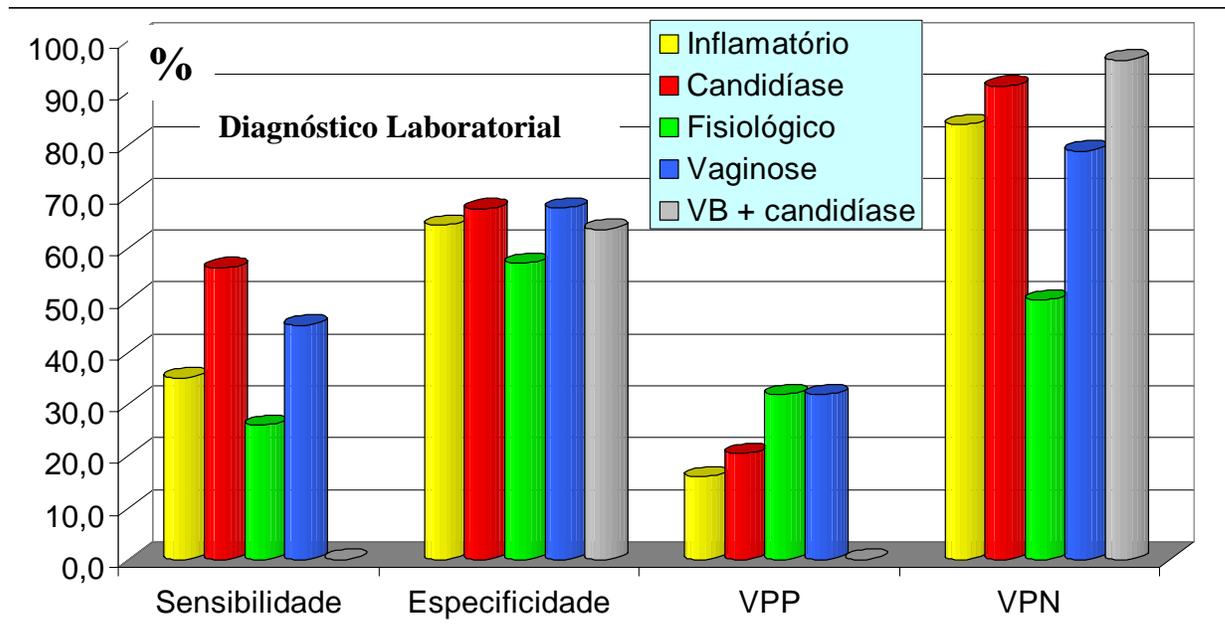


TABELA 13 - FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS QUEIXAS DE DISÚRIA RELATADAS POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Queixa de Disúria	Diagnóstico Laboratorial									
	Inflamatório		Candidíase		Fisiológico		Vaginose		Vaginose + Candidíase	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	16	80,0	13	81,3	49	90,7	25	80,6	3	100,0
Presente	4	20,0	3	18,8	5	9,3	6	19,4	0	0,0
Total	20	100,0	16	100,0	54	100,0	31	100,0	3	100,0

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DAS QUEIXAS DE DISÚRIA RELATADAS POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

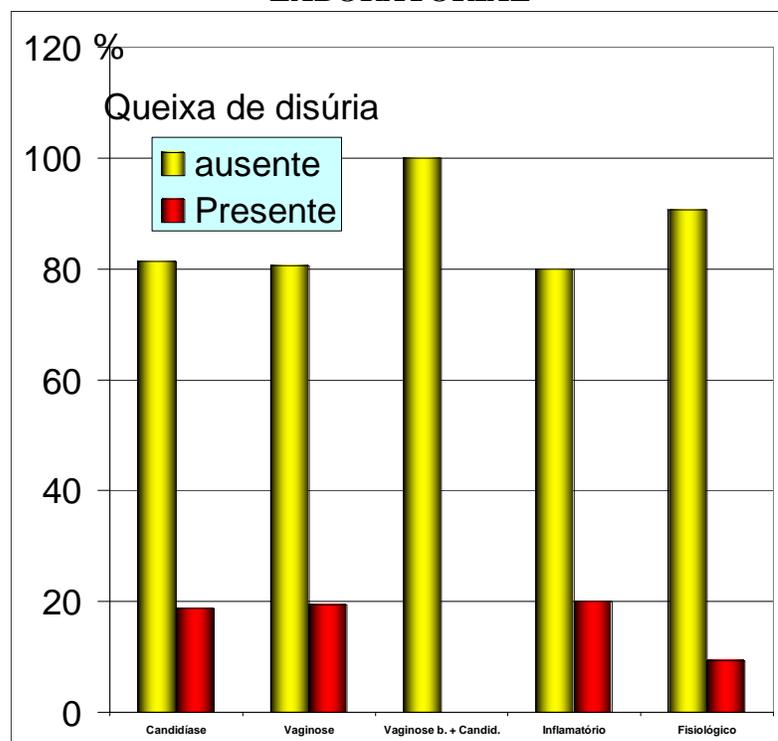


TABELA 14 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA QUEIXA DE DISÚRIA RELATADA POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Queixa de Disúria	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	20,0	86,5	22,2	84,9
Candidíase	18,8	86,1	16,7	87,7
Fisiológico	9,3	81,4	27,8	53,8
Vaginose	19,4	87,1	33,3	76,4
VB + Candidíase	0,0	85,1	0,0	97,2

GRÁFICO 14 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA QUEIXA DE DISURIA RELATADA POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

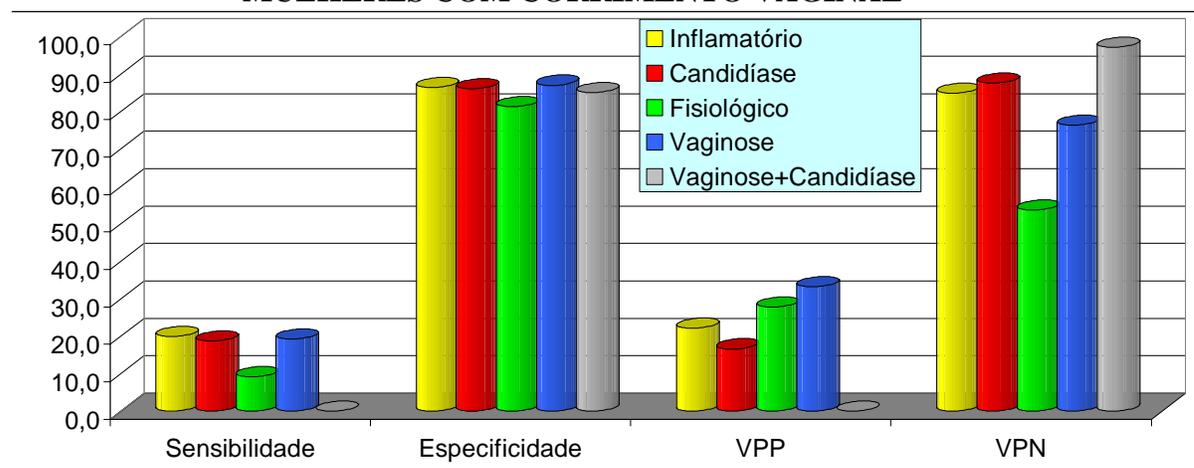


TABELA 15 - FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE DISPAREUNIA RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Queixa de Dispareunia	Diagnóstico Laboratorial									
	Inflamatório		Candidíase		Fisiológico		Vaginose		Vaginose + Candidíase	
Ausente	14	70,0	10	62,5	42	77,8	21	67,7	2	66,6
Presente	6	30,0	6	37,5	12	22,2	10	32,3	1	33,4
Total	20	100	16	100	54	100	31	100	3	100

GRÁFICO 15 - PERCENTUAL DE DISPAREUNIA RELATADO POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

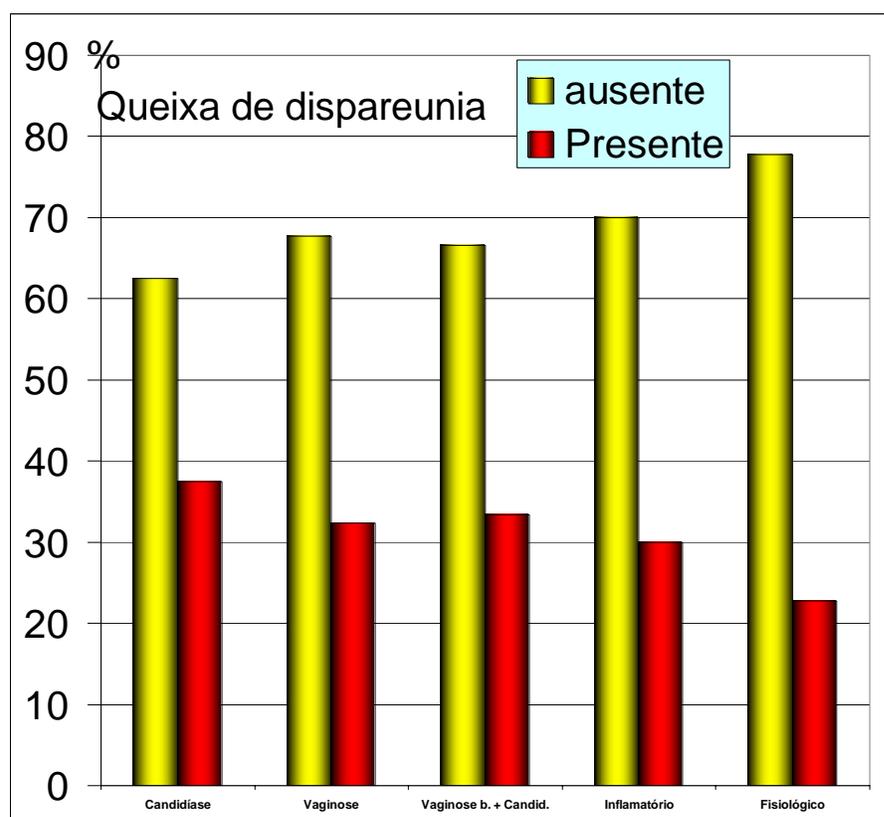


TABELA 16 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA DISPAREUNIA RELATADA POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Queixa de Dispareunia	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN
Inflamatório	30,0	72,1	17,1	84,3
Candidíase	37,5	73,1	17,1	88,8
Fisiológico	22,2	67,1	34,3	52,8
Vaginose	32,3	73,1	28,6	76,4
VB + Candidíase	33,3	71,9	2,9	97,8

GRÁFICO 16 - SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E NEGATIVO DA DISPAREUNIA RELATADA POR 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

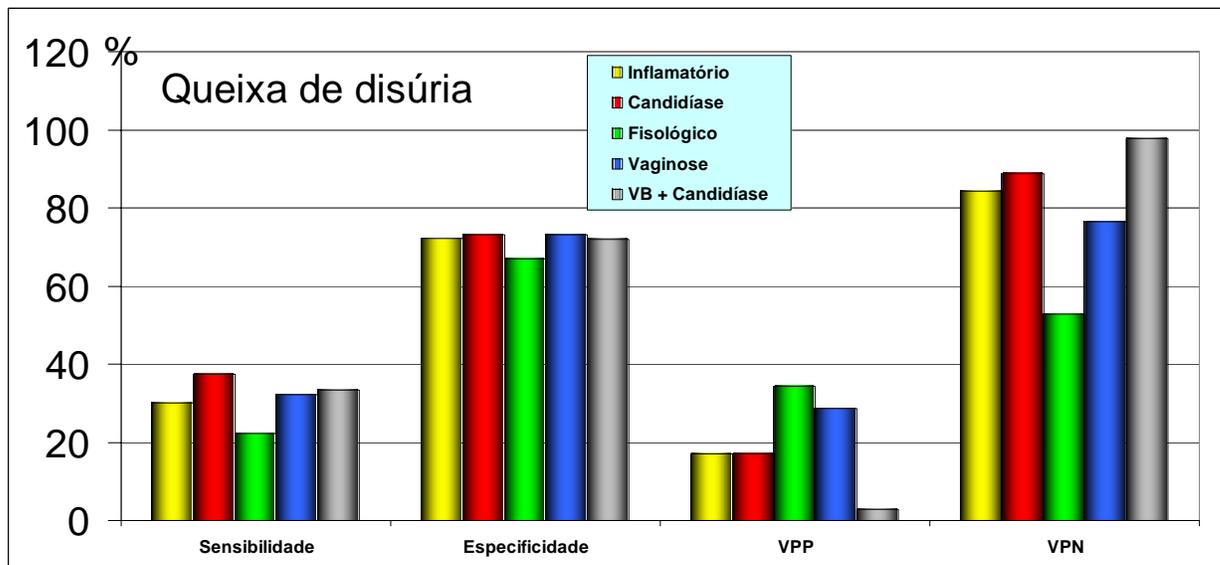
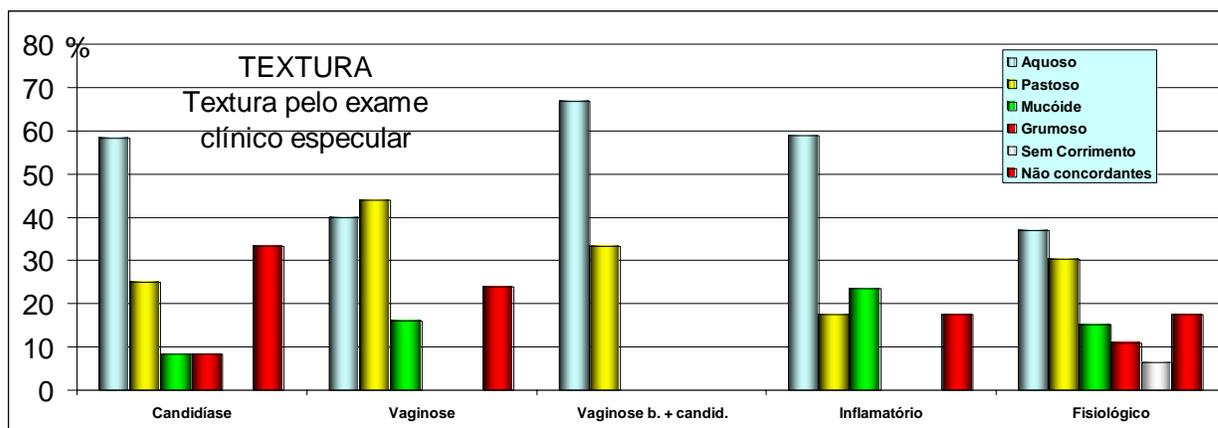


TABELA 17 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES SOBRE A TEXTURA DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Textura do Corrimento pelo diagnóstico clínico especular	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Aquoso	7	58,3	10	40,0	2	66,7	10	58,8	17	37,0	46
Pastoso	3	25,0	11	44,0	1	33,3	3	17,6	14	30,4	32	31,1
Mucóide	1	8,3	4	16,0	0	0,0	4	23,5	7	15,2	16	15,5
Grumos	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	10,9	6	5,8
Não tem corrimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,5	3	2,9
Total	12	100,0	25	100,0	3	100,0	17	100,0	46	100,0	103	100,0
Não concordantes (*)	4	33,3	6	24,0	0	0,0	3	17,6	8	17,4	21	20,4

(*) - Em 21 pacientes, não houve qualquer concordância entre os três observadores sobre a textura do corrimento.

GRÁFICO 17 – PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES SOBRE A TEXTURA DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)



(*) - Em 21 pacientes, não houve qualquer concordância entre os três observadores sobre a textura do corrimento.

TABELA 18 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS INFORMAÇÕES ANAMNÉSTICAS DA TEXTURA DO CORRIMENTO RELATADAS POR 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Textura Diagnóstico anamnástico	Diagnóstico Microbiológico											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aquoso	4	25,0	8	25,8	0	0,0	7	35,0	22	40,7	41	33,1
Pastoso	9	56,3	19	61,3	2	66,7	6	30,0	22	40,7	58	46,8
Mucóide	1	6,3	2	6,5	1	33,3	3	15,0	5	9,3	12	9,7
Grumos	0	0,0	1	3,2	0	0,0	3	15,0	3	5,6	7	5,6
Não tem corrimento	2	12,5	1	3,2	0	0,0	1	5,0	2	3,7	6	4,8
Total	16	100,0	31	100,0	3	100,0	20	100,0	54	100	124	100

GRÁFICO 18 – PERCENTUAL DAS INFORMAÇÕES ANAMNÉSTICAS DA TEXTURA DO CORRIMENTO RELATADAS POR 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

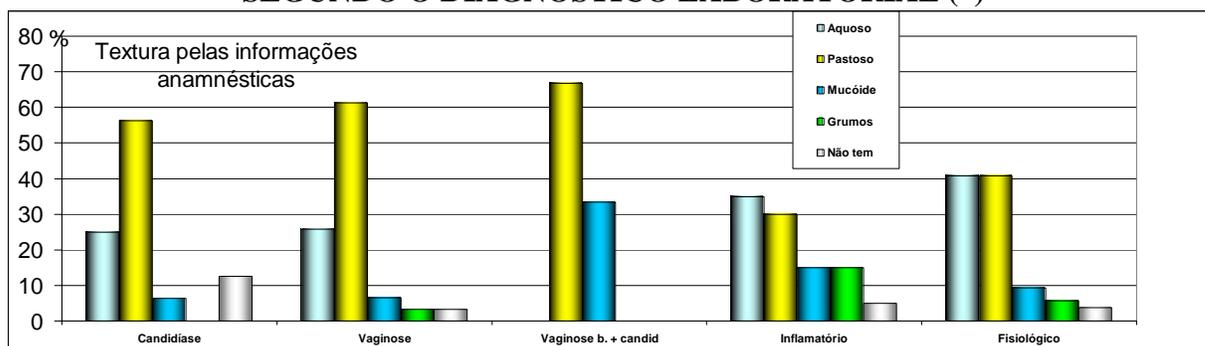


TABELA 19 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES DO ODORE DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Odor Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Laboratorial											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	15	100,0	25	86,2	3	100,0	18	94,7	50	94,3	111	93,3
Peixe	0	0,0	4	13,8	0	0,0	1	5,3	0	0,0	5	4,2
Não tem corrimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7	3	2,5
Total	15	100,0	29	100,0	3	100,0	19	100	53	100,0	119	100,0
Discordantes	1		2		0		1		1		5	

(*) Na avaliação clínica do odor, em 5 pacientes as observações foram todas discordantes

GRÁFICO 19
PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS DO ODORE DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

(*) Na avaliação clínica do odor, em 5 pacientes as observações foram todas discordantes

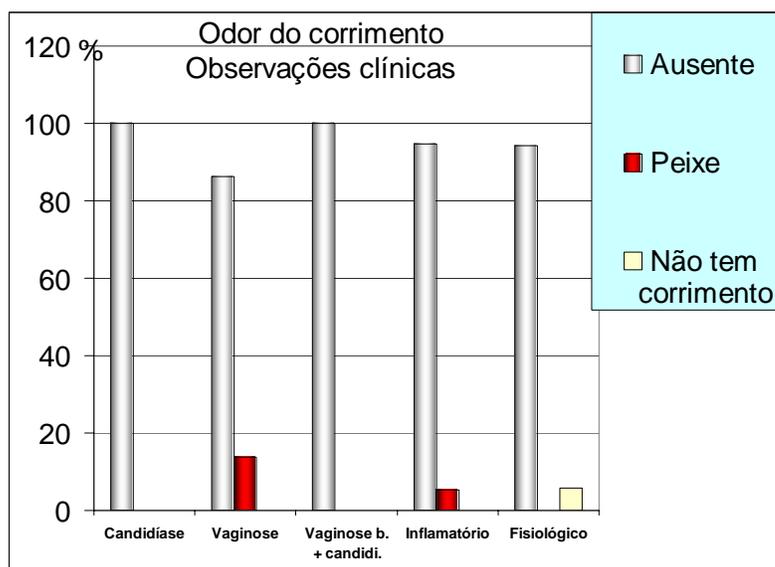


TABELA 20 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES ANAMNÉSTICAS DO ODOR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Odor	Diagnóstico Microbiológico											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
Anamnóstico	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	6	37,5	8	25,8	2	66,7	15	75,0	29	53,7	60	48,4
Peixe	3	18,8	13	41,9	0	0	1	5,0	7	13,0	24	19,4
Azedo	5	31,3	6	19,4	1	33,3	3	15,0	12	22,2	27	21,8
Outra	0	0,0	3	9,7	0	0,0	0	0,0	4	7,4	7	5,6
Não tem corrimento	2	12,5	1	3,2	0	0,0	1	5,0	2	3,7	6	4,8
Total	16	100,0	31	100,0	3	100,0	20	100,0	54	100,0	124	100,0

GRÁFICO 20 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES ANAMNÉSTICAS DO ODOR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

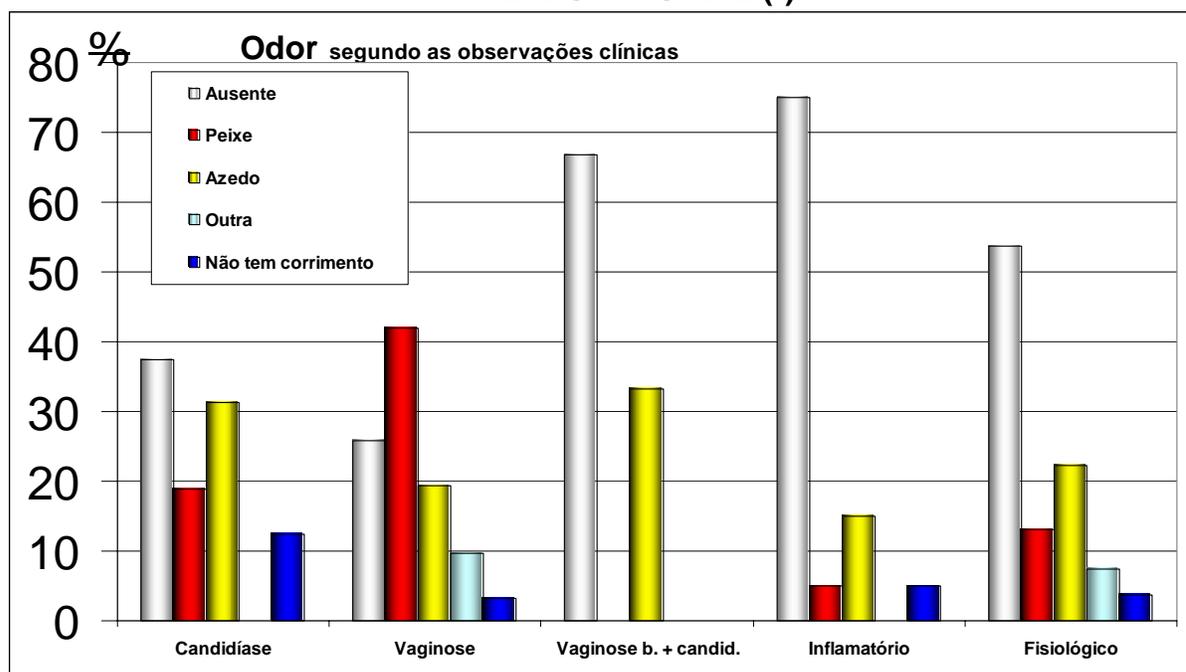


TABELA 21 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES DA COR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Cor Diagnóstico Clínico	Diagnóstico Laboratorial											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branco	13	100	22	88,0	3	100,0	14	82,4	45	88,2	97	89,0
Não branco	0	0,0	3	12,0	0	0,0	3	17,6	3	5,9	9	8,3
Não tem orrimento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,9	3	2,8
Total	13	100,0	25	100,0	3	100,0	17	100,0	51	100,0	109	100,0
Discordantes (*)	3	23,0	6	24,0	0	-	3	17,6	3	5,9	15	13,7

(*) Na avaliação da cor do corrimento, as observações clínicas especulares foram totalmente discordantes em 15 pacientes.

GRÁFICO 21 – PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS ESPECULARES DA COR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

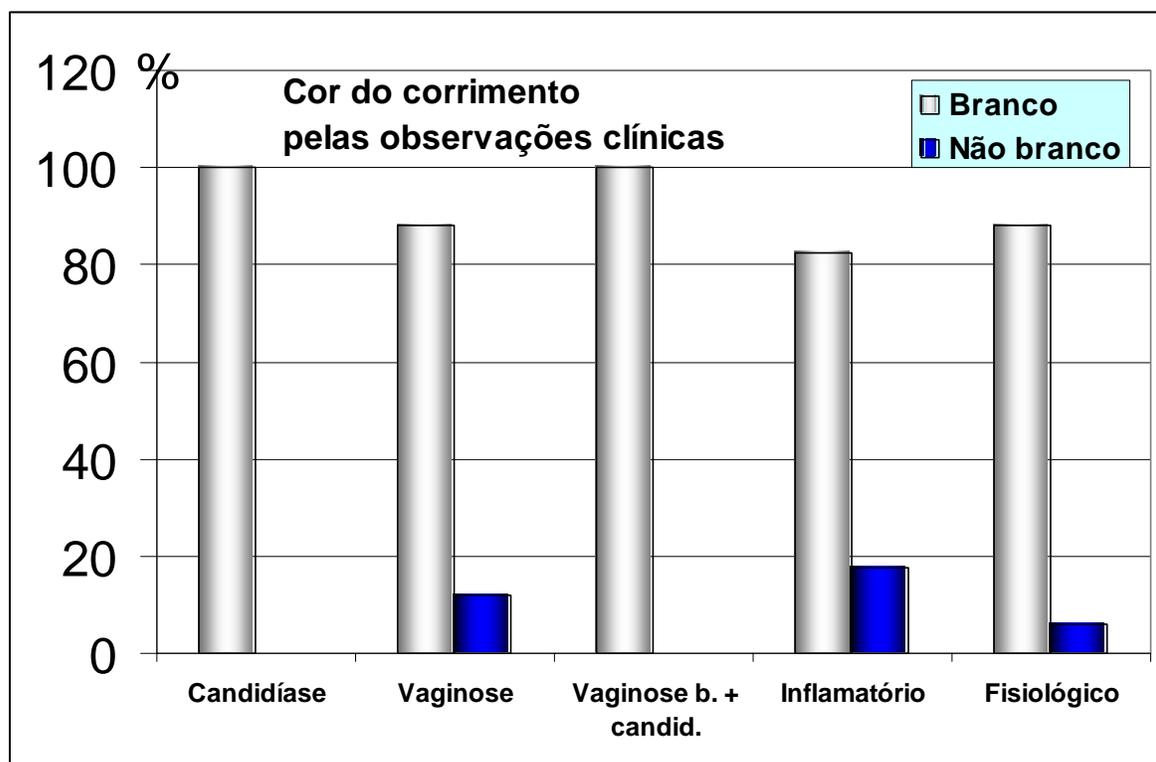
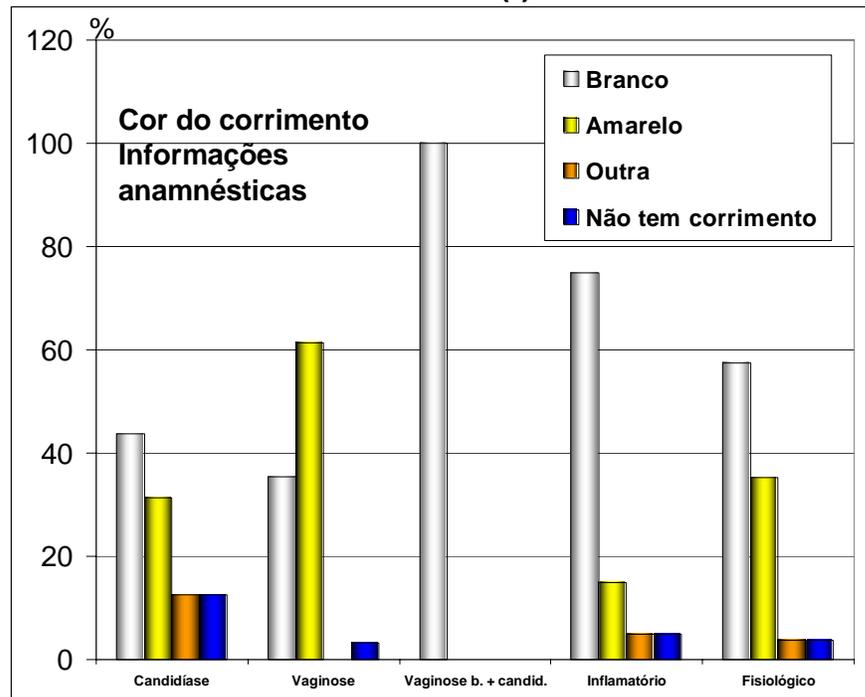


TABELA 22 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES ANAMNÉSTICAS DA COR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)

Cor do Corrimento	Diagnóstico Laboratorial											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose + Candidíase		Inflamatório		Fisiológico		Total	
Anamnóstico	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branco	7	43,8	11	35,5	3	100	15	75,0	31	57,4	67	54,0
Amarelo	5	31,3	19	61,3	0	0,0	3	15,0	19	35,2	46	37,1
Outra	2	12,5	0	0,0	0	0,0	1	5,0	2	3,7	5	4,0
Não tem corrimento	2	12,5	1	3,2	0	0,0	1	5,0	2	3,7	6	4,8
Total	16	100,0	31	100,0	3	100,0	20	100,0	54	100,0	124	100,0

GRÁFICO 22 - PERCENTUAL DAS OBSERVAÇÕES ANAMNÉSTICAS DA COR DO CORRIMENTO DE 124 MULHERES SEGUNDO O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL (*)



**TABELA 23 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E HIPÓTESES
DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS ESPECULARES DISCORDANTES DE 22
MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS DISCORDANTES				
Nº ordem	Diagnóstico Laboratorial	H. Diagnóstica Observador 1	H. Diagnóstica Observador 2	H. Diagnóstica Observador 3
8	Fisiológico	Vaginose Bacteriana	Candidíase	Inflamatório
14	Fisiológico	Fisiológica	Tricomoníase	Vaginose Bacteriana
19	Fisiológico	Inflamatório	Candidíase	Vaginose Bacteriana
20	Vaginose	Fisiológica	Vaginose Bacteriana	Candidíase
27	Vaginose	Vaginose Bacteriana	Tricomoníase	Fisiológica
28	Fisiológico	Vaginose Bacteriana	Tricomoníase	Fisiológica
41	Vaginose	Fisiológica	Inflamatório	Candidíase
47	Candidíase	Fisiológica	Vaginose Bacteriana	Inflamatório
48	Fisiológico	Candidíase	Inflamatório	Fisiológica
51	Fisiológico	Inflamatório	Vaginose Bacteriana	Candidíase
59	Fisiológico	Fisiológica	Vaginose Bacteriana	Candidíase
68	Candidíase	Fisiológica	Inflamatório	Vaginose Bacteriana
78	Fisiológico	Candidíase	Inflamatório	Fisiológica
81	Candidíase	Candidíase	Vaginose Bacteriana	Fisiológica
103	Vaginose	Tricomoníase	Inflamatório	Vaginose Bacteriana
112	Inflamatório	Vaginose Bacteriana	Inflamatório	Fisiológica
113	Vaginose	Fisiológica	Candidíase	Vaginose Bacteriana
117	Fisiológico	Fisiológica	Candidíase	Inflamatório
129	Vaginose	Fisiológica	Inflamatório	Candidíase
130	Inflamatório	Fisiológica	Vaginose Bacteriana	Candidíase
131	Fisiológico	Inflamatório	Candidíase	Fisiológica
135	Fisiológico	Fisiológica	Tricomoníase	Candidíase

TABELA 24 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E IMPRESSÕES CLÍNICAS ESPECULARES DISCORDANTES SOBRE A TEXTURA DO CONTEÚDO VAGINAL EM 21 MULHERES

AVALIAÇÕES CLÍNICAS DISCORDANTES – TEXTURA DO CORRIMENTO				
Nº ordem	Diagnóstico Laboratorial	Textura Observador 1	Textura Observador 2	Textura Observador 3
17A	Candidíase	Grumoso	Aquoso	Pastoso
26	Candidíase	Aquoso	Grumoso	Pastoso
29	Vaginose	Pastoso	Aquoso	Mucóide
36	Vaginose	Pastoso	Aquoso	Mucóide
39	Fisiológico	Mucóide	Grumoso	Pastoso
40	Inflamatório	Pastoso	Mucóide	Aquoso
61	Fisiológico	Pastoso	Mucóide	Aquoso
65	Inflamatório	Grumoso	Mucóide	Pastoso
72	Candidíase	Aquoso	Pastoso	Grumoso
73	Candidíase	Mucóide	Aquoso	Não tem corrimento
101	Vaginose	Aquoso	Pastoso	Mucóide
103	Vaginose	Mucóide	Aquoso	Pastoso
107	Vaginose	Pastoso	Aquoso	Mucóide
108	Vaginose	Mucóide	Pastoso	Aquoso
109	Fisiológico	Aquoso	Não tem corrimento	Mucóide
112	Inflamatório	Pastoso	Mucóide	Aquoso
116	Fisiológico	Aquoso	Pastoso	Grumoso
119	Fisiológico	Mucóide	Aquoso	Pastoso
135	Fisiológico	Mucóide	Pastoso	Aquoso
135	Fisiológico	Grumoso	Pastoso	Mucóide
136	Fisiológico	Pastoso	Mucóide	Aquoso

TABELA 25 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E IMPRESSÕES CLÍNICAS ESPECULARES DISCORDANTES SOBRE A COR DO CONTEÚDO VAGINAL EM 15 MULHERES

AVALIAÇÕES CLÍNICAS DISCORDANTES – COR DO CORRIMENTO				
Nº ordem	Diagnóstico Laboratorial	Cor Observador 1	Cor Observador 2	Cor Observador 3
6	Candidíase	branco	amarelo	Verde
7	Fisiológico	branco	verde	Amarelo
10	Inflamatório	branco	outra	Amarelo
17	Fisiológico	branco	verde	Outra
18	Vaginose	branco	outra	Amarelo
24	Vaginose	amarelo	branco	Verde
30	Inflamatório	branco	verde	Amarelo
53	Candidíase	outra	verde	Branco
57	Fisiológico	Não tem corrimento	verde	Branco
68	Candidíase	branco	outra	Amarelo
90	Inflamatório	verde	outra	Amarelo
103	Vaginose	verde	outra	Amarelo
115	Vaginose	verde	amarelo	Branco
118	Vaginose	amarelo	branco	Outra
133	Vaginose	branco	amarelo	Outra

TABELA 26 – DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E IMPRESSÕES CLÍNICAS ESPECULARES DISCORDANTES SOBRE O ODOR DO CONTEÚDO VAGINAL EM 5 MULHERES

AVALIAÇÕES CLÍNICAS DISCORDANTES – ODOR DO CORRIMENTO				
Nº ordem	Diagnóstico Laboratorial	Odor Observador 1	Odor Observador 2	Odor Observador 3
6	Candidíase	ausente	azedo	peixe
36	Vaginose	ausente	peixe	azedo
39	Fisiológico	ausente	outra	azedo
121	Inflamatório	outra	peixe	ausente
133	Vaginose	ausente	peixe	não tem corrimento

TABELA 27 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE ACERTOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS ESPECULARES SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Diagnóstico clínico especular	Diagnóstico Laboratorial									
	candidíase		Vaginose		Tricomoníase		Inflamatório		Fisiológico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candidíase	4	25								
Vaginose			11	35,5						
Tricomoníase					0	0				
Inflamatório							2	10		
Fisiológico									17	31,5
Total	16		54		0		31		20	

GRÁFICO 27 – PERCENTUAL DE ACERTOS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS ESPECULARES SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

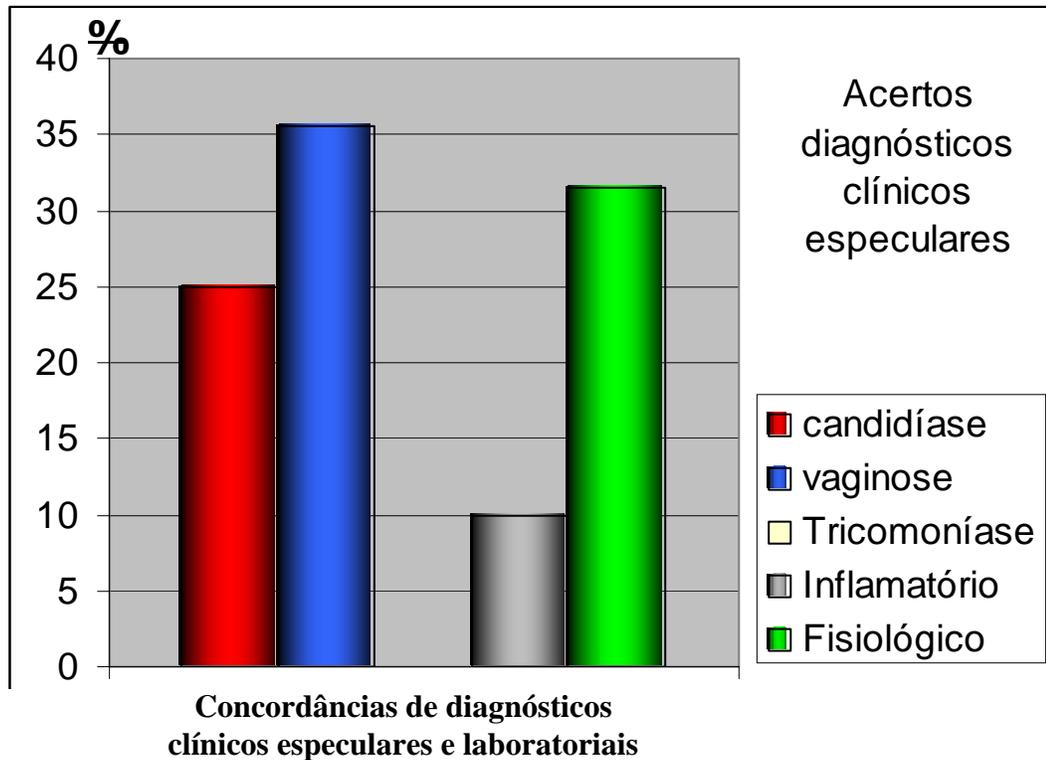
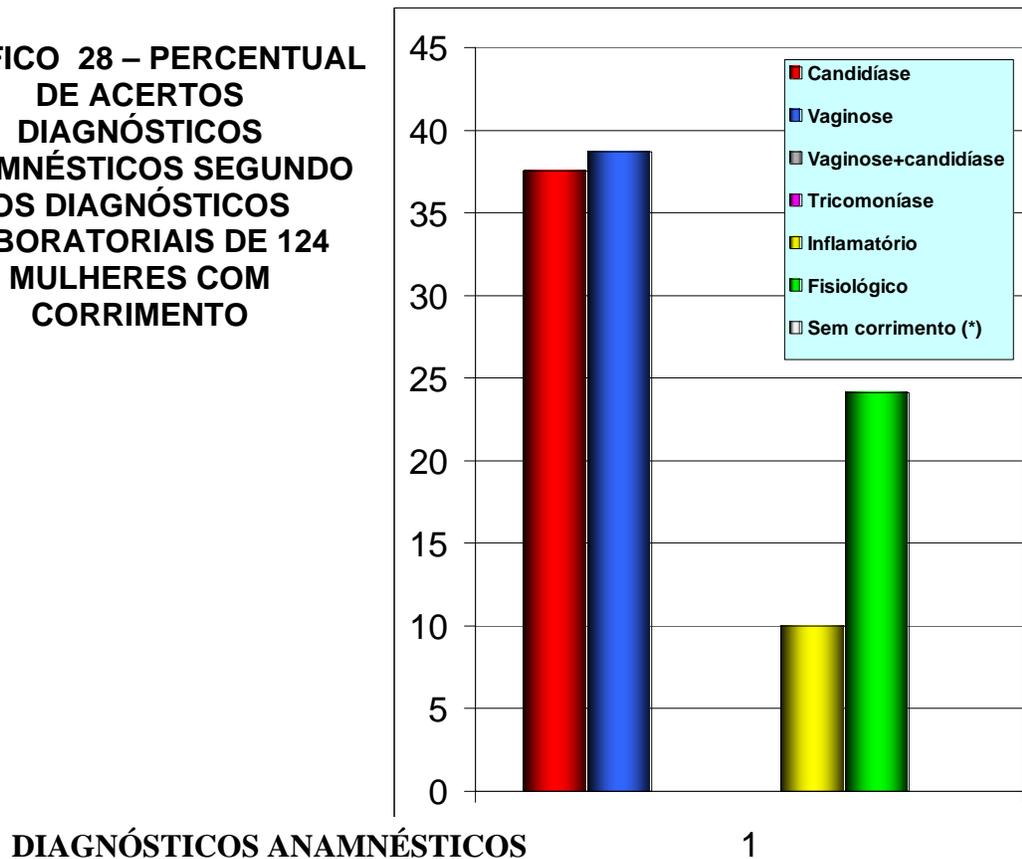


TABELA 28 – FREQUÊNCIA E PERCENTUAL DE ACERTOS DIAGNÓSTICOS ANAMNÉSTICOS SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO VAGINAL

Diagnósticos Anamnésicos	Diagnósticos Laboratoriais											
	Candidíase		Vaginose		Vaginose +Candidíase		Tricomoníase		Inflamatório		Fisiológico	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Candidíase	6	37,5										
Vaginose			12	38,7								
Vaginose+candidíase					0	0,0						
Tricomoníase							0	0,0				
Inflamatório									2	10,0		
Fisiológico											13	24,1
Sem corrimento (*)												
Total	16		31		3		0		20		54	

(*) 6 pacientes (4,8%) referiram não ter corrimento na anamnese, não se obtendo as características dos mesmos, informadas por estas mulheres

GRÁFICO 28 – PERCENTUAL DE ACERTOS DIAGNÓSTICOS ANAMNÉSTICOS SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS DE 124 MULHERES COM CORRIMENTO



Se a perspectiva é boa, não existe problema,
se a perspectiva é ruim, não existe solução.

B.S. Benson

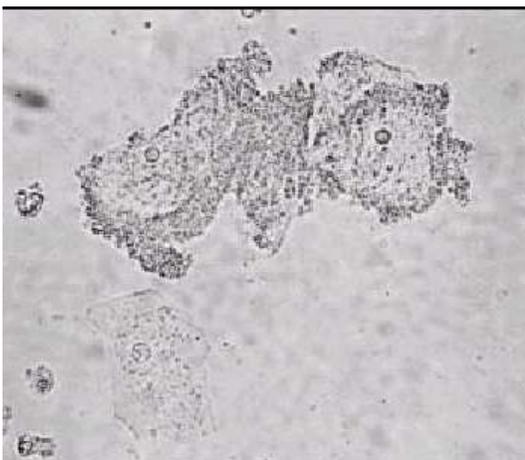
Anexo 2 Pranchas e imagens especiais



Filamentos de *Candida albicans*, observada em lâmina montada com adição de solução salina, observando-se a bi-refringência característica do fungo, em grande aumento.



Trichomonas vaginalis observada em lâmina montada com solução salina para exame a fresco no ambulatório de infecções genitais – Grande aumento



Vaginose bacteriana, observando-se a *Gardnerella vaginalis* - “clue cells”, em lâmina montada com solução salina e observada em grande aumento.

Buscar espiritualidade, sabedoria, praticar a
meditação ou qualquer outra forma de
desenvolvimento espiritual, sem possuir
compaixão, é como plantar uma árvore morta.
Ditado Tibetano

Anexo 3

Ficha de coleta de dados

Ficha pré-codificada

	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP Departamento de Tocoginecologia AIG - Ambulatório de Infecções Genitais	[01] Data <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Valor do Exame Clínico Especular no Diagnóstico do corrimento vaginal	[02] Caso Nº <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

I - IDENTIFICAÇÃO

03	SAME	<input type="text"/>										
04	Nome (iniciais)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	05	Estado civil	0 Sol.	1 Cas	2 Am	3 Vi	4 Sep.
06	Cor	1 branca	2 preta	3 amarela	4 outra							
07	Escolaridade	0 nenhuma	1 1º grau	2 2º grau	3 3º grau							

II - ANTECEDENTES

08	Paridade	0	0	1	1	2	2	3	3	4	> 3
09	Abortos	0	0	1	1	2	2	3	3	4	> 3

Atividade sexual (Se a atividade sexual não existe, ir à variável III - 25)

10	Início	<input type="text"/>	anos	11	Total de parceiros (vida)	0	0	1	1	2	2	3	>2
				12	Parceiros nos últimos 6 meses	0	0	1	1	2	2	3	>2

13	Frequência das Relações / semana	0	0	1	1	2	2	3	3	4	>3
----	----------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

14	Tipo de Coito	0 Nenhum	1 somente vaginal	2 anal	3 oral	4 múltiplos
----	---------------	----------	-------------------	--------	--------	-------------

15	Parceiro (s)	0 Nenhum	1 hetero.	2 homo.	3 bissexual	<input type="text"/>
----	--------------	----------	-----------	---------	-------------	----------------------

16	DST (pré/parceiro)	0 Não	1 Sim	2 Ign.	18	Qual ?	<input type="text"/>
----	--------------------	-------	-------	--------	----	--------	----------------------

17	DST (pré/parceiro)	0 Não	1 Sim	2 Ign.	19	Qual ?	<input type="text"/>
----	--------------------	-------	-------	--------	----	--------	----------------------

20	Já fez tratamento anterior para vulvovaginites	0 Não	1 Sim	2 Ign.	22	Qual ?	<input type="text"/>
----	--	-------	-------	--------	----	--------	----------------------

21	Vulvovaginites repetição	0 Não	1 Sim	2 Ign.	23	Qual ?	<input type="text"/>
----	--------------------------	-------	-------	--------	----	--------	----------------------

OBSERVAÇÕES

Anotar aqui quaisquer outras informações

(frente)

III - SINTOMAS QUEIXAS				25	DUM				26	Dia do ciclo			
27	Início dos sintomas	0	mes	1	< 1 m.	2	1-2 m.	3	> 1 ano	Pac	O1	O2	O3
	a - conteúdo	0	ausente	1	pouco	2	moder.	3	muito	28	29	30	31
	b - textura	1	aquoso	2	pastoso	3	mucóide	4	grumos	32	33	34	35
	c - cor	1	branco	2	amarelo	3	verde	4	outra	36	37	38	39
	d - odor	0	ausente	1	peixe	2	azedo	3	outro	40	41	42	43
28	prurido	0	ausente	1	pouco	2	moder.	3	intenso	Anote aqui as observações da paciente e dos 3 observadores para os itens: a - b - c - d			
29	Dispareunia	0	ausente	1	pouco	2	moder.	3	intenso				
30	Disúria	0	ausente	1	pouco	2	moder.	3	intenso				

IV - EXAMES - TESTES (Resultados)

31	Teste Whiff	0	indef.	1	+	2	-	33	pH	1	<= 4,5	2	>= 4,5				
32	Bacterioscopia	0	inconclusiva			1	conclusiva										
34	Lactobacilos a. (Döderlein)	0	ausente	1	raros	2	poucos	3	numerosos								
35	Diplococcus Gram (-) I. Cel.	0	ausente	1	raros	2	poucos	3	numerosos								
36	Tipo de Flora	0	indeterm.	1	tipo I	2	tipo II	3	tipo III								
37	Celulas Epit. Dactinat.	0	ausente	1	raras	2	poucas	3	numerosas								
38	Leucócitos	0	nenhum	1	< de 5	2	> de 5	3	numerosos								
39	Elementos micóticos	0	NAO	1	SIM	PAPANICOLAOU											
40	Trichomonas vaginalis	0	NAO	1	SIM									1	classe I	2	classe II
41	"Clue Cells"	0	NAO	2	SIM									3	classe III	4	classe IV
42	CULTURA	0	negativa	1	Candida albicans	2	Trichomonas v.										
		4	Outro agente - Qual?														

V - HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

anote apenas uma opção para cada observador

43	1º observador	<input type="checkbox"/>	0	Não sei	1	Candidíase
44	2º observador	<input type="checkbox"/>	2	Tricomoníase	3	Fisiológica
45	3º observador	<input type="checkbox"/>	4	Vaginose Bacteriana	5	Outra. Qual?

verso



Fachada principal do CAIS/AIG/Unicamp



Área de circulação e espera do
Ambulatório de Infecções Genitais / Unicamp

Resumo das informações		CASO N° <input type="text"/>					
Diagnósticos		Cultura	Bact. Gram	Bact. a/fresco	O-1	O-2	O-3
1	Vaginose Bacteriana						
2	Candidíase						
3	Trichomoníase						
4	Gonorréia						
5	Fisiológica						
6	Não sei						
TOTAIS							
Outras informações							

Anexo

É necessário enxergar a verdade sobre o mundo e sobre nós mesmos, ainda que ela nos incomode e nos seja desagradável...
Sabedoria chinesa

Anexo 4

Ficha de Anamnese do AIG



**AMBULATÓRIO DE INFECÇÕES
GENITAIS
CAISM/FCM/UNICAMP
FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO**

Data - -

HC Nº -

AIG Nº

Nome _____ Dt. Nasc. ____/____/____

Idade ____ anos Profissão _____ Fone contato _____

Cor: branca negra amarela parda outra _____

União conjugal: solteira casada viuva separada amasiada outra _____

Escolaridade: sem 1º grau 2º grau superior Profissão conjuge: _____

Encaminhamento: sim não - origem: unicamp outro _____

→ Motivo: corrimento HPV úlcera violência sx DST Outro

Queixa principal e história da doença atual

Antecedentes

ginecológicos		obstétricos	anticoncepção	Atual	Ant	sexuais	Atual	3 m
DUM	<input type="text"/>	Gesta	Nenhum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Coitos semana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menarca	<input type="text"/>	Para	Coito Interrompido	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nº parceiros	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Menopausa	<input type="text"/>	Aborto(s)	Condom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Heterossexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
menstruação		Cesárea(s)	Depoprovera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bisexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Duração	<input type="text"/> dias	Fórcipe(s)	ACO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Homossexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Intervalo	<input type="text"/> dias	Filho(s) Vivo(s)	DIU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexo anal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Com dor	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Filho(s) Morto(s)	Diafragma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sexo oral	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluxo	Normal <input type="checkbox"/>	Prematuro(s)	Espemicida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Múltiplos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Pouco <input type="checkbox"/>	Gemelar(es)	Implante	<input type="text"/>	<input type="text"/>	RS Menstruada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Muito <input type="checkbox"/>	Óbito(s) neonatal(is)	Laqueadura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1ª Relação	<input type="text"/>	Anos <input type="text"/>

Usa preservativo ? Sempre Eventualmente Nunca Porque? _____

Já teve doença venérea ? SIM NÃO Qual ? _____ Tempo _____

Tratou ? SIM NÃO Como? _____

Já foi operada ? SIM NÃO De que? _____

Teve DIPA ? SIM NÃO Quando? _____ Tratamento: _____

CORRIMENTO SIM NÃO (Informação da paciente - Marque os dados positivos com um (x))

Características do corrimento		Quantidade	COR	ODOR	PRURIDO
Atualmente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Ausente	Incaract.	Sem	Ausente
Anteriormente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Pouco	Branco	Fétido	Muito
Duração	D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Moderado	Amarelo	Peixe	Intenso
Época do ciclo	Ini. <input type="checkbox"/> meio <input type="checkbox"/> fim <input type="checkbox"/>	Muito	Verde	Azedo	Moderado
Episódios / ano	1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> >3- <input type="checkbox"/>	Exagerado	Cinza	Outro	Eventual
É constante	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				

EXAME FÍSICO

Estado geral: BOM Regular Ruim Febril: SIM NÃO Corado: SIM NÃO

Adenomegalia: SIM NÃO Onde? _____

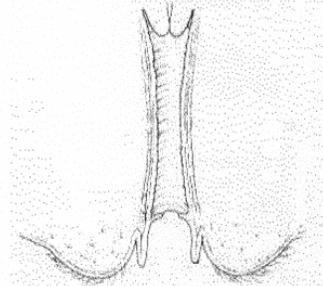
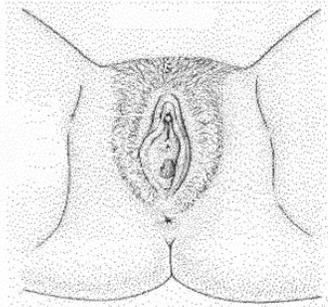
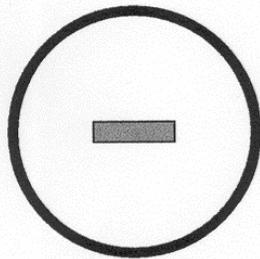
Dermatopatia: SIM NÃO Especifique: _____

Lesão orofaríngea: SIM NÃO Obs: _____

EXAME MAMAS

Não realizado Normal Alterado Especifique: _____

OGE: Normal Alterada Especifique: _____



Vulvoscopia: _____

Especular Lesões: SIM NÃO Descreva: _____

Colo Normal Alterado Endocervicite Ectocervicite Ectrópio Outro

Conteúdo vaginal (assinale os achados positivos de sua avaliação)

	Quantidade	COR	ODOR	TEXTURA	TIPO
SIM <input type="checkbox"/>	Usual	Incaracterístico	Ausente	Homogêneo	Corrimento
	Moderado	Branco	Azedo	Pastoso	Mucorréia
NÃO <input type="checkbox"/>	Muito	Amarelo	Peixe	Grumoso	Sanguíneo
	Pouco	Verde	Outro	Mucóide	Outro
	Exagerado	Cinza			

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- 1ª _____
 2ª _____
 3ª _____

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

- 1º _____
 2º _____
 3º _____

EXAMES SOLICITADOS

Bacterioscopia		VDRL		Cult. Trichomonas		Tipagem ABO-Rh	
Cit. Oncológica		FTA-ABS		Cult. Candida a.		Coagulograma	
Cit. Orofaringe		Hemograma		Cult. Neisseria g.			
Urina I		ELISA-HIV		Imprint vulvar		Biópsia vulva	
Urocultura		Western-Blot		P.C.R.		Biópsia vagina	
		Hepatite				Biópsia cervical	

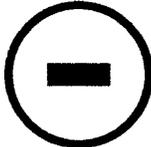
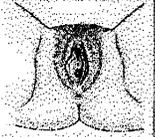
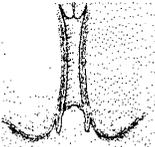
CONDUTA

Cauterização com ATA/80% bisturi elétrico C.A.F. Outro: _____

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO – Aconselhamento

EVOLUÇÃO - AIG MAC nenhum ACO DIU comdon Depo Outro
 Data ___/___/___ Retorno Exames Nova consulta DUM ___/___/___

ESTADO Curado Melhorado Inalterado Piorado Não sabe

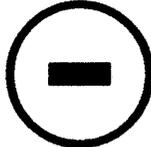
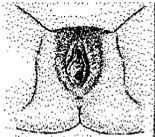
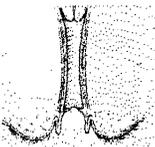




Hipótese
Diagnóstica

CONDUTA

EVOLUÇÃO - AIG MAC nenhum ACO DIU comdon Depo Outro
 Data ___/___/___ Retorno Exames Nova consulta DUM ___/___/___

ESTADO Curado Melhorado Inalterado Piorado Não sabe

Hipótese
Diagnóstica

CONDUTA

O conhecimento vem de seu
instrutor, mas a sabedoria vem do
seu interior.
Bruce Lee

Anexo 5

Termo de Consentimen to Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,
 residente à _____,
 Bairro _____, cidade de _____,
 portadora da identificação: _____ e registrada no
 HC da UNICAMP com o Nº: _____, **DECLARO
 CONCORDAR** por minha livre e espontânea vontade a participar como elemento
 de estudo na pesquisa "Avaliação do Valor Preditivo do Diagnóstico Clínico do
 Corrimento Vaginal"-, em realização, pelo Dr. Francis de A M. Gomes, CRM-
 17710 (SP) e supervisionada pelo Prof. Dr. Paulo César Giraldo, CRM 36090
 (SP); docente do DTG-FCM-UNICAMP, estando absolutamente ciente de que:

a) - serei observada por 3 ou mais médicos do Ambulatório de Infecções Genitais
 do HC-UNICAMP, durante exame ginecológico a que serei submetida e no qual
 também serão colhidas amostras do corrimento vaginal nas quais serão realizados
 exames microbiológicos (bacterioscopias e culturas), visando o diagnóstico correto
 desta patologia.

b) - este procedimento não representa nenhum prejuízo à minha integridade física,
 moral ou mental.

c) - poderei desistir a qualquer momento de participar da presente pesquisa sem
 nenhum prejuízo no meu atendimento neste ambulatório agora e no futuro ou
 quaisquer outros tipos de ônus ou penalizações.

d) - todos os exames e seus resultados serão codificados preservando a minha
 integridade e o sigilo dos mesmos.

e) - a minha participação em muito contribuirá para o meu próprio benefício e o de
 muitas outras pessoas que sejam portadoras de corrimento vaginal.

Paciente Nº				Campinas		
				assinatura		