



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente  
Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis

OFÍCIO CIRCULAR Nº 9/2020/CGIST/.DCCI/SVS/MS

Brasília, 25 de março de 2020.

Aos Senhores

Coordenadore(a)s Estaduais de IST/Aids

**Assunto: PCDT-IST 2020 - Versão Revisada**

Prezado (a)s Coordenadore(a)s Estaduais de IST/Aids,

1. Como maneira de manter de alguma forma as ações de enfrentamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, estamos enviado a versão revisada pelo grupo de especialistas em IST do PCDT-IST 2020. Em anexo também incluímos um texto pontuando as principais mudanças realizadas desde a última publicação. Ficamos disponíveis para possíveis comentários sobre essa versão do PCDT-IST e para receber sugestões de adequações.
2. Devido a pandemia mundial causado pela COVID-19, entendemos que o setor de saúde e vigilância dos estados estão voltados para o controle da situação atual. Assim, não é inesperado que vários pontos do planejamento anual do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) precisarão ser revistos.
3. Dentro do planejamento tinha sido incluída a realização de oficinas sobre IST em todo território nacional. A realização das oficinas estaduais, denominadas "Oficinas formativas para profissionais multiplicadores em manejo de IST na Atenção Primária em Saúde", estão sendo reavaliadas, e entendemos que deverão ser adiadas para momento mais oportuno.
4. Desde já agradecemos a contribuição de todos,

Atenciosamente,

Angelica Espinosa Miranda  
Coordenadora-Geral



Documento assinado eletronicamente por **Angelica Espinosa Barbosa Miranda, Coordenador(a)-Geral de Vigilância e das Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 25/03/2020, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0014124985** e o código CRC **A9CDCE8E**.

---

**Referência:** Processo nº 25000.041466/2020-48

SEI nº 0014124985

Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis - CGIST  
SRTVN 701 Bloco D - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719040  
Site - <http://www.aids.gov.br/>

## MUDANÇAS NO PCDT IST 2020

### 1. RASTREAMENTO DE IST

Página 31 e 32 = Mudanças dentro de “Quadro 5 - Rastreamento de IST”

1.1 Em caso de gestantes, realizar rastreamento de clamídia e gonococo para gestantes com menos de 30 anos, na primeira consulta de pré-natal.

- Anteriormente recomendado para todas as gestantes

1.2 Em caso de pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos, realizar rastreamento de hepatites B e C de maneira semestral.

- Anteriormente sem recomendação de rastreamento de hepatite B e C para pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos.

1.3 Em caso de violência sexual, realizar rastreamento de hepatites B e C para atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição.

- Anteriormente recomendação de rastreamento no atendimento inicial e após 6 meses após exposição para hepatite B e C.

QUEM	QUANDO			
	HIV <sup>a</sup>	Sífilis <sup>b</sup>	Clamídia e gonococo <sup>c</sup>	Hepatites B <sup>d</sup> e C <sup>e</sup>
<b>Gestantes</b>	<p>Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);</p> <p>No início do 3º trimestre (28ª semana);</p> <p>No momento do parto, independentemente de exames anteriores;</p> <p>Em caso de aborto/ natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.</p>		<p>Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤ 30 anos)</p>	<p>Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre)<sup>f</sup></p> <p>Hepatite C: de acordo com o histórico de exposição de risco para HCV<sup>g</sup></p>
<b>Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos</b>	Semestral			
<b>Violência sexual</b>	<p>No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição</p>	<p>No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição</p>		<p>No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição</p>

### 2. SÍFILIS ADQUIRIDA

Página 56 – “5.3 Classificação clínica da sífilis”

Mudança de classificação da OMS para classificação utilizada pelo CDC. A sífilis recente, antes considerada até dois anos de evolução mudou para um ano de evolução. A sífilis tardia, antes considerada quando mais de dois anos de duração, mudou para mais de um ano de duração.

“A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento, conforme segue (WORKOWSKI; BOLAN, 2015):

- › Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução;
- › Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução.”

### **3. SÍFILIS ADQUIRIDA**

Página 70 – “5.6.5 Teste de sensibilidade à benzilpenicilina benzatina”

Acréscimo de subtópico relacionado ao tratamento da sífilis.

“A maioria dos casos identificados grosseiramente como suspeitos de serem alérgicos à penicilina carecem de anamnese criteriosa para qualificar essa alteração. Em vista disso, é fundamental e imperativo que a anamnese seja objetiva, para a adequada obtenção dessas informações. Tal decisão fundamentou-se no elevado número de casos suspeitos de alergia à penicilina encaminhados para dessensibilização, constatando-se que a quase totalidade deles foram descartados somente pela anamnese. Por sua vez, o uso de derivados da penicilina também pode deflagrar crise de alergia à penicilina (SHENOY et al., 2019).

Relembre-se que dor e reação local, rash maculopapular, náusea, prurido, mal-estar, cefaleia, história de algum evento suspeito há mais de dez anos, história familiar, entre outras manifestações, isoladamente não configuram alergia à penicilina. As manifestações clínicas que justificam encaminhar a gestante para descartar o diagnóstico de alergia à sífilis incluem reação anafilática prévia e lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson (GALVAO et al., 2013).

Para orientar a anamnese, visando obter informações mais específicas sobre o passado de alergia à penicilina, podem-se dirigir às gestantes algumas perguntas com maior potencial de assertividade, dentre elas: 1) você se lembra dos detalhes da reação? 2) há quantos anos a reação ocorreu? 3) como foi o tratamento? 4) qual foi o resultado? 5) por que você recebeu penicilina? 6) você já fez algum tratamento com antibióticos depois desse evento? 7) quais foram esses medicamentos (lembrar que medicamentos como a ampicilina, a amoxicilina e as cefalosporinas são exemplos de drogas derivadas da penicilina)? 8) você já fez uso de penicilina ou de seus derivados após esse evento que você acha que foi alergia à penicilina?”

### **4. CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS**

Página 95 – “Quadro 21 – Testes de sífilis para criança exposta à sífilis”

Mudança na indicação de solicitação de teste não treponêmico para criança exposta à sífilis. Anteriormente indicação descrita em quadro com teste não treponêmico em 1, 3 e 6 meses de idade, mudado para realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Mantem-se indicação de interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.

**Quadro 21 – Testes de sífilis para criança exposta à sífilis**

TESTES DE SÍFILIS	NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação.  Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.  Interromper o seguimento laboratorial após dois testes <b>não reagentes</b> consecutivos.	Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: 1:4 e materno 1:2); baixo risco de SC.  Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita. Tratar conforme a Figura 9 e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita.  Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser <b>não reagentes</b> aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para SC, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso.  Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.

## 5. CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

Página 98 – Criança com sífilis congênita

Anteriormente descrito que todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar e análise do líquido. Acrescentou-se a realização de radiografia de ossos longos. A solicitação de radiografia de ossos já era descrita anteriormente em quadro “Quadro 25 – Testes de sífilis e exames complementares para crianças com sífilis congênita”.

“Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido e radiografia de ossos longos.”

## 6. CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

Página 106 - Quadro 27 – Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

No seguimento da criança com sífilis congênita, excluído acompanhamento odontológico e inserido acompanhamento neurológico.

**Quadro 27 – Seguimento clínico da criança com sífilis congênita**

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º mês), com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno (Quadro 22, referente às manifestações precoces de sífilis congênita). Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.</p>

continuação

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor.

Fonte: DCCI/ SVS/MS.

## 7. DIAGNÓSTICO DE HPV

Página 167 - 11.3 Diagnóstico do HPV

Mudança na questão de recomendação de realização de estudo citológico em canal anal, antes orientado não realização de estudo citológico de material colhido do canal anal, por ser de difícil realização e interpretação ainda debatida. Atualmente orienta-se que a realização deste estudo citológico pode ser interessante em algumas populações.

Além disso, colocou-se um acréscimo em parágrafo seguinte. Mantem-se recomendação de não realizar testes que identifiquem o HPV na rotina clínica, mas esses testes podem ter importância em rastreamento de câncer genital.

“O estudo citológico de material colhido do canal anal ainda tem sua realização debatida, mas pode ter importância em populações especiais (HSH e pessoas com prática sexual anal receptiva), em razão de aumento da incidência de câncer anorretal (PALEFSKY et al., 1997).”

“Não são recomendados testes que identificam os diferentes tipos de HPV na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas com a finalidade de diagnosticar a infecção pelo HPV. Esses testes têm importância para o rastreamento de câncer genital, como câncer de colo uterino e de pênis.”