

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Atenção Integral às Pessoas
com Infecções Sexualmente
Transmissíveis (IST)

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

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis

Brasília - DF
2015

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

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis

Brasília - DF
2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 2ª edição revisada – 2015 – 3.000 exemplares

Edição

Assessoria de Comunicação (ASCOM)

Marcelo da Cruz Oliveira

Dario Noletto

Saete Saionara Barbosa

Revisão

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto Gráfico

Fernanda Dias Almeida

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

Elisa Cattapan

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

Itana Miranda dos Santos

Ivo Castelo Branco Coelho

João Paulo Toledo

José Carlos Gomes Sardinha

Marcelo Contardo Moscoso Naveira

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

Miriam Franchini

Newton Sérgio de Carvalho

Pâmela Cristina Gaspar

Roberto José Carvalho da Silva

Telma Régia B. S. Queiroz

Terezinha Tenório da Silva

Valdir Monteiro Pinto

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis/

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério

da Saúde, 2015.

120p. : il.

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS

Títulos para indexação

Em inglês: Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Integral Care to People with Sexually Transmitted Infections

Em espanhol: Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual

Apresentação

Este é o primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para 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 correlata foi editada em 2006, no formato de manual.

O PCDT visa a 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 desses agravos, bem como as ações dos profissionais de saúde na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave e/ou pessoas com IST e suas 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 sinais e 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 como uma nova abordagem de Política Pública, que envolve diversas formas de prevenção e assistência, propõe-se neste PCDT uma atenção estratégica, combinando, quando disponível, triagem e tratamento das IST assintomáticas e manejo das IST sintomáticas com uso de fluxogramas. O diagnóstico e tratamento das pessoas com IST e de suas parcerias sexuais interrompe a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações.

Nesses últimos dois anos, o DDAHV tem feito valer seu nome e as IST têm sido uma prioridade, sendo este PCDT um dos produtos da 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

Lista de figuras

Figura 1 – Distribuição mundial da incidência estimada das IST curáveis por região da OMS	18
Figura 2 – Barreira ao controle de IST: perdas em diferentes níveis entre a infecção e a cura	31
Figura 3 – Colocação do preservativo masculino	35
Figura 4 – Colocação do preservativo feminino	36
Figura 5 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma	54
Figura 6 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma	60
Figura 7 – Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma	65
Figura 8 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma	72
Figura 9 – Manejo de DIP com uso de fluxograma	78
Figura 10 – Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma	84
Figura 11 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório.....	94
Figura 12 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório	95
Figura 13 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido	95
Figura 14 – Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis.....	105

Lista de tabelas

Tabela 1 – Prevalência de infecção por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> em diversas subpopulações no Brasil, 2002-2012	19
Tabela 2 – Prevalência da sífilis entre diferentes populações no Brasil, 2004-2012	20
Tabela 3 – Prevalência da sífilis entre diferentes populações no Brasil, 2009	21

Lista de quadros

Quadro 1 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita	22
Quadro 2 – Definição de caso de sífilis em gestantes	23
Quadro 3 – Definição de casos de sífilis adquirida.....	23
Quadro 4 – Atividades dos diferentes níveis de atenção em saúde no manejo operacional das IST	25
Quadro 5 – Estratégia de atenção integral às pessoas com IST	32
Quadro 6 – Cuidados com o preservativo masculino	34
Quadro 7 – Fatores que contribuem para ruptura ou escape do preservativo masculino.....	35
Quadro 8 – Cuidados com o preservativo feminino	36
Quadro 9 – Tratamento para gonorreia e clamídia.....	45
Quadro 10 – Prevenção e tratamento de oftalmia neonatal	46
Quadro 11 – Manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos	55
Quadro 12 – Tratamento para corrimento vaginal	61
Quadro 13 – Tratamento para corrimento uretral	66
Quadro 14 – Tratamento para herpes genital.....	73
Quadro 15 – Tratamento para cancroide, LGV e donovanose.....	74
Quadro 16 – Critérios diagnósticos de DIP.....	76
Quadro 17 – Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP	79
Quadro 18 – Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP	79
Quadro 19 – Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida	92
Quadro 20 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento	98
Quadro 21 – Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita	101
Quadro 22 – Valores de exame liquórico em RN com suspeita de neurosífilis.....	103
Quadro 23 – Tratamento da sífilis congênita no período neonatal, de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe.....	104
Quadro 24 – Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual	113

Abreviaturas

Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida (do inglês <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CMV	Citomegalovírus
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDAHV	Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
DIP	Doença inflamatória pélvica
DIU	Dispositivo intrauterino
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i> (ensaio imunoenzimático indireto)
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption</i> (teste treponêmico para sífilis)
HBV	Vírus da hepatite B (do inglês <i>Hepatitis B Virus</i>)
HCV	Vírus da hepatite C (do inglês <i>Hepatitis C Virus</i>)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (do inglês <i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HPV	Vírus do papiloma humano (do inglês <i>Human Papilloma Virus</i>)
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HSV	Vírus do herpes simples (do inglês <i>Herpes Simplex Virus</i>)
HV	Hepatites virais
HSIL	Hiperplasia escamosa intraepitelial
IGHAHB	Imunoglobulina hiperimune para hepatite B
IST	Infecção sexualmente transmissível
ITR	Infecção do trato reprodutivo
LCR	Líquido cefalorraquidiano
LGV	Linfogranuloma venéreo
LSIL	Lesão escamosa intraepitelial
MS	Ministério da Saúde
NAAT	Teste de amplificação de ácidos nucleicos (do inglês <i>Nucleic Acid Amplification Test</i>)
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
RDS	Amostragem dirigida pelo entrevistado (do inglês <i>Respondent Driven Sampling</i>)
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
Sinan	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
TRUST	<i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i> (teste não treponêmico para sífilis)
VDRL	<i>Venereal 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)
TR	Teste rápido

Sumário

1. Introdução	15
2. IST no Brasil e no mundo	17
2.1. Informações relevantes sobre as IST no mundo	18
2.2. Informações relevantes sobre as IST no Brasil	19
2.3. Vigilância epidemiológica das IST	21
2.4. IST e o Sistema Único de Saúde (SUS)	24
2.4.1. Organização de serviços para atenção às pessoas com IST	24
2.4.2. O papel dos gestores do SUS no manejo programático e operacional das IST... ..	26
2.5. Referências	27
3. Estratégia de atenção integral às pessoas com IST e suas parcerias sexuais.....	31
3.1. Abordagem às pessoas com IST	33
3.1.1. Oferta de preservativos.....	33
3.2. Abordagem às parcerias sexuais.....	36
3.3. Referências	38
4. Manejo integral: triagem e tratamento das IST assintomáticas	41
4.1. Sífilis latente	42
4.1.1. Definição e classificação da sífilis latente	42
4.1.2. Tratamento da sífilis latente.....	42
4.2. Gonorreia e clamídia em mulheres: cervicites	43
4.2.1. Definição e etiologia	43
4.2.2. Manifestações clínicas	43
4.2.3. Métodos diagnósticos para gonorreia e clamídia em mulheres	44
4.2.4. Tratamento para gonorreia e clamídia	44
4.3. Hepatites virais	46
4.3.1. Hepatite B.....	46
4.3.2. Hepatite C.....	47
4.3.3. Métodos diagnósticos das hepatites B e C	47
4.4. Infecção pelo HIV.....	48

4.4.1. Métodos diagnósticos da infecção pelo HIV	48
4.5. Triagem de IST na gestação	48
4.6. Referências	50
5. Manejo integral: uso de fluxogramas nas IST sintomáticas	53
5.1. Corrimento vaginal	55
5.1.1. Etiologia do corrimento vaginal	56
5.1.2. Aspectos específicos do corrimento vaginal	56
5.1.3. Métodos diagnósticos para corrimento vaginal	59
5.1.4. Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal.....	60
5.1.5. Tratamento para corrimento vaginal	61
5.2. Corrimento uretral	62
5.2.1. Etiologia do corrimento uretral	62
5.2.2. Aspectos específicos do corrimento uretral	62
5.2.3. Métodos diagnósticos para uretrites.....	64
5.2.4. Fluxograma para o manejo de corrimento uretral.....	65
5.2.5. Tratamento para corrimento uretral	66
5.3. Úlcera genital	66
5.3.1. Etiologia da úlcera genital	67
5.3.2. Aspectos específicos das úlceras genitais	67
5.3.3. Métodos diagnósticos para úlceras genitais	71
5.3.4. Fluxograma para o manejo de úlcera genital.....	71
5.3.5. Tratamento para úlcera genital	73
5.4. Doença inflamatória pélvica (DIP).....	75
5.4.1. Etiologia da DIP	75
5.4.2. Quadro clínico da DIP	75
5.4.3. Métodos diagnósticos para DIP	77
5.4.4. Fluxograma para o manejo de DIP.....	78
5.4.5. Tratamento para DIP	79
5.4.6. Cuidados e abordagem das pacientes com DIP	80
5.5. Verrugas anogenitais	80
5.5.1. Etiologia.....	80
5.5.2. Transmissão do HPV	81
5.5.3. Epidemiologia e fatos relevantes	81

5.5.4. Formas de apresentação da infecção pelo HPV	81
5.5.5. Métodos diagnósticos para o HPV	82
5.5.6. Tratamento das verrugas anogenitais	83
5.5.7. Prevenção da infecção pelo HPV	85
5.6. Referências	86
6. Sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita	89
6.1. Definição e etiologia da sífilis	89
6.2. Transmissão da sífilis	89
6.3. Sífilis adquirida e sífilis na gestação	90
6.3.1. Manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestação	90
6.3.2. Métodos para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação	92
6.3.3. Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação	97
6.3.4. Reação de Jarisch-Herxheimer	99
6.3.5. Alergia à penicilina	99
6.3.6. Seguimento da sífilis adquirida e sífilis na gestação	99
6.4. Sífilis congênita	100
6.4.1. Manifestações clínicas da sífilis congênita	100
6.4.2. Métodos para o diagnóstico da sífilis congênita	102
6.4.3. Tratamento da criança com sífilis congênita	103
6.4.4. Seguimento da sífilis congênita	106
6.5. Sífilis e HIV	106
6.6. Referências	108
7. Exposição sexual às IST	111
7.1. Prevenção das IST na violência sexual	111
7.1.1 Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual	112
7.1.2. Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual	113
7.2. Prevenção da gravidez não planejada	114
7.3. Profilaxia da infecção pelo HIV	114
7.4. Referências	114
8. Anexos	117
Anexo 1: Cartão para comunicação de parcerias sexuais	117
Anexo 2: CID	119

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.

Este PCDT contempla os três níveis de atenção à saúde no SUS, a saber: 1) a atenção básica, que é responsável pela implementação de ações de prevenção e assistência nas respectivas áreas de abrangência e populações adstritas; 2) a média complexidade, que dispõe de unidades de saúde com especialistas, os quais devem atuar como referência imediata à atenção básica e promover capacitação para melhor utilização dos fluxogramas e melhoria da acuidade clínica; e 3) 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.

Destaca-se o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST, em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, **conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário**, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(a) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

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 às IST, utilizando conhecimentos técnico-científicos atualizados e recursos disponíveis e adequados a cada caso.

A abordagem sindrômica, preconizada pelo Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, de 2006, demonstrava boa sensibilidade e especificidade no corrimento uretral e vaginal (referente às vaginites) e na doença inflamatória pélvica (DIP), mas o respectivo 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 e diferentes etiologias.

Considerando que o desempenho da abordagem sindrômica sem utilização de laboratório de apoio não possuía cobertura completa nos diferentes aspectos das IST, e que a prevenção combinada é uma abordagem estratégica alinhada às diretrizes nacionais e internacionais, a qual envolve diversas formas de prevenção e assistência, propõe-se neste PCDT o **manejo integral das IST**, combinando, quando disponível, a **triagem e tratamento das IST assintomáticas (Capítulo 4)** e o **uso de fluxogramas nas IST sintomáticas (Capítulo 5)**, utilizando laboratório complementar.

A sífilis latente, por ser assintomática, está incluída no **Capítulo 4**, “Manejo integral: triagem e tratamento das IST assintomáticas”. A sífilis primária e secundária é abordada no **Capítulo 5**, “Manejo integral: uso de fluxogramas nas IST sintomáticas”, na seção de úlcera genital. No entanto, o **Capítulo 6** 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 o momento, mas que contam com 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*) são essenciais nas ações de triagem 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, considerando-se eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade. Cabe destacar que o tratamento deve ser estendido às 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 outras intervenções são comprovadamente eficazes e precisam ser incorporadas à proposta de prevenção combinada.

A sinergia do diagnóstico precoce e o tratamento adequado e oportuno do HIV, da sífilis e das hepatites virais durante a gravidez levam à prevenção da transmissão vertical, devendo ser valorizada em todos os níveis de atenção. A infecção pelo HIV também é considerada uma IST; no entanto, é abordada separadamente no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

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 a conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos 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 não 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 vulvovaginal e vaginose bacteriana).

As IST são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Essas infecções 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. Podem, ainda, estar associadas a 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 estruturais, qualidade da rede de saúde e acesso aos serviços.

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

2.1. Informações relevantes sobre as IST no mundo

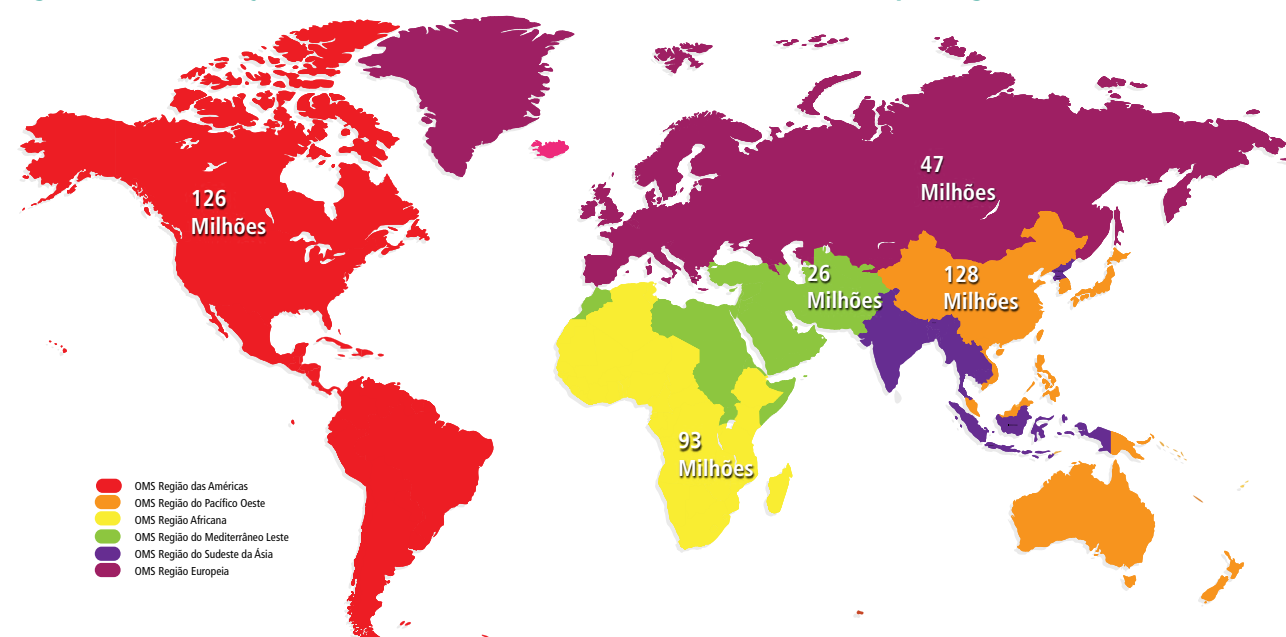
Segundo estimativas da OMS (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. A cada ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoniase). Da mesma forma, calcula-se que 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus 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 o rápido aumento, nos últimos anos, da resistência da *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos, reduzindo as opções de tratamento. Nesse cenário, a bactéria vem-se tornando um organismo multirresistente, necessitando de constante monitoramento laboratorial e substituição de recomendações terapêuticas. Tal 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 tricomoniase) por região. As IST estão presentes em todo o mundo e possuem taxas estimadas mais elevadas na África subsaariana. Numericamente, a região das Américas e do Caribe está somente abaixo da região do Pacífico Oeste.

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



Fonte: adaptado de OMS, 2008.

2.2. Informações relevantes sobre as 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 <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>) apresentou 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 da 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.

Quanto ao estudo de Miranda et. al., 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.

Alguns estudos brasileiros, como mostrado na Tabela 1, examinaram a prevalência de infecção por *N. gonorrhoeae* em populações diversas, fornecendo elementos essenciais para a avaliação da magnitude dessa etiologia.

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, BA	Usuários de clínica de planejamento familiar	202	0,5
Martins et al., 2004	Fortaleza e Aracati, CE	Gestantes	1019	1,3
Codes et al., 2006	Salvador, BA	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, AM; Fortaleza, CE; Goiânia, GO; Rio de Janeiro, RJ; São Paulo, SP; e Porto Alegre, RS	Gestantes	3303	1,5
Pinto et al., 2011	Manaus, AM; Fortaleza, CE; Goiânia, GO; Rio de Janeiro, RJ; São Paulo SP; e Porto Alegre, RS	Parturientes	2017	1,0
Barbosa et al., 2010	Manaus, AM; Fortaleza, CE; Goiânia, GO; Rio de Janeiro, RJ; São Paulo, SP; e Porto Alegre, RS	Homens que procuraram atendimento em clínicas de IST	767	18,4
Fernandes et al., 2009	Campinas, SP	Usuários de clínica de planejamento familiar	230	3,0

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

Fonte: Compilação do DDAHV/SVS/MS, baseada em várias referências.

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 de 0,38% para HIV, referente a cerca de 11.400 casos/ano.

De modo geral, com exceção do estudo Sentinela Parturientes, essa magnitude da sífilis se assemelha à encontrada nas estimativas da 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 do agravo. 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, BA	Mulheres em escola secundária	3,9
		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	Fortaleza, CE	Gestantes	2,1
Martins et al., 2004	Aracati, CE	Gestantes	0,3
Brasil, 2010 ¹	Nacional	Gestantes	0,89
Travassos et al., 2012	Salvador, BA	Mulheres HIV +	9,5
Baldin-Dal Pogetto et al., 2011	Botucatu, SP	Profissionais do sexo	4,0

Fonte: Compilação do DDAHV/SVS/MS baseada em várias referências.

É importante destacar, ainda, a “Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às IST e Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos”(PCAP)², segundo a qual 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.

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

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

Nessa mesma pesquisa, a porcentagem de pessoas que relataram 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 caiu para 20% com parceria fixa e atingiu 55% com parceiro casual.

Quanto ao estudo RDS 2009 (do inglês *Respondent Driven Sampling*), que é uma amostragem dirigida pelo entrevistado, observou-se a prevalência de sífilis em gays e outros HSH, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Prevalência da sífilis entre diferentes populações no Brasil, 2009

Autor	População-chave	Tamanho da amostra	Prevalência de sífilis
KERR, L.	Gays e outros HSH	3.859	13,4%
SZWARCWALD, C. L.	Profissionais do sexo	2.523	13,3%
BASTOS, F. I.	Pessoas que usam drogas	3.486	7,2%

Fonte: DDAHV/SVS/MS

2.3. Vigilância epidemiológica das IST

A notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. A síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação compulsória, a ser monitorada por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinela e suas diretrizes, de acordo com a Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. **As demais IST, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios.**

A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestante, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010. Os casos de gestante vivendo com HIV/aids e criança exposta ao HIV passaram a integrar o Sistema Nacional de Vigilância em 2000; os casos de hepatite B, em 1998, e os de hepatite C, em 1999.

Com o objetivo de aprimorar a vigilância epidemiológica, o MS revisou a definição de casos³ de sífilis congênita, sífilis em gestantes e sífilis adquirida, conforme os Quadros 1, 2 e 3.

³ Até o momento da última revisão deste PCDT (28 de agosto de 2015), as novas fichas de notificação de sífilis congênita, sífilis em gestante e sífilis adquirida estavam em fase de implantação no Datasus.

Quadro 1 – Critérios para definição de casos de sífilis congênita

Definição de caso
<p>Primeiro critério</p> <ul style="list-style-type: none"> Criança cuja mãe apresente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste 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 de a maternidade realizar o teste treponêmico, apresente 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 de a maternidade realizar o teste não treponêmico, apresente 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. <p>Segundo critério</p> <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 seis 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. <p>Terceiro critério</p> <p>Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste 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> <p>Quarto critério</p> <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 gestante com sífilis:

- 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

- Instituição de tratamento dentro do prazo, em até 30 dias antes do parto;

OU

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

Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos 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 caso de sífilis em gestantes

Definição de caso
<p>Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.</p> <p>Caso confirmado:</p> <p>1 - Gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal.</p> <p>2 - Gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.</p>

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

Quadro 3 – Definição de casos de sífilis adquirida

Definição de caso
<p>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.</p>

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

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 - TR) 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 casos 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 de 4,7 casos por 1.000 nascidos vivos, apesar da existência da Portaria nº 3.161/2011, 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 congênita.

A síndrome do corrimento uretral masculino é notificada a fim de monitorar indicadores-chave em unidades de saúde selecionadas (“unidades-sentinela”), que possam servir como alerta precoce para o sistema de vigilância. Destaca-se a importância da vigilância da resistência antimicrobiana do gonococo para monitorar a susceptibilidade dos isolados de *N. gonorrhoeae* aos antibióticos.

As informações e orientações completas relativas à vigilância desses agravos encontram-se no Guia de Vigilância em Saúde (disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>), e os dados epidemiológicos são publicados periodicamente nos Boletins Epidemiológicos específicos (disponíveis em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>).

2.4. 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. Em 2011, o Decreto nº 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

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 ser seguidos para o alcance dos objetivos, considerando a vastidão territorial brasileira e o grande mosaico étnico, econômico e cultural do país.

O controle das IST no Brasil situa-se nesse 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.

2.4.1. Organização de serviços para atenção às pessoas com IST

A assistência à saúde funciona, na maioria dos municípios, mediante o 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.

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 imediata no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos e de verrugas anogenitais; • 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 e hepatites B e C, nos casos de IST; • Realizar tratamento das pessoas com IST e suas parcerias sexuais; • Seguir o protocolo do MS para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais; • Notificar as IST, conforme a Portaria nº 1.271/2014. Os demais agravos são notificados de acordo com recomendações dos estados/municípios, quando existentes; • Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento conforme protocolo;; • 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 resolvidas para unidades que disponham de especialistas e mais 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 1.271/2014. Os demais agravos são notificados de acordo com recomendações dos estados/municípios, quando existentes; • Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para tratamento conforme protocolo; • Promover capacitações 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 por especialistas e pós-graduados (ex.: mestres e doutores) 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; • Dispor de comitê de ética ou acesso a um comitê de ética externo; • Apoiar o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde nas atividades de supervisão integradas; • Apresentar coerência com as necessidades da população e prioridades do Ministério da Saúde.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

2.4.2. 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 que 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 (pactuação esta, porém, que vem sendo cumprida com dificuldades).

Além disso, os gestores de saúde 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, do 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 e compatibilizadas 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 e 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 e a proporção dos casos atendidos em relação aos que procuraram a unidade, dos casos corretamente diagnosticados e dos casos tratados no mesmo turno de chegada do usuário ao serviço, além do número de preservativos distribuídos, testagens realizadas, comparecimento aos retornos agendados, contatos sexuais captados e precocidade da busca por atenção em relação ao período 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.

2.5. Referências

BALDIN-DAL POGETTO, M. R.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. 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**, [S.l.], v. 19, n. 3, p. 493-499, mai-jun. 2011.

BARBOSA, M. J.; MOHERDAUI, F.; PINTO, V. M.; RIBEIRO, D. et al. Prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection in men attending STD clinics in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [S.l.], v. 43, p. 500-503, 2010.

BASTOS, F. I. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

BENZAKEN, A. S.; SALES, D. N.; PALHETA JR, J. I. L. et al. 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. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 22, n. 3, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 108, 9 jun. 2014. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 23 abr. 2015.

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). **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n. 249, 28 dez. 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/ aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 196 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

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. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 23 abr. 2015.

CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A. et al. 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.**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 101-106, mar. 2002.

CODES, J. S.; COHEN, D. A.; MELO, N. A. et al. 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**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 325-334, fev. 2006.

FERNANDES, A. M. S.; DAHER, G.; NUZZI, R. X. P. et al. 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.**, [S.l.], v. 31, n. 5, p. 235-240, maio 2009.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S. et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras/Prevalence of chlamydia and gonorrhea infections in pregnant women in six Brazilian cities. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 614-619, dez. 2008.

KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2009.

MARTINS, T. A.; BELLO, P. Y.; PONTES, L. R. S. K et al. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará?/Are sexually transmitted diseases a problem to pregnant women in Ceará? **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 50-58, 2004.

MIRANDA, A. E.; RIBEIRO, D.; REZENDE, E. F. et al. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro, Brasil, 2007. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013.

PIAZZETTA, R. C.; PASSAGNOLO, S.; CARVALHO, N. S. et al. Prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* em mulheres jovens sexualmente ativas em uma cidade do Sul do Brasil/Prevalence of *Chlamydia Trachomatis* and *Neisseria Gonorrhoeae* infections in sexual active young women at a Southern Brazilian city. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, [S.l.], v. 33, n. 11, p. 328-333, nov. 2011.

PINTO, V. M.; SZWARCOWALD, C. L.; BARONI, C. et al. *Chlamydia trachomatis* prevalence and risk behaviors in parturient women aged 15 to 24 in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, [S.l.], v. 38, p. 957-961, 2011.

RODRIGUES, M. M.; FERNANDES, P.; HADDAD, J. P. et al. Frequency of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma* species in cervical samples. **J. Obstet. Gynaecol.**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 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, p. S19-S26, 2011.

SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids Hepatites Virais, 2009.

TRAVASSOS, A. G.; BRITES, C.; NETTO, E. M. et al. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. **Braz. J. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 16, n. 6, p. 581-5, nov.-dez. 2012.

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

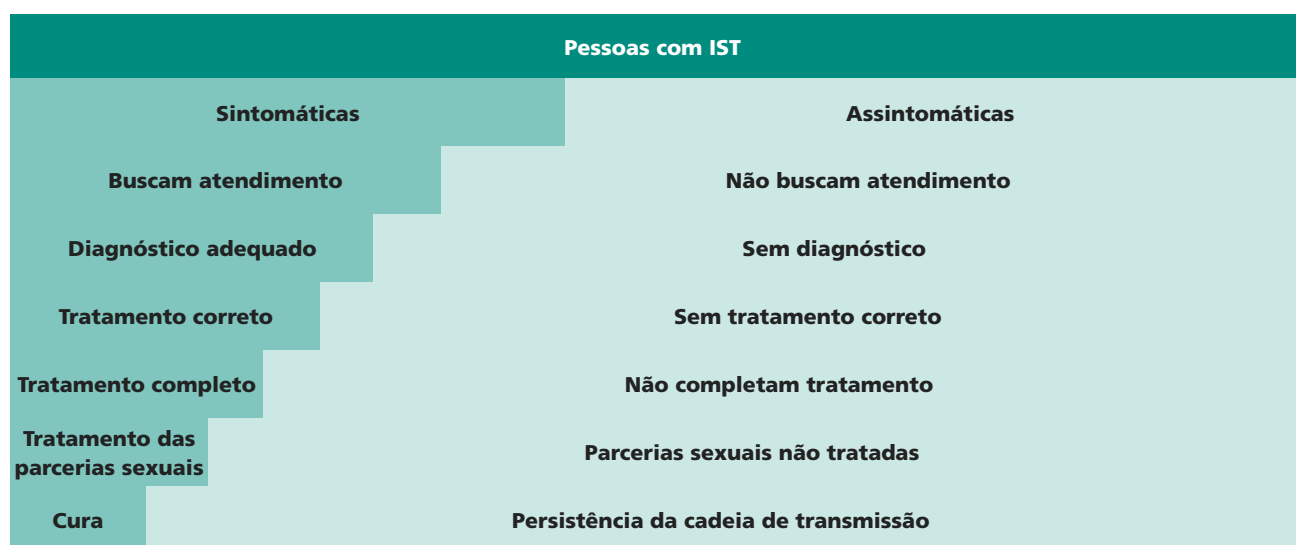
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html. Acesso em: 5 fev. 2014.

3. Estratégia de atenção integral às pessoas com IST e suas parcerias sexuais

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas (maioria) ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST diagnosticada ou tratada corretamente. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a reinfeção.

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

Figura 2 – Barreira ao controle de IST: perdas em 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.

As infecções assintomáticas afetam particularmente jovens, HSH e profissionais do sexo, populações estas sem acesso aos serviços de saúde. Destaca-se a importância da atenção às gestantes, visando à prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais.

A duração e a transmissibilidade das infecções são maiores quando o acesso ao tratamento é menor. A vigilância epidemiológica e o manejo dos contatos sexuais também são estratégias para alcançar e tratar todas as pessoas infectadas.

Todas essas intervenções devem ser acompanhadas da promoção da busca adequada aos 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, além de estar inseridos em uma rede de atenção que possibilite o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.

A **prevenção combinada das IST** contempla diversas ações de prevenção e assistência, distribuídas 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 triagem e tratamento das seguintes IST assintomáticas: sífilis latente recente e tardia, infecções por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* em mulheres, HIV e hepatites virais B e C. 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 (com laboratório)	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, sífilis e hepatites virais • Vacinação para HBV e HPV • Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicada • Profilaxia pós-exposição às IST em violência sexual • Redução de danos 	<ul style="list-style-type: none"> • Triagem para clamídia para gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível • Triagem para sífilis, gonorreia, clamídia, hepatites virais B e C e HIV para pessoas com IST e populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/ transexuais e pessoas que usam drogas), quando disponível • Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, conforme recomenda o PCDT⁴ do MS para prevenção da transmissão vertical • Tratamento das infecções identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Condutas baseadas em fluxogramas: ✓ 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 assintomáticas) • Notificação das IST, conforme a Portaria nº 1.271/2014. Os demais agravos são notificados de acordo com recomendações dos estados/municípios, quando existentes. 		

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

4 PCDT para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais, disponível em www.aids.gov.br/publicacoes.

O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato, com o menor tempo de espera possível, podendo este 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 nos 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 e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes das infecções.

3.1. 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 necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino. Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes. 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 e a adesão ao tratamento. Para tanto, é necessário promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

No caso de outras doenças (diabetes, dermatoses e imunodeficiências, entre outras), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais são aspectos a serem abordados durante a anamnese. Nesse momento, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para as pessoas até 49 anos de idade, disponível no SUS, o que representa uma medida de controle e de prevenção segura, eficaz e de impacto contra esse agravo.

Além disso, recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, também 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 (as quais necessitam de prescrição médica a ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

3.1.1. Oferta de preservativos

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às 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 regular 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 experimentadas principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso da camisinha com a parceria sexual.

Esses insumos devem ser disponibilizados como parte da rotina de atendimento. As orientações adequadas para uso e conservação dos preservativos masculino e feminino estão detalhados nos Quadros 6, 7, 8 e nas Figuras 3 e 4.

Quadro 6 – Cuidados com o preservativo masculino

- Armazenar longe do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- Deve ser colocado antes da penetração, durante a ereção peniana;
- A extremidade do preservativo deve ser mantida apertada entre os dedos durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;
- Ainda segurando a ponta do preservativo, deve-se desenrolá-lo até a base do pênis;
- Devem-se usar apenas lubrificantes de base aquosa (gel lubrificante), pois a utilização de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, ocasionando sua ruptura. O gel lubrificante facilita o sexo anal e reduz as chances de lesão;
- Em caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente;
- Após a ejaculação, retirar o pênis ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma;
- O preservativo não pode ser reutilizado e deve ser descartado no lixo (não no vaso sanitário) após o uso.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadro 7 – Fatores que contribuem para ruptura ou escape do preservativo masculino

- Más condições de armazenamento;
- Não observação do prazo de validade;
- Danificação da embalagem;
- Lubrificação vaginal insuficiente;
- Sexo anal sem lubrificação adequada;
- Uso de lubrificantes oleosos;
- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo;
- Tamanho inadequado em relação ao pênis;
- Perda de ereção durante o ato sexual;
- Contração da musculatura vaginal durante a retirada do pênis;
- Retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo;
- Uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre ambos);
- Uso de um mesmo preservativo durante coito prolongado.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Figura 3 – Colocação do preservativo masculino

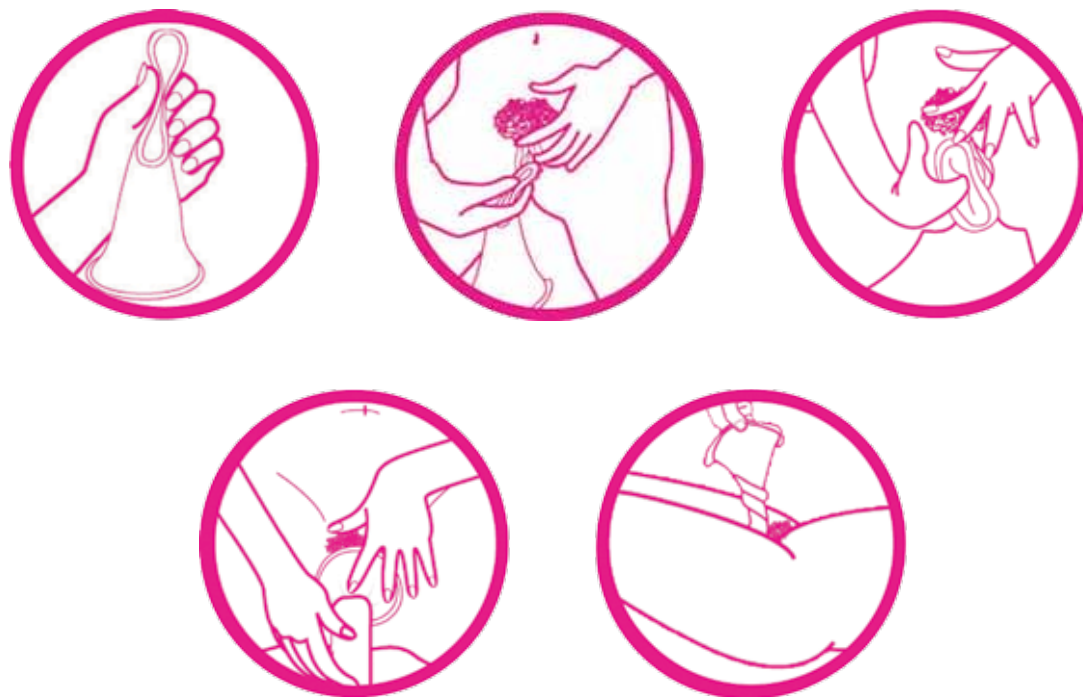
Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quadro 8 – Cuidados com o preservativo feminino

- Armazenar longe do calor, observando-se a integridade da embalagem e prazo de validade;
- Não usar juntamente com o preservativo masculino;
- Ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação e retirado com tranquilidade após o coito, de preferência antes de a mulher levantar-se, para evitar que o esperma esorra do interior do preservativo;
- Já vem lubrificado;
- Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada);
- O anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina. Com o dedo indicador, ele é empurrado o mais profundamente possível, para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração, o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;
- Um novo preservativo deve ser utilizado a cada nova relação.

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Figura 4 – Colocação do preservativo feminino



Fonte: DDAHV/SVS/MS

3.2. Abordagem às parcerias sexuais

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

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação, aqueles(as) com as quais a pessoa infectada tenha se relacionado sexualmente, conforme a descrição 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 às parcerias sexuais pode ser realizada por meio dos 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 1). O cartão consiste de duas partes: a parte A é retida pela unidade que a preencheu, e a parte B entregue ao caso-índice que, por sua vez, a 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 com solicitação de comparecimento ao serviço de saúde, nome e endereço da unidade de saúde para o atendimento, 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-se então ao 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 a utilização de algumas redes sociais.

Comunicação por busca ativa

Essa modalidade só poderá ser executada quando se esgotarem todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço. Cada unidade deve implementar as atividades do sistema progressivamente, conforme 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 priorizados para **busca ativa**.

Princípios para comunicação das parcerias sexuais

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

Confidencialidade: 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 quando 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 o procedimento. Pode acontecer de o caso-índice se recusar a fazer a comunicação ou a impedir o ato 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 realizar a comunicação, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.

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

3.3. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

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. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

LOW, N.; BROUTET, N.; ADU-SARKODIE, Y. et al. Global control of sexually transmitted infections. **Lancet**, [S.l.], v. 368, n. 9551, p. 2001-16, 2 dez. 2006.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice**. Geneva: WHO, 2005.

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

4. Manejo integral: triagem e tratamento das IST assintomáticas

As infecções, como a sífilis (em especial, a latente), a gonorreia e a clamídia em mulheres, as hepatites virais B e C e a infecção pelo HIV, são frequentemente assintomáticas. Quando não detectadas, levam a complicações mais graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e aids.

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

- Triagem para clamídia em gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível;
- Triagem para sífilis, gonorreia, clamídia, hepatites virais B e C e HIV em pessoas com IST e populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas), quando disponível;
- Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, conforme recomenda o PCDT do MS para prevenção da transmissão vertical (disponível em www.aids.gov.br/publicacoes);
- Tratamento das infecções identificadas;
- Tratamento das parcerias sexuais para a(s) mesma(s) infecção(ões) apresentadas pelo caso índice, independentemente da presença de sinais ou sintomas.

Na ausência de testagem de rotina, a conduta a ser adotada antes do surgimento de complicações é, como já mencionado, tratar as parcerias sexuais com os mesmos medicamentos utilizados para o caso-índice, mesmo que estes não apresentem nenhum sinal ou sintoma, como descrito no **Capítulo 3** – Estratégia de atenção integral às pessoas com IST e suas parcerias sexuais.

Com o propósito de chamar atenção para esses fatos e estimular a triagem e o tratamento, os seguintes agravos foram agrupados neste capítulo:

- Sífilis latente;
- Gonorreia e clamídia em mulheres;
- Hepatites virais B e C;
- Infecção pelo HIV.

4.1. Sífilis latente

4.1.1. 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 é realizado exclusivamente por meio de testes imunológicos.

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).

4.1.2. Tratamento da sífilis latente

A penicilina é o medicamento 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.

A maioria dos diagnósticos é realizada nessa fase, com a utilização de métodos sensíveis e específicos. Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial da sífilis, consulte o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

4.2. Gonorreia e clamídia em mulheres: cervicites

4.2.1. Definição e etiologia

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Os agentes etiológicos mais frequentes são *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*.

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

4.2.2. 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: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.

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 ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

A oftalmia neonatal, definida como conjuntivite purulenta do RN, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela *N. gonorrhoeae*. Por isso a doença 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 infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu 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 o é contra *C. trachomatis*. Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical situa-se entre 30% e 50%, tanto para *N. gonorrhoeae* como para *C. trachomatis*.

4.2.3. Métodos diagnósticos para gonorreia e clamídia em mulheres

Estudo multicêntrico nacional de 2011 observou elevada prevalência (9,8%; IC 95% 8,5-11,1), com diferenças regionais, de infecção por clamídia em parturientes jovens entre 15 e 24 anos de idade, e recomendou que a triagem no pré-natal fosse adotada nesse grupo no Brasil. No entanto, os critérios de risco para a identificação de *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. A cervicite gonocócica pode ser diagnosticada pela cultura do gonococo em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), a partir de amostras endocervicais. O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* pode ser feito por um método de biologia molecular (NAAT)⁵.

A captura híbrida é outro método de biologia molecular; embora menos sensível que os NAAT, avalia qualitativamente a presença do patógeno. Se o resultado mostrar infecção por algum desses patógenos, o tratamento apropriado deve ser instituído, referindo-se as parcerias sexuais para avaliação e tratamento. A imunofluorescência direta tem leitura subjetiva, exige microscópio e profissionais bem treinados, sendo que a sensibilidade está aquém do esperado.

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.

Quanto à **oftalmia neonatal** gonocócica, o uso do esfregaço corado de exsudato conjuntival pelo método de Gram é altamente sensível e específico. A utilização do corante Giemsa em células epiteliais da conjuntiva pode permitir o reconhecimento de inclusões intracitoplasmáticas de *C. trachomatis*; porém, essa técnica é de difícil aplicação na atenção básica.

Outra opção diagnóstica é a imunofluorescência direta (IFD), exame útil para a 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 criança com oftalmia neonatal deve receber tratamento para gonococo (principalmente) e clamídia. A conjuntivite pode ser também um marcador de uma infecção neonatal generalizada. Deve ser excluída infecção sistêmica, instituindo-se medidas para prevenção de infecção hospitalar. A mãe e a parceria sexual devem ser tratadas para gonorreia e infecção por clamídia, submetidas a exame genital e testadas para sífilis, HIV e HBV.

4.2.4. Tratamento para gonorreia e clamídia

O Quadro 9 apresenta os esquemas terapêuticos para a infecção por gonorreia e clamídia, e o Quadro 10 detalha a conduta para prevenção e tratamento da oftalmia neonatal.

⁵ Não está disponível no SUS até o momento.

Quadro 9 – Tratamento para gonorreia e clamídia

	Tratamento de escolha
Infecção anogenital não complicada (uretra, colo do útero e reto)	<p>Ciprofloxacina^a 500 mg, VO, dose única, MAIS</p> <p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU</p> <p>Ceftriaxona^{b,c} 500 mg, IM, dose única, MAIS</p> <p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>Em menores de 18 anos e gestantes: A ciprofloxacina é contraindicada, sendo a ceftriaxona o medicamento de escolha</p>
Infecção gonocócica não complicada da faringe	<p>Ceftriaxona^c 500 mg, IM, dose única MAIS</p> <p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p>
Infecção gonocócica disseminada	<p>Ceftriaxona^c 1g IM ou IV /dia</p> <p>Manter até 24-48h após a melhora, quando o tratamento pode ser trocado para ciprofloxacina 500 mg, VO, 2xdia, completando ao menos 7 dias de tratamento</p>
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona ^c 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	<p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU</p> <p>Amoxicilina (500 mg, VO, 3xdia, 7 dias)</p>

Notas:

^a O uso da ciprofloxacina está contraindicado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos, os quais demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual ou maior que 5%, limite determinado internacionalmente para aceitação do uso de um antibiótico.

^b A recomendação é que nos estados acima não mais se utilize a ciprofloxacina, substituindo 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).

^c Na indisponibilidade de ceftriaxona, poderá ser utilizada outra cefalosporina de terceira geração no tratamento de infecção pelo gonococo, como a cefotaxima 1000mg IM, dose única.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Quadro 10 – Prevenção e tratamento de oftalmia neonatal

Condição clínica	Tratamento
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 25-50 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 indica a instilação local de penicilina; • Nos casos de resposta terapêutica não satisfatória, considerar a hipótese de infecção simultânea por clamídia. 	

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

4.3. Hepatites virais

As hepatites virais são 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 sua morbimortalidade e via de transmissão comum a outras IST. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta. São de grande importância para a saúde pública, em razão do número de pessoas acometidas, transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações.

Estima-se que existam 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 das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece o diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

4.3.1. 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 das pessoas infectadas.

Aproximadamente 5% a 10% das pessoas infectadas tornam-se portadoras crônicas do HBV (do inglês *Hepatitis B Virus*). 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 condição 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 (ex.: em uma gota de sangue). Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas de 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 das pessoas 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, com aproximadamente 10.000 novos casos 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.

4.3.2. Hepatite C

A hepatite C é uma infecção de transmissão principalmente parenteral. A história natural do HCV é marcada pela evolução silenciosa. Muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção, e os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas.

O risco de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV, do inglês *Hepatitis C virus*) está aumentando em determinadas populações, como usuários de drogas intravenosas ou usuários de cocaína inalada que compartilham os equipamentos de uso, e atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, entre outros, que, não obedecendo às normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea.

A transmissão sexual do HCV é pouco frequente e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que têm relações sexuais sem preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de outras IST, especialmente com úlceras na região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV, constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH. Há também a possibilidade de transmissão vertical, em uma menor parcela dos casos.

A testagem para HCV deve ser solicitada para os indivíduos em situações de risco, como: nascidos antes de 1975, receptores de transfusão de sangue e hemoderivados ou transplantes de órgãos antes de 1993, usuários de drogas e parcerias sexuais, nascidos de mãe portadora de hepatite C, contatos domiciliares de portadores, pessoas com tatuagens ou que colocaram piercings, pacientes em hemodiálise, portadores de cirrose hepática, câncer hepático ou doença hepática sem etiologia definida, pessoas com diagnóstico de IST ou que fizeram sexo desprotegido. Não há recomendação para testagem de rotina na população geral.

4.3.3. Métodos diagnósticos das hepatites B e C

- O diagnóstico das hepatites virais B e C baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoensaios, e/ou na detecção do ácido nucleico viral, empregando técnicas de biologia molecular;

- Para mais informações sobre o manejo clínico e tratamento do paciente portador de hepatites B e C, além de outras hepatites virais, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas correspondente, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

4.4. Infecção pelo HIV

As IST são fator de risco para aquisição e transmissão do HIV. Estudos demonstram que pessoas com IST e infecções não ulcerativas do trato reprodutivo têm um risco aumentado em três a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o qual sobe para 18 vezes se a doença cursa com úlceras genitais.

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) é o tempo para o surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos definem a aids.

Para mais informações sobre a infecção pelo HIV/aids, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas correspondente, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

4.4.1. Métodos diagnósticos da infecção pelo HIV

As estratégias para testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, fornecer uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão.

Em 17 de dezembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 29, que normatiza a testagem para o HIV. Nessa portaria, são apresentados seis algoritmos que permitem o diagnóstico seguro da infecção. Dois dos algoritmos recomendados baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR), que são imunoensaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Existem também situações e locais nos quais o DDAHV/SVS/MS recomenda a utilização de TR.

Para mais informações, consulte o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes> e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

4.5. Triagem de IST na gestação

A presença de IST na gestação, além do sofrimento materno, pode causar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN.

Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz, mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, ampliação da cobertura de testagem e tratamento, entre outros).

Seguem informações relevantes sobre a triagem de IST na gestação:

- HIV: na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Porém, 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 TR para HIV;
- Sífilis: 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: deve-se proceder à investigação da infecção pelo HBV na gestante com pesquisa do HbsAg, durante o primeiro trimestre da gestação ou quando do início do pré-natal. A conduta diante do resultado positivo ou negativo deve seguir o PCDT para prevenção da transmissão de HIV, sífilis e hepatites virais do MS (disponível em www.aids.gov.br/publicacoes).
- Hepatite C: não é recomendada a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal, devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes e à ausência de imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. Assim sendo, a pesquisa do HCV deve ser realizada apenas em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, uso de drogas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, hemodiálise, alteração de provas de função hepática sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.
- Vaginose bacteriana: diagnóstico na gestação com risco de parto pré-termo, visando à redução dos efeitos adversos perinatais;
- Tricomoníase: não é recomendada;
- Infecção pelo HSV-2: não é recomendada;
- Clamídia: quando disponível, para gestantes de 15 a 24 anos;
- Gonorreia: quando disponível, para gestantes de 15 a 24 anos.
- O manejo das IST mencionadas está contemplado nos capítulos específicos deste documento. Recomendações sobre HPV na gestação serão abordadas na seção específica.

Em face de todas as medidas disponíveis para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais e da continuada incidência de casos, o Ministério da Saúde recomenda a instituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical nos estados e municípios, visando identificar falhas e subsidiar intervenções. Para viabilizar a atuação dos comitês, foi disponibilizado instrumento de referência, como o “Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical”, disponível no endereço <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

4.6. Referências

BENZAKEN, A. S.; GALBAN, E. G.; ANTUNES, W. et al. Diagnosis of gonococcal infection in high risk women using a rapid test. **Sex. Transm. Infect.**, [S.l.], v. 82, Suppl. 5, p. v26-8, dez. 2006.

BENZAKEN, A. S.; SALES, D. N.; PALHETA JR, J. I. L. et al. 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. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 22, n. 3, 2010.

BLEICH, A. T.; SHEFFIELD, J. S.; WENDEL JR, G. D. et al. Disseminated gonococcal infection in women. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 119, p. 597-602, 2012.

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

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2. ed.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/>. Acesso em 20 de Agosto de 2015.

CHISHOLM, S. A.; MOUTON, J. W.; LEWIS, D. A. et al. Cephalosporin MIC creep among gonococci: time for a pharmacodynamic rethink? **J. Antimicrob. Chemother.**, [S.l.], v. 65, n. 10, p. 2141-2148, out. 2010.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. American Academy of Pediatrics. Gonococcal Infections. In: PICKERING, L. (Ed.). **Red book: 2012 report of the committee on infectious diseases**. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012. 29. ed., p. 336-344.

DARVILE, T. *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcus). In: KLEIGMAN, R. M. (Ed.). **Nelson Textbook of Pediatrics**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2011. 19. ed., p. 935-940.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2010**. Stockholm: ECDC, 2012. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1206-Gonococcal-AMR.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

FLEMING, D. T.; WASSERHEIT, J. N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. **Sex Transm Infect.**, [S.l.], v. 75, n. 1, p. 3-17, fev. 1999.

HAIMOVICI, R.; ROUSSEL, T. J. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. **Am. J. Ophthalmol.**, [S.l.], v. 107, n. 5, p. 511-4, 15 maio 1989.

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**. New York: McGraw-Hill, 1999, 3. ed., p. 451-66.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S. et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras/Prevalence of Chlamydia and Gonorrhoea infections in pregnant women in six Brazilian cities. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 614-619, dez. 2008.

KOJIMA, M.; MASUDA K., YADA, Y. et al. Single-dose treatment of male patients with gonococcal urethritis using 2g spectinomycin: microbiological and clinical evaluations. **Int. J. Antimicrob. Agents**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 50-4, jul. 2008.

PINTO, V. M.; SZWARCOWALD, C. L.; BARONI, C. et al. Chlamydia trachomatis prevalence and risk behaviors in parturient women aged 15 to 24 in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, [S.l.], v. 38, p. 957-961, 2011.

PORTILLA, I.; LUTZ, B.; MONTALVO, M. et al. Oral cefixime versus intramuscular ceftriaxone in patients with uncomplicated gonococcal infections. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 94-8, mar.-abr. 1992.

SIMPSON, M.L.; M.Y.; KHAN, SIDDQUI, Y.; GRUNINGER, R.P.; WIGREN, D. I. Treatment of gonorrhea: comparison of cefotaxime and penicillin. *Antimicrob Agents Chemother.* 1981 May; 19(5): 798-800.

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

5. 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 agentes etiológicos bem estabelecidos, facilitando a escolha dos testes diagnósticos e do tratamento.

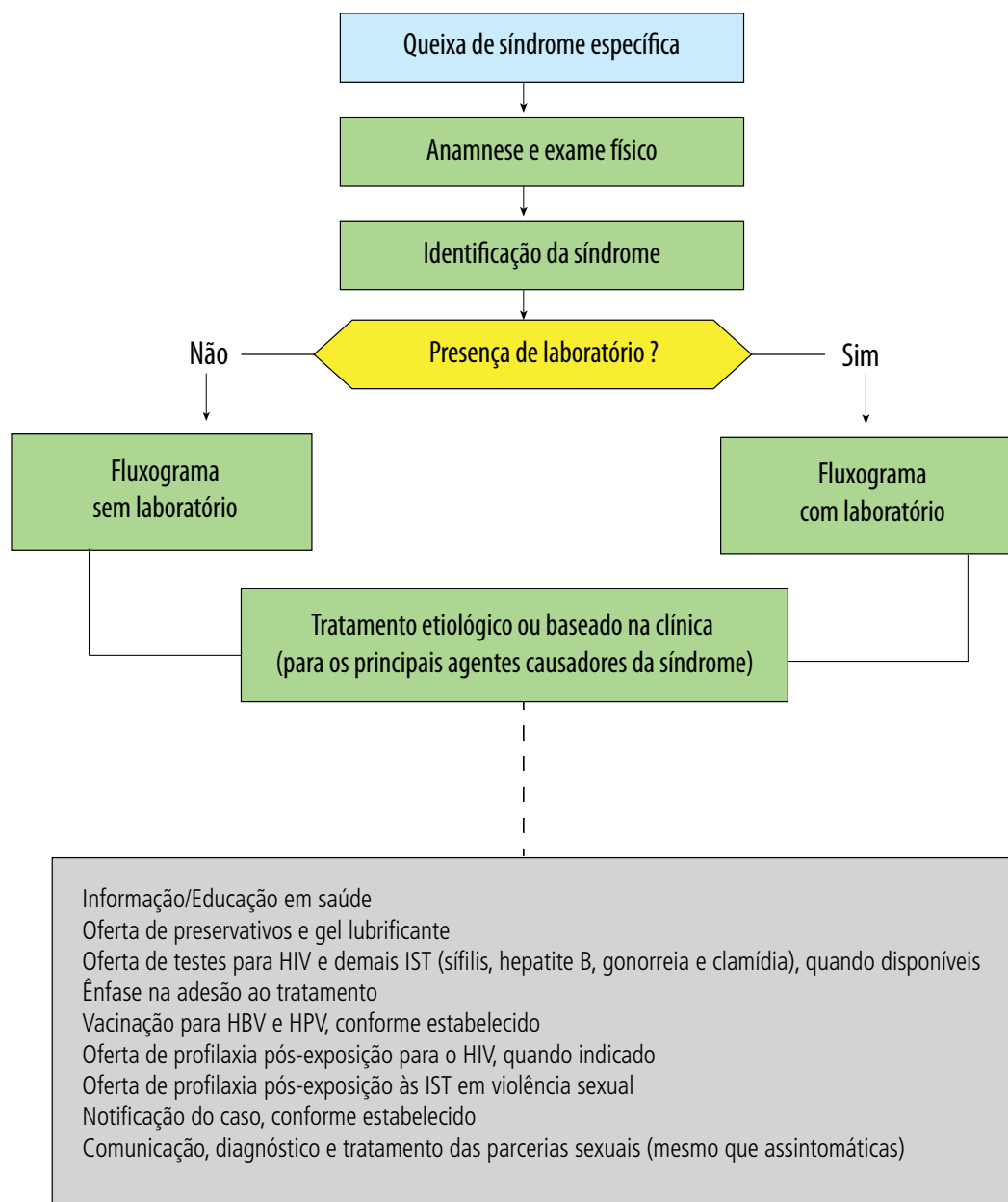
Em locais com recursos limitados, é possível manejar o caso com ou sem laboratório básico. Na situação em que não há laboratório, as condutas são acompanhadas de menor especificidade, existindo a possibilidade de tratamento desnecessário.

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 (ex.: corrimento vaginal) em que são recomendados exame especular e testes mínimos, sem os quais é impossível o adequado manejo do caso. Em outras (ex.: DIP), a conduta mais indicada é a instituição de tratamento imediato, considerando-se a urgência da intervenção. As condutas baseadas apenas no diagnóstico ou impressão clínica não são recomendadas, por causa de sua baixa sensibilidade e especificidade.

Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve, idealmente, incluir também o diagnóstico de infecções assintomáticas (estratégias complementares), discutido anteriormente. Estudos sobre a frequência dos agentes etiológicos nas diferentes síndromes são indispensáveis, devendo fazer parte da vigilância epidemiológica sistemática em cada região.

O manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma, com e sem a utilização de testes laboratoriais, é apresentado na Figura 5. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequado. Na sequência, o Quadro 11 apresenta as principais manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos.

Figura 5 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Quadro 11 – Manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	<i>Chlamydia trachomatis</i>	LGV
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital ^a
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Donovanose
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por Clamídia
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
DIP	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Bactérias facultativas anaeróbias (ex: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenza</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i>) Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipertonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado ^a
Notas:		
^a não são infecções curáveis, porém tratáveis		
^b são infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não sendo consideradas IST		

Fonte: DDAHV/SVS/MS

5.1. Corrimento vaginal

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva, podendo ser acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, com informações sobre comportamentos e práticas sexuais, características do corrimento, consistência, cor e odor, data da última menstruação, práticas de higiene, agentes irritantes locais, medicamentos tópicos ou sistêmicos. Durante o exame físico, além das características do corrimento, o profissional deve observar ainda a existência de ulcerações e/ou eritema.

É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico. O termo **Infecções do Trato Reprodutivo (ITR)** é utilizado para descrever:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e agentes da vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- Infecções sexualmente transmissíveis (tricomoníase).

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres frequentemente não produzem corrimento, sendo que as indicações para o seu manejo, diagnóstico e tratamento estão abordados em capítulo específico deste protocolo. O texto a seguir tratará apenas dos corrimentos causados pelos demais agentes etiológicos.

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, por exemplo, a necessidade de tratamento de parcerias sexuais. Casos de violência doméstica e outros impactos sobre o relacionamento entre parcerias sexuais são comuns, quando uma infecção endógena ou iatrogênica é erroneamente rotulada como uma IST.

5.1.1. Etiologia do corrimento vaginal

O corrimento vaginal ocorre por múltiplos agentes etiológicos, que incluem:

- Vaginose bacteriana: decorrente do desequilíbrio da microbiota vaginal, sendo causada pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Prevotella sp.*, *G. vaginalis*, *Ureaplasma sp.* e *Mycoplasma sp.*);
- Candidíase vulvovaginal: causada por *Candida spp.* (geralmente *C. albicans* e *C. glabrata*);
- Tricomoníase: causada por *T. vaginalis*.

As causas não infecciosas do corrimento vaginal incluem: material mucoide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (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 (líquen simples crônico, psoríase).

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

5.1.2. Aspectos específicos do corrimento vaginal

5.1.2.1. Candidíase vulvovaginal

É a infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e digestiva, o qual cresce quando o meio se torna favorável ao seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão, visto que esses microrganismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80% a 90% dos casos são devidos à *C. 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 microrganismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões.

Os sinais e sintomas podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- Disúria;
- Dispareunia;
- Corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- Hiperemia;
- Edema vulvar;
- Fissuras e maceração da vulva;
- Placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrando a vagina e colo uterino.

Existem fatores que predis põem à infecção vaginal por *Candida sp.*, entre os quais podem-se destacar:

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

As parcerias sexuais 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, têm indicação de tratamento com agentes tópicos).

A **candidíase vulvovaginal recorrente (quatro ou mais episódios sintomáticos em um ano)** afeta 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. Entre mulheres vivendo com HIV, baixas contagens de linfócitos T-CD4+ e altas cargas virais estão associadas com incidência aumentada de vulvovaginite por *Candida spp.* O tratamento é o mesmo recomendado para pacientes não infectados pelo HIV.

Os episódios 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 13.

O diagnóstico do 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.

5.1.2.2. Vaginose bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal normal, com diminuição acentuada ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus spp*) e aumento de bactérias anaeróbias (*Prevotella sp.* e *Mobiluncus sp.*), *G. vaginalis*, *Ureaplasma sp.*, *Mycoplasma sp.*, e outros. É a causa mais comum de corrimento vaginal, afetando cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na atenção básica. Em alguns casos, pode ser assintomática.

Os sinais e sintomas incluem:

- Corrimento vaginal 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 é uma infecção de transmissão sexual, mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas (o contato com o espermatozóide que apresenta pH elevado contribui para o desequilíbrio da microbiota vaginal). O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

A vaginose bacteriana aumenta o risco de aquisição das IST (incluindo o HIV), e pode 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 mulheres sintomáticas, grávidas, na presença de comorbidades, ou 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 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 corada por Gram.

5.1.2.3. Tricomoníase

A tricomoníase é causada pelo *T. 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.

Os sinais e sintomas são:

- Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;
- Prurido e/ou irritação vulvar;
- Dor pélvica (ocasionalmente);
- Sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- Hiperemia da mucosa (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).

O diagnóstico da tricomoniase é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice, por exame bacterioscópico a fresco ou pela coloração de Gram, Giemsa, Papanicolaou, entre outras.

Na tricomoniase vaginal pode haver alterações morfológicas celulares, alterando a classe do exame citopatológico, o qual deve ser repetido três meses após o tratamento para avaliar a persistência das alterações.

5.1.3. Métodos diagnósticos para corrimento vaginal

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

1. **pH vaginal:** normalmente 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 os valores e as infecções correspondentes:

pH > 4,5: vaginose bacteriana ou tricomoniase

pH < 4,5: candidíase vulvovaginal

2. **Teste de Whiff (teste das aminas ou “do cheiro”):** coloca-se uma gota de KOH a 10% sobre o conteúdo vaginal depositado numa lâmina de vidro. Se houver a eliminação de “odor de peixe”, o teste é considerado positivo e sugestivo de **vaginose bacteriana**.
3. **Exame a fresco:** em lâmina de vidro, faz-se um esfregaço com amostra de material vaginal e uma gota de salina, cobrindo-se a preparação com lamínula. O preparado é examinado sob objetiva com aumento de 400x, observando-se 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**.

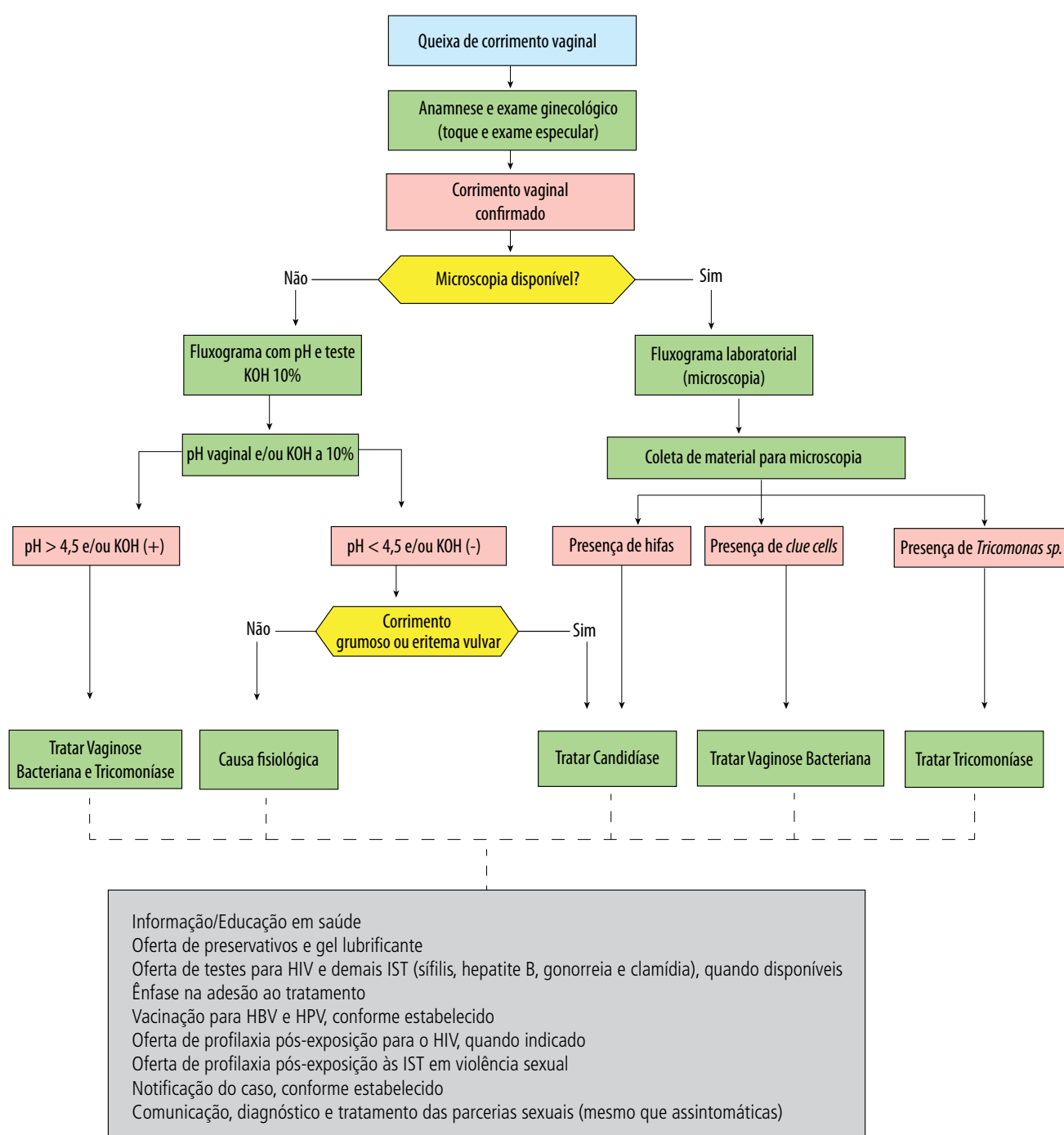
4. **Bacterioscopia por coloração de Gram:** a presença de *clue cells*, células epiteliais escamosas de aspecto granular pontilhado e bordas indefinidas cobertas por pequenos e numerosos cocobacilos, é típica de vaginose bacteriana.

Para mais informações sobre os métodos diagnósticos para corrimento vaginal, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

5.1.4. Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal

A Figura 6 apresenta fluxograma para o manejo do corrimento vaginal.

Figura 6 – Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



5.1.5. Tratamento para corrimento vaginal

O Quadro 12 apresenta as opções terapêuticas do tratamento para corrimento vaginal.

Quadro 12 – Tratamento para corrimento vaginal

	Primeira opção	Segunda opção	Tratamento em gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase vulvovaginal	Miconazol ^a 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 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, 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 150 mg, VO, 1xdia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1xsemana, 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 ^b 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, 1 comprimido VO, 3xdia, por 7 dias	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1xdia 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 ^b 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g), VO, dose única OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por 7 dias		Metronidazol ^d 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2 g) OU Metronidazol ^d 400 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 7 dias OU Metronidazol ^d 250 mg, 1 comprimido, VO, 3xdia, 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:

- 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, por sua baixa eficácia;
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais;
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.

^a Outros derivados imidazólicos em creme ou óvulos (ex.: clotrimazol creme vaginal a 1% ou óvulos 100 mg, tioconazol creme vaginal a 6,5% ou óvulos 300 mg) têm eficácia semelhante ao miconazol creme vaginal a 2%, que é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).

^b 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).

^c A clindamicina creme vaginal, alternativa ao metronidazol gel vaginal, não se encontra disponível na Rename (2013).

^d As gestantes com infecção por *T. vaginalis* deverão ser tratadas independentemente de sua idade gestacional, já que essa IST está associada com rotura prematura de membranas, parto pré-termo e RN de baixo peso ao nascimento.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

5.2. Corrimento uretral

As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral pode ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a 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 irregular de preservativos.

5.2.1. Etiologia do corrimento uretral

Os agentes etiológicos mais importantes do corrimento uretral são a *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis*. Outros agentes, como *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), *M. genitalium*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês *Herpes Simplex Virus*), adenovírus e *Candida spp.* são menos frequentes. Causas traumáticas (produtos e objetos utilizados na prática sexual) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de corrimento uretral.

5.2.2. Aspectos específicos do corrimento uretral

5.2.2.1. Uretrite gonocócica

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado pela *N. 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 (membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva).

A gonorreia é frequentemente assintomática em mulheres e também 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% e/ou disúria (> 50%). O período de incubação é cerca de dois a cinco dias após a infecção.

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 geralmente 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 habitualmente 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.

5.2.2.2. 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 *C. trachomatis*, *U. urealyticum*, *M. hominis* e *T. vaginalis*, entre outros.

A infecção por clamídia no homem é 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.

A uretrite não gonocócica 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.

5.2.2.3. Uretrites persistentes

Os pacientes com diagnóstico de uretrite devem retornar ao serviço de saúde entre sete e dez dias após o término do tratamento. Os sinais e sintomas persistentes ou recorrentes de uretrite podem resultar de resistência bacteriana, tratamento inadequado, não adesão ao tratamento e reinfeção. Nesses casos, deve-se realizar a avaliação, principalmente, por meio da história clínica. Descartadas

tais situações, devem-se pesquisar agentes não suscetíveis ao tratamento anterior (ex.: *T. vaginalis*, *M. genitalium* e *U. urealyticum*).

Outras causas não infecciosas de uretrites, como trauma (ordenha continuada), instrumentalização e inserção de corpos estranhos intrauretrais ou parauretrais (*piercing*s), e irritação química (uso de certos produtos lubrificantes e espermicidas) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de uretrites persistentes.

5.2.3. Métodos diagnósticos para 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 ;
- Teste positivo de esterase leucocitária na urina de primeiro jato ou exame microscópico de sedimento urinário de primeiro jato, apresentando ≥ 10 PMN por campo.

Se nenhum dos critérios acima estiver presente, a pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* pode ser realizada pelos NAAT⁶, métodos de biologia molecular que têm elevada sensibilidade e especificidade quando comparados com os demais e podem identificar essas infecções associadas. Esses métodos, entretanto, exigem sofisticada estrutura laboratorial, profissionais com qualificação em técnicas de biologia molecular, e são onerosos.

A captura híbrida é outro método de biologia molecular; embora menos sensível que os NAAT, avalia qualitativamente a presença do patógeno. Se o resultado mostrar infecção por algum desses patógenos, o tratamento apropriado deve ser instituído, referindo-se as parcerias sexuais para avaliação e tratamento.

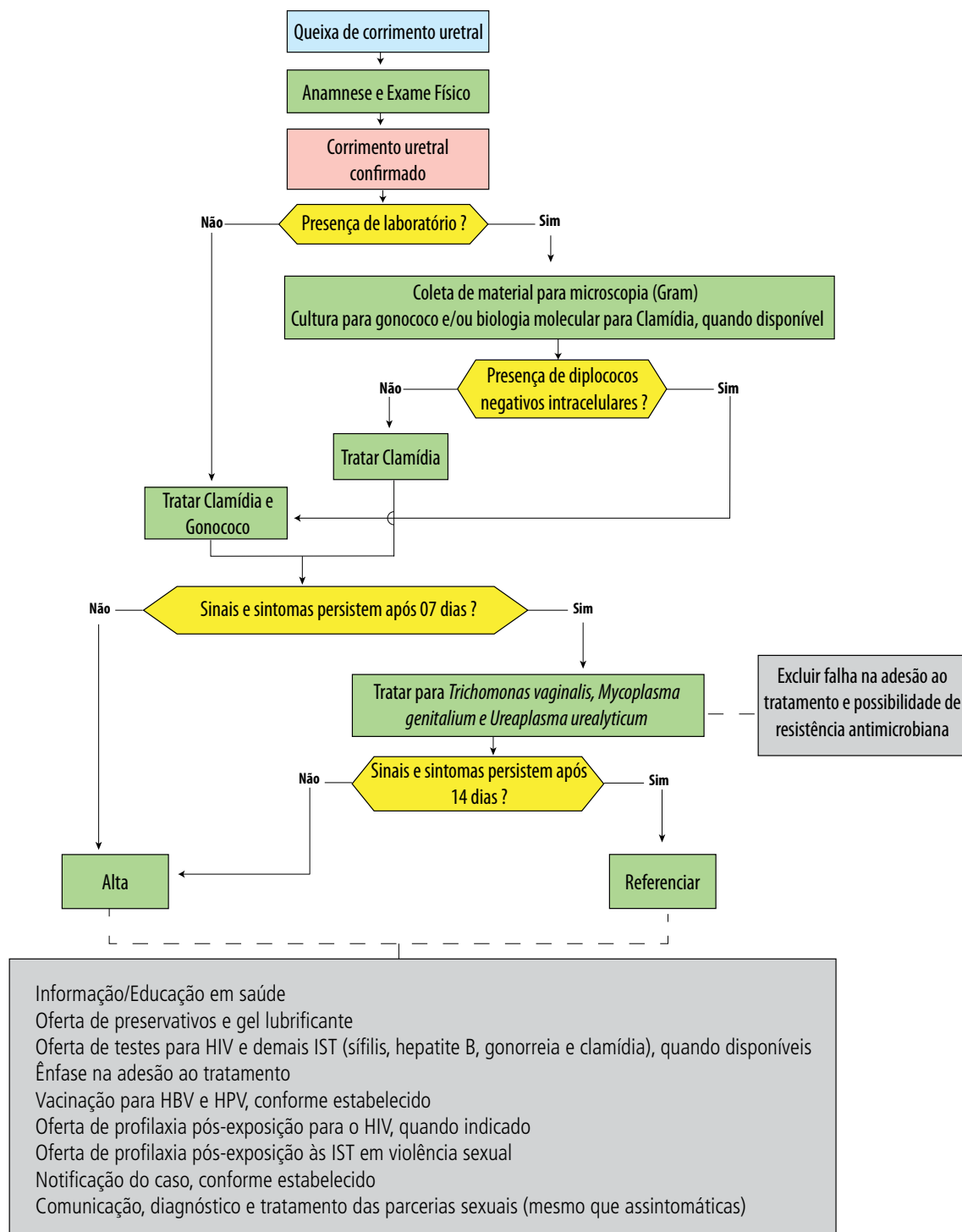
A cultura para a *N. gonorrhoeae* em meio seletivo de Thayer-Martin ou similar é fundamental, em especial, para estudos sentinela, em razão da possibilidade de realizar testes de susceptibilidade aos antimicrobianos. A imunofluorescência direta tem leitura subjetiva, exige microscópio e profissionais bem treinados, sendo que a sensibilidade está aquém do esperado. Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial de corrimento uretral, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

6 Não está disponível no SUS até o momento.

5.2.4. Fluxograma para o manejo de corrimento uretral

O fluxograma da Figura 7 sumariza o manejo do corrimento uretral, com suporte mínimo de laboratório.

Figura 7 – Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma



5.2.5. Tratamento para corrimento uretral

O Quadro 13 resume os tratamentos para o corrimento uretral.

Quadro 13 – Tratamento para corrimento uretral

	Tratamento de escolha
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicada (uretrite e proctite)	<p>Ciprofloxacina^a 500 mg, 1 comprimido, VO, dose única,</p> <p>MAIS</p> <p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Ceftriaxona^{b,c} 500 mg, IM, dose única</p> <p>MAIS</p> <p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>Em menores de 18 anos e gestantes:</p> <p>A ciprofloxacina é contraindicada, sendo a ceftriaxonac o medicamento de escolha</p>
Uretrite por clamídia	<p>Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias</p>
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

^a O uso da ciprofloxacina está contraindicado nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo, considerando estudos realizados nos últimos anos, os quais demonstraram a circulação de cepas de gonococos com taxas de resistência antimicrobiana igual ou maior que 5%, limite determinado internacionalmente para aceitação do uso de um antibiótico.

^b A recomendação é que nos estados acima não mais se utilize a ciprofloxacina, substituindo 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).

^c Na indisponibilidade de ceftriaxona, poderá ser utilizada outra cefalosporina de terceira geração no tratamento de infecção pelo gonococo, como a cefotaxima 1.000 mg, IM, dose única.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

5.3. Úlcera genital

As úlceras genitais representam síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

5.3.1. Etiologia da úlcera genital

Os agentes etiológicos infecciosos mais comuns nas úlceras genitais são:

- *T. pallidum* (sífilis primária e secundária);
- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- *H. ducreyi* (cancroide);
- *C. trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- *K. granulomatis* (donovanose).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, como, por exemplo, úlcera genital por *T. pallidum* e HSV-2. A prevalência dos agentes etiológicos sofre influência de fatores geográficos, socioeconômicos, múltiplas parcerias sexuais, uso de drogas, entre outros.

A presença de úlcera genital está associada a 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.

5.3.2. 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 e 32,7% para cancroide – por ocasião do estudo de validação da abordagem sindrômica no Brasil.

Embora a úlcera genital esteja frequentemente associada às 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.

5.3.2.1. Sífilis primária e secundária

A sífilis primária, também 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, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), indolor, com

base endurecida e fundo limpo, rica em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento.

A sífilis secundária surge em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; eritemata palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose. A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral uveítes.

Para mais informações, consultar o Capítulo 6 deste PCDT, que aborda o tema sífilis detalhadamente, e também o “Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

5.3.2.2. Herpes genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família *Herpesviridae*, da qual fazem parte o citomegalovírus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes 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 muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre as pessoas 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, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, 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.

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 dever-se a quadros infecciosos, exposição a 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, não é comum a evidência 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 se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.

As gestantes portadoras de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações obstétricas, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto; caso a lesão seja ativa (em aproximadamente 50%), ou na forma assintomática. Recomenda-se, portanto, a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas.

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.

5.3.2.3. Cancroide

O cancroide é uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, provocada pelo *H. ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo, no entanto, haver uma única lesão) e habitualmente dolorosas, mais frequentes no sexo masculino. Denomina-se também 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 uma relação sexual é de 80%.

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

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálangano-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 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 e erosões traumáticas infectadas.

5.3.2.4. Linfogranumoma venéreo (LGV)

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

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

- **Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. 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 a proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Podem ocorrer 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 estiomene. 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 da utilização, sendo necessariamente de uso individual.

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

5.3.2.5. Donovanose

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *K. granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente, ocorrendo na maioria das vezes 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 tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões costumam 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 sequela 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.

5.3.3. Métodos diagnósticos para úlceras genitais

Sempre que houver disponibilidade, deve-se fazer o exame a fresco do exsudato da lesão.

O exame em campo escuro permite a pesquisa do *T. pallidum* e pode ser realizado tanto com amostras obtidas nas lesões primárias, como nas lesões secundárias da sífilis, em adultos ou em crianças. A amostra utilizada é o exsudato seroso das lesões ativas, livres de eritrócitos, outros organismos e restos de tecido. Esse método possui sensibilidade variando de 74% a 86% e especificidade pode alcançar 97%, dependendo da experiência do técnico que realiza o exame.

O material é levado ao microscópio com condensador de campo escuro, permitindo a visualização do *T. pallidum* vivo e móvel, devendo ser analisado imediatamente após a coleta da amostra. Os outros agentes que causam úlceras genitais também podem ter o diagnóstico presuntivo realizado por meio de biologia molecular (NAAT)⁷ e exames bacterioscópicos que utilizam as colorações de Gram e Giemsa.

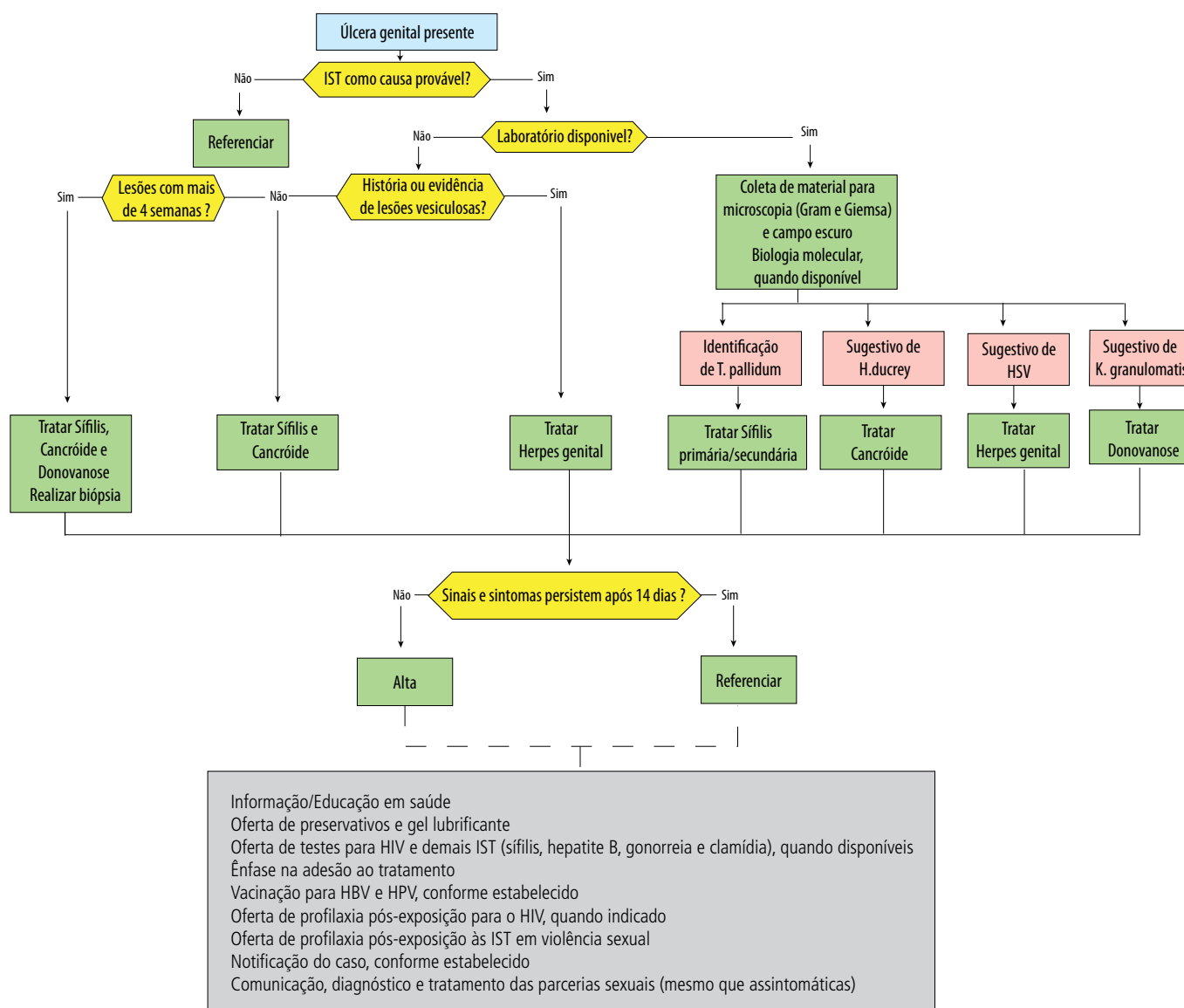
Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial de úlceras genitais, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

5.3.4. 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 da Figura 8. Considerando a importância para a saúde pública, no caso de dúvida sobre a hipótese diagnóstica e ausência de laboratório, o tratamento da úlcera genital como IST deve ser privilegiado.

⁷ Não está disponível no SUS até o momento.

Figura 8 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

5.3.5. Tratamento para úlcera genital

O Quadro 14 apresenta o tratamento para as úlceras genitais de etiologia herpética. O Quadro 15 mostra o tratamento para cancroide, LGV e donovanose.

Quadro 14 – Tratamento para herpes genital

	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir ^a 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (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 (seis ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por até seis meses, podendo o tratamento 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) Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso 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	

Notas:

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da 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 com 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.
- PVHA com herpes genital devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento.

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

Quadro 15 – Tratamento para cancroide, LGV e donovanose

IST	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Cancroide	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única	Ciprofloxacina ^a 500 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por três dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ^b 100 mg, VO, 1 comprimido, 2xdia, por 21 dias	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Aзитromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina ^b 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não reverterem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital
Donovanose	Doxiciclina ^b 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões OU Ciprofloxacina ^a 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2xdia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750 mg) OU Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2xdia, 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, 3xdia, 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, não tendo sido 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

Notas:

- O tratamento para sífilis está descrito no capítulo 6 deste PCDT.
- PVHA com cancroide e LGV devem ser monitoradas 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.

^a A ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças.

^b A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

5.4. Doença inflamatória pélvica (DIP)

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

Constitui 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 dos patógenos elencados a seguir. A mortalidade, após o uso adequado dos antibióticos, reduziu-se praticamente a zero nos países desenvolvidos.

5.4.1. Etiologia da DIP

Entre os microrganismos sexualmente transmissíveis, merecem destaque *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. No entanto, bactérias facultativas anaeróbias (ex.: *G. vaginalis*, *H. influenza*, *S. agalactiae*, entre outros), que compõem a flora vaginal, também têm sido associadas à DIP. Além disso, CMV, *M. genitalium*, *M. hominis* e *U. 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 testadas para HIV, sífilis e hepatites virais.

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* pode levar ao desenvolvimento de 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 com uretrite;
- Uso de método anticoncepcional: o DIU pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de DIP, se a paciente for portadora de cervicite.

5.4.2. Quadro clínico da DIP

O diagnóstico clínico de DIP é baseado em critérios maiores, menores e elaborados, apresentados no Quadro 16. Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade desse diagnóstico.

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

- Três critérios maiores **MAIS** um critério menor;

OU

- Um critério elaborado.

Quadro 16 – 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 > 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 por 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 em pouca quantidade (*spotting*), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no 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 indicativa de DIP, devendo ser investigada.

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito mediante 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 o 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.

5.4.3. Métodos diagnósticos para DIP

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

- Hemograma completo;
- VHS;
- Proteína C reativa;
- Exame bacterioscópico para vaginose bacteriana;
- Cultura de material de endocérvice com antibiograma ou NAAT⁸ para *N. 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: a ultrassonografia transvaginal e pélvica é um método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos e 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.

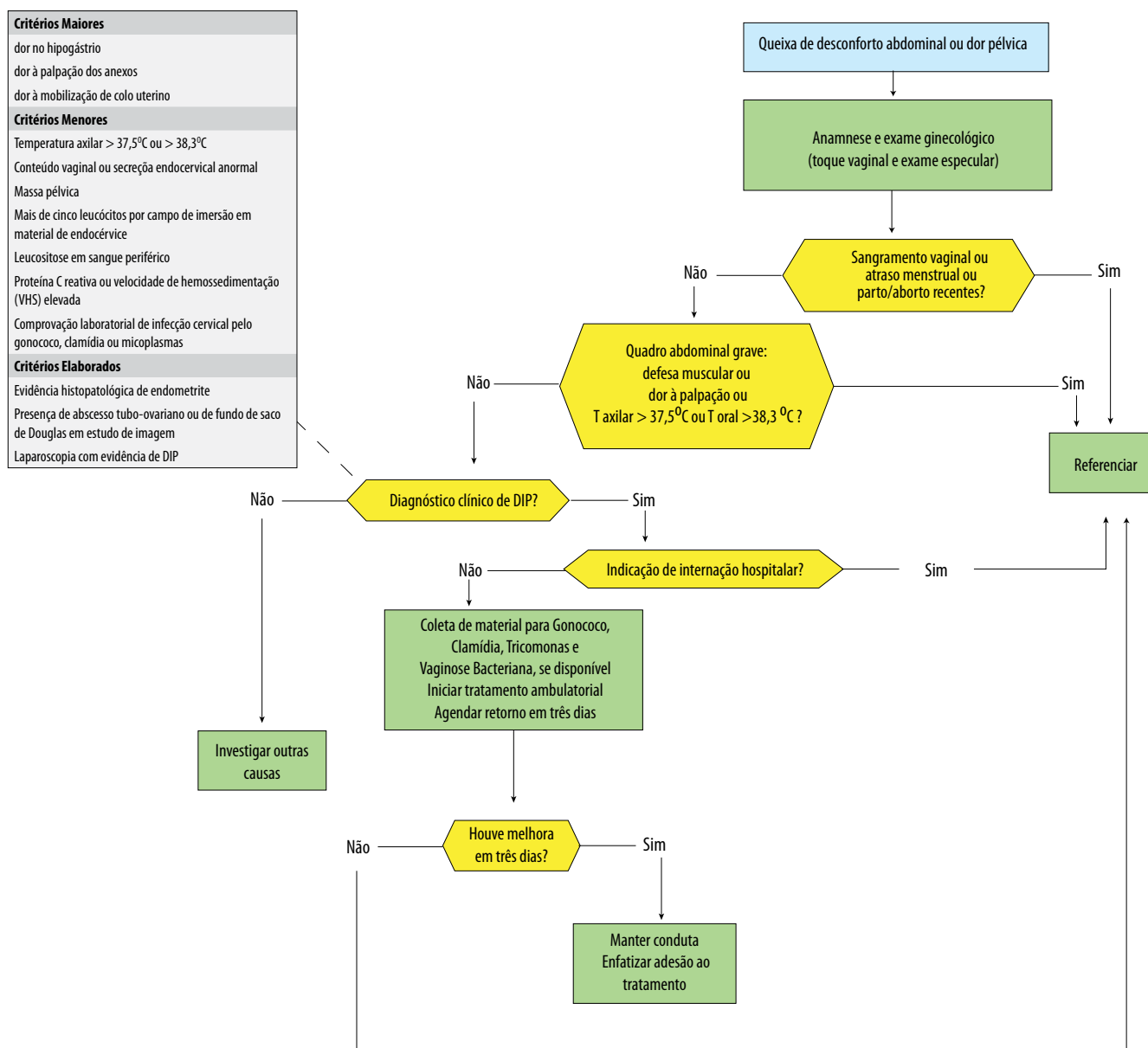
Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial dos agentes etiológicos de DIP, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>, e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

8 Não está disponível no SUS até o momento.

5.4.4. Fluxograma para o manejo de DIP

A Figura 9 apresenta o manejo de DIP, com suporte mínimo de laboratório.

Figura 9 – Manejo de DIP com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

5.4.5. 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 de referi-la para unidade de maior complexidade baseia-se na gravidade do quadro clínico e nas 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 e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou na ruptura destas. Os critérios para tratamento hospitalar de DIP estão resumidos no Quadro 17, e os esquemas terapêuticos devem apresentar cobertura antimicrobiana para os agentes etiológicos da DIP, conforme o Quadro 18.

Quadro 17 – 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.

Quadro 18 – Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

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

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

5.4.6. 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, observando 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 *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*.

5.5. Verrugas anogenitais

5.5.1. 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 estão 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 e 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 não aparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Podem também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes, como o ácido acético.

5.5.2. Transmissão do HPV

Ocorre, preferencialmente, por via sexual. A 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, e 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 do 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.

5.5.3. 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% a 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% a 2% da população apresentam verrugas genitais e 2% a 5% das mulheres apresentam alterações do Papanicolaou provocadas por infecção pelo 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, com percentual menor em outros locais: 85% dos casos de câncer 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 impede a infecção por outros tipos de HPV.

5.5.4. Formas de apresentação da infecção pelo HPV

A infecção pelo HPV, tanto no homem como na mulher, tem sido descrita sob três formas de apresentação: 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 com condilomas ou alterações celulares do colo uterino. Nessa situação, não existe manifestação clínica, citológica ou histológica, apenas podendo a infecção ser demonstrada por meio de exames 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 Papanicolaou e/ou colposcopia (lesões acetobranças), com ou sem 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 cérvix 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, resultando em neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA), vulvar (NIV), perineal (NIPE), peniana (PEIN) e anal (NIA).
- c. **Apresentação clínica (lesão macroscópica):** a forma mais comum de apresentação é conhecida como verruga genital ou condiloma acuminado. Manifesta-se pela presença de lesões exofíticas, com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se a “couve-flor” e as menores possuem aparência de pápula ou placa, podendo também ter aspecto filiforme, sendo em geral resultantes de infecção por tipos não oncogênicos. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas. No homem, localizam-se na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher, encontram-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laringea.

5.5.5. Métodos diagnósticos para o 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 seu valor na prática clínica não está claro, e as decisões quanto às condutas clínicas não devem ser feitas com base nesses testes, mas em alterações celulares observadas pela colpocitologia oncótica. Assim, não é recomendável, na rotina, a triagem 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, corticoides, entre outros).

Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial de lesões anogenitais induzidas pelo HPV, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes> e as aulas do curso online sobre a vacinação contra o HPV, disponíveis em <http://www.unasus.gov.br/cursos/hpv>.

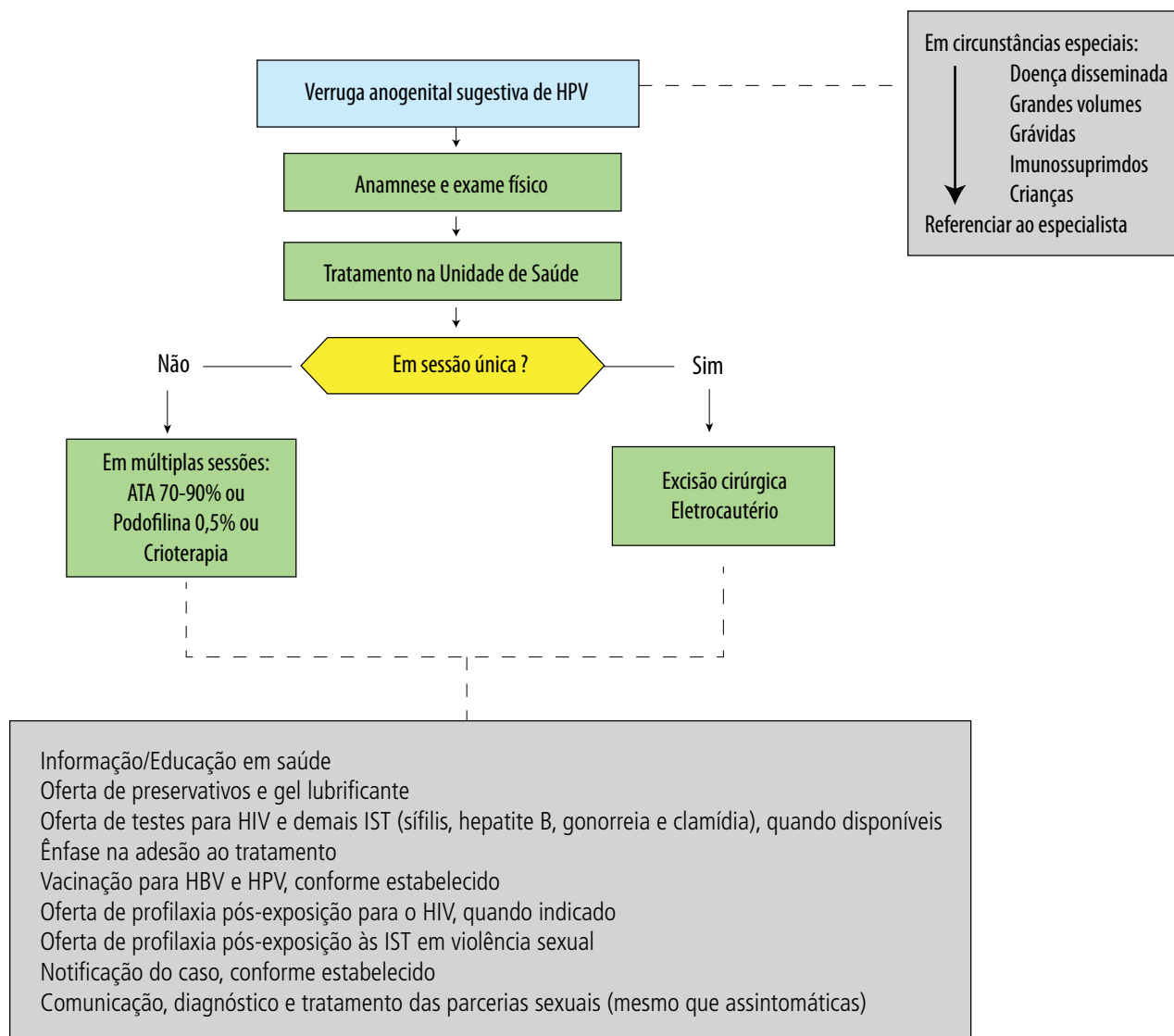
5.5.6. Tratamento das verrugas anogenitais

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 das lesões. Além disso, deve-se avaliar o perfil imunológico das pessoas, porque os imunossuprimidos (ex.: PVHA, transplantados) muitas vezes não respondem ao tratamento para o HPV como os imunocompetentes, podendo sofrer recidivas mais frequentes. Como o carcinoma escamoso costuma surgir mais frequentemente em imunossuprimidos, valoriza-se a biópsia de lesões nesse grupo. O tratamento deve basear-se nos mesmos princípios referidos para os não-imunossuprimidos. Outros fatores necessitam 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 sessões, ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões. A Figura 10 resume o manejo clínico das verrugas anogenitais, baseado na morfologia e distribuição das lesões anogenitais.

Figura 10 – Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

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

- Podofilina⁹ a 10%-25% (solução):** contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Aplicar em cada verruga e deixar secar. Usar uma vez por semana até o desaparecimento das lesões. 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, a absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. **É contraindicada na gestação.**
- 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

⁹ A podofilina a 10%-25% é a opção terapêutica disponível na Rename (2013). As demais opções podem ser oferecidas pela unidade de saúde e serão ressarcidas por meio de pacote de procedimentos ambulatoriais. Para tratamento domiciliar de verrugas anogenitais, o 5-fluoracil 5%, a podofilotoxina, o imiquimod e a sinecatequina são alternativas terapêuticas.

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. **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.
- d. **Crioterapia:** promove a destruição térmica por meio 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 a realização de mais de uma sessão terapêutica, respeitando um intervalo de uma a duas semanas entre as sessões. 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.
- e. **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.

5.5.7. 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 no escroto, o HPV poderá ser transmitido apesar desse método preventivo. O preservativo feminino, que cobre também a vulva, evita, de forma mais eficaz a transmissão, se utilizado desde o início da relação sexual. A manutenção da higiene pessoal e a vacinação contra o HPV são outras medidas de prevenção.

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, está relacionada aos tipos 16 e 18, e as verrugas genitais em mulheres e homens, aos tipos 6 e 11.

O MS adotou o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses), recomendado 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 vivendo com HIV/aids, recomenda-se a vacina contra o HPV na faixa etária de **nove a 26 anos** de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses), considerando a maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes do HPV em PVHA, como mostram as evidências científicas (ver a Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

A vacinação desse grupo passa a ser realizada em todos os postos de vacinação, 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, a qual 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, por mulheres entre 25 a 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos, conforme diretrizes do MS, exceto nas mulheres vivendo com HIV/aids, quando deve ser realizado anualmente, mesmo com resultados normais. O exame é um procedimento seguro, com pouco ou nenhum incômodo, executado em alguns minutos.

5.6. Referências

ASTORI, G; LAVERGNE, D.; BENTON, C.; HOCKMAYR, B; EGAWA, K.; GARBE, C.; VILLIERS E.M. Human papillomaviruses are commonly found in normal skin of immunocompetent hosts. *J. Invest. Dermatol* 1998, 110: 752-755.

BENZAKEN, A. S.; SALES, D. N.; PALHETA JR, J. I. L. et al. 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. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, [S.l.], v. 22, n. 3, 2010.

BLEICH, A. T.; SHEFFIELD, J. S.; WENDEL JR, G. D. et al. Disseminated gonococcal infection in women. **Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 119, p. 597-602, 2012.

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

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. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 8. ed., 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

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.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/> Acesso em 20 de Agosto de 2015.

CHISHOLM, S. A.; MOUTON, J. W.; LEWIS, D. A. et al. Cephalosporin MIC creep among gonococci: time for a pharmacodynamic rethink? **J. Antimicrob. Chemother.**, [S.l.], v. 65, n. 10, p. 2141-2148, out. 2010.

CLARKE, B.; CHETTY, R. Postmodern cancer: the role of human immunodeficiency virus in uterine cervical cancer. *Mol Pathol.* 2002 Feb; 55(1):19-24.

COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. American Academy of Pediatrics. Gonococcal Infections. In: PICKERING, L. (Ed.). **Red book: 2012 report of the committee on infectious diseases**. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2012. 29. ed., p. 336-344.

COX, J.T. History of the use of HPV testing in cervical screening and in management of abnormal cervical screening results. *J Clin Virol* 2009; 45 (suppl 1): S3-S12.

DARVILE, T. *Neisseria gonorrhoeae* (Gonococcus). In: KLEIGMAN, R. M. (Ed.). **Nelson Textbook of Pediatrics**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2011. 19. ed., 935-940.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe 2010**. Stockholm: ECDC, 2012. Disponível em: <<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1206-Gonococcal-AMR.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

GOMES, N. F.; SABIDÓ, M.; AMARAL P. A. et al. Etiology of genital ulcer disease in a sexually transmitted infection reference center in Manaus, Brazilian Amazon. **PLoS One**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. e63953, 21 maio 2013.

HAIMOVICI, R.; ROUSSEL, T. J. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. **Am. J. Ophthalmol.**, [S.l.], v. 107, n. 5, p. 511-4, 15 maio 1989.

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**. New York: McGraw-Hill, 1999, 3. ed., p. 451-66.

IARC. Human Papillomaviruses. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 2007. Vol 90:1-636.

JALIL, E. M.; PINTO, V. M.; BENZAKEN, A. S. et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras/Prevalence of chlamydia and gonorrhea infections in pregnant women in six Brazilian cities. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 614-619, dez. 2008.

KOJIMA, M.; MASUDA K., YADA, Y. et al. Single-dose treatment of male patients with gonococcal urethritis using 2g spectinomycin: microbiological and clinical evaluations. **Int. J. Antimicrob. Agents**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 50-4, jul. 2008.

MITCHELL, H. Vaginal discharge: causes, diagnosis and treatment. **BMJ**, [S.l.], v. 328, p. 1306-08, 2004.

MOLIJN, A.; KLETER, B.; QUINT, W.; VAN DOORN, L.J. Molecular diagnosis of human papilloma-virus (HPV) infections. *J Clin Virol*, 2005, 32: S43-51.

MUÑOZ, N. et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348 (6): 518-27.

PAAVONEN, J.; HALTTUNEN, M.; HANSSON, B.G.; NIEMINEN, P.; ROSTILA, T.; LETINEN, M. Prerequisites for human papillomavirus vaccine trial: results of feasibility studies. *J Clin Virol*, 2000, 19(1-2): 25-30.

PORTILLA, I.; LUTZ, B.; MONTALVO, M. et al. Oral cefixime versus intramuscular ceftriaxone in patients with uncomplicated gonococcal infections. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 94-8, mar.-abr. 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. Human papillomavirus and related cancers in Brazil. Disponível em: [\(www.who.int/hpvcentre\)](http://www.who.int/hpvcentre). (Summary Report 2010).

6. Sífilis adquirida, sífilis na gestação e sífilis congênita

6.1. Definição e etiologia da sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *T. pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905.

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.

6.2. Transmissão da sífilis

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

A maioria das pessoas com sífilis tende a não ter conhecimento da infecção, podendo transmiti-la aos seus contatos sexuais. Isso ocorre devido à ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A transmissão por transfusão de sangue ou derivados pode ocorrer, mas tornou-se rara, devido ao controle realizado pelos hemocentros.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), apesar de também poder ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode apresentar consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN.

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

6.3. Sífilis adquirida e sífilis na gestação

6.3.1. Manifestações clínicas da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Existem duas classificações para as formas clínicas da sífilis adquirida, a saber, pelo tempo de infecção e por suas manifestações clínicas, conforme a descrição:

- 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 com duração entre 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 e fundo limpo, sendo rica em treponemas. Geralmente é acompanhada de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar entre duas a seis semanas e desaparecer de forma espontânea, independentemente de tratamento.
 - **Sífilis secundária:** os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até dois anos. No entanto, a sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões 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), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia

generalizada. Mais raramente, observam-se comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte. Merece destaque o fato de as lesões de pele do secundarismo não serem pruriginosas, o que auxilia no diagnóstico clínico.

Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.

- **Sífilis latente:** período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Diante de um indivíduo com diagnóstico confirmado, em que não é possível inferir a duração da infecção (**sífilis de duração ignorada**), **trata-se como sífilis latente tardia**.
- **Sífilis terciária:** ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência, podendo surgir entre 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 à cura da infecção. Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais. Para o diagnóstico, devem-se considerar as seguintes lesões:
 - › Cutâneas: gomosas e nodulares, de caráter destrutivo;
 - › Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justo-articulares;
 - › 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 craniano, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência.

A **neurossífilis** acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce, no entanto, ocorre 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 19 correlaciona as manifestações clínicas com a evolução e estágios da sífilis adquirida.

Quadro 19 – Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (menos de um ano de duração)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam
	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas - Pode haver novos surtos	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas ^a - Sintomas gerais, micropoliadenopatia - Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo)
	Latente recente ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (mais de um ano de duração)	Latente tardia ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
	Terciária ^c - Dois a 40 anos após contato	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

^a Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmoplantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulohipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

^b A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.

^c Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

6.3.2. Métodos para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. No momento da escolha dos testes, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas 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 realizada a pesquisa direta do *T. pallidum*.

- **Exames diretos:** 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 isso não é

possível, a pesquisa do treponema pode ser realizada por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias.

- **Testes imunológicos: na prática são os mais utilizados. Dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.**

- › **Testes treponêmicos:**

São testes que detectam **anticorpos específicos** produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Exemplos de testes treponêmicos: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva (**TPHA**, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*); teste de imunofluorescência indireta (**FTA-Abs**, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*); quimioluminescência (**EQL**, do inglês *Electrochemiluminescence*); ensaio imunoenzimático indireto (**ELISA**, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*); **testes rápidos** (imunocromatográficos).

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução, 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.

- › **Testes não treponêmicos:**

São que detectam **anticorpos não específicos** anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto a queda do título é indicação de sucesso terapêutico.

Exemplos de testes não treponêmicos com metodologia de floculação: **VDRL** (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), **RPR** (do inglês *Rapid Test Reagin*) e **TRUST** (do inglês *Toxidine Red Unheated Serum Test*). O VDRL baseia-se em uma suspensão antigênica composta por uma solução alcoólica contendo cardiolipina, colesterol e lecitina purificada e utiliza soro inativado como amostra. O RPR e o TRUST são modificações do VDRL que visam a aumentar a estabilidade da suspensão antigênica e permitir a leitura do resultado a olho nu.

O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos ($\leq 1:4$), que podem persistir por meses ou anos. Nesses casos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, a pessoa é considerada portadora de sífilis latente tardia, devendo ser tratada.

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”. Esse fenômeno 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. Decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica, gerando resultados falso-negativos.

Resultados falso-positivos também podem ocorrer, pois as reaginas podem surgir em outras patologias (ex.: doenças reumáticas, gestação, drogadição). Por isso, para a confirmação do diagnóstico da sífilis, é necessária também a realização de um teste treponêmico.

Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados:

- Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA)

MAIS

- Um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST).

A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde.

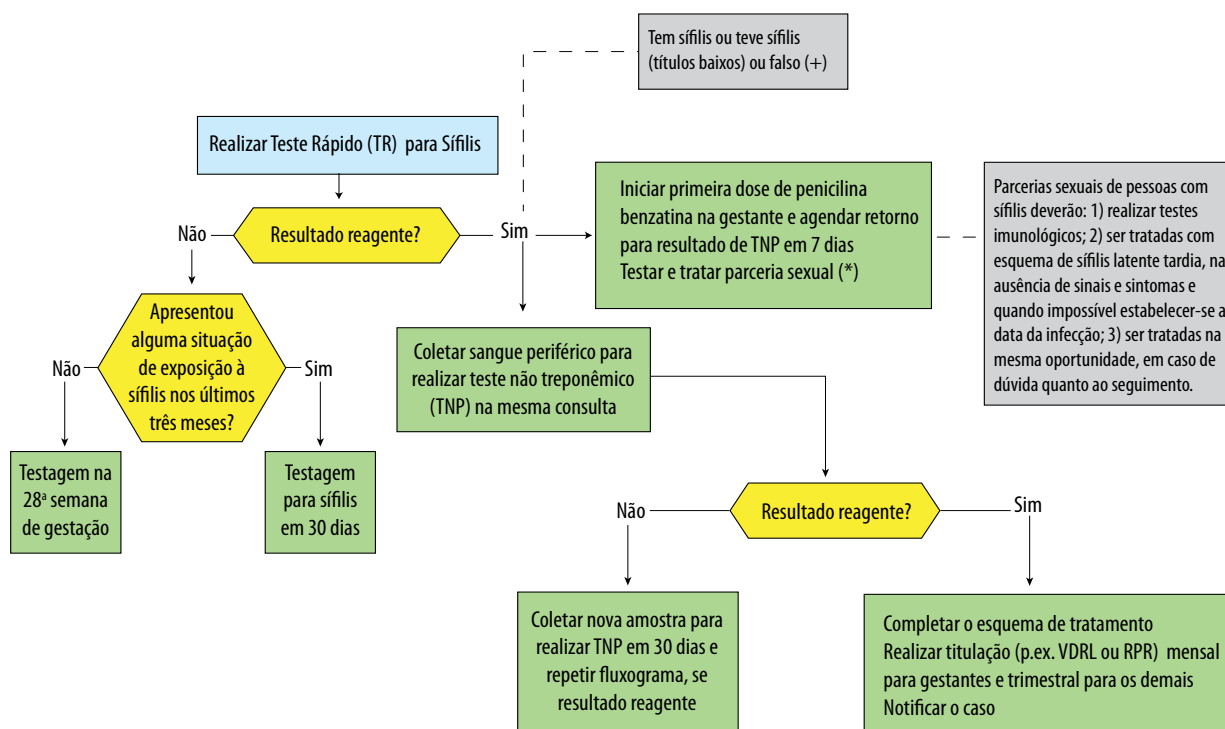
Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico.

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

O emprego de testes rápidos em maternidades apresenta vantagens no sentido da otimização da utilização do leito, evitando que a puerpera fique internada aguardando apenas o resultado do teste para sífilis. Nas gestantes, tanto durante o pré-natal quanto antes do parto, a escolha do fluxograma é feita por cada serviço, segundo a sua conveniência, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível inclusive nos finais de semana, a disponibilidade de profissionais para a pronta execução dos testes escolhidos e finalmente, o tipo de testes disponíveis na instituição.

As Figuras 11, 12 e 13 apresentam os fluxogramas para diagnóstico de sífilis, com as diversas possibilidades.

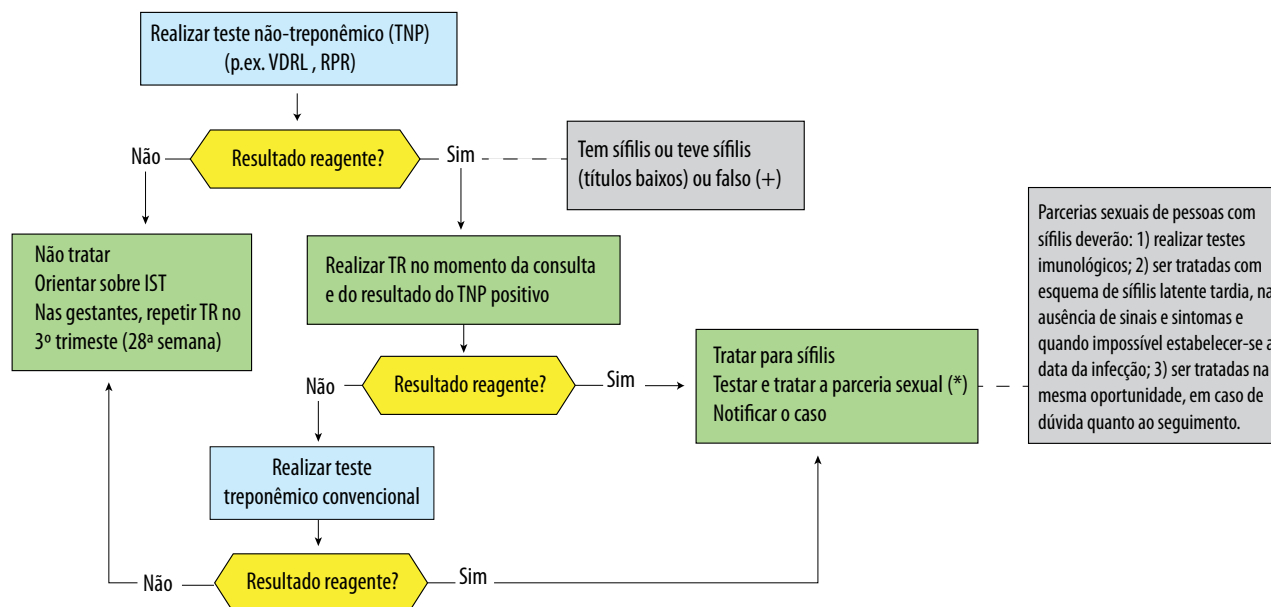
Figura 11 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

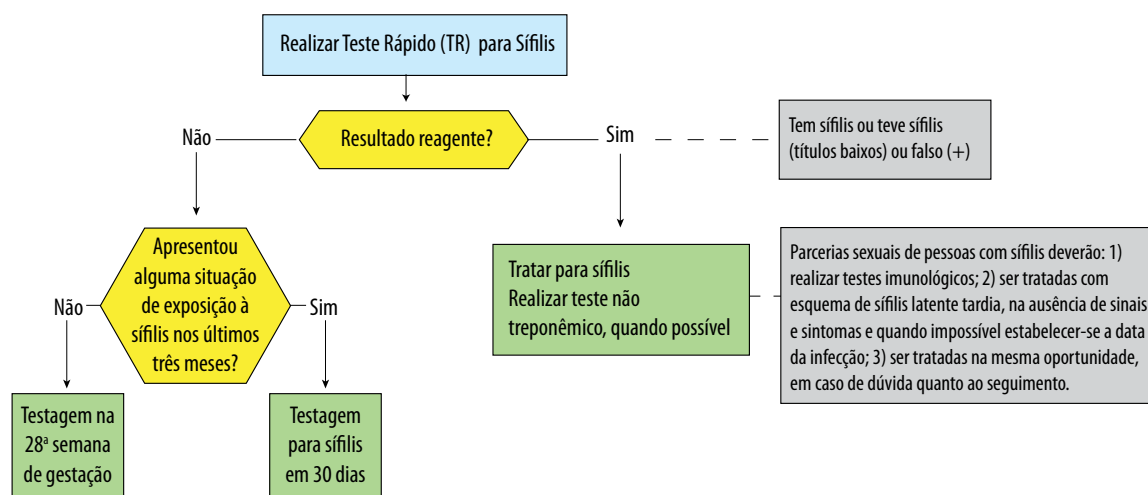
Figura 12 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Figura 13 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

6.3.2.1. Situações e locais em que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais recomenda a utilização apenas de testes rápidos e tratamento imediato

- a. Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso;
- b. Programa do Ministério da Saúde (MS), tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, entre outros programas;
- c. CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento;
- d. Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas de até 5 amostras diárias para o diagnóstico da sífilis);
- e. Populações-chave (pessoas que apresentam risco acrescido à infecção do agente etiológico em questão, no caso o *T. pallidum*, quando comparadas com a população geral);
- f. Populações flutuantes;
- g. Populações ribeirinha e indígena;
- h. Pessoas atendidas em pronto-socorros;
- i. Pessoas atendidas em unidades básica de saúde;
- j. Pessoas vivendo com HIV/aids;
- k. Pessoas em situação de violência sexual, como prevenção das IST/aids.
- l. Pessoas com diagnóstico de hepatites virais;
- m. Gestantes e parcerias sexuais em unidades básicas de saúde, principalmente, no âmbito da Rede Cegonha;
- n. Gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades;
- o. Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- p. Parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis;
- q. Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (DDAHV/SVS/MS) para ampliação do diagnóstico da sífilis.

6.3.3. Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação

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

a. Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração)¹⁰

- Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).

Alternativa

- Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes);
- Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

b. Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) 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

- Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto para gestantes)
- Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes

Observação: os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

c. Neurosífilis

- Penicilina cristalina, 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

¹⁰ **Observação:** Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

Alternativa

- Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias.

Observação: Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Na gestação, tratamentos não penicínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contraindicações 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 mais informações, consultar o “Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina”, disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/testes_penicilina.pdf.

O Quadro 20 apresenta um resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis.

Quadro 20 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis e seguimento

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^b	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
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 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona ^c 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona ^d 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

Nota:

^a Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente, conforme este PCDT. As situações de tratamento inadequado da gestante com sífilis, para fins de notificação da sífilis congênita, encontram-se descritas no item 2.3 (Vigilância epidemiológica das IST) deste protocolo.

^b Embora não exista evidência científica que uma segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

^c Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não treponêmico, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

^d Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

6.3.4. Reação de Jarisch-Herxheimer

Após a primeira dose de penicilina, o paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido, as quais regredem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Essa reação **não configura alergia à penicilina** e ocorre em resposta ao derrame de proteínas e de outras estruturas dos treponemas mortos pela penicilina na corrente sanguínea. É mais comum em pacientes que recebem tratamento na fase secundária da sífilis. Tipicamente, vem acompanhada de febre, artralgia e mal-estar.

Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto pré-termo, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Se houver esse desfecho, devem-se seguir cuidadosamente os protocolos recomendados para inibição do trabalho de parto prematuro.

6.3.5. Alergia à penicilina

A alergia à penicilina na população em geral e nas gestantes é um evento muito raro. A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo o levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação da incorporação da penicilina para a prevenção da sífilis congênita, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC), disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/_p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secretaria_38035.pdf.

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina na Atenção Básica. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento dessas reações, caso ocorram, e a pessoa deverá ser referenciada à unidade especializada, conforme preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, Acolhimento à Demanda Espontânea.

O diagnóstico de alergia deve ser avaliado pela história clínica, evitando, na maioria dos casos, a realização de testes de sensibilidade, os quais deverão ser realizados em unidades de referência. A utilização de medicações alternativas no tratamento requer o seguimento de cura em longo prazo. A realização de dessensibilização com administração oral de doses progressivas de penicilina sempre deve ser feita em ambiente hospitalar.

6.3.6. Seguimento da sífilis adquirida e sífilis na gestação

Durante o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e na sífilis na gestação, alguns pontos devem ser considerados:

- a. Os testes não treponêmicos devem ser realizados **mensalmente nas gestantes**, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
- b. A redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negatividade após seis meses a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção. É importante

ressaltar que a completa negativação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após o secundarismo permaneçam com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida.

- 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 (ex.: 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.: de 1:16 para 1:64), em relação ao último exame realizado, indica reinfeção e um novo tratamento deve ser iniciado.
- e. Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

6.4. Sífilis congênita

A sífilis congênita ocorre por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais.

6.4.1. Manifestações clínicas da sífilis congênita

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 da avaliação clínico-laboratorial e estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo, devido ao fato de que mais da metade das crianças são assintomáticas ao nascimento e, naquelas com expressão clínica, os sinais e sintomas são 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 manifestações clínicas são: 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, hidropisia, edema, convulsão e meningite.

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

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 à investigação da possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por via sexual.

As principais manifestações clínicas 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 21 resume as manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita.

Quadro 21 – Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita

Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"> Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia 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 <i>Hutchinson</i>), molares em “amora” Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado Ceratite intersticial Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

6.4.2. Métodos para o diagnóstico da sífilis congênita

Diante da suspeita de sífilis congênita, o ideal é a realização de testes imunológicos. Para o diagnóstico, deve-se avaliar a história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos testes, 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:

- **Exame direto:** a pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro em material coletado de lesão cutâneo-mucosa e de mucosa nasal é útil para diagnosticar a infecção, embora a solicitação desse exame não seja prática comum nos serviços que atendem RN. A pesquisa em campo escuro só pode ser feita com amostras frescas que permitem a visualização de treponemas vivos e móveis. Em amostras de biópsia ou necrópsia, embora o treponema esteja morto, podem ser usadas colorações especiais ou técnicas de imuno-histoquímica, que permitem a visualização do *T. pallidum*.
 - **Testes imunológicos: dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos.**
 - › **Testes treponêmicos** (TPHA, FTA-Abs, EQL, ELISA ou testes rápidos): 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**, uma vez que 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, salvo em raríssimas exceções, nas quais a intervenção terapêutica ocorreu no início da sífilis primária.
- Embora existam testes treponêmicos específicos capazes de detectar IgM no RN, esses testes possuem baixa sensibilidade. Por isso quando utilizados deve-se considerar que um resultado negativo nesse tipo de teste, não exclui o diagnóstico de sífilis congênita.
- › **Testes não treponêmicos** (VDRL, RPR ou TRUST): são indicados para diagnóstico e seguimento terapêutico, devido ao fato de serem testes qualitativos e quantitativos. Devem ser realizados 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.

Resultado reagente do teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico quando o título encontrado for duas vezes maior do que o título encontrado na amostra da mãe, e deve ser confirmado com uma segunda amostra coletada na criança.

Em RN que apresente resultado não reagente nos testes, se persistir a suspeita epidemiológica de ocorrência de sífilis, o teste não treponêmico deve ser repetido com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, devido à possibilidade de ainda ocorrer a soroconversão, inter-

rompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos. Na dúvida ou impossibilidade de seguimento, o RN deve ser adequadamente tratado.

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, recomenda-se ainda que sejam realizados os exames complementares abaixo citados:

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

Para o exame líquórico do RN, consideram-se os seguintes valores para diagnóstico de neurosífilis, conforme o Quadro 22.

Quadro 22 – Valores de exame líquórico em RN com suspeita de neurosífilis

Parâmetro	RN	> 28 dias
Leucócitos	> 25 células/mm ³	> 5 células/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40 mg/dL
VDRL	Reagente	Reagente

6.4.3. 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).

6.4.3.1. Período neonatal

O tratamento da sífilis congênita neonatal envolve a avaliação da situação clínico-laboratorial da mãe, conforme apresentado no Quadro 23.

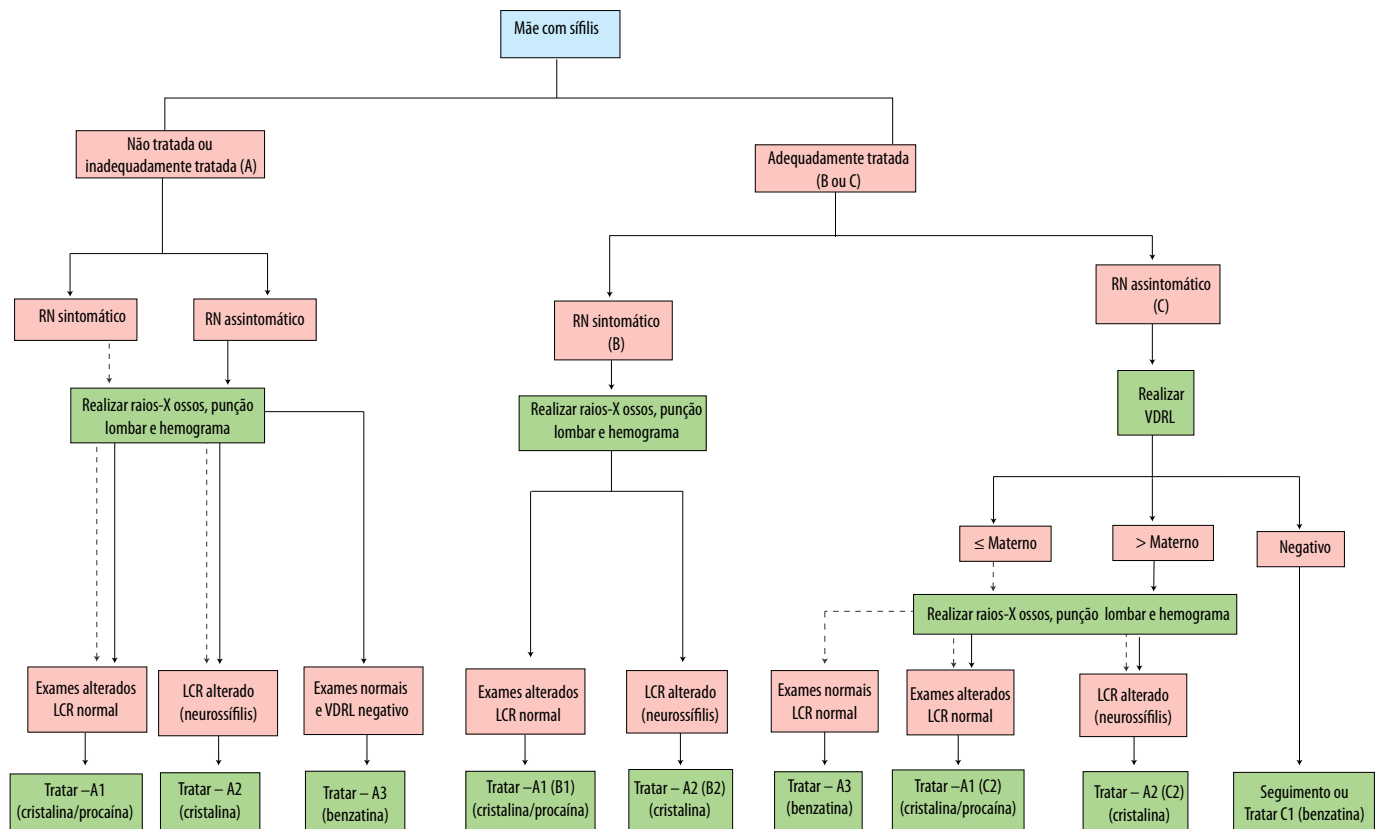
Todos os RN nascidos de mães com diagnóstico de sífilis na gestação ou no parto, ou na suspeita clínica de sífilis congênita, devem realizar a investigação para sífilis congênita, mesmo nos casos de mães adequadamente tratadas, devido à possibilidade de falha terapêutica durante a gestação, que pode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

Quadro 23 – 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 teste não treponêmico (ex.: 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 imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, 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 cristalina ^a , na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, 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 teste não treponêmico não reagente	Penicilina G benzatina ^b , na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico 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 teste não treponêmico (ex.: 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 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações liquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração liquórica	Esquema A2
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN	
Situação	Esquema proposto
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento ^c , deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico 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) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)
<p>* Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.</p> <p>^a Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando o uso da penicilina cristalina.</p> <p>^b O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.</p> <p>^c O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas clínicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso esta tenha sífilis (sequelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro).</p> <p>Nota: Na indisponibilidade de penicilina cristalina, penicilina G benzatina e penicilina G procaína, constitui-se opção terapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 25 – 50mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias <p>Ressalta-se, contudo, que os dados são insuficientes com relação à eficácia de tratamentos não-penicílicos para sífilis congênita. Assim, o RN ou a criança com sífilis congênita deverão ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.</p>	

A Figura 14 resume o conjunto de procedimentos a ser realizados para a identificação das diversas apresentações da sífilis congênita e o tratamento adequado para cada situação.

Figura 14 – Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis



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

6.4.3.2. Período pós-neonatal

Crianças com quadro clínico e imunológico sugestivo de sífilis congênita no período pós-neonatal (após 28 dias de vida) devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida, com a notificação conforme a definição de casos.

Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento segundo preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina 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.

6.4.4. Seguimento da sífilis congênita

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

- Notificar o caso após a confirmação diagnóstica;
- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e consultas ambulatoriais bi-mensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar teste não treponêmico com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos;
- Diante da elevação do título do teste não treponêmico (ex.: VDRL), ou da não negatização até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao tratamento;
- Realizar teste treponêmico¹¹ para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos. Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado, deve-se fazer uma reavaliação líquórica a cada 6 meses, até a normalização.
- O teste da orelha 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, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

6.5. Sífilis e HIV

A prevalência de sífilis é até oito vezes mais elevada em PVHA. As úlceras genitais podem facilitar a transmissão sexual e perinatal do HIV. A quebra da integridade da mucosa é via de entrada para o vírus, aumentando a probabilidade de infecção pelo HIV.

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 seme-

¹¹ Após os 18 meses de idade, os testes treponêmicos deverão apresentar resultados não reagentes nos casos em que o tratamento adequado foi instituído no período neonatal, uma vez que não haverá tempo para a formação de anticorpos específicos pela criança. Nos casos de tratamento após o período neonatal, principalmente aqueles iniciados após os 12 meses de vida, os anticorpos da criança detectados nos testes treponêmicos podem representar cicatriz imunológica e o controle de cura será feito pelo teste não treponêmico.

lhantes às dos pacientes soronegativos. No entanto, algumas características da coinfeção sífilis/HIV devem ser destacadas, como:

- Desenvolvimento de cancros múltiplos e profundos, apresentando resolução mais lenta que em pessoas não infectadas pelo HIV;
- Maior frequência de sobreposição de estágios e concomitância de lesões primárias e secundárias no momento do diagnóstico;
- Maior frequência de secundarismo, com lesões cutâneas atípicas e exuberância de sintomas e sintomas;
- Predisposição para acometimento oftálmico e neurológico, com progressão mais rápida da sífilis precoce à 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 imunológicos ao diagnóstico, bem como resultados falso-negativos. Portanto, na suspeita de sífilis e na presença de testes imunológicos 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, os coinfectados podem apresentar testes não treponêmicos falso-positivos em até 11% casos.

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

Não há um consenso sobre os critérios de punção liquórica em pacientes coinfectados com sífilis e HIV. Alguns especialistas recomendam puncionar todos os pacientes infectados pelo HIV que apresentem diagnóstico confirmado de sífilis, resultando em punções desnecessárias.

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

Recomenda-se que a realização de punção liquórica em todos os coinfectados com sífilis e HIV e que apresentem pelo menos um dos seguintes critérios:

- Sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Evidência de sífilis terciária ativa (por exemplo, aortite ou gomas sífilíticas);
- Sífilis latente tardia ou de duração ignorada;
- $LT-CD4+ < 350$ células/mm³;
- $VDRL \geq 1:16$ ou $RPR \geq 1:32$;
- Queda inadequada ou estabilização sem queda nos títulos de teste não treponêmico durante o seguimento.

Vale lembrar que os títulos de proteinorraquia não são relevantes no diagnóstico de neurosífilis em PVHA.

O conceito de “neuroorrecaída” é particularmente importante em PVHA. Esse termo denota a presença de neurosífilis após tratamento adequado para sífilis primária, secundária e latente recente, e queda adequada dos títulos séricos de teste não treponêmico. Portanto, o antecedente de tratamento adequado não exclui a possibilidade de complicações neurológicas sífilíticas. Pessoas tratadas para neurosífilis devem ser submetidas a punção líquórica de controle três meses após o término do tratamento.

6.6. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação nº150, Janeiro de 2015. Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/_p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secretaria_38035.pdf. Acesso em 31 de Agosto de 2015.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 8. ed., 200 p.

CAO, Z.; XU, J.; ZHANG, H. et al. Risk factors for syphilis among married men who have sex with men in china. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 41, n. 2, p. 98-102, fev. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2015**. Atlanta: CDC, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/> Acesso em 20 de Agosto de 2015.

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**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 311-344, set. 1955.

DEISS, R. G.; LEON, S. R.; KONDA, K. A. et al. Characterizing the syphilis epidemic among men who have sex with men in Lima, Peru to identify new treatment and control strategies. **BMC Infectious Diseases**, [S.l.], v. 13, p. 426, 2013.

FIUMARA, N. J.; LESSELL, S. The stigmata of late congenital syphilis: an analysis of 100 patients. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 10, p. 126-9, 1983.

FIUMARA, N. J. Syphilis in newborn children. **Clin. Obstet. Gynecol.**, [S.l.], v. 18, p. 183-189, 1975.

GARNETT, G. P.; ARAL, S. O.; HOYLE, D. V. et al. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 24, p. 185-200, 1997.

HIRA, S. K.; PATEL, J. S.; BHAT, S. G. et al. Clinical manifestations of secondary syphilis. **Int. J. Dermatol.**, [S.l.], v. 26, p. 103-7, 1987.

HOLMES, K. K. Azitromycin versus penicillin for early syphilis. **N. Engl. J. Med.**, [S.l.], v. 305, n. 12, p. 1291-3, 2005.

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

KOSS, C. A.; DUNNE, E. F.; WARNER, L. A systematic review of epidemiologic studies assessing condom use and risk of syphilis. **Sex. Transm. Dis.**, [S.l.], v. 36, p. 401-5, 2009.

MINDEL, A.; TOVEY, S. J.; TIMMINS, D. J. et al. Primary and secondary syphilis, 20 years' experience. 2. Clinical features. **Genitourin. Med.**, [S.l.], v. 65, p. 1-3, 1989.

PEELING, R. W.; MABEY, D.; FITZGERALD, D. W. et al. Avoiding HIV and dying of syphilis. **Lancet**, [S.l.], v. 364, n. 9445, p. 1561-3, 30 out.-5 nov. 2004.

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.**, [S.l.], v. 167, p. 148-57, 1993.

SHAFFER, J. K.; USILTON, L. J.; PRICE, E. V. Long-term studies of results of penicillin therapy in early syphilis. **Bull. World Health Organ.**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 563-78, 1954.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. **Clin. Microbiol. Rev.**, [S.l.], v. 12, p. 187-209, 1999.

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

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

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

7. Exposição sexual às IST

A transmissão de determinadas IST, como sífilis e HPV, pode ocorrer mesmo com o uso correto e regular de preservativos. Por outro lado, a atividade sexual sem o uso do preservativo (ou no caso de falhas no uso) pode gerar ansiedade e risco de transmissão de HIV, IST e hepatites virais. 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 ao risco de aquisição de HIV, IST e hepatites virais.

7.1. 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 atendidas 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, uma vez que as vítimas hesitam em informá-lo, devido à humilhação, medo, sentimento de culpa e desconhecimento das 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 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:

- Receber atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Buscar providências policiais e judiciais cabíveis (mas caso a vítima não o faça, não lhe pode ser negado atendimento);

- Receber profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- Receber vacinação e imunização passiva para HBV;
- Colher imediatamente material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Agendar 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-se colher material de conteúdo vaginal para diagnóstico de tricomoníase, gonorreia e clamídia. Além disso, coletam-se outros materiais, como fragmentos das vestes, para comparação com o DNA do agressor.

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

Diferentemente 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 se recomenda a sua realização imediata, 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 ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

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 notificado e investigado. Destaca-se a existência do “Disque Direitos Humanos”, o Disque 100, serviço de ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), com a finalidade de proteção dos direitos humanos em todas as situações em que ocorrem violações.

7.1.1 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 no Quadro 24. A profilaxia para as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional.

Quadro 24 – Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
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	125 mg, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
Tricomoniase	Metronidazol*	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)
<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar fármacos alternativos, conforme exposto nos capítulos específicos. • A administração profilática do metronidazol ou suas 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.

7.1.2. Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual

Em caso de pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto para hepatite B, o MS recomenda vacinação para HBV e imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB).

A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltoide ou na região do vasto lateral da coxa. Como essa vacina 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 também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06 mL/kg, IM, em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, 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 seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato, e está disponível nos CRIE. Não se deverá aplicar a imunoprofilaxia para hepatite B nas seguintes situações:

- Casos de violência sexual em que a vítima apresente exposição crônica e repetida;

- Pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado;
- Quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

7.2. 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 50 mg/levonorgestrel 250 mg por comprimido, 2 comprimidos, VO, a cada 12 horas, ou 4 comprimidos, VO, dose única, ou anticoncepcionais orais com etinilestradiol 30 mg/levonorgestrel 150 mg 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 e, excepcionalmente, até 120 horas após a violência sexual.

7.3. Profilaxia da infecção pelo HIV

As informações sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV encontram-se disponíveis no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

7.4. Referências

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Diseases, Treatment Guidelines, 2010**. Atlanta: CDC, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 4. ed.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 2 ago. 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 nº 2.848, de 7 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.

8. 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 Nome: _____ Assinatura: _____	Data __/__/__	

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 em gestante

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br