PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR E COLPOSCOPIA

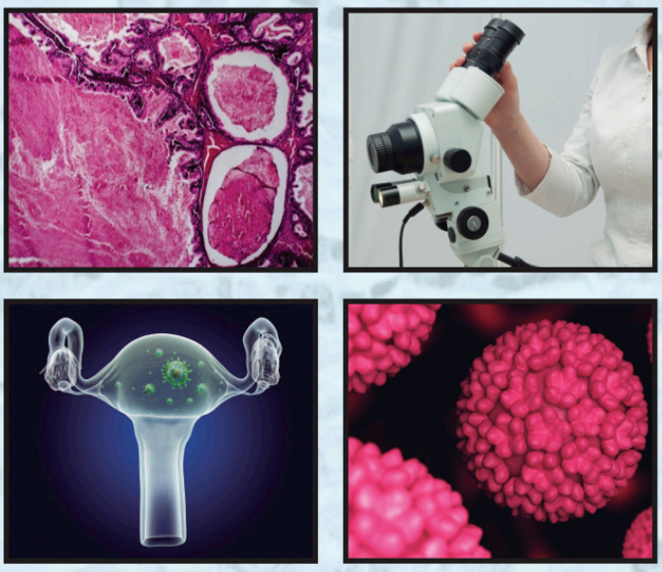
Manual Prático com Casos Clínicos e Questões Comentadas

2ª edição

EDITOR

Newton Sergio de Carvalho

Angelina Farias Maia
Cecilia Maria Roteli Martins
Garibalde Mortoza Junior
José Eleuterio Junior
José Focchi
Julio Cesar Teixeira
Márcia Fuzaro Terra Cardial
Nilma Antas Neves
Sergio Mancini Nicolau
Silvia Lima Farias
Isa Maria de Mello
(IN MEMORIAM)



Atheneu

ABPTGIC
Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Manual Prático com Casos Clínicos e Questões Comentadas

2ª Edição



www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

Manual Prático com Casos Clínicos e Questões Comentadas

2ª Edição

EDITOR

Newton Sergio de Carvalho

EDITORES ASSOCIADOS

Angelina Farias Maia | Cecilia Roteli-Martins
Garibalde Mortoza Junior | José Eleutério Junior
José Focchi | Julio Cesar Teixeira
Marcia Fuzaro Terra Cardial | Nilma Antas Neves
Sergio Mancini Nicolau | Silvia Lima Farias
Isa Maria Melo (*in memoriam*)

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2025

ABPTGIC
Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13° andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: Paulo Verardo

Produção editorial: Villa d'Artes

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P338
2. ed.

Patologia do trato genital inferior e colposcopia : manual prático com casos clínicos e questões comentadas / editor Newton Sergio de Carvalho ; editores associados Angelina Farias Maia ... [et al.]. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2025.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-832-6

1. Ginecologia. 2. Aparelho genital feminino - Condições pré-cancerosas. I. Carvalho, Newton Sergio de. II. Maia, Angelina Farias.

25-99435.0 CDD: 616.99466
CDU: 618.14-006

Meri Gleice Rodrigues de Souza - Bibliotecária - CRB-7/6439

25/07/2025 28/07/2025

Carvalho NS.
Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Manual Prático com Casos Clínicos e Questões Comentadas – 2ª Edição

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2025.

Editor

Newton Sergio de Carvalho

Mestrado pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutorado sanduíche junto ao Centro de Controle de Doenças (CDC), Atlanta, Estados Unidos, e à Universidade Federal do Paraná (UFPR). Criador e Professor do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher da UFPR. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da UFPR.

Editores Associados

Angelina Farias Maia

Mestrado e Doutorado. Coordenadora do Setor de Colposcopia e Trato Genital Inferior da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro da Sociedade Internacional para o Estudo das Doenças Vulvovaginais (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease – ISSVD). Pós-graduação em Sexualidade e em Terapia Cognitivo-Comportamental.

Cecilia Roteli-Martins

Mestrado e Doutorado. Médica pesquisadora da Faculdade de Medicina do ABC. Membro da Comissão Nacional Especializada (CNE) em vacinas da FEBRASGO.

Garibalde Mortoza Junior

Ginecologista e Especialista em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (PTGI). Diretor de Mercado da Unimed-BH, Ex- Presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC).

José Eleutério Junior

Mestrado e Doutorado. Professor Titular do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (DSMCA) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro da International Academy of Cytology.

José Focchi

Professor Associado da Escola Paulista de Medicina (aposentado). Ex-presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC).

Julio Cesar Teixeira

Mestrado e Doutorado. Professor Livre-Docente em Tocoginecologia e Professor Pleno da Pós-Graduação CAPES-7 da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Marcia Fuzaro Terra Cardial

Mestrado e Doutorado. Professora Associada da Faculdade de Medicina do ABC, Chefe de Departamento e do Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. Presidente da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC).

Nilma Antas Neves

Mestrado em Assistência Materno-Infantil. Doutorado em Imunologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular da UFBA.

Sergio Mancini Nicolau

Mestrado e Doutorado. Professor Adjunto, Livre-Docente e Chefe da Disciplina de Ginecologia Oncológica do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Silvia Lima Farias

Professora da Universidade Estadual do Pará (UEPA). Especialista em Ginecologia, Obstetrícia e Patologia Cervical. Membro da Comissão Científica do Capítulo Paraense da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC). Membro da Comissão Científica da Associação Paraense de Ginecologia (APGO).

Isa Maria Melo (*in memoriam*)

Ex-Presidente da Associação Brasileira de Genitoscopia. Ex-Membro da Diretoria da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC). Ex- Presidente do Comitê Científico da IFCPC.

Colaboradores

Adriana Bittencourt Campaner

Mestrado e Doutorado. Médica Assistente e Coordenadora do serviço de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Infecções Genitais da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Ana Katherine Silveira Gonçalves

Mestrado e Doutorado. Professora Titular do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFRN. Doutora e Livre-Docente pela Universidade Estadual de Campinas. Membro da Comissão Nacional de Especialidades PTGI – FEBRASGO. ISSVD Fellowship – Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal. Membro da Online Education Committee of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Membro do Centro Cochrane.

Andrea Trevisan

Scientific researcher – Epidemiology, Molecular Biology and Virology. Department of Social and Preventive Medicine, School of Public Health, Université de Montréal, Montreal, Quebec, Canadá.

Angelica Espinosa Miranda

Mestrado e Doutorado. Professora Titular do Departamento de Medicina Social na Universidade Federal do Espírito Santo. Diretora de Programas na Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde. Membro do Strategic and Technical Advisory Group on HIV, Viral Hepatitis, and Sexually Transmitted Infections – STAG-HHS) da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Regional de Eliminação da Transmissão Vertical nas Américas na Organização Pan-americana da Saúde.

Angelina Farias Maia

Mestrado e Doutorado. Coordenadora do Setor de Colposcopia e Trato Genital Inferior na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro da Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal (ISSVD). Pós-graduações em Sexualidade e Terapia Cognitivo-Comportamental.

Betsy Foxman

PhD, MSPH. Hunein F. and Hilda Maassab Professor of Epidemiology Director, Center for Molecular and Clinical Epidemiology of Infectious Disease. Director, Integrated Training in Microbial Systems. Director, Certificate in Healthcare Infection Prevention & Control (CHIP), Michigan University, Ann Arbor, Michigan, USA.

Camila Marconi

Mestrado e Doutorado. Professora Adjunta do Departamento de Patologia Básica do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Carlos Afonso Maestri

Mestrado e Doutorado. Professor do Curso de Medicina da Universidade Positivo. Membro Titular do corpo clínico do Hospital Erasto Gaertner e Chefe do Setor de Patologia Cervical e Colposcopia.

Carmem Luiza Leite

Médica Ginecologista pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Especialista em Colposcopia. Especialista em Citopatologia. Presidente da ABPTGIC-Capítulo de Sergipe 2021-2023.

Carmita H. N. Abdo

Doutora, Livre-Docente e Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo. Presidente da Associação Brasileira de Estudos em Medicina e Saúde Sexual (ABEMSS).

Cecilia Roteli-Martins

Mestrado e Doutorado. Médica pesquisadora da Faculdade de Medicina do ABC. Membro da CNE vacinas da FEBRASGO.

Dulcimary Dias Bittencourt

Mestrado e Doutorado. Professora Adjunta do Departamento Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Edison Luiz de Almeida Tizzot

Mestrado e Doutorado. Ex-bolsista da CAPES como Professor Visitante na University of Minnesota, Estados Unidos. Diretor do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da UFPR.

Eduardo Franco

Distinguished James McGill Professor, Departments of Oncology and Epidemiology & Biostatistics, and Director of the Division of Cancer Epidemiology, Faculty of Medicine and Health Sciences, McGill University, Montreal, Canadá. Chairman of McGill's Department of Oncology.

Elsa Aida Gay de Pereyra

Médica Assistente Doutora do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do ambulatório de Sexualidade Humana na Clínica de Ginecologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Etelvino de Souza Trindade

Membro das Comissões FEBRASGO de Ginecologia Oncológica e de Defesa Profissional. Vice-Presidente da Academia de Medicina de Brasília. Membro da Comissão de Assuntos Políticos da AMB. Professor da ESCS/DF (aposentado). Ex-Presidente da FEBRASGO e da ABPTGIC. Médico ginecologista oncologista no Instituto Verhum em Brasília.

Fernanda Villar Fonseca

Mestrado e Doutorado. Professora do Curso de Medicina da Universidade Positivo. Membro Titular do corpo clínico do Hospital Erasto Gaertner, Setor de Patologia Cervical e Colposcopia.

Garibalde Mortoza Junior

Ginecologista e Especialista em PTGI. Diretor de Mercado da Unimed-BH. Ex-Presidente da ABPTGIC.

Gutemberg Leão de Almeida

Mestrado e Doutorado. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Diretor do Instituto de Ginecologia da UFRJ. Fellow na International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD).

Iara Moreno Linhares

Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado pela Cornell University. Livre-Docente e Professora Associada da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Pesquisadora Associada da Weill Medical College of Cornel University.

Isa Maria Melo (*in memoriam*)

Ex-Presidente da Associação Brasileira de Genitoscopia. Ex-Membro da Diretoria da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC). Ex-Presidente do Comitê Científico da IFCPC.

Isabel do Val

Mestrado e Doutorado. Professora Associada da Faculdade de Medicina do Departamento Materno-Infantil, Disciplina de Ginecologia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Chefe do Ambulatório de Patologia Cervical (Colposcopia) e Patologia Vulvar do Hospital Universitário Antônio Pedro da Faculdade de Medicina da UFF. Fellow na International Society for the Study of Vulva and Vagina Diseases (ISSVD).

Jack David Sobel

Distinguished Professor from Internal Medicine, Department: Infectious Diseases School of Medicine, Wayne State University, Detroit, Michigan, USA.

Jefferson Elias Cordeiro Valença

Mestrado e Doutorado. Máster Universitario en Dirección y Organización de Hospitales Y Servicios de Salud, Universitad Politécnica de Valencia. Preceptor do Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco e da Maternidade da Universidade de Pernambuco.

José Eleutério Junior

Mestrado e Doutorado. Professor Titular do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (DSMCA) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Membro da International Academy of Cytology.

José Focchi

Professor Associado da Escola Paulista de Medicina (aposentado). Ex-Presidente da ABPTGIC.

José Humberto Belmiro Chaves

Mestrado em Ciências pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP). Doutorado em Bioética e Ética Médica pela Universidade do Porto, Portugal. Pós-Doutorado em Comunicação e Saúde pela Universidade Aberta de Lisboa. Professor Titular de Ginecologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal). Professor Associado de Ginecologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Membro da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia e da Câmara Técnica de Bioética do Conselho Federal de Medicina. Membro da Academia Alagoana de Letras.

Julio Cesar Teixeira

Mestrado e Doutorado. Professor Livre-Docente em Tocoginecologia e Professor Pleno da Pós-Graduação CAPES-7 da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Lucivanda Pontes Fonteles

Médica Colaboradora do Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia na Clínica de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ((HC-FMUSP). Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC).

Luiz Carlos Zeferino

Mestrado e Doutorado. Professor Titular de Ginecologia no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

Mestrado e Doutorado. Bolsista do CNPq na Università degli Studi di Milano, Milão, Itália. Professor Titular da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

Marcela Grigol Bardin

Mestrado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Doutorado sanduíche pela Universidade de Sherbrooke, Quebec, Canada. Professora convidada e responsável pelo Ambulatório de Fisioterapia em Uroginecologia do CAISM (hospital da Mulher) da Unicamp.

Marcia Farina Kamilos

Responsável pelo setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (PTGI) do Hospital Heliópolis, São Paulo.

Marcia Fuzaro Terra Cardial

Mestrado e Doutorado. Professora Associada da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Chefe de Departamento e do Setor de PTGI e Colposcopia. Presidente da ABPTGIC.

Maria Inês de Miranda Lima

Mestrado e Doutorado. Chefe da Clínica Ginecológica da Santa Casa de Belo Horizonte.

Mariangela Freitas da Silveira

Mestrado e Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pós-Doutorado pela Johns Hopkins University. Professora Associada no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Maricy Tacla

Mestrado e Doutorado. Médica Assistente e responsável pelo Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

Miguel Tilli

Especialista en Infecciones em Ginecología y Obstetricia. Docente Adscripto de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Ex-Presidente de ASAIGO ITS, Argentina.

Neila Maria de Góis Speck

Mestrado e Doutorado. Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Newton Sergio de Carvalho

Mestrado pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutorado sanduíche junto ao Centro de Controle de Doenças (CDC), Atlanta, Estados Unidos, e à Universidade Federal do Paraná (UFPR). Criador e Professor do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher da UFPR. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da UFPR.

Nilma Antas Neves

Mestrado em Assistência Materno-Infantil. Doutorado em Imunologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular da UFBA.

Pâmela Cristina Gaspar

Farmacêutica-Bioquímica e Mestrado e Doutorado em Farmácia. Coordenadora-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Paola A. G. Pedruzzi

Cirurgiã Oncológica pelo Hospital Erasto Gaertner. Especialização em Cirurgia de Cabeça e Pescoço pelo Hospital Erasto Gaertner. Especialista em Cancerologia e em Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Mestrado em Oncologia pela Universidade de São Paulo (USP).

Paulo Cesar Giraldo

Mestrado e Doutorado. Pós-Doutorado na Weill Cornell Medical College da Cornell University, Divisão de Imunologia e Microbiologia. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Unicamp (aposentado). Professor Colaborador do DTG/Unicamp.

Renata Lopes Britto

Mestrado e Doutorado. Professora Associada de Ginecologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Titular de Saúde da Mulher da Universidade de Salvador.

Rita Maira Zanini

Mestrado e Doutorado. Aperfeiçoamento em Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia no Istituto Nazionale per lo Studio i la Cura dei Tumori di Milano e no programa de Research Fellow no M.D. Anderson Cancer Center University of Texas. Professora Titular do Departamento de Tocoginecologia e Chefe do Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Sergio Mancini Nicolau

Mestrado e Doutorado. Professor Adjunto, Livre-Docente e Chefe da Disciplina de Ginecologia Oncológica do Departamento de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP).

Sidney Roberto Nadal

Mestrado e Doutorado. Livre-Docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Ex-Supervisor da Equipe Técnica de Proctologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Sophie Françoise Mauricette Derchain

Mestrado e Doutorado. Livre-Docente em Ginecologia e Professora Titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp).

Steven S. Witkin

Professor Emeritus of Immunology in Obstetrics and Gynecology, William J. Ledger, M.D. Distinguished Professor for Infection and Immunology in Obstetrics and Gynecology, Weill Cornell Medical College Professor of Immunology in Obstetrics and Gynecology, Weill Cornell Medical College (aposentdo). Visiting Professor, Institute of Tropical Medicine, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Terence Pires de Farias

Titular da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Instituto Nacional de Câncer (INCA), RJ. Pesquisador concursado da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA, RJ. Mestre e Doutor pelo INCA. Professor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço no curso de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).

Valentino Antonio Magno

Mestrado e Doutorado. Fellow em Oncologia do Instituto Jules Bordet, Bélgica. Professor Adjunto e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Vera Lucia da Mota Fonseca

Mestrado. Membro Titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro e Fellow na International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. Professora das disciplinas de Saúde da Mulher e Saúde da Gestante da Universidade Estácio de Sá. Médica e Coordenadora do Programa de Residência Médica e Chefe do setor de Patologia do Trato Genital do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ.

Walquíria Quida Salles Pereira Primo

Mestrado e Doutorado. Especialização em Bioética pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília (UnB). Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia da Faculdade de Medicina na UnB.

Wanuzia Keyla Miranda

Mestre em Patologia e Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Aperfeiçoamento em Ginecologia Oncológica pela Universidad Complutense de Madrid (UCM). Especialização em Anatomia Patológica pala Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Citopatologia pela Sociedade Brasileira de Citopatologia.

Yara Lucia Mendes Furtado de Melo

Mestrado e Doutorado. Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Professora Adjunta da disciplina de Ginecologia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). Coordenadora da disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da UFRJ. Coordenadora do Internato em Ginecologia da EMC-Unirio. Chefe do Ambulatório de Patologia Cervical do Instituto de Ginecologia da UFRJ e do Ambulatório de Patologia do Trato Genital Inferior do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

Yoshiko A. Yoneda

Membro da Diretoria da ABPTGIC – São Paulo. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Qualificação em PTGI e Colposcopia. Título de Especialista em Citopatologia.

Agradecimentos

Em maio de 2010, era publicada a 1ª edição do *Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Manual Prático com Testes e Casos Clínicos Comentados*. Após seu rápido esgotamento, recebemos inúmeras solicitações para que uma nova edição fosse publicada. Atendendo a esses pedidos e depois de procurados pela Editora Atheneu, decidimos dar continuidade ao projeto. Assim, 15 anos depois, lançamos esta 2ª edição, atualizada e ampliada, com a expectativa de que outras edições venham a surgir, acompanhando a constante evolução da Medicina e da PTGI.

Em nome dos 11 editores e dos 57 autores integrantes da 2ª edição desta obra, manifesto, aqui, nossos sinceros agradecimentos. Contudo, sei que, ao agradecer, corro o risco de esquecer alguém – por isso, peço, desde já, desculpas por eventuais omissões.

Dessa forma, agradecemos:

Aos nossos locais de trabalho – hospitais, consultórios e universidades – que nos proporcionam o ambiente e os recursos necessários para exercer nossa prática e aprofundar nosso conhecimento. Agradecemos, em especial, às nossas pacientes que nos permitem adquirir a experiência clínica que, agora, compartilhamos nesta obra. Destacamos, também, o valor do contato com nossos alunos e alunas, que nos motivam e inspiram continuamente. A prática de "aprender ensinando" é, sem dúvida, um dos motores mais estimulantes da atividade docente. Da mesma forma, expressamos nossa gratidão aos colegas professores e professoras, cuja parceria e troca de saberes enriquecem o dia a dia acadêmico. Em particular, registro um agradecimento especial ao Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), onde concentro a maior parte do meu tempo e dedicação profissional.

Às pacientes e aos alunos e às alunas do Projeto de Extensão de Prevenção e Promoção de Saúde em Comunidades (@PPSC) da UFPR. É nesse projeto, desenvolvido junto a populações em estado de vulnerabilidade, que acumulamos vivências riquíssimas sobre os temas abordados nesta obra.

Aos amigos, colegas – da profissão médica ou não – que convivem conosco em hospitais, consultórios, universidades e em tantos outros espaços, agradecemos pelas palavras de incentivo, sugestões e críticas construtivas.

Às nossas queridas associações médicas: à Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC), anteriormente conhecida como Associação Brasileira de Genitoscopia (ABG), à época da 1ª edição, aqui

representada por sua presidente, Profª Marcial Cardial; e às demais entidades que, de alguma forma, contribuíram com este trabalho, como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis (SBDST), a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), entre outras. Agradecemos pelo apoio, pela confiança depositada em nós e pelas funções que nos foram atribuídas, as quais certamente colaboraram para a realização desta obra.

À Editora Atheneu, especialmente ao Dr. Paulo Rzezinski, Diretor Médico, que acreditou neste projeto desde o início, e a toda a sua equipe, pela dedicação, profissionalismo e qualidade na finalização desta edição.

Às nossas famílias – esposas, maridos, filhos e filhas – que, muitas vezes, deixamos de lado em nome da produção e divulgação do conhecimento científico. Agradecemos por sua compreensão, paciência e apoio incondicional. No meu caso, à Marli, Elisa, Beatriz e Raquel, e agora também aos meus netos, Martin e Enrico.

Um agradecimento especial aos nossos pais, que foram pilares em nossa formação, no desenvolvimento de nosso caráter e na constante motivação ao longo da nossa jornada profissional. Alguns estavam conosco fisicamente à época da 1ª edição e, hoje, seguem nos inspirando e protegendo, mas em outra dimensão. Em particular, cito minha mãe, Maria Vitorina, e meu pai, Sebastião, que me ensinaram a sempre considerar os dois lados de uma situação e a tomar decisões apenas após me colocar no lugar do outro.

Por fim, agradeço aos demais autores e amigos por terem me suportado como editor (coordenador) e por terem atendido prontamente às inúmeras solicitações de textos, testes, casos e comentários. Graças ao empenho de todos, conseguimos concluir este manual com êxito.

Newton Sergio de Carvalho

Prefácio da 2ª Edição

The practice of medicine is an art, based on science.

Willian Osler

Na apresentação deste livro, o professor Newton Sergio de Carvalho, seu editor, se refere, em parte, ao respectivo conteúdo.

Por isso, iniciei este prefácio com uma citação e me permiti tecer alguns comentários sem as correlações antecipatórias acerca do que o leitor encontrará nos vários capítulos.

A arte da Medicina se refere à tradução da palavra grega *téchnē*, cujo significado não se restringe à estética, mas contempla também qualquer tipo de conhecimento que envolva habilidade, atividade do pensador, técnica como arte de fazer e também de imaginar para produzir algo. O conceito grego remete ao fato de o ser humano poder transformar o mundo a seu redor. Na filosofia, Aristóteles diz que a arte/*téchnē* envolve a razão verdadeira.

Com certeza, a 2ª edição deste livro teve, na arte da Medicina, um motivo relevante para sua realização.

No entanto, poder-se-ia fazer uma pergunta: por que outro livro sobre patologia do trato genital inferior e colposcopia?

A resposta que me ocorre não é única, são várias, e acredito suficientes para justificar e embasar o trabalho. Primeiro, foi a acolhida da 1ª edição, o esgotamento rápido dos exemplares e a "pressão", sobre o editor, dos médicos que atuam nessa área médica, para que se elaborasse esta 2ª edição. Segundo, é a constatação da evolução rápida dos conhecimentos na área, com incorporações de novas técnicas na prática assistencial. Muito embora tenha ocorrido a primeira intervenção eficaz, por meio de vacina, na prevenção do câncer do colo do útero, tudo faz crer que ainda existe uma longa trajetória a ser percorrida; desvantagens serão removidas e novas e melhores tecnologias e práticas poderão ser produzidas. Dessa forma, os registros da caminhada necessitam ser divulgados. E, terceiro, será a constatação do leitor quanto à excelência da obra e ao vulto que toma com a ampliação dos temas e da atualização realizada com rigor e com embasamento científico no que há de mais consistente na literatura.

Nesse contexto, o livro é justificado e bem-vindo. Na ciência, portanto, na Medicina, nada fica perdido, pois, por sua própria dinâmica, nela tudo recomeça.

Agradeço ao amigo, professor Newton, a honra que me deu de prefaciar seu livro.

E, a você, leitor, desejo uma ótima leitura; uma atualização com base científica sólida, revista e escrita por professores de inegáveis saber e excelência profissional.

Etelvino de Souza Trindade

Membro da Diretoria da ABPTGIC
(Vice-Presidente Centro Oeste)

Ex-presidente da Febrasgo

Professor na ESCS (Faculdade de Medicina)
do Distrito Federal (aposentado)

Presidente da Academia de Medicina de Brasília

Vice-Presidente Centro-Oeste da AMB

Prefácio da 1ª Edição

Desde que, na década de 1980, o papilomavírus humano ficou definitivamente caracterizado como o agente causal do carcinoma da cérvice uterina, uma pequena revolução ocorreu na prática da especialidade.

Com o Sistema Bethesda de 1988 e 2001, que vigora na maioria dos serviços do mundo, houve substancial mudança na classificação dos diagnósticos citológicos. De fato, as lesões intraepiteliais de baixo grau, antigas neoplasias cervicais intraepiteliais de grau I, passaram a ser consideradas, na maioria das vezes, simples infecção pelo vírus. Aparecem com ela os termos ASC-US e ASC-H, achados citológicos nos quais o citopatologista não apresenta condições de antever o resultado histopatológico, que, com razoável frequência, está relacionado com a presença viral.

Também, uma nova classificação colposcópica passou a ser adotada a partir de 2002, quando o Comitê de Nomenclatura da Federação Internacional de Patologia Cervical Uterina e Colposcopia se reuniu, em Barcelona, com essa finalidade. Procurou colocar em destaque as infecções pelo vírus que, nas classificações anteriores, ocupavam uma posição de pouca proeminência, rotulada como "Achados Vários" ou "Miscelânea". Hoje, para o colposcopista, as atipias micropapilares, sobretudo as encontradas nas paredes vaginais, são consideradas patognomônicas da infecção.

Ainda na área de diagnóstico, nova e importante metodologia passou a ser utilizada: as provas biomoleculares. Com elas, além de se diagnosticar a presença do DNA do papilomavírus, é possível diferenciá-los em oncogênicos e não oncogênicos, passo importante para a conduta a ser adotada. Trata-se de metodologia ainda em desenvolvimento que, no último ano, ao conseguir detectar e quantificar E6 e E7, proteínas virais intimamente envolvidas na oncogênese, deu mostras de seu potencial de crescimento.

Poucas mudanças ocorreram no que diz respeito às terapêuticas; continuam sendo elas destrutivas ou excisionais. No seguimento dos casos, no entanto, o conhecimento do agente causal e do seu potencial de malignidade tem permitido a utilização de novos fluxogramas. O grande avanço aconteceu no tratamento profilático. As vacinas, comprovadamente capazes de evitar aproximadamente 80% das infecções pelo papilomavírus humano, constituem um dos maiores avanços no que diz respeito à Oncologia Ginecológica.

Nos capítulos que compõem este livro, o leitor encontrará os detalhes dessas poucas considerações. Em cada um deles, poderá notar a larga experiência dos autores e, por meio de seus quesitos e casos clínicos, avaliar a prática adquirida com a leitura.

Certamente será um livro de utilidade, sobretudo pelo aspecto de abordagem prática, que é seu foco. Boa leitura e bons estudos!

José Focchi

Professor da Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.

Apresentação da 1ª Edição (história do livro)

Este livro, *Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Manual Prático com Testes e Casos Clínicos Comentados*, teve início quando a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) nomeou 15 autores, todos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e Colposcopia, para integrar a Comissão de PTGI no biênio 2007-2009. Sob a presidência do editor deste livro, a comissão decidiu elaborar um manual abordando as principais condições relacionadas à PTGI com o objetivo de fornecer informações fundamentais para a prática clínica diária.

Foram definidos 15 temas, distribuídos entre os membros da comissão. Ao longo de diversas reuniões e trocas de mensagens eletrônicas, os capítulos foram desenvolvidos e a maioria deles chegou a estar praticamente finalizada. Como o objetivo era publicar esse conteúdo em formato impresso, mas a comissão não dispunha de meios próprios para viabilizar a edição, optou-se por buscar uma editora interessada em apoiar a publicação.

Àquela altura, o mandato da comissão já havia se encerrado e seus membros haviam sido substituídos, mas os autores mantiveram o compromisso com o projeto e seguiram com a iniciativa. Cada capítulo foi, então, reescrito e adaptado à nova proposta editorial, com a inclusão de testes de avaliação e casos clínicos comentados, a fim de tornar o conteúdo mais didático e aplicável à prática profissional. A Colposcopia foi incluída ao título por constituir matéria específica com cerca de 30% do manual, além de estar integrada a outros temas e estreitamente relacionada à PTGI.

Após intenso trabalho de revisão, correções, discussões e trocas de *e-mails*, finalmente, em 2010, conseguimos reunir e disponibilizar este material. Diferentemente de outras publicações, esta obra foi elaborada por 15 autores distintos, e cada capítulo reflete a visão particular de seu respectivo autor, que assume responsabilidade por suas afirmações e recomendações. Por essa razão, a bibliografia foi organizada como sugestões de leitura, sem a obrigatoriedade de citação direta no corpo do texto.

O manual está dividido em quatro seções: fundamentos básicos; patologias benignas; patologias pré-malignas e invasoras; e, por fim, temas considerados especiais. A obra conta com centenas de imagens, compondo quase um verdadeiro atlas sobre o tema, e diversos quadros, tabelas e mensagens-chave destacadas ao longo dos capítulos, o que facilita a assimilação dos conteúdos mais relevantes.

Vale destacar que os honorários desta edição foram integralmente doados à ONG Casa de Apoio aos Órfãos da Aids.

Por fim, agradecemos ao Prof. Nilson Mello, então presidente da Febrasgo durante a gestão da antiga comissão de PTGI, e ao seu secretário, Francisco Prota, pelo apoio e incentivo. Também agradecemos à Editora Atheneu, na pessoa de seu Diretor-Médico, Dr. Paulo Rzezinski, que acolheu o projeto, e aos tocoginecologistas brasileiros, que são, em essência, a razão de ser deste manual. Esperamos, sinceramente, que esta obra seja uma ferramenta útil na solução de inúmeros desafios relacionados à saúde da mulher — nosso principal objetivo.

Boa leitura!

Maio de 2010

Os Autores

Apresentação da 2ª Edição (história do livro, continuação)

O mundo segue em ritmo acelerado, e a Medicina acompanha essa velocidade. As alterações do trato genital inferior (TGI) feminino fazem parte desse processo contínuo de evolução. Nesse contexto, o intervalo de 15 anos entre as 1ª e 2ª edições deste manual revelou-se um período bastante extenso. Por isso, esta nova edição chega significativamente ampliada: passamos de 15 capítulos, na 1ª edição, para 29 nesta 2ª, e de 15 autores para 57. Ainda assim, mantivemos uma característica essencial: todos os capítulos foram escritos por autores seniores renomados. Quando mais de um autor estava envolvido no capítulo, cada um se originava em um serviço ou setor diferente – o que acrescentou ainda mais qualidade ao conteúdo. A quase totalidade dos autores possui título de doutorado, muitos com experiência internacional em instituições de grande prestígio, e vasta trajetória profissional na área.

Nesta edição, estabeleceu-se um vínculo mais estreito com a ABPTGIC, à qual serão destinados os honorários relativos aos direitos autorais por meio de um fundo de incentivo à pesquisa. Vários autores integraram a diretoria da ABPTGIC no triênio 2021–2023 (muitos ainda integram a gestão atual), somando-se aos demais colaboradores. Entre estes, destaca-se também a participação de autores vinculados a três universidades dos Estados Unidos, duas do Canadá e uma da Argentina, além de representantes de respeitadas e tradicionais universidades brasileiras. Dos 15 editores originais, três não puderam participar desta nova edição. Dos autores da 1ª edição, ressaltamos a permanência da querida Isa Melo, que, mesmo não estando mais entre nós, teve seu capítulo atualizado e segue presente em nossa memória com carinho e saudade.

Além da atualização dos temas abordados na 1ª edição, esta nova versão inclui assuntos contemporâneos, como o uso de energias e *laser* genital no TGI. Também foram incorporados conteúdos sobre infecções genitais, com estudos sobre o microbioma vaginal e as resistências dos agentes infecciosos mediadas por biofilmes. Vulvovaginites recorrentes foram analisadas pelos professores Sobel e Foxmann; o microbioma, pelo professor Witkin; e o micoplasma, pelo professor Tilli. A infecção pelo HPV, seu processo oncogênico e as vacinas receberam atenção especial, bem como o capítulo sobre marcadores tumorais, apresentado pelos professores das universidades canadenses Andrea Trevisan e Eduardo Franco. O câncer do colo do útero, nesta edição, foi tema de dois capítulos, com a colaboração de seis professores de diferentes instituições, os quais atualizaram amplamente o tema.

Mantendo um dos diferenciais mais relevantes da obra, esta edição também inclui mais de uma centena de testes e casos clínicos com respostas comentadas, além de uma ampla parte ilustrativa de apoio ao conteúdo textual, com dezenas de imagens, o que confere ao livro características próximas às de um atlas.

Assim, acreditamos que esta nova edição de *Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia – Manual Prático com Casos Clínicos e Questões Comentadas*, com a contribuição de autores de referência e a abordagem de temas atuais e fundamentais, será de grande utilidade na prática diária e, principalmente, em benefício de nossas pacientes.

Boa leitura!

Setembro de 2025

Os Autores

Sumário

SEÇÃO 1 – FUNDAMENTOS E PROPEDÊUTICA BÁSICA EM PATOLOGIAS DO TRATO GENITAL INFERIOR

1 Histórico e Importância de Patologias do Trato Genital Inferior e Peculiaridades da Consulta Ginecológica com Interesse nas PTGIs, **3**
Newton Sergio de Carvalho

2 Flora Vaginal Normal e Flora Vaginal Alterada, **29**
Garibalde Mortoza Junior
Maria Inês de Miranda Lima

3 Coleta e Interpretação da Citologia Oncótica, **43**
José Eleutério Junior
Wanuzia Keyla Miranda

4 Princípios Básicos do Exame Colposcópico – Técnica e Terminologia, **65**
Jefferson Elias Cordeiro Valença
Newton Sergio de Carvalho

5 Colposcopia Alterada – Índices Colposcópicos, **79**
Gutemberg Leão de Almeida
Isabel do Val
Isa Maria Melo *(in memoriam)*

6 Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, **101**
Julio Cesar Teixeira
Luiz Carlos Zeferino

7 Princípios Básicos dos Exames de Vaginoscopia, Anuscopia, Vulvoscopia, Peniscopia, **115**
Newton Sergio de Carvalho
Rita Maira Zanini
Sidney Roberto Nadal
Dulcimary Dias Bittencourt

SEÇÃO 2 – PATOLOGIA BENIGNA DO TRATO GENITAL INFERIOR

8 Afecções Não Neoplásicas do Colo do Útero, **143**
Yara Lucia Mendes Furtado de Melo
Vera Lucia da Mota Fonseca
Maricy Tacla

9 Afecções Não Neoplásicas da Vagina, **161**
Nilma Antas Neves
Renata Lopes Britto

10 Alterações Epiteliais Não Neoplásicas da Vulva e Prurido Vulvar, **177**
Angelina Farias Maia
Ana Katherine Silveira Gonçalves

11 Infecção pelo Papilomavírus Humano, **223**
Newton Sergio de Carvalho
Cecilia Roteli-Martins

12 Infecções por Clamídia e por *Mycoplasma genitalium*, **241**
Newton Sergio de Carvalho
Miguel Tilli

13 Vulvovaginites Recorrentes, **257**
Jack David Sobel
Betsy Foxman
Newton Sergio de Carvalho

SEÇÃO 3 – PATOLOGIA PRÉ-NEOPLÁSICA E INVASORA DO TRATO GENITAL INFERIOR

14 Conduta nas Lesões Precursoras do Câncer Genital, **277**
Silvia Lima Farias
Fernanda Villar Fonseca

15 Câncer do Trato Genital Inferior – Prevenção, Oncogênese e Métodos Diagnósticos, **297**
Etelvino de Souza Trindade
Walquíria Quida Salles Pereira Primo
Sophie Françoise Mauricette Derchain

16 Câncer do Trato Genital Inferior – Aspectos Práticos do Estadiamento, Conduta e Prognóstico, **315**
Sergio Mancini Nicolau
Valentino Antonio Magno
Manoel Afonso Guimarães Gonçalves

17 Doenças da Cavidade Oral e Orofaringe Relacionadas a Patologias do Trato Genital Inferior, **341**
Terence Pires de Farias
Paola A. G. Pedruzzi
Carlos Afonso Maestri

18 Utilidade Clínica dos Marcadores Tumorais nas Neoplasias do Trato Genital Inferior Feminino, **359**
Andrea Trevisan
Eduardo Franco

SEÇÃO 4 – TEMAS ESPECIAIS

19 Peculiaridades das Patologias do Trato Genital Inferior na Gestação e em Imunossuprimidas, **379**
Marcia Fuzaro Terra Cardial
Carmem Luiza Leite
Yoshiko A. Yoneda

20 Vacinas Profiláticas e Terapêuticas Contra o Câncer do Colo do Útero, **397**
José Focchi
Julio Cesar Teixeira
Cecilia Roteli-Martins
Newton Sergio de Carvalho

21 Higiene Genital Feminina, **411**
Paulo Cesar Giraldo
José Eleutério Junior
Ana Katherine Silveira Gonçalves
Marcela Grigol Bardin

22 Microbioma Vaginal e sua Importância em Patologias do Trato Genital Inferior, **423**
Iara Moreno Linhares
Steven S. Witkin
Newton Sergio de Carvalho

23 Biofilmes e sua Importância em Patologias do Trato Genital Inferior, **433**
Newton Sergio de Carvalho
Camila Marconi

24 Imunologia e sua Aplicação em Patologia do Trato Genital Inferior, **447**
Adriana Bittencourt Campaner

25 *Laser* e Outras Modalidades de Energia para Uso em Patologia do Trato Genital Inferior, **461**
Neila Maria de Góis Speck
Newton Sergio de Carvalho
Marcia Farina Kamilos

26 Aspectos da Sexualidade Ligados a Patologias do Trato Genital Inferior, **493**
Elsa Aida Gay de Pereyra
Lucivanda Pontes Fonteles

27 Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos Ligados a Patologias do Trato Genital Inferior, **507**
Carmita H. N. Abdo

28 Implicações das Patologias do Trato Genital Inferior em Saúde Pública, **519**
Pâmela Cristina Gaspar
Mariangela Freitas da Silveira
Angelica Espinosa Miranda

29 Aspectos Éticos e Legais em Situações de Atendimento em Patologias do Trato Genital Inferior, **541**
José Humberto Belmiro Chaves
Edison Luiz de Almeida Tizzot
Newton Sergio de Carvalho

Índice Remissivo, **553**

SEÇÃO 1

FUNDAMENTOS E PROPEDÊUTICA BÁSICA EM PATOLOGIAS DO TRATO GENITAL INFERIOR

1

Histórico e Importância de Patologias do Trato Genital Inferior e Peculiaridades da Consulta Ginecológica com Interesse nas PTGIs

Newton Sergio de Carvalho

HISTÓRICO E IMPORTÂNCIA DA PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

A história das patologias do trato genital inferior (PTGIs) praticamente se confunde com a do câncer cervical (CC). De forma didática, poderíamos dividi-la em três períodos: um que se desenvolve até a década de 1970, quando o CC constituía praticamente assunto único e base para a colposcopia, citologia e histopatologia; e o segundo período, a partir dessa época até por volta dos primeiros anos deste século em que, em razão da descoberta e do entendimento da história natural do Papilomavírus humano (HPV), evolui com as novas modalidades de rastreamento do CC, a exemplo dos testes de Biologia Molecular, e culmina com a descoberta das vacinas profiláticas contra o HPV. A partir dessa época, poderia ser definida uma terceira etapa na qual os resultados da aplicação vacinal são desenhados de acordo com os programas de cada país, além da liberação de uma nova vacina, e o microbioma vaginal se torna mais estudado, com sua potencial influência no processo oncogênico. No segundo período em que as patologias cervicais se firmaram como PTGIs e a colposcopia como genitoscopia, houve uma expansão do estudo das inúmeras afecções do trato genital inferior, da infecção pelo HPV e do CC, bem como da colposcopia, além da observação do colo uterino, incluindo outros locais da região genital, o que, em nosso meio, se denominou "genitoscopia". Nesse particular, as discussões sobre a influência da infecção pelo HPV e do câncer anal (CA), além daquela relacionada a cabeça e pescoço, foram incluídas.

Na terceira etapa, poderia ser inserida a influência do meio ambiente vaginal nas queixas genitais e também na história natural da infecção pelo HPV. Também são temas recentes a liberação de uma nova vacina profilática pelos órgãos reguladores nacionais incorporando maior número de partículas semelhantes aos vírus (VLPs) – nonavalente e a tentativa de redução do número de doses vacinais em adolescentes, culminando com a dose única.

PRIMEIRO PERÍODO

As referências ao câncer do colo aparecem no século XV a.C. em textos gregos e indus; entretanto, a mais completa descrição da doença e de seu tratamento é ob-

servada em vários textos médicos apenas no século XIX. Cullen, em 1900, introduz o conceito de lesões precursoras do câncer do colo uterino, sendo que a investigação dos 60 anos seguintes conduz a história natural do câncer e o melhor entendimento da infecção e consequente estratégia na maneira de diagnosticar, prevenir e tratar.

Data do final do século XVIII e início do século XIX, quando as lesões precursoras foram observadas nas proximidades das áreas de carcinoma invasor e, então, definidas, sendo que o termo "carcinoma *in situ*" foi introduzido, por Broders, em 1932, e então definida sua relação com as lesões invasoras.

O ponto fundamental desse período dentro das PTGIs foi a descoberta do colposcópio por Hans Hinselmann, na Alemanha. Hinselmann, em março de 1924, trabalhando na Clínica Ginecológica da Universidade de Bonn, foi chamado pelo diretor, Prof. von Franqué, para escreverem, em conjunto, um capítulo sobre câncer do útero, e o assunto que lhe caberia seria a parte clínica. Ao pesquisar na biblioteca, pensava nos itens que deveria desenvolver: estatística; sintomas; diagnóstico; prognóstico; profilaxia; e etiologia.

Com relação ao diagnóstico, Hinselmann pensou que talvez unicamente o diagnóstico precoce teria algum interesse. Imaginando o aspecto clínico do estado precoce, cogitou, naturalmente, um pequeno tumor ou uma pequena úlcera. Teve, então, a ideia de combinar luz intensa com aumentos consideráveis para examinar o colo, e tumores ou úlceras menores do que os até então observados poderiam ser reconhecíveis. Utilizando, inicialmente, uma lupa (de von Eicken) com aumentos de 0,8; 1,1 e 1,8, observou o que gerou alguma vantagem. Então, a seguir, contatou o Dr. E. Leitz e a empresa Zeiss, solicitando a confecção de um aparelho com aumento de dez vezes, com distância de 12 cm (para examinar, levando em conta o comprimento médio da vagina de 9 cm). E, como lhe foi negada a criação do aparelho, Hinselmann insistiu com o Dr. Leitz, conseguindo, após algumas semanas, ter sua ideia aceita.

Diante de resultados promissores, com a realização de pequenas biópsias e análises histológicas, o método se mostrou eficaz. A palavra "colposcopia" é derivada de *kolpos*, que significa "vagina", e *skopeo*, que significa "olhar com atenção"; assim, foi utilizada para definir essa nova metodologia de rastreamento precoce do câncer do colo.

Ao longo do tempo, com a observação e o estudo das lesões, o método foi aperfeiçoado até que foi publicado, em 1927, pela primeira vez, a descrição das modificações, que Hinselmann designou como "lesões pré-cancerosas". Escreveu, então, um manual de colposcopia e afirmou que a referida metodologia entraria na Ginecologia do futuro como um marco e nunca mais poderia desaparecer.

À mesma época, nos Estados Unidos, George Papanicolaou, grego naturalizado americano, que trabalhava na Universidade Cornell, em Nova York, em 1928, relatou que o câncer de útero poderia ser diagnosticado por meio de um esfregaço, com a coleta de células da vagina. Porém, a importância de seu trabalho não foi reconhecida até a publicação, juntamente com Herbert Traut, do Departamento de Ginecologia, do *Diagnóstico do Câncer de Útero pelo Esfregaço Vaginal*, em 1943. O livro discute a preparação do esfregaço vaginal e cervical, alterações fisiológicas durante o exame citológico e as mudanças observadas na presença do câncer do colo.

No entanto, as duas metodologias de detecção se multiplicaram nos centros dedicados à descoberta das lesões inicias do CC só após os anos de 1970, trazendo, como consequência, uma marcante diminuição das lesões do CC. Houve diminuição dos índices de mortalidade pelo CC a um terço em comparação ao que ocorria nos anos de 1950. Entretanto, embora com esses resultados, inúmeros países representantes de mais da metade dos índices mundiais ainda mantêm taxas elevadas da doença, um desafio à Medicina.

SEGUNDO PERÍODO

Após os dois marcos nas PTGIs, uma série de eventos importantes ocorreu posterior aos anos de 1970. Entre eles, foram marcantes:

- A etiologia do CC foi revelada. A doença epidemiologicamente conhecida, durante décadas, como resultado de um agente oncogênico de transmissão sexual, agora era, de maneira definitiva, provada ser causada por tipos de HPV ditos de alto risco. A descoberta trouxe a Harald Zur Hausen o Prêmio Nobel de Medicina de 2008.
- Assim, o genoma do HPV foi amplamente decodificado e cada vez mais conhecidos os mecanismos de sua capacidade para causar a transformação maligna das linhas de células do hospedeiro.
- Foi descoberto um teste mais simplificado de Biologia Molecular, denominado "captura híbrida". Nesse teste, a luz da reação gerada pela adição de sondas específicas de HPV conhecidas ao meio contendo material com HPV a ser tipificado pode ser aferida por intermédio de um aparelho denominado "quimioluminômetro". Ainda, mediante a Biologia Molecular, na metodologia de amplificação do agente ou de fragmentos deste por meio de PCR, foram definidos os tipos considerados de alto e baixo risco e, ultimamente, inclusive sua importância em razão da presença dos tipos 16 e 18 e, às vezes, outros de alto risco se definem como marcadores. Dessa forma, os tipos virais puderam ser demonstrados em relação ao grupo oncogênico, o que aumentou a importância dessa identificação. Os 14 tipos de HPV conhecidamente envolvidos no CC são detectados por meio dessa metodologia. Portanto, a adição desse teste de DNA do HPV ao de Papanicolaou foi demonstrada como uma possibilidade para aumentar a sensibilidade e o valor preditivo negativo dos exames citopatológicos.
- O gene L1 do HPV foi isolado e utilizado para produzir uma partícula semelhante ao vírus HPV (*virus like particle* = VLP) que, por sua vez, tornou-se o componente antigênico de uma vacina preventiva do câncer do colo uterino. A prevenção secundária na forma de teste de Papanicolau, então, poderia ser associada à prevenção primária por meio da vacinação. Assim, duas vacinas para uso comercial foram liberadas, uma delas incluindo os tipos 16 e 18 (bivalente), em 2004, e outra, os tipos 16, 18, 6 e 11 (tetravalente), em 2005, sendo essa última incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 2014, e permanece até a data atual.

TERCEIRO PERÍODO

- Esse período diz respeito aos avanços no estudo do meio ambiente vaginal e de sua inter-relação com os processos infecciosos e com a oncogênese. Dessa forma, a

descrição do microbioma vaginal, dos meios de resistência de micro-organismos e de agentes emergentes são pontos importantes a serem estudados. Impactos dessas infecções durante a gestação também têm sido motivo de inúmeras discussões. Além disso, mais detalhes sobre a importância do processo oncogênico da infecção pelo HPV nas regiões do canal anal e da cavidade oral foram inseridos. As duas vacinas liberadas para uso comercial nos últimos anos foram complementadas por uma terceira, a qual foi composta por nove tipos de VLPs, denominada "nonavalente" e aprovada pela Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, em 2014. e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no Brasil, em 2023. Também recentemente, novos esquemas de vacinação vêm sendo discutidos constituídos de 2 doses para adolescentes ou mesmo culminando com a liberação, pelo Ministério da Saúde do Brasil, com a aplicação em dose única.

EVOLUÇÃO DA COLPOSCOPIA NO BRASIL

A importância do método colposcópico definiu a criação de várias sociedades em todo o mundo, formando uma federação internacional, a International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), e a Federação Latino Americana de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (FLAPGIC), das quais o Brasil faz parte.

Graças a pessoas de largo horizonte, como Arnaldo de Moraes e Clóvis Salgado, que encamparam o método, a colposcopia está, hoje, presente, sobrevivendo à guerra e, ainda mais, ao pós-guerra, o que possibilitou a João Paulo Rieper desenvolvê-la na Clínica do Prof. Arnaldo de Moraes.

A primeira sociedade de colposcopia instituída no mundo, antes mesmo da alemã, foi a brasileira, fundada no Rio de Janeiro, em 17 de maio de 1958, a Sociedade Brasileira de Colposcopia, por um grupo de médicos liderados pelo Prof. João Paulo Rieper, discípulo de Hinselmann. Em 1964, realizou-se em Belo Horizonte (MG), o Congresso Brasileiro da especialidade, um dos primeiros, senão o 1º congresso nacional de colposcopia do mundo, presidido por Rieper e tendo como presidente de honra o Prof. Clóvis Salgado. Apenas bem mais recentemente, em 6 de novembro de 1972, é que foi fundada a IFCPC, cujo primeiro presidente foi o Prof. Eric Burghardt, e um brasileiro, o Prof. Carlos Alberto Salvatore, seu quarto presidente, na gestão de 1981 a 1984. O respectivo 1º congresso foi realizado na Argentina (Mar Del Plata) e o 6º, em São Paulo, presidido pelo Prof. Salvatore.

Entre os vários eventos da então Sociedade Brasileira de Colposcopia, selecionamos trechos da ata de sua 2ª Reunião e dos 1º e 4º Congressos Brasileiros de Patologia Cervical Uterina e Colposcopia (dados adaptados do *site* da Associação Brasileira de Genitoscopia [ABG], conforme informações dos doutores Domiciana Guerra, Isa Mello e Garibaldi Mortoza – *https://colposcopia.org.br/*), em que alguns aspectos e, sobretudo, nomes de médicos que marcaram a história da colposcopia no Brasil são apresentados:

- A 2ª Reunião da Sociedade Brasileira de Colposcopia foi realizada em 13 de setembro de 1958. Na ocasião, o Vice-Presidente, Prof. Dr. Arnaldo de Moraes, cumprimentou o Dr. J. Clauss, do serviço do Prof. Mestwerdt, que veio para um intercâmbio médico-científico. O Dr. João Paulo Rieper propôs que fosse

organizada uma comissão para preparar um livro de colposcopia. Os doutores Mário Pardal, Alberto Rocha, Werner Soldan e João Paulo Rieper eram colaboradores certos, e o Prof. Clóvis Salgado, presidente da Sociedade, aprovou a Comissão. Na reunião, foi apresentado o distintivo da Sociedade Brasileira de Colposcopia, desenhado pelo Sr. Rabong, contendo o tripé colposcópico (colposcópio, microscópio e espátula de Eyre simbolizando a coleta citológica) e teve aprovação por unanimidade. O Dr. Orlando Baiocchi apresentou o industrial Decio Vasconcellos e seus colaboradores, construtores do novo colposcópio nacional. O Dr. Baiocchi fez uma palestra com o tema "O Valor da Documentação em Colposcopia", em que apresentou os princípios da colpofotografia e mostrou fotos tiradas com um modelo Zeiss para, em seguida, demonstrar o modelo nacional, recém-fabricado, e uma pinça de biópsia de sua autoria. O Prof. Arnaldo de Moraes teceu considerações sobre o valor do diagnóstico precoce do carcinoma do colo, servindo de exemplo essa colaboração da clínica com a indústria, apresentação que encerrou a sessão.

- Os anais do 1º Congresso Brasileiro de Colposcopia, realizado em Belo Horizonte, entre 13 e 16 de setembro de 1964, mostram o Prof. João Paulo Rieper como presidente. Na ocasião, homenageou-se o Prof. Clóvis Salgado, como presidente de honra; foi também realizada homenagem póstuma ao Prof. Hans Hinselmann (1884-1959). O secretário-geral, Alberto Henrique Rocha, também trabalhou na Comissão de Publicações e Anais. A Comissão Científica foi comandada por Lucas Monteiro Machado; a de Finanças, por José Salvador Silva; e a Comissão Social, por Lucas Viana Machado. Delzio Bicalho presidiu a Comissão de Exposição Científica e Comercial. A finalidade principal do 1º Congresso Brasileiro de Colposcopia foi a de reunir os colposcopistas brasileiros para sentir sua força e o progresso real da especialidade no Brasil: "Os trabalhos apresentados mostram que esta meta foi plenamente alcançada. Além disso, resultam estímulos para novos trabalhos e podemos aguardar confiantemente o futuro da colposcopia no Brasil". Entre os autores que apresentaram trabalhos e conferências nesse Congresso, podemos citar: G. Mestwerdt; Alberto Henrique Rocha; Ruy Pimenta Filho; João Paulo Rieper; Hildegard Stoltz; Maria das Mercês Pontes Cunha; e F. Victor Rodrigues. Os trabalhos versaram sobre microcarcinoma do colo uterino, ectropion congênito, vantagens e dificuldades da colpofotografia, cervicites e a junção escamocolunar na infância e adolescência, entre outros. Observamos que o tema da cervicite já fazia parte da programação desse 1º Congresso, mas que, ao passar do tempo, adquiriu importância crescente e que, nessa 2ª edição, mereceu relato diferenciado no que diz respeito a seus agentes.
- A *Revista Brasileira de Ginecologia* dedicou um número especial (vol. IX – 1977) para os anais do 4º Congresso realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre 10 e 14 de outubro de 1976, e considerado "um passo importante na luta contra o câncer do colo uterino". Na ocasião, houve importante participação da Divisão Nacional de Câncer e do Ministério da Saúde. O Prof. Alípio Augusto Camelo, diretor do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ressaltou a importância da criação, em 1948, do Ambulatório Preventivo do

Câncer Ginecológico. A colposcopia foi divulgada, no Brasil, pelas mãos de João Paulo Rieper, presidente do 4º Congresso Brasileiro. A Comissão Organizadora contou com a participação de Leonardo R. Sanches (vice-presidente do Congresso), Nísio Marcondes Fonseca (presidente da Comissão Científica), Clarice Amaral Ferreira, Paulo Canella (presidente da Comissão Executiva) e Hélia Maldonado (Comissão de Finanças). Como presidente de honra, foi homenageado o Prof. Clóvis Salgado, além do Prof. José Medina, de São Paulo. Como convidados especiais, compareceram ao Congresso o Prof. Erich Burghart, presidente do 2º Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia, realizado na Áustria, em 1975, e o Prof. Adolf Stafl, dos Estados Unidos. O Congresso contou com a participação de mais de 80 professores, destacados nomes na história da colposcopia brasileira, a saber: Paulo Levy Schivartche; Werner Soldan; Manoel Baliú; Ítalo Baruffi (orientador de pós-graduação do autor deste capítulo); Alberto Henrique Rocha; Mercês Pontes Cunha; Onofre de Castro; Annibal Silvany; Jayme Iglesias; Paschoal Simões; Carlos Alberto Salvatore; Paulo Barros; Ruy Pimenta; Paulo Gorga; Roberto Alvarenga; Emília Rebelo Lopes; Humberto Torloni; José Chaves Meyrelles; e Carmen Prudente, entre outros, a quem João Paulo Rieper agradeceu em seu discurso. Na abertura solene, realizada no Hotel Glória, estendeu seus agradecimentos a Dra. Hildegard Stoltz, secretária-geral do evento.

Outro fato marcante, na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, foi a realização do XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), em 1988, no Rio de Janeiro, em que os aspectos das várias apresentações da infecção pelo HPV foram mostrados, principalmente sobre as formas microscópicas e sua relação com o processo oncogênico do colo uterino.

Igualmente, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) vem atuando de forma incisiva junto a seus membros no sentido de ensinar e atualizar as PTGIs, inclusive congregando grupo de especialistas de várias regiões do país na Comissão Nacional de PTGIs, da Febrasgo, que tem for finalidade divulgar informações e assessorar a Federação nas questões relativas a essa área.

A moderna colposcopia é atualmente definida como o exame de todo trato genital inferior, da vulva ao canal endocervical em sua porção inicial, incluindo a exploração do períneo e da região perianal, e propagando-se para a região do canal anal. É um método dinâmico. Sua abrangência conceitual ampliou o exame para a genitoscopia. Dessa forma, níveis de competência devem ser avaliados e definidos. Assim sendo, para se qualificar nessa área, são exigidos, do médico, o conhecimento da fisiologia e da patologia do trato genital inferior, bem como a capacidade de correlacionar os dados de citologia e anatomia patológica na decisão diagnóstica e terapêutica.

Merece referência também a introdução da videocolposcopia e, no Brasil, a Profa. Isa Maria de Mello foi uma das principais introdutoras e incentivadoras do método, editora associada deste livro e que, infelizmente, nos deixou em 2017.

O propósito da anteriormente denominada ABG e, desde 2012, Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC), foi definido

como a educação e a disseminação do conhecimento pertinente à colposcopia e ao diagnóstico e à conduta nas doenças do trato genital inferior. Assim, entre seus objetivos, estavam buscar educar os profissionais médicos em genitoscopia e em estratégias relacionadas à área do trato genital inferior e proporcionar conhecimento e habilidades necessárias para:

- Executar exames colposcópicos básicos e avançados, inclusive a compreensão do que é normal e fisiológico na área genital, bem como o que é anormal.
- Correlacionar a colposcopia à citologia e à histologia.
- Reconhecer e avaliar as alterações pré-malignas e malignas no trato genital inferior.
- Reconhecer o papel de cofatores no desenvolvimento das desordens neoplásicas da cérvice, vagina e vulva.
- Reconhecer, avaliar e tratar as doenças vulvares e vaginais relacionadas.
- Estar familiarizado com novas modalidades de diagnóstico e tratamento para as doenças do trato genital inferior.
- Rastrear, diagnosticar e tratar a infecções genitais, incluindo aquelas transmitidas na relação sexual.
- Diagnosticar e conduzir as lesões genitais, incluindo-se aquelas da pele e das mucosas.

Nesse particular, as PTGIs consistem em uma especialidade ou área de atuação médica que se inter-relaciona com outras no estudo de várias doenças, tanto do ponto de vista de prevenção como do diagnóstico e conduta. Entre estas, poderemos observar, no Quadro 1.1, suas várias interfaces.

Quadro 1.1 – Especialidades inter-relacionadas no estudo de váriasPTGIs: prevenção, diagnóstico e conduta

Especialidade/área de atuação médica	Assunto correlato às PTGIs	Exemplos de interesse
Ginecologia/Obstetrícia	Estudo das infecções e doenças na região genital feminina	Integralmente inserida nas doenças genitais da mulher
Patologia	Avaliação de aspectos de citologia e histológicos de materiais oriundos da região genital inferior	No segmento da patologia ginecológica e citopatologia
Oncologia	Orientações sobretudo a respeito de condutas nas neoplasias encontradas nessa região	Casos de neoplasias do trato genital inferior
Infectologia	Estudo das infecções como um todo e, em especial, aquelas relacionadas com o vírus da imunodeficiência humana com seus efeitos e inter-relações nessa área	No estudo das pacientes infectadas com HIV em associação com lesões genitais e principalmente neoplasias

(*Continua*)

Quadro 1.1 – Especialidades inter-relacionadas no estudo de váriasPTGIs: prevenção, diagnóstico e conduta (*Continuação*)		
Especialidade/ área de atuação médica	**Assunto correlato às PTGIs**	**Exemplos de interesse**
Dermatologia	Avaliações das alterações da pele e mucosa que reveste a região genital inferior	Dermatoses genitais como vários tipos de líquen
Urologia	Estudo de segmentos da região genital inferior incluídos na área de trato urinário baixo bem como de determinadas doenças no homem inter-relacionadas com essa área	Lesões e infecções uretrais
Proctologia	Estudo de segmentos da região genital inferior incluídos na área de trato intestinal baixo bem como de determinadas doenças no homem inter-relacionadas com essa área	Lesões e infecções anais e perianais
Infecções de transmissão sexual	Estudo das infecções e doenças passiveis de transmissão por meio do relacionamento sexual	Inúmeras ISTs, entre elas as cervicites, uretrites e algumas vaginites e vaginoses

HIV: vírus da imunodeficiência humana; PTGIs: patologias do trato genital inferior.
Fonte: Adaptado de ABPTGIC pelo autor – https://colposcopia.org.br/historia/; IFCPC https://ifcpc.org/).

No Quadro 1.2, foram inseridos alguns dos principais nomes relacionados com a história da colposcopia e das PTGIs.

Quadro 1.2 – Principais nomes relacionados com a história da colposcopia e das PTGIs
• Hans Hilselmann – 1924 – invenção do colposcópio
• George Papanicolaou – 1028 – invenção do método citológico de rastreamento do CC
• João Paulo Rieper – 1958 – fundação da Associação Brasileira de Colposcopia e presidente do 1º Congresso Brasileiro de Colposcopia em 1964 (Belo Horizonte), tendo o Prof. Clóvis Salgado como presidente de honra
• Eric Burghardt – 1972 – fundou a Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC), sendo seu primeiro presidente
• Carlos Alberto Salvatore – 1981 – 4º presidente da IFCPC – gestão de 1981 a 1984
• Ian Frazer e Jian Zhou – 1989/91 – descoberta da vacina profilática contra o HPV
• Harald Zur Halsen – 2008 – descoberta da associação da infecção pelo HPV como o CC, o que lhe conferiu o Prêmio Nobel
• Douglas Lowe & John Schiller – elaboração das VLPs e vacinas profiláticas contra o HPV

CC: câncer cervical; HPV: papilomavírus humano; PTGIs: patologias do trato genital inferior.
Fonte: Desenvolvido pela autoria.

PECULIARIDADES DA CONSULTA GINECOLÓGICA COM INTERESSE NAS PATOLOGIAS DO TRATO GENITAL INFERIOR

A consulta médica deve ser dividida em três segmentos básicos, cuja duração varia entre um e outro paciente, além do tempo em que o médico se dispõe a destinar a cada um deles:

- anamnese;
- exame físico;
- orientações.

A requisição ou utilização de exames complementares conforme a necessidade e a construção de um diagnóstico epidemiológico e clínico se posicionam, geralmente, antes das orientações à paciente. As orientações são uma importante etapa que inclui o esclarecimento do diagnóstico, prognóstico, tratamento e acompanhamento, além de aconselhamento e transmissão de outras informações necessárias a cada caso específico.

ANAMNESE

Sabe-se que significante número de pessoas com alguma afecção do trato genital inferior (TGI) é assintomático ou oligossintomático e, por esse motivo, dificilmente procura auxílio médico. Isso faz sentido principalmente porque uma grande parte das afecções dessa região é considerada aquela de transmissão sexual, que habitualmente apresenta pouco ou nenhum sintoma. Além disso, as lesões cervicais, sobretudo as associadas à infecção pelo HPV, que são o principal foco dessa gama de afecções, na sua maioria, apresentam essas características. Por esse motivo, deve-se sempre estar atento à possibilidade de uma afecção do TGI mesmo quando não existirem queixas. Em uma consulta por qualquer outra causa (p. ex., pré-natal, coleta de "exame preventivo", aconselhamento anticoncepcional), pode-se rastrear alguma paciente oligossintomática por meio de questionário epidemiológico, exame físico ou exames complementares como sorologias (vírus da imunodeficiência humana [HIV], HCV, HBV, VDRL) ou, ainda, por testes de Biologia Molecular.

As queixas mais comuns das pacientes sintomáticas são descritas no Quadro 1.3.

Quadro 1.3 – Sinais e sintomas observados em pacientes com PTGIs

Corrimento – com variadas características, associado ou não a outras queixas vaginais como odor, ardência ou prurido
Prurido – vulvar ou em algum local da área genital
Dor/desconforto – vulvar ou mesmo vaginal e associação ou não ao ato sexual (dispareunia)
Ardência – vulvar ou genital
Verrugas – em alguma área do TGI
Úlceras ou outro tipo de lesão da pele e/ou mucosa (fissuras, vesículas, exulceras entre outras) na área do TGI
Sintomas urológicos e/ou proctológicos

TGI: trato genital inferior.
Fonte: Desenvolvido pela autoria.

A anamnese se inicia pela queixa principal (QP), que deverá ser detalhada na etapa seguinte denominada "história da doença atual" (HDA), o que dá uma pista do diagnóstico. Como em qualquer consulta médica, o tempo de conversa suficiente é essencial para o correto diagnóstico e tratamento. Um ciclo vicioso que é visto em algumas situações começa com um médico que está insatisfeito com as condições de trabalho ou mesmo com seu ganho remuneratório e que, assim, conversa pouco com cada paciente para atender maior número de pacientes, pedindo, consequentemente, mais exames complementares. Os planos de saúde e convênios, considerando os exames dispendiosos, tendem a abaixar os honorários da consulta do médico, que conversa menos e pede mais exames, completando o ciclo.

É justamente pelo relacionamento que estabelece com um paciente que o médico pode adquirir sua confiança e ter sucesso na condução do caso. Para realizar a consulta adequada, é necessário, fundamentalmente, que o médico ganhe a confiança do paciente e, assim, conseguir coletar dados com maior veracidade por causa de menor inibição propiciada pela confiança então estabelecida entre médico e paciente; exame físico mais detalhado pelo menor constrangimento; e maior aderência ao tratamento e, portanto, resolutividade do problema. Quanto aos exames, o médico deve sempre explicar o motivo de cada solicitação, evitando gastos e incômodos desnecessários, além de mantê-los apenas como uma complementação ao diagnóstico eminentemente clínico.

Particularmente quanto à QP, é necessário observar que nem sempre a principal queixa referida pela paciente é a QP que realmente a trouxe à consulta com o ginecologista/obstetra (GO). Uma evidência disso é que uma série de algias vulvares é meramente tradução de inadequações sexuais. Cabe a argúcia do médico em conseguir extrair, na anamnese, o verdadeiro motivo que trouxe a paciente à consulta.

História da doença atual

Inclui o início e o tempo de duração dos sintomas. A maioria dessas doenças tem caráter de evolução aguda. Por exemplo, úlceras ou corrimentos que apareceram há pouco tempo apresentam maior tendência em ter relação com alguma situação de transmissão sexual. As úlceras crônicas (mais de 4 semanas), por sua vez, menos provavelmente serão relacionadas a essa situação, podendo ser decorrentes de uma dermatose, de um carcinoma ou de outra doença do tegumento. Os corrimentos crônicos têm maior chance de se originarem de um carcinoma de colo uterino, de endométrio ou de outra doença cervicovaginal crônica e, menos provavelmente, de uma infecção aguda como candidíase ou tricomoníase agudas. Entretanto, algumas situações anteriormente agudas podem se tornar repetitivas e, de alguma forma, cronificam-se como algumas alterações vaginais. Outro ponto importante é que o tempo de evolução de cada moléstica poderá, inclusive, auxiliar na conduta terapêutica, como na situação dos condilomas genitais que, quando de recente aparecimento, ainda não sofreram ação da imunologia do hospedeiro e, portanto, eventualmente poderemos aguardar a remissão espontânea observada em um percentual razoável de casos.

História mórbida pregressa (HMP)

Os principais antecedentes mórbidos pessoais a serem esclarecidos são os menstruais, obstétricos e sexuais.

Menstruais

A data da última menstruação (DUM) é fundamental, pois pode indicar uma gravidez com consequente modificação de planos diagnósticos e de tratamento e mesmo com uso de determinadas medicações contraindicadas nessa eventualidade. Se a menstruação estiver atrasada, deve-se considerar a paciente grávida, lembrando que não se deve instrumentar o útero, fazer histerometria ou prescrever medicamentos como a tetraciclina, entre outros. A DUM também informa em que fase do ciclo a paciente se encontra. Isso é importante, pois a menstruação altera o principal mecanismo de defesa da vagina que é o pH ácido, alcalinizando o meio uma vez que o sangue é alcalino. Isso favorece a instalação de infecções por tricomonas e *Gardnerella* no meio vaginal, além de facilitar a ascensão de micro-organismos que estejam instalados no colo na forma de cervicite, podendo causar sua complicação, que é a doença inflamatória pélvica (DIP). Por isso, a salpingite (uma forma de DIP), quando ocorrer, geralmente se instalará na primeira fase do ciclo menstrual (per e pós-menstrual imediato). Já a candidíase pode ocorrer, com maior frequência, no período pré-menstrual por ser a fase na qual o pH se encontra mais ácido e o fungo encontra maior facilidade em se reproduzir. Podemos conhecer, com facilidade, o pH do meio vaginal por intermédio de fitas de papel tornassol que se coloca em contato com a secreção vaginal que muda de cor de acordo com o pH da região. Na Figura 1.1, podemos observar como o pH vaginal varia em função da época do ciclo menstrual e quais as situações podem se associar facilitadas por essas mudanças.

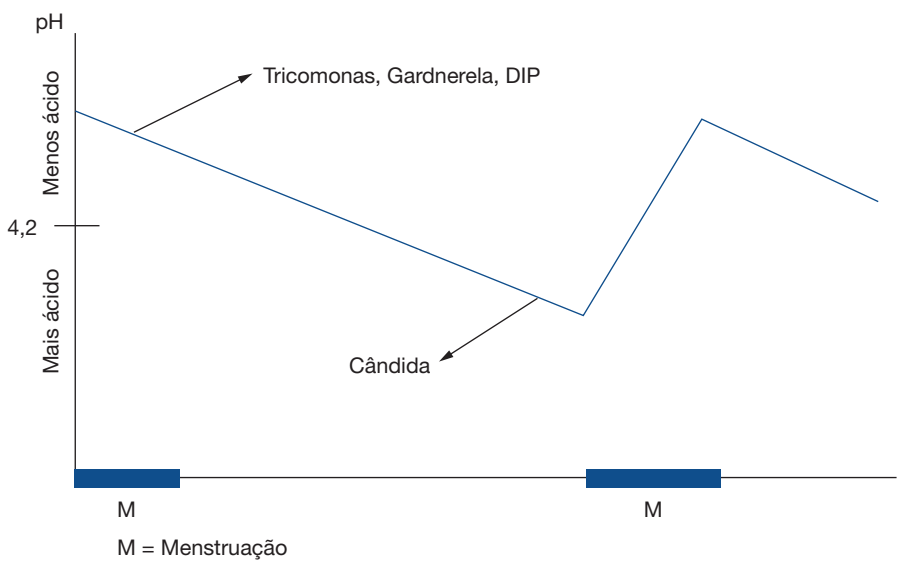


Figura 1.1 – Variações do pH vaginal em função do período do ciclo menstrual e possíveis condições associadas.
Fonte: Acervo da autoria.

Além de se conhecer a fase do ciclo, deve-se saber o padrão menstrual, isto é, a periodicidade com que a paciente menstrua, quantos dias dura cada menstruação, bem como sua quantidade. Isso é importante porque algumas afecções do TGI, eventualmente, podem alterar o padrão menstrual. A *Chlamydi*a, por exemplo, quando está ascendendo à trompa e passa pelo endométrio, pode ocasionar sangramento inesperado. Nas lesões precursoras do CC ou mesmo no caso do câncer instalado, a paciente poderá apresentar sangramentos inopinados no transcurso do ciclo menstrual (CM).

Obstétricos

É necessário que o médico saiba quantas vezes a paciente engravidou, número de partos normais, de cesarianas, de abortos naturais e/ou provocados porque o aspecto do colo uterino com a respectiva junção escamocolunar (JEC), que é marco fundamental em PTGIs, se modifica na dependência de parto prévio ou não, além de outras situações variáveis conforme esse antecedente.

Sexuais

Os antecedentes sexuais são, sem dúvida, dos mais importantes em PTGIs. É indispensável saber se a paciente tem ou não atividade sexual. Vale ressaltar que devemos esclarecer o que a paciente entende como relacionamento sexual, pois, em algumas situações, a pacientes pode ser virgem e dizer que não tem relações sexuais, mas que mantém outras formas de relacionamento sexual que não o coito vaginal. Também se deve interrogar quando a paciente iniciou a atividade sexual (geralmente, quanto mais precoce o início e/ou maior o número de parceiros, pode coincidir com maior risco de apresentar alguma lesão genital ou mesmo associada ao HPV). Além disso, existem dois dados epidemiológicos relevantes: quantos parceiros ela apresentou desde que iniciou sua atividade sexual no último ano, e quanto tempo faz que ela está com o último parceiro (quando há menos de 3 meses significa um dado epidemiológico de importância, sobretudo para presença de cervicites). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se promiscuidade a paciente que refere três ou mais parceiros no último ano. Um número de corte estatístico para a probabilidade de apresentar cervicite associada à *Clamidia*. *Micoplasma genitalium* e/ou gonococo estão presentes quando a paciente teve cinco ou mais parceiros (alguns consideram dez esse número) durante a vida sexual ou três ou mais parceiros no último ano. Claro que esses dados não devem ser analisados de forma isolada, mas em um contexto geral. Na coleta desses dados, evidencia-se, mais uma vez, a importância de ganhar a confiança da paciente, pois, muitas vezes, essas informações podem ficar obscuras em decorrência de inibição ao relatá-las.

Outros antecedentes

Além desses três antecedentes, é importante que se pergunte sobre os antecedentes geniturinários e gastrointestinais que, pela proximidade com o aparelho genital, podem apresentar algum sintoma relacionado (p. ex., ardência decorrente de infecção por *Chlamydia*, uretrite, tenesmo retal por gonorreia, alteração do hábito intestinal etc.).

Perguntar sobre a data da coleta do último exame preventivo (exame de Papanicolaou) assume importância fundamental, já que as lesões associadas com a infecção pelo HPV e o câncer do colo uterino, com seu consequente rastreamento, são pontos de importância em PTGIs e demandam a atualização desse exame.

Antecedentes familiares

É claro que aqueles relativos a carcinomas (p. ex., de mama e de intestino), doenças cardiovasculares e diabetes são importantes, embora não precisamente na área da PTGIs, salvo exceções como o uso de dietilestilbestrol pela genitora no caso do adenocarcinoma de vagina na paciente, mas, felizmente, situação rara.

CONDIÇÕES E HÁBITOS DE VIDA (CHV)

São de interesse o tabagismo, o etilismo e o uso de drogas ilícitas. O álcool é uma droga que, embora lícita, a depender da quantidade consumida, pode facilitar a liberação do superego do indivíduo, o que pode resultar que tome atitudes que normalmente não tomaria, aumentando o risco de contrair uma afecção de transmissão sexual como *Clamidia*, HPV, entre outras. O hábito do tabagismo é citado como facilitador na progressão das lesões associadas ao HPV em virtude de seu potencial de imunossupressão.

EXAME GINECOLÓGICO

Três passos importantes devem ser seguidos:

- inspeção da genitália externa;
- exame especular;
- toque vaginal.

O exame ginecológico deve contar com a presença de uma enfermeira para que a paciente se sinta mais confortável e também para proteção legal do médico (na eventualidade de acusação de abuso durante a consulta). A enfermeira também deverá auxiliar e instrumentar qualquer procedimento necessário. O médico deverá explicar previamente à paciente a necessidade de ela se despir, além de passar diversas informações pertinentes ao exame como o uso do espéculo e a necessidade de ver o colo uterino, a fim de tranquilizá-la antes do procedimento. As orientações são particularmente importantes se for o primeiro exame ginecológico a que a paciente é submetida. Esta, idealmente, deve esvaziar a bexiga antes do exame, pois os estímulos dele decorrentes podem provocar a liberação de urina durante o exame, além de dificultar tecnicamente o toque e, talvez, até mesmo a introdução do espéculo.

O sucesso do exame ginecológico depende também da correta posição assumida pela paciente (deitada na beira da maca com as coxas fletidas e abduzidas) e do relaxamento adequado especialmente dos músculos do períneo, o que, inclusive, evita que ela sinta desconforto ou dor durante o exame. O médico deve saber, antes de iniciar o exame, se vai ter de coletar o exame de citologia oncótica (preventivo) para que o material de coleta (trabalho) esteja completo, deixando a paciente na

posição ginecológica o menor tempo possível. O lençol deve cobrir toda a genitália, devendo ser descoberta somente no momento do exame. A posição do lençol sobre as coxas fletidas deve fazer uma espécie de tenda, impedindo o contanto visual do médico com a paciente durante o exame, respeitando, assim, o pudor que pode se manifestar de forma mais acentuada em algumas pacientes. Uma pesquisa evidenciou que algumas (maioria das) pacientes não querem contato visual e/ou conversar com o médico durante esse exame.

INSPEÇÃO DA GENITÁLIA EXTERNA

Observar se existe alguma lesão ou algum tipo de alteração da mucosa, da pele, alguma verruga ou úlcera. A colposcopia ou mesmo o uso se uma lupa pode auxiliar na procura de lesões muito discretas. Deve-se lembrar de afastar os grandes e pequenos lábios a fim de visualizar o sulco interlabial, pois esse local poderá ser sede de lesões como mostrado na Figura 1.2, em que essa fissura representava quadro de herpes genital oligossintomático. Igualmente, a pilificação deve ser afastada para observação cuidadosa à procura de lesões. Deve-se examinar também a região perineal (entre fúrcula e prega anal) e, eventualmente, a região perianal, pois ambas podem ser sedes de lesões como uma sutil fissura associada com a atrofia genital como mostra a Figura 1.3. Essa região em situações especiais deve ser inspecionada como no caso das eventuais indicacões de anuscopia, e cuidando pelo fato de tratar-se de área de maior sensibilidade. Todos os cuidados no contato com sangue e secreções devem ser observados, com a proteção do examinador. As luvas de procedimentos, quando utilizadas, e pelo fato de terem tocado nesses materiais, devem ser retiradas com cuidado para não contaminar o mobiliário ou pessoas da sala; a melhor maneira de fazê-lo é direcionar as mãos para o chão ou para o lixo, mantendo-as fechadas durante a retirada das luvas, o que evita o "efeito estilingue". Deve-se, inclusive, lembrar os cuidados com o frasco do exame preventivo ou mesmo com a adequação do foco de iluminação, para não contaminá-los ao tocá-los com a mão enluvada suja de sangue ou secreções.



Figura 1.2 – Demarcada área com discreta fissura na região entre fúrcula vaginal e anus (períneo).
Fonte: Acervo da autoria.

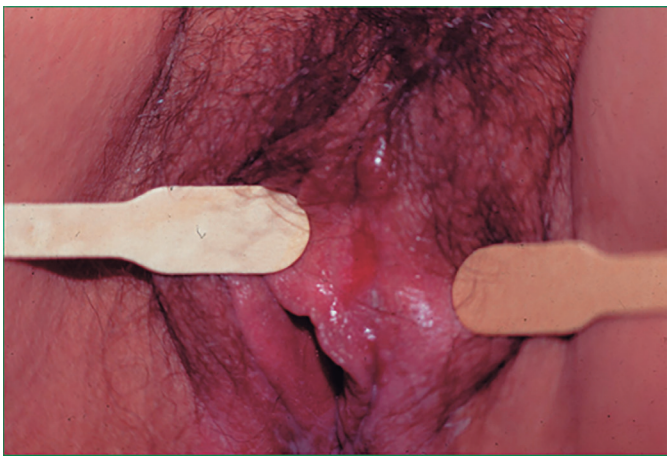


Figura 1.3 – Fissura no sulco interlabial em paciente com herpes genital.
Fonte: Acervo da autoria.

Uma área de importância que deve ser observada é a do clitóris e seu capuz (ou prepúcio), pois, além da possiblidade de existência de microlesões junto ao frênulo ou glande, em algumas ocasiões, pode haver a fusão do prepúcio associada com acúmulo de secreção ou com lesões relacionadas à atrofia ou ao líquen escleroso vulvar, o que poderá influenciar no relacionamento sexual da paciente (Figura 1.4). Na dependência do diagnóstico, o uso de estrogênio (na atrofia) ou corticosteroide de alta potência (no caso do líquen) ou o desbridamento com uma pinça delicada (no caso da fusão pelo acúmulo de secreção) poderão solucionar.



Figura 1.4 – Demonstração de clitóris encapsulado associado com atrofia. Eventualmente, observa-se uma pequena depressão (flecha) no local onde estaria a glande exposta.
Fonte: Acervo da autoria.

EXAME ESPECULAR

Destina-se ao exame da genitália interna. Deve-se evitá-lo em pacientes virgens, ou utilizar espéculos apropriados, na sua indicação absoluta, lembrando que a coleta do exame preventivo habitualmente é dispensável nesses casos. O espéculo tem duas lâminas, um cabo e uma "borboleta", que serve para abrir e fechar as lâminas. A vagina é uma cavidade virtual, pois suas paredes ficam colabadas, sendo função do espéculo afastá-las para que se possibilite a visualização do colo uterino. O espéculo deve ser colocado direcionado para baixo no sentido anteroposterior, levemente oblíquo para evitar que pressione a uretra ou o clitóris. Após a primeira porção inserida, o espéculo deve ser um pouco aberto e inserido o restante ao mesmo tempo que é girado até a posição laterolateral. Nesse momento, apenas deverá se abrir completamente o espéculo, evitando a pressão nas paredes vaginais até sua "chegada" ao fundo vaginal, onde deverá finalmente ficar situado. Na retirada do aparelho, fecham-se suas lâminas paulatinamente enquanto ele é retirado do canal vaginal, girando o espéculo para se fazer a observação das paredes vaginais anterior e posteriormente durante a retirada. Quanto à observação do colo uterino, observam-se, no diagrama da Figura 1.5, três padrões de apresentação do órgão em função da localização da JEC.

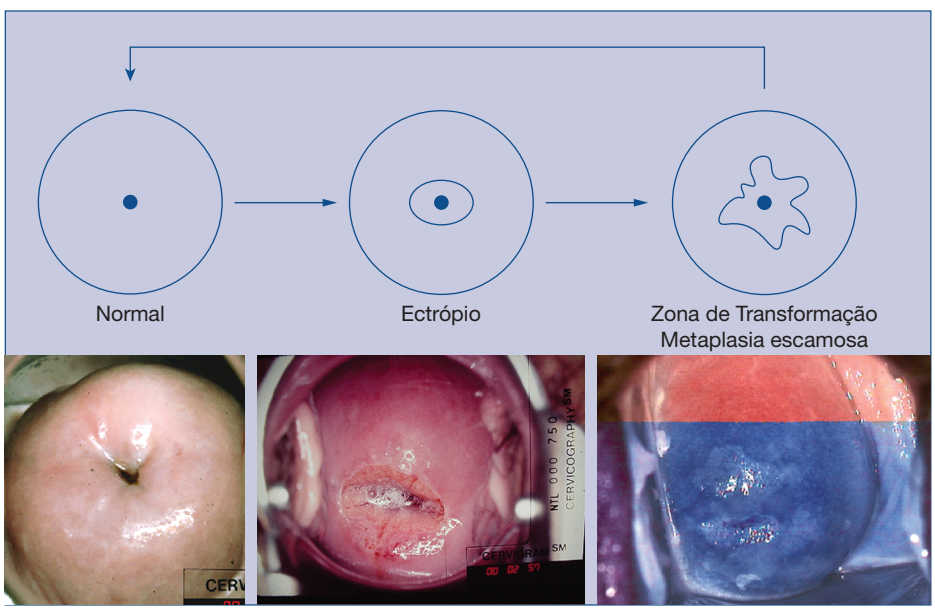


Figura 1.5 – Padrões de apresentação do colo uterino em função da localização da junção escamo-colunar observados ao exame especular.
Fonte: Acervo da autoria.

O ectrópio (ectopia) é a exteriorização do epitélio glandular para a cavidade vaginal, lembrando que, originalmente, deveria se localizar dentro do canal, protegido do meio ambiente ácido vaginal. Isso decorre de alterações hormonais, gra-

videz ou infecções. O epitélio glandular é uniestratificado e não está adaptado a viver no pH ácido da vagina. Quando ocorre a ectopia, o organismo reage e tenta recobrir esse epitélio lançando linguetas centrípetas (de fora para dentro) de epitélio pavimentoso poliestratificado (epitélio normal da vagina) em cima do epitélio glandular. Quando isso ocorre, pode permanecer uma área glandular que foi recoberta, mas que ainda continua secretando muco. Essa área vai originar os cistos de Naboth, visualizados como estruturas arredondadas esbranquiçadas no colo uterino ou na forma de glândulas abertas. Além de o epitélio pavimentoso tentar recobrir o glandular, o próprio epitélio glandular ectópico começa a se diferenciar em epitélio escamoso, processo este denominado "metaplasia escamosa". Se o organismo conseguir recobrir toda a ectopia, o colo voltará a ser um colo padrão (normal). Lembrando que, no caso de o epitélio escamoso se situar dentro do canal (situação não mostrada na Figura 1.5), haverá a denominada "entropia", habitualmente ocasionada pelo processo de atrofia genital e, eventualmente, observada em pacientes pós-menopausadas ou na senilidade.

Essa área, onde todas as alterações acontecem, denomina-se "zona de transformação" ou "terceira mucosa". É muito importante saber a localização dessa área, pois 95% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nessa região. O HPV tem como alvo as células metaplásicas e é o principal fator associado ao câncer de colo. Por isso, deve-se coletar o material para o exame de Papanicolaou (preventivo) exatamente nessa zona de transformação, somado ao material do canal cervical. Os eventuais índices de falso-negativos desse exame (em cerca de 20% a 40%) poderão resultar de coleta em local inadequado. Dessa forma, ao se introduzir o espéculo, deve-se, primeiro, reconhecer a zona de transformação e colher material para o preventivo precisamente dessa área.

Como coletar o exame de Papanicolau "preventivo"

Na coleta pelo método clássico, tomamos uma lâmina de vidro limpa e desengordurada que deverá ser dividida em três partes conforme demonstra a Figura 1.6. A primeira serve para segurar e identificar a lâmina; na segunda, faz-se um esfregaço do material colhido da zona de transformação. Nesta, utiliza-se uma espátula adequada que apresenta uma reentrância que se adapta à anatomia do colo (espátula de Ayre). Na terceira parte, coloca-se o material colhido com uma escovinha. Essa escovinha deve ser introduzida no canal cervical e girada 360 graus. Em seguida, ela deve ser retirada do colo e girada na lâmina no sentido contrário para que as células glandulares do canal se desprendam na lâmina. Esse procedimento é importante porque um percentual significativo dos casos de câncer de colo tem origem no epitélio glandular. Em ambos os locais, o esfregaço deve ser fino e suave na tentativa de se preservar ao máximo as características celulares.

Posteriormente, deve-se fixar o material em, no máximo 20 segundos, e a solução habitualmente utilizada é uma mistura de álcool-eter na forma de *spray* ou contida no recipiente em que se coloca a lâmina após a coleta. Então, envia-se o material para o laboratório de anatomia patológica com a requisição contendo os dados clínicos relativos à paciente (*citologia oncótica*).

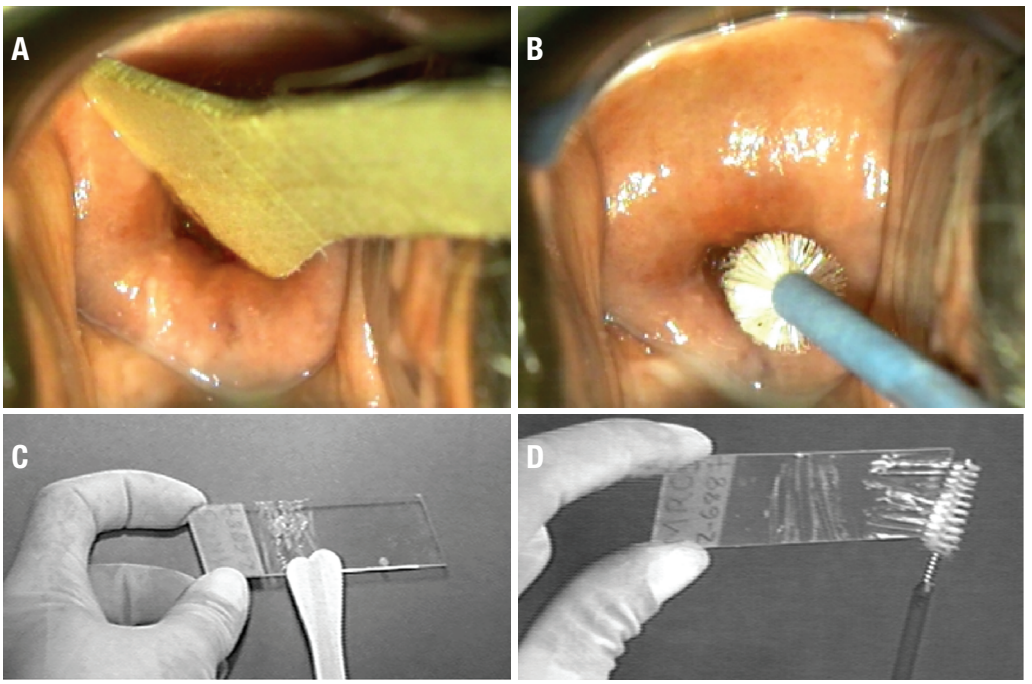


Figura 1.6 – Maneira adequada da coleta do exame de Panicolaou com diagrama mostrando como se deve realizar o esfregaço na lâmina. (A e B) Locais da coleta. Material coletado com a espátula da zona de transformação (C). Material coletado com a escovinha de dentro do canal cervical (D).
Fonte: Acervo da autoria.

Na metodologia de citologia oncótica em base líquida (meio líquido ou LBC = citologia em base líquida), a coleta de todo o material é depositada em um frasco contendo o líquido preservante que, após a chegada ao laboratório, é centrifugada e depositada em uma lâmina que mostrará o material condensado em um pequeno círculo. Nessa modalidade, embora a sensibilidade seja semelhante à do método tradicional, a lâmina se apresenta com o material condensado que, assim, será avaliado mais rapidamente. Além disso, com a centrifugação, o material indesejável, como pequenos fragmentos de poeira, fica fora do campo, e este se torna mais limpo. A grande vantagem do meio líquido é que, nesse meio, poderão ser realizadas, posteriormente, provas de Biologia Molecular (PCR) para pesquisa de HPV ou quaisquer outros agentes. Nessa metodologia, utilizam-se muito mais escovas que espátulas. Algumas das escovas, em razão de suas características, contemplam, simultaneamente, toda a zona de transformação e o canal cervical que serão "escovados" ao mesmo tempo (Figura 1.7).

Outro ponto importante é observar o aspecto do muco cervical. O normal é que ele seja cristalino (em "água de rocha"), porém pode ser opaco, turvo (podendo indicar infecção eventualmente cervicite por *Chlamydia* ou *Mycoplasma genitalium*) e até purulento (sugerindo gonococo).

Após a observação do muco cervical, deve-se verificar a secreção vaginal que normalmente varia de incolor mucoide até acinzentada, podendo, às vezes, man-

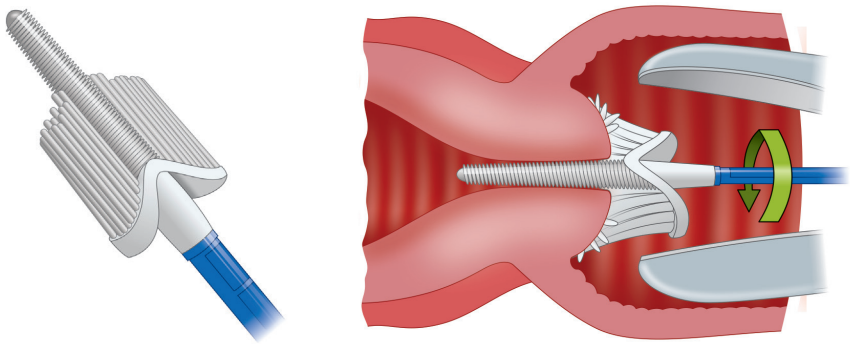


Figura 1.7 – Coleta de citologia em base líquida (meio líquido). Observação de escova com cerdas que abrangem a zona de transformação e o canal cervical ao mesmo tempo. Posteriormente, o material será depositado em um frasco contendo líquido preservante e enviado ao laboratório.
Fonte: Acervo da autoria.

char de amarelo as roupas íntimas, sem por isso se traduzir patogenicidade. Isso o que sugere que o corrimento investigado na queixa da paciente seja patológico é o mau odor, o prurido e/ou a ardência como sintomas associados. Devem-se observar as características (p. ex., aspecto, cor, presença de bolhas) dessa secreção vaginal e coletá-la em uma lâmina, no fundo de saco vaginal posterior (de Douglas), local onde se acumula a maioria da secreção. Na Figura 1.8, podemos observar uma sugestão de coleta e colocação da secreção vaginal na lâmina para exame microscópico a fresco. Em um local da lâmina (A), adiciona-se, à secreção, uma gota de soro fisiológico (SF) e, no outro local (B), apenas a secreção. Coloca-se essa lâmina (exame a fresco) no microscópio óptico e avalia-se, no ponto A (SF + secreção), a presença de *Candida*, *Trichomonas*, *Gardnerella* (agentes possíveis no corrimento). No ponto B (só secreção), pinga-se uma gota de hidróxido de potássio (KOH) para se fazer o teste do cheiro (teste das aminas) que libera um cheiro caracteristicamente desagradável (liberação de enzimas voláteis na reação química da substância alcalina com a secreção – denominadas "cadaverina" e "putrecina") quando, nessa secreção, existir vaginose bacteriana (associação de *Gardnerella vaginalis* e um *pool* de anaeróbios). Além de elemento a ser adicionado para se realizar o teste do cheiro, o KOH promove a lise das células epiteliais, facilitando a melhor visualização das hifas da *Candida* ao microscópio óptico.

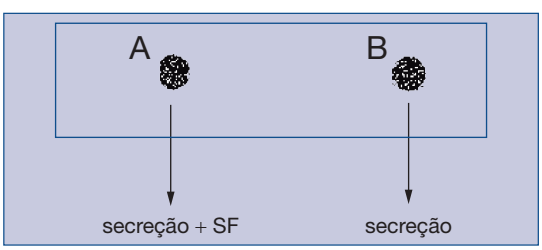


Figura 1.8 – Disposição do material coletado da secreção vaginal na lâmina para exame microscópico a fresco.
Fonte: Acervo da autoria.

Apenas depois de coletados todos os materiais para eventuais exames, deve-se fazer o teste do ácido acético, pois esse líquido poderá alterar os resultados anteriores. O ácido acético apresenta a propriedade de corar proteínas, indicando locais de maior replicação celular (Figura 1.9). O ácido acético é passado no colo com o uso de uma "bolinha" de algodão e a pinça de Cheron. É um teste de rastreamento que não oferece diagnóstico, mas poderá indicar possíveis alterações. Se uma região do colo se apresentar esbranquiçada na ocasião da aplicação do ácido acético, dizemos que a região é acetobranca e que o teste do ácido acético foi positivo. Em alguns lugares do planeta (p. ex., África), o rastreamento do câncer de colo uterino é realizado com esse método por ser mais econômico que a citologia oncótica.

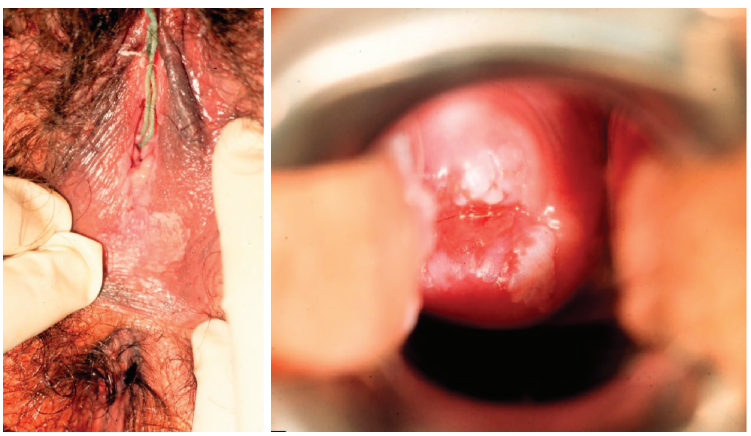


Figura 1.9 – Aspectos de lesões vulvares e cervicais após a aplicação do ácido acético (lesões de neoplasia intraepitelial de alto grau da vulva e do colo uterino).
Fonte: Acervo da autoria.

Na sequência, poderá ser realizado o teste de Schiller (iodo) ou do lugol que serve para confirmar o teste do ácido acético (o iodo não cora as áreas acetobrancas) e definir mais claramente a presença de eventuais lesões. O teste do lugol não tem sido utilizado de rotina, sendo indicado apenas como auxiliar durante a colposcopia sobretudo nas paredes vaginais ou, eventualmente, durante a cirurgia sobre o colo, para melhor definição de alguma lesão.

Um exame opcional na suspeita de cervicite, que poderá ser utilizado, é a introdução de haste de algodão branco no interior do canal que será impregnado pelo muco cervical, e o teste será positivo caso o algodão apresente-se amarelado, sugerindo a presença da infecção.

TOQUE VAGINAL

Depois de retirado o espéculo, deve-se realizar o toque genital bimanual. Esse procedimento deve ser suave, com o braço do examinador tendendo ao ângulo de 90°, o que, com o relaxamento do ombro, propicia o aumento da sensibilidade para se perceber as características dos órgãos genitais internos. A bexiga deve estar vazia; a paciente, na posição ginecológica e orientada para que procure relaxar. Para o toque

vaginal, deve-se utilizar uma luva, afastar os pequenos lábios com os dedos polegar e anelar, introduzir o dedo médio, fazer pressão para abaixar o períneo e introduzir o dedo indicador (no caso do toque bidigital, ou apenas introduzir o dedo médio se for unidigital). A mão que está no abdome deve pressioná-lo até encontrar a mão que está na vagina. Primeiro, deve-se tentar palpar os anexos que, habitualmente, são impalpáveis, salvo nas pacientes mais magras; e igualmente palpar os fundo de saco anterior e posterior (Douglas). O colo do útero e o útero, que têm maior sensibilidade, devem ser manuseados posteriormente. No colo, devem-se avaliar sua consistência, aspecto e mobilidade. Deve-se mobilizá-lo para cima e sentir o fundo uterino com a mão abdominal bem como as características do corpo uterino. Por último, pois é ainda manobra mais sensível, deve-se tocar o fundo de saco anterior e posterior (fundo de saco de Douglas) que, no caso de uma infecção ou aderência, poderá apresentar-se doloroso, bem como fazer a mobilização do útero no sentido anteroposterior (báscula uterina) ao final do exame de toque.

No Quadro 1.4, podemos observar uma síntese dos procedimentos a serem realizados durante o exame ginecológico na área das PTGIs.

Quadro 1.4 – Resumo dos procedimentos a serem executados durante o exame ginecológico

• Colocar espéculo
• Identificar o colo do útero
• Identificar a zona de transformação e observar o muco cervical
• Coletar material para citologia oncótica
• Colher secreção vaginal para exame a fresco e teste do cheiro
• Realizar o teste do ácido acético
• Teste de Schiller (fora da rotina e apenas quando indicado)
• Retirada do espéculo
• Toque bimanual (anexos, colo e corpo uterino, fundo de saco anterior e posterior e mobilização do útero – báscula)

Fonte: Desenvolvido pela autoria.

EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares mais comumente utilizados são:

- Citologia oncótica.
- Avaliação do pH vaginal.
- Exame a fresco do conteúdo vaginal.
- Bacterioscopia do conteúdo vaginal e eventualmente cervical (quando indicado) .
- Coleta de material para pesquisa de agentes por meio de Biologia Molecular (PCR), quando indicada, ressaltando que a coleta de material endocervical, anteriormente realizada para pesquisa de *Clamidia* por imunofluorescência, não apresenta mais aplicação pela baixa sensibilidade em comparação com os exames de BM.

- Coleta de material endocervical para cultura e pesquisa de gonococos, quando indicado.
- Colposcopia e biópsias quando indicadas.
- Culturas de material vaginal apenas no caso de se pesquisar um micro-organismo em particular, como cultura para fungos para se comprovar o diagnóstico da candidíase de repetição.

ORIENTAÇÃO

Especialmente em se tratando de PTGIs, a orientação ao fim da consulta deve ser realizada explicando-se em detalhes, à paciente, a situação. A falha na informação à paciente acarreta, muitas vezes, tratamento inadequado e disseminação descontrolada de infecções. Esse segmento final da consulta envolve o esclarecimento do diagnóstico, prognóstico e tratamento, além do aconselhamento, principalmente quando se suspeitar de um agente de transmissão sexual, e orientação quanto às demais informações. Importante, igualmente, será orientar o parceiro e, em casos indicados, inclusive, também submetê-lo ao tratamento adequado para a resolução do problema, na suspeição de envolvimento dos agentes de transmissão sexual. Um dos aspectos que tendem a causar maior ansiedade na paciente é o diagnóstico da infecção pelo HPV. Essa situação pode gerar problemas no relacionamento do casal por causa de seu potencial oncogênico e até mesmo de sua transmissão perinatal (assunto discutido em outros capítulos).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Amies AM, Miller L, Lee SK, Koutsky L. The effect of vaginal speculum lubrication on the rate of unsatisfactory cervical cytology diagnosis. Obstet Gynecol. 2002;100:889-92.
- Bates CK, Carroll N, Potter J. The challenging pelvic examination. J Gen Intern Med. 2011;26(6):651-7. doi: 10.1007/s11606-010-1610-821.
- De Carvalho NS, Colaço LM. O tocoginecologista, o patologista e o exame de papanicolaou. Rev. Bras.Ginecol Obstet. 2007;29(8):383-6.
- Diaz J, Miranda OM, Faúndes A, Pinotti JA. Preliminary experiment with computerized anamnesis in gynecology and reproductive health. Int J Gynaecol Obstet. 1986;24(4):285-90.
- Donders G, Slabbaert K, Vancalsteren K, Pelckmans S, Bellen G. Can vaginal pH be measured from the wet mount slide? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009;146(1):100-3.
- Edelman A, Anderson J, Lai S, Braner D, Tegtmeyer K. Pelvic examination video. N Engl J Med. 2007;356:e26.
- Guerra D. A história da Sociedade Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, 2021a. Disponível na Internet: https://colposcopia.org.br/historia/ (02 jun. 2025).
- Gynaecological examinations: guidelines for specialist practice. London: Royal College of Obstetricians and Gyna-ecologists, 2002.
- Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind, A et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomi-sed controlled trial. Lancet. 2004;364(9447):1757-65.
- Hinselman H. Die essigsâureprobe, cin, Bestandteilder er weiterten Kolposkopie. Dtsch. Med. Wscht. 1938;64:40.
- Lörincz A. Detection of human papillomavirus DNA without amplification: prospects for clinical utility. IARC Sci Publ. 1992;119:135-45.

- Meisel A, Fotin R. Condylomatous lesions of cervix and vagina. I. Cytologic patterns. Acta Cytol. 1976;20:505.
- Myles TD. Effect of a shorter clerkship on third-year obstetrics and gynecology final examination scores. J Reprod Med. 2004;49(2):99-104.
- Nalesnik SW, Mills CS, Olsen CH, Haffner WH, Zahn CM. Creating an ideal objective structured clinical exam for an obstetrics and gynecology medical student clerkship. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(4):1544-50.
- Naud P, Hammes L, Mattos J et al. Historia da colposcopia: do invento de Hinselmann aos ensaios clínicos atuais – FEMINA: 2006;34(9)-597-606.
- Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Limitations of the pelvic examination for evaluation of the female pelvic organs. Int J Gynecol Obstet. 2005;88:84-8.
- Papanicolaou GN, HF Traut. The value of vaginal smear in the cervical cancer. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1941;42:193.
- Papanicolaou GN. A new procedure for staining vaginal smears. Science. 1942;95(2469):438-9.
- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guide-lines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA Cancer J Clin; 2012.
- Syrjänen K, Derchain S, Roteli-Martins C, Longatto-Filho A, Hammes LS, Sarian L, Latin American Screening Study Group. Value of conventional pap smear, liquid-based cytology, visual inspection and human papillomavirus testing as optional screening tools among Latin American women 35 and or = 35 years of age: experience from the Latin American Screening Study. Acta Cytol. 2008;52(6):641-53.
- Traut HF, Papanicolaou GN. cancer of the uterus: the vaginal smear in its diagnosis. Cal West Med. 1943;59(2):121-2.
- Vidotti SP, Batista NA. Clinical simulation in the training of obstetrics and gynecology resident from the perspecti-ve of medical residency programs. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023;45(5):266-72.
- Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavi-rus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind place-bo-controlled multicentre phase II efficacy trial. Lancet Oncol. 2005;6(5):271-8.
- Wright TC Jr, Lorincz A, Ferris DG, Richart RM, Ferenczy A, Mielzynska I et al. Reflex human papillomavirus deoxyri-bonucleic acid testing in women with abnormal Papanicolaou smears. Am J Obstet Gynecol. 1998;178(5):962-6.
- zur Hausen H. Condylomata acuminata and human genital cancer. Cancer Res. 1976;36(2-2):794.

QUESTÕES COMENTADAS

1. Assinale a melhor opção para a cronologia dos procedimentos em um exame ginecológico de rotina em paciente com queixa de corrimento genital.

a) Testes do ácido acético, coleta de material para exame a fresco e coleta do Papanicolaou, coleta da bacterioscopia.

b) Coleta de material para exame a fresco, teste do ácido acético, coleta do Papanicolaou, coleta da bacterioscopia.

c) Coleta do Papanicolaou, coleta de material para exame a fresco, coleta da bacterioscopia, teste do ácido acético.

d) Coleta do Papanicolaou, coleta de material para exame a fresco, teste do ácido acético, coleta da bacterioscopia.

2. Com relação ao teste do ácido acético, podemos afirmar que:

a) A área de zona de transformação será corada com leve acetobranqueamento porque apresenta proliferação celular.

b) O teste positivo se apresenta na cor esbranquiçada pela presença de glicogênio nas células.

c) A inspeção do colo sob a ação do ácido acético, apesar de utilizada como rastreamento do câncer do colo, deve ser abandonada em virtude do alto custo da solução a ser aplicada.

d) Apresenta utilidade apenas para uso no colo do útero.

3. Para a coleta e interpretação adequada do exame colpocitológico de Papanicolaou, deveremos:

a) Limpar a secreção do colo com uma "bolinha" de algodão e soro fisiológico.

b) Realizar um esfregaço com várias camadas de células para aumentar a sensibilidade do método.

c) Fixar o material rapidamente para evitar a deterioração das células.

d) Coletar exclusivamente as células da zona de transformação onde ocorrem os casos de CC.

4. Assinale, entre as assertivas seguintes, aquela que corresponde aos antecedentes de maior importância na patologia do trato genital inferior.

a) Antecedentes obstétricos.

b) Antecedentes sexuais.

c) Antecedentes gastrointestinais.

d) Antecedentes menstruais.

5. Com relação à inspeção da genitália externa, podemos dizer que:

a) Para melhor visualização, deveremos solicitar à paciente que se depile previamente ao exame.

b) O afastamento do sulco interlabial pode ser de interesse, pois poderemos visualizar alguma lesão "escondida" nesse local.

c) A área perineal, pelo fato de se localizar distante do colo uterino, raramente é sede de lesões.

d) A região perianal não deveria ser examinada nas pacientes imunossuprimidas.

RESPOSTAS

1. Alternativa correta: **c**. Após a utilização do ácido acético, poderemos alterar o resultado dos demais exames.

2. Alternativa correta: **a**. Em razão de que na zona de transformação haverá conflito epitelial e processo de transformação de um epitélio em outro (metaplasia escamosa), o que gera proliferação celular e maior quantidade de proteínas, o que torna o ácido acético, porém com menor intensidade que nas neoplasias intraepiteliais de alto grau. A falta de glicogênio apresenta importância no teste do lugol, que não cora em sua ausência. A inspeção do colo sob a ação do ácido acético apresenta baixo custo e, por isso, tem sido estudada, sobretudo em países de alta densidade populacional e com baixos recursos. O teste do ácido acético pode ser útil em qualquer área do trato genital, embora com menor utilização do que no colo uterino.

3. Alternativa correta: **c**. A fixação adequada preserva a morfologia celular e o ideal seria não ultrapassar cerca de 20 segundos após coletada a amostra. O exame deve ser realizado logo após a inserção do espéculo e a definição da zona de transformação, e a utilização de algum preparado prévio poderá remover as células e alterar o resultado. O esfregaço deverá ser realizado de forma suave e em uma fina camada de células para sua preservação. A coleta deverá interessar aos dois locais onde o CC poderá se instalar: zona de transformação e canal cervical.

4. Alternativa correta: **b**. Como muitas das afecções em PTGIs estão associadas com agentes de transmissão sexual, esses antecedentes apresentam maior importância.

5. Alternativa correta: **b**. Examinar a área interlabial faz parte do exame da genitália externa. Não existe necessidade de solicitar a depilação para o exame da área, mas apenas o afastamento cuidadoso dos pelos genitais. A área perineal (entre a fúrcula vaginal e o ânus) é importante e passível de instalação de lesões e deve sempre fazer parte da inspeção genital, enquanto a região perianal deverá ser examinada de rotina sobretudo nas pacientes com imunossupressão em virtude da maior chance de instalação de lesões.