

Protocolo Clínico e Diretrizes
Terapêuticas
Infecções Sexualmente
Transmissíveis

Abril/2015



protocolo

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO





2015 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da CONITEC.

Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: conitec@saude.gov.br

<http://conitec.gov.br>



CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais perante o Poder Judiciário e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo os medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Os medicamentos e demais tecnologias recomendadas no PCDT se relacionam às diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde a que se aplicam, bem como incluem as tecnologias indicadas quando houver perda de eficácia, contra-indicação, surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação estabeleceu que a elaboração e atualização dos PCDT será baseada em evidências científicas, o que quer dizer que levará em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas.



Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente a cada dois anos, os PCDT vigentes.

Após concluídas todas as etapas de elaboração de um PCDT, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização do documento em consulta pública para contribuição de toda sociedade, antes de sua deliberação final e publicação.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva da CONITEC – exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE) – a gestão e a coordenação das atividades da Comissão.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, a publicação do PCDT é de responsabilidade do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos após manifestação de anuência do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias previstas no PCDT e incorporadas ao SUS, a lei estipula um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.



APRESENTAÇÃO À CONSULTA PÚBLICA

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis introduz o novo ciclo da gestão dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), conforme o que está disposto na Lei nº 12.401 de 2011, no Decreto nº 7.646 de 2011 e na Portaria nº 2.009 de 2012.

Posteriormente à revisão do Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis, publicado em 2006, conduzida pelo comitê técnico assessor da área, a proposta de elaboração do presente PCDT foi apresentada à Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC. Tal avaliação identificou algumas potenciais barreiras à implementação do PCDT, em especial devido à necessidade de incorporação de alguns medicamentos e testes diagnósticos elencados para indicação específica proposta no PCDT. Além disso, havia a indicação no PCDT de outros medicamentos não incorporados ou não registrados no país, mas com opções de eficácia equivalente já contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Cumprе lembrar que o material elaborado pela área técnica já incorporava imprescindíveis critérios de boas práticas na elaboração de guias clínicos, quais sejam: a contribuição de especialistas e interessados na elaboração do escopo e medidas visando sua efetiva implementação na prática do SUS.

Dessa forma, foi conduzida uma avaliação de eficácia, segurança e impacto orçamentário pela Secretaria-Executiva da CONITEC para a incorporação dos medicamentos sem correspondência na RENAME: Ceftriaxona 500 mg injetável para o tratamento da gonorréia resistente à ciprofloxacina e para o tratamento da sífilis; Doxiciclina 100 mg comprimido para o tratamento da sífilis, donovanose e clamídia. Para os demais medicamentos, recomendou-se a opção disponível na RENAME que apresenta eficácia equivalente.

Em relação aos testes diagnósticos, constatou-se a necessidade de atualizar as opções disponíveis contemplando métodos mais eficientes, especialmente por



demandarem infraestrutura mais simples, rapidez do resultado e por favorecerem a ampliação do acesso. Assim, os testes sorológicos não treponêmicos para o diagnóstico da sífilis RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e TRUST (*Toluidine Red Unheated Serum Test*); e os testes treponêmicos para o diagnósticos da sífilis EQI (Ensaio imunológico com revelação eletroquimioluminescente) e ELISA (*Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay*) foram considerados para incorporação em igualdade de condições com os respectivos testes VDRL e TPHA, já constantes da tabela do SUS .

O PCDT completo e as propostas de incorporação dos medicamentos e testes diagnósticos foram submetidos à avaliação pelo Plenário da CONITEC, que no dia 02 de abril de 2015, em sua 34ª Reunião, deliberou favoravelmente às incorporações. Dessa forma, todos os recursos necessários à atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis passarão a ter acesso garantido no Sistema Único de Saúde.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, com todas as suas recomendações e incorporações, segue agora para consulta pública a fim de que se considere a visão da sociedade e se possa receber as suas valiosas contribuições.



Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
(PCDT): ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)**

Abril 2015



ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AIDS | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| CMV | Citomegalovírus |
| CRIE | Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais |
| DDAHV | Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais |
| DIP | Doença Inflamatória Pélvica |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| ELISA | Enzyme-Linked Immunosorbent Assay Ensaio Imunoenzimático Indireto |
| HBV | Vírus da Hepatite B |
| HCV | <i>Hepatitis C Virus</i> Vírus da Hepatite C |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPV | <i>Human Papilloma Virus</i> Vírus do Papiloma Humano |
| HSH | Homens que fazem Sexo com Homens |
| HSV | <i>Herpes Simplex Virus</i> Vírus do Herpes Simples |
| HV | Hepatites Virais |
| HSIL | Hiperplasia escamosa intraepitelial |
| IGHAHB | Imunoglobulina hiperimune para hepatite B |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |



| | |
|--------|--|
| ITR | Infecções do Trato Reprodutivo |
| LCR | Líquido Céfalo Raquidiano |
| LGV | Linfogranuloma Venéreo |
| LSIL | Lesão escamosa intraepitelial |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAAT | <i>Nucleic acid amplification test</i> Teste de Amplificação de Ácidos Nucléicos |
| NIC | Neoplasia intraepitelial do colo uterino |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OPM | Órteses, Próteses e Materiais especiais |
| PCDT | Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| PVHA | Pessoa vivendo com HIV/Aids |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais |
| RN | Recém-nascido |
| RPR | <i>Rapid Test Reagin</i> Teste não treponêmico para sífilis |
| SAE | Serviço de Atenção Especializada |
| SIGTAP | Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| TRUST | <i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i> Teste não treponêmico para sífilis |
| VDRL | <i>Veneral Disease Research Laboratories</i> Teste não treponêmico para sífilis |
| VHS | Velocidade de Hemossedimentação |



| | |
|---------|---|
| WHO | <i>World Health Organization</i> Organização Mundial da Saúde |
| TPHA | <i>T. pallidum Haemagglutination test</i> Teste treponêmico para sífilis |
| FTA-Abs | <i>Fluorescent Treponemal Antibody-absorption</i> Teste treponêmico para sífilis |



FICHA CATALOGRÁFICA

Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Fábio Mesquita

Diretora-Adjunta
Adele Schwartz Benzaken

Diretor Administrativo-Financeiro
Renato Girade

Coordenação de Assistência e Tratamento (CAT)
Marcelo Araújo de Freitas

Edição

Projeto Gráfico

Organização e Elaboração
Adele Schwartz Benzaken
Antônio Carlos Gerbase
Francisca Lidiane Sampaio Freitas
João Paulo Toledo
Laura Alves de Souza
Maria Vitória Ramos Gonçalves

Equipe Técnica
Adele Schwartz Benzaken
Angélica Espinosa Miranda
Antônio Carlos Gerbase
Eduardo Campos de Oliveira
Eliana Martorano Amaral
Elisabete Taeko Onaga
Eveline Fernandes Nascimento Vale
Fernanda Remígio Nunes
Francisca Lidiane Sampaio Freitas
Geraldo Duarte
Gerson Fernando Mendes Pereira
Helena Andrade Brígido
Herculano Duarte Ramos de Alencar
Ivo Castelo Branco Coelho
João Paulo Toledo
José Carlos Gomes Sardinha
Marcelo Joaquim Barbosa
Maria Bernadete Moreira
Maria Cristina Scheffer
Maria Luiza Bazzo
Maria Luiza Bezerra Menezes
Mariângela Freitas da Silveira
Maria Vitória Ramos Gonçalves



Mauro Cunha Ramos
Newton Sérgio de Carvalho
Paulo César Giraldo
Roberto José Carvalho da Silva
Telma Régia B. S. Queiroz
Terezinha Tenório da Silva
Valdir Monteiro Pinto



APRESENTAÇÃO

Este é o primeiro Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) publicado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV)/ Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ Ministério da Saúde (MS). A última publicação foi editada em 2006 no formato de manual.

O PCDT visa melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST no país, sendo baseado em extensa revisão de evidências científicas e validado em discussões com especialistas. É um documento que orienta o papel dos gestores no manejo programático e operacional, bem como as ações dos profissionais de saúde no rastreamento, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave de risco acrescido e/ou pessoas com IST e parcerias sexuais.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada neste Protocolo, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países. Nesse contexto, alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva.

As IST são frequentes, têm múltiplas etiologias e apresentações clínicas, e causam impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais. Considerando a prevenção combinada uma nova abordagem de Política Pública, que envolve diversas formas de prevenção e assistência, propõe-se neste PCDT uma atenção estratégica, combinando, quando disponível, rastreamento e tratamento das IST assintomáticas e manejo das IST sintomáticas com uso de fluxogramas. O diagnóstico e tratamento das pessoas com IST e de seus parceiros sexuais interrompe a cadeia de transmissão e previne outras infecções e possíveis complicações.

Nesses últimos 20 meses, o DDAHV tem feito valer seu nome (afinal, ele não cuida só de aids) e as IST têm sido uma prioridade, sendo este PCDT um dos produtos dessa nova fase. Entre as infecções dessa natureza, a sífilis congênita e a sífilis em adultos são tratadas como prioridade da atual gestão, e o DDAHV estabelece e apoia estratégias para redução das IST, em conjunto com estados, municípios, organizações não governamentais, entidades de classe e demais instituições envolvidas com o tema.

Fábio Mesquita
Diretor do DDAHV/SVS/MS



Sumário

| | |
|--|-----|
| Abreviaturas | ii |
| Ficha catalográfica | v |
| Apresentação | vii |
| 1 Introdução | 1 |
| 2 IST no Brasil e no Mundo | 3 |
| 2.1 Informações relevantes das IST no Mundo | 3 |
| 2.2 Informações relevantes das IST no Brasil | 4 |
| 2.3 Vigilância Epidemiológica das IST | 7 |
| 2.4 IST e o Sistema Único de Saúde (SUS) | 11 |
| 2.4.1 Organização de serviços para atenção às pessoas com IST | 11 |
| 2.4.2 O papel dos gestores do SUS no manejo programático e operacional das IST ... | 13 |
| 2.5 Referências | 14 |
| 3 Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST e parcerias sexuais | 17 |
| 3.1 Abordagem às pessoas com IST | 19 |
| 3.2 Abordagem às parcerias sexuais | 20 |
| 3.3 Referências | 22 |
| 4 Manejo integral: rastreamento e tratamento das IST assintomáticas | 23 |
| 4.1 Sífilis Latente | 23 |
| 4.1.1 Definição e classificação da sífilis latente | 23 |
| 4.1.2 Tratamento da sífilis latente | 24 |
| 4.2 Gonorreia e Clamídia em mulheres: cervicites | 24 |
| 4.2.1 Definição e Etiologia | 24 |
| 4.2.2 Manifestações Clínicas | 24 |
| 4.2.3 Diagnóstico laboratorial de gonorreia e clamídia em mulheres | 25 |
| 4.2.4 Tratamento para gonorreia e clamídia | 26 |
| 4.3 Hepatites Virais | 29 |
| 4.3.1 Hepatite B | 29 |
| 4.3.2 Hepatite C | 30 |
| 4.3.3 Diagnóstico laboratorial das hepatites B e C | 30 |
| 4.4 Rastreamento de IST na gestação | 31 |



| | | |
|-------|--|----|
| 4.5 | Referências | 32 |
| 5 | Manejo integral: uso de fluxogramas nas IST sintomáticas | 34 |
| 5.1 | Corrimento vaginal | 36 |
| 5.1.1 | Etiologia do corrimento vaginal | 37 |
| 5.1.2 | Aspectos específicos do corrimento vaginal | 37 |
| 5.1.3 | Diagnóstico laboratorial de corrimento vaginal | 40 |
| 5.1.4 | Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal | 42 |
| 5.1.5 | Tratamento para corrimento vaginal | 42 |
| 5.2 | Corrimento uretral | 44 |
| 5.2.1 | Etiologia do corrimento uretral | 44 |
| 5.2.2 | Aspectos específicos do corrimento uretral | 44 |
| 5.2.3 | Diagnóstico laboratorial de uretrites | 46 |
| 5.2.4 | Fluxograma para o manejo de corrimento uretral | 47 |
| 5.2.5 | Tratamento para corrimento uretral | 48 |
| 5.3 | Úlcera genital | 49 |
| 5.3.1 | Etiologia da úlcera genital | 49 |
| 5.3.2 | Aspectos específicos das úlceras genitais | 49 |
| 5.3.3 | Diagnóstico laboratorial de úlceras genitais | 54 |
| 5.3.4 | Fluxograma para o manejo de úlcera genital | 54 |
| 5.3.5 | Tratamento para úlcera genital | 56 |
| 5.4 | Doença Inflamatória Pélvica (DIP) | 58 |
| 5.4.1 | Etiologia da DIP | 58 |
| 5.4.2 | Quadro clínico da DIP | 59 |
| 5.4.3 | Diagnóstico laboratorial de DIP | 60 |
| 5.4.4 | Fluxograma para o manejo de DIP | 61 |
| 5.4.5 | Tratamento para DIP | 62 |
| 5.4.6 | Cuidados e abordagem das pacientes com DIP | 63 |
| 5.5 | Verrugas anogenitais | 64 |
| 5.5.1 | Etiologia | 64 |
| 5.5.2 | Transmissão do HPV | 64 |
| 5.5.3 | Epidemiologia e fatos relevantes | 65 |
| 5.5.4 | Formas de apresentação da infecção pelo HPV | 65 |
| 5.5.5 | Diagnóstico laboratorial do HPV | 66 |
| 5.5.6 | Tratamento das verrugas anogenitais | 67 |



| | | |
|-------|--|-----|
| 5.5.7 | Prevenção da infecção pelo HPV | 70 |
| 5.6 | Referências | 71 |
| 6 | Sífilis Adquirida, Sífilis na gestação e Sífilis Congênita | 73 |
| 6.1 | Definição e etiologia da sífilis | 73 |
| 6.2 | Transmissão da sífilis | 73 |
| 6.3 | Sífilis adquirida e na gestação | 74 |
| 6.3.1 | Manifestações clínicas da sífilis adquirida e na gestação | 74 |
| 6.3.2 | Diagnóstico laboratorial da sífilis adquirida e na gestação | 76 |
| 6.3.3 | Tratamento da sífilis adquirida e na gestação | 81 |
| 6.3.4 | Reação de Jarisch-Herxheimer | 83 |
| 6.3.5 | Alergia à penicilina | 84 |
| 6.3.6 | Seguimento da sífilis adquirida e na gestação | 84 |
| 6.4 | Sífilis congênita | 84 |
| 6.4.1 | Manifestações clínicas da sífilis congênita | 84 |
| 6.4.2 | Diagnóstico laboratorial da sífilis congênita | 86 |
| 6.4.3 | Tratamento da criança com sífilis congênita | 87 |
| 6.4.4 | Seguimento da sífilis congênita | 91 |
| 6.5 | Sífilis e HIV | 92 |
| 6.6 | Reação de Jarisch-Herxheimer | 93 |
| 6.7 | Alergia à penicilina | 95 |
| 6.8 | Referências | 95 |
| 7 | Exposição sexual às IST | 97 |
| 7.1 | Prevenção das IST na Violência Sexual | 97 |
| 7.1.1 | Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual | 98 |
| 7.1.2 | Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual | 99 |
| 7.2 | Prevenção da Gravidez Não Planejada | 99 |
| 7.3 | Profilaxia da Infecção pelo HIV | 100 |
| 7.4 | Referências | 100 |
| 8 | Anexos | 101 |



Sumário de Tabelas

| | |
|--|---|
| Tabela 1 – Prevalência de infecção por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> em diversas subpopulações no Brasil, 2002-2012 | 5 |
| Tabela 2 – Prevalência da Sífilis entre diferentes populações no Brasil, 2004 – 2012 | 6 |

Sumário de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Distribuição mundial da incidência estimada das IST curáveis por região da OMS | 4 |
| Figura 2 – Barreira ao controle de IST: perdas a diferentes níveis entre a infecção e a cura | 17 |
| Figura 3 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma | 35 |
| Figura 4 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma | 42 |
| Figura 5 - Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma | 47 |
| Figura 6 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma | 55 |
| Figura 7 – Manejo de DIP com uso de fluxograma | 61 |
| Figura 8 – Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma | 68 |
| Figura 9 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório | 78 |
| Figura 10 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico com teste rápido confirmatório | 79 |
| Figura 11 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido | 79 |
| Figura 12 – Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis | 89 |



Sumário dos Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita | 8 |
| Quadro 2 – Definição de casos de sífilis em gestantes | 9 |
| Quadro 3 – Definição de casos de sífilis adquirida | 9 |
| Quadro 4 – Atividades dos diferentes níveis de atenção em saúde no manejo operacional das IST | 12 |
| Quadro 5 – Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST | 18 |
| Quadro 6 – Tratamento para Gonorreia e Clamídia | 27 |
| Quadro 7 – Prevenção e tratamento de oftalmia neonatal | 28 |
| Quadro 8 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos | 36 |
| Quadro 9 – Tratamento para corrimento vaginal | 43 |
| Quadro 10 – Tratamento para corrimento uretral | 48 |
| Quadro 11 – Tratamento para herpes genital | 56 |
| Quadro 12 – Tratamento para cancroide, LGV e donovanose | 57 |
| Quadro 13 – Critérios diagnósticos de DIP | 59 |
| Quadro 14 – Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP | 62 |
| Quadro 15 – Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP | 62 |
| Quadro 16 – Manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução | 76 |
| Quadro 17 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e seguimento | 83 |
| Quadro 18 – Manifestações clínicas da sífilis congênita de acordo com a evolução e estágios da doença | 85 |
| Quadro 19 – Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurosífilis | 87 |
| Quadro 20 – Tratamento da sífilis congênita no período neonatal de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe | 88 |
| Quadro 21 – Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual | 98 |



1 Introdução

Este documento é dirigido aos gestores responsáveis pelo manejo programático e operacional das IST, bem como aos profissionais de saúde que trabalham com prevenção, assistência e tratamento dessas infecções.

Cabe destacar que este PCDT contempla os três níveis de atenção à saúde no SUS. A atenção básica, que é responsável pela implementação de ações de prevenção e assistência nas respectivas áreas de abrangência e populações adstritas. A média complexidade, que dispõe de unidades de saúde com especialistas, que devem atuar como referência imediata à atenção básica, e promover capacitação para melhor utilização dos fluxogramas e melhoria da acuidade clínica. A alta complexidade que, além de realizar prevenção e assistência, contribui com resolução diagnóstica de maior sofisticação; desenvolve pesquisas, e capacita os demais níveis de atenção.

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

A abordagem sindrômica tinha boa sensibilidade e especificidade no corrimento uretral, vaginal (referente às vaginites) e doença inflamatória pélvica (DIP), mas o fluxograma não era útil para o manejo das cervicites, porque a avaliação de risco promovia taxas elevadas e inaceitáveis de tratamento e baixos valores preditivos positivos. Além disso, o manejo da úlcera genital necessitava particular atenção na construção das recomendações por fluxograma, devido a possíveis etiologias.

Considerando que esse desempenho da abordagem sindrômica sem utilização de laboratório de apoio não tinha cobertura completa nos diferentes aspectos das IST, e que a prevenção combinada é uma abordagem estratégica alinhada às diretrizes nacionais e internacionais, que envolve diversas formas de prevenção e assistência, propõe-se o **Manejo Integral das IST** neste PCDT, combinando, quando disponível, **Rastreamento e Tratamento das IST assintomáticas (capítulo quatro)** e **Uso de fluxogramas nas IST sintomáticas (capítulo cinco)**, utilizando laboratório complementar.

A sífilis latente, por ser assintomática, está incluída no capítulo de Manejo Integral: Rastreamento e Tratamento das IST assintomáticas. A sífilis primária e secundária é abordada no capítulo do Manejo Integral: Uso de fluxogramas nas IST sintomáticas, na seção de úlcera genital. No entanto, o **capítulo seis** aborda o tema sífilis na íntegra, contemplando a Sífilis adquirida e Congênita, bem como aspectos importantes da sífilis na gestação.

O manejo das infecções assintomáticas está se beneficiando de novas tecnologias diagnósticas. Algumas já em uso, como os testes rápidos para sífilis e para o vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*), e outras, menos acessíveis até então,



mas que têm a possibilidade de implantação, como os testes para gonorreia e clamídia. Os testes diagnósticos que utilizam técnicas de amplificação genética (NAAT, do inglês *nucleic acid amplification test*) estão mais acessíveis, inclusive tornando possível a ampliação das ações de rastreamento em populações-chave (gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas).

O tratamento das IST deve ser realizado com medicamentos, considerando-se eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade. Cabe destacar que deve ser estendido para as parcerias sexuais em busca de maior impacto da estratégia, especialmente, na sífilis durante a gestação e no tratamento de parcerias assintomáticas de homens com corrimento uretral.

O uso do preservativo segue como uma das principais formas de prevenção, mas intervenções para a redução do número de parcerias sexuais, entre outras, são comprovadamente eficazes e precisam ser incorporadas na proposta de prevenção combinada.

A sinergia do diagnóstico precoce (com o uso de testes rápidos) e o tratamento adequado e oportuno do HIV e da sífilis durante a gravidez levam à redução e eliminação da transmissão vertical, devendo ser valorizada em todos os níveis de atenção. A infecção pelo HIV é considerada também uma IST, no entanto, é abordada separadamente no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

A incorporação no SUS da vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV, do inglês *Human Papiloma Virus*), efetivada nas UBS de todo o país, representa uma oportunidade para reforçar a informação sobre as outras IST assintomáticas junto à comunidade em geral e ao público-alvo.

A notificação compulsória e a vigilância epidemiológica devem ser consolidadas e expandidas, visando conhecer a magnitude e medir a tendência para o planejamento das ações de controle. O sistema de saúde precisa estar preparado para implementar estratégias de prevenção e de intervenção terapêutica imediata, garantindo também a disponibilização de insumos, a confidencialidade e a ausência de discriminação.



2 IST no Brasil e no Mundo

As Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) incluem: as IST, as infecções iatrogênicas (ex.: pós-aborto) e as infecções endógenas (ex. candidíase e vaginose bacteriana).

As IST são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), principalmente, transmitidas de uma pessoa a outra por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão ainda pode acontecer, como consequência de uma IST, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e DIP.

Algumas infecções possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres, e facilitam a transmissão do HIV. E ainda podem ser associados à culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

O surgimento, a disseminação e a manutenção de uma epidemia de IST dependem da interação de três fatores:

- Eficácia da transmissão, fator biológico, intrínseco a cada infecção;
 - Taxas de variação de parceria sexual, influenciadas por aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais;
 - Duração da infecção influenciada por aspectos socioeconômicos, culturais e estrutura, qualidade e acesso a serviços de saúde;

Como esses fatores não afetam a população de modo uniforme, existem grupos específicos, que requerem uma atenção estrategicamente mais focada, como as populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas).

Informações relevantes das IST no Mundo

Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase). Da mesma forma, estima-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital (HSV-2, do inglês *Herpes Simplex Virus* tipo 2) e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV.

A infecção pelo HPV causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por essa doença/ano. Além disso, a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 RN sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita.

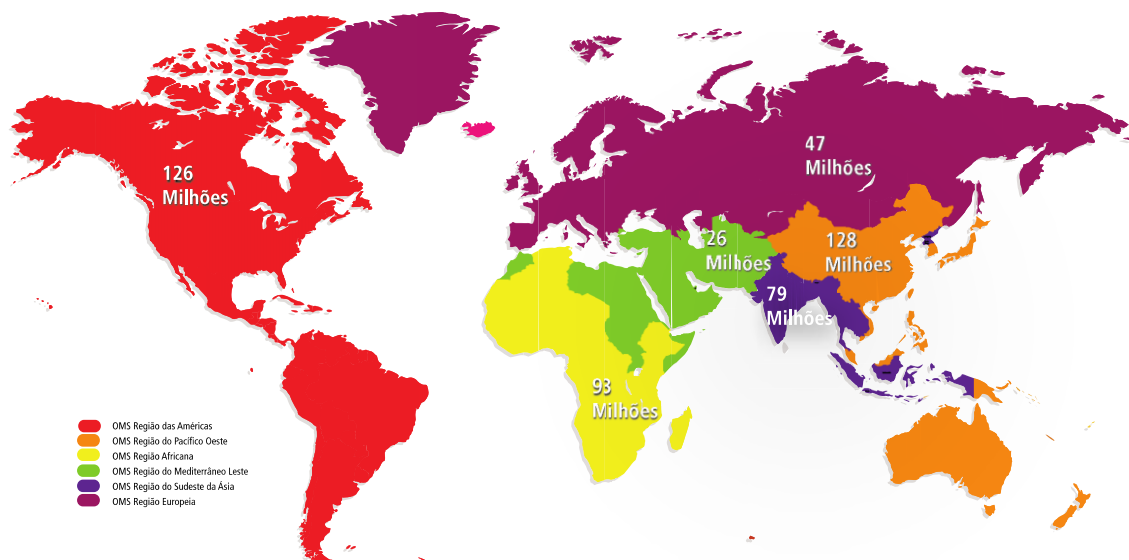
Outro fator preocupante é a resistência da *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos que tem



aumentado rapidamente nos últimos anos, reduzindo as opções terapêuticas. Nesse cenário, essa bactéria vem se tornando um organismo multirresistente, necessitando de constante monitoramento laboratorial e troca de recomendações terapêuticas. Esse fato tem repercussões financeiras (antibióticos de custo mais elevado) e logísticas (introdução e distribuição de novos medicamentos).

A **Figura 1** resume a situação mundial das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase) por região. As IST estão presentes em todo o mundo e têm taxas estimadas mais elevadas na África subsahariana. Numericamente, a região das Américas e do Caribe está somente abaixo da região Asiática.

Figura 1 – Distribuição mundial da incidência estimada das IST curáveis por região da OMS



Fonte: adaptado de OMS, 2008

Informações relevantes das IST no Brasil

O estudo publicado pelo MS em 2008 "Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005" - (disponível em www.aids.gov.br) mostrou dados relevantes para avaliar a situação das IST no país. As pessoas que procuraram atendimento em clínicas de IST apresentaram alta prevalência de IST sintomáticas e assintomáticas associadas. A prevalência de IST bacterianas foi de 14,4% e a das virais 41,9%. Os resultados mostraram que a prevalência de infecção pelo



HPV é elevada e afeta fundamentalmente os adolescentes e jovens, sugerindo que a infecção produz-se em geral em idade mais precoce, no início das relações sexuais. As maiores taxas de infecção gonocócica e por clamídia foram observadas nas pessoas mais jovens; entretanto, em relação à sífilis, ao HIV e ao vírus da hepatite B (HBV, do inglês *Hepatitis B Virus*), foram encontradas nas pessoas de idades mais elevadas.

Quanto ao Estudo dos Conscritos 2007, realizado com jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos conscritos do Exército Brasileiro, 12,9% relataram já ter tido algum problema relacionado às IST (corrimento uretral, bolhas, feridas ou verrugas no pênis), sendo as taxas mais altas nas regiões Norte e Nordeste.

Estudos brasileiros, como mostrado na **Tabela 1**, examinaram a prevalência de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* em populações diversas, fornecendo elementos essenciais para a avaliação da magnitude da gonorreia.

Tabela 1 – Prevalência de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* em diversas subpopulações no Brasil, 2002-2012

| Autor, ano de publicação | Local | População | Amostra | Prevalência (%) |
|--------------------------|--|--|---------|-----------------|
| Codes et al., 2002 | Salvador, Bahia | Usuários de clínica de planejamento familiar | 202 | 0,5 |
| Martins et al., 2004 | Fortaleza e Aracati, Ceará | Gestantes | 3303 | 1,3 |
| Codes et al., 2006 | Salvador, Bahia | Mulheres em escola secundária | 129 | 0,8 |
| | | Homens em escola secundária | 96 | 1,0 |
| | | Mulheres moradoras de favela | 155 | 3,2 |
| | | Homens moradores de favela | 44 | 2,2 |
| Jalil et al., 2008 | Manaus, Fortaleza, Goiânia, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre | Gestantes | 3303 | 1,5 |
| | | Homens trabalhadores de indústria | 2814 | 0,9 |
| | | Homens que procuraram atendimento em clínicas de IST | 767 | 18,4 |
| Fernandes et al., 2009 | Campinas, São Paulo | Usuários de clínica de planejamento | 230 | 3,0 |



| | | familiar | | |
|---------------------------------|------------------------------|--|-----|-----|
| Benzaken et al., 2010 | Manaus, Amazonas | Mulheres que procuraram atendimento em clínicas de IST | 239 | 7,1 |
| Baldin-Dal Pogetto et al., 2011 | Botucatu, São Paulo | Profissionais do sexo | 102 | 0,0 |
| Piazzetta et al., 2011 | Curitiba, Paraná | Mulheres recrutadas para estudo com a vacina para HPV | 335 | 1,5 |
| Rodrigues et al., 2011 | Belo Horizonte, Minas Gerais | Pacientes de clínica ginecológica | 224 | 4,0 |
| Travassos et al., 2012 | Salvador, Bahia | Usuários HIV+ de clínica de planejamento familiar | 63 | 0,0 |

Fonte: Compilação do DDAHV/SVS/MS baseado em várias referências

Os resultados de uma simulação do MS, baseada nos dados de prevalência da **Tabela 1**, indicam uma incidência estimada de 3.517.000 novas infecções gonocócicas ao ano entre mulheres e 5.768.000 entre homens, totalizando 9.285.000 novas infecções ao ano na população de 15 a 49 anos. Esses números são compatíveis com o perfil epidemiológico regional e internacional, reforçando a situação preocupante e a necessidade de reforço das atividades de controle.

A **Tabela 2** sumariza dados recentes de prevalência da sífilis. São amostras de conveniência, com importantes diferenças metodológicas. No Estudo Sentinela Parturientes¹ 2010 de abrangência nacional, a prevalência de soropositividade para sífilis foi de 0,89%, correspondendo a cerca de 26.700 gestantes/ano e foi de 0,38% para HIV, cerca de 11.400 casos/ano.

De modo geral, com exceção para o estudo Sentinela Parturiente, essa magnitude da sífilis se assemelha ao encontrado nas estimativas feitas pela OMS para as Américas e a Região do Caribe. Os três estudos do MS (2004, 2006 e 2010) com metodologia comparável, indicam uma redução na prevalência. Ressalta-se que existem também variações regionais e de estado para estado.

Tabela 2 – Prevalência da Sífilis entre diferentes populações no Brasil, 2004 – 2012

| Autor, ano de publicação | Local | População | Prevalência (%) |
|--------------------------|----------|-------------------------------|-----------------|
| Codes et al., 2006 | Salvador | Mulheres em escola secundária | 3,9 |

¹ Estudo com dados compilados pelo Departamento DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS, disponível por meio de solicitação ao DDAHV/SVS/MS



| | | | |
|---------------------------------|------------------|--|------|
| | | Homens em escola secundária | 0,0 |
| | | Homens moradores de favela | 6,7 |
| | | Mulheres moradoras de favela | 5,1 |
| | | Mulheres de clínica de planejamento familiar | 2,0 |
| Martins et al., 2004 | Ceará, Fortaleza | Gestantes | 2,1 |
| Martins et al., 2004 | Ceará, Aracati | Gestantes | 0,3 |
| Brasil, 2010 ¹ | Nacional | Gestantes | 0,89 |
| Travassos et al., 2012 | Salvador | Mulheres HIV + | 9,5 |
| Baldin-Dal Pogetto et al., 2011 | Botucatu | Profissionais do sexo | 4,0 |

Fonte: Compilação do DDAHV/SVS/MS baseado em várias referências

Ainda é importante destacar a “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada à IST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos”(PCAP)², em que um quarto da população brasileira iniciou a atividade sexual antes dos 15 anos, e outros, 35% entre 15-19 anos. Além disso, quase 30% da população de 15 a 49 anos relataram ter múltiplas parcerias no ano anterior à pesquisa (mais de uma parceria sexual), sendo 47% entre os homens e 18% entre as mulheres.

A porcentagem de indivíduos que relatou o uso de preservativos regularmente foi insatisfatória. O uso do preservativo entre as pessoas de 15-64 anos de idade na última relação sexual, nos últimos 12 meses, foi de 39%, mas o uso de preservativos em todas as relações sexuais cai para 20% com parceria fixa e atinge 55% com parceiro casual.

Vigilância Epidemiológica das IST

A notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatite viral B, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpéra e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014. **As demais, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios.**

A sífilis congênita é doença de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestantes, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010. A gestante HIV positiva e a criança exposta ao HIV passaram a integrar o Sistema Nacional de Vigilância em 2001.

Com o objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica, o MS revisou a definição de casos³

² Pesquisa com dados compilados pelo Departamento DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS, disponível por meio de solicitação ao DDAHV/SVS/MS

³ Até o momento da última revisão deste PCDT (11 de março de 2015), as novas fichas de notificação de



da sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida, conforme os Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita

| |
|--|
| Definição de caso |
| Primeiro Critério <ul style="list-style-type: none">• criança cuja mãe apresente durante o pré-natal ou no momento do parto, testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.• criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste treponêmico, apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto.• criança cuja mãe não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade da maternidade realizar o teste não treponêmico, apresenta teste treponêmico reagente no momento do parto.• criança cuja mãe apresente teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente no momento do parto sem registro de tratamento prévio. |
| Segundo Critério <p>Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• titulações ascendentes (testes não treponêmicos);• testes não treponêmicos reagentes após 06 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);• testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;• títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;• teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita. |
| Terceiro Critério: <p>Aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.</p> |
| Quarto Critério: <p>Toda situação de evidência de infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.</p> |

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, disponível em www.saude.gov.br/bvs

Considera-se tratamento inadequado da sífilis congênita:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina;
OU
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina;
OU
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
OU
- Finalização de tratamento no período de 30 dias que antecedem o parto;
OU

sífilis congênita, sífilis em gestante e sífilis adquirida estavam em fase de implantação no DATASUS.



- Apenas parceiro(s) sexual(is) **com sífilis** não tratado (s) ou tratado (s) inadequadamente.

A ausência da informação de tratamento da parceria sexual deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita.

Quadro 2 – Definição de casos de sífilis em gestantes

Definição de caso

Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso confirmado:

1 - gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal.

2 - gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Quadro 3 – Definição de casos de sífilis adquirida

Definição de caso

Caso confirmado de sífilis adquirida: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

É importante ressaltar que, nos últimos anos, houve aumento na detecção de sífilis em gestantes com a melhoria da vigilância epidemiológica e com a ampliação da cobertura de testagem (utilizando a tecnologia de teste rápido) no pré-natal no âmbito da Rede Cegonha. Em 2013, foram registrados no SINAN 21.382 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4 por 1.000 nascidos vivos.

No entanto, houve aumento da incidência de casos de sífilis congênita, com 13.705 casos notificados em menores de um ano de idade, com taxa de incidência 4,7 por 1.000 nascidos vivos, apesar da existência da Portaria nº 3161/2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e das estratégias do MS, em articulação com estados e municípios, visando ao uso da penicilina nas UBS para prevenção da sífilis.

A Síndrome do Corrimento Uretral Masculino não consta na lista de notificação compulsória, segundo a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014. Devido à recorrência das infecções e às dificuldades com a consolidação dos dados, recomenda-se a vigilância da resistência antimicrobiana do gonococo nos Centros de Referência em IST, a fim de monitorar a susceptibilidade dos isolados de *N. gonorrhoeae*.

As informações e orientações completas relativas à vigilância desses agravos encontram-se no Guia de Vigilância em Saúde (disponível em www.saude.gov.br/bvs), e os dados



epidemiológicos são disponibilizados periodicamente nos Boletins Epidemiológicos específicos (disponíveis em www.aids.gov.br).



IST e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, e pela Lei nº 8.142/90; é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública, e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Ressalta-se que a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar.

Os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) têm como objetivo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o atendimento imediato e eficaz em caso de doença, e a reabilitação das pessoas ao meio social.

Os princípios operacionais (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) definem rumos a serem seguidos para o alcance dos objetivos, considerando a vastidão territorial brasileira e o grande mosaico étnico, econômico e cultural.

O controle das IST no Brasil situa-se dentro desse contexto em permanente transformação, o que requer protagonismo de todos os trabalhadores da saúde e compreensão da responsabilidade das diferentes instâncias do SUS, em cada Unidade da Federação.

Organização de serviços para atenção às pessoas com IST

A assistência à saúde funciona, na maioria dos municípios, com agendamento de consultas, apresentando dificuldades para o atendimento por demanda espontânea. Visando à quebra da cadeia de transmissão das IST e do HIV, a unidade de saúde deve garantir, o mais breve possível, o acolhimento adequado e com privacidade.

A organização do serviço de saúde na atenção básica deve ser estruturado para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento das pessoas com IST às unidades de referência.

A média complexidade inclui o atendimento ginecológico e/ou uma ou mais especialidades clínicas, além de enfermeiros(as) e/ou psicólogos(as) e/ou assistentes sociais, sem acesso imediato a recursos laboratoriais para diagnóstico de IST.

Os serviços de alta complexidade são considerados Centros de Referência e, geralmente, possuem ambulatórios especializados e equipados com recursos laboratoriais, constituindo-se uma referência técnica do sistema de atenção para diagnóstico das IST.

O **Quadro 4** apresenta as atividades de cada nível de atenção em saúde no manejo operacional das IST.



Quadro 4 – Atividades dos diferentes níveis de atenção em saúde no manejo operacional das IST

| Atenção Básica |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Garantir o acolhimento e realizar atividades de informação/educação em saúde;• Realizar consulta emergencial no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos e de verrugas anogenitais externas;• Realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais;• Realizar testagem rápida e/ou coleta de sangue e/ou solicitação de exames para sífilis, HIV, hepatite B e C, nos casos de úlceras, corrimentos e verrugas genitais;• Realizar tratamento das pessoas com IST;• Prevenir a sífilis congênita e a transmissão vertical do HIV;• Notificar as IST, conforme a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios;• Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento conforme protocolo, quando necessário;• Referir os casos suspeitos de IST com manifestações cutâneas extragenitais para unidades que disponham de dermatologista, caso necessário;• Referir os casos de IST complicadas e/ou não resolvidos para unidades que disponham de especialistas e recursos laboratoriais;• Referir os casos de dor pélvica com sangramento vaginal, casos com indicação de avaliação cirúrgica ou quadros mais graves para unidades com ginecologista e/ou que disponham de atendimento cirúrgico. |
| Média Complexidade |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar todas as atividades elementares de prevenção e assistência, além do diagnóstico e tratamento das IST, dentro da competência das especialidades disponíveis;• Realizar colposcopia, se disponível, ou encaminhar a paciente para serviços de referência que disponham de colposcópio e profissional habilitado, quando indicado;• Realizar procedimentos cirúrgicos ambulatoriais;• Notificar as IST, conforme a Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014. As demais, se considerado conveniente, notificar de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios;• Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento conforme protocolo, quando necessário;• Promover treinamentos para os profissionais de saúde da atenção básica. |
| Alta Complexidade |
| <ul style="list-style-type: none">• Realizar todas as atividades elementares e intermediárias de prevenção e assistência das IST;• Ter um laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento, realizando os seguintes testes diagnósticos: testes treponêmicos e não treponêmicos, exame a fresco, bacterioscopia, cultura para gonococo, biologia molecular para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i> e histopatologia;• Interagir com outras instituições, a fim de agregar outras tecnologias e massa crítica;• Oferecer sistematicamente estágios, cursos e treinamento em prevenção, manejo clínico e laboratorial para profissionais de saúde dos demais níveis de atenção;• Ter equipe composta de especialistas e pós-graduados (ex. Mestrado e Doutorado) e/ou com experiência comprovada em pesquisa;• Ter um núcleo para avaliação epidemiológica, incluindo atividades de vigilância e notificação; |



- Realizar diagnóstico das IST apoiado em todos os recursos laboratoriais recomendados;
- Realizar periodicamente, pelo menos uma vez ao ano, vigilância de resistência microbiana aos fármacos e vigilância da etiologia dos corrimentos uretrais e vaginais, ulcerações genitais e cervicites;
- Ter acesso a um comitê de ética ou presença deste no Centro de Referência;
- Apoiar o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde nas atividades de supervisão integradas;
- Ser coerente com as necessidades da população e prioridades do Ministério da Saúde

Fonte: DDAHV/SVS/MS

O papel dos gestores do SUS no manejo programático e operacional das IST

Muitos dos fatores determinantes (influência sociocultural no comportamento sexual, pobreza, desigualdades de gênero, conflitos sociais e outros) na ocorrência de casos de IST estão além da governança de gestores de saúde. No entanto, a atuação destes deve aproveitar todas as oportunidades para assegurar insumos necessários ao desenvolvimento das ações de controle dentro e fora dos serviços de saúde.

A pactuação entre as três esferas de governo estabelece que a aquisição dos medicamentos padronizados para as IST é de responsabilidade dos municípios, e a aquisição de preservativos é compartilhada, sendo de 80% de responsabilidade do nível federal nas regiões Sul e Sudeste e de 90% nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Porém, essa pactuação vem sendo cumprida com dificuldades.

Além disso, devem estar atentos ao contexto político e enfrentar os desafios no campo das IST, por meio da articulação de atividades públicas e privadas, do fortalecimento das infraestruturas de apoio e dos vínculos com a comunidade, da simplificação do acesso, da incorporação de práticas gerenciais de boa qualidade, de envolvimento com demais órgãos governamentais, e do suporte ativo e fundamentado para a prevenção e a excelência na prática clínica dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção.

Destaca-se a importância do planejamento ascendente, do nível local até o federal, ouvidos os órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos. Nesse contexto, os gestores de saúde devem contribuir de forma efetiva na elaboração do planejamento das ações, no estabelecimento de metas e objetivos, fortalecendo as etapas de monitoramento e avaliação.

Os indicadores de qualidade de serviço devem ser elaborados, considerando a relação equipe/pacientes, o treinamento inicial e contínuo em serviço, a proporção de casos atendidos em relação as que procuraram a unidade, de casos corretamente diagnosticados, e de casos tratados no mesmo turno de chegada do usuário ao serviço; além do número de preservativos distribuídos, testagens sorológicas realizadas, comparecimento aos retornos agendados, contatos sexuais captados, precocidade da busca por atenção em relação ao tempo de início de sintomas.

Na prática, é primordial um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde.



Referências

BALDIN-DAL POGETTO, M. R.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. de L. Prevalence of sexually transmitted diseases in female sex workers in a city in the interior of São Paulo, Brazil / Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil / Prevalencia de enfermedades sexualmente transmisibles en mujeres profesionales del sexo en un municipio del interior del estado de Sao Paulo, Brasil Rev Lat Am Enfermagem; 19(3): 493-499, May-June. 2011.

BENZAKEN, A. S.; SALES, D. N.; PALHETA JUNIOR, J. I. L.; PEDROSA, V. L.; GARCÍA, E. G. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas / Prevalence of chlamydia and gonococcal infection in women assisted in the STI clinic of Alfredo da Matta foundation, Manaus, Amazon. DST j. bras. doenças sex. transm; 22(3), 2010.

BENZAKEN, A.S.; SALES, Drielle N ; Palheta Junior, Jamile I. L ; Pedrosa, Valderiza L ; García, Enrique G Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas / Prevalence of chlamydia and gonococcal infection in women assisted in the STI clinic of Alfredo da Matta foundation, Manaus, Amazon DST j. bras. doenças sex. transm; 22(3)2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em www.saude.gov.br/bvs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Acesso em www.saude.gov.br/bvs.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica no. 18: HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Acesso em www.saude.gov.br/bvs.

CODES, J. S. de; COHEN, D. A.; MELO, N. A. de; SANTOS, A. B.; CODES, J. J.G. de; SILVA JÚNIOR, J. C. da; RIZZO, R. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento



familiar da rede pública no Brasil / STD screening in a public family planning clinic in Brazil. Rev. bras. ginecol. obstet; 24(2): 101-106, mar. 2002.

CODES, J. S. de; COHEN, D. A.; MELO, N. A. de; TEIXEIRA, G. G.; LEAL, A. dos S.; SILVA, T. de J.; OLIVEIRA, M. P. R. de. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil / Screening of sexually transmitted diseases in clinical and non-clinical settings in Salvador, Bahia, Brazil Cad Saúde Pública; 22(2): 325-334, fev. 2006.

FERNANDES, A. M. dos S.; DAHER, G.; NUZZI, R. X. do P.; PETTA, C. A. Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae em mulheres atendidas em serviço de planejamento familiar / Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among women in a family planning clinic. Rev. bras. ginecol. obstet; 31(5): 235-240, maio. 2009.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S.; RIBEIRO, D.; OLIVEIRA, E. C. de; GARCIA, E. G.; MOHERDAUI, F.; BARBOSA, M. J. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras / Prevalence of Chlamydia and Neisseria gonorrhoeae infections in pregnant women in six Brazilian cities Rev. bras. ginecol. obstet; 30(12): 614-619, dez. 2008.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S.; RIBEIRO, D.; OLIVEIRA, E. C. de; GARCIA, E. G.; MOHERDAUI, F.; BARBOSA, M. J. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras / Prevalence of Chlamydia and Neisseria gonorrhoeae infections in pregnant women in six Brazilian cities. Rev. bras. ginecol. obstet; 30(12): 614-619, dez. 2008.

MARTINS, T. A.; BELLO, P. Y.; PONTES, L. R. S. K; COSTA, L. V.; MIRALLES, I. S.; QUEIROZ, T. R. B. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? / Are sexually transmitted diseases a problem to pregnant women in Ceará? S. DST j. bras. doenças sex. transm; 16(3): 50-58, 2004.

MIRANDA, A. E. ; RIBEIRO, D. ; REZENDE, E. F. ; PEREIRA, G. F. M. ; PINTO, V. M. ; SARACENI, V. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.2, pp. 489-497.

PIAZZETTA, R. C., PASSAGNOLO, S.; CARVALHO, N. S. de; ANDRADE, R. P. de; PIAZZETTA, G.; PIAZZETTA, S. R.; CARNEIRO, R. Prevalência da infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria Gonorrhoea em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil/ Prevalence of Chlamydia Trachomatis and Neisseria Gonorrhoea infections in sexual actives young women at a Southern Brazilian city. Rev. bras. ginecol. obstet; 33(11): 328-333, nov. 2011. tab.

RODRIGUES, M.M.; FERNANDES, P.; HADDAD, J.P.; PAIVA, M.C.; SOUZA, M.do C.; ANDRADE, T.C.; FERNANDES, A.P.Frequency of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis and Ureaplasma species in cervical samples J Obstet Gynaecol; 31(3): 237-41, 2011.



SZWARCWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian Young men, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, Supl 1:S19-S26, 2011.

TRAVASSOS, A.G.; BRITES, C.; NETTO, E.M.; FERNANDES, S. de A.; RUTHERFORD, G.W.; QUEIROZ, C.M. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. Braz J Infect Dis; 16(6): 581-5, Nov-Dec ,2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>>. Acesso em 5 de fev. 2014.

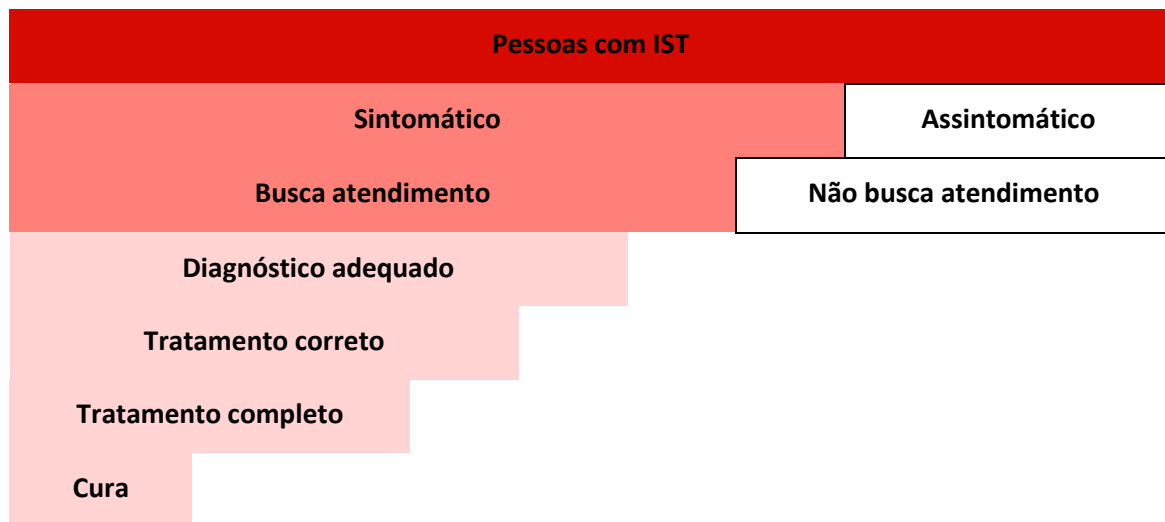
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections (STIs), The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html



Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST e parcerias sexuais

O modelo conceitual representado na **Figura 2** tem sido útil para identificar e quantificar as “perdas” a cada passo, determinando qual é a proporção de pessoas infectadas por uma IST que perdem a oportunidade de tratamento nas etapas sucessivas da infecção à possível cura.

Figura 2 – Barreira ao controle de IST: perdas a diferentes níveis entre a infecção e a cura



Fonte: adaptado de OMS/RHR, 2005

É fundamental o conhecimento das perdas e das respectivas causas para um diagnóstico situacional que favoreça um planejamento adaptado às necessidades identificadas. Por outro lado, a maioria da população não está infectada por uma IST. Isso chama atenção para as intervenções de prevenção, o que pode contribuir para a diminuição da incidência desses agravos.

A maioria das pessoas infectadas por uma IST (barra superior da figura acima) é assintomática. Essas infecções afetam particularmente jovens, HSH, profissionais do sexo e populações sem acesso a serviços de saúde. Destaca-se a importância da atenção às gestantes, visando à eliminação da transmissão vertical de HIV e sífilis.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores, quando menor for o acesso ao tratamento. A vigilância epidemiológica e o manejo dos contatos sexuais também são estratégias para atingir e tratar todas as pessoas infectadas.

Todas essas intervenções devem ser acompanhadas da promoção da busca adequada a serviços de saúde. Os demais passos estão ligados ao acesso a serviços de qualidade, envolvendo infraestrutura, equipamentos, insumos, recursos financeiros e humanos e educação permanente. Esses serviços devem ter condições mínimas de atendimento, bem como estar em uma rede de atenção onde seja possível o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.



A **prevenção combinada das IST** contempla diversas ações de prevenção e assistência, que são sintetizadas em três áreas estratégicas com componentes específicos, conforme sintetiza o **Quadro 5**. A oferta de diagnóstico e tratamento para IST assintomáticas é a estratégia para rastreamento e tratamento das seguintes IST assintomáticas: sífilis latente recente e tardia, infecções por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em mulheres, e hepatite viral B. O Manejo de IST com uso de fluxograma abrange a detecção e o tratamento das IST que se apresentam sob a forma de úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal, DIP e verrugas anogenitais.

Quadro 5 – Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST

| Prevenção Combinada | | |
|---|--|---|
| Prevenção Individual e Coletiva | Oferta de Diagnóstico e Tratamento para IST assintomáticas | Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxogramas com e sem laboratório |
| <ul style="list-style-type: none">• Informação/Educação em saúde• Preservativo masculino e feminino• Gel lubrificante• Busca adequada e acesso a serviços de saúde• Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis• Vacinação para HBV e HPV• Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicado• Redução de danos | <ul style="list-style-type: none">• Rastreamento de Clamídia para gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível• Rastreamento de sífilis, gonorreia, clamídia, HIV para pessoas com IST e para populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas), quando disponíveis• Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, quando disponíveis e recomendados, conforme o PCDT de transmissão vertical• Tratamento das infecções identificadas | <ul style="list-style-type: none">• Condutas baseadas em fluxogramas:<ul style="list-style-type: none">✓ Queixa de síndrome específica✓ Anamnese e exame físico✓ Diagnóstico com e sem laboratório✓ Tratamento etiológico ou baseado na clínica (para os principais agentes causadores da síndrome) |
| <ul style="list-style-type: none">• Ênfase na adesão ao tratamento• Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos)• Notificação das IST, conforme estabelecido. | | |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato, com tempo de espera o menor possível, podendo ser aproveitado para a realização de ações de informação/educação em saúde individual e coletiva. Estudos de análise de fluxo de pacientes apontaram que a maior parte do tempo em que pessoas permanecem em serviços de saúde não representa uma interação produtiva.

O atendimento imediato de uma IST não é apenas uma ação curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão, à prevenção de outras IST e de complicações advindas das infecções.



Abordagem às pessoas com IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde devem conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico, quando indicado, deve ser realizada coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para rastreamento de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV, hepatite B e C, precedidos de uma abordagem adequada.

Os exames laboratoriais indicados devem ser colhidos no momento da primeira consulta, caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até que os resultados estejam entregues. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do estabelecimento de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais, e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção ao serviço. Para tanto, é necessário promover informação/educação em saúde; assegurar ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

Outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências entre outros), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais devem ser abordadas durante a anamnese. Nesse momento, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para as pessoas até 49 anos de idade, disponível no SUS, uma medida de controle e de prevenção segura, eficaz, e de impacto contra a hepatite B.

Além disso, recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, disponível no SUS, para adolescentes na faixa etária de nove a 13 anos, e para mulheres HIV positivas de nove a 26 anos de idade (que necessitam de prescrição médica para ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos para pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez.

As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e consistente dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem. A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades existentes principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso do preservativo masculino com a parceria sexual.



Abordagem às parcerias sexuais

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais convidadas, outras atividades poderão ser desenvolvidas, conforme a disponibilidade de cada serviço.

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação, os indivíduos com quem a pessoa se relacionou sexualmente, conforme os tempos abaixo:

- Tricomoníase: parceria atual
- Corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses
- DIP: nos últimos dois meses
- Úlceras: nos últimos três meses
- Sífilis secundária: nos últimos seis meses
- Sífilis latente: no último ano

A comunicação a parcerias sexuais pode ser realizada por meio dos seguintes métodos descritos a seguir.

Comunicação por cartão

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

A parte A do cartão deve conter: código da Classificação Internacional das Doenças (CID-10); número do prontuário; nome do caso-índice; dados da parceria (nome, endereço); data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde que preencheu o cartão.

A parte B deve conter o mesmo CID-10, número do prontuário, dados da parceria sexual (nome, endereço), mensagem solicitando o comparecimento ao serviço de saúde, nome e endereço da unidade de saúde no qual poderá ser atendido, data do preenchimento e assinatura do profissional de saúde. Quando a parceria apresentar a parte B, o profissional de saúde identifica a IST que ocasionou a comunicação e a unidade que emitiu o cartão. Procede então o tratamento de acordo com as orientações deste protocolo.

O atendimento a portadores de cartões emitidos por outras unidades de saúde deve ser informado à unidade de origem. Todos os cartões devem ser mantidos em regime de confidencialidade e guardados em locais de acesso controlado pelo profissional responsável pelo sistema de comunicação.



Comunicação por correspondência e outros meios

Caso as parcerias sexuais não atendam à comunicação por cartão em um prazo de até 15 dias, ou o caso-índice não queira entregar os cartões (mas forneça dados de identificação das parcerias), deve-se realizar a comunicação por meio de correspondência (ex: aerogramas), ou outros meios de comunicação que garantam a confidencialidade da informação como contato telefônico e/ou eletrônico, ou até mesmo pela utilização das redes sociais.

Comunicação por busca ativa

Essa modalidade só poderá ser executada quando forem esgotados todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço. Cada unidade deve implementar as atividades do sistema progressivamente, de acordo com a disponibilidade local. Por exemplo, pode-se realizar a comunicação por profissionais habilitados, equipe de vigilância epidemiológica, PSF da área de abrangência e outros.

Ao chegar ao serviço de saúde, a parceria deve ser considerada portadora da mesma infecção que acometeu o caso-índice, mesmo que não apresente nenhum sinal ou sintoma, e receber o mesmo tratamento recomendado para a condição clínica.

As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser objeto de **busca ativa**.

Princípios para comunicação das parcerias sexuais

Qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve ser baseado nos princípios de **confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação**.

Confidencialidade: A comunicação deve ser confidencial. Qualquer informação sobre o caso-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada à parceria sexual e vice-versa. O profissional de saúde explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro. Há menor resistência em utilizar o serviço de saúde se as pessoas percebem que é garantida a confidencialidade.

Ausência de coerção: A comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com essas atividades. Pode acontecer do caso-índice se recusar a comunicar ou a impedir a comunicação pelo profissional de saúde, por isso essa decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com princípios éticos. Se o profissional perceber que o risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito) é tão elevado que seria antiético deixar de informá-lo, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.

Proteção contra discriminação: A comunicação de parcerias sexuais deverá ser realizada, respeitando-se os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente, naqueles lugares onde o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. Lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde é ética e profissionalmente inaceitável, e repercute negativamente na adesão, comprometendo o trabalho de toda a equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis. - 4ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS, que dispõe sobre alteração de faixa etária e do intervalo de doses da vacina HPV para mulheres de nove a 26 anos de idade HIV positivas. Acesso em www.aids.gov.br.

LOW, N., BROUETET, N., ADU-SARKODIE, Y., BARTON, P., HOSSAIN, M., HAWKES, S. Global control of sexually transmitted infections. Lancet. 2006 Dec 2;368(9551):2001-16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015. Breaking the chain of transmission, WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually transmitted and other reproductive tract infections, a guide to essential practice. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care. Front Cover. WHO/UNAIDS, 1999.



Manejo integral: rastreamento e tratamento das IST assintomáticas

A sífilis (em especial, a latente), a gonorreia e a clamídia em mulheres e a hepatite viral B, são IST frequentemente assintomáticas. Quando não detectadas, levam às mais graves complicações, como sífilis congênita, DIP, infertilidade e cirrose hepática.

A sífilis é, na maioria das vezes, diagnosticada por rastreamento de gestantes ou de pessoas com IST. Já a cervicite por gonorreia e por clamídia não são diagnosticadas com frequência. De maneira geral, as seguintes ações devem ser tomadas durante as consultas ambulatoriais, quando disponíveis nos serviços:

- Rastreamento de clamídia para gestantes de 15 a 24 anos;
- Rastreamento de sífilis, gonorreia, clamídia e HIV para pessoas com IST e para populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas);
- Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e o parto, contemplado neste capítulo na seção rastreamento das IST na gestação, conforme recomenda o PCDT de Transmissão Vertical;
- Tratamento das infecções identificadas.

Na ausência de rastreamento de rotina, a forma de tratá-las antes do surgimento de complicações é, como já mencionado, tratar as parcerias sexuais com os mesmos medicamentos utilizados para o caso-índice, mesmo que não apresentem nenhum sinal ou sintoma, como apresentado no **capítulo três** – Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IST e parcerias sexuais

Com o propósito de chamar atenção para esses fatos e estimular o rastreamento e tratamento foram agrupadas neste capítulo:

- a sífilis latente
- a gonorreia e a clamídia em mulheres
- a hepatite viral B

Sífilis Latente

Definição e classificação da sífilis latente

A sífilis latente é uma das variantes clínicas da sífilis em que não se observam sinais e sintomas clínicos. O diagnóstico da sífilis latente é realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos.



A sífilis latente pode ser classificada de acordo com o tempo de infecção em:

- Sífilis latente recente (até um ano de infecção)
- Sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção).

Tratamento da sífilis latente

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis latente. No primeiro ano de latência, sem tratamento, aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões do estágio secundário com os períodos de latência. A infecção é controlada, porém não eliminada pelo sistema imunológico do hospedeiro.

Nessa fase, a maioria dos diagnósticos são realizados, com a utilização de estratégias diagnósticas sensíveis e específicas. Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial da sífilis, consulte o “Manual Técnico para o Diagnóstico de Sífilis em Adultos” (no prelo).

Gonorreia e Clamídia em mulheres: cervicites

Definição e Etiologia

Cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Os principais agentes etiológicos das cervicites são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Há evidências científicas da associação de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* aos seguintes fatores: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, nova parceria sexual, múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST, e uso irregular de preservativo.

Manifestações Clínicas

As cervicites são frequentemente assintomáticas, em torno de 70 a 80%. Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria. Ao exame físico podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou *swab*. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: DIP, infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal. No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo haver septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite. A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos pré-termo, ruptura



prematura de membranas, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical está entre 30% e 50%, tanto para *N. gonorrhoeae* como para *C. trachomatis*.

A oftalmia neonatal, definida como a conjuntivite purulenta do RN, ocorre no primeiro mês de vida, e pode levar à cegueira, especialmente quando causada pela *N. gonorrhoeae*. Por isso, deve ser tratada imediatamente, para prevenir dano ocular. Geralmente, o RN é levado ao serviço de saúde por causa de eritema e edema de pálpebras e conjuntiva e/ou presença de material mucopurulento nos olhos.

A conjuntivite severa que se desenvolve na primeira semana de vida é, mais provavelmente, de origem gonocócica. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e o período de incubação varia de cinco a 14 dias. A frequência relativa da infecção pelos dois agentes etiológicos depende da prevalência dessas IST em gestantes e do uso da profilaxia ocular na primeira hora após o nascimento, a qual é efetiva contra *N. gonorrhoeae*, mas frequentemente não é contra *C. trachomatis*.

Diagnóstico laboratorial de gonorreia e clamídia em mulheres

Um estudo multicêntrico nacional de 2012 observou elevada prevalência (9,8%; IC95% 8,5-11,1), com diferenças regionais, de infecção por clamídia em parturientes jovens entre 15 e 24 anos de idade, e recomendou que o rastreamento pré-natal seja adotado nesse grupo no Brasil. No entanto, os critérios de risco para a identificação da *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres com queixa de corrimento vaginal têm sensibilidade e especificidade muito baixas para serem recomendados.

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

O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por *C. trachomatis* deve preferencialmente ser feito por um método de biologia molecular⁴ (NAAT), que juntamente com a cultura, são considerados padrão-ouro. A cultura é pouco acessível e a imunofluorescência direta não apresenta resultados consistentes e a sensibilidade está aquém do esperado ou tem limitações de leitura do resultado.

Na ausência de laboratório, a principal estratégia de manejo das cervicites por clamídia e gonorreia é o tratamento das parcerias sexuais de homens portadores de uretrite.

⁴Em processo de avaliação para cadastramento no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS)



Quanto à **oftalmia neonatal**, o uso do esfregaço corado de exsudato conjuntival para detectar diplococos intracelulares fornece um método de diagnóstico da oftalmia neonatal gonocócica altamente sensível e específico. A utilização do corante Giemsa, em células epiteliais da conjuntiva, permite o reconhecimento de inclusões intracitoplasmáticas da *C. trachomatis*, porém, essa técnica é de difícil aplicação na Atenção Básica. Quando houver condições para o estabelecimento do diagnóstico pelo esfregaço corado (azul de metileno ou Gram), deve-se fazer o tratamento específico.

Outra opção diagnóstica é a imunofluorescência direta (IFD), exame útil para elucidação diagnóstica de *C. trachomatis* no RN. Em alguns serviços de saúde é o exame disponível para testagem em larga escala.

Estando disponível apenas o diagnóstico clínico, toda oftalmia neonatal deve receber tratamento para gonococo (principalmente) e clamídia. A mãe e a parceria sexual devem ser tratadas para gonorreia e infecção por clamídia e submetido a exame genital e a testes para sífilis, HIV e HBV.

A conjuntivite pode ser também um marcador de uma infecção neonatal generalizada. Devem ser instituídos procedimentos de isolamento do caso para prevenir a transmissão nosocomial da infecção. É essencial que os profissionais que tratam das crianças infectadas lavem cuidadosamente as mãos.

Tratamento para gonorreia e clamídia

O **Quadro 6** apresenta os esquemas terapêuticos para a infecção por gonorreia e clamídia.



Quadro 6 – Tratamento para Gonorreia e Clamídia

| | Primeira opção | Segunda opção |
|--|---|--|
| Infecção anogenital não complicada (uretra, colo do útero e reto) | Ciprofloxacina [@] 500mg, VO, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona ^{&} 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Se o paciente tem alergia grave às cefalosporinas: indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total de 2 gramas) Em menores de 18 anos e gestantes: Ciprofloxacina é contraindicada, e a droga de escolha é ceftriaxona. | Cefotaxima 1000 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única. |
| Infecção gonocócica não complicada da faringe | Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única | |
| Infecção gonocócica disseminada | Ceftriaxona 1g IM ou IV 12/12h Manter até 24–48 h após a melhora, quando o tratamento pode ser trocado para ciprofloxacina 500 mg 12/12h para completar ao menos 7 dias de tratamento | |
| Conjuntivite gonocócica no adulto | Ceftriaxona 1g, IM, dose única | |
| Infecção por Clamídia | Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes: indicar Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU amoxicilina (500 mg, VO, 8/8h, 7 dias) [#] | Amoxicilina 500mg, VO, 8/8h, por 7 dias [#] |

Nota:

@ O uso da ciprofloxacina estaria contra indicado nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos que demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual **OU** maior que 5%, limite determinado internacionalmente de aceitação para uso de um antibiótico. Essa alteração no tratamento ainda encontra-se em processo de avaliação no Ministério da Saúde.

& A recomendação é que nesses Estados não mais utilizem a ciprofloxacina e substituam o tratamento pela ceftriaxona, opção terapêutica disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2013 (RENAME, 2013). A alternativa terapêutica de eficácia semelhante à ceftriaxona injetável é a cefixima oral. No entanto, a cefixima oral não está disponível no mercado nacional e não dispõe de registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

#O estearato de eritromicina é uma alternativa terapêutica, no entanto não se encontra em comercialização no país.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

O **Quadro 7** apresenta a prevenção e o tratamento da oftalmia neonatal.



Quadro 7 – Prevenção e tratamento de oftalmia neonatal

| | |
|--|---|
| Prevenção da oftalmia neonatal | Nitrato de prata a 1% (Método de Crede), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento OU Tetraciclina a 1% (colírio), aplicação única, na 1ª hora após o nascimento |
| Tratamento da oftalmia neonatal | Ceftriaxona 25 a 50 mg/kg/dia, IM, no máximo 125 mg em dose única |
| Recomendações gerais para o manejo da oftalmia neonatal: <ul style="list-style-type: none">• Instilação local de solução fisiológica, de hora em hora• Não se recomenda a instilação local de penicilina• Nos casos de resposta terapêutica não satisfatória, considerar a hipótese de infecção por clamídia simultânea | |

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Hepatites Virais

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. Nesta seção, serão consideradas as hepatites virais B e C, devido à morbimortalidade e via de transmissão comum a outras IST. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública devido ao número de indivíduos atingidos, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações.

Estima-se que existam aproximadamente dois milhões de portadores crônicos de hepatite viral B e entre 1,4 a 1,7 milhões de portadores da hepatite viral C em território nacional. A maioria dos indivíduos infectados pelas hepatites virais crônicas desconhecem o diagnóstico e constituem elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

Hepatite B

A hepatite viral B é uma infecção de transmissão parenteral, predominantemente, pela via sexual. A transmissão vertical também pode ocorrer, e ocasiona uma evolução desfavorável com maior chance de cronificação. Diferente da hepatite viral A, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas em mais de dois terços dos indivíduos infectados.

Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV. Cerca de 20 a 25% dos casos crônicos de hepatite B que apresentam replicação do vírus evoluem para doença hepática avançada. A infecção pelo HBV também é condicional para o desenvolvimento da hepatite D, causada pelo vírus Delta.

O HBV apresenta elevada infectividade e permanece viável durante longo período quando fora do corpo (p. ex. em uma gota de sangue). Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas até 49 anos de idade. Para as regiões endêmicas, como a região Norte, reforça-se a realização de sorologia para hepatite B prévia e vacinação dos suscetíveis.

Apesar da progressão da cobertura vacinal e acesso ampliado às orientações para prevenção das IST, ainda há um crescente número de diagnósticos de hepatite B, aproximadamente 10.000 novos casos são detectados e notificados anualmente. Esse índice soma-se ao número expressivo de portadores já diagnosticados e em acompanhamento, e eleva o impacto da doença no território brasileiro.



Hepatite C

A hepatite C é infecção de transmissão principalmente parenteral. O risco para infecção pelo vírus da hepatite C (HCV, do inglês *Hepatitis C virus*) está aumentado em algumas populações, como por exemplo indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, pessoas com tatuagem, *piercing* ou que apresentem outras formas de exposição percutânea, como atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre outros, que não obedecem às normas de biossegurança e de proteção individual.

A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas depois da infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas da doença.

A transmissão sexual da HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas, que têm relação sexual sem preservativo. O uso do preservativo é sempre recomendado. Como outras infecções de transmissão sexual, a presença de uma IST, como lesões ulceradas em região anogenital, práticas sexuais de risco aumento para aquisição de IST/HIV constituem-se um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em uma menor parcela dos casos.

Não há evidências científicas suficientes da efetividade do rastreamento de rotina do HCV na população geral. A sorologia para HCV deve ser solicitada em situações especiais de alto risco, como nas citadas acima.

Diagnóstico laboratorial das hepatites B e C

O diagnóstico laboratorial da hepatite B e C é feito por métodos sorológicos. A execução desses testes é simples, sem necessidade de infraestrutura laboratorial. Os resultados são rápidos (menos de 20 minutos) e também de fácil leitura e interpretação. Com o teste reagente, deve-se proceder à confirmação do diagnóstico da hepatite viral correspondente com o uso de testes laboratoriais.

Para maiores informações sobre o manejo clínico e tratamento do paciente portador de hepatite B e C, além de outras hepatites virais, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas correspondente, disponível em www.aids.gov.br/pagina/publicacoes.



Rastreamento de IST na gestação

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, podendo causar aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do RN. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e as parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. O rastreamento de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento) cuja efetividade depende de vários fatores (ex: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- HIV – a testagem para o HIV é recomendada na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, e terceiro trimestre da gestação. Mas, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do teste rápido para HIV.
- Sífilis – o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento.
- Hepatite B – o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão vertical. Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta do pré-natal – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;

Gestantes de 15 a 24 anos devem ser rastreadas, quando disponível, para:

- Clamídia
- Gonorreia

Não se recomenda a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes e ainda não existe imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. Deve-se realizar a sorologia em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, ausência de infecção pelo HIV e uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, mulheres submetidas à hemodiálise, aquelas com elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente, e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.

É importante considerar nas gestantes que:

1. Não há necessidade de rastreamento de tricomoníase;
2. Está recomendada a triagem e o tratamento de Vaginose Bacteriana na gestação de alto risco para parto pré-termo, para redução dos efeitos adversos perinatais;



3. Não está recomendado realizar testes sorológicos para HSV-2 em gestantes não previamente diagnosticadas;
 4. Recomendações sobre HPV na gestação serão abordadas na seção específica.
- O manejo das IST mencionadas está contemplado nos capítulos específicos deste documento.

Referências

BENZAKEN, A.S.; GALBAN, E.G.; ANTUNES, W.; DUTRA, J.C.; PEELING, R.W.; MABEY, D.; SALAMA, A. Diagnosis of gonococcal infection in high risk women using a rapid test. *Sex Transm Infect*; 82 Suppl 5: v26-8, Dec, 2006.

BENZAKEN, A.S.; SALES, D.N.; PALHETA JUNIOR, J.I.L.; PEDROSA, V. L.; GARCÍA, E.G. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas / Prevalence of chlamydia and gonococcal infection in women assisted in the STI clinic of Alfredo da Matta foundation, Manaus, Amazon *DST j. bras. doenças sex. transm*; 22(3)2010.

BLEICH, A.T.; SHEFFIELD, J.S.; WENDEL, G.D.Jr.; SIGMAN, A.; CUNNINGHAM, F.G. Disseminated gonococcal infection in women. *Obstet Gynecol* 2012;119:597-602.

BOWDEN, F.J.; GARNETT, G.P. Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analyzing a model of treatment interventions. *Sex Transm Inf*, 2000, 76: 248-256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo de risco. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, GA – USA. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>.

CHISHOLM, S.A.; MOUTON, J.W.; LEWIS, D.A.; NICHOLS, T.; ISON, C.A.; LIVERMORE, D.M. Cephalosporin MIC creep among gonococci: time for a pharmacodynamic rethink? *J Antimicrob Chemother* 2010 Oct;65(10):2141-2148.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. American Academy of Pediatrics. Gonococcal Infections. In: Pickering L, editor. Red book: 2012 report of the committee on infectious diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012. p. 336-344.

DARVILE, T. *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcus). In : Kleigman RM, ed in Nelson Textbook of Pediatrics, 19th ed. Philadelphia, PA : Saunders Elsevier, 2011 : 935-940.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2010. Stockholm: ECDC 2012. (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1206-Gonococcal-AMR.pdf>)



HAIMOVICI, R., ROUSSEL, T.J. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. *Am J Ophthalmol.* 1989 May 15;107(5):511-4.

HOOK, E.W. III; HANDSFIELD, H.H. Gonococcal infections in the adult. In: HOLMES, K.K.; SPARLING, P.F.; MARDH, P. et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1999:451–66.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S.; RIBEIRO, D.; OLIVEIRA, E. C. de; GARCIA, E. G.; MOHERDAUI, F.; BARBOSA, M. J. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras / Prevalence of Chlamydia and Neisseria gonorrhoeae infections in pregnant women in six Brazilian cities *Rev. bras. ginecol. obstet;* 30(12): 614-619, dez. 2008.

KOJIMA, M.; MASUDA K., YADA, Y., HAYASE, Y., MURATANI, T.; MATSUMOTO, T. Single-dose treatment of male patients with gonococcal urethritis using 2g spectinomycin: microbiological and clinical evaluations. *Int J Antimicrob Agents.* 2008 Jul;32(1):50-4. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2008.02.023. Epub 2008 Jun 6.

PINTO, V. M. Prevalência e fatores de risco para Chlamydia trachomatis em parturientes, de 15 a 24 anos, no Brasil.2012. 100 f. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. 2012.

PORTILLA, I.; LUTZ, B.; MONTALVO, M.; MOGABGAB, W.J. Oral cefixime versus intramuscular ceftriaxone in patients with uncomplicated gonococcal infections. *Sex Transm Dis.* 1992 Mar-Apr;19(2):94-8.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio de Hepatite C. São Paulo, 2008. Disponível em http://www.infectologia.org.br/anexos/I%20Consenso%20para%20hepatite%20C_em%20portugu%C3%AAs.pdf. Acesso em 26/03/2015.



Manejo integral: uso de fluxogramas nas IST sintomáticas

As principais manifestações clínicas das IST são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas anogenitais.

Embora possam variar no tempo e por região, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas. Isso facilita a escolha e a realização dos testes laboratoriais, dependendo de cada manifestação.

Em locais com recursos limitados é possível manejar o caso com ou sem laboratório básico. Na situação de não haver laboratório, as condutas são acompanhadas de menor especificidade e há possibilidade de tratamento desnecessário. O uso de mais de um antimicrobiano pode ser indicado quando a etiologia da síndrome assim o exigir, reduzindo o potencial de complicações de manifestações clínicas específicas, como é o caso da DIP.

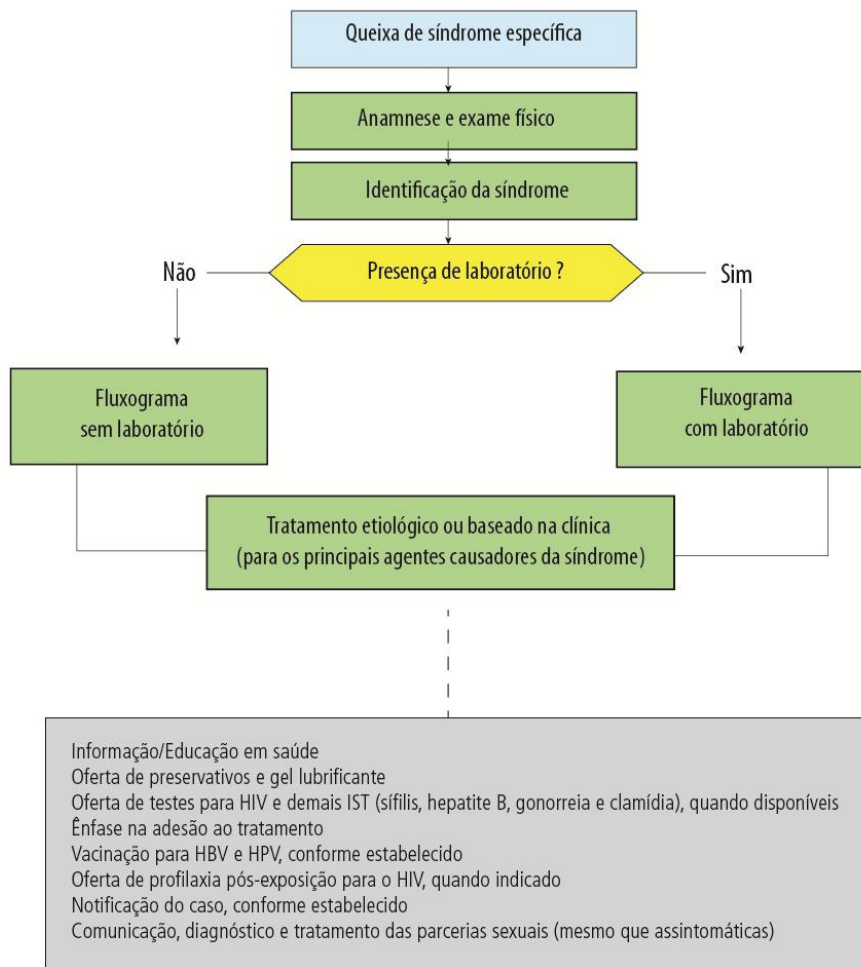
Existem situações, como o corrimento vaginal, em que o exame especular e testes mínimos são recomendados, sem os quais é impossível o adequado manejo do caso com isenção de erros. Por outro lado, no manejo da DIP, considerando-se a urgência da intervenção, a conduta mais indicada é a instituição de tratamento imediato.

O manejo das IST parte da premissa do conhecimento da frequência dos agentes etiológicos das diferentes manifestações clínicas. Esses estudos de etiologia – componente fundamental e necessário da vigilância epidemiológica das IST – devem ser realizados regularmente em cada região.

O manejo das IST sintomáticas segue condutas baseadas em fluxogramas, conforme a **Figura 3**.



Figura 3 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS

A infecção pelos diferentes agentes etiológicos causadores das manifestações clínicas também podem se apresentar de forma assintomática. Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve idealmente incluir também o rastreamento de infecções assintomáticas (estratégias complementares), discutido anteriormente.

As condutas baseadas apenas no diagnóstico ou impressão clínica não são recomendadas por causa da baixa sensibilidade e especificidade. O manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma, com e sem a utilização de testes laboratoriais, é apresentado a seguir, indicando todas as ações necessárias a uma atenção de qualidade. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequados. A conduta específica para a redução do número de parcerias sexuais é baseada em evidência e tem sido internacionalmente recomendada.



O Quadro 8 apresenta as principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos.

Quadro 8 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos

| Síndrome – Úlcera anogenital | |
|---|--------------------------|
| Agente etiológico | Infecção |
| <i>Chlamydia granulomatis</i> | LGV |
| <i>Haemophilus ducrey</i> | Cancroide |
| Herpes simplex vírus (tipo 2) | Herpes Genital# |
| <i>Klebsiela granulomatis</i> | Donovanose |
| <i>Treponema pallidum</i> | Sífilis |
| Síndrome – Corrimento uretral/vaginal | |
| Agente etiológico | Infecção |
| <i>Candida albicans</i> | Candidíase vulvovaginal@ |
| <i>Chlamydia trachomatis</i> | Clamídia |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | Gonorreia |
| <i>Trichomonas vaginalis</i> | Tricomoníase |
| Múltiplos agentes | Vaginose Bacteriana@ |
| Síndrome – Verruga anogenital | |
| Agente etiológico | Infecção |
| Papilomavírus humano | Condiloma acuminado# |
| Notas: | |
| @ não são infecções de transmissão sexual | |
| # não são infecções curáveis, porém tratáveis | |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Corrimento vaginal

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. A história clínica deverá ser minuciosa, com informações sobre comportamentos e práticas sexuais, data da última menstruação, práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e/ou outros potenciais agentes irritantes locais.

O termo **Infecções do Trato Reprodutivo (ITR)** é utilizado para descrever:

- Infecções endógenas (Candidíase e agentes da Vaginose Bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- Infecções sexualmente transmissíveis (Tricomoníase).

Todos os casos de corrimento vaginal são considerados como ITR. Entre elas, somente a tricomoníase é considerada uma IST. As pessoas com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem esclarecidas sobre essas diferenças. O diagnóstico de uma IST tem implicações que estão ausentes nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de tratamento de parcerias sexuais. Casos de violência doméstica e outros impactos sobre relacionamento entre parcerias sexuais são comuns, quando uma infecção endógena ou iatrogênica é erroneamente rotulada como uma IST.



É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico. A mulher deve ser questionada sobre:

- consistência, cor e alterações no odor do corrimento
- presença de prurido
- irritação local

Durante o exame clínico, o profissional de saúde deve observar e anotar as características acima, bem como existência de ulcerações e/ou eritema.

Etiologia do corrimento vaginal

Infecções por múltiplos agentes etiológicos podem ocorrer no corrimento vaginal. As três infecções frequentemente associadas são:

- Vaginose Bacteriana – decorrente do desequilíbrio da microbiota vaginal e causada pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Prevotella sp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma sp.* e *Mycoplasma sp.*)
- Candidíase vulvovaginal, causada por *Candida sp.* (geralmente *C. albicans* e por *C. glabrata*)
- Tricomoniase, causada por *Trichomonas vaginalis*;

As causas não infecciosas do corrimento vaginal incluem: drenagem de material mucóide fisiológico excessivo, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa), presença de corpo estranho, entre outros. Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (ex: líquen, psoríase).

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico.

Aspectos específicos do corrimento vaginal

Candidíase vulvovaginal

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

Embora a candidíase vulvovaginal não seja transmitida sexualmente, é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual, provavelmente, devido a micro-organismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões.



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

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

Existem fatores que predispoem a infecção vaginal por *Candida sp.*, entre os quais podemos destacar:

- Gravidez
- Diabetes *mellitus* (descompensado)
- Obesidade
- Uso de contraceptivos orais
- Uso de antibióticos, corticoides, imunossupressores ou quimio e radioterapia
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (p. ex: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos)
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), incluindo a infecção pelo HIV

As parcerias sexuais de portadores de candidíase vulvovaginal não precisam ser tratadas, exceto os sintomáticos (uma minoria de parceiros sexuais do sexo masculino que podem apresentar balanite e/ou balanopostite, caracterizada por áreas eritematosas na glândula do pênis, prurido ou irritação, tendo indicação de tratamento com agentes tópicos).

Entre mulheres vivendo com HIV, baixas contagens de linfócitos CD4 e altas cargas virais estão associadas com incidência aumentada de vulvovaginite por *Candida sp.* O tratamento, nesses casos, é o mesmo recomendado para pacientes sem infecção pelo HIV.

A **candidíase vulvovaginal recorrente** é definida como quatro ou mais episódios de candidíase sintomática em um ano, afetando cerca de 5% das mulheres em idade reprodutiva. Nesses casos, devem-se investigar causas sistêmicas predisponentes, tais como diabetes *mellitus*, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão.

Os episódios de candidíase vulvovaginal recorrente respondem bem ao tratamento oral de curta duração ou terapia tópica. No entanto, para evitar os episódios de recorrência, recomenda-se terapia de manutenção, conforme esquema apresentado no [Quadro 9](#).

O diagnóstico laboratorial de corrimento vaginal pode ser realizado por teste do pH vaginal, em que são mais comuns valores < 4,5, e/ou por bacterioscopia, com a visualização de leveduras e/ou pseudo-hifas.



Vaginose Bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias anaeróbicas (*Prevotella sp.* e *Mobiluncus sp.*), *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma sp.*, *Mycoplasma sp.*, e outros numerosos anaeróbios fastidiosos, associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus spp.*), que são os agentes predominantes na vagina normal.

É a causa mais comum de corrimento vaginal, afetando cerca de 10-30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na Atenção Básica. Em alguns casos, pode ser assintomática.

As características clínicas incluem:

- corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após a relação sexual, sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual;
- corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso;
- dor à relação sexual (pouco frequente);

Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com o esperma, que por apresentar pH elevado, contribui para desequilibrar a flora vaginal em algumas mulheres suscetíveis. O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

Além disso, a Vaginose Bacteriana aumenta o risco de aquisição das IST, incluindo o HIV, além da possibilidade de trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de DIP.

O tratamento deve ser recomendado para as mulheres sintomáticas, grávidas, na presença de comorbidades e para as mulheres com potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital).

O diagnóstico clínico-laboratorial de Vaginose Bacteriana se confirma quando estiverem presentes **três** dos seguintes critérios (**critérios de Amsel**):

- corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado e de quantidade variável
- pH vaginal > 4,5
- teste de Whiff ou teste da amina KOH 10% positivo
- presença de *clue cells* na bacterioscopia



Tricomoníase

A Tricomoníase é causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra. A prevalência varia entre 10% a 35%, conforme a população estudada e o método diagnóstico.

As características clínicas são:

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

O diagnóstico laboratorial da Tricomoníase é feito através de visualização dos protozoários móveis em material de endocérvice, por meio de bacterioscopia.

A Tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. No caso de mulheres com Tricomoníase e alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar a persistência das alterações.

Diagnóstico laboratorial de corrimento vaginal

Os exames mais utilizados para o diagnóstico das infecções vaginais são:

1. **pH vaginal:** o pH vaginal normal é menor que 4,5, sendo os *Lactobacillus spp.* predominantes na flora vaginal. Esse método utiliza fita de pH na parede lateral vaginal, comparando a cor resultante do contato do fluido vaginal com o padrão da fita. Seguem abaixo os valores e as infecções correspondentes:

pH > 4,5: **Vaginose Bacteriana** ou **Tricomoníase**
pH < 4,5: **Candidíase vulvovaginal**

2. **Teste de Whiff (testes das aminas ou “teste do cheiro”):** coloca-se uma gota de KOH a 10% sobre o conteúdo vaginal numa lâmina de vidro. Se houver a eliminação de “odor de peixe”, o teste é considerado positivo e sugestivo de **Vaginose Bacteriana**.
3. **Bacterioscopia:** em lâmina de vidro, coloca-se a amostra de material vaginal e uma gota de salina, cobrindo-se a preparação com lamínula. O preparado é examinado em



fluido vaginal no aumento de 400x, observando a presença de leucócitos, células parabasais, *Trichomonas sp.* móveis, leveduras e/ou pseudo-hifas.

Os leucócitos estão presentes em secreções vaginais de mulheres com **Candidíase vulvovaginal** e **Tricomoniase**.

A presença de *clue cells*, que são células epiteliais escamosas cobertas por pequenos cocobacilos (resultando em um aspecto granular pontilhado com as bordas não definidas devido ao grande número de bactérias presentes) é típica de **Vaginose Bacteriana**.

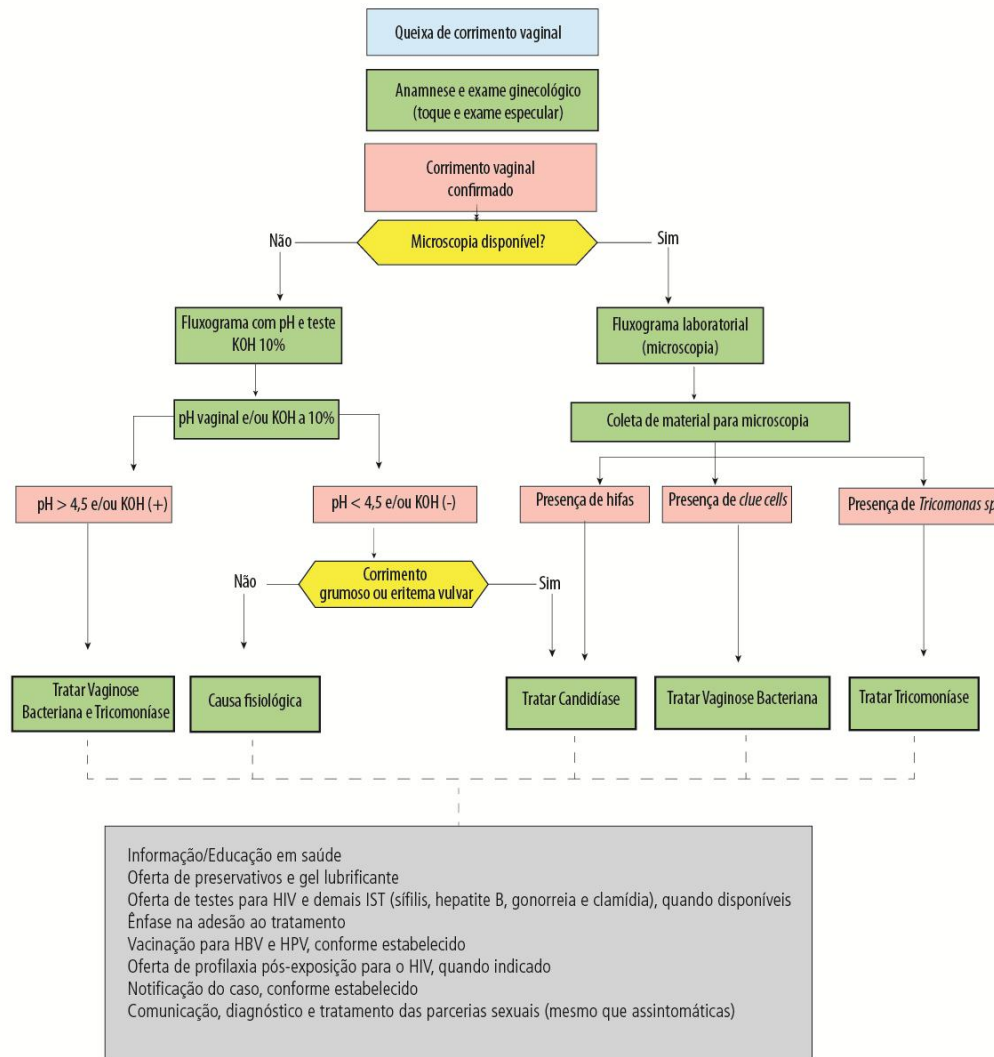
Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial de corrimento vaginal , consultar o manual específico da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” (no prelo), e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br/>.



Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal

A **Figura 4** apresenta fluxograma para o manejo do corrimento vaginal.

Figura 4 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS

Tratamento para corrimento vaginal

O **Quadro 9** apresenta as opções terapêuticas do tratamento para corrimento vaginal.



Quadro 9 – Tratamento para corrimento vaginal

| | Primeira opção | Segunda opção | Tratamento em Gestantes | Casos recorrentes | Comentários |
|--|--|---|---|---|---|
| Candidíase Vulvovaginal | Miconazol® creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias | Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dia | Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação. | Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x /semana, por 6 meses | As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. |
| Vaginose Bacteriana | Metronidazol # 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias& | Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias& | Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias& Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias | Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses | O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes. |
| Tricomoníase | Metronidazol# 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) ⁹ , VO, dose única OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias | | Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 400mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias OU Metronidazol 250 mg , 1 comprimido, VO, 3x dia, por 7 dias | | As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes. |
| Notas: <ul style="list-style-type: none">• PVHA devem ser tratadas com os mesmos esquemas terapêuticos recomendados acima• Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo “efeito antabuse”, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca• Cremes vaginais com metronidazol não são recomendados pela baixa eficácia• Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais• Manter o tratamento se a paciente menstruar | | | | | |
| @ Outros derivados imidazólicos creme ou óvulos (ex: clotrimazol creme vaginal 1% ou óvulos 100mg, tioconazol creme vaginal 6,5% ou óvulos 300mg) têm eficácia semelhante ao miconazol creme vaginal a 2%, que é a opção terapêutica disponível na Rename (2013). | | | | | |
| # Outros derivados imidazólicos via oral (ex: tinidazol, que é contraindicado na gestação e lactação) têm eficácia semelhante quando comparados ao metronidazol comprimido, opção terapêutica disponível na Rename (2013). | | | | | |
| &A clindamicina creme vaginal, alternativa ao metronidazol gel vaginal, não se encontra disponível na RENAME (2013) | | | | | |

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Corrimento uretral

As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral, cujo aspecto varia de mucoide a purulento, tem volume variável e está associado à dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

Entre os fatores associados às uretrites foram encontrados: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso inconsistente de preservativos.

Etiologia do corrimento uretral

Os agentes etiológicos mais importantes do corrimento uretral são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Outros agentes, como *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, Enterobactérias (nas relações anais insertivas), *Mycoplasma genitalium*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês *Herpes Simplex Virus*), adenovírus e *Candida sp.* são menos frequentes. Causas traumáticas (produtos e objetos utilizados na prática sexual) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de corrimento uretral.

Aspectos específicos do corrimento uretral

Uretrite Gonocócica

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral causado pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é de 50% por ato sexual.

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva. A gonorreia é frequentemente assintomática, especialmente, em mulheres e quando ocorre na faringe e no reto.

A infecção uretral no homem pode ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% dos casos e/ou disúria (>50%), cerca de dois a cinco dias após a transmissão, que é o período de incubação. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, prurido, hiperemia da região prepucial, descamação da mucosa e, em alguns casos, material purulento e de odor desagradável no prepúcio).



As complicações no homem ocorrem por infecção ascendente a partir da uretra (orqui-epididimite e prostatite).

A infecção retal é usualmente assintomática, mas pode causar corrimento retal (12%) ou dor/desconforto perianal ou anal (7%). A infecção de faringe, tanto em homens como em mulheres, é usualmente assintomática (>90%).

A infecção gonocócica disseminada é rara (<1%); resulta da disseminação hemática a partir das membranas mucosas infectadas e causa febre, lesões cutâneas, artralgia, artrite e tenossinovite sépticas. Pode também causar, raramente, endocardite aguda, pericardite, meningite e peri-hepatite. Acomete mais as mulheres, sendo associada à infecção assintomática persistente, e o maior risco é durante o período menstrual, gravidez e pós-parto imediato.

Uretrite Não Gonocócica

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros.

É a principal manifestação da infecção por clamídia no homem, sendo responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não-gonocócica. A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com uretrite não-gonocócica hospedem a *C. trachomatis* na endocérvice. Podem reinfectar seu parceiro sexual e desenvolver quadro de DIP se permanecerem sem tratamento.

Caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação de cerca de 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das uretrites não gonocócicas podem simular, clinicamente, os da gonorreia. As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para: prostatite, epididimite, balanite, conjuntivite (por autoinoculação) e síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou síndrome de Reiter.

Uretrites persistentes

Os pacientes com diagnóstico de uretrite devem retornar ao serviço de saúde entre sete a dez dias após o término do tratamento.

Os sintomas persistentes ou recorrentes de uretrite podem resultar de resistência bacteriana, não adesão ao tratamento e reinfecção. Nesses casos, devem-se realizar a avaliação, principalmente, por meio da história clínica, considerando a possibilidade de reinfecção ou o tratamento inadequado para clamídia e gonorreia. Descartadas tais situações, devem-se pesquisar agentes não abordados no tratamento anterior (ex: *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum*).

Outras causas não-infecciosas de uretrites, como trauma (ordenha continuada), instrumentalização e inserção de corpos estranhos intrauretrais ou parauretrais (*piercings*), irritação química (uso de



certos produtos lubrificantes e espermicidas) devem ser considerados no diagnóstico diferencial de uretrites persistentes.

Diagnóstico laboratorial de uretrites

O diagnóstico das uretrites pode ser realizado com base em um dos seguintes sinais e sintomas ou achados laboratoriais:

- Drenagem purulenta ou mucopurulenta ao exame físico;
- Bacterioscopia pela coloração Gram de secreção uretral, apresentando ≥ 5 polimorfonucleares (PMN) em lâmina de imersão. A coloração de Gram é preferível por se tratar de método rápido para o diagnóstico de gonorreia em homens sintomáticos com corrimento uretral. A infecção gonocócica é estabelecida pela presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares. Em mulheres, no entanto, o esfregaço de secreções cervicais detecta apenas 40-60% de espécimes com cultura positiva, o que pode refletir o número baixo de gonococos em mulheres. O rastreamento de indivíduos assintomáticos por microscopia não é recomendado.
- Teste de esterase leucocitária positivo na urina de primeiro jato ou exame microscópico de sedimento urinário de primeiro jato, apresentando ≥ 10 PMN por campo.

Se nenhum dos critérios acima estiverem presentes, a pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* pode ser realizada pelo NAAT⁵, um método de biologia molecular, que tem importante vantagem prática sobre os demais e pode identificar essas infecções associadas. A captura híbrida é outro método de biologia molecular que avalia qualitativamente a presença do patógeno. Se o resultado mostrar infecção por algum desses patógenos, o tratamento apropriado deve ser instituído, e as parcerias sexuais devem ser referidas para avaliação e tratamento.

A cultura para a *N. gonorrhoeae* em meio seletivo de *Thayer-Martin* ou similar é fundamental, em especial, para estudos sentinela, em razão da possibilidade de realizar testes de susceptibilidade aos antimicrobianos.

Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial de corrimento uretral, consultar o manual específico da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” (no prelo), e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br/>.

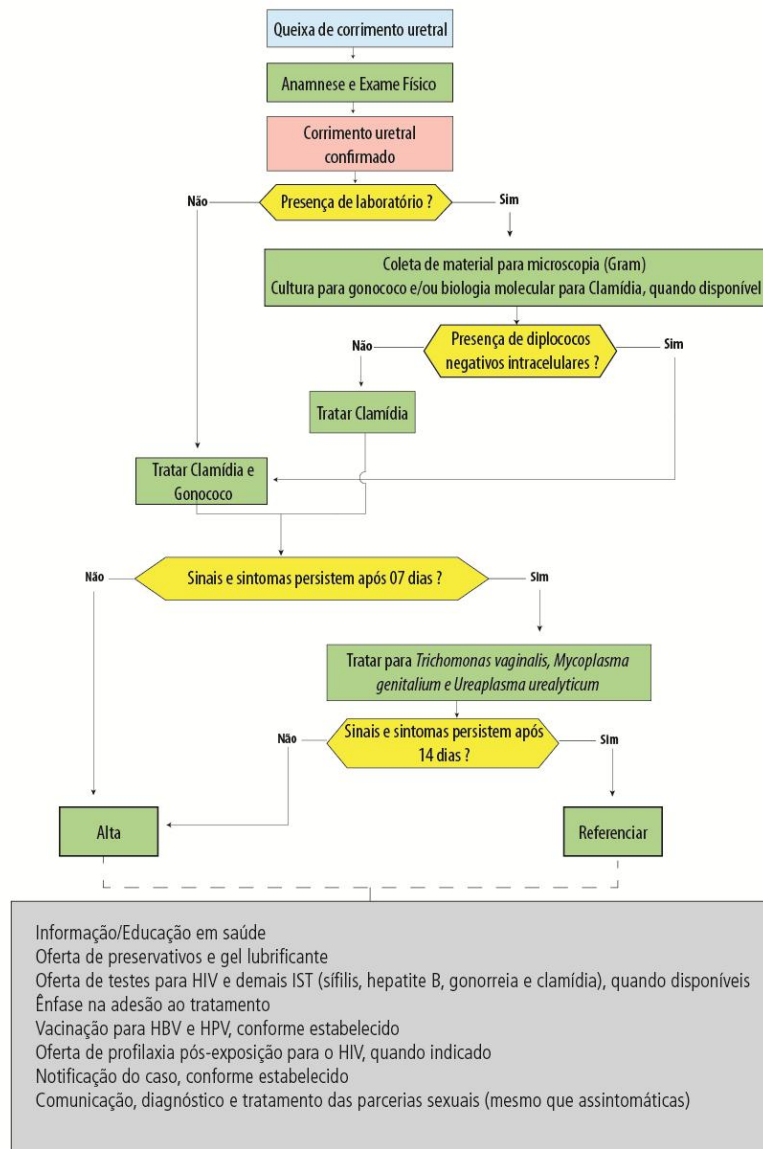
⁵ Em processo de avaliação para cadastramento no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do SUS



Fluxograma para o manejo de corrimento uretral

O fluxograma da Figura 5 resume o manejo do corrimento uretral, com suporte mínimo de laboratório.

Figura 5 - Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS



Tratamento para corrimento uretral

O Quadro 10 resume os tratamentos para o corrimento uretral.

Quadro 10 – Tratamento para corrimento uretral

| | Primeira opção | Segunda opção |
|--|--|---|
| Uretrite gonocócica e por Clamídia não complicada (uretrite e proctite) | Ciprofloxacina@ 500mg, 1 comprimido, VO, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona&* 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes: Ciprofloxacina é contraindicada, e a droga de escolha é ceftriaxona | Ceftriaxona 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Cefotaxima 500 mg, IM, dose única |
| Uretrite por Clamídia | Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única Em menores de 18 anos e gestantes Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias# | Amoxicilina 500mg, VO, 8/8h, por 7 dias# |
| Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i> | Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única | |

@ O uso da ciprofloxacina estaria contra indicado nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos que demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual OU maior que 5%, limite determinado internacionalmente de aceitação para uso de um antibiótico. Essa alteração no tratamento ainda encontra-se em processo de avaliação no Ministério da Saúde.

& A recomendação é que nesses Estados não mais utilizem a ciprofloxacina e substituam o tratamento pela ceftriaxona, opção terapêutica disponível na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2013 (RENAME, 2013). A alternativa terapêutica de eficácia semelhante à ceftriaxona injetável é a cefixima oral. No entanto, a cefixima oral não está disponível no mercado nacional e não dispõe de registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O estearato de eritromicina é uma alternativa terapêutica para gestantes, no entanto, não se encontra em comercialização no país.

* Se o paciente apresenta alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g)

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Úlcera genital

As úlceras genitais representam síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Etiologia da úlcera genital

Os agentes etiológicos infecciosos mais comuns nas úlceras genitais são:

- *Treponema pallidum* (Sífilis primária e secundária)
- HSV-1 e HSV-2 (Herpes perioral e genital, respectivamente)
- *Haemophilus ducreyi* (Cancroide)
- *Chlamydia trachomatis* sorotipo L1, L2 e L3 (LGV)
- *Klebsiella granulomatis* (Donovanose)

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, por exemplo, úlcera genital por *Treponema pallidum* e HSV-2. A prevalência dos agentes etiológicos tem influência de fatores geográficos, socioeconômicos, gênero e número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros.

A presença de úlcera genital está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade, portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

Aspectos específicos das úlceras genitais

Os aspectos clínicos das úlceras genitais são bastante variados e têm baixa relação de sensibilidade e especificidade com o agente etiológico, mesmo nos casos considerados clássicos. O diagnóstico com base na impressão clínica apresentou valores preditivos positivos muito baixos: 30,9% para sífilis, 32,7% para cancroide, por ocasião do estudo de validação da abordagem sindrômica no Brasil.

Embora a úlcera genital esteja frequentemente associada à IST na população sexualmente ativa, em particular nos adolescentes e adultos jovens, a queixa de úlcera genital não é exclusividade das IST e pode estar associada com infecções inespecíficas por fungos, vírus ou bactérias (ex. dermatoses bolhosas, como o pênfigo, o eritema multiforme e a dermatite de contato; líquen plano erosivo; aftas; lesões traumáticas; erupção fixa por drogas e até mesmo lesões malignas, como o carcinoma espinocelular). Em pelo menos 25% dos pacientes com úlcera genital não há confirmação laboratorial do agente etiológico.



Nesta seção serão abordados aspectos específicos de cada úlcera genital. A sífilis primária e secundária será abordada no capítulo 6.

Sífilis primária e secundária

A sífilis primária também é conhecida como “cancro duro”, ocorre após o contato sexual com o indivíduo infectado. O período de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera, geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo limpo, sendo rica em treponemas, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). Esse estágio pode durar de duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, independente de tratamento.

A sífilis secundária surge em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer erupção cutânea em formas de máculas (roséola) e/ou pápulas principalmente no tronco; eritemato-escamosas palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas; alopecia em clareira e madarose. A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até ocular, em geral como uveíte.

Para maiores informações, consultar o **capítulo 6** deste PCDT, que aborda o tema sífilis detalhadamente.

Herpes Genital

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

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primoinfecção herpética e surtos recidivantes. Sabe-se que muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser dolorosas, atípicas e de maior duração.

A primoinfecção herpética tem um período de incubação médio de seis dias. Em geral, é uma manifestação mais severa caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro e que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosas, muito dolorosas e de localização variável na região genital. O conteúdo dessas vesículas é geralmente citrino, raramente turvo.

O quadro local na primoinfecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de sintomas gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou



sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.

Quando há acometimento do colo do útero, é comum o corrimento vaginal, que pode ser abundante. Entre os homens, o acometimento da uretra pode provocar corrimento uretral e raramente é acompanhado de lesões extragenitais. O quadro pode durar de duas a três semanas.

Após a infecção genital, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células dos gânglios sensitivos e entra em um estado de latência. A ocorrência de infecção do gânglio sensitivo não é reduzida por qualquer medida terapêutica. Episódios de recorrência são bem mais frequentes entre pacientes que apresentam primoinfecção por HSV-2 do que por HSV-1.

Após a infecção genital primária por HSV-2 ou HSV-1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação viral. Essa reativação pode ser devido a quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência.

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

A recorrência tende a ser na mesma localização da lesão inicial, geralmente, em zonas inervadas pelos nervos sensitivos sacrais. As lesões podem ser cutâneas e/ou mucosas. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a evidenciação das vesículas, uma vez que seus tetos rompem muito facilmente. Mais raramente, a ocorrência de lesões pode ser acompanhada de sintomas gerais. As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é a de tornarem-se menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.

Nos pacientes com imunodepressão, podem ocorrer manifestações atípicas com lesões ulceradas ou hipertróficas, apresentando grandes dimensões e persistindo na ausência de tratamento local ou até mesmo sistêmico. Os diagnósticos diferenciais incluem o cancroide, a sífilis, o LGV, a donovanose e as ulcerações traumáticas.



Cancroide

O cancroide é uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, mais frequentes no sexo masculino. Denomina-se também de cancro mole, cancro venéreo ou cancro de *Ducrey*. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devido à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálano-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30 a 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase que exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica.

A drenagem espontânea, quando ocorre, faz-se tipicamente por orifício único. A cicatrização pode ser desfigurante. A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos pode ser indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação. São contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose, erosões traumáticas infectadas.

Linfogranumoma Venéreo (LGV)

O LGV é causado pela *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum do LGV é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que estes sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos. Os últimos surtos entre HSH estão relacionados ao HIV.

A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e de sequelas, que são descritas a seguir:

- **Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa.



- **Fase de disseminação linfática regional:** no homem, a linfadenopatia inguinal desenvolve-se entre uma a seis semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos) e constituindo-se o principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação.
- **Fase de sequelas:** O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente, fundidos numa grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo. Aqueles bubões que se tornarem flutuantes podem ser aspirados com agulha calibrosa, não devendo ser incisados cirurgicamente. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na mulher é denominada estiome. Além disso, podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.

Recomenda-se a pesquisa de *C. trachomatis* em praticantes de sexo anal que apresentem úlceras anorretais. Mulheres com prática de coito anal ou HSH receptivos podem apresentar proctocolites como manifestação inicial. O uso de preservativos ou outros métodos de barreira para sexo oral, vaginal e anal previnem a infecção por *C. trachomatis*. Acessórios sexuais devem ser limpos antes de sua utilização e devem ser de uso individual.

O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal.

Donovanose

É uma IST crônica progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente e ocorre mais comumente em climas tropicais e subtropicais. A donovanose (granuloma inguinal) está frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam bem conhecidos, com transmissibilidade baixa.

O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões podem ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho”, em bordas cutâneas e/ou mucosas.

Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais. Na mulher, a forma elefantíase é uma seqüela tardia, sendo observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos. A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.



Diagnóstico laboratorial de úlceras genitais

Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial de úlceras genitais, consultar o manual específico da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” (no prelo), e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br/>.

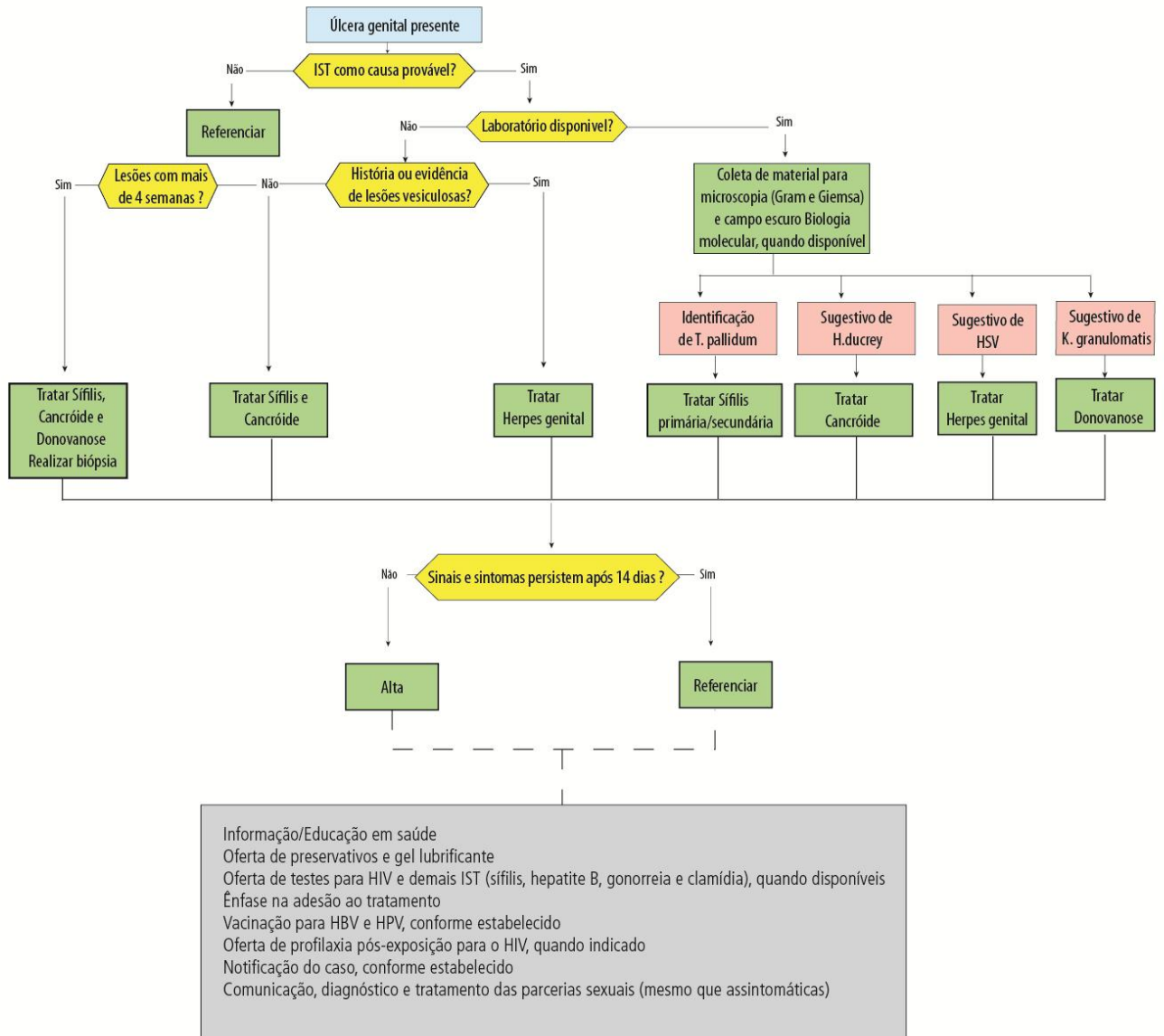
Fluxograma para o manejo de úlcera genital

Nos casos em que a úlcera genital seja claramente diagnosticada como uma IST, o paciente deve ser manejado adequadamente segundo o fluxograma para o manejo de úlcera genital, conforme a

Figura 6. Considerando a importância de saúde pública, no caso de dúvida diagnóstica e ausência de laboratório, o tratamento da úlcera genital como IST deve ser privilegiado.



Figura 6 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS



Tratamento para úlcera genital

O **Quadro 11** apresenta o tratamento para as úlceras genitais de etiologia herpética. O **Quadro 12** apresenta o tratamento para cancroide, LGV e donovanose.

Quadro 11 – Tratamento para herpes genital

| | Tratamento | Comentários |
|--|---|---|
| Primeiro episódio | Aciclovir@ 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 7 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias | Iniciar o tratamento o mais precoce possível |
| Recidiva | Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, VO, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias) | O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital) |
| Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano) | Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por até seis meses, podendo ser prolongado por até dois anos | Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo, pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicado avaliação de função renal e hepática periódica |
| Herpes Genital em Indivíduos imunossuprimidos | Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/ Kg de peso EV de 8/8 horas, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica | Em casos de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso |
| Gestação | Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio | |

Nota:

- O tratamento com antivirais são eficazes para redução na intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente.
- O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões
- O uso de pomadas de antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária.
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer

@ As apresentações orais de valaciclovir e famciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido, porém o aciclovir é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Quadro 12 – Tratamento para cancroide, LGV e donovanose

| IST | Primeira opção | Segunda opção | Comentários |
|-------------------------------|--|---|--|
| Cancroide | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 250mg, IM, dose única | Ciprofloxacina ^{&} 500mg, 1 comprimido, VO, dose única | O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas. |
| Linfogranuloma Venéreo | Doxiciclina [@] 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x dia, por 21 dias | Azitromicina [#] 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes) | As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com mesmas drogas do caso-índice. Se parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: <ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU <ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina[@] 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem as sequelas como estenose retal ou elefantíase genital. |
| Donovanose | Doxiciclina [@] 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões | Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões OU Ciprofloxacina ^{&} 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x dia, por pelo menos 21 dias ou até cicatrização das lesões (dose total 750mg) OU Sulfametoxazol-Trimetoprim [#] (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x dia, por no mínimo, 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões | Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina [#] , recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3x dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em PVHA, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos e o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. O critério de cura é o desaparecimento da lesão e não foi relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário fazer o tratamento das parcerias sexuais. |

Nota: PVHA com cancroide e LGV devem ser monitorados cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer em qualquer dos esquemas recomendados. & Ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças; @ Doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactante; #O estearato de eritromicina é uma alternativa terapêutica para gestantes, no entanto, não se encontra em comercialização no país.

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

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

É uma das mais importantes complicações das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida. Está associada a sequelas importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (em 18% dos casos). Mulheres que já tiveram um episódio de DIP têm chance de 12% a 15% de ter gravidez ectópica no futuro. A taxa de infertilidade é de 12% a 50%, aumentando com o número de episódios. Estima-se um caso de DIP para cada 8 a 10 casos de pacientes com cervicite por algum desses patógenos. A mortalidade, após o uso adequado dos antibióticos, reduziu-se praticamente a zero nos países desenvolvidos.

Etiologia da DIP

Entre os micro-organismos sexualmente transmissíveis, merecem destaque *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. No entanto, bactérias facultativas anaeróbicas (ex: *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenza*, *Streptococcus agalactiae*, entre outros), que compõem a flora vaginal, também têm sido associados com a DIP. Além disso, CMV, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum* podem ser associados com alguns casos de DIP. Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e devem ser testadas para a infecção pelo HIV.

Os fatores de risco para DIP incluem:

- IST prévias ou atuais – pessoas com infecção por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado de DIP. A infecção por *C. trachomatis* tem a possibilidade de desenvolver infecção do trato genital superior a partir de cervicite, em até 30% dos casos. Pacientes com salpingite prévia têm uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso;
- Múltiplas parcerias sexuais e parceria sexual atual portadora de uretrite;
- Uso de método anticoncepcional – o DIU pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP, se a paciente for portadora de cervicite;



Quadro clínico da DIP

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados, apresentados no Quadro 13.

Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- três critérios maiores **MAIS** um critério menor
OU
- um critério elaborado

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

Quadro 13 – Critérios diagnósticos de DIP

| |
|---|
| Critérios Maiores |
| dor no hipogástrio |
| dor à palpação dos anexos |
| dor à mobilização de colo uterino |
| Critérios Menores |
| Temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura > 38,3°C |
| Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal |
| Massa pélvica |
| Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice |
| Leucositose em sangue periférico |
| Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada |
| Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas |
| Critérios Elaborados |
| Evidência histopatológica de endometrite |
| Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem |
| Laparoscopia com evidência de DIP |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Os sintomas de sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (*spotting*), dispareunia, descarga vaginal, dor pélvica ou dor em abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque podem estar presentes na DIP. A ocorrência de *spotting* em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativo de DIP e deve ser investigado.

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito com: manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve ter



um elevado nível de suspeição na presença de um ou mais critérios mínimos diagnósticos, com intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

Os diagnósticos diferenciais de DIP incluem: gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.

Diagnóstico laboratorial de DIP

Os exames laboratoriais e de imagens elencados abaixo são úteis para auxílio no diagnóstico de DIP:

- hemograma completo
- VHS
- proteína C reativa
- exame bacterioscópico para Vaginose Bacteriana
- cultura de material de endocérvice com antibiograma ou NAAT para *Neisseria gonorrhoeae*
- pesquisa de Clamídia no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior
- exame qualitativo de urina e urocultura (para afastar hipótese de infecção do trato urinário)
- hemocultura
- teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica)
- Exames de imagem – ultrassonografia transvaginal e pélvica é método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como: abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos, torção de ovário. O principal achado ultrassonográfico na DIP é a presença de uma fina camada líquida, preenchendo a trompa, com ou sem a presença de líquido livre na pelve.

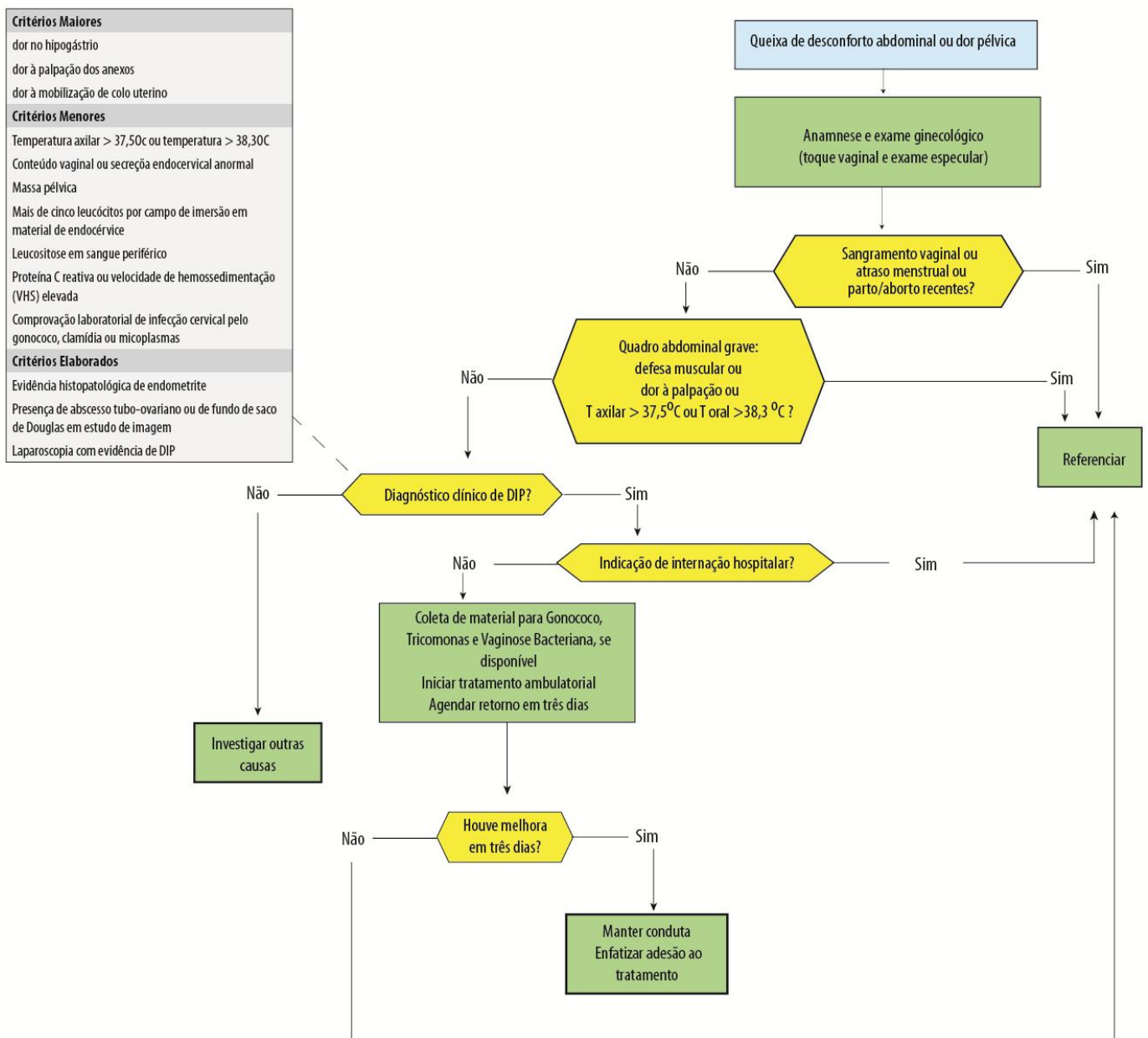
Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial dos agentes etiológicos de DIP, consultar o manual específico da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” (no prelo), e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br/>.



Fluxograma para o manejo de DIP

A **Figura 7** apresenta o manejo de DIP, com suporte mínimo de laboratório.

Figura 7 – Manejo de DIP com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS



Tratamento para DIP

Deve-se iniciar imediatamente o tratamento antimicrobiano nas mulheres jovens, sexualmente ativas, com queixa de desconforto ou dor pélvica, e que preencham os critérios clínicos para DIP. A decisão de tratar a paciente, ou referi-la para unidade de maior complexidade baseia-se na gravidade do quadro clínico e das condições locais de trabalho para assistência e cuidados, considerando que o retardo no tratamento pode acarretar danos irreversíveis no sistema reprodutor feminino.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou ruptura das mesmas.

Os critérios para tratamento hospitalar de DIP estão resumidos no **Quadro 14**.

Quadro 14 – Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

| |
|--|
| Abscesso tubo-ovariano |
| Gravidez |
| Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral |
| Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial |
| Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre |
| Dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (ex., apendicite, gravidez ectópica) |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Os esquemas terapêuticos devem apresentar cobertura antimicrobiana para os agentes etiológicos da DIP, conforme o **Quadro 15**.

Quadro 15 – Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

| Tratamento | Primeira opção | Segunda opção | Terceira opção |
|---------------------|---|--|---|
| Ambulatorial | Ceftriaxona 250mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias | Cefotaxima 500mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias | |
| Hospitalar | Cefoxitina 2g, IV, 4x dia, por 14 dias E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias | Clindamicina 900 mg, IV, 3x dia, por 14 dias E Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção 3–5 mg/kg/dia, por 14 dias | Ampicilina/Sulbactam 3g, IV, 4x dia, 14 dias E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias |

Fonte: DDAHV/SVS/MS



Cuidados e abordagem das pacientes com DIP

A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. Se houver piora do quadro, considerar outros exames de imagem, como ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada axial, para diagnósticos diferenciais ou complicações de DIP. A paciente deverá retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar e deverá seguir abstinência sexual até a cura clínica.

As pacientes que usam DIU não precisam remover o dispositivo. Caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Nesses casos, as pacientes devem ser orientadas sobre métodos alternativos de barreira, como diafragma, preservativo masculino e feminino. As duchas vaginais não estão recomendadas.

As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.



Verrugas anogenitais

Etiologia

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital. Atualmente, há mais de 200 tipos de HPV descritos, sendo que aproximadamente 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos são associados ao carcinoma do colo uterino.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com o risco oncogênico e o tipo de lesão:

- **baixo risco oncogênico:** detectados em lesões anogenitais benignas e lesões intraepiteliais de baixo grau – tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, e CP6108.
- **alto risco oncogênico:** detectados em lesões intraepiteliais de alto grau e, especialmente, nos carcinomas – tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82.

Os tipos 26, 53 e 66 são provavelmente de alto risco oncogênico, e os tipos 34, 57 e 83 são de risco indeterminado.

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

Transmissão do HPV

A transmissão do HPV é considerada, preferencialmente, sexual. A via de transmissão vertical do HPV é corroborada pela ocorrência de papilomatose recorrente de laringe juvenil, em crianças com menos de dois anos de idade, e por relatos de casos de RN com condiloma genital ao nascimento. A transmissão por fômites é rara.

O tempo de latência viral e os fatores associados não são conhecidos, o vírus pode permanecer quiescente por muitos anos até o desenvolvimento de lesões. Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de reservatórios virais que à reinfeção pela parceria sexual.

Os fatores que determinam a persistência da infecção e a progressão para neoplasias do sistema geniturinário incluem infecção por HPV de alto risco oncogênico, estado imunológico e tabagismo.



Epidemiologia e fatos relevantes

A infecção pelo HPV é uma das IST mais frequentes no mundo. O risco estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% para cada nova parceria.

Em grande parte dos casos, a infecção é autolimitada e transitória, sem causar qualquer dano. A maioria das pessoas que entram em contato com o HPV, se não desenvolverem lesões clínicas (ex: verrugas anogenitais) e não realizarem testes laboratoriais, poderão nunca ter a infecção diagnosticada.

Aproximadamente 1-2% da população apresenta verrugas genitais e 2-5% das mulheres apresentam alterações do Papanicolaou provocadas por infecção por HPV. A prevalência é maior em mulheres jovens, quando comparadas com mulheres com mais de 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de 24 meses. Nos homens, a prevalência se mantém constante nas diversas faixas etárias.

A infecção persistente por tipos oncogênicos de HPV está associada ao maior risco de desenvolver lesão intraepitelial escamosa (neoplasia intraepitelial do colo uterino – NIC) O HPV está envolvido em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical, sendo em percentual menor em outros locais: 85% de ânus, 40% de vulva, 70% de vagina e 50% de pênis, 35% de orofaringe 10% de laringe e 23% de boca.

O tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento do câncer cervical é de aproximadamente 20 anos, de acordo com o tipo, a carga e a capacidade de persistência viral, e o estado imunológico do hospedeiro. A infecção por um genótipo de HPV não protege contra a infecção por outros tipos de HPV.

Formas de apresentação da infecção pelo HPV

A infecção pelo HPV, tanto no homem como na mulher, tem sido descrita sob três formas de apresentações: latente, subclínica e clínica.

- a. **Apresentação latente:** ocorre quando as pessoas infectadas por HPV, não desenvolvem qualquer lesão. Essa condição pode permanecer durante toda a vida. Apenas algumas pessoas podem, anos mais tarde, vir a expressar a doença como condilomas ou alterações celulares do colo uterino. Nessa situação não existe manifestação clínica, citológica ou histológica, apenas podendo ser demonstrada por meio de provas de biologia molecular (detecção do DNA viral).



- b. Apresentação subclínica:** a lesão subclínica ocorre quando as microlesões pelo HPV são diagnosticadas por meio de exame de Papanicolau e/ou colposcopia com biópsia. A lesão intraepitelial escamosa de baixo ou alto risco é detectada com mais frequência. Os tipos oncogênicos de HPV podem resultar em lesões precursoras do carcinoma escamoso da cervix uterina, divididas em: (i) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) (NIC I/ displasia leve) e (ii) lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) (NIC II/ NIC III, displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ). Além disso, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA), vulvar (NIV), perineal (NIPE), peniana (PEIN) e anal (NIA).
- c. Apresentação clínica (lesão macroscópica):** a forma mais comum é conhecida como verruga genital ou condiloma acuminado. Manifesta-se pela presença de lesão exofítica, com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosa ou hiperpigmentada e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se à “couve-flor”, e as menores apresentam-se com aspecto de pápula, placa ou filiformes, em geral resultante da infecção por tipos não-oncogênicos. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. No homem, localiza-se na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher, localiza-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laringea.

Diagnóstico laboratorial do HPV

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico e pode ser confirmado por biópsia.

Entre as técnicas utilizadas para o diagnóstico das lesões anogenitais induzidas por HPV, recomendam-se os seguintes exames:

- Colpocitologia oncótica de colo uterino
- Citologia oncótica anal
- Colposcopia
- Anuscopia
- Histopatologia

Há testes que identificam vários tipos de HPV, mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto às condutas clínicas não devem ser feitas com base nesses testes, mas sim em alterações celulares observadas pela colpocitologia oncótica. Assim, não é recomendável, na rotina, o rastreamento de infecção subclínica pelo HPV.

A biópsia de lesões anogenitais sugestivas de HPV está indicada nos seguintes casos:

- Existência de dúvida no diagnóstico da lesão anogenital;



- Presença de lesão suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- Ausência de resposta ao tratamento convencional;
- Aumento das lesões durante o tratamento;
- Pacientes com imunodeficiência (HIV, uso de drogas imunossupressoras, corticoide, entre outros)

Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial de lesões anogenitais induzidas pelo HPV, consultar o manual específico da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” (no prelo), e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br/>.

Tratamento das verrugas anogenitais

O objetivo principal do tratamento das lesões anogenitais induzidas pelo HPV é a remoção das lesões clínicas. Se não houver esse tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados ou aumentar em tamanho ou número. No entanto, nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história natural da infecção do HPV.

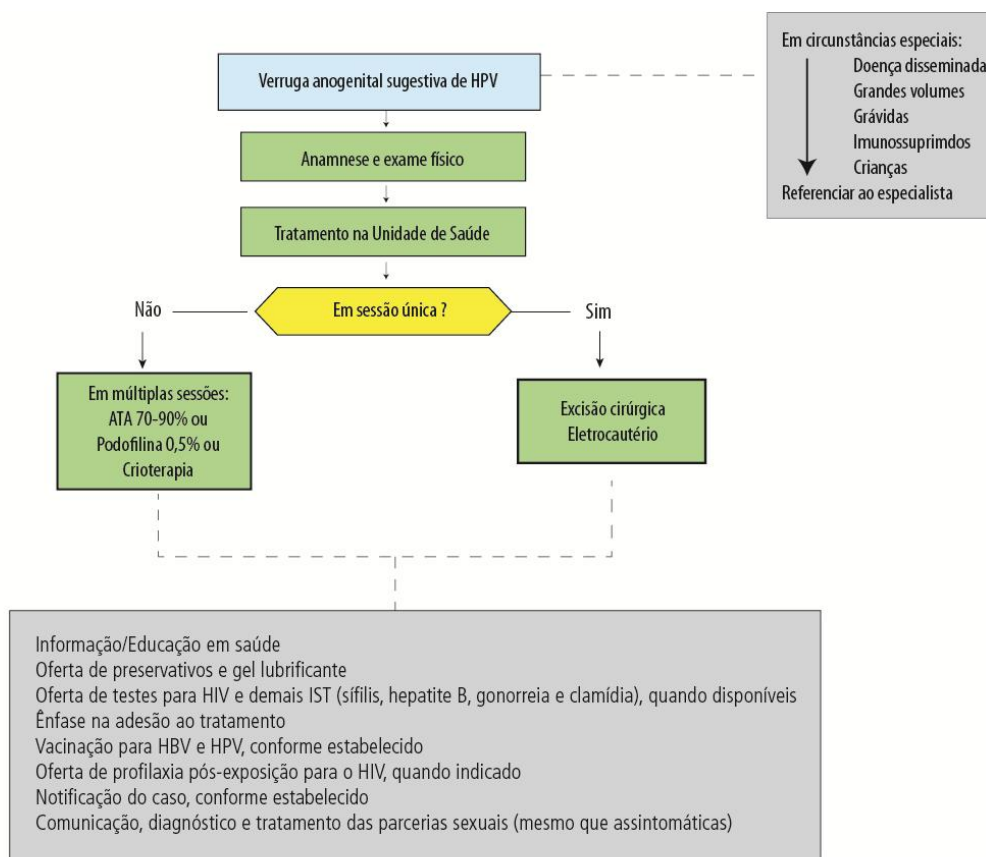
O tratamento das lesões anogenitais induzidas pelo HPV deve ser individualizado, considerando tamanho, morfologia, número e local da lesão. Além disso, deve-se avaliar o perfil imunológico dos indivíduos, porque pessoas imunossuprimidas (ex: HIV, transplantados) podem não responder ao tratamento para o HPV como as imunocompetentes e podem acontecer recidivas mais frequentes. Como o carcinoma escamoso pode surgir mais frequentemente em imunossuprimidos, valoriza-se a biópsia de lesões nesse grupo. O tratamento deve basear-se nos mesmos princípios referidos para os HIV negativos. Outros fatores devem ser considerados no momento da decisão terapêutica, como preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos e experiência do profissional de saúde.

As verrugas anogenitais localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor à terapêutica tópica (ex. ácido tricloroacético (ATA), podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não apresentar melhora significativa após três ou se não desaparecerem após seis sessões.

A **Figura 8** sumariza o manejo clínico das verrugas anogenitais, baseado na morfologia e distribuição das lesões anogenitais.



Figura 8 – Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS

A seguir, apresentamos as opções terapêuticas para o tratamento das lesões anogenitais induzidas pelo HPV.

- a. **Podofilina⁶ 10-25% (solução):** contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Aplicar em cada verruga, e deixar secar. Usar duas vezes ao dia, por três dias, seguidos de descanso de 4 dias. Repetir semanalmente, se necessário. Recomenda-se a utilização de até 0,5 mL em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. Além de irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. **Contraindicada na gestação.**

⁶ Podofilina 10 a 25% é a opção terapêutica disponível na Rename (2013). As demais opções podem ser oferecidas pela unidade de saúde e serão ressarcidos por meio de pacote de procedimentos ambulatoriais. Para tratamento domiciliar de verrugas anogenitais, a podofilotoxina, o imiquimod e a sinecatequina são alternativas terapêuticas ao 5-Fluoracil 5%.



- b. Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% (solução):** é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. Usar uma vez por semana até oito a 10 semanas. Deve ser aplicada com cuidado, evitando que a solução se espalhe. Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco. Esse tratamento poderá ser prescrito durante a gestação. No entanto, em casos de lesões extensas, está indicada a exérese cirúrgica.
- c. 5-Fluoracil 5%:** é indicado para tratamento domiciliar, utilizar 1 a 3 vezes por semana, no máximo seis semanas. Não deve ser utilizado para lesões vaginais pelo risco de queimaduras extensas. Os principais efeitos colaterais incluem: irritação, eritema, queimação de menor intensidade, baixo risco para toxicidade sistêmica.
- d. Eletrocauterização:** utiliza um eletrocautério para remover lesões isoladas. Exige equipamento específico e anestesia local. Não está indicado nas lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo causar necrose tecidual extensa, com estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vaginal. Os principais efeitos colaterais incluem dor, sangramento, ulceração e cicatrizes deformantes.
- e. Crioterapia:** promove a destruição térmica através de equipamentos específicos resfriados (nitrogênio líquido ou CO₂), eliminando as verrugas por citólise térmica. É útil quando há poucas lesões ou em lesões muito queratinizadas. Pode ser necessária mais de uma sessão terapêutica, respeitando um intervalo de 1 a 2 semanas. Raramente necessita anestesia. Pode facilitar o tratamento se há muitas lesões ou envolvimento de área extensa. Os principais efeitos colaterais incluem dor, eritema e bolhas no local da aplicação.
- f. Exérese cirúrgica:** método apropriado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. A hemostasia pode ser obtida por eletrocoagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento. Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de se tratar de uma neoplasia intraepitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento adequado. Dor local, sangramento e cicatrização deformante são os principais efeitos colaterais desse procedimento.



Prevenção da infecção pelo HPV

O uso de preservativo nas relações sexuais diminui significativamente o risco de desenvolvimento de condiloma acuminado e de lesões de alto grau no colo uterino. No caso de infecção na vulva, na região pubiana, perineal e perianal ou na bolsa escrotal, o HPV poderá ser transmitido apesar do uso de preservativos. O preservativo feminino, que cobre também a vulva, evita, de forma mais eficaz, a transmissão, se utilizado desde o início da relação sexual;

São também medidas de prevenção as seguintes: evitar múltiplas parceiras sexuais; realizar higiene pessoal, exame preventivo ginecológico periodicamente e vacinar-se contra o HPV.

A partir de 2014, o MS ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18. A prevenção de lesões genitais pré-cancerosas do colo do útero, de vulva e de vagina em mulheres, e anal em ambos os sexos, estão relacionadas aos tipos 16 e 18, e as verrugas genitais em mulheres e homens, relacionadas aos tipos 6 e 11, conforme a Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

O MS adotou o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses), recomendando para adolescentes na faixa etária de **nove a 13 anos**. A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior do que a encontrada em infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos.

É importante destacar que para mulheres HIV positivas, recomenda-se a vacina contra o HPV na faixa etária de **nove a 26 anos** de idade, com esquema diferenciado das doses (0, 2 e 6 meses), considerando a maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes do HPV em pacientes com HIV/Aids, como mostram as evidências científicas.

A vacinação desse grupo passa a ser realizada em todos os postos de vacinação e nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) que possuem sala de vacina. No entanto, mantém-se a necessidade de prescrição médica para mulheres vivendo com HIV, que deverá ser apresentada no ato da vacinação.

A colpocitologia oncótica detecta as lesões oncogênicas decorrentes da infecção pelo HPV no colo uterino. O exame deve ser feito, preferencialmente, pelas mulheres entre 25 a 64 anos, que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser realizado a cada três anos, conforme diretrizes do MS. O exame é um procedimento seguro, com pouco ou nenhum incômodo, realizado em alguns minutos.



Referências

BENZAKEN, A. S.; SALES, D. N.; PALHETA JUNIOR, J.I.L.; PEDROSA, V. L.; GARCÍA, E. G. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em mulheres atendidas na clínica de DST da fundação Alfredo da Matta, Manaus, Amazonas / Prevalence of chlamydia and gonococcal infection in women assisted in the STI clinic of Alfredo da Matta foundation, Manaus, Amazon *DST j. bras. doenças sex. transm*; 22(3)2010.

BLEICH, A.T.; SHEFFIELD, J.S.; WENDEL, G.D.Jr.; SIGMAN, A.; CUNNINGHAM, F.G. Disseminated gonococcal infection in women. *Obstet Gynecol* 2012;119:597-602.

BOWDEN, F.J.; GARNETT, G.P. Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analyzing a model of treatment interventions. *Sex Transm Inf*, 2000, 76: 248-256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS, que dispõe sobre alteração de faixa etária e do intervalo de doses da vacina HPV para mulheres de nove a 26 anos de idade HIV positivas. Acesso em www.aids.gov.br.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 8. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, GA – USA. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>.

CHISHOLM, S.A.; MOUTON, J.W.; LEWIS, D.A.; NICHOLS, T.; ISON, C.A.; LIVERMORE, D.M. Cephalosporin MIC creep among gonococci: time for a pharmacodynamic rethink? *J Antimicrob Chemother* 2010 Oct;65(10):2141-2148.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. American Academy of Pediatrics. Gonococcal Infections. In: Pickering L, editor. Red book: 2012 report of the committee on infectious diseases. 29th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012. p. 336-344.

DARVILE, T. *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcus). In : Kleigman RM, ed in Nelson Textbook of Pediatrics, 19th ed. Philadelphia, PA : Saunders Elsevier, 2011 : 935-940.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2010. Stockholm: ECDC 2012. (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1206-Gonococcal-AMR.pdf>)

Gomes Naveca F, Sabidó M, Amaral Pires de Almeida T, Araújo Veras E, Contreras Mejía Mdel C, Galban E, Benzaken AS. Etiology of genital ulcer disease in



sexually transmitted infection reference center in Manaus, Brazilian Amazon. PLoS One. 2013 May 21;8(5):e63953. doi: 10.1371/journal.pone.0063953.

HAIMOVICI, R.; ROUSSEL, T.J. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. Am J Ophthalmol. 1989 May 15;107(5):511-4.

HOOKE, E.W. III; HANDSFIELD, H.H. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, et al., eds. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1999:451–66.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S.; RIBEIRO, D.; OLIVEIRA, E. C. de; GARCIA, E. G.; MOHERDAUI, F.; BARBOSA, M. J. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras / Prevalence of Chlamydia and Neisseria gonorrhoeae infections in pregnant women in six Brazilian cities *Rev. bras. ginecol. obstet*; 30(12): 614-619, dez. 2008.

KOJIMA, M.; MASUDA, K.; YADA, Y.; HAYASE, Y.; MURATANI, T.; MATSUMOTO, T. Int J Antimicrob Agents. 2008 Jul;32(1):50-4. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2008.02.023. Epub 2008 Jun 6. Single-dose treatment of male patients with gonococcal urethritis using 2g spectinomycin: microbiological and clinical evaluations.

MITCHELL, H. Vaginal discharge – causes, diagnosis and treatment. BMJ 2004; 328:1306-08.

PORTILLA, I.; LUTZ, B.; MONTALVO, M.; MOGABGAB, W.J. Oral cefixime versus intramuscular ceftriaxone in patients with uncomplicated gonococcal infections. Sex Transm Dis. 1992 Mar-Apr;19(2):94-8.



Sífilis Adquirida, Sífilis na gestação e Sífilis Congênita

Definição e etiologia da sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Caracteriza-se por uma doença da antiguidade, conhecida há séculos, cujo agente etiológico foi descoberto em 1905, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas denominada *Treponema pallidum*. Tem o contato sexual como principal via de transmissão, seguido pela transmissão vertical quando a gestante, acometida por sífilis, deixa de ser tratada ou é tratada inadequadamente.

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos contatos sexuais. Isso ocorre, devido à ausência ou pouca sintomatologia, estágio com apresentações muito variáveis e complexas e longos períodos de latência. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, podendo comprometer especialmente o sistema nervoso e o sistema cardiovascular.

Na gestação, essa infecção pode apresentar consequências graves, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN.

Todos os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos exames laboratoriais que desempenham papel fundamental no controle da infecção e permitem a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento.

Transmissão da sífilis

A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (lesões primária e secundária e sífilis latente recente), reduzindo gradualmente com o passar do tempo (estágio de latência tardia e estágio terciário). Essa maior transmissibilidade explica-se pela intensa multiplicação do patógeno e pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns nesse período. Essas lesões são raras ou inexistentes por volta do segundo ano de doença.

A transmissão por transfusão de sangue ou derivados pode ocorrer, porém tornou-se muito rara devido à melhoria das técnicas transfusionais e de testagem do sangue doado.

Em gestantes, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), com mais frequência intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também ser possível sua ocorrência na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição fetal. Desta forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a



gestação. A infecção fetal provoca de 30-50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal.

A seguir, serão abordadas as manifestações clínicas, o diagnóstico laboratorial e o tratamento da sífilis adquirida, na gestação e sífilis congênita.

Sífilis adquirida e na gestação

Manifestações clínicas da sífilis adquirida e na gestação

Existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida. Uma que considera o tempo de infecção e a outra, o tipo de manifestação clínica, conforme descrição abaixo:

a. Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução)
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução)

b. Segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida:

- **Sífilis primária:** após o contato sexual infectante ocorre um período de incubação de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É denominada “cancro duro” e é geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo limpo, sendo rica em treponemas. Geralmente se acompanha de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar de duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, independente de tratamento.
- **Sífilis secundária:** os sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer lesões cutâneo-mucosas e não-ulceradas, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até ocular, em geral como uveíte.

Nesse estágio, há a presença significativa da resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e permitem a identificação sorológica da infecção.



O estágio secundário dura em média de quatro a 12 semanas, porém as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. As lesões secundárias são ricas em treponemas e destacam-se as mais comuns:

- ✓ erupção cutânea em formas de máculas (roséola) e/ou pápulas principalmente no tronco;
- ✓ eritemato-escamosas palmo-plantares. Essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário;
- ✓ placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas;
- ✓ lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata);
- ✓ alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha em especial do terço distal).

- **Sífilis Latente:** período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, porém com reatividade nos testes sorológicos de detecção de anticorpos, sendo o estágio em que ocorre a maioria dos diagnósticos. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Quando a ocorre no primeiro ano de infecção e com ausência de tratamento, aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência. Diante de um indivíduo com diagnóstico confirmado em que não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada) trata-se para sífilis latente tardia.

- **Sífilis Terciária:** ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. Pallidum* e que levam a cura da infecção. Quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, é caracterizada por formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração, incapacidade e podem ser fatais. Para o diagnóstico, devem-se considerar as seguintes lesões:

- ✓ cutâneas: gomas e nodulares, de caráter destrutivo;
- ✓ ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares;
- ✓ cardiovasculares: aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias;
- ✓ neurológicas: meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craneano, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência.

- **Neurosífilis:** o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) na sífilis pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce, no entanto, dá-



se por reação inflamatória da bainha de mielina não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, só diagnosticada pela sorologia do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica.

O quadro 16 correlaciona as manifestações clínicas da sífilis adquirida com a evolução e estágios da doença.

Quadro 16 – Manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução e estágios da doença

| Evolução | Estágios da Sífilis Adquirida | Manifestações Clínicas |
|---|-------------------------------|---|
| Sífilis Recente (menos de um ano de duração) | Primária | Cancro duro (úlceras genitais) e linfonodos regionais |
| | Secundária | Lesões cutâneas, linfadenopatia generalizada, envolvimento ocular, hepático e neurológico |
| | Latente recente | Assintomática |
| Sífilis Tardia (mais de um ano de duração) | Latente tardia | Assintomática |
| | Terciária | Doença cardiovascular, neurológica e óssea (gomas sífilíticas) |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Diagnóstico laboratorial da sífilis adquirida e na gestação

Os testes laboratoriais para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: Provas diretas e provas sorológicas. As provas diretas são aquelas em que se realiza a pesquisa do patógeno em amostras coletadas diretamente da lesão. As provas sorológicas caracterizam-se pelos testes nos quais se realizam a pesquisa sorológica de anticorpos anti-*T. pallidum*. Os testes sorológicos são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos.

No momento da escolha dos testes a para o diagnóstico laboratorial da sífilis é importante que se considere não somente os testes disponíveis, como também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado. Por exemplo, no início da infecção, quando ainda não houve tempo suficiente para a produção de anticorpos anti-*T. pallidum*, o ideal é que seja feita a pesquisa direta do *T. pallidum*.

- **Provas diretas:** a pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%). Quando essa pesquisa não está disponível a pesquisa do treponema pode ser feita por imunofluorescência direta), pesquisa direta com material corado, aplicada a esfregaços e biópsias.



- **Testes não treponêmicos:** Podem ser qualitativos ou quantitativos. O teste qualitativo indica a presença ou ausência anticorpo na amostra. Quando utilizado como teste quantitativo, ele permite a determinação do título de anticorpos das amostras que tiveram resultados reagentes nos testes qualitativos e também o monitoramento da resposta ao tratamento. Isso porque a queda do título é indicação de sucesso do tratamento. O teste não treponêmico mais comumente utilizado e que possui a metodologia de floculação são o VDRL⁷. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, entre outros). As amostras com títulos elevados podem apresentar resultados falso-negativos quando triadas sem uma diluição adicional (1:8 ou 1:16), devido ao “fenômeno prozona”, que consiste na falta de reatividade no teste realizado em uma amostra que, embora contenha anticorpos não treponêmicos, apresenta resultado não reagente quando é testada sem diluir.

O teste não-treponêmico torna-se reagente cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, títulos baixos (\leq 1:4) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida devem ser consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

- **Testes treponêmicos:** São testes específicos contra os componentes celulares do *T.pallidum* e úteis para confirmação do diagnóstico. Atualmente também podem ser utilizados como estratégia de rastreio inicial. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento.

Caracterizam-se como testes treponêmicos:

- Testes de Hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination test*)⁸
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody-absorption)
- Testes imunocromatográficos – Testes rápidos.

Os testes rápidos são práticos, de fácil execução, e com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital.

Para o diagnóstico da sífilis, pode ser utilizados o teste treponêmico (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou ELISA ou EQL) E o teste não treponêmico (ex: VDRL ou RPR ou TRUST).

⁷ RPR (do inglês, Rapid Test Reagin) e TRUST (do inglês, Tolidine Red Unheated Serum Test) estão em processo de avaliação para cadastramento no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), e são métodos diagnósticos alternativos ao VDRL.

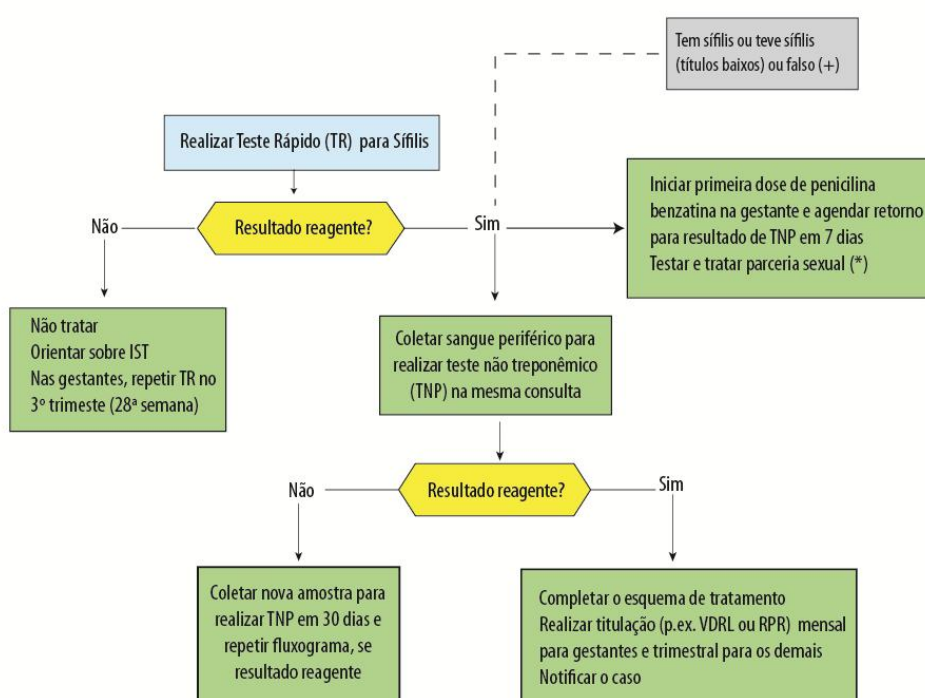
⁸ Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações – EQL (quimioluminescência) e Ensaio imunoenzimático indireto (ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) estão em processo de avaliação para cadastramento no SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), e são métodos diagnósticos alternativos ao TPHA.



A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde. Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de teste não treponêmico. Se for gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, independentemente se treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

As Figura 9, 10 e 11 apresentam os fluxogramas para diagnóstico de sífilis, com as diversas possibilidades.

Figura 9 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório



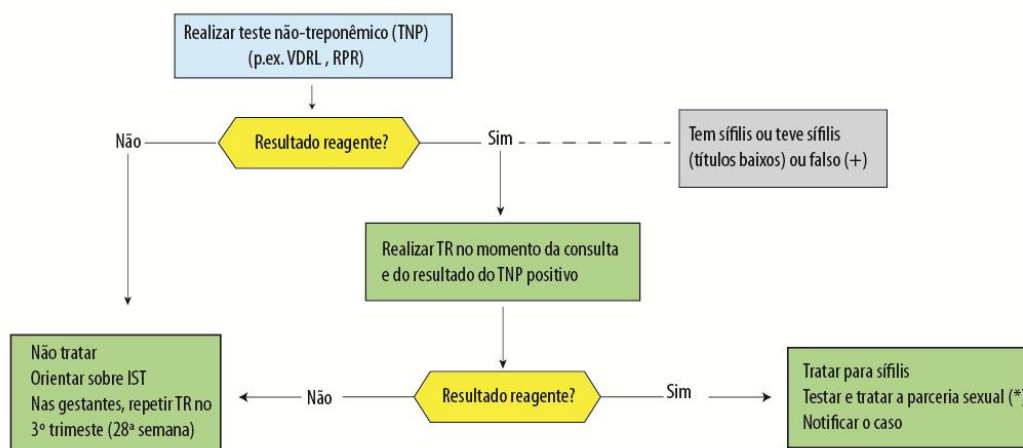
Fonte: DDAHV/SVS/MS

(*) As parcerias sexuais com TR positivo deverão: (1) realizar TNP; (2) tratar com esquema de sífilis latente tardia na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital.

O não tratamento da parceria sexual implica “tratamento inadequado da mãe” e concepto será considerado como “sífilis congênita”.



Figura 10 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico com teste rápido confirmatório

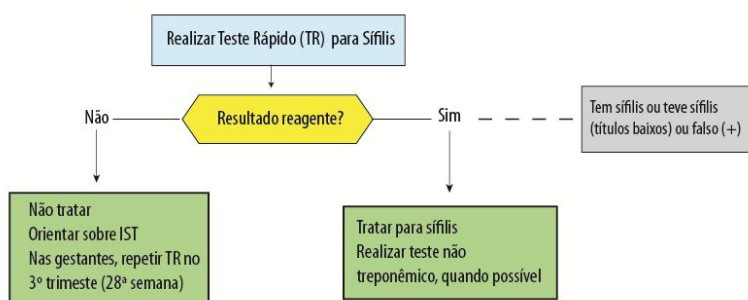


Fonte: DDAHV/SVS/MS

(*) As parcerias sexuais com TR positivo deverão: (1) realizar TNP; (2) tratar com esquema de sífilis latente tardia na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital.

O não tratamento da parceria sexual implica “tratamento inadequado da mãe” e conceito será considerado como “sífilis congênita”.

Figura 11 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Fonte: DDAHV/SVS/MS



Situações e locais nas quais o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais recomenda a utilização de Testes Rápidos:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Programas do Ministério da Saúde, tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, Quero Fazer, entre outros programas;
- c) Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA e Unidade de Testagem Móvel;
- d) Segmentos populacionais flutuantes;
- e) Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- f) Parcerias de pessoas vivendo com HIV/aids;
- g) Acidentes biológicos ocupacionais;
- h) Gestantes no pré-natal e que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- i) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- j) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- k) Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas com até cinco amostras diárias para diagnóstico da infecção pelo HIV);
- l) Pessoas em situação de violência sexual como prevenção das IST/aids;
- m) Pacientes atendidos em pronto-socorro;
- n) Outras situações especiais definidas pelo DDAHV para ações de Vigilância, Prevenção e Controle das IST/aids.



Tratamento da sífilis adquirida e na gestação

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina maiores do que 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos 7 a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. As recomendações a seguir atingem esses padrões.

a. Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente

- Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo); Alternativa (exceto para gestantes)#:
- Doxiciclina 100mg, 2x/dia, por 15 dias.

b. Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária

- Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. Alternativa (exceto para gestantes)
- Doxiciclina 100mg, 2x/dia, por 30 dias#⁹

c. Neurosífilis

- Penicilina G Cristalina aquosa, 18-24 milhões UI por dia, por via endovenosa, administradas em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

Alternativa para pacientes comprovadamente alérgicos à penicilina (não gestantes):

- Ceftriaxona 2 g, IV, 1xdia, 10 a 14 dias

Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contra-indicações absolutas ao uso da penicilina.

Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, recomenda-se a dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com protocolos existentes.

Para maiores informações, favor consultar o “Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina”, disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/testes_penicilina.pdf.

#O estearato de eritromicina é uma alternativa terapêutica, no entanto não se encontra em comercialização no país.



Alternativa para pacientes alérgicos à penicilina:

- Ceftriaxona 500 mg, IM, 1x/dia por 10 dias, podendo acontecer reação alérgica cruzada numa pequena proporção de casos. Entretanto, se a paciente apresentou anafilaxia prévia com penicilina, a ceftriaxona não deverá ser utilizada.

O RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente para sífilis congênita, conforme este PCDT.

Para **fins de abordagem terapêutica** da sífilis congênita, considera-se **tratamento inadequado da mãe** as seguintes situações:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina;
OU
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina;
OU
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
OU
- Finalização de tratamento no período de 30 dias que antecedem o parto;
OU
- Apenas parceiro(s) sexual(is) **com sífilis** não tratado (s) ou tratado (s) inadequadamente.



O Quadro 17 apresenta resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis.

Quadro 17 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrizas e seguimento

| Estadiamento | Esquema terapêutico | Alternativa* (exceto para gestantes) | Seguimento (teste não treponêmico) |
|---|--|--|--|
| Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução) | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) | Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 15 dias# | Teste não treponêmico trimestral |
| Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária | Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI IM | Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 30 dias# | Teste não treponêmico trimestral |
| Neurosífilis | Penicilina G Cristalina 18-24 milhões UI por dia, por via endovenosa, administradas em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias. | Doxiciclina 100mg, 12/12h (VO), por 28 dias. | Exame de líquido de 6/6 meses até normalização |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Reação de Jarisch-Herxheimer

Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Tipicamente é acompanhada de febre, artralgia e mal-estar. Essa reação não configura alergia à penicilina. Gestantes que apresentam essa reação podem apresentar ameaça de trabalho de parto pré-termo pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Se houver esse desfecho ter o cuidado de seguir os protocolos recomendados para inibição do TPP.



Alergia à penicilina

Alergia à penicilina na população em geral e nas gestantes é um evento muito raro. O diagnóstico de alergia deve ser avaliado pela história clínica, evitando, na grande maioria dos casos, a realização de testes de sensibilidade que deverão ser realizados em unidades de referência. A utilização de medicações alternativas no tratamento requer seguimento de cura a longo prazo. A realização de dessensibilização com administração oral de doses progressivas de penicilina sempre deve ser feita em ambiente hospitalar.

Seguimento da sífilis adquirida e na gestação

Durante o seguimento clínico e laboratorial da sífilis adquirida e na gestação, alguns pontos devem ser considerados:

- a. Os testes não treponêmicos (ex. VDRL ou RPR ou TRUST) devem ser realizados nas gestantes mensalmente e na população geral a cada três meses no primeiro ano, e a cada seis meses no segundo ano.
- b. A redução em quatro títulos do teste não treponêmico ou a negatificação de seis meses a nove meses após o tratamento demonstra a cura da infecção.
- c. No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. Exemplo: de 1:32 para 1:8, após três meses, e para 1:4, após seis meses. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.
- d. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex. 1:16 para 1:64) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento.
- e. Considerar a necessidade de oferecimento de testes periódicos em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Sífilis congênita

A sífilis congênita é definida como a sífilis adquirida pelo feto por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identifica e se trata apropriadamente e precocemente a gestante infectada e as parcerias sexuais.

Manifestações clínicas da sífilis congênita

Sífilis Congênita Precoce



A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínica, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo. Além do fato de que mais da metade de todas as crianças podem ser assintomáticas ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais poderem ser discretos ou pouco específicos. Não existe uma avaliação complementar para determinar com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Nessa perspectiva, ressalta-se que a associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais deve ser a base para o diagnóstico da sífilis na criança.

Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características dessa síndrome são, excluídas outras causas: hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (como por exemplo, pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR).

Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucaL, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.

Entre as alterações laboratoriais incluem-se: anemia, trombocitopenia, leucocitose (pode ocorrer reação leucemóide, linfocitose e monocitose) ou leucopenia.

Sífilis Congênita Tardia

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o segundo ano de vida. Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual.

As principais características dessa síndrome incluem: tibia em “Lâmina de Sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

O **Quadro 18** apresenta as manifestações clínicas da sífilis congênita de acordo com a evolução e estágios da doença.

Quadro 18 – Manifestações clínicas da sífilis congênita de acordo com a evolução e estágios da doença

| Evolução da doença | Estágios da sífilis congênita | Manifestações clínicas |
|---|--------------------------------------|--|
| Sífilis congênita (antes de dois | precoce | <ul style="list-style-type: none">• hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia• lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura |



| | | |
|---|--------|--|
| anos de idade) | | <ul style="list-style-type: none">• periostite ou osteíte ou osteocondrite pseudoparalísia dos membros• sofrimento respiratório com ou sem pneumonia• rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR)• fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite |
| Sífilis congênita (após dois anos de idade) | tardia | <ul style="list-style-type: none">• tibia em “Lâmina de Sabre”• articulações de Clutton• fronte “olímpica” e nariz “em sela”• dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”,• rágadas periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado,• ceratite intersticial,• surdez neurológica e dificuldade no aprendizado |

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Diagnóstico laboratorial da sífilis congênita

Na suspeita de sífilis congênita, o ideal são os testes sorológicos. Para o diagnóstico da sífilis congênita, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, exame físico da criança e resultados dos testes laboratoriais, incluindo os exames radiológicos. Os exames laboratoriais para auxiliar o diagnóstico da sífilis congênita utilizam as mesmas metodologias descritas na sífilis adquirida, mas com particularidades de indicação e interpretação:

- Pesquisa direta:** a pesquisa do *Treponema pallidum* em campo escuro em material coletado de lesão cutâneo-mucosa e de mucosa nasal é útil para diagnosticar a infecção, embora não seja em geral prática nos serviços que atendem RNs solicitar esse exame. A pesquisa em campo escuro só pode ser feita na possibilidade de treponemas móveis, quando a bactéria está viva. Em amostras de biópsia ou necrópsia, o treponema está morto, entretanto, podem ser usadas colorações especiais ou imunohistoquímica.
- Testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST):** indicada para diagnóstico e seguimento terapêutico, devido à propriedade de ser passível de titulação. Deve ser realizada no sangue do neonato, evitando-se o uso do sangue do cordão umbilical. RN de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente através da placenta. É considerado diagnóstico o teste não treponêmico reagente na amostra do RN que apresente um título quatro vezes maior do que o título na amostra da mãe (confirmado em uma segunda coleta na criança). A ausência dessa diferença de títulos não exclui a sífilis congênita.



RN com testes não-treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST) não reagentes sem outras evidências de sífilis congênita, mas com suspeita epidemiológica, devem repetir esses testes no primeiro mês de vida, devido à possibilidade de soroconversão tardia. Na dúvida ou impossibilidade de seguimento, o RN deve ser adequadamente tratado.

- c. **Testes treponêmicos:** são testes qualitativos para detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos, úteis para confirmação do diagnóstico, mas de uso limitado em RN, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Em crianças maiores de 18 meses, um resultado reagente de teste treponêmico confirma a infecção, pois os anticorpos maternos transferidos passivamente já terão desaparecido da circulação sanguínea da criança. No adulto, os anticorpos detectados por esses testes permanecem positivos para o resto da vida, mesmo após tratamento adequado.

O teste treponêmico IgM no recém-nato confirma o diagnóstico, mas tem baixa sensibilidade nos testes disponíveis atualmente (FTA-Abs, 64% sensibilidade). A investigação complementar deve incluir:

- Sangue: hemograma, perfil hepático e eletrólitos;
- punção líquórica: células, proteínas, testes não treponêmicos;
- Raio-X de ossos longos;
- Avaliação oftalmológica, audiológica e neurológica.

Para o exame líquórico do RN, consideram-se os seguintes valores para diagnóstico de neurosífilis, conforme o **Quadro 19**.

Quadro 19 – Valores de exame líquórico em RN com suspeita de neurosífilis

| | RN | > 28 DIAS |
|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Leucócitos | > 25 células/mm ³ | > 5 células/mm ³ |
| Proteínas | > 150 mg/dL | > 40 mg/dL |
| VDRL | reagente | reagente |

Tratamento da criança com sífilis congênita

Para o tratamento da criança com sífilis congênita, consideram-se dois momentos:

- Período neonatal (até os 28 dias de vida)
- Período pós-neonatal (após 28 dias de vida)

Período Neonatal



O tratamento da sífilis congênita neonatal envolve a avaliação da situação clínico-laboratorial da mãe, conforme apresentado no **Quadro 20**.

Todos os RN de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo naquelas adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que ocorre em cerca de 14% dos casos.

Quadro 20 – Tratamento da sífilis congênita no período neonatal de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe

| A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar*, além de outros exames, quando houver indicação clínica | |
|--|--|
| Situação | Esquema Proposto |
| A1 – presença de alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas | Penicilina G cristalina, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias |
| A2 – presença de alteração liquórica | Penicilina G cristalina(@), na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; |
| A3 – ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou liquóricas e a sorologia negativa | Penicilina G benzatina(#), na dose única de 50.000 UI/Kg, por via intramuscular. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1 |
| B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR | |
| Situação | Esquema Proposto |
| B1 – se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológicas sem alterações liquóricas | Esquema A1 |
| B2 – se houver alteração liquórica | Esquema A2 |
| C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do RN | |
| Situação | Esquema Proposto |



| | |
|--|--|
| C1 – se RN for assintomático e o VDRL for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento(&) deve-se proceder ao tratamento do RN | penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg |
| C2 – se for assintomático e o VDRL for reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações liquóricas | Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) |

*** Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis @ Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina procaína, justificando o uso da penicilina cristalina.**

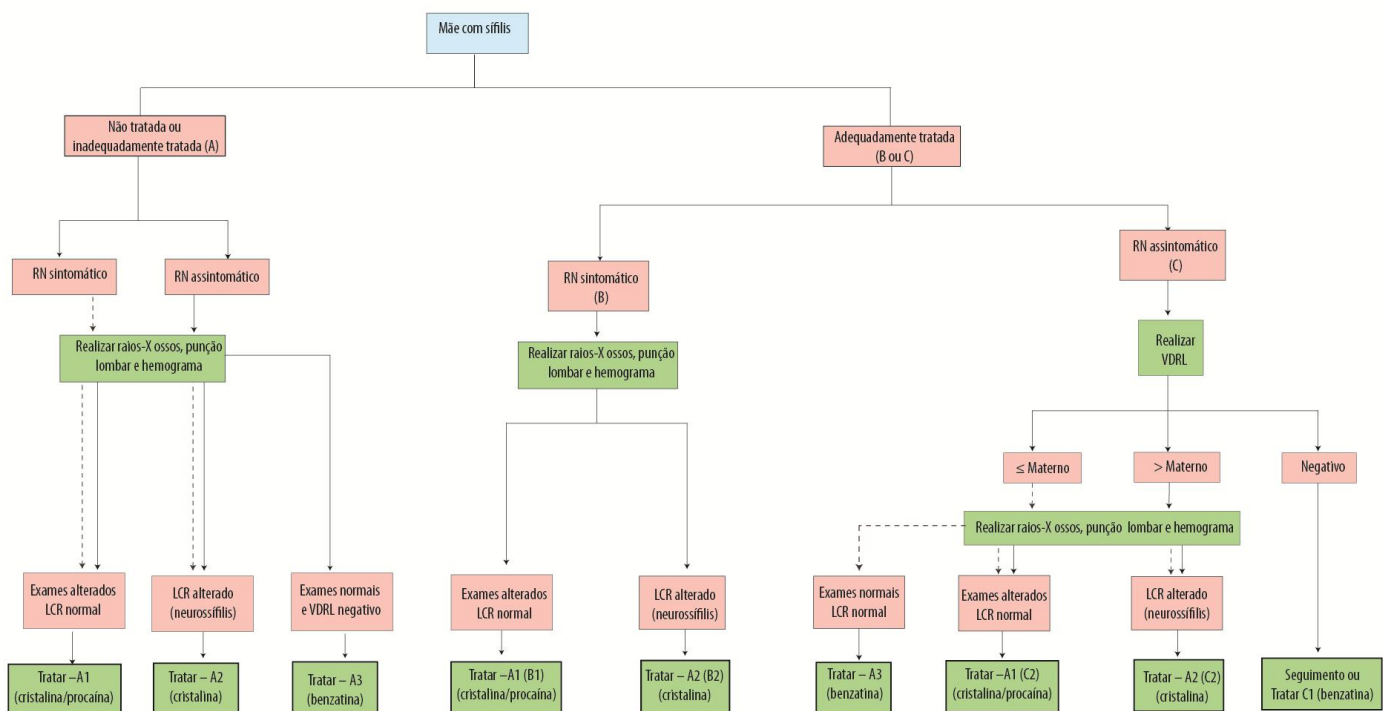
O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos e com exames complementares normais não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

& O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais clínicos. O pediatra na alta hospitalar deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso ela tenha sífilis (seqüelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro)

Fonte: DDAHV/SVS/MS

A Figura 12 resume o conjunto de procedimentos que serão realizados para a identificação das diversas apresentações da sífilis congênita e o tratamento adequado para cada situação.

Figura 12 – Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis





Fonte: adaptado de *Diretrizes para o controle da sífilis congênita, Brasília, 2006*

Período Pós Neonatal

Crianças com quadro clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita no período pós-neonatal (após os 28 dias de vida) devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida.

Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendados.



Seguimento da sífilis congênita

Os seguintes pontos devem ser levados em consideração durante o seguimento clínico e laboratorial da sífilis congênita:

- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e consultas ambulatoriais bimensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar teste não treponêmico com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos;
- Diante de elevação do título sorológico ou não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao tratamento;
- Realizar teste treponêmico¹⁰ para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima.
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos. Crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado, deve-se haver uma reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização.
- O teste da orelhinha normal, não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano.
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

Em face de todas as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis e da continuada incidência de casos, o Ministério da Saúde recomenda a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical nos municípios, visando identificar falhas e subsidiar intervenções.

Para viabilizar a atuação dos comitês, foram disponibilizados instrumentos de referência, como o “Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical” e as “Diretrizes para constituição dos Comitês de Investigação da Transmissão Vertical”, disponíveis no endereço www.aids.gov.br

¹⁰ Os testes treponêmicos após os 18 meses deverão estar não reagentes no acompanhamento dos casos de tratamento adequado no período neonatal, uma vez que não haverá tempo para formação de anticorpos específicos pela criança. Casos tratados após o período neonatal, principalmente, após os 12 meses de vida, anticorpos da criança detectados nos testes treponêmicos podem representar cicatriz imunológica e o controle de cura será feito pelo VDRL.



Sífilis e HIV

A prevalência de sífilis é até oito vezes mais elevada em pessoas vivendo com o HIV. As doenças genitais ulcerativas podem facilitar a transmissão sexual e perinatal do HIV. A quebra da integridade do epitélio mucoso ocasiona uma via de entrada para o vírus. Além disso, há um influxo local de linfócitos (L) T-CD4⁺ e aumento da expressão de correceptores CCR5 em macrófagos, aumentando a probabilidade de aquisição do HIV.

Assim como outras coinfeções, a sífilis pode cursar com alterações imunoviológicas representadas por queda de LT-CD4⁺ e elevação da carga viral do HIV. No entanto, essas alterações tendem a ser transitórias e parecem não afetar a progressão para aids.

O curso clínico da sífilis pode ser alterado pela coinfeção com HIV, com a ocorrência de manifestações atípicas ou mais agressivas. As apresentações clínicas de cada estágio geralmente são semelhantes às dos pacientes soronegativos; contudo, algumas características da coinfeção devem ser destacadas:

Desenvolvimento de cancros múltiplos e profundos, os quais apresentam resolução mais lenta.

Maior frequência de sobreposição de estágios; concomitância de lesões primárias e secundárias no momento do diagnóstico.

A forma clínica de secundarismo é mais frequente. Habitualmente, os sintomas constitucionais são mais exuberantes e as lesões cutâneas mais atípicas.

Predisposição para o desenvolvimento de lesões oftálmicas e neurológicas. A invasão de espiroquetas no sistema nervoso central pode ocorrer a qualquer momento após a infecção primária. Pode haver uma progressão mais rápida de sífilis precoce a neurosífilis.

O diagnóstico de sífilis na coinfeção com HIV é feito da mesma forma que na população geral. Destaca-se que é mais frequente a presença de altos títulos de marcadores sorológicos ao diagnóstico, assim como de resultados falso-negativos. Portanto, na suspeita de sífilis e presença de testes sorológicos não reagentes ou com interpretação não clara, é importante considerar o efeito prozona ou formas alternativas de diagnóstico, como a biópsia de lesão. Por outro lado, coinfectados podem apresentar testes sorológicos não treponêmicos falso-positivos em até 11% casos.

Os casos de neurosífilis recentes são mais prevalentes que as tardias em pacientes infectados pelo HIV e, particularmente, aqueles com aids, e apresentam maior dificuldade para “clarear” a infecção do SNC quando comparados a indivíduos imunocompetentes.

A existência de relatos de casos de neurosífilis mimetizando a apresentação clínico-radiológica da encefalite herpética ressalta a importância da inclusão da neurosífilis no diagnóstico diferencial dessa doença.



Não há um consenso sobre os critérios de punção líquórica em pacientes coinfectados com sífilis e HIV. Alguns especialistas recomendam puncionar todos os pacientes infectados pelo HIV que apresentam diagnóstico sorológico confirmado de sífilis, o que resulta em punções desnecessárias.

No entanto, a utilização de critérios clínicos e/ou laboratoriais mostrou-se bastante adequada na identificação de casos de neurosífilis, inclusive em assintomáticos.

Recomenda-se que seja realizada punção líquórica em todos os indivíduos coinfectados com sífilis e HIV que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:

1. Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
2. Evidência de sífilis terciária ativa (por exemplo, aortite ou gomas sífilíticas);
3. Sífilis latente tardia ou de duração indeterminada;
4. LT-CD4+ < 350 células/mm³;
5. VDRL ≥ 1:16 ou RPR ≥ 1:32;
6. Queda inadequada ou estabilização sem queda nos títulos de VDRL durante o seguimento (ver acompanhamento sorológico).

Os critérios diagnósticos de neurosífilis em pacientes HIV⁺ incluem:

1. VDRL reagente no líquido;
2. Sífilis comprovada sorologicamente, sem sintomas neurológicos, presença de pleocitose linfomononuclear superior a 10-20 células/mL e teste treponêmico reagente no líquido;
3. Sífilis comprovada sorologicamente e presença de alterações neurológicas compatíveis com neurosífilis (por ex., neurite óptica, acidente vascular cerebral, hipoacusia neurosensorial, meningite ou encefalite aguda ou subaguda) e exclusão de outras potenciais explicações, em pacientes com ou sem alterações líquóricas.

Vale lembrar que os títulos de proteinorraquia não são relevantes no diagnóstico de neurosífilis em pacientes infectados pelo HIV.

O conceito “neurorecaída” é particularmente importante em pacientes infectados pelo HIV. Esse termo denota a presença de neurosífilis depois de tratamento adequado para sífilis primária, secundária e latente recente, e queda adequada dos títulos séricos de VDRL. Portanto, o antecedente de tratamento apropriado não exclui a possibilidade de complicações neurológicas sífilíticas. Indivíduos tratados para neurosífilis devem ser submetidos a punção líquórica de controle após três meses do término do tratamento.

Reação de Jarisch-Herxheimer

Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas



sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Tipicamente é acompanhada de febre, artralgia e mal-estar. Essa reação não configura alergia à penicilina. Gestantes que apresentam essa reação podem apresentar ameaça de trabalho de parto pré-termo pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Se houver esse desfecho ter o cuidado de seguir os protocolos recomendados para inibição do TPP.



Alergia à penicilina

Alergia à penicilina na população em geral e nas gestantes é um evento muito raro. O diagnóstico de alergia deve ser avaliado pela história clínica, evitando, na grande maioria dos casos, a realização de testes de sensibilidade que deverão ser realizados em unidades de referência. A utilização de medicações alternativas no tratamento requer seguimento de cura a longo prazo. A realização de dessensibilização com administração oral de doses progressivas de penicilina sempre deve ser feita em ambiente hospitalar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 8. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 200 p.

CAO, Z.; XU, J.; ZHANG, H.; SONG, D.; SHE, M.; WANG, J.; FAN, Y.; SUN, Y.; ZHANG, C. Risk factors for syphilis among married men who have sex with men in china. *Sex Transm Dis*. 2014 Feb;41(2):98-102.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, GA – USA. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>.

CLARK, E. G.; DANBOLT, N. The Oslo study of the natural history of untreated syphilis: An epidemiologic investigation based on a restudy of the Boeck-Bruusgaard material a review and appraisal. *Journal of Chronic Diseases* Volume 2, Issue 3, September 1955, Pages 311–344.

DEISS, R.G.; LEON, S.R.; KONDA, K.A.; BROWN, B., Segura ER, Galea JT, Caceres CF, Klausner JD Characterizing the syphilis epidemic among men who have sex with men in Lima, Peru to identify new treatment and control strategies.

FIUMARA, N. J.; LESSELL, S. The stigmata of late congenital syphilis: an analysis of 100 patients. *Sex Transm Dis* 1983;10:126–9.

FIUMARA, N.J. Syphilis in newborn children. *Clin Obstet Gynecol* 1975;18:183–189.

GARNETT, G.P.; ARAL, S.O.; HOYLE, D.V.; CATES, W. Jr.; ANDERSON, R.M. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. *Sex Transm Dis* 1997;24:185–200.

HIRA, S.K.; PATEL, J.S.; BHAT, S.G; CHILIKIMA, K.; MOONEY, N. Clinical manifestations of secondary syphilis. *Int J Dermatol* 1987;26:103–7.

HOLMES, K.K. Azitromycin versus penicillin for early syphilis. *N Engl J Med* 2005; 305(12):1291-3.



HUTCHINSON, J. Syphilis. 1st ed. London: Cassell and Co, 1887

KOSS, C.A.; DUNNE, E.F.; WARNER, L. A systematic review of epidemiologic studies assessing condom use and risk of syphilis. *Sex Transm Dis* 2009;36:401–5.

MINDEL, A.; TOVEY, S.J.; TIMMINS, D.J.; WILLIAMS, P. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2. Clinical features. *Genitourin Med* 1989; 65:1–3.

PEELING, R.W.; MABEY, D.; FITZGERALD, D.W.; WATSON-JONES, D. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*. 2004 Oct 30-Nov 5;364(9445):1561-3.

SANCHEZ, P.J., WENDEL, G.D.; GRIMPEL, E et al. Evaluation of molecular methodologies and rabbit infectivity testing for the diagnosis of congenital syphilis and central nervous system invasion by *Treponema pallidum*. *J Infect Dis* 1993;167:148-57.

SHAFER, J.K.; USILTON, L.J.; PRICE, E.V. Long-term studies of results of penicillin therapy in early syphilis. *Bull World Health Organ*. 1954;10(4):563-78.

SINGH, A.E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clin Microbiol Rev* 1999; 12:187–209.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research, The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis Promoting better maternal and child health and stronger health systems, WHO 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action, WHO, 2007.



Exposição sexual às IST

A transmissão de determinadas IST, como sífilis e HPV, podem ocorrer mesmo com o uso correto e consistente de preservativo. A atividade sexual sem o uso de preservativo (ou no caso de falhas no uso) pode gerar ansiedade e risco de transmissão de IST e HIV. Destaca-se que a violência sexual, independentemente do sexo e da idade, deve ser considerada uma prioridade na assistência, devido aos danos psicossociais, à gravidez indesejada e à aquisição de IST/HIV e complicações.

Prevenção das IST na Violência Sexual

Em âmbito nacional, destaca-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e ainda as Leis de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidos em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, Lei nº 8.069/1990, Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros.

O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro. A real frequência desse ato criminoso é desconhecida porque as vítimas hesitam em informar, devido à humilhação, medo, sentimentos de culpa e desconhecimento sobre as leis.

O atendimento à vítima de estupro é complexo, necessitando idealmente de cuidados de uma equipe multidisciplinar familiarizada com casos similares. Quando praticado durante a gravidez representa fator de risco para saúde da mulher e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e de RN de baixo peso.

O medo de ter contraído infecção pelo HIV aumenta a ansiedade das pessoas expostas. Os pacientes devem ser informados sobre a necessidade de:

- Atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado atendimento;
- Profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- Vacinação e imunização passiva para HBV;
- Coleta imediata de material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Agendamento do retorno para seguimento sorológico após 30 dias, e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos



genitais, a idade e a susceptibilidade da mulher, a condição himenal e a presença de IST ou úlcera genital prévia.

No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos de violência sexual, deve ser colhido material de conteúdo vaginal para diagnóstico de Tricomoníase, Gonorreia e Clamídia. Além disso, devem-se coletar outros materiais, como fragmentos das vestes, para comparação com DNA do agressor.

A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancroide podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas IST virais, como as infecções por HSV e HPV, ainda não possuem profilaxias específicas.

Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão, mas recomenda-se que seja realizada imediatamente, sempre que possível.

Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual

O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual encontra-se na Quadro 21. A profilaxia para as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional.

Quadro 21 – Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual

| IST | Medicação | Posologia | |
|--|------------------------|---|---|
| | | Adultos e adolescentes com mais de 45kg, incluindo gestantes | Crianças e adolescentes com menos de 45kg |
| Sífilis (sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária) | Penicilina G benzatina | 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas (dose total 7,2 milhões UI) | 50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI) |
| Gonorreia | Ceftriaxona | 500 mg, 1 ampola, IM, dose única | 125mg, IM, dose única |
| Infecção por Clamídia | Azitromicina | 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g) | 20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g) |
| Tricomoníase | Metronidazol* | 500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g) | 15mg/kg/dia, divididas em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g) |

Notas:

- Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar drogas alternativas, conforme exposto nos capítulos específicos.
- A administração profilática do metronidazol e as alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral.

*Não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: DDAHV/SVS/MS



As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser investigado.

Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual

Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber dose única de Imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas, e está disponível nos CRIE.

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide ou na região do vasto lateral da coxa. O MS recomenda o uso de IGHAHB em todas as pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas previamente. A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB estão indicadas na gestação, em qualquer idade gestacional.

Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B:

- casos de violência sexual em que o indivíduo apresente exposição crônica e repetida;
- situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;
- indivíduos cujo agressor seja sabidamente vacinado ou
- quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

Prevenção da Gravidez Não Planejada

De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual.

A possibilidade de concepção em um coito desprotegido em qualquer fase do ciclo menstrual é de 2% a 4%, sendo esse risco aumentado no período fértil.

Recomenda-se, como primeira escolha, o uso de progestágeno puro (levonorgestrel 0,75 mg/comprimido, 2 comprimidos, VO, dose única ou 1 comprimido, VO a cada 12 horas).

O método de Yuzpe, segunda opção, consiste na administração oral da associação de estrogênios e progestagênios. Prescreve-se anticoncepcional hormonal oral contendo etinilestradiol 50mg/levonorgestrel 250mg por comprimido, 2 comprimidos VO, a cada 12 horas ou 4 comprimidos VO dose única, ou anticoncepcionais orais com etinilestradiol 30mg/



levonorgestrel 150mg por comprimido, usando-se 4 comprimidos VO, a cada 12 horas ou 8 comprimidos VO dose única.

Todos os esquemas deverão ser iniciados o mais precocemente possível, preferencialmente em até 72 horas, excepcionalmente até 120h após a violência sexual.

Profilaxia da Infecção pelo HIV

As informações sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV encontram-se disponíveis no endereço www.aids.gov.br/pcdt.

Referências

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2010. Atlanta, GA – USA. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/ Aids. Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis. - 4ª ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Lei Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>. Acesso em 27 de janeiro de 2015.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm> Acesso em 27 de janeiro de 2015.



Anexos

Anexo 1: Cartão para comunicação de parcerias sexuais

Parte A (retida na Unidade de Saúde)

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Nº Prontuário | | CID | |
| Nome do caso-índice | | Data de nascimento | Sexo () masculino |
| | | __/__/__ | () feminino |
| Nome do(a) Parceiro(a) | | | |
| Endereço | | | UF |
| CEP _____-____ | Telefone para contato () _____-_____ | | |
| Responsável pelo preenchimento | | | |
| Nome: _____ | | | |
| Assinatura: _____ | | Data | __/__/__ |



Parte B (para o paciente entregar à parceria sexual)

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| Nº. prontuário | | CID | |
| Nome do caso-índice | | Data de nascimento _/_/___ | Sexo () masculino () feminino |
| Nome do (a) Parceiro(a) | | | |
| Endereço | | | UF |
| CEP _____-___ | | Telefone para contato () _____-_____ | |
| <p>Solicitamos o seu comparecimento urgente à Unidade de Saúde indicada abaixo para tratar de assunto do seu interesse (traga este cartão com você), de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Entregar na recepção</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do profissional</p> | | | |
| Responsável pelo preenchimento | | Data _/_/___ | |
| Nome: _____ | | | |
| Assinatura: _____ | | | |



Anexo 2: CID

- N48.5 Síndrome de úlcera genital (excluído herpes genital)
- R36 Síndrome do corrimento uretral
- N72 Síndrome do corrimento cervical (sintomático)
- A53 Sífilis em adultos (excluída forma primária)
- A60 Herpes genital (apenas primeiro episódio)
- A63.0 Condiloma acuminado (verrugas anogenitais)
- O98.1 Sífilis na gestante