

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

Junho/2018



protocolo

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO





2018 Ministério da Saúde.

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

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

Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

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

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: conitec@saude.gov.br

<http://conitec.gov.br>



CONTEXTO

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

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

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

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

Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações



propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os PCDT vigentes.

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

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

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

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



APRESENTAÇÃO

A presente proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) foi avaliada pela Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC e apresentada aos membros do Plenário da CONITEC, em sua 67ª Reunião Ordinária, que recomendaram favoravelmente ao texto. O PCDT segue agora para consulta pública a fim de que se considere a visão da sociedade e se possa receber as suas valiosas contribuições, que poderão ser tanto de conteúdo científico quanto um relato de experiência. Gostaríamos de saber a sua opinião sobre a proposta como um todo, assim como se há recomendações que poderiam ser diferentes ou mesmo se algum aspecto importante deixou de ser considerado.

DELIBERAÇÃO INICIAL

Os membros da CONITEC presentes na 67ª Reunião do plenário, realizada nos dias 13 e 14 de junho de 2018, deliberaram para que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à atualização do PCDT.



Lista de Figuras

Figura 1 - Mandala de Prevenção Combinada	19
Figura 2 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma	38
Figura 3 - Estágio clínicos e métodos diagnósticos.....	49
Figura 4 - Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis.	50
Figura 5 - A história natural da neurosífilis.....	61
Figura 6 - Resumo da investigação diagnóstica de sífilis congênita	75
Figura 7 - Testagem e conduta pós testagem para sífilis durante a gestação	76
Figura 8 - Desenho da rede de cuidado à criança exposta à sífilis	78
Figura 9 - Desenho da rede de cuidado à criança com sífilis congênita.....	79
Figura 10 - Classificação no nascimento das crianças quanto à exposição à sífilis materna	81
Figura 11 - Sífilis Congênita: avaliação a partir do teste não treponêmico materno.....	82
Figura 12 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, na maternidade, nascida de mãe adequadamente tratada	86
Figura 13 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, nascida de mãe não tratada, ou não adequadamente tratada.....	95
Figura 14 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, nascida de mãe adequadamente tratada, sintomática ou com teste não-treponêmico maior que materno em pelo menos duas diluições	97
Figura 15 - Tratamento com benzilpenicilina benzatinadose única	110
Figura 16 - Manejo do corrimento uretral	147
Figura 17 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma	162
Figura 18 - Manejo de DIP com uso de fluxograma	176
Figura 19- Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma	188
Figura 20 - Fluxograma para diagnóstico baseado no diagnóstico presuntivo.....	195
Figura 21- Exemplo de Rede Intrasetorial de saúde.....	224

Lista de Quadros

Quadro 1 - Cuidados com o preservativo masculino e feminino	21
Quadro 2 - Fatores que contribuem para ruptura ou escape do preservativo masculino	22
Quadro 3 - Cuidados com o preservativo feminino.....	22
Quadro 4 - Dados de iniciação sexual e uso de preservativo em adolescentes segundo questionário IBGE.	23
Quadro 5 - Rastreamento de Sífilis.....	26
Quadro 6 - Rastreamento Clamídia e Gonococo	27
Quadro 7 - Barreira ao controle de IST: perdas em diferentes níveis entre a infecção e a cura	34
Quadro 8 - Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos.....	38
Quadro 9- Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção evolução e estágios da doença.	44
Quadro 10- Métodos diagnósticos: Exames diretos.	45
Quadro 11- Métodos diagnósticos: Testes imunológicos.....	48



Quadro 12 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta.	51
Quadro 13 – Esquemas terapêuticos para sífilis e monitoramento.....	55
Quadro 14 - Manifestações clínicas da Neurosífilis.....	61
Quadro 15 – Indicação de punção lombar para pesquisa de neurosífilis, independentemente do estágio clínico.....	62
Quadro 16 - Quem deve ser trado para neurosífilis?.....	63
Quadro 17 - Regime de tratamento para neurosífilis.....	63
Quadro 18 - Indicação de punção lombar, em PVHIV, para pesquisa de neurosífilis, independentemente do estágio clínico.....	67
Quadro 19 - Critérios de definição de tratamento adequado para gestante, para fins assistenciais	77
Quadro 20 – Seguimento de exames complementares da criança exposta à sífilis materna	89
Quadro 21 - Seguimento clínico da criança exposta à sífilis materna.....	92
Quadro 22 - Manifestações clínicas da sífilis congênita precoce.....	98
Quadro 23 – Manifestações clínicas da sífilis congênita tardia.....	102
Quadro 24 – Exames complementares nas crianças com sífilis congênita	104
Quadro 25 – Valores de exame líquórico em crianças com suspeita de neurosífilis ..	107
Quadro 26 - Exame ginecológico e IST	117
Quadro 27 - Fatores que predispoem a CVV	118
Quadro 28 - Sistema de Nugent para diagnóstico de VB	121
Quadro 29 - Tratamento para gonorreia e clamídia.....	128
Quadro 30 - Prevenção e tratamento da oftalmia neonatal.....	129
Quadro 31 - Tratamento para vulvovaginite.....	129
Quadro 32 - Tratamento para tricomoníase	130
Quadro 33 - Tratamento para tricomoníase	131
Quadro 34 - Fatores associados a uretrites persistentes	144
Quadro 35 - Tratamento para uretrites	148
Quadro 36 – Tratamento para herpes genital.....	163
Quadro 37 – Tratamento para cancro mole, LGV e donovanose	165
Quadro 38 - Tratamento da sífilis adquirida.....	167
Quadro 39 - Agentes etiológicos da DIP	171
Quadro 40 - Critérios diagnósticos de DIP.....	174
Quadro 41 - Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP.....	177
Quadro 42 - Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP	178
Quadro 43 - Medidas de prevenção para prática sexual anal	193
Quadro 44- Indicação para coleta de exames baseado na presença de sintomas	196
Quadro 45 - Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo	197
Quadro 46 - Tratamento baseado no diagnóstico etiológico	197
Quadro 47 - Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual.....	218
Quadro 48 - Estruturação da Rede Intrasetorial e Intersetorial.....	225
Quadro 49 - Portarias que instituíram a notificação compulsória das IST no Brasil ...	231
Quadro 50 - Critérios para definição de casos de sífilis congênita	233
Quadro 51 - Definição de caso de sífilis em gestantes	234
Quadro 52 - Definição de casos de sífilis adquirida.....	235
Quadro 53 - Sugestões e orientações de como abordar a história sexual	241



Lista de abreviaturas

ALT	Alanina iminotransferase
AST	Aspartato iminotransferase
ATA	Ácido tricloroacético
ANVISA	Agência nacional de vigilância sanitária
CLSI	<i>Clinical e laboratory standards institute</i>
CMV	Citomegalovírus
CRIE	Centro de Referência para Imunobiológicos
CVV	Candidíase Vulvovaginal
CVVR	Candidíase Vulvovaginal Recorrente
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra-uterino
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (<i>human deficiency virus</i>)
HPV	papilomavírus humano (<i>human papiloma vírus</i>)
HSV	Herpes vírus simplex
IFT	Infertilidade por fator tubário
IGHAHB	imunoglobulina humana anti-hepatite B
ITR	Infecções do Trato Reprodutivo
IST	Infecção sexualmente transmissível
LGV	Linfogranuloma venereo
LSIL	<i>Low-grade intreepithelial lesions</i>
LVN	Limite de variação do normal.
MBL	<i>Mannose-binding lectin</i>
MS	Ministério da Saúde
NIA	Neoplasia intra-epitelial anal
NIC	Neoplasia intra-epitelial cervical
NIPE	Neoplasia intra-epitelial perineal
NIV	Neoplasia intra-epitelial vulvar
NIVA	Neoplasia intra-epitelial vaginal



OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização pan-americana de saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Reação em cadeia de polimerase (<i>polymerase chain reaction</i>)
PEP	Profilaxia pós-exposição (<i>post exposure prophylaxis</i>)
PGE2	Prostaglandina E2
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PrEP	Profilaxia pré-exposição ao HIV (<i>pre-exposure prophylaxis</i>)
PVHIV	peessoa vivendo com HIV
RENAME	Relação nacional de medicamentos essenciais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SC	Sífilis congênita
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Telelab	plataforma de ensino à distância
TR	Teste rápido
VB	Vaginose Bacteriana
VBR	Vaginose Bacteriana Recorrente
VHS	Velocidade de hemossedimentação
VPP	Valor preditivo positivo



Sumário

Sumário.....	10
1 Introdução.....	15
2 Saúde sexual: Abordagem centrada na pessoa com vida sexual ativa	16
2.1 Prevenção Combinada e sexo seguro.....	18
2.2 O que é Prevenção Combinada?	18
2.3 O que é sexo seguro?	20
2.3.1 Oferta de preservativos	20
2.4 Adolescentes	23
2.5 Atividade sexual na gestação	24
2.6 Rastreamento	25
2.7 Imunização	28
2.7.1 Vacina HPV	28
2.7.2 Vacina HBV	28
2.7.3 Vacina HAV	28
2.8 Referências.....	29
3 Estratégia de atenção integral às pessoas com diagnóstico de IST e suas parcerias sexuais	33
3.1 Abordagem às parcerias sexuais	35
4 Manejo integral às pessoas com IST	35
4.1 Referências.....	39
4.2 Sífilis.....	41
4.2.1 Definição e etiologia.....	41
4.2.2 Transmissão	41



4.2.3	Classificação clínica	42
4.2.4	Métodos diagnósticos	45
4.2.5	Tratamento.....	54
4.2.6	Monitoramento pós tratamento.....	57
4.2.7	Neurosífilis	60
4.2.8	Particularidades em populações especiais	64
4.2.9	Parceria sexual.....	67
4.2.10	Referências	67
4.3	Sífilis Congênita	73
4.3.1	Sífilis Congênita Precoce: Manejo Baseado na Definição dos Casos.....	74
4.3.2	Tratamento da Sífilis Congênita Neonatal.....	108
4.3.3	Desfecho	111
4.3.4	Referências	111
4.4	Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite.....	116
4.4.1	Aspectos específicos dos principais agentes etiológicos de corrimentos vaginais e cervicites	118
4.4.2	Cervicite	124
4.4.3	Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal	128
4.4.4	Tratamento.....	128
4.4.5	Referências	133
4.5	Infecções que causam corrimento uretral	142
4.5.1	Etiologia das uretrites	142
4.5.2	Aspectos específicos das uretrites	142
4.5.3	Métodos diagnósticos para uretrites	145
4.5.4	Fluxograma para o manejo de corrimento uretral	146
4.5.5	Tratamento para uretrites.....	148
4.5.6	Referências	150



4.6	Infecções que causam úlcera genital.....	154
4.6.1	Aspectos específicos das úlceras genitais.....	154
4.6.2	Métodos diagnósticos para úlceras genitais.....	159
4.6.3	Fluxograma para o manejo de úlcera genital.....	161
4.6.4	Tratamento para úlcera genital	163
4.6.5	Referências	169
4.7	Doença inflamatória pélvica (DIP)	170
4.7.1	Diagnóstico.....	173
4.7.2	Fluxograma para o manejo de DIP	175
4.7.3	Tratamento.....	176
4.7.4	Referências	180
4.8	Infecção pelo HPV	183
4.8.1	Apresentações subclínicas	184
4.8.2	Manifestações clínicas	184
4.8.3	Diagnóstico.....	185
4.8.4	Prevenção.....	186
4.8.5	Tratamento.....	186
4.8.6	Opções terapêuticas:	189
4.8.7	Seguimento	190
4.8.8	Parcerias sexuais.....	190
4.8.9	Gestação.....	191
4.8.10	Crianças e adolescentes	192
4.8.11	Particularidades em determinadas populações	192
4.8.12	Referências	192
4.9	Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis	193
4.9.1	Proctites	194
4.9.2	Proctocolite.....	194



4.9.3	Enterite	194
4.9.4	Diagnóstico presuntivo	194
4.9.5	Diagnóstico etiológico	195
4.9.6	Tratamento.....	196
4.9.7	Seguimento	198
4.9.8	Parcerias sexuais.....	199
4.9.9	Referências	199
4.10	HIV	201
4.10.1	Métodos diagnósticos da infecção pelo HIV	202
4.11	Hepatites virais	203
4.11.1	Hepatite A (HAV)	203
4.11.2	Hepatite B (HBV).....	204
4.11.3	Hepatite C (HCV).....	206
4.11.4	Métodos Diagnósticos das Hepatites Virais	207
4.11.5	Referências	208
4.12	Zika Vírus	211
4.12.1	Referências	212
4.13	HTLV.....	213
4.13.1	Referências	213
4.14	Violência sexual e IST.....	215
4.14.1	Prevenção das IST na violência sexual.....	215
4.14.2	Profilaxia das IST não virais para às pessoas em situação de violência sexual	218
4.14.3	Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual.....	219
4.14.4	Prevenção da gravidez não planejada.....	220
4.14.5	Profilaxia da infecção pelo HIV	221
4.14.6	Rede de Atenção Integral às mulheres em situação de violência sexual	221



4.14.7	Referências	228
4.15	Vigilância Epidemiológica	231
4.16	Anexos	236
4.16.1	Cartilha Saúde Sexual.....	236



1 Introdução

Os PCDT são documentos que estabelecem critérios para diagnóstico de infecções/doenças ou agravos à saúde; o tratamento preconizado com medicamentos e demais produtos apropriados; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos profissionais de saúde e gestores do SUS. Devem ser baseados em evidências científicas e considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

O capítulo de saúde sexual traz abordagem centrada na pessoa com visa sexual ativa. Propõe-se um texto que seja guia para profissionais de saúde, que possa facilitar a abordagem e alinhar as melhores orientações de prevenção disponíveis. Amplia-se o olhar para o que é sexo seguro nos tempos atuais. Devido aos dados de aumento de HIV e sífilis em jovens, há uma discussão sobre a vida sexual entre adolescentes e suas particularidades, com foco no protagonismo e autonomia do cuidado de sua saúde sexual.

O capítulo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis abordam as proctites, proctocolites e enterites. Tais agravos necessitam de cuidados especiais em relação a prática sexual que os transmite e apresentam outros cuidados de prevenção.

Em relação a sífilis congênita, a principal alteração é uma nova proposta de apresentação do tema, centrada da linha de cuidado e rede de assistência à criança com sífilis congênita. Além disso, separa-se a criança exposta da criança com sífilis congênita e propõe-se, em consonância com as evidências científicas mais atuais, o ponto de corte do teste não treponêmico sérico da criança pelo menos duas diluições maior que o materno para caracterizar sífilis congênita nas crianças assintomáticas nascidas de mães adequadamente tratadas.

A resistência da *Neisseria gonorrhoeae* é preocupação mundial, constando na lista de “patógenos prioritários” resistentes aos antibióticos da OMS. No Brasil a realidade não é diferente. A rede nacional de vigilância para monitorar a resistência antimicrobiana da *Neisseria gonorrhoeae*, o Projeto Sengono, demonstrou alta



resistência à penicilina, tetraciclina e a ciprofloxacino. Diante disso, a atual recomendação é pela terapia dupla baseada em Ceftriaxona 500mg intramuscular em dose única associado com Azitromicina 1g via oral em dose única.

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 Saúde sexual: Abordagem centrada na pessoa com vida sexual ativa

A OMS define saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades.

A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa das sexualidades e das práticas sexuais, bem como a possibilidade de experiências sexuais prazerosas e seguras, sem coerção, discriminação e violências. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos (CAB 26, 2013).

Saúde sexual é uma estratégia na promoção de saúde e do desenvolvimento humano (Coleman, 2011) e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (WHO, 1975).

A saúde sexual não pode ser entendida sem uma ampla consideração da sexualidade de cada pessoa, que está subjacente a comportamentos e resultados importantes relacionados ao prazer e ao seu bem-estar. A definição de sexualidade é: "... um aspecto central do ser humano ao longo da vida engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos,



psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais" (OMS, 2006).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais das pessoas e suas perspectivas sobre reprodução devem estar presentes em todas as oportunidades de contato, em qualquer acesso aos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita o vínculo e facilita a adesão às tecnologias disponíveis, que devem sempre ser oferecidas pelas/os profissionais de saúde. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e com atenção e respeito, livre de preconceitos e soluções. Trata-se de uma escuta com o real objetivo de acolher as questões da pessoa escutada. Esse encontro e a escuta ativa possibilita que a própria pessoa se ouça e se permita a encontrar outros caminhos para sua vida. A escuta atenta e livre possibilita um estado de confiança necessário para que a pessoa possa ultrapassar seus medos (Resseguier, 1988).

Considerando essa percepção e preceitos uma nova abordagem do cuidado sexual faz-se necessária. A oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual, sendo fundamental a ampliação da perspectiva para a avaliação de risco, gestão de risco e possibilidades de prevenção combinada.

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de profissão, de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças, as quais não devem ter valores diferentes na sociedade. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos (CAB 26, 2013).

“Nós fazemos sexo para ter bebês, nós fazemos sexo para expressar nosso amor e afeto, nós fazemos sexo para sentir prazer e intimidade”

(TED, 2017)



2.1 Prevenção Combinada e sexo seguro

É importante que a percepção dos riscos de adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa e devem ser vistos como dinâmicos ao longo da vida. A prevenção das IST impulsiona a continuidade de projetos pessoais: relacionamentos, filhos/as e uma vida sexual saudável. Para que a prevenção ocorra com maior eficiência, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes. Discutiremos a seguir o que é sexo seguro, o que é prevenção combinada e como essas ferramentas podem colaborar para a gestão de risco de cada pessoa.

O melhor sexo com o menor risco possível

Fonte: adaptado de Hickson, 2010.

2.2 O que é Prevenção Combinada?

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada.

O símbolo da mandala representa a combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção. Não há hierarquização entre as estratégias. Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridas, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos.

Os/as profissionais de saúde devem utilizar a mandala para orientação de prevenção para pessoas sob risco de IST, HIV e Hepatites virais. Utilizamos a mesma lógica do que fazemos em relação a saúde reprodutiva. Quando uma pessoa/casal chega ao serviço de saúde em busca de anticoncepção, oferece-se várias opções como por exemplo: anticoncepcional oral, DIU com cobre, DIU com progesterona, anticoncepcional injetável, vasectomia, etc. Até métodos com menor eficácia podem ser utilizados pelas pessoas/casais a depender de sua indicação como preservativos e tabelinha. Portanto, a pessoa/casal é que identifica o melhor método que se enquadra à



sua rotina com auxílio do/da profissional de saúde. Da mesma maneira, pensa-se a prevenção combinada (figura 1).

Figura 1 - Mandala de Prevenção Combinada

Mandala de Prevenção Combinada



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O melhor método é aquele que o indivíduo escolhe, com auxílio do/da profissional da saúde, e que atende suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma intervenção de prevenção isolada se mostrou suficiente eficaz para reduzir novas infecções.



Para mais informações sobre as estratégias de Prevenção Combinada, consultar o documento “Prevenção Combinada: Bases conceituais para trabalhadores e gestores de saúde” (BRASIL, 2017), disponível em www.aids.gov.br/biblioteca.

2.3 O que é sexo seguro?

Muitas vezes associamos o termo “sexo seguro” ao uso exclusivo de preservativos. Por mais que o uso de preservativos seja fundamental e uma estratégia que deve ser sempre estimulada, ela possui limitações e outras medidas de prevenção também são importantes e complementares para uma prática sexual mais segura. Nesse sentido é fundamental ampliar o olhar para um cenário mais completo e efetivo de prevenção como o apresentado abaixo:

- Usar preservativo
- Imunizar HBV e HPV
- Conhecer o status sorológico para HIV da parceria sexual
- Testar regularmente para HIV e outras IST
- Tratamento do HIV como Prevenção
- Realização - de exames cérvico-vaginais preventivos (Papanicolau)
- PrEP
- Conhecimento e acesso à anticoncepção
- PEP – para casos de falha nos métodos anteriores

2.3.1 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 outras infecções sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez.

A oferta e a promoção do preservativo feminino deverão ser incluídas na conversa com a/o paciente, pois é mais uma possibilidade de prevenção. O preservativo feminino é um insumo de prevenção sob o controle da mulher, pois é um método iniciado e usado em seu corpo, permitindo maior autonomia em relação aos seus corpos e as suas práticas preventivas, em especial, quando se têm dificuldade de negociar o uso



do preservativo masculino com suas parcerias, contribuindo ao enfrentamento de vulnerabilidades e nas inequidades entre as relações.

A oferta desses insumos deve ser realizada sem restrições, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de documentos de identificação, de forma a não restringir o acesso das pessoas aos insumos de prevenção, os quais deverão ser distribuídos conforme a necessidade da pessoa usuária.

As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem.

O uso regular de preservativos aperfeiçoa a técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e aumentando a eficácia. Esses insumos devem ser promovidos e disponibilizados como parte da rotina de atendimento. As orientações adequadas para uso e conservação dos preservativos masculino e feminino estão nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 - Cuidados com o preservativo masculino e feminino

- 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: DIAHV/SVS/MS.



Quadro 2 - 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: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 3 - 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 antes da relação e retirado com tranquilidade após o coito, de preferência antes de a mulher levantar-se, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo;
- O preservativo feminino já vem lubrificado, portanto não é necessário o uso de lubrificantes.
- 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: DIAHV/SVS/MS.



2.4 Adolescentes

Especialmente no trabalho com adolescentes, é comum observar uma tendência de pais/responsáveis e equipe de saúde a não abordar os aspectos determinantes da saúde sexual, como a negação do desejo sexual do jovem e o incentivo ao prolongamento da infância. Entretanto, os dados existentes (Quadro 4) demonstram início da vida sexual precoce com baixo uso de preservativos. Portanto, é essencial explicar que a prática sexual faz parte dessa fase da vida, e que ela pode ser desejada e vivenciada sem culpas, mas com informação, comunicação e exercício do livre arbítrio (PCDT TV, 2017).

Quadro 4 - Dados de iniciação sexual e uso de preservativo em adolescentes segundo questionário IBGE.

Iniciação sexual: Dos escolares do sexo masculino 36,0% declararam já ter se relacionado sexualmente alguma vez, enquanto entre os do sexo feminino deste mesmo grupo o percentual foi de 19,5%.

Uso de preservativo: 27,5% dos escolares que declararam já ter tido relação sexual alguma vez na vida, 61,2% responderam ter usado preservativo na primeira vez que tiveram relação sexual.

Fonte: IBGE, 2015

Adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que exige novos modos de produzir saúde. Seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer “andar a vida”, de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam. As vulnerabilidades produzidas pelo contexto social e as desigualdades resultantes dos processos históricos de exclusão e discriminação determinam os direitos e as oportunidades de adolescentes e jovens brasileiros.

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes e surpreendentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação.

A maneira como os(as) adolescentes expressam e vivem a sua sexualidade é influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações, emocional



e afetiva, que viveram com as pessoas significativas na infância e na sua vivência atual; relações com seus grupos de pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais trazidas pelo crescimento e desenvolvimento e pelo início da capacidade reprodutiva, até os valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos(as).

A sexualidade é uma das dimensões inerentes à vida e a saúde do ser humano que se manifesta desde o seu nascimento. Constitui-se como um fenômeno multifatorial, com aspectos biológicos, psicológicos, culturais, históricos e sociais, que influencia na sua maneira de ser, de compreender e de viver no mundo.

Deve ser incluído na abordagem ao adolescente o conceito de dignidade sexual, que distingue cada ser humano e evoca respeito pelo Estado e pela sociedade, envolvendo direitos e deveres para garantir a pessoa a proteção de todo ato degradante e desumano e propiciando condições mínimas de existência para uma vida saudável, com corresponsabilidade ativa nas decisões da própria vida junto aos outros seres humanos.

É imprescindível que o entendimento da sexualidade, que respeita os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, que reconhece a importância das relações entre homens e mulheres com equidade de gênero e que respeita a dignidade sexual das pessoas, deve estar presente nas ações de educação sexual para adolescentes, de preferência antes que aconteça a primeira relação sexual.

Por fim, toda essa abordagem deve respeitar a autonomia dos (as) adolescentes, dentro dos princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito entre profissionais e adolescentes.

Esse espaço de troca sobre saúde sexual e também do planejamento reprodutivo deve ser iniciado tão logo seja detectada a maturidade sexual, ou quando surjam perguntas sobre o assunto, devendo ser realizado de forma gradual, ao longo dos diversos encontros no cuidado integral ao adolescente. De acordo com cada fase da vida e com a identificação dos riscos e práticas sexuais, podem ser oferecidas diferentes tecnologias associadas à prevenção combinada das IST/HIV/hepatites virais (PCDT TV, 2017).

2.5 Atividade sexual na gestação

As relações sexuais na gravidez não oferecem risco à gestação. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está relacionada a aumento de



prematuridade e mortalidade perinatal. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de contrair IST que prejudiquem a gestação ou que possam ser transmitidas verticalmente, causando aumento da morbimortalidade tanto para a gestante quanto para o concepto. Por isso, a equipe de saúde deve abordar questões relacionadas à saúde sexual das gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, o parto e o puerpério, especificamente no que tange à identificação de práticas sexuais de risco e oferta de prevenção combinada (PCDT TV, 2017).

A equipe de saúde deve abordar questões relacionadas à saúde sexual das gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, o parto e o puerpério, especificamente no que tange à identificação de práticas sexuais de risco e oferta de prevenção combinada.

2.6 Rastreamento

Os dois principais fatores de risco para IST são o comportamento sexual de risco e a idade (Cantor, 2016). Em relação a sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população de 13 a 29 anos (Brasil, 2017).

Rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas, para diagnóstico precoce (prevenção secundária), visando como objetivo reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado (Gates, 2001; Wilson, 1968). Diferentemente de outros rastreamentos como mamografia para câncer de mama, toque retal para câncer de próstata, o rastreamento das IST não identifica apenas um sujeito. Obrigatoriamente ele estará ligado a outro ou outros indivíduos estabelecendo uma rede de transmissão. Rede que se não identificada e tratada, perpetua o agravo na comunidade, além de expor o indivíduo a reinfecção caso a adesão ao uso de preservativos não seja estabelecida. Portanto, descrevemos o rastreamento por subgrupo populacional para SÍFILIS, CLAMÍDIA E GONOCOCO (Quadro 5 e 6) respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária (Gérvias, 2006).



Quadro 5 - Rastreamento de Sífilis

QUEM	Adolescentes e Jovens (≤ 30 anos) com vida sexual ativa	Adultos (>30 anos) e idosos com vida sexual ativa	Gestantes	Pessoas em uso de PrEP	PVHIV	Gays, HSH, profissionais do sexo, travestis/ transexuais e pessoas que usam álcool e outras drogas
QUANDO	Anual	Pelo menos uma vez na vida	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores; Após exposição com risco	Trimestral	Semestral	Semestral
COMO	Preferencialmente com teste rápido para sífilis. Para pessoas com história de sífilis iniciar rastreamento com teste não treponêmico (ex. VDRL, RPR).					

Fonte:

DIAHV/SVS/MS.



Quadro 6 - Rastreamento Clamídia e Gonococo

QUEM	PVHIV	Pessoas em uso de PrEP	Gestantes	Pessoa com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos
QUANDO	No momento do diagnóstico	Semestral	Na primeira consulta do pré-natal	Semestral
COMO	Pesquisa de acordo com a prática sexual: em urina, amostras endocervicais, secreção genital, swab anal. Detecção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular.			

Fonte: DIAHV/SVS/MS. Jalkh, 2014.



2.7 Imunização

2.7.1 Vacina HPV

A imunização para HPV é realizada através de vacina quadrivalente e está indicada para meninos e meninas de 9 a 13 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses.

Para PVHIV, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, a faixa etária indicada para imunização é de 9 a 26 anos, sendo o esquema de vacinação composto por três doses (0, 2 e 6 meses) (PCDT PEP, 2017). Para mais informações, consultar <http://www.saude.gov.br/pni>. Mesmo após vacinação, a realização do preventivo de colo uterino segue indicado, seguindo as recomendações da Saúde da Mulher.

2.7.2 Vacina HBV

No Brasil, desde 2016, a vacinação contra a hepatite B está indicada para todas as faixas etárias.

Três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes.

A vacinação é a principal medida de prevenção contra a hepatite B, sendo extremamente eficaz e segura. A gestação e a lactação não representam contraindicações para imunização.

Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento. Para mais informações, consultar <http://www.saude.gov.br/pni>.

2.7.3 Vacina HAV

O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral. A transmissão sexual desse vírus é infrequente. No entanto, recentemente, diversos casos de transmissão sexual do vírus da hepatite A foram confirmados em vários países



da Europa. A maioria dos casos parece ocorrer entre homens que fazem sexo com outros homens, embora essa forma de transmissão também tenha sido observada entre mulheres. A magnitude da transmissão por via sexual é provavelmente subestimada (WERBER et al., 2017, FREIDL et al., 2017, CHEN et al., 2017, BEEBEEJAUN et al., 2017).

A transmissão sexual do HAV provavelmente limita o benefício da prevenção por meio do uso exclusivo de preservativos, devendo-se complementar a prevenção com outras medidas, como a higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e depois do ato sexual; usar barreiras de látex durante sexo oral-anal, luvas de látex para dedilhado ou "fisting"; higienizar vibradores, e outros acessórios/ brinquedos eróticos.

A vacinação é a principal medida de prevenção contra a hepatite A, sendo extremamente eficaz e segura.

Caso seja possível, deve-se verificar a susceptibilidade do paciente exposto por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAV IgG e anti-HAV IgM). A presença de anti-HAV IgM reagente sugere episódio agudo de infecção por esse vírus.

Caso a pesquisa dos anticorpos seja não reagente, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta, obedecendo-se aos critérios de vacinação do PNI e do manual do CRIE.

A presença de anti-HAV IgG reagente demonstra imunidade definitiva da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária (PCDT PEP, 2017). Para mais informações, consultar <http://www.saude.gov.br/pni>.

2.8 Referências

BEEBEEJAUN, K. et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. Euro Surveill., [S.l.]; v. 22, n. 5, 2 fev. 2017.

Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Vol. 48, N° 36, 2017. Disponível em: <http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>.



Brasil: Ministério da Saúde, & IBGE. (2016). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

Brasil: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais. (2017). Prevenção Combinada do HIV, 123.

Brasil: Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Brasil: Ministério da Saúde (2016). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Brasil: Ministério da Saúde (2017). Protocolo Clínico E Diretrizes Para Prevenção Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais., 1, 252. Retrieved from <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

CHEN, G. J. et al. Incidence of acute hepatitis A among HIV-positive patients during an outbreak among MSM in Taiwan: impact of HAV vaccination. *Liver Int.*, [S.l.], 8 maio 2017. DOI: 10.1111/liv.13468.

Coleman, E. (2011). What is sexual health? Articulating a sexual health approach to HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 15(SUPPL. 1), 18–24. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-9909-y>.

Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for syphilis: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016; 315(21):2328–2337.

Carrió FB. Entrevista clínica – Habilidades de comunicação para profissionais de saúde. 2012; primeira edição; Artmed; ISBN: 9788536327754.

Clutterbuck DJ, Flowers P, Barber T, Wilson H, Nelson M, Hedge B, Kapp S, Fakoya A, Sullivan AK; Clinical Effectiveness Group of British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) and British HIV Association (BHIVA). UK national guideline on safer sex advice. *Int J STD AIDS*. 2012 Jun; 23(6):381-8. doi: 10.1258/ijsa.2012.200312. PubMed PMID: 22807529.

FREIDL, G. S.; SONDER, G. J.; BOVÉE, L. P. et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the



Netherlands, July 2016 to February 2017. *Euro Surveill.*, [S.l.], v. 22, n. 8, p. 30468, 2017. DOI: [http:// dx.Doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.8.30468](http://dx.Doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.8.30468).

Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. *Am Fam Physician* 2001; 63:513-22.

Gérvás J, Pérez Fernández M. [Limits to the power of medicine to define disease and risk factor, and quarternary prevention]. *Gac Sanit.* 2006 Dec; 20 Suppl 3:66-71. Spanish. PubMed PMID: 17433203.

Hickson F. What is the point of HIV prevention? Plenary address at Australian Federation of AIDS Organisations' HIV Educators Conference. Sydney, Australia, 2010.).

Palestra: How talking about sex could end STIs | Teodora Elvira Wi | TED x MonteCarlo - TEDx Talks publicado em 13 de dez de 2017.

Jalkh AP, Miranda AE, Hurtado-Guerreiro JC, Ramos LA, Figliuolo G, Maia J, Costa CM, Ramasawmy R, de Lima Ferreira LC. Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus-infected men treated at a referral hospital for sexually transmitted diseases in the Amazonas, Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2014 Mar-Apr;18(2):158-63. doi: 10.1016/j.bjid.2013.06.007. Epub 2013 Nov 9. PubMed PMID: 24216156.

Negreiros, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Revista Alceu.* v. 5, n. 9, p. 77-86, jul. /dez. 2004.

Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician.* 2002 Nov 1;66 (9):1705-12. Review. PubMed PMID: 12449269.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sexual and Reproductive Health. WHO, 2006.

WERBER, D.; MICHAELIS, K.; HAUSNER, M, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. *Euro Surveill.*, [S.l.], v. 22, n. 5, p. 30457. DOI: <http://dx.Doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.5.30457>.

Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968.

World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Technical report series Nr.572. 1975. <http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/WHOR.HTM>. Accessed 29 Sept 2010.



Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015 Jun 5; 64(RR-03):1-137. Erratum in: *MMWR Recomm Rep.* 2015 Aug 28; 64(33):924. PubMed PMID: 26042815.

Rességuier, 1988 - RESSÉGUIER, Jean-Paul. A noção de escuta e a harmonização do corpo sensível. [S.l.: s.n.], dez. 1988.



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

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos na abordagem das pessoas com IST. Durante o exame físico, quando indicado, procede-se à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados os seguintes exames:

- Gonorreia
- Clamídia
- Sífilis
- HIV
- Hepatite B
- Hepatite C

A notificação compulsória deve fazer parte da abordagem 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, adesão ao tratamento e a retenção no serviço. 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. Para mais informações sobre gerenciamento de risco e prevenção combinada consultar o item XX e para indicação de imunização consultar o item X

O modelo conceitual representado no quadro 7 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.



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.

Quadro 7 - Barreira ao controle de IST: perdas em diferentes níveis entre a infecção e a cura

Pessoas com IST	
Sintomáticas	Assintomáticas
Buscam atendimento	Não buscam atendimento
Diagnóstico adequado	Sem diagnóstico
Tratamento correto	Sem tratamento correto
Tratamento completo	Não completam tratamento
Tratamento das parcerias sexuais	Parcerias sexuais não tratadas
Cura	Persistência da cadeia de transmissão

Fonte: adaptado de OMS/RHR, 2005.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores quando menor é o acesso ao tratamento. 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.



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 parcerias sexuais

Uma pessoa com IST, nunca é só uma pessoa. É uma rede de parceria sexual que está infectada.

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Portanto, essa informação deve ser repassada à pessoa com IST ao mesmo tempo que você fornecerá instrumentos para comunicação e todo apoio até o final do processo.

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação e tratamento, as pessoas com as quais a pessoa infectada tenha se relacionado sexualmente, conforme os tempos abaixo:

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

4 Manejo integral às pessoas com IST

As principais manifestações clínicas das IST são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Embora possam variar no tempo e por



região, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas. Isso facilita a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico, dependendo de cada manifestação.

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.

Na situação em que não há rede laboratorial disponível, as condutas são acompanhadas de menor especificidade, existindo a possibilidade de tratamento desnecessário. A resistência da *Neisseria gonorrhoeae* é preocupação mundial (Alirol, 2017; Kahler, 2018), constando na lista de “patógenos prioritários” resistentes aos antibióticos da OMS (Tacconelli, 2018). No Brasil a realidade não é diferente. A rede nacional de vigilância para monitorar a resistência antimicrobiana da *Neisseria gonorrhoeae*, o Projeto Sengono, demonstrou alta resistência à penicilina, tetraciclina e a ciprofloxacino; com emergência de resistência à Azitromicina; e total sensibilidade (de acordo com os critérios do CLSI) as cefalosporinas de terceira geração (Ceftriaxona, Cefixima) (Bazzo, 2018). Diante disso, é fundamental melhorar nossa rede laboratorial para o diagnóstico da *Neisseria gonorrhoeae*, pois a identificação do patógeno proporciona o tratamento adequado. Outro ponto importante é o diagnóstico e tratamento da parceria sexual, para eliminação da bactéria de toda rede sexual da pessoa, reduzindo assim, o risco de reinfecção (Jeness, 2017).

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, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

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

Existem situações, como o corrimento vaginal, em que o exame especular e testes mínimos são recomendados, sem os quais é impossível o adequado manejo do



caso, com isenção de erros. Por outro lado, no manejo da DIP, considerando-se a urgência da intervenção, a conduta mais indicada é a instituição de tratamento imediato.

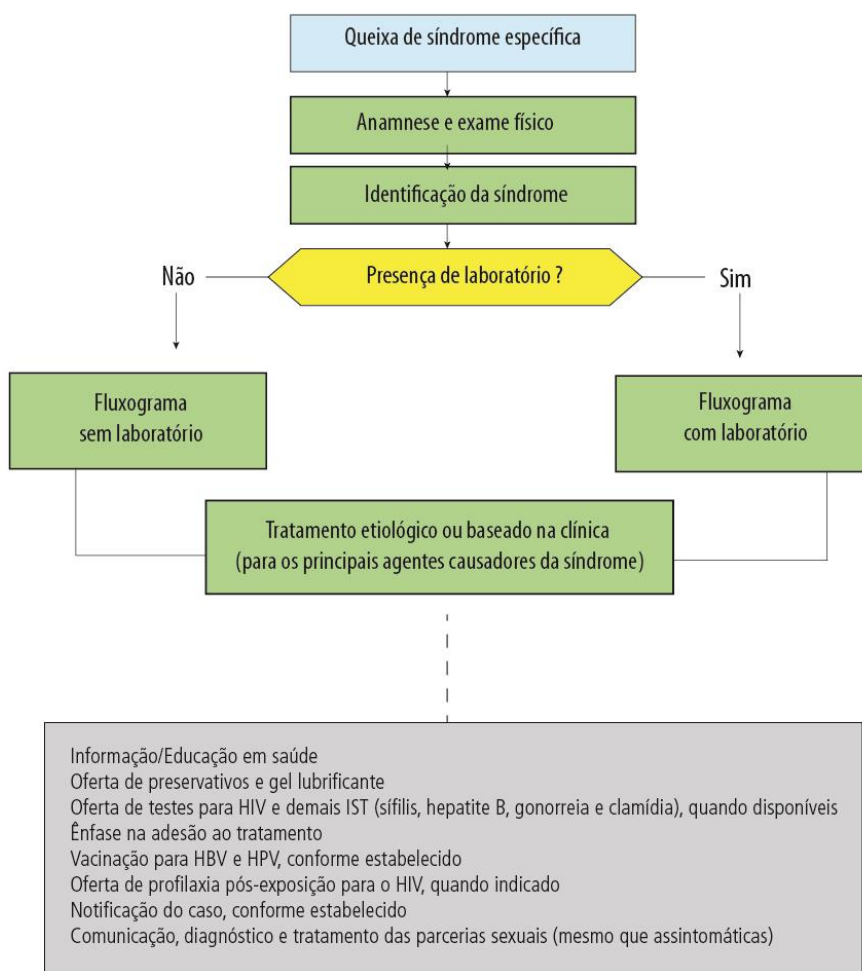
A infecção pelos diferentes agentes etiológicos causadores das manifestações clínicas também podem se apresentar de forma assintomática. Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve, idealmente, incluir também o diagnóstico de infecções assintomáticas (estratégias complementares), discutidas no capítulo 2 de saúde sexual.

As condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, por causa de sua baixa sensibilidade e especificidade. O manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma, com e sem a utilização de testes laboratoriais, é apresentado ao longo do PCDT. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequados.

O manejo das IST sintomáticas segue condutas baseadas em fluxogramas, conforme a Figura 2. No seguimento das etapas do fluxograma é indispensável aprofundar cada item, especialmente anamnese acurada e exame físico detalhado.



Figura 2 – Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

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

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

Síndrome – Úlcera anogenital	
Agente etiológico	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i>	LGV
<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital ^a
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose



<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Síndrome – Corrimento uretral/vaginal/	
Agente etiológico	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
Síndrome – Verruga anogenital	
Agente etiológico	Infecção
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: DIAHV/SVS/MS.

4.1 Referências

Alirol E, et al. M. Multidrug-resistant gonorrhea: A research and development roadmap to discover new medicines. PLoS Med. 2017 Jul 26; 14(7):e1002366. doi: 10.1371/journal.pmed.1002366. eCollection 2017 Jul. PubMed PMID: 28746372; PubMed Central PMCID: PMC5528252.

Kahler CM. Multi-drug resistant *Neisseria gonorrhoeae*: future therapeutic options. Future Microbiol. 2018 Mar 8. doi: 10.2217/fmb-2017-0258. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 29517285.

Jenness SM, Weiss KM, Goodreau SM, Gift T, Chesson H, Hoover KW, Smith DK, Liu AY, Sullivan PS, Rosenberg ES. Incidence of Gonorrhea and Chlamydia Following Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis Among Men Who Have Sex With Men: A Modeling Study. Clin Infect Dis. 2017 Sep 1;65(5):712-718. doi: 10.1093/cid/cix439. PubMed PMID: 28505240



Tacconelli E, Carrara E, Savoldi A, Harbarth S, Mendelson M, Monnet DL, Pulcini C, Kahlmeter G, Kluytmans J, Carmeli Y, Ouellette M, Outterson K, Patel J, Cavalieri M, Cox EM, Houchens CR, Grayson ML, Hansen P, Singh N, Theuretzbacher U, Magrini N; WHO Pathogens Priority List Working Group.. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis.* 2018 Mar; 18(3):318-327. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30753-3. Epub 2017 Dec 21. PubMed PMID: 29276051.

Uehara AA, Amorin EL, Ferreira Mde F, Andrade CF, Clementino MB, de Filippis I, Neves FP, Pinto Tde C, Teixeira LM, Giambiagi-Demarval M, Fracalanza SE. Molecular characterization of quinolone-resistant *Neisseria gonorrhoeae* isolates from Brazil. *J Clin Microbiol.* 2011 Dec; 49(12):4208-12. doi: 10.1128/JCM.01175-11. Epub 2011 Oct 5. PubMed PMID: 21976763; PubMed Central PMCID: PMC3232978.



4.2 Sífilis

4.2.1 Definição e etiologia

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer órgãos e sistemas do corpo. É uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum* subespécie *pallidum*. É transmitida principalmente por contato sexual, contudo pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou não tratada adequadamente (BRASIL, 2017. PCDT para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas e quando apresentam sintomas esses podem não ser percebidos ou valorizados, podendo, sem saber, transmiti-la as suas parcerias sexuais. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (Rolfs, 1997; CDC, 2015; Peeling, 2017).

Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas como: abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN. O item 4.3 deste capítulo traz importantes informações sobre sífilis congênita.

O Brasil, assim como muitos países, apresenta reemergência da doença. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento.

4.2.2 Transmissão

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária, secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões



na pele (Peeling, 2017). Essas lesões são raras ou inexistentes a partir do segundo ano de doença.

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical da sífilis para o feto é de até 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sifilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in utero*, parto pré-termo ou morte neonatal

A transmissão por transfusão de sangue ou derivados pode ocorrer, mas tornou-se muito rara, devido ao controle e testagem do sangue doado pelos hemocentros.

4.2.3 Classificação clínica

A infecção pela sífilis é dividida em estágios com base nos achados clínicos e orientam o tratamento e monitoramento (WHO 2016):

- Sífilis recente (primária, secundária e latente recente): menos de dois anos de evolução
- Sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de dois anos de evolução

Sífilis primária: o tempo de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento) sendo denominada “cancro duro”. A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar muito, em geral de 3 a 8 semanas, e seu desaparecimento independente de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltiplas.

Sífilis secundária: ocorre em média entre 6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até dois anos. Excepcionalmente as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As



manifestações são muito variáveis, mas tendem a ter uma cronologia própria. Inicialmente apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase são comuns as placas mucosas, lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes papulosas eritematoacastanhadas que podem atingir todo tegumento sendo frequentes nos genitais. Caracteristicamente atingem plantas e palmas, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa. Mais adiante, podem ser identificadas nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital condilomas planos. São lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente tem-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular com acometimento dos pares craneanos, quadros meníngeos e isquêmicos podem acompanhar essa fase, contrariando a ideia que a doença neurológica é exclusiva da sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

Toda erupção cutânea sem causa determinada deve incluir o oferecimento de provas sorológicas para sífilis.

Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de dois anos de infecção) e latente tardia (mais de dois anos de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante 1-2 anos da infecção.



Sífilis terciária: ocorre aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre um a 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

O quadro 9 correlaciona as manifestações clínicas da sífilis adquirida com a evolução e estágios da doença.

Quadro 9- Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção evolução e estágios da doença.

Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutaneomucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (menos de dois anos de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de dois anos de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: gomas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano,



	manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.
--	--

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

4.2.4 Métodos diagnósticos

Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos.

4.2.4.1 Exames diretos

Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões e estão descritos no quadro 10.

Quadro 10- Métodos diagnósticos: Exames diretos.

	Manifestações clínicas da sífilis	Material	Sensibilidade/especificidade	Significado clínico	Observações
Exame em campo escuro	Lesões primárias e secundárias	Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto da sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados Negativo: considerar que	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos) Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material		Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à	1) número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para	



corado		com diferentes corantes	microscopia de campo escuro	sua detecção; 2) a lesão está próxima à cura natural; 3) a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	
---------------	--	-------------------------	-----------------------------	--	--

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

4.2.4.2 Teste imunológicos

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos anti-*T. pallidum* em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos, conforme o quadro 11.

Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizado como primeiro teste ou teste complementar. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Existem vários tipos de testes treponêmicos¹:

- Testes Rápidos utilizam principalmente a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP). São distribuídos pelo MS para Estados e municípios e são indicados para início de diagnóstico.

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 digital ou venosa. Além disso podem ser utilizados soro e

¹ Os testes de hemaglutinação (TPHA), aglutinação de partículas (TPPA) e de imunofluorescência indireta (FTA-abs) são produzidos com antígenos naturais de *Treponema pallidum*. São antígenos difíceis de se obter e por isso, tornam os testes mais caros. As metodologias do tipo ELISA, CMIA e os testes rápidos são produzidos com antígenos sintéticos ou recombinantes, fato que favorece comercialização por menores preços.



plasma. Tem a vantagem de serem realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato.

- Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*) ou de aglutinação de partículas (TPPA, do inglês *Treponema pallidum particle agglutination assay*); Ensaio de micro-hemaglutinação (MHA-TP, do inglês micro-haemagglutination assay).
- Teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption).
- Ensaio imunoenzimático (como os testes ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e suas variações como os ensaios de quimiluminescência (CMIA). A vantagem desses ensaios é a elevada sensibilidade e capacidade de automação.

Testes não treponêmicos: esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem a análise qualitativa e quantitativa. Sempre que um teste não treponêmico é realizado, é imprescindível que se analise a amostra pura e diluída em virtude do fenômeno prozona². Uma vez observada reatividade no teste, deve a amostra ser diluída em um fator dois de diluição, até a última diluição que não haja mais reatividade no teste. O resultado final, portanto, dos testes positivos devem ser expressos em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc). Os testes não treponêmicos são utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle

² A diferenciação entre teste qualitativo e quantitativo faz parte da rotina laboratorial para testar amostras com testes não treponêmicos. O teste qualitativo inicia com amostra pura e diluída 1:8 ou 1:16 para evitar resultados falso-negativos em virtude do fenômeno de prozona

Toda amostra reagente no teste qualitativo deve ser testada com o teste quantitativo para determinar o título, ou seja, a maior diluição da amostra que ainda é reagente. As diluições testadas são 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, 1:512, 1:1024 e assim sucessivamente.

O fenômeno de prozona 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. Fenômeno produzido por excesso de anticorpos em relação a quantidade de antígenos com formação e imunocomplexos solúveis, gerando resultados falso-negativos.

Se a amostra for reagente no teste qualitativo naturalmente não precisa de diluição para quantificação de anticorpos.



da cura. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) eUSR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*). Resultados falso reagentes ainda que raros, podem ocorrer. Anticorpos anticardiolipinas podem estar presentes em outras doenças. Por isso, é sempre importante que se realize teste treponêmico e não treponêmico para definição laboratorial do diagnóstico.

Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ($\leq 1:4$) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

Quadro 11- Métodos diagnósticos: Testes imunológicos.

Testes imunológicos	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8) Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	São os primeiros a ficarem reagente. Na maioria das vezes, permanecem reagentes mesmo após o tratamento, por toda vida da pessoa Importantes para o diagnóstico, mas não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (ex. VDRL, RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam ponto de corte acima do qual



seria indicativo de doença ativa e abaixo desse resultado seria um indicativo de resultado falso reagente ou inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas.

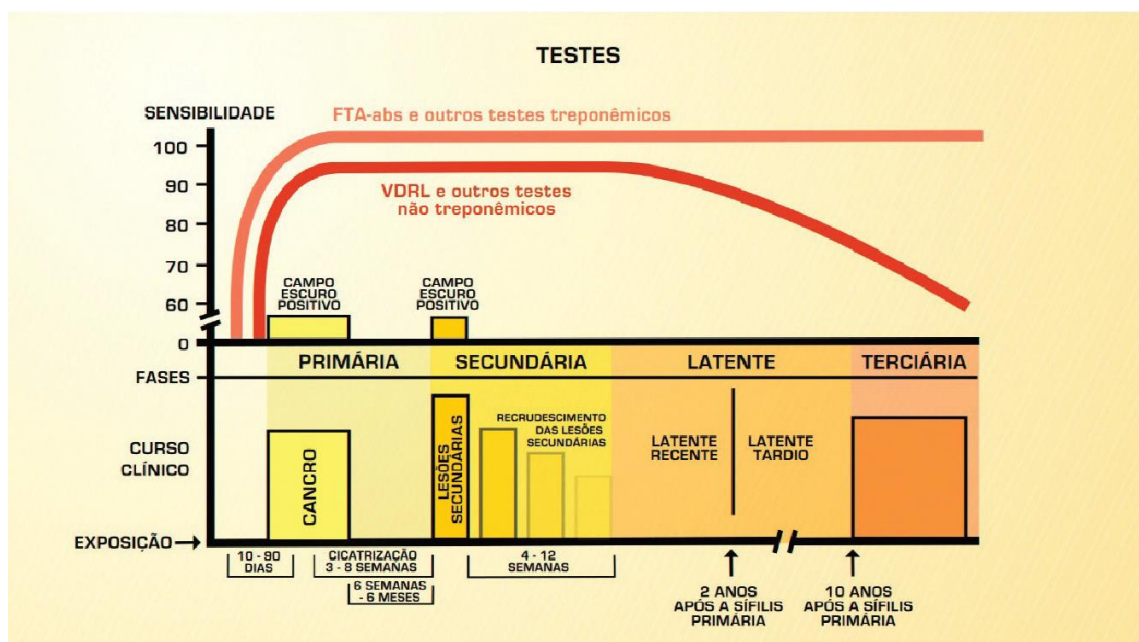
Há que se incorporar definitivamente a ideia títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados e títulos baixos podem ser encontrados em três situações:

- Infecção recente
- Estágios tardios da infecção (sífilis tardia e latente tardia)
- Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Esse pode ser um fenômeno temporário ou persistente, denominado cicatriz sorológica.

Os testes treponêmicos (ex. testes rápidos, FTA-Abs., TPHA), por sua vez, ficam quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Ainda assim, os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.

A figura 3 apresenta o desempenho dos testes laboratoriais em cada estágio da sífilis.

Figura 3 - Estágio clínico e métodos diagnósticos.



Fonte: Modificado de BRASIL, 2006.



4.2.4.3 A escolha dos testes imunológicos e sua interpretação

O diagnóstico da infecção pela sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado.

Os testes imunológicos são, certamente, os mais utilizados na prática clínica. Para estabelecer o diagnóstico, são necessários pelo menos dois testes imunológicos (teste treponêmico + teste não treponêmico). Considerando a epidemia de sífilis e a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se iniciar a investigação com um teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs etc.). Essa combinação de testes sequenciais tem por objetivo aumentar o valor preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial. O fluxograma em série é lógico e custo-efetivo e é apresentado na figura 4.

Figura 4 - Testes imunológicos para diagnóstico da sífilis.



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo TESTE TREPONÊMICO, que é o primeiro teste a ficar reagente.

No quadro 12 apresenta-se as possíveis interpretações e conduta frente ao resultado dos testes imunológicos.



Quadro 12 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta.

Primeiro teste	+	Teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none">✓ Diagnóstico de sífilis.<ul style="list-style-type: none">○ Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento.✓ Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos 2 diluições.	<ul style="list-style-type: none">✓ Tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.✓ Confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientação.
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none">✓ Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.<ul style="list-style-type: none">○ Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica○ Se não reagente,	<ul style="list-style-type: none">✓ Tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.✓ Confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientação.✓ No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para



		considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.	repetir teste não treponêmico. ✓ Para os casos não reagente, apenas orientação.	
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	✓ Diagnóstico de sífilis. <ul style="list-style-type: none">○ Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. ✓ Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos 2 diluições.	✓ Tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. ✓ Confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientação.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	✓ Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4 ✓ Quando a titulação for maior	✓ Nas situações com novo teste treponêmico reagente: ✓ Tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.



		que 1:4 , realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste .	✓ Confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientação.
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE Ou TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	✓ Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente. ✓ Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. ✓ Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte:

DIAHV/SVS/M



4.2.5 Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada para sífilis durante à gestação. Não há evidências de resistência à penicilina pelo *T. pallidum* no Brasil e no mundo.

Outras opções para pessoas não grávidas, como doxiciclina e ceftriaxona devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso para garantir resposta clínica e cura sorológica.

Devido ao cenário epidemiológico atual o DIAHV recomenda tratamento imediato, com Benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste positivo para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para as seguintes situações:

- Gestantes
- Vítimas de violência sexual
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço)

4.2.5.1 Benzilpenicilina benzatina

Como medida de garantia de acesso, a benzilpenicilina benzatina passou a ser componente estratégico na RENAME 2017, com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde. A compra e distribuição tem como base de cálculo os casos notificados de sífilis adquirida e de sífilis em gestantes.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via IM. A região **ventro glútea é a via preferencial**, por ser livre de vasos e nervos importantes, tecido subcutâneo de menor espessura, poucos efeitos adversos e dor local (Parecer nº09/2016/CTAS/COFEN). Outros locais alternativos para aplicação são a região vasto lateral da coxa e dorso glúteo. A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nesses locais recomendados contraindica a aplicação IM da medicação. Nesses casos, optar pela medicação alternativa conforme o quadro 13.

4.2.5.2 Tratamento da Sífilis recente, tardia e da neurosífilis

O quadro 13 apresenta os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis.



Quadro 13 – Esquemas terapêuticos para sífilis e monitoramento.

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (Em gestante o controle deve ser mensal)
Sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (Em gestante o controle deve ser mensal)
<u>Neurosífilis</u>	Penicilina G 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 2 g IV / dia por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
<p>✓ Benzilbenzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.</p> <p>✓ O intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).</p>			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial, conforme PCDT-TV.

A resolução dos sinais sintomas após o tratamento, quando presentes previamente, é indicativa de resposta à terapia. No entanto, o monitoramento pós tratamento com teste não treponêmico é recomendado para todos os pacientes para determinar a resposta imunológica adequada e será aprofundada no capítulo 4.2.9 (Seña, 2017).

4.2.5.3 Reação de Jarish-Herxheimer

A reação de Jarisch-Herxheimer caracteriza-se por uma reação que pode ocorrer nas 24 horas que se seguem à primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por (BUTLER, 2017). Exacerbação das lesões cutâneas - com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples conforme a necessidade, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento.

As pessoas que recebam tratamento devem ser alertadas quanto à possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção dos quadros de alergia à penicilina. Esses são muito raros com o uso da Benzilbenzilpenicilina benzatinae quando ocorrem, são frequentemente na forma de urticária e exantema pruriginoso.

Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses, e devem ser encaminhadas para avaliação na maternidade de referência. Caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação (PCDT TV, 2017).

4.2.5.4 Segurança e eficácia da administração da benzilpenicilina benzatina

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na



Atenção Básica.

A benzilpenicilina benzatinaé altamente eficaz na prevenção da sífilis congênita. Quanto à segurança, a administração da benzilpenicilina benzatinaem gestantes não mostra ocorrências de reações anafiláticas. O risco de anafilaxia combinado em meta-análise foi de 0,002% na população geral (IC 95%: 0%-0,003%; I2 = 12%) (Galvão et al., 2013).

As reações anafiláticas podem ocorrer por diversos fatores desencadeantes, incluindo alimentos (ex.: frutos do mar) e medicamentos de uso mais comum (ex.: anti-inflamatórios) que a penicilina. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento dessas reações, e a pessoa deverá ser encaminhada para serviços de referência, conforme fluxograma de preconizado no Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, “Acolhimento à Demanda Espontânea”, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que reforça a importância da administração da Benzilbenzilpenicilina benzatinapelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica (disponível em http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html), além da Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde, disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>.

4.2.6 Monitoramento pós tratamento

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento do paciente e a cada seis meses no segundo ano (3, 6, 9, 12, 18, 24 meses).

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após dois anos de seguimento pós tratamento. Entretanto, ter uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para novas IST. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com avaliação de risco para sífilis e outras IST nessa população.



Os testes não treponêmicos não são automatizados. Pode haver, portanto, uma diferença entre leituras em momentos diferentes e quando realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex. de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) normalmente não são levadas em consideração.

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e definir a conduta mais correta para cada caso. Didaticamente, foi classificada a resposta ao tratamento em:

- Resposta imunológica adequada;
- Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfecção;

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmicos e sempre que possível, com o mesmo método do diagnóstico.

Por exemplo: se o diagnóstico realizado por VDRL, manter seguimento com VDRL. Em caso de diagnóstico realizado por RPR, manter seguimento com RPR.

4.2.6.1 Resposta imunológica ao tratamento da sífilis

Tradicionalmente, é indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até 3 meses e quatro diluições até 6 meses com evolução até a sororeversão (teste não treponêmico não reagente) (Brown, 1985). Essa resposta é mais comum em pessoas de menos idade, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente) (Sena, 2015). Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção.

Atualmente, para definição de resposta sorológica adequada utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até 6 meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia (Romanowski, 1991; Tong, 2013; Clement, 2015; CDC, 2015; Zhang, 2017). Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e conseqüente negatização dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Deve-se realizar a coleta do teste não treponêmico, sempre que possível, no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos



podem aumentar significativamente se o tratamento só for iniciado após alguns dias do diagnóstico. Isso é importante para documentação da titulação no momento do início de tratamento e servirá como base para o monitoramento clínico.

A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” (*Serofast*) e não caracteriza falha terapêutica.

TÍTULO x DILUIÇÃO

Dizer que a titulação da amostra diminui em duas diluições (de 1:64 para 1:16) é equivalente a dizer que o título da amostra caiu 4 vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a 2 títulos.

4.2.6.2 Critérios de retratamento: reativação ou reinfecção

Muitas vezes, é difícil diferenciar entre uma reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex. de 1:32 para $>1:8$; ou de 1:128 para $>1:32$);

OU

- Aumento da titulação em duas diluições (ex. de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);

OU

- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos

Se o paciente preencher os critérios de retratamento, excluindo reinfecção, recomenda-se investigação de neurosífilis por meio de punção lombar e retratamento



com três doses de Benzilbenzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM (uma vez por semana, por três semanas). Em caso de exame de LCR compatível com neurosífilis, tratar conforme quadro 13.

Não é aceitável a falha de doses; portanto, é importante reforçar a adesão.

4.2.7 Neurosífilis

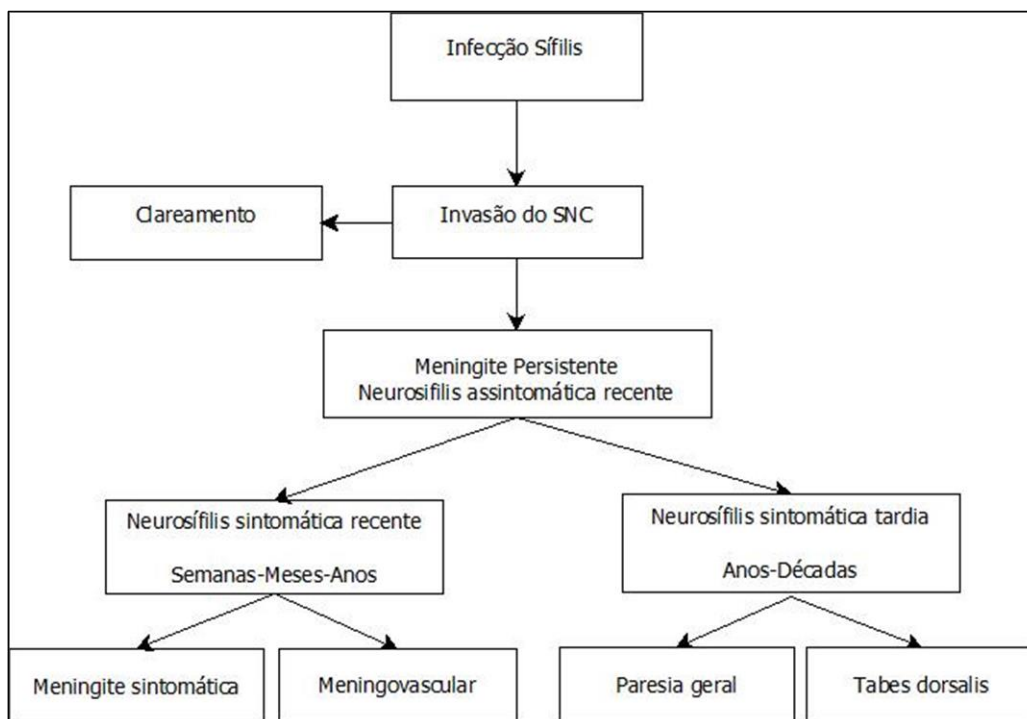
A neurosífilis acomete o SNC, o que pode ocorrer já nas fases iniciais da infecção.

O envolvimento do SNC pode ocorrer durante qualquer estágio da sífilis e anormalidades laboratoriais do LCR são comuns em pessoas infectadas já nos estágios iniciais da sífilis (CDC, 2015) pois o *T. pallidum* invade precocemente o SNC dentro de horas a dias após a inoculação. A neuroinvasão pode ser transitória e não está bem estabelecido os preditores de sua persistência e do início de sinais e sintomas clínicos (Tuddenham, 2018).

O comprometimento sintomático do SNC nos estágios tardios (sífilis terciária), era uma condição extremamente comum na era pré-antibiótica, afetando 5-10% de todas as pessoas que apresentavam sífilis não tratada. Era caracterizada por uma grande variedade de anormalidades neurológicas, incluindo tabes dorsalis, AVC, demência e morte. A neurosífilis precoce aparece logo após a infecção sifilítica e causa meningite, anormalidades nos nervos cranianos (Musher, 2016; Marra 2015). A história natural da neurosífilis é apresentada na figura 5.



Figura 5 - A história natural da neurosífilis



Fonte: Adaptado de Marra, 2015.

Com a era antibiótica, uso dominante dos beta-lactâmicos, a apresentação clínica da neurosífilis sofreu mudanças, com aumento dos quadros oligossintomáticos e atípicos (Peeling, 2017; Barry, 2004). No quadro 14 encontra-se as alterações clínicas da neurosífilis.

Quadro 14 - Manifestações clínicas da Neurosífilis.

- Envolvimento ocular (uveíte, paralisia nervos cranianos)
- Envolvimento auditivo
- Paresia geral
- Deficiência cognitiva
- Mudanças de comportamento
- Demência
- Depressão
- Mania
- Psicose com alucinações visuais ou auditivas
- Dificuldades de memória
- Confusão mental
- Meningite sífilítica
- Lesão meningovascular. Acometimento isquêmico principalmente cápsula interna, artéria cerebral média, carótida, artéria basilar, artéria cerebral



posterior, vasos cerebelares.

- Tabes dorsalis
- Goma sífilítica
- Epilepsia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

4.2.7.1 Diagnóstico Neurosífilis

O diagnóstico de neurosífilis continua a ser um desafio pois não há teste padrão ouro. Consequentemente, o diagnóstico é baseado em uma combinação de achados clínicos, alterações LCR e ao resultado do VDRL no LCR. As indicações para punção lombar estão descritas no quadro 15.

Quadro 15 – Indicação de punção lombar para pesquisa de neurosífilis, independentemente do estágio clínico.

- Presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Evidência de sífilis terciária ativa;
- Após falha ao tratamento clínico (ver critérios de retratamento, item XX).

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Não existe uma única prova sensível e específica para o diagnóstico de neurosífilis. Devido à baixa sensibilidade, o RPR não é recomendado para diagnóstico da neurosífilis (Marra, 2012). O método de escolha é o VDRL, com sensibilidade que varia de 50-70% (Marra, 2017). Embora seja possível encontrar resultados falsos reagentes (ex. tripanossomíase, malária cerebral e carcinomatose meníngea), na prática um VDRL reagente faz diagnóstico de neurosífilis (Madiedo, 1980; Chesney, 1924; Lukehat, 1988; Peeling, 2017).

Em relação aos testes treponêmicos apesar da alta sensibilidade apresentam especificidade muito variável e o VPN varia de acordo com a prevalência da doença. Em locais de alta prevalência o VPN é baixo, ou seja, um resultado não reagente não exclui a doença (Ho, 2015; Levchik, 2013; Harding, 2012). Portanto, não se recomenda solicitação desse teste de rotina, principalmente num cenário de epidemia.

É raro encontrar pacientes com neurosífilis que não apresentem pleocitose e o mais comum é aumento linfomonocitário (Marra, 1995). Níveis de proteína no LCR não são nem sensíveis nem específicos para neurosífilis, mas sua normalização é importante



para o monitoramento pós tratamento (Merrit, 1946; Hooshmand, 1972; Marra, 1995; Musher, 2016; Tuddenham, 2018).

4.2.7.2 Tratamento Neurosífilis

Deve-se tratar para neurosífilis todos os pacientes infectados com sífilis conforme o quadro 16.

Quadro 16 - Quem deve ser tratado para neurosífilis?

Tratamento neurosífilis
Todos os casos com VDRL reagente no LCR, independentemente da presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares
VDRL não reagente no LCR, com alterações bioquímicas no LCR + Sinais e Sintomas neurológicos e/ou oculares e/ou achados de imagem do SNC característicos da doença + Achados que não podem ser explicados por outra doença

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

O regime de tratamento de primeira escolha e alternativo estão descritos no quadro 17.

Quadro 17 - Regime de tratamento para neurosífilis.

Neurosífilis	Tratamento
Primeira escolha	Benzilpenicilina potássica, 3 a 4 milhões UI, de 4 em 4 horas, IV, ou por infusão contínua totalizando 18-24 milhões por dia, por 14 dias.
Alternativo	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias.

Fonte: Adaptado de OMS, 2016.



4.2.7.3 Monitoramento pós tratamento Neurosífilis

Indivíduos tratados para neurosífilis devem ser submetidos a punção liquórica de controle após três meses do término do tratamento. Na persistência de alterações do LCR, recomenda-se o retratamento e punções de controle em intervalos de seis meses, até a normalização da celularidade e VDRL não reagente.

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento do paciente e a cada seis meses no segundo ano (3, 6, 9, 12, 18, 24 meses).

4.2.8 Particularidades em populações especiais

4.2.8.1 Gestantes

Como referido nas seções anteriores, as gestantes com sífilis, pela grande possibilidade de transmissão vertical, devem ser tratadas com cuidados especiais:

- A toda gestante deverá ser oferecido testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites virais, na primeira consulta, início de terceiro trimestre e na internação para o parto (PCDT TV, 2017).
- As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis, deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário.
- Na ausência de tratamento adequado, recente, e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta.
- Existe evidência robusta que o benefício do tratamento suplanta em muito custo e o risco do tratamento.
- Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico, para seguimento sorológico.
- O retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical.
- O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Títulos altos tendem a cair mais rapidamente.

4.2.8.2 Sífilis e HIV

A prevalência de sífilis é maior entre as PVHIV que nas pessoas HIV negativas. Uma revisão sistemática mostrou uma mediana de 9,5% de prevalência desse agravo



entre as PVHIV (Kalichman,2011). Modelos que demonstraram o impacto da TARV na epidemia de HIV não incluíram esse impacto nas outras infecções sexualmente transmissíveis (Boily, 2004). Estudos sugerem que a alta taxa de sífilis e mais provavelmente causada por fatores comportamentais que por fatores imunológicos (He, 2014; Callegari, 2014; Huang, 2013).

A aquisição de sífilis e outras IST em PVHIV confirma a vulnerabilidade e a falha na adesão as orientações de prevenção. Pessoas com comportamento sexual de alto risco muitas vezes tem acesso limitado aos cuidados de saúde, devido a questões econômicas e/ou estigmatização social (Cohen, 2006).

A epidemia de sífilis no Brasil, associada a maior prevalência desse agravo na população vivendo com HIV, forma um cenário em que atuação dos profissionais de saúde, por meio das orientações de prevenção, suspeição clínica, rastreamento dos assintomáticos, tratamento e seguimento adequados é fundamental para o combate a sífilis no país.

Úlceras genitais podem facilitar a transmissão sexual e perinatal do HIV. A quebra da integridade do epitélio mucoso ocasiona uma via de entrada para o vírus. Além disso, há um influxo local de linfócitos T-CD4+ e aumento da expressão de correceptores CCR5 em macrófagos, aumentando a probabilidade de aquisição do HIV.

Há relatos isolados de comportamento anormal dos testes sorológicos e resposta terapêutica atípica em pessoas com infecção pelo HIV. As recomendações diagnósticas, no entanto, são as mesmas que aquelas propostas para pessoas sem infecção por HIV. O tratamento com benzilpenicilina benzatina deve ser realizado de acordo com a fase clínica (quadro 14).

Recomenda-se mais atenção com as complicações oculares e neurológicas que tendem a ser mais frequentes, pelo menos nos pacientes não tratados ou não tratados adequadamente. Todas as pessoas com infecção pelo HIV e sífilis devem ter um exame neurológico minucioso. Em caso de sinais ou sintomas oculares e/ou neurológicos a consulta com especialista não deve ser retardada e a punção lombar passa a ser uma imposição diagnóstica.

O curso clínico da sífilis pode ser alterado pela infecção com HIV, com a ocorrência de manifestações atípicas ou mais agressivas. As apresentações clínicas de



cada estágio geralmente são semelhantes às dos pacientes sem infecção pelo HIV. No entanto, podem ocorrer:

- Desenvolvimento de cancros múltiplos e profundos ou atípicos, os quais apresentam resolução mais lenta;
- Maior frequência de sobreposição de estágios; concomitância de lesões primárias e secundárias no momento do diagnóstico;
- A forma clínica de secundarismo é mais frequente. Habitualmente, os sintomas constitucionais são mais exuberantes e as lesões cutâneas mais agressivas;
- Predisposição para o desenvolvimento de lesões oftálmicas e neurológicas.

O diagnóstico de sífilis em pessoas com infecção pelo HIV é realizado da mesma forma que nos indivíduos sem infecção. Quando os achados clínicos são sugestivos de sífilis, mas os testes sorológicos são não reagentes ou as interpretações deixam dúvidas, formas alternativas de diagnóstico como: biópsia da lesão, microscopia de campo escuro de material da lesão podem ser úteis para o diagnóstico (MMWR, 2015)

Os casos de neurosífilis meningovascular de apresentação mais precoce, são mais prevalentes em pessoas com infecção pelo HIV, particularmente naqueles com aids. A neurosífilis deve ser considerada no diagnóstico diferencial das encefalites.

Já entre pacientes assintomáticos, é importante atentar para a escassez de dados científicos de qualidade para orientar a tomada de decisão (Cresswell, 2015). Desconhece-se a importância clínica e prognóstica das anormalidades laboratoriais do LCR nesses pacientes. Alterações liquóricas são comuns em pessoas coinfetadas com HIV nos estágios iniciais da sífilis, mesmo sem sintomas neurológicos. Vários estudos demonstram que as alterações do LCR estão associadas a contagens de LT-CD4+ abaixo de 350 céls/mm³ ou quando estas se combinam com titulações de VDRL maiores ou iguais a 1:32 (Marra, 2004; Libois, 2007; Ghanem, 2009). No entanto, a realização rotineira da punção lombar, sem sinais ou sintomas neurológicos, não foi associada a melhores desfechos clínicos. Consequentemente, as recomendações para punção lombar estão listadas no quadro 18 e são os mesmo dos utilizados para as pessoas HIV negativas.



Quadro 18 - Indicação de punção lombar, em PVHIV, para pesquisa de neurosífilis, independentemente do estágio clínico.

- Presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Evidência de sífilis terciária ativa;
- Após falha ao tratamento clínico (ver critérios de retratamento, item XX).

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Os critérios diagnósticos e de tratamento para PVHIV são os mesmos dos realizados para HIV negativos.

4.2.9 Parceria sexual

Um terço dos parceiros sexuais de pessoas com sífilis desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais, independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas, na dose de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM.

Todos os parceiros devem ser testados e o tratamento das parcerias sexuais com teste de sífilis reagente devem seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.

A avaliação e tratamento da parceria sexual é crucial para interromper a cadeia de transmissão.

4.2.10 Referências

Barry GH, Miriam B. Evolution of the serine β -lactamases: past, present and future. Drug Resist Update. 2004;7(2):111123. doi:10. 1016/j.drug.2004.02.003.

Boily M-C, Bastos FI, Desai K, Masse B. Changes in the Transmission Dynamics of the HIV Epidemic After the Wide-Scale Use of Antiretroviral Therapy Could Explain Increases in Sexually Transmitted Infections:Results From Mathematical Models. Sex Transm Dis. 2004; 31(2).

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.



Brown ST, Zaidi A, Larsen SA, Reynolds GH. Serological response to syphilis treatment. A new analysis of old data. *JAMA*. 1985; 253(9):1296–9. [PubMed].

Butler T. The Jarisch–Herxheimer Reaction after Antibiotic Treatment of Spirochetal Infections: A Review of Recent Cases and Our Understanding of Pathogenesis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 96(1), 2017, pp. 46–52. doi:10.4269/ajtmh.16-0434.

Callegari FM, Pinto-Neto LF, Medeiros CJ, Scopel CB, Page K, Miranda AE. Syphilis and HIV co-infection in patients who attend an AIDS outpatient clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav.* 2014; 18 Suppl 1:S104-9. doi:10.1007/s10461-013-0533-x.

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, 2010**. Atlanta: CDC, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>>. Acesso em: 15 abr. 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.

Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA*. 2014 Nov 12;312(18):1905-17. doi: 10.1001/jama.2014.13259. Review. PubMed PMID: 25387188.

Cohen MS. When people with HIV get syphilis: triple jeopardy. *Sex Transm Dis*. 2006;33(3):149–150. doi:10.1097/01.olq.0000204530.19762.e4.

Cresswell F V, Fisher M. Management of syphilis in HIV-positive individuals. *Sex Health*. 2015;12(2):135–140. doi:10.1071/SH14168.

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.

Ghanem KG, Moore RD, Rompalo AM, Erbelding EJ, Zenilman JM, Gebo KA. Lumbar puncture in HIV-infected patients with syphilis and no neurologic symptoms. *Clin Infect Dis*. 2009;48(6):816–821. doi:10.1086/597096.

He H, Wang M, Zaller N, et al. Prevalence of syphilis infection and associations with sexual risk behaviours among HIV-positive men who have sex with men in Shanghai, China. *Int J STD AIDS*. 2014;25(6):410–419. doi:10.1177/0956462413512804.

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.

Huang Y-F, Nelson KE, Lin Y-T, Yang C-H, Chang F-Y, Lew-Ting C-Y. Syphilis among men who have sex with men (MSM) in Taiwan: its association with HIV prevalence, awareness of HIV status, and use of antiretroviral therapy. *AIDS Behav*. 2013;17(4):1406–1414. doi:10.1007/s10461-012-0405-9.

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

Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. *Sex Transm Infect*. 2011; 87(3):183–190. doi:10.1136/sti.2010.047514

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.

Chesney SOU, KempJE. Incidência de Spirochaeta pallida no líquido cefalorraquidiano durante os estágios iniciais da sífilis. *JAMA* 1924; 83: 1725- 8.

Harding AS, Ghanem KG. The performance of cerebrospinal fluid treponemal-specific antibody tests in neurosyphilis: a systematic review. *Sexually Transmitted Diseases* 2012; 39(4): 291-297.

Ho EL, Tantalo LC, Jones T, Sahi SK, Marra CM. Point-of-care treponemal tests for neurosyphilis diagnosis. *Sex Transm Dis*. 2015 Jan;42(1):48-52. doi:



10.1097/OLQ.0000000000000222. PubMed PMID: 25504301; PubMed Central PMCID: PMC4268876.

Hooshmand H, Escobar MR, Kopf SW. Neurosyphilis. A study of 241 patients. *Jama*. 1972;219(6):726-729.

Levchik N, Ponomareva M, Surganova V, Zilberberg N, Kungurov N. Criteria for the diagnosis of neurosyphilis in cerebrospinal fluid: relationships with intrathecal immunoglobulin synthesis and blood-cerebrospinal fluid barrier dysfunction. *Sex Transm Dis*. 2013 Dec;40(12):917-22. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000049. PubMed PMID: 24220351.

Libois A, De Wit S, Poll B, et al. HIV and syphilis: when to perform a lumbar puncture. *Sex Transm Dis*. 2007;34(3):141–144. doi:10.1097/01.olq.0000230481.28936.e5.

Lukehart SA, Hook EW, Baker-Zander SA, et al. Invasion of the central. Nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and. treatment. *Ann Intern Med* 1988; 109:855–62.

Madiedo G, Ho KC, Walsh P. False-positive VDRL and FTA in cerebrospinal fluid. *Jama*. 1980;244(7):688-689.

Marra CM, Critchlow CW, Hook EW, 3rd, et al. Cerebrospinal fluid treponemal antibodies in untreated early syphilis. *Archives of neurology*. 1995;52(1):68-72.

Marra CM, Maxwell CL, Smith SL, et al. Cerebrospinal fluid abnormalities in patients with syphilis: association with clinical and laboratory features. *J Infect Dis*. 2004;189(3):369–376. doi:10.1086/381227.

Marra CM, Maxwell CL, Tantalo L, et al. Normalization of cerebrospinal fluid abnormalities after neurosyphilis therapy: does HIV status matter? *Clin Infect Dis*. 2004;38(7):1001–1006. doi:10.1086/382532.

Marra CM, Tantalo LC, Maxwell CL, et al. The rapid plasma reagin test cannot replace the venereal disease research laboratory test for neurosyphilis diagnosis. *Sexually transmitted diseases*. 2012;39(6):453-457.

Marra CM. Neurosyphilis. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015 Dec; 21(six Neuroinfectious Disease):1714-28. doi: 10.1212/CON.0000000000000250. Review. PubMed PMID: 26633785.

Marra CM, Maxwell CL, Dunaway SB, Sahi SK, Tantalo LC. Cerebrospinal Fluid *Treponema pallidum* Particle Agglutination Assay for Neurosyphilis Diagnosis. *J Clin*



Microbiol. 2017 Jun; 55(6):1865-1870. doi: 10.1128/JCM.00310-17. Epub 2017 Apr 5. PubMed PMID: 28381602

Merritt HH, Adams RD, Solomon HC. Neurosyphilis. New York: Oxford University Press; 1946.

Musher DM. Editorial Commentary: Polymerase Chain Reaction for the *tpp47* Gene: A New Test for Neurosyphilis. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2016; 63(9):1187-1188.

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.

Rolfs, R. T. et al. A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. *N. Engl. J. Med.* 337, 307–314 (1997).

Romanowski B, Sutherland R, Fick GH, Mooney D, Love EJ (1991) Serologic response to treatment of infectious syphilis. *Ann Intern Med* 114: 1005–1009.

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.

Sena AC, Zhang X-H, Li T, et al. A systematic review of syphilis serological treatment outcomes in HIV-infected and HIV-uninfected persons: rethinking the significance of serological non-responsiveness and the serofast state after therapy. *BMC Infect Dis.* 2015;15:479. doi:10.1186/s12879-015-1209-0.

Seña AC, Wolff M, Behets F, Martin DH, Leone P, Langley C, McNeil L, Hook EW 3rd. Rate of Decline in Nontreponemal Antibody Titers and Seroreversion After Treatment of Early Syphilis. *Sex Transm Dis.* 2017 Jan;44(1):6-10. PubMed PMID: 27898575; PubMed Central PMCID: PMC5270385.

SHAFER, 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.

Tong ML, Lin LR, Liu GL, Zhang HL, Zeng YL, Zheng WH, Liu LL, Yang TC. Factors associated with serological cure and the serofast state of HIV-negative patients with primary, secondary, latent, and tertiary syphilis. *PLoS One*. 2013 Jul 23;8(7):e70102. doi: 10.1371/journal.pone.0070102. Print 2013. PubMed PMID: 23894598; PubMed Central PMCID: PMC3720935.

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.

WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016. PubMed PMID: 27631046.

Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention.. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. Erratum in: *MMWR Recomm Rep*. 2015 Aug 28;64(33):924. PubMed PMID: 26042815.

Zhang RL, Wang QQ, Zhang JP, Yang LJ. Molecular subtyping of *Treponema pallidum* and associated factors of serofast status in early syphilis patients: Identified novel genotype and cytokine marker. *PLoS One*. 2017 Apr 14;12(4):e0175477. doi: 10.1371/journal.pone.0175477. eCollection 2017. PubMed PMID: 28410389; PubMed Central PMCID: PMC5391950.



4.3 Sífilis Congênita

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima a ocorrência de sífilis complicando um milhão de gestações por ano em todo o mundo (OMS, 2015), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, ao aumento no número de testagem, com a ampliação de testes rápidos, mas também está relacionada à redução do uso de preservativos, à resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros.

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, através de contato direto com lesão no momento do parto (transmissão vertical) (Grimprel, 1991; Nathan, 1993; Qureshi, 1993). A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal ou porque recebeu tratamento insuficiente para sífilis antes ou durante a gestação (Reyes, 1993; Caddy, 2011; Lago, 2013).

A infecção do embrião pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em natimorto, prematuridade, ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento.

Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (CDC, 1998). Infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1 a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, comparado com 70 a 100% das gestantes não tratadas. Evidências atuais estimam que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo; 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de SC.

Portanto, trata-se de uma doença que pode ser prevenida, e é possível alcançar a eliminação da SC por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento da sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais (WHO, 2011). Além disso, o risco de desfechos desfavoráveis à criança é mínimo, se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação.



O tratamento materno com benzilpenicilina benzatina é curativo para a infecção materna e fetal.

A sífilis em gestante e a SC são agravo de notificação compulsória e a ficha de notificação/ investigação está disponível em <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>. Os critérios de definição de caso sofreram modificações em consonância com os critérios adotados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela OMS, e constam na Nota Informativa vigente (Nº 2-SEI/2017-DIAHV/SVS/MS), disponível em <http://www.aids.gov.br/biblioteca>.

Informações mais detalhadas sobre sífilis em gestante e sífilis congênita podem ser encontradas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em <<http://www.aids.gov.br/biblioteca>>.

4.3.1 Sífilis Congênita Precoce: Manejo Baseado na Definição dos Casos

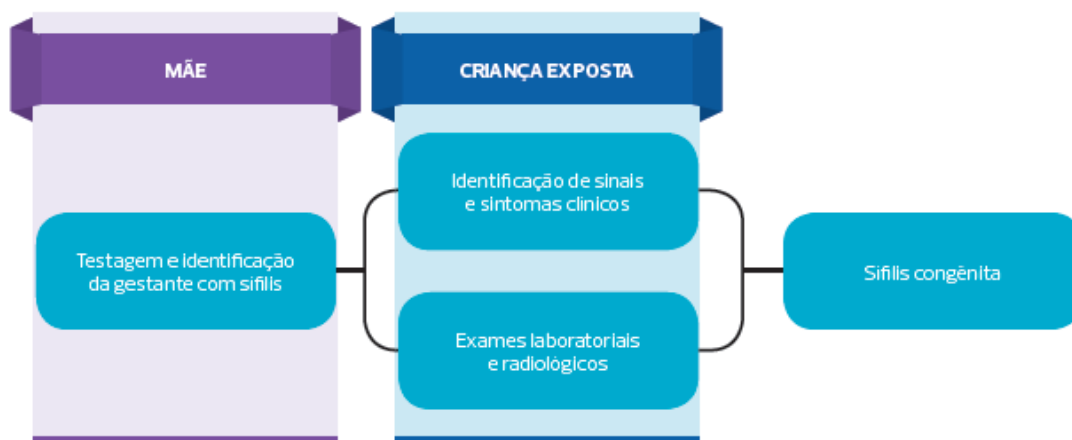
Esse capítulo tratará da avaliação inicial da criança exposta à sífilis considerando especialmente a avaliação na maternidade/ casa de parto. A sífilis congênita precoce é definida arbitrariamente como aquela que apresenta manifestações clínicas antes dos dois anos de idade.

O diagnóstico de sífilis congênita (SC) representa um processo complexo e sua caracterização envolve reconhecimento do histórico materno quanto ao tratamento da sífilis na gestação, o reconhecimento de sinais e sintomas na maioria das vezes ausentes, ou inespecíficos na criança, assim como a interpretação de exames complementares. No entanto, não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança.

Sendo assim, o diagnóstico da sífilis congênita exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial, conforme figura 6 (Woods, 2009).



Figura 6 - Resumo da investigação diagnóstica de sífilis congênita



Fonte: PCDT PTV.

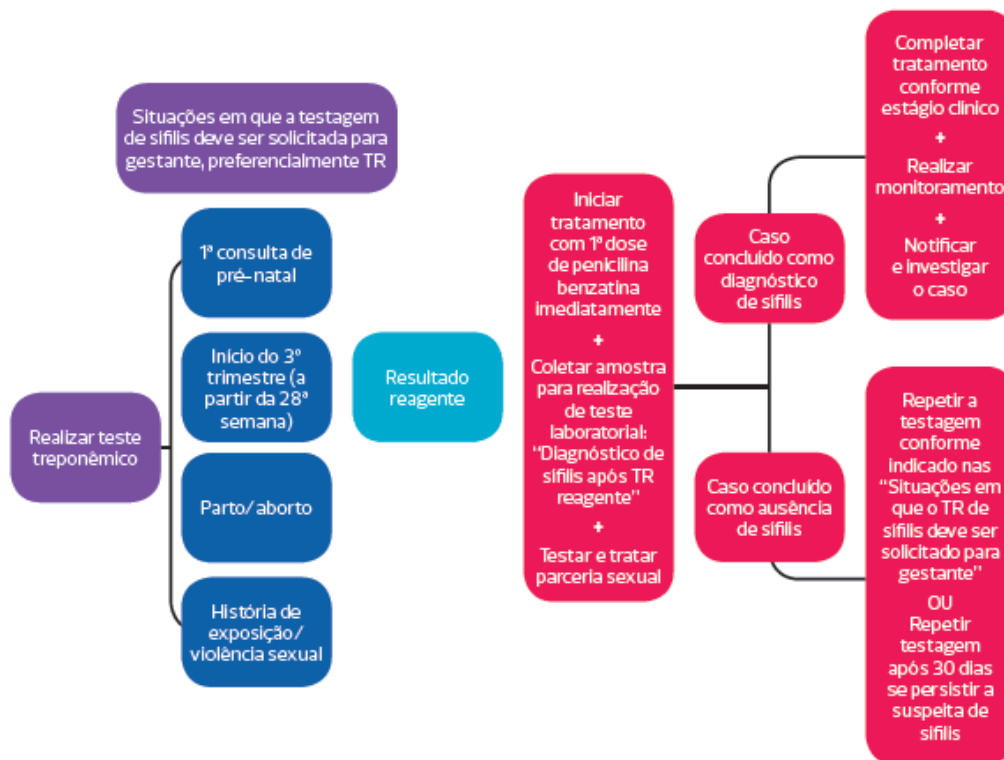
Nessa perspectiva, tão importante quanto identificar e tratar adequadamente as crianças com sífilis congênita, assim como aquelas de alto risco (nascidas de mães não tratadas adequadamente, ainda que assintomáticas e com exames laboratoriais normais); é importante identificar adequadamente as crianças expostas, mas não infectadas, para não as submeter a exames invasivos e internação prolongada desnecessárias.

Para todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença numa avaliação inicial, é essencial garantir o seguimento na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação na maternidade.

Todas as mulheres com vida sexual ativa devem ser investigadas para sífilis. Durante a gestação está recomendado o rastreio conforme a figura 7. Crianças nascidas de mulheres que têm história bem documentada de tratamento adequado para sífilis de qualquer estágio clínico, anterior à gestação, sem aumento na titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação e sem fator de risco conhecido de reinfecção, não são consideradas expostas, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita.



Figura 7 - Testagem e conduta pós testagem para sífilis durante a gestação



Fonte: PCDT PTV.

O quadro 19 traz a definição de tratamento adequado.



Quadro 19 - Critérios de definição de tratamento adequado para gestante, para fins assistenciais

Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da GESTANTE com sífilis, como:

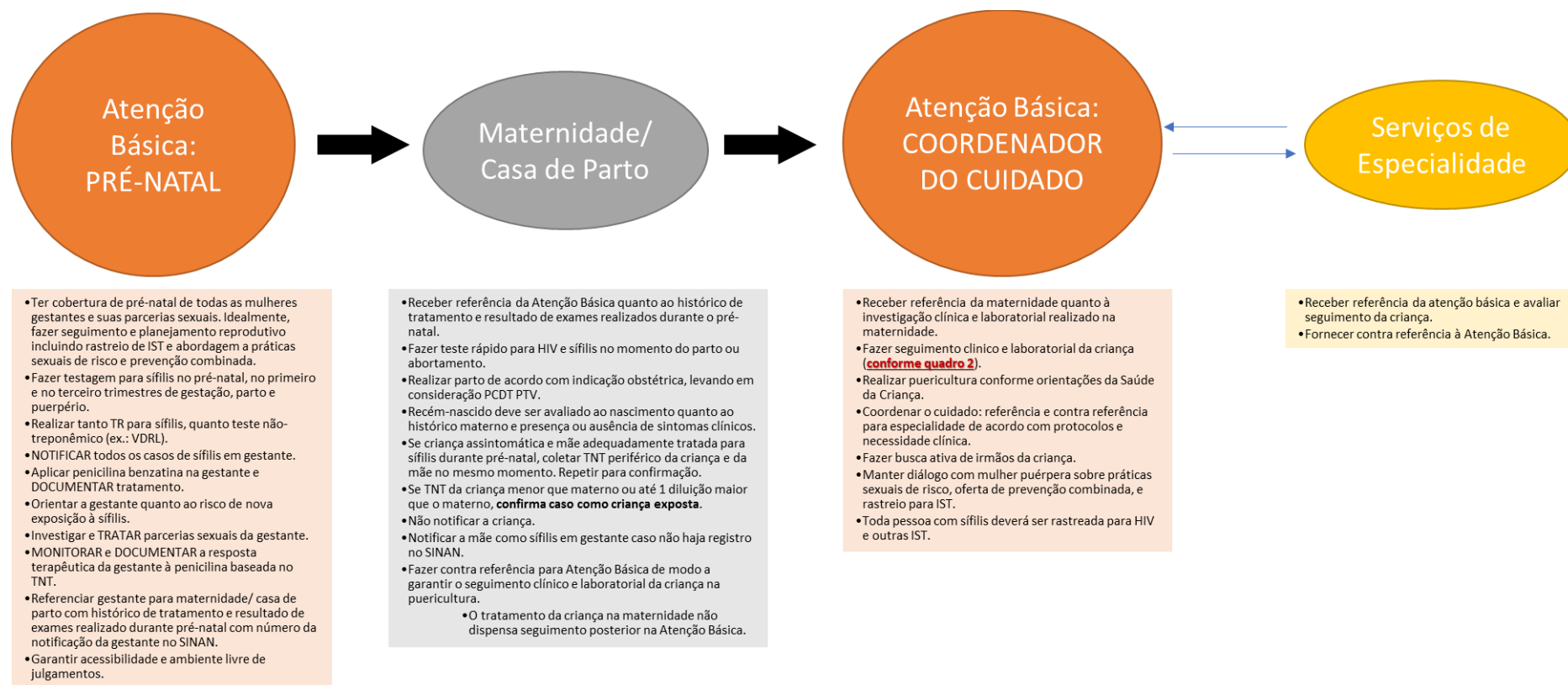
- > *Administração de **penicilina benzatina**;*
- > *Início do tratamento até **30 dias antes do parto**;*
- > ***Esquema terapêutico** de acordo com o estágio clínico;*
- > *Respeito ao **intervalo recomendado** de doses;*
- > *Avaliação quanto ao **risco de reinfecção**;*
- > *Documentação de **queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições** em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.*

Fonte: PCDT PTV.

Assim, o cuidado à criança exposta é complexo e envolve diferentes atores e equipamentos de saúde (figura 8). As figuras abaixo procuram delimitar esses campos de responsabilidade, e a figura 9 apresenta algumas das possíveis oportunidades perdidas que resultaram na criança com sífilis congênita.



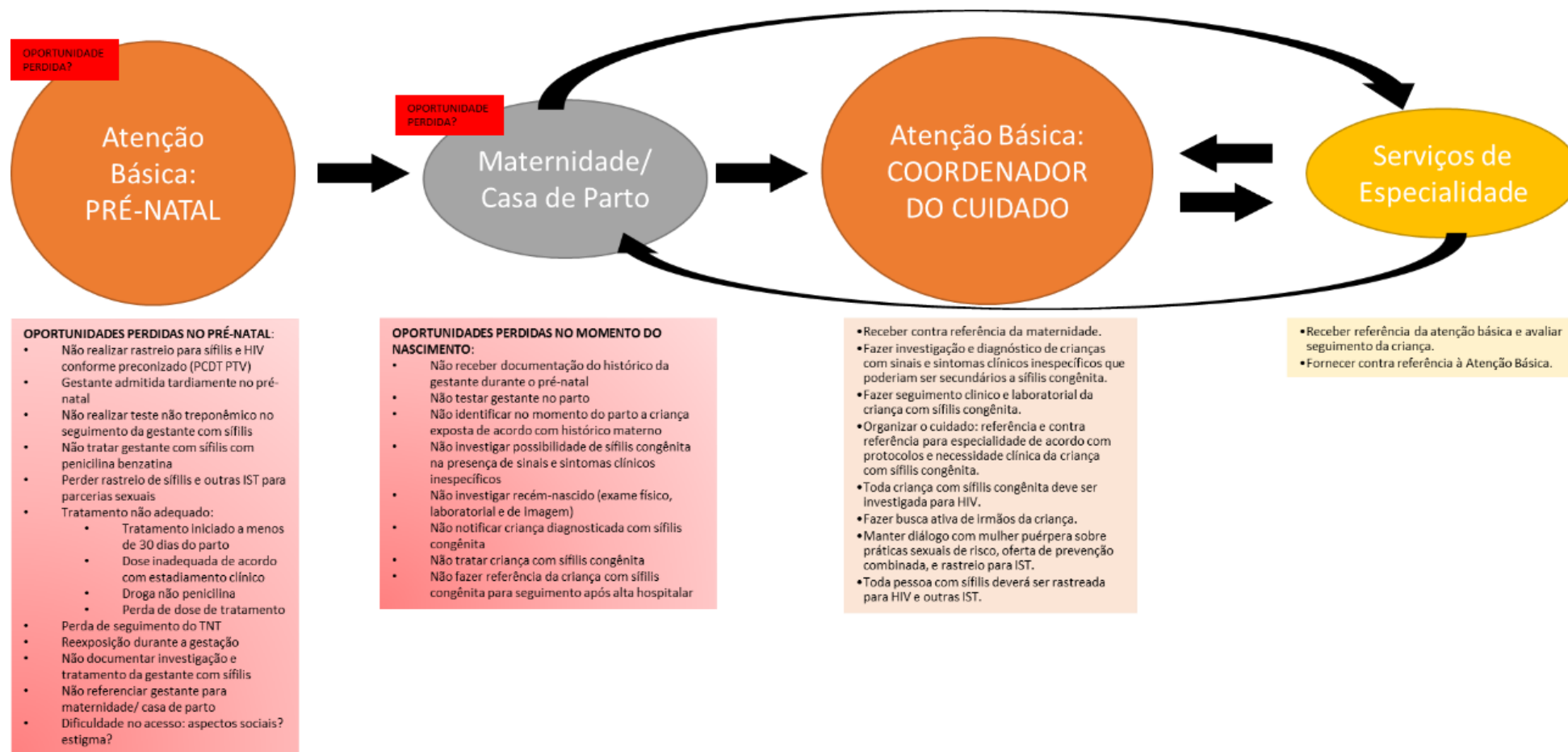
Figura 8 - Desenho da rede de cuidado à criança exposta à sífilis



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Figura 9 - Desenho da rede de cuidado à criança com sífilis congênita



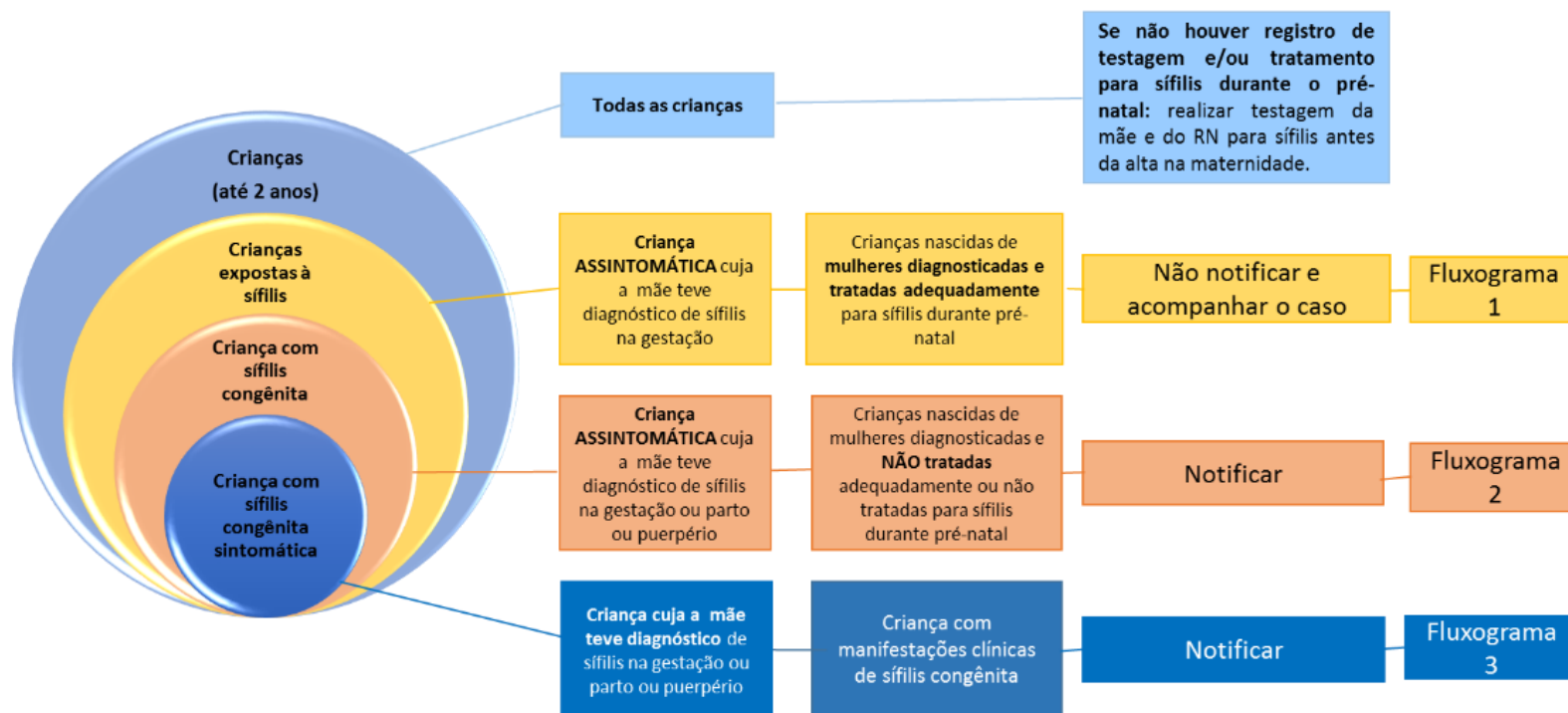
Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Diante do exposto, todas as crianças deverão, ao nascimento, serem avaliadas quanto ao histórico materno para sífilis (diagnóstico, tratamento, controle sorológico), assim como quanto à presença se sinais de sintomas sugestivos de sífilis congênita. As figuras 10 e 11 buscam sistematizar o fluxo de investigação das crianças.



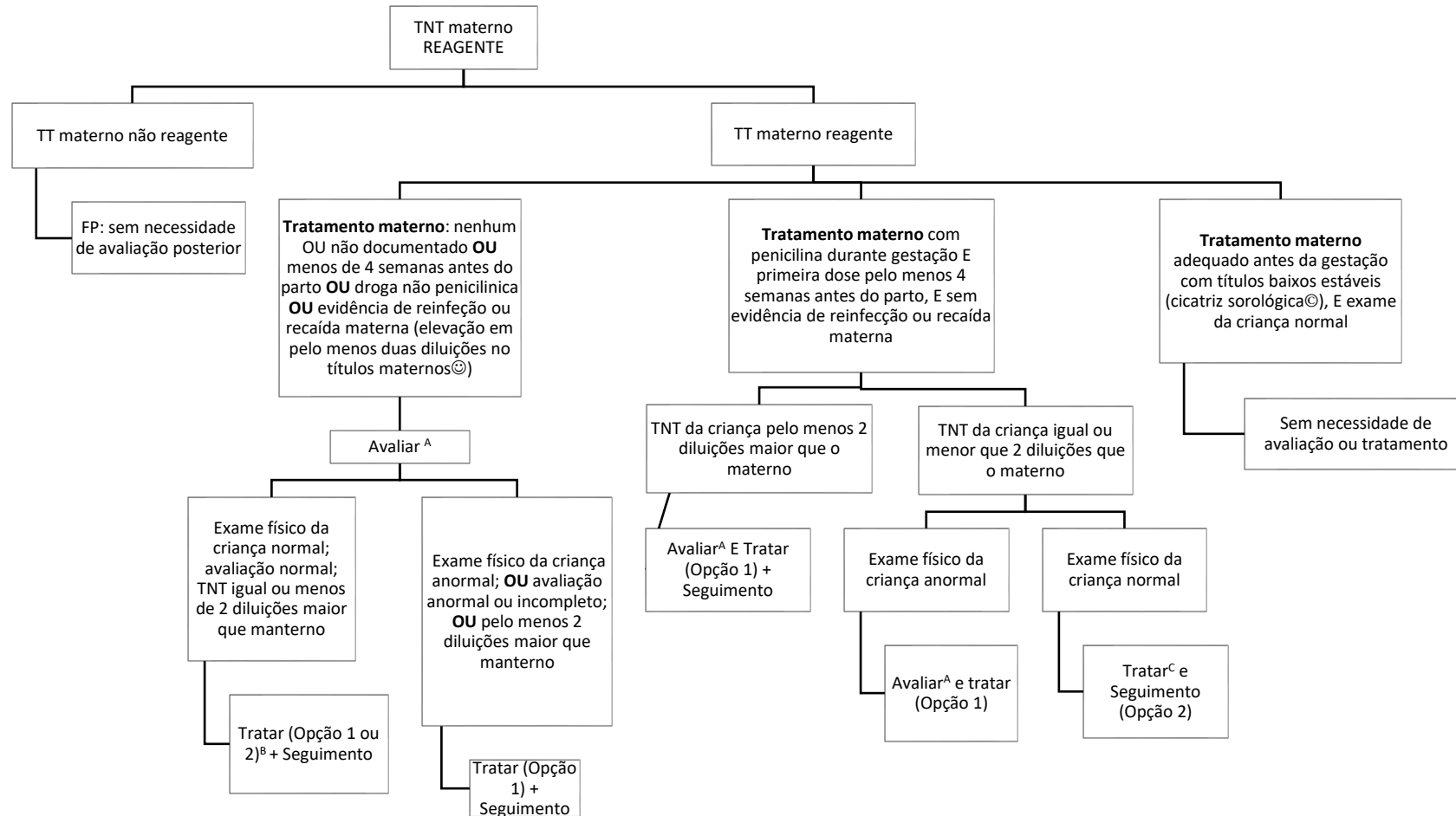
Figura 10 - Classificação no nascimento das crianças quanto à exposição à sífilis materna



Fonte: DIAHV/ SVS/ MS.



Figura 11 - Sífilis Congênita: avaliação a partir do teste não treponêmico materno



LEGENDA: TT: Teste treponêmico; TNT: Teste não treponêmico; FR: Falso reagente.



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Opções terapêuticas:

1. Penicilina B cristalina, 50.000 U/ Kg/ dose, intravenosa, de 12 em 12 horas (até 1 semana de vida) ou de 8 em 8 horas (maior que 1 semana de vida); ou penicilina G procaína, 50.000 U/ Kg, intramuscular, dose única diária, por 10 dias. Se houver perda de dose por mais de 24 horas, todo o curso terapêutico deverá ser reiniciado.
 - a. Sempre que houver alteração LCR (**neurossífilis**) o tratamento deverá ser feito com Penicilina B cristalina. Níveis liquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G benzatina (Kaplan, 1973; Speer, 1977).
2. Penicilina G benzatina, 50.000 U/Kg, intramuscular, dose única.

A: Hemograma completo com plaquetas; exame de líquido (LCR) com celularidade, proteinorraquia, VDRL quantitativo; outros testes de acordo com indicação clínica (por exemplo, radiografia de tórax, de ossos longos, avaliação oftalmológica, provas hepáticas, neuroimagem, audiometria).

B: Avaliar qual a opção terapêutica mais adequada. Se o tratamento de escolha for pela dose única de Penicilina G Benzatina, isso significa que a criança foi submetida a avaliação clínica e de exames complementares completa, e que toda a avaliação foi normal, e que o seguimento clínico e complementar está garantido. Se houver alteração em qualquer aspecto da avaliação da criança, ou se não for possível avaliar a criança sob algum aspecto, ou se houver alguma dúvida quanto à interpretação do resultado do exame de líquido, então um curso de tratamento com penicilina por 10 dias é recomendando.

C: Crianças nascidas de mães adequadamente tratadas, assintomáticas, com TNT não reagente, podem ser apenas acompanhadas na Atenção Básica, sem necessidade de receber a dose única de Benzilpenicilina benzatinanessa primeira avaliação.

☺: Afirmar que a titulação da amostra é maior que a materna em duas diluições, é equivalente a afirmar que o título da amostra aumentou quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos. Por exemplo: de 1:16 para 1:64.



©: Na mulher que mantenha títulos de TNT 1:2 ou menor (VDRL) por pelo menos 1 ano, após tratamento adequado, é considerada portadora de cicatriz sorológica.



4.3.1.1 Criança exposta à Sífilis materna

Refere-se a toda criança nascida de mãe que teve diagnóstico de sífilis durante a gestação, no parto ou no puerpério. Essas crianças deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto à presença de **sinais e sintomas** e quanto ao resultado do seu **teste não treponêmico** para a sífilis.

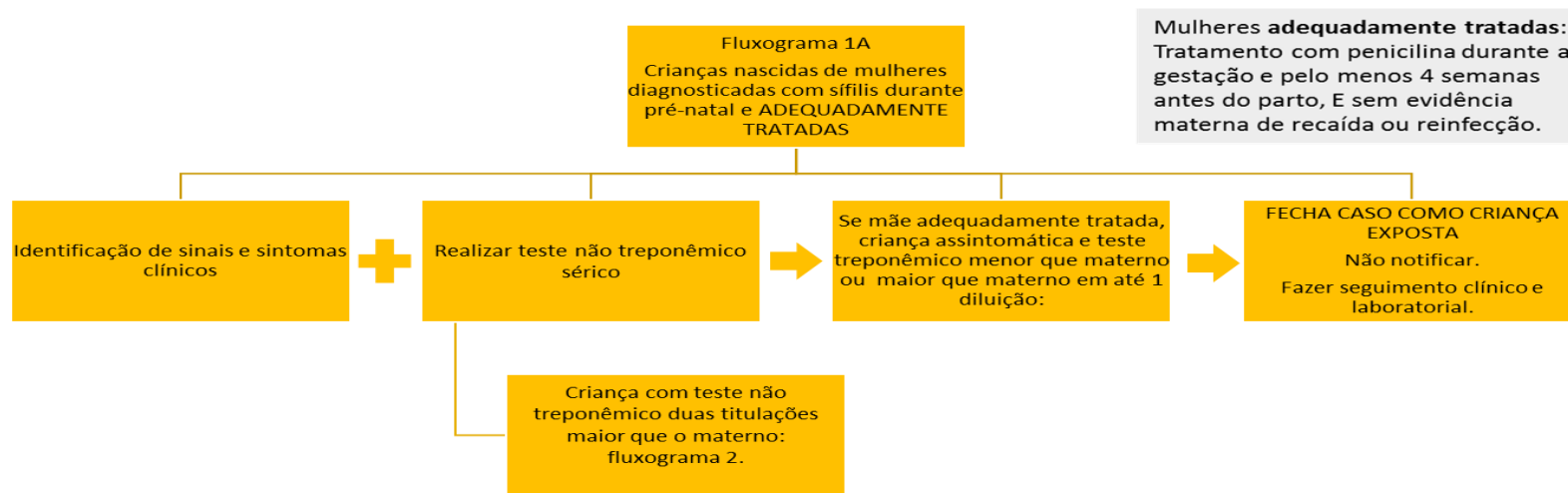
A criança exposta à sífilis materna é aquela nascida **assintomática**, cuja **mãe foi adequadamente tratada** (quadro 21), e que tem **titulação de teste não treponêmico até uma diluição maior que o materno**. Elas devem seguir o monitoramento clínico e laboratorial, mas não devem ser notificadas (Figura 12 - Fluxograma 1A).

- Afirmar que a titulação da amostra é maior que a materna em uma diluição, é equivalente a afirmar que o título da amostra aumentou duas vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos. Por exemplo: de 1:16 para 1:64.

Crianças nascidas de **mães que não foram tratadas**, ou que **não foram adequadamente tratadas**, segundo critérios definidos pelo quadro 20 e figura 7, seguem um fluxo diferenciado, descrito no item 4.3.1.2. Criança com Sífilis Congênita, na sequencia abaixo. Crianças nascidas de mães adequadamente tratadas, mas que apresentem ao nascimento teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições, também serão abordadas no item 4.3.1.2. Criança com Sífilis Congênita.



Figura 12 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, na maternidade, nascida de mãe adequadamente tratada
Fonte:IAHV/SVS/MS.





Exame físico da criança exposta à sífilis

Na criança exposta à sífilis, o exame físico deve ser completamente normal. O achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação e sífilis congênita será incluída no diagnóstico diferencial. Lembrando que os sinais e sintomas de sífilis são inespecíficos e podem ser encontrados em outras síndromes congênitas.

Deve haver atenção específica aos sinais e sintomas mais clássicos, descritos no quadro 24 referente às manifestações precoces de sífilis congênita. A presença de sinais de sintomas inclui a criança na classificação de sífilis congênita sintomática, com necessidade de notificação compulsória para SC.

4.3.1.1.1 Teste não treponêmico (TNT)

Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar **teste não treponêmico sérico**, com um segundo teste confirmatório (Figura 11). O sangue de cordão umbilical deve ser evitado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso reagentes.

A testagem paralela da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico e, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança.

No teste não treponêmico, um **título maior do que o materno em pelo menos duas diluições** (ex. 1:4 materno e > ou igual 1:16 criança) é fortemente sugestivo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita. Alguns estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com SC tem resultado pareado do teste não treponêmico maior que o materno (Rawstron, 2001; Morshed, 2015).



Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do bebê e da mãe que pode sugerir sífilis congênita. Desta forma, não se recomenda a realização do teste não treponêmico no bebê até os 18 meses (Singh, 2013). No entanto, podem ser úteis para auxílio diagnóstico no período pós-natal, conforme descrição do quadro 20.

O seguimento das crianças expostas é fundamental e imprescindível. É de responsabilidade de estados e municípios a formação da rede de atenção e da linha de cuidado dessas crianças.

É de responsabilidade da (o) pediatra da maternidade o encaminhamento da criança no momento da alta hospitalar ou da casa de parto, assim como é responsabilidade da equipe da Atenção Básica a coordenação do cuidado a essa criança (figura 8).



Quadro 20 – Seguimento de exames complementares da criança exposta à sífilis materna

Exame complementar	Na maternidade	No seguimento	O que avaliar
Teste-não treponêmico (TNT)	<p>SIM</p> <p>Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.</p>	<p>Com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.</p> <p>Interromper o seguimento laboratorial após 2 testes não reagentes consecutivos ou após a queda do título em duas diluições</p>	<p>Não reagente ou titulação até uma diluição maior que o materno: baixo risco sífilis congênita.</p> <p>Reagente com titulação superior a materna em pelo menos duas diluições: Sífilis congênita. Tratar conforme figura 14 e realizar notificação imediata.</p> <p>É esperado que os teste não treponêmicos das crianças declinem aos 3 meses de idade, e deverão ser não reagentes aos 6 meses, nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada.</p> <p>Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.</p>
Teste treponêmico (TT)	<p>NÃO</p>	<p>NÃO é obrigatório</p> <p>Pode ser realizado até os 18 meses de idade</p>	<p>Um TT reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de SC. Um resultado não reagente não exclui SC, nos casos em que a criança foi tratada precocemente.</p>



			Crianças que tenham TT reagente após os 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio, deverão ser submetidas a avaliação completa e receber tratamento.
--	--	--	--

Fonte: DIAHV/ SVS/ MS. (Workowski, 2015; Hardy, 1970; Rawstron, 2001; Chang, 2015; Lago, 2013)



4.3.1.1.1 Falha no tratamento da criança exposta

É esperado que os teste não treponêmicos das crianças declinem aos 3 meses de idade, e deverão ser **não reagentes** aos 6 meses, nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada. A resposta pode ser mais lenta em crianças tratadas após 1 mês de idade. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.

Falha no tratamento materno em prevenir a ocorrência de SC é indicado por:

- Persistência da titulação reagente (TNT) após os 6 meses de idade

E/OU

- Aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento.

Nesses casos, as crianças deverão ser submetidas a punção lombar para estudo do líquido (LCR) por meio da análise do VDRL, contagem celular, proteína, e deverão ser tratadas com 10 dias de penicilina parenteral, mesmo quando houver histórico de tratamento prévio.

4.3.1.1.2 Seguimento clínico da criança exposta à sífilis

O seguimento pode ser feito na puericultura, na atenção básica, com as consultas de rotina conforme orientação da Saúde da Criança, com atenção mais cuidadosa ao monitoramento quanto a sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade (quadro 20). A partir dessa idade, excluída sífilis congênita, o seguimento segue as recomendações para a população geral.

O quadro 21 sumariza as recomendações de avaliação clínica:



Quadro 21 - Seguimento clínico da criança exposta à sífilis materna

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, no 1º mês, no 2º mês, 4º mês, 6º, 9º, 12º, 18º), com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	A criança exposta a sífilis pode não ter sido diagnosticada com SC no momento no nascimento, mas apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser feita busca ativa de sinais e sintomas (quadro 22 referente às manifestações precoces de sífilis congênita) a cada retorno. Especial atenção aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. Além disso, aproveitar o momento da consulta para avaliar risco a outras IST materno. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. Questionar sobre práticas sexuais de risco 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). Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B quando não houver histórico de vacinação.
Consulta odontológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias odontológicas. São as mais comuns: dentes de Hutchinson – dentes incisivos medianos deformados, dentes de Mulberry - primeiros molares com formato de amora, perfuração do palato duro. Os dentes de Hutchinson só surgem com o aparecimento dos dentes permanentes. Os molares de Mulberry são mais precoces, entre os 13 e 19 meses de idade.



Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. São as mais comuns: ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia optica. A ceratite intersticial pode ter uma faixa etária de acometimento dos 2 aos 20 anos de idade.
Consulta auditiva	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. Perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre os 10 e 40 anos de idade, por acometimento o 8º par craniano.

Fonte: PCDT PTV.



4.3.1.2 Criança com Sífilis Congênita

É definido de forma aleatória que a síndrome clínica da sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Ela deve ser diagnosticada por meio de avaliação clínica e epidemiológica criteriosa da situação materna, associada à avaliação clínico-laboratorial e estudos de imagem na criança.

Nesse item discutiremos as crianças classificadas como sífilis congênita de acordo com os fluxogramas 1B e 2, das figuras 13 e 14.

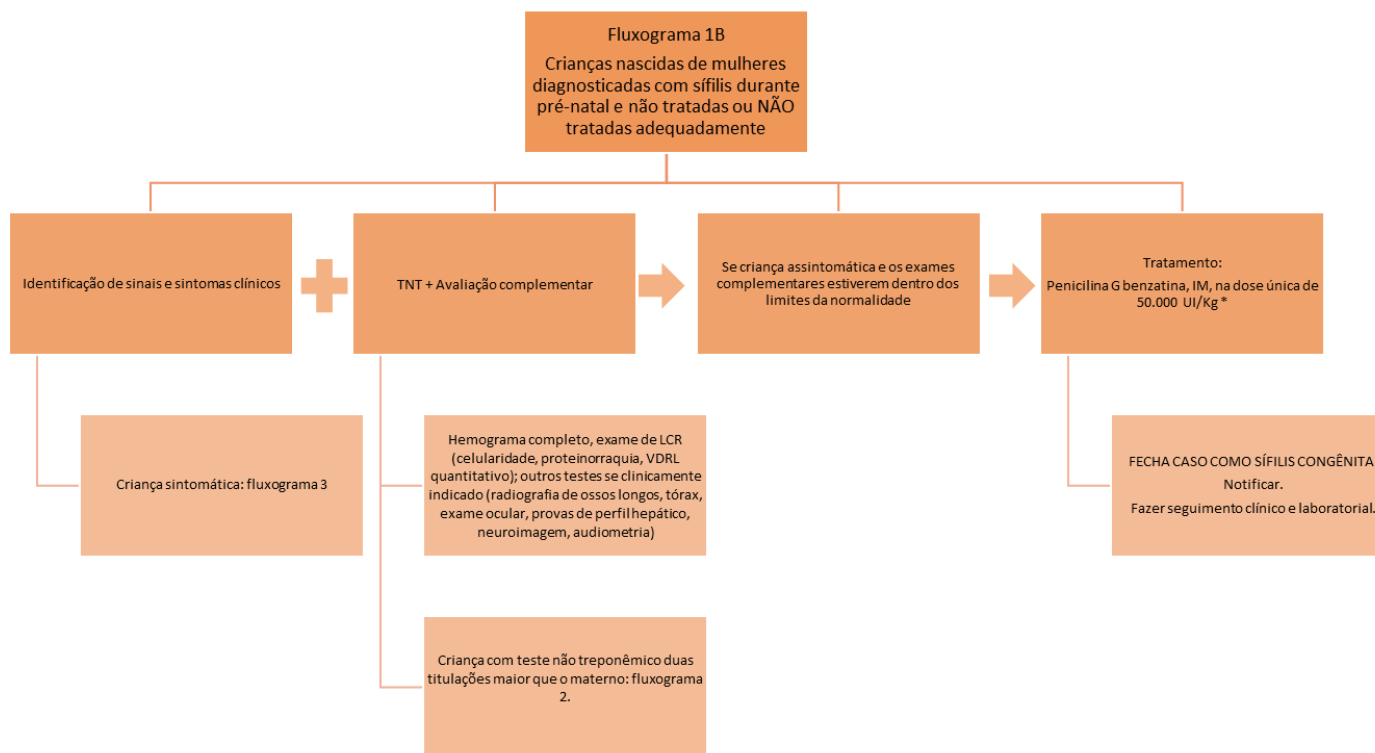
4.3.1.2.1 Crianças com Sífilis Congênita: Nascidas de mães não tratadas ou não adequadamente tratadas

Quando a mãe não foi adequadamente tratada durante o pré-natal, as crianças são classificadas com sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Crianças nascidas de mãe que **não foram tratadas**, ou que **não foram adequadamente tratadas**, segundo critérios definidos pelo quadro 20 e figura 11, seguem um fluxo diferenciado, já que deverão passar por investigação completa, incluindo análise do líquido, e receberão pelo menos uma dose de penicilina, independentemente do resultado do seu teste não treponêmico, e mesmo na ausência de sintomas, conforme fluxograma 1B, descrito na figura 13.



Figura 13 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, nascida de mãe não tratada, ou não adequadamente tratada



Fonte: DIAHV/ SVS/ MS.

Legenda: TNT: teste não treponêmico; LCR: exame de líquido



4.3.1.2.2 Crianças com Sífilis Congênita: Nascidas de mães adequadamente tratadas

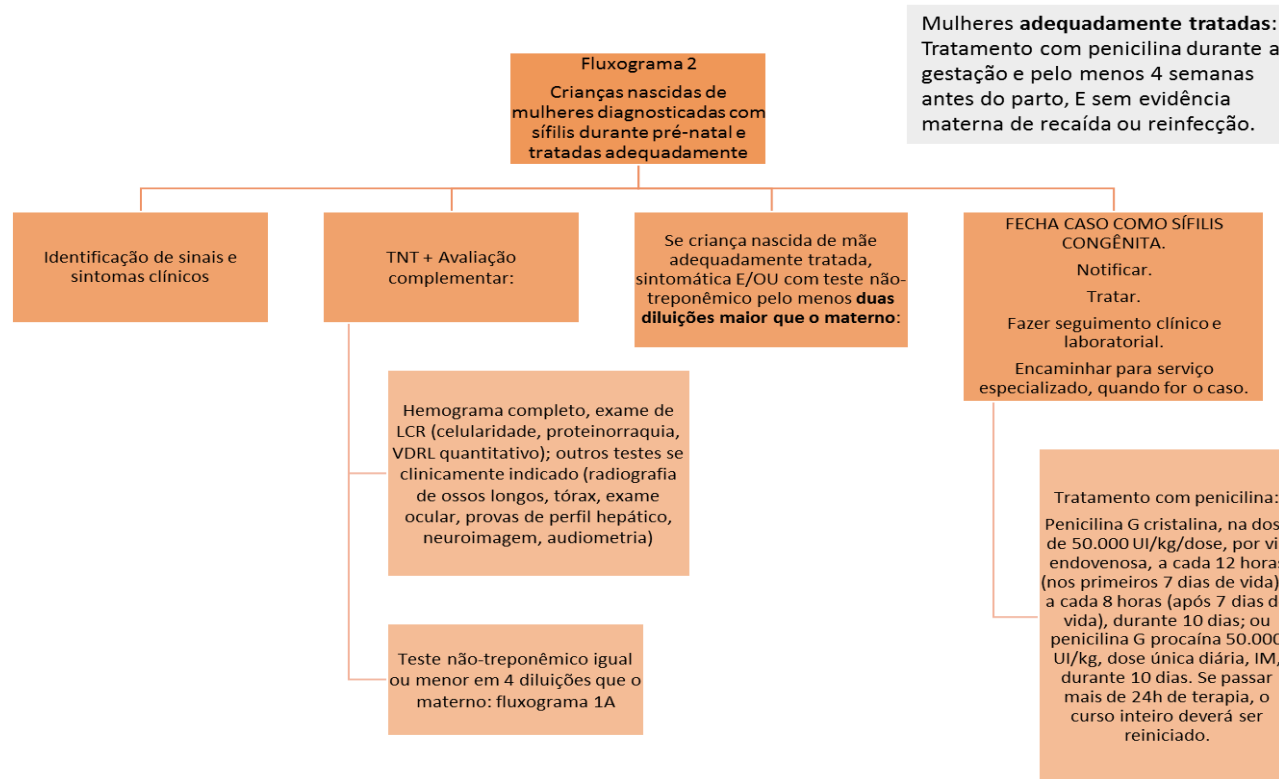
As crianças nascidas de mãe adequadamente tratadas, e com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições, são classificadas como **sífilis congênita**, devem ser notificadas, investigadas, e tratadas como tal, conforme figura 14.

As crianças assintomáticas nascidas de mãe adequadamente tratadas, e com resultado de teste não treponêmico igual ou menor que o materno em duas diluições, estão descritas no item anterior que trata das crianças expostas à sífilis materna. Elas precisam ser acompanhadas clinicamente e do ponto de vista laboratorial, mas não são notificadas como sífilis congênita.

Além disso, crianças sintomáticas fecham critério para sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento, e das titulações dos testes não treponêmicos, e serão abordadas no item subsequente.



Figura 14 - Fluxograma do Manejo da Criança Exposta à Sífilis, nascida de mãe adequadamente tratada, sintomática ou com teste não-treponêmico maior que materno em pelo menos duas diluições



Fonte:DIAHV/SVS/MS.



4.3.1.2.3 Exame físico da criança com sífilis congênita

Nas crianças com sífilis congênita, aproximadamente 60 a 90% dos recém-nascidos nascidos vivos são assintomáticos ao nascimento (Bowen, 2015; Ortiz-Lopez, 2012), apenas os casos mais graves nascerão com sintomas. As manifestações clínicas das crianças com sífilis congênita raramente surgem após 3-4 meses, dois terços desenvolvem sintomas em 3 a 8 semanas (Herremans, 2010).

As crianças com sífilis congênita sintomáticas devem ser notificadas e tratadas, e farão seguimento clínico e de exames complementares especializado de acordo com as alterações encontradas.

A presença de sintomas ao nascimento depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação (Woods, 2005). São mais frequentes (Bowen, 2015; Rawstron, 2012):

- Hepatomegalia
- Icterícia
- Corrimento nasal (rinite sífilítica)
- *Rash*
- Linfadenopatia generalizada
- Anormalidades esqueléticas

As manifestações clínicas da **sífilis congênita precoce** são variadas e imprevisíveis. A sífilis congênita precoce é definida, de modo arbitrário, como aquela em que os sinais e sintomas surgem na criança exposta à sífilis materna até os 2 anos de idade. As principais características dessa síndrome estão descritas no quadro 22 referente às manifestações precoces de sífilis congênita.

Todas essas manifestações são inespecíficas e podem ser encontradas em outras infecções congênicas. É necessário investigar os possíveis diagnósticos diferenciais.

Quadro 22 - Manifestações clínicas da sífilis congênita precoce

Gestacional/ Perinatal



Natimorto/ espontâneo aborto	Pode ocorrer a qualquer momento da gestação. Desfecho em aproximadamente 40% dos casos de sífilis adquirida durante a gestação, com maior risco no primeiro trimestre de gestação.
Prematuridade	-
Baixo peso ao nascer (<2500 g)	-
Hidropsia fetal não imune	-
Placenta	Placenta desproporcionalmente grande, grossa, pálida; vilite proliferativa focal, arterite endo e perivascular, imaturidade difusa ou focal das vilosidades placentares. Encaminhar para análise anatomopatológica.
Cordão umbilical	Funisite necrotizante é rara, mas patognomônica quando presente. É caracterizado pelo cordão umbilical edemaciado e inflamado, pode ter listras vermelhas e azuladas alternando com áreas esbranquiçadas. Pontos de abscesso na substância de Wharton's, centradas ao redor dos vasos umbilicais. Encaminhar para análise anatomopatológica.
Sistêmicos	
Febre	Pode ser mais significativa em crianças nascidas de mães infectadas tardiamente na gestação.
Hepatomegalia	Ocorre em praticamente todos os casos de crianças com sífilis congênita (Lago, 2013; Kollmann, 2011). O achado ultrassonográfico de hepatomegalia pode indicar falha do tratamento materno em prevenir a transmissão vertical (Hollier, 2001). Hepatomegalia está associada a icterícia e colestase. Achados laboratoriais podem incluir aumento AST/ALT, FA, bilirrubina direta, alargamento do tempo de protrombina; e espiroquetas visíveis em biópsia hepática (se for realizada). As alterações de provas hepáticas podem ser exacerbadas com a administração da penicilina, antes da melhora (Shah, 1989). A melhora geralmente é lenta, mesmo com terapêutica adequada.
Esplenomegalia	Esplenomegalia acontece em aproximadamente 50% dos pacientes com hepatomegalia. Esplenomegalia não acontece isoladamente.
Linfadenomegalia generalizada	Pode ser tão grande quanto 1 cm, geralmente não flutuante e firme.
Atraso no desenvolvimento	-



neuropsicomotor	
Edema	Devido à anemia/ hidropsia fetal, síndrome nefrótica, desnutrição
Mucocutaneos	
Rinite sífilítica ou descarga nasal	Pode ser um sinal precoce, surgindo após a primeira semana de vida, ocorre em aproximadamente 40% dos casos. As secreções contêm espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato.
Rash maculopapular	Geralmente aparece uma a duas semanas depois da rinite. Lesões ovais, inicialmente vermelhas ou rosas, evoluindo para coloração marrom acobreada; podem estar associadas a descamação superficial, caracteristicamente nas regiões palmar e plantar. As lesões são mais comuns na região glútea, nas costas, parte posterior das coxas, e plantas. As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.
Rash vesicular (pênfigo sífilítico)	Pode estar presente ao nascimento, mais frequentemente se desenvolve nas primeiras quatro semanas de vida; amplamente disseminada. Fluido vesicular contêm espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato.
Condiloma lata	Único ou múltiplos. Lesões planas, verrucosas, úmidas ao redor da boca, narinas e ânus e outras áreas da pele onde há umidade ou fricção. Frequentemente presentes sem qualquer outro sintoma associado. As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.
Icterícia	Hiperbilirrubinemia secundária à hepatite sífilítica e/ou hemólise
Hematológicos	
Anemia	Período neonatal: Hemolítica (Teste de Coombs [teste antiglobulina direto] negativo). Pode persistir após tratamento efetivo. Após um mês de idade: pode ser crônica e não hemolítica.
Trombocitopenia	Pode estar associada com sangramento ou petéquias. Pode ser a única manifestação da infecção congênita.
Leucopenia	-
Leucocitose	-
Musculoesqueleticos	
Pseudoparalisia de Parrot	Ausência de movimentação de um membro causada por dor associada à lesão óssea. Afeta com mais frequência membros superiores que inferiores; geralmente unilateral;



		raramente presente ao nascimento. Baixa correlação com anormalidades radiográficas.
Anormalidades radiográficas		Anormalidade mais comum na sífilis congênita precoce não tratada, surgindo em 70 a 100% dos casos; tipicamente múltipla e simétrica, acometendo principalmente ossos longos (rádio, ulna, úmero, tíbia, fêmur e fíbula). Pode ocorrer dor à movimentação ativa ou passiva dos membros e, por conta da dor, a criança pode apresentar-se irritada e tendendo à imobilidade.
Periostite		Espessamento periosteal irregular, especialmente na diáfise, geralmente extensa, bilateral e simétrica.
Sinal de Wegner		Osteocondrite metafisária, visível nas extremidades principalmente do fêmur e do úmero. Há uma sombra de maior densidade, que é a matriz calcificada, com formação « em taça » da epífise.
Sinal de Wimberger		Desmineralização e estruiação óssea parte superior medial tibial.
Neurológicos		
Anormalidades líquido cefalorraquidiano (líquor, LCR)	no	VDRL reagente no líquido; aumento da celularidade e aumento da proteína.
Leptomeningite sífilítica aguda		Surgimento no primeiro ano de vida. Geralmente ocorre entre 3 e 6 meses de vida; com apresentação semelhante a meningite bacteriana, mas com alterações liquoricas mais consistentes com meningite aséptica (predominância mononuclear). Responde à terapêutica com penicilina.
Sífilis meningovascular	crônica	Surgimento a partir do fim do primeiro ano de vida. Hidrocefalia; paralisia de nervo craniano; deterioração do desenvolvimento intelectual/ neuropsicomotor; infarto cerebral. Curso prolongado.
Outros		
Pneumonia/ Pneumonite/ respiratório	esforço	Opacificação completa de ambos os campos pulmonares na radiografia de tórax
Síndrome nefrótica		Geralmente acontece entre os dois e três meses de idade e se manifesta como edema generalizado e ascite (anasarca).

Legenda: AST/ALT: aspartato aminotransferase/ alanina aminotransferase; FA: fosfatase alcalina. Fontes: (Baker, 2006; Chakraborty; 2008; Dobson 2014; Hollier; 2001; Ingall; 2009; Rawstron; 2008; Robinson 2009; Saloojee, 2004; Sánchez, 2005).



Já a **sífilis congênita tardia** é arbitrariamente definida como aquela em que os sintomas surgem após os dois anos de idade da criança. As manifestações clínicas estão relacionadas a inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e é caracterizada pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos. Ela surge em aproximadamente 40% das crianças nascidas de mulheres não tratadas para sífilis durante a gestação. Algumas manifestações podem ser prevenidas através do tratamento materno durante a gestação ou do tratamento da criança nos primeiros três meses de vida (Putkonen, 1963; Stamos, 1994). Porém, outras manifestações como a ceratite e a deformidade tibial, chamada tibia em sabre, podem ocorrer e progredir a despeito de terapêutica apropriada (Oksala, 1957).

As manifestações de sífilis congênita tardia estão descritas no quadro 23.

Quadro 23 – Manifestações clínicas da sífilis congênita tardia

Características faciais	Fronte olímpica, nariz em sela, hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva.
Oftalmológicas	Ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica
Auditivo	Perda aditiva sensorial
Orofaringe	Dentes de Hutchinson – dentes incivos medianos deformados, molares em amora, perfuração do palato duro.
Cutâneo	Rágades (fissuras periorais e perinasais), gomas
Sistema nervoso central	Atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, paresia juvenil
Esqueléticas	Tibia em sabre, sinal de Higoumenakis (alargamento da porção esternoclavicular da clavícula), juntas de Clutton (artrite indolor), escapula escafoide.

Fonte: Ingall, 2009; Dobson, 2014; Woods 2005; Chakraborty 2008.

4.3.1.2.4 Exames complementares da criança com sífilis congênita



Nos casos de sífilis congênita, o *T. pallidum* é liberado diretamente na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas resultam da resposta inflamatória e são variáveis. Os ossos, fígado, pâncreas, intestino, rins, baço, são mais frequentes e gravemente envolvidos. Dessa forma, a investigação com exames complementares, tem como objetivo a identificação precoce dessas alterações (Woods, 2005).

Os exames complementares deverão realizados de acordo com quadro 24 abaixo. As alterações clínicas esperadas estão descritas no quadro 22.



Quadro 24 – Exames complementares nas crianças com sífilis congênita

Exame complementar	Na maternidade	No seguimento	O que avaliar
Hemograma	SIM	De acordo com as alterações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Anemia – hemolítica com Coombs negativo no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal• Leucopenia ou leucocitose <p>Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e magroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica.</p>
Plaquetas	SIM	De acordo com as alterações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Trombocitopenia
Transaminases (ALT/AST), bilirrubina total e direta, Albumina	SIM	De acordo com as alterações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Aumento das transaminases• Icterícia
Eletrólitos (pelo menos sódio sérico, potássio sérico, magnésio sérico)	SIM	De acordo com as alterações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Distúrbios hidroeletrolíticos
Líquor (LCR)	SIM	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurosífilis), até que normalize.	<ul style="list-style-type: none">• VDRL reagente no líquido• Pleocitose• Proteína aumentada <p>Valores no quadro 25.</p>



			VDRL reagente no líquido ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurosífilis com 10 dias de penicilina parenteral (item 4.3.1.2.3.5. Neurosífilis).
Radiografia de ossos longos	SIM	De acordo com as alterações clínicas	<ul style="list-style-type: none">• Bandas metafisárias lucentes (diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas);• Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metáfise proximal tibial (sinal de Wimberger, que faz diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal);• Serrilhado metafisário (sinal de Wegener);• Periostite diafisária com neoformação óssea (pode acontecer em outras patologias);• Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.
Radiografia de tórax	SIM	De acordo com as alterações clínicas	A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.
Neuroimagem	A critério clínico	De acordo com as alterações clínicas.	Deve ser realizado neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável.
Audiometria	A critério clínico	Semestralmente, por 2 anos.	Perda auditiva sensorial.
Exame oftalmológico (avaliação completa com	A critério clínico	Semestralmente, por 2 anos.	Ceratite intersticial.



exame de córnea, cristalino e fundo de olho)			
Odontológico	A critério clínico	Semestralmente, por 2 anos.	Má formações dentárias.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



4.3.1.2.5 Neurosífilis nas crianças com sífilis congênita

Infecção do sistema nervoso central (SNC) pela sífilis, ou neurosífilis, pode ser sintomática ou assintomática nas crianças com sífilis congênita. A neurosífilis é de ocorrência mais provável em crianças sintomáticas que assintomáticas; portanto, o benefício do teste deve ser considerado, especialmente em razão da necessidade de internação para administração de Benzilpenicilina potássica.

Acredita-se que a neurosífilis ocorra em 60% das crianças com sífilis congênita, baseando-se na presença de alterações no líquido, como positividade no VDRL, pleocitose e aumento na proteinorraquia (Platou, 1949). No entanto, nenhum desses achados é sensível ou específico (Michelow, 2002; Beeram, 1996). Além disso, a positividade do VDRL no líquido do recém-nascido pode se tratar de falso reagente relacionados a anticorpos maternos circulando no SNC do neonato ou contaminação com sangue periférico por acidente de punção, ou ainda podem existir falsos-negativos (recém-nascidos com VDRL negativo em um primeiro momento que posteriormente desenvolvem sinais de neurosífilis).

A despeito disso, o teste não treponêmico reagente é o parâmetro mais importante, com 90% de especificidade e 54% de sensibilidade (Michelow, 2002). Mas, para adequada avaliação desses parâmetros, o LCR deve estar livre de qualquer contaminação por sangue que possa ocorrer em casos de acidente de punção.

Para o exame liquórico do RN, consideram-se os valores para diagnóstico de neurosífilis constantes no quadro 25, a seguir.

Quadro 25 – Valores de exame liquórico em crianças com suspeita de neurosífilis

Parâmetro	LCR normal pré-termo	LCR normal a termo	LCR sugestivo de sífilis no RN	LCR sugestivo de sífilis nas crianças maiores que 28 dias
Leucócitos	9 ± 8 céls/mm ³ (LVN: 0-29 céls/mm ³)	8 ± 7 céls/mm ³ (LVN: 0-32 céls/mm ³)	Maior que 25 céls/mm ³	Maior que 5 céls/mm ³
Proteínas	115mg/dL (LVN: 65-150mg/dL)	90mg/dL (LVN: 20-170mg/dL)	Maior que 150mg/dL	Maior que 40mg/dL
VDRL	Não reagente	Não reagente	Reagente	Reagente

Fonte: Lago, 2013; Volpe, 2008.



4.3.1.2.6 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

O seguimento pode ser feito na puericultura, na atenção básica, com as consultas de rotina conforme orientação da Saúde da Criança, com atenção mais cuidadosa ao monitoramento quanto a sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, conforme quadro 22, além do monitoramento laboratorial conforme quadro 24.

A despeito da criança, nesse caso, ser assintomática, mesmo recebendo tratamento com penicilina na maternidade, deve ser considerado que essa criança ficou exposta durante a gestação e, por tanto, se configura em grupo de risco de desenvolvimento de sífilis congênita sintomática e deve ser monitorada sob esse aspecto.

Quanto às crianças sintomáticas, o seguimento também será feito na puericultura, na atenção básica, coordenadora do cuidado, no entanto, essa criança necessitará ainda de acompanhamento especializado, conforme figura 9, que será guiado pelas alterações encontradas.

O quadro 24 sumariza as recomendações de avaliação clínica mínima, mas as orientações deverão mudar de acordo com as necessidades da criança, devendo ser garantido o cuidado tanto a nível de atenção básica, quanto de serviços especializados e hospitalares, quando for o caso.

4.3.2 Tratamento da Sífilis Congênita Neonatal

Penicilina parenteral é a droga de escolha para o tratamento de crianças com sífilis congênita, conforme esquematizado na Figura 11. Para crianças expostas a sífilis em que a neurosífilis tenha sido afastada, a penicilina procaína poder ser considerada como droga de escolha. O uso da penicilina procaína favorece a complementação do tratamento fora de unidade hospitalar, por via intramuscular.

Até o momento, não há evidências científicas da eficácia do uso da ceftriaxona no tratamento de sífilis congênita e, portanto, reforça-se que essa medicação poderá ser utilizada como alternativa somente em situações extremas de indisponibilidade de penicilina G cristalina e procaína.

Ainda não existem relatos de resistência do *Treponema pallidum* a penicilina.



4.3.2.1 Tratamento com penicilina dose única

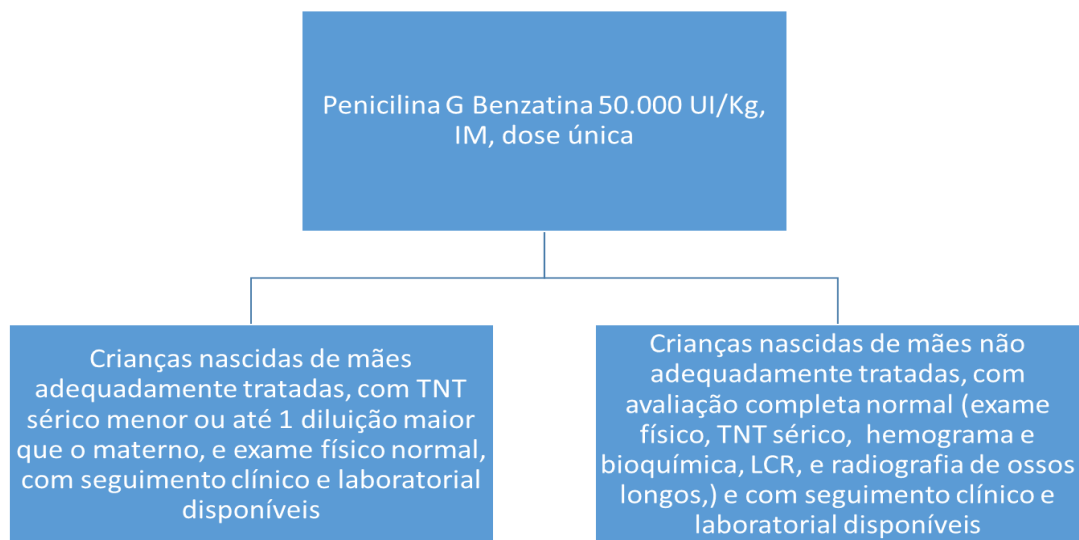
Penicilina G benzatina 50.000 U/Kg, intramuscular, como dose única.

Para crianças assintomáticas, isso quer dizer, com exame físico normal, sem alterações liquóricas, radiografias de ossos longos normais, e sem outras alterações viscerais, é efetivo para prevenção de evidência clínica de sífilis congênita e para queda de titulação de teste não treponêmico o tratamento com benzilpenicilina benzatinadose única ou penicilina G procaína parenteral 10 dias (Figura 15) (Paryani, 1994; Radcliffe, 1997). Crianças nascidas de mães adequadamente tratadas, assintomáticas, com TNT não reagente, podem ser apenas acompanhadas na Atenção Básica, sem necessidade de receber a dose única de Benzilpenicilina benzatinanessa primeira avaliação.

A terapia com penicilina dose única é contraindicado em crianças assintomáticas nascidas de mulheres diagnosticadas com sífilis durante a gestação que não foram adequadamente tratadas ou não foram tratadas, a não ser que essa criança seja submetida a avaliação completa apropriada (realização de exame de líquido com VDRL, celularidade, proteína; hemograma completo com plaqueta; radiografia de ossos longos) e que esses resultados sejam normais. Essa avaliação é necessária para que seja excluído sífilis em sistema nervoso central, neurosífilis, quando seria necessário tratamento com Benzilpenicilina potássica por 10 dias.



Figura 15 - Tratamento com benzilpenicilina benzatinadose única



Fonte: DIAHV/ SVS/ MS.

4.3.2.2 Tratamento com penicilina por 10 dias

Penicilina G procaína 50.000 UI/ Kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias
OU
Penicilina G cristalina 50.000 UI/ Kg, intravenoso, de 12/12h (crianças com menores de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças maiores que 7 dias de vida), por 10 dias

O tratamento para todas as crianças com alto risco de sífilis congênita está descrito na **figura 11**. Como existem evidências de que os níveis de penicilina no líquido cefalorraquidiano são menores com penicilina procaína (Azimi, 1994), **é recomendado o uso de Benzilpenicilina potássica para os casos de neurosífilis**. No entanto, não se sabe o significado clínico dessa observação já que não existem dados quanto a falha terapêutica.

O curso completo com 10 dias de penicilina deve ser administrado mesmo nos casos em que o recém-nascido tenha recebido Ampicilina por outra causa.

Em caso de perda de mais de uma dose, todo o esquema terapêutico deve ser reiniciado.



4.3.2.3 Crianças no período pós-natal

Penicilina G cristalina 50.000 UI/ Kg, intravenoso, de 4/4h a 6/6h, por 10 dias.

Crianças diagnósticas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas com Benzilpenicilina potássica.

4.3.3 Desfecho

O tratamento apropriado da sífilis congênita precoce dentro dos primeiros três meses de vida é capaz de prevenir alguns, mas não todas, as manifestações de sífilis congênita. A ceratite intersticial e as deformidades ósseas como a tibia em “lâmina de sabre” podem ocorrer ou progredir mesmo com terapia adequada.

A infecção pela sífilis pode persistir por toda a vida, e os treponemas parecem persistir no meio extracelular com pouca repercussão inflamatória. Um histórico de sífilis ou de tratamento prévio para sífilis não confere proteção efetiva contra uma infecção subsequente, e doença ativa é comum após uma reinfeção, independentemente dos títulos dos anticorpos não treponêmicos.

Diante disso, o seguimento é parte fundamental para as crianças expostas à sífilis congênita materna e para aquelas com diagnóstico de sífilis congênita.

4.3.4 Referências

Azimi PH, Janner D, Berne P, Fulroth R, Lvoff V, Franklin L, Berman SM . Concentrations of procaine and aqueous penicillin in the cerebrospinal fluid of infants treated for congenital syphilis. *J Pediatr.* 1994;124(4):649.

Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis - United States, 2012-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015;64(44):1241.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2013.* Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 8. Ed., 200 p.

Caddy SC, Lee BE, Sutherland K, Robinson JL, Plitt SS, Read R, Singh AE. Pregnancy and neonatal outcomes of women with reactive syphilis serology in Alberta, 2002 to 2006. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(5):453.

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 (CDC). Congenital syphilis--United States, 1998. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(34):757.

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.

Chang SN, Chung KY, Lee MG, Lee JB. Seroreversion of the serological tests for syphilis in the newborns born to treated syphilitic mothers. *Genitourin Med.* 1995;71(2):68.

Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. *Arch Dis Child* 2008; 93:105.

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.

Dobson SR, Sanchez PJ. Syphilis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2014. P.1761.

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.

Grimprel E, Sanchez PJ, Wendel GD, Burstain JM, mccracken GH Jr, Radolf JD, Norgard MV. Use of polymerase chain reaction and rabbit infectivity testing to detect *Treponema pallidum* in amniotic fluid, fetal and neonatal sera, and cerebrospinal fluid. *J Clin Microbiol.* 1991;29(8):1711.

Hardy JB, Hardy PH, Oppenheimer EH, Ryan SJ Jr, Sheff RN. Failure of penicillin in a newborn with congenital syphilis. *JAMA.* 1970;212(8):1345.

Herremans T, Kortbeek L, Notermans DW. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2010;29(5):495.

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.

Hollier LM, Harstad TW, Sanchez PJ, Twickler DM, Wendel GD Jr. Fetal syphilis: clinical and laboratory characteristics. *Obstet Gynecol.* 2001;97(6):947.

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.



Ingall D, Sánchez PJ. Syphilis. In: Remington JS, Klein JO, eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000:643-81.

Ingall D, Sanchez PJ, Baker CH. Syphilis. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn infant, 6th edition, Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Moreira-Silva SF, Prebianchi PA, Dias CF, et al. Alterações ósseas em lactentes com sífilis congênita. J bras Doenças Sex Transm. 2009; 21(4): 175-178.

Kaplan JM, mccracken GH Jr. Clinical pharmacology of benzathine penicillin G in neonates with regard to its recommended use in congenital syphilis. J Pediatr 1973;82:1069-1072

Kollmann TR, Dobson S. Syphilis. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th, Remington JS, Klein JO, Wilson CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. P.524.

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.

Lago EG, Vaccari A, Fiori RM. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. Sex Transm Dis. 2013 Feb;40(2):85-94.

Lukehart SA, Hook EW III, Baker-Zander SA, Collier AC, Critchlow CW, Handsfield HH. Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. Ann Intern Med 1988;109:855-862

Magnuson HJ, Eagle H, Fleischman R. The minimal infectious inoculum of *Spirochaeta pallida* (Nichols strain), and a consideration of its rate of multiplication in vivo. Am J Syph Gonorrhea Vener Dis 1948;32:1-18

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.

Morshed MG, Singh AE. 2015. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. Clin Vaccine Immunol 22:137–147. Doi:10.1128/CVI.00681-14.

Nathan L, Twickler DM, Peters MT, Sánchez PJ, Wendel GD Jr. Fetal syphilis: correlation of sonographic findings and rabbit infectivity testing of amniotic fluid. J Ultrasound Med. 1993;12(2):97.

Oksala a. Interstitial keratitis after adequate penicillin therapy; a case report. Br J Vener Dis. 1957;33(2):113.

OMS (Organización Mundial de la Salud). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Ginebra: OMS, 2015.

Ortiz-Lopez N, Diez M, Diaz O, Simon F, Diaz A. Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010. Pediatr Infect Dis J. 2012;31(9):988.

Paryani SG, Vaughn AJ, Crosby M, Lawrence S. Treatment of asymptomatic congenital syphilis: benzathine versus procaine penicillin G therapy. J Pediatr. 1994;125(3):471.

Platou RV. Treatment of congenital syphilis with penicillin. Adv Pediatr 1949;4:39-86
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.

Putkonen t. Does early treatment prevent dental changes in congenital syphilis? Acta Derm Venereol. 1963;43:240.

Qureshi F, Jacques SM, Reyes MP. Placental histopathology in syphilis. Hum Pathol.



1993;24(7):779.

Radcliffe M, Meyer M, Roditi D, Malan A. Single-dose benzathine penicillin in infants at risk of congenital syphilis--results of a randomised study. *S Afr Med J.* 1997;87(1):62.

Rawstron SA, Mehta S, Marcellino L, Rempel J, Chery F, Bromberg K. Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *Sex Transm Dis.* 2001;28(7):412.

Rawstron SA. *Treponema pallidum* (Syphilis). In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 3rd edition, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia 2008. P.930.

Rawstron SA, Hawkes SJ. *Treponema pallidum* (Syphilis). In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 4th, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Elsevier Saunders, Edinburgh 2012. P.941.

Reyes MP, Hunt N, Ostrea EM Jr, George D. Maternal/congenital syphilis in a large tertiary-care urban hospital. *Clin Infect Dis.* 1993;17(6):1041.

Robinson, J. L. Canadian Paediatric Society Infectious Diseases and Immunization Committee. *Paediatr Child Health* 2009; 14(5):337.

Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, et al. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004; 82:424.

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.

Sánchez PJ, Wendel GD. Syphilis in pregnancy. *Clin Perinatol* 1997; 24(1): 71-87
Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16:245.

Shafer, 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.

Shah MC, Barton LL. Congenital syphilitic hepatitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1989;8(12):891.

Singh AE, Guenette T, Gratrix J, Bergman J, Parker P, Anderson B, Plitt SS, Lee BE, Robinson JL. Seroreversion of treponemal tests in infants meeting canadian surveillance criteria for confirmed early congenital syphilis. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32(3):199.

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.

Speer ME, Taber LH, Clark DB, Rudolph AJ. Cerebrospinal fluid levels of benzathine penicillin G in the neonate. *J Pediatr* 1977;91:996-997

Stamos JK, Rowley AH. Timely diagnosis of congenital infections. *Pediatr Clin North Am.* 1994;41(5):1017.

Turner TB, Hardy PH, Newman B. Infectivity tests in syphilis. *Br J Vener Dis* 1969;45:183-196.



Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005;16(4):245.

Woods CR. Congenital syphilis-persisting pestilence. *Pediatr Infect Dis J.* 2009. 28:536–537. [Http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e3181ac8a69](http://dx.doi.org/10.1097/INF.0b013e3181ac8a69).

Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64(RR-03):1.

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, 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.



4.4 Infecções que causam corrimento vaginal e cervicite

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Em serviços que atendem com frequência casos de IST, entre as mulheres atendidas, o corrimento vaginal é o principal sintoma referido (Bastos, 2000; Menezes, 2003; Passos, 2003) E entre gestantes é o primeiro ou segundo motivo da consulta, após verruga ano genital (Behets, 1998; Daly, 1998; Diallo, 1998).

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

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e agentes da vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- Infecções sexualmente transmissíveis (tricomoniase, *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

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

A vulvovaginite e vaginose são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, responsáveis por inúmeras consultas. São afecções do epitélio estratificado da vulva e/ou vagina, cujos agentes etiológicos mais frequentes são: fungos, principalmente a *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial a *Gardnerella vaginalis*, e o protozoário *Trichomonas vaginalis*.

Todos os casos de corrimento vaginal infeccioso e cervicite são considerados como ITR. Entre elas, a tricomoniase, como causa de corrimento vaginal, e as cervicites são consideradas IST.

As pessoas com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem orientadas sobre essas diferenças. O diagnóstico de uma IST tem implicações que estão ausentes nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como, por exemplo, a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais.

É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal



fisiológico.

A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. Daí a necessidade de questionar sobre:

- A consistência, cor e alterações no odor do corrimento,
- Presença de prurido e/ou
- Irritação local.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, com informações sobre:

- Comportamentos e práticas sexuais,
- Data da última menstruação,
- Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e/ou
- Outros potenciais agentes irritantes locais.

Durante o exame ginecológico o profissional de saúde deve observar e anotar as características do corrimento questionadas à paciente, bem como a existência de ulcerações, edema e/ou eritema. É a propedêutica essencial da abordagem das ITR e deve ser realizado os passos recomendando no quadro 26.

Quadro 26 - Exame ginecológico e IST

- Examinar a genitália externa e região anal;
- Separar os lábios vaginais para visualizar o introito vaginal integralmente.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para o teste de whiff (teste das aminas ou do “cheiro” – em lâmina ou no chumaço de gaze acrescentar uma gota de KOH 10% sobre o conteúdo vaginal coletado, sendo positivo se presente cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível.
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material endocervical para cultura de *N. gonorrhoeae* em meio de transporte e pesquisa de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* por biologia molecular, podendo, no caso da biologia molecular ser substituída pela urina de 1º jato (armazenada na bexiga por



A colpocitologia oncótica (Papanicolaou) e a colposcopia não devem ser realizadas com o intuito de diagnosticar vulvovaginite, vaginose e cervicite. Quando indicadas, para rastreio de neoplasia intraepitelial cervical, p. ex., devem preferencialmente ser realizadas após tratamento das ITR.

4.4.1 Aspectos específicos dos principais agentes etiológicos de corrimentos vaginais e cervicites

4.4.1.1 Candidíase vulvovaginal

O agente causal é a *Candida albicans* em 80% a 92% dos casos, podendo o restante ser devido às espécies não *albicans* (*glabrata*, *tropicalis*, *krusei*, *parapsilosis*) e *Saccharomyces cerevisiae* (Holland, 2003)¹. Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres podem ser colonizadas com *Candida* spp., assintomáticas, não requerendo tratamento (Lindner, 1978).

Dentre os fatores que predispoem a CVV estão destacados no quadro 27.

Quadro 27 - Fatores que predispoem a CVV

<ul style="list-style-type: none">• Gravidez	<ul style="list-style-type: none">• Uso de corticoides
<ul style="list-style-type: none">• Diabetes <i>mellitus</i> (descompensado)	<ul style="list-style-type: none">• Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia
<ul style="list-style-type: none">• Obesidade	<ul style="list-style-type: none">• Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência)
<ul style="list-style-type: none">• Uso de contraceptivos orais	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local
<ul style="list-style-type: none">• Uso de antibióticos	<ul style="list-style-type: none">• Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos)
<ul style="list-style-type: none">• Infecção pelo HIV	

A maioria das CVV não são complicadas, respondendo a vários esquemas terapêuticos. Todavia, 5% das mulheres apresentam inabilidade de controle do processo agudo levando à instalação da forma recorrente.

A CVV recorrente (CVVR) é definida quando a paciente refere quatro ou mais episódios sintomáticos de CVV em um ano (Sobel,1985)³.



A CVV classifica-se em CVV não complicada e CVV complicada. Considera-se não complicada quando presentes todos os critérios a seguir: sintomas leves/moderados, frequência esporádica, agente etiológico *C. albicans* e ausência de co-morbidades. E considera-se CVV complicada quando presente pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas intensos, frequência recorrente (CVVR), agente etiológico não *albicans* (*glabrata*, *kruzei*), presença de co-morbidades (diabetes, HIV) ou gestação (Sobel, 2017).

4.4.1.1.1 Diagnóstico candidíase vulvovaginal

Clinicamente a paciente pode referir os seguintes sintomas, diante de uma CVV clássica: prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso, sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa. Os sinais característicos são eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca, edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas, pelo ato de coçar.

Citologia a fresco: utilizando soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10% para visibilizar a presença de hifas e /ou esporos dos fungos. Além disso, a CVV está associada à pH normal vaginal (< 4.5).

Cultura: Diante de forte suspeita de CVV, mas com citologia a fresco negativa, a cultura vaginal específica em meios Sabouraud, Nickerson's ou Microstix-candida deve ser realizada (Pappas, 2009)5.

Para o diagnóstico diferencial da CVVR deve-se lembrar do líquen escleroso, vulvovestibulite, dermatite vulvar, vulvodinea, vaginite citolítica, vaginite inflamatória descamativa, formas atípicas de herpes genital e reações de hipersensibilidade (Sobel, 2017).

Os aspectos clínicos encontrados na candidíase resultam da resposta do organismo à penetração dos micélios na mucosa, com produção de prostaglandina E2 (PGE2) e bradicininas, que induzem resposta inflamatória e consequente ação inibitória sobre a imunidade celular. A PGE2 pode ser induzida pela resposta a uma variedade de alérgenos contidos em produtos de higiene, medicamentos para uso vaginal, inclusive componentes do sêmen, justificando ocorrência frequente de CVVR com relatos de frequentes intercursos sexuais (Sobel, 2017)4. No meio socioeconômico desfavorecido é comum, por exemplo o uso de sabões em barra (sabões amarelos), ricos em ácidos graxos, fortemente irritantes para o epitélio vulvovaginal. Seu uso deve ser fortemente desencorajado.



4.4.1.2 Vaginose bacteriana

Vaginose bacteriana é a desordem mais frequente do trato genital inferior, entre mulheres em idade reprodutiva (grávidas e não grávidas) e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos, e crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram negativos anaeróbicos, dentre elas, predominantemente a *Gardnerella vaginalis*, e mais *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtisii* e *M. mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, assim como *Streptococcus agalactiae* (grupo B).

A VB aumenta o risco de aquisição das IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e a gravidez (associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina, biopsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de doença inflamatória pélvica (DIP).

Sem lactobacilos, o pH aumenta e a *Gardnerella vaginalis* produz aminoácidos, os quais são quebrados pelas bactérias anaeróbicas da VB em aminas voláteis (putrecina e cadaverina), que aumentam o pH e levam ao odor desagradável particularmente após o coito e pós-menstruação (alcalinizam o conteúdo vaginal), queixa principal da paciente, e facilmente identificado ao exame especular, que mostra as paredes vaginais íntegras, marrons homogêneas ao teste de Schiller em sua maioria, banhadas por corrimento perolado bolhoso, às custas das aminas voláteis.

4.4.1.2.1 Diagnóstico vaginose bacteriana

Se microscopia disponível, o diagnóstico é realizado na presença de pelo menos 3 critérios de Amsel (Amsel, 1983):

- Corrimento vaginal homogêneo,
- pH > 4,5,
- Presença de clue cells no exame de lâmina a fresco,
- Whiff teste positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

Padrão-ouro: Coloração pelo Gram do fluido vaginal. Quantifica-se o número de lactobacillus e de bactérias patogênicos, resultando em um escore que determina se há infecção. O mais comumente utilizado é o sistema de NUGENT (Nugent, 1991) (quadro



28). O critério para ser VB é um escore de 7 ou mais. De 4 a 6 é intermediário e de zero a três é normal.

Quadro 28 - Sistema de Nugent para diagnóstico de VB

Escore	Lactobacilos	Gardnerella Bacteróides, etc.	Bacilos curvos	Quantificação
0	4+	0	0	0 ausência de bactérias
1	3+	1+	1+ ou 2+	1+ <1 bactéria/campo
2	2+	2+	3+ ou 4+	2+ 1 a 5 bactérias/campo
3	1+	3+		3+ 6 a 30 bact./campo
4	0	4+		4+ > 30 bactérias/campo

NOTA: Interpretação do resultado: 0 a 3 negativo para VB, 4 a 6 microbiota alterada, 7 a 10 VB.

O tratamento deve ser recomendado para mulheres sintomáticas, e nas assintomáticas quando grávidas, especialmente para aquelas com histórico de parto pré-termo, as que apresentem co-morbidades ou potencial risco de complicações (previamente a inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital), O tratamento deve ser simultâneo ao procedimento, não há razão para sua suspensão ou adiamento.

A recorrência de VB após o tratamento é comum: 15-30% das mulheres têm VB sintomática 30-90 dias após a terapia com antibióticos, enquanto 70% dos pacientes experimentam uma recorrência em nove meses (Bradshaw, 2006; Larsson, 1992; Sobel, 1993).

Algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais, dentre elas a frequente atividade sexual sem uso de preservativos, duchas vaginais, utilização de DIU, inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos. Cepas de *Atopobium vaginae* resistentes ao metronidazol são identificadas em várias portadoras de vaginose bacteriana recidivante (VBR), contudo esses bacilos são sensíveis a clindamicina e cefalosporinas. Estudos tem sugerido que portadoras de VBR poderia ter expressões alteradas de genes polimórficos pela mannose-binding lectin (MBL). Quantidades menores dessas proteínas, importantes na resposta imune inata, facilitariam a penetração de alguns microrganismos prejudiciais à manutenção do microbioma vaginal.

Mais recentemente, estudos do microbioma vaginal vem sendo realizados, visto que alterações nesse ambiente causam graves prejuízos à saúde da mulher como o aumento da



biovulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, infertilidade, além do mau prognóstico gestacional. Já foi demonstrado que resposta imune do hospedeiro está fortemente relacionada às alterações de microbiota vaginal e suas complicações associadas, embora os mecanismos de tal relação ainda não sejam completamente conhecidos.

Considera-se que diferenças individuais da resposta imune à VB podem estar relacionadas com o resultado do tratamento dessa condição. O mais amplo estudo do microbioma vaginal realizado até o momento demonstrou que a microbiota vaginal pode ser dividida em 5 tipos de comunidades bacterianas, conforme a abundância das espécies presentes. Essas comunidades são dominadas por um dos quatro *Lactobacillus spp* comum. (*L. crispatus*, *L. iners*, *L. gasseri* e *L. jensenii*) ou não contém números significativos de lactobacilos, mas, em vez disso, possuem uma série diversificada de anaeróbios rigorosos e facultativos (Ravel, 2011). A maioria dos casos de VB estão compreendidos no tipo de comunidade bacteriana que apresenta menor abundância de lactobacilos, sendo que tal comunidade pode ser dividida em outras três sub-comunidades. Dessa forma, pode-se sugerir que além da resposta imune do hospedeiro, diferenças na composição bacteriana podem influenciar no resultado do tratamento da VB. Até o momento nenhum estudo para a determinação do microbioma vaginal foi concluído em mulheres brasileiras. Está em andamento em Botucatu-SP pesquisa de doutorado que visa descrever a composição da microbiota vaginal na população brasileira, além da relação entre a composição bacteriana e a resposta do hospedeiro com o resultado do tratamento da VB, o que poderá contribuir para novas estratégias para a melhora da saúde reprodutiva da mulher.

Além da composição do microbioma vaginal, estudiosos tem dado importância à composição do biofilme vaginal, de forma que, atualmente, o papel da *G. vaginalis* na etiologia da VB continua sendo uma questão de controvérsia e parece ser uma síndrome clínica multifatorial com etiologias complexas e ainda desconhecidas. É sabido que, em pacientes com VB, um biofilme é geralmente formado no epitélio vaginal e que a *G. vaginalis* é tipicamente a espécie predominante. Uma característica da VB é a presença de células-chave, agora conhecida como resultado de um biofilme polimicrobiano formado em células epiteliais vaginais. Assim, o paradigma atual é que o estabelecimento de um biofilme desempenha um papel fundamental na patogênese da VB, mas o conhecimento atual dos papéis individuais de espécies bacterianas envolvidas na VB em biofilmes polimicrobianos ou interações entre essas espécies não são totalmente conhecidos (Maqchado, 2015; Hardy, 2017).



4.4.1.3 Tricomoníase

Vulvovaginite menos frequente nos dias atuais, causada por um protozoário flagelado, o *Trichomonas vaginalis*, que é unicelular, e parasita mais a genitália feminina que a masculina. Os sintomas e sinais característicos consistem em intensa descarga vaginal amarelo esverdeada, bolhosa, espumosa, por vezes acinzentada, acompanhada de odor fétido lembrando peixe na maioria dos casos e prurido eventual, que pode ser reação alérgica à afecção. Quando ocorre inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia (Sood, 2008)¹⁴. Pode haver também edema vulvar e sintomas urinários, como disúria. Em 30% dos casos são assintomáticas, mas algum sinal clínico pode aparecer. Não há complicações sérias na mulher na grande maioria dos casos, mas pode facilitar a transmissão de outros agentes infecciosos agressivos, facilitar DIP, VB e, na gestação, quando não tratadas, podem evoluir para rotura prematura das membranas (Mann, 2010)¹⁵, porém ainda há controvérsias na literatura.

No exame especular percebe-se o colo uterino com micro ulcerações que dão um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçóide” ou “tigróide”). A transudação inflamatória das paredes vaginais eleva o pH para 6,7 a 7,5, e neste meio alcalino, pode surgir variada flora bacteriana patogênica, inclusive anaeróbica, estabelecendo-se a vaginose bacteriana associada, que libera as aminas com odor fétido, além de provocar as bolhas na descarga vaginal purulenta.

4.4.1.3.1 Diagnóstico tricomoníase

O diagnóstico laboratorial microbiológico mais comum é o exame a fresco, com gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, observando-se o parasita ao microscópio, visibilizando-se o movimento do protozoário, que é flagelado e há grande número de leucócitos. O pH quase sempre é maior que 5,0. Na maioria dos casos o teste das aminas é positivo. A bacterioscopia com coloração pelo método de Gram observa o parasita Gram negativo, de morfologia característica. A cultura pode ser requisitada nos casos de difícil diagnóstico. Os meios de cultura são vários e incluem Diamond’s, Trichosel e In Pouch TV (Haefner, 1999).

4.4.1.4 Vaginose citolítica

Consiste no aumento exacerbado do microbiota vaginal composto por lactobacilos. Por vezes incomoda as pacientes e torna-se queixa principal, apesar de ser apenas aumento do resíduo vaginal fisiológico. Pode-se aliviar os sintomas da paciente com creme vaginal



com tampão borato pH 8, por 10 dias e depois manter duas vezes por semana por 2 meses ou alcalinizar o meio vaginal com seringas de água bicarbonatada, em vários esquemas, porém são terapias alternativas ainda sem base científica (Febrasgo, 2010).

4.4.1.5 Vaginite descamativa inflamatória

Caracteriza-se por corrimento persistente amarelado, associado à dispareunia e intenso processo inflamatório das paredes vaginais, cuja propedêutica usual não identifica os microrganismos frequentes. O pH é alto (> 4,5), o teste das aminas é negativo, colpíte macular pode estar presente e à microscopia observa-se reduzida quantidade de Lactobacilos, aumento de bactérias, polimorfonucleares e células parabasais, e ausência de elementos fúngicos. Difere da VB pela inflamação presente.

Infecção estreptocócica concomitante é relatada. Surge predominantemente após a 4a década de vida e apresenta boa resposta ao uso de creme vaginal de clindamicina a 2% durante 2 semanas (Febrasgo, 2010).

4.4.2 Cervicite

São frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós coito, dispareunia, disúria, polaciúria, dor pélvica crônica (Brasil, 2015; Stamm, 1999; Patton, 1985; Paavonen, 1999; Mardh, 2004; Roberts, 2007; Bakken, 2007; Bakken, 2009; Land, 2010).

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical 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 (Brasil, 2015; Stamm, 1999;)18. O risco de desenvolvimento de seqüelas é dependente do número de episódios de DIP (Westrom, 1994; Groseclose, 1999; Hook, 1999; Loomis, 2002; Honey, 2002; Ness, 2006; Svenstrup, 2008; Hosenfeld, 2009). Para mais informações sobre DIP consultar capítulo 4.7.

A infecção gonocócica ou por clamídia durante a gravidez poderão estar relacionadas a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN (Mann, 2010; Brasil, 2015; Andrews, 2006; Silveira, 2009; Rours, 2011).



No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite (Peipert, 2003). A oftalmia neonatal, definida como conjuntivite purulenta do RN, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela NG. 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 conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu período de incubação varia de cinco a 14 dias²⁴. 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 NG, mas frequentemente não o é contra CT. Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical situa-se entre 30% e 50%, tanto para NG como para CT.

É recomendado pelo PCDT de TV (2017), quando disponível, a realização de pesquisa para NG e CT por biologia molecular na primeira consulta de pré-natal (PCDT TV, 2017).

4.4.2.1 Diagnóstico cervicite

O diagnóstico etiológico pode ser realizado por meio de da cultura de secreções endocervicais para NG e pela detecção de CT e NG por biologia molecular.

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 CT e NG pode ser feito por um método de biologia molecular (NAAT).

A captura híbrida é outro método de biologia molecular; embora menos sensível que os NAAT avaliam qualitativamente a presença do patógeno.

Entretanto, uma grande limitação para o uso das técnicas utilizadas para firmar o diagnóstico etiológico da cervicite por CT e NG, principalmente para países em desenvolvimento, é o custo, representado pela sofisticada técnica laboratorial e a necessidade de consulta de retorno para o resultado e tratamento apropriado, quando não se utiliza teste rápido, uma vez que a elaboração destas técnicas demanda certo tempo.

Dentre as consequências imunes da infecção por CT, deve-se ressaltar a síntese de proteínas de choque térmico (heat shock proteins - hsp) pela bactéria, que são proteínas sintetizadas por todos os seres vivos quando se encontram em estado de estresse celular.



Certamente, promover o estado infeccioso representa estresse para o organismo bacteriano, o que leva à indução da proteína de choque térmico 60 kilodaltons (hsp 60 kDa). Tais proteínas sensibilizam o sistema imune do hospedeiro infectado, estimulando a produção de anticorpos específicos às mesmas. Entretanto, a proteína de choque térmico induzida pela *Chlamydia* é 50% homóloga à proteína de choque térmico induzida pelo ser humano. O embrião, em seus estágios iniciais de desenvolvimento, expressa a proteína de choque térmico humana (HSP 60 kDa). Tal fato pode reativar a resposta imune às HSP 60 kDa clamidiana anteriormente produzida, e o resultado será um “ataque imune” ao embrião, com consequente abortamento nas fases precoces da gestação.

Diversos estudos epidemiológicos têm também mostrado associações entre a infecção por CT, persistência dos tipos oncogênicos do HPV e evolução para o carcinoma de colo uterino (Koskela, 2000; Antila, 2001; Wallin, 2002; Smith, 2002; Smith, 2004; Madeleine, 2007). Sugere-se que a modulação imune com inflamação crônica causada pela bactéria facilite tal persistência, inclusive inibindo a apoptose das células infectadas pelo HPV. Existe ainda a hipótese de que a tuba infectada pela *Chlamydia* possa ser a origem do carcinoma de ovário, ainda pelo processo inflamatório crônico persistente.

Ao final do capítulo, antes dos quadros de tratamentos estaremos apresentando o Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal, com o intuito de nortear o atendimento e tratamento imediato, proporcionando satisfação da clientela, redução da falha de seguimento, comum quando se adota a abordagem em que há a necessidade de retorno, prévio ao tratamento, para receber resultados de exames laboratoriais. Isto favorece a quebra da cadeia de transmissão e redução do risco de complicações.

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres frequentemente não produzem corrimento vaginal, entretanto se ao exame especular for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Estão associadas 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 (Currie, 2007; LaMontagne, 2007, Skjeldestad, 2009; Evans, 2009; Wetmore, 2010; Groot, 2011; Pinto, 2011). Quando presentes, os sinais e sintomas da cervicite por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae*, em 60% a 80% das vezes, caracterizam-se por dor à manipulação do colo, muco cervical turvo ou amarelado e friabilidade cervical (Kapiga, 1998; Ndoye, 1998; Ryan, 1998; Sanchez 1998;

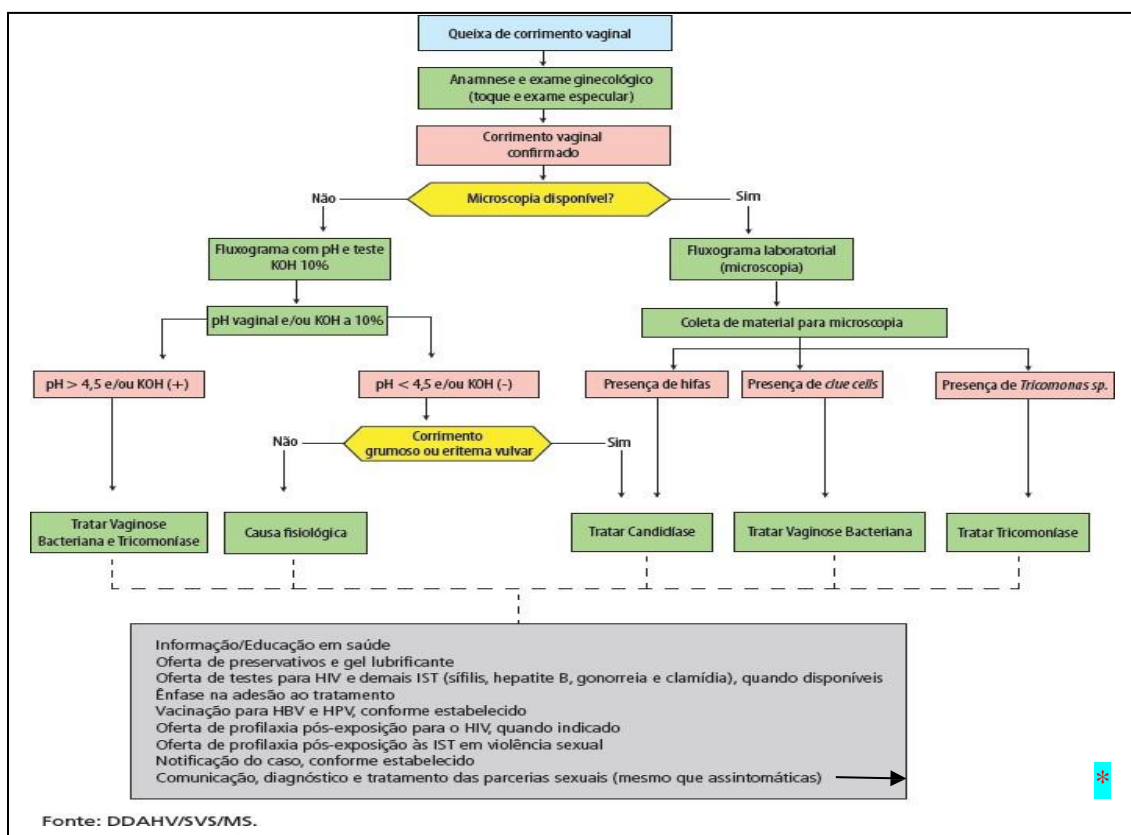


Schneider, 1998; Wi, 1998; Brasil, 1999; Sellors, 2000; Fonck, 2000; Faundes, 1998; Turner, 2002; Alary, 1998), mas o diagnóstico sindrômico de cervicite não se presta para aplicabilidade massiva, tendo em vista ser assintomática numa frequência que pode atingir até 93,3% (Ravel, 2011; Bourgeois, 1998; Mayaud, 1998). Além disso, outros sintomas como corrimento vaginal, febre, dor pélvica, dispareunia e disúria, também podem estar associados (Ndoye, 1998; Ryan, 1998; Sanchez 1998; Schneider, 1998; Wi, 1998; Brasil, 1999; Sellors, 2000; Fonck, 2000; Alary, 1998; Ryan, 1998; Moherdau, 1998; Mayaud, 1998; Steen, 1998) e não são contemplados no fluxograma.

Vários estudos que avaliaram a performance do fluxograma de corrimento da OMS ou de versões modificadas, como o do Brasil com várias combinações de fatores de risco, sinais físicos e testes laboratoriais simples foram analisados quanto às suas capacidades em detectar cervicite por *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis*, comparando-os a diagnósticos “padrões-ouro” em clínicas de IST, de ginecologia, de pré-natal, de planejamento familiar e de atendimento a profissionais do sexo (Daly, 1998; Kapiga, 1998; Ndoye, 1998; Ryan, 1998; Sanchez 1998; Schneider, 1998; Wi, 1998; Sellors, 2000; Fonck, 2000; Ryan, 1998; Moherdau, 1998; Mayaud, 1998; Steen, 1998; Van Dam, 1998; Benzaken, 2001; Vishwanath, 2000; Scholes, 1996; CDC, 2002; Reichman, 2009). Em geral, estes estudos mostraram elevada correlação do sintoma de corrimento vaginal com vaginose bacteriana ou tricomoníase, mas a sensibilidade e especificidade não se mostraram satisfatórios e o VPP do fluxograma para identificar mulheres com cervicite foi extremamente baixo.



4.4.3 Fluxograma para o manejo de corrimento vaginal



4.4.4 Tratamento

O tratamento para cada uma das infecções deve ser realizado de acordo com os quadros 29, 30, 31, 32 e 33.

Quadro 29 - Tratamento para gonorreia e clamídia

Condição clínica	Tratamento
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos,



	VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV /dia, completando ao menos 7 dias de tratamento
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, 7 dias (Exceto gestantes) OU Amoxicilina 500 mg, VO, 3x/dia, 7 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 30 - Prevenção e tratamento da 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: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 31 - Tratamento para vulvovaginite

Vulvovaginite	Tratamento
Primeira opção	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias



	OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite a deitar-se, por 14 dias.
Segunda opção	Fluconazol 150 mg, VO, dose única OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia.
Tratamento em gestantes e lactantes	Somente por via Vaginal. O tratamento oral está contraindicado.
CVV complicada e CVV recorrentes	Indução: Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7. OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia. OU Azol tópico diário durante 10 a 14 dias. Manutenção: Fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses. OU Azol tópico creme, 2x/semana OU óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
Comentários	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.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 32 - Tratamento para tricomoníase

Vaginose bacteriana	Tratamento
Primeira opção	Metronidazol 250 mg, 2 Comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.
Segunda opção	Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Tratamento em gestantes e lactantes	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, 1 comprimido VO,



	3x/dia, por 7 dias.
Recorrentes	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e Metronidazol gel vaginal 100 mg/g duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses
Comentários	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 33 - Tratamento para tricomoníase

Tricomoníase	Tratamento
Primeira opção	Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g). OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias.
Tratamento em gestantes e lactantes	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias. Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, 1 Comprimido VO, 3x/dia, por 7 dias.
Comentários	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.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Observações:



- Durante o tratamento com Metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e "gosto metálico na boca").
- Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais.
- Manter o tratamento se a paciente menstruar.
- O tratamento do parceiro, quando indicado, deve ser realizado na sua presença, com o devido aconselhamento, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hep. B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.

4.4.4.1 Tricomoníase

- a. Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas. Mas deve-se ter atenção com a interação medicamentosa do metronidazol e ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de tempo de 2h entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.
- b.** A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 3 meses, para avaliar se as alterações persistem.

4.4.4.2 Vaginose bacteriana

- c. VB recorrente:** parece encorajador o triplo regime (metronidazol gel 10 dias + ácido bórico 21 dias + metronidazol gel 2x/ semana, por 4 a 6 meses), porém requer validação com estudo prospectivo randomizado e controlado. O papel do ácido bórico é remover o “biofilme” vaginal que facilitaria a persistência das bactérias patogênicas (Machado, 2016).
- d.** Uso de antissépticos, pré-bióticos, pró-bióticos, e reposição de lactobacilos vem sendo estudada, mas há ainda longo caminho a percorrer, pois a reposição tem que ser com as espécies que habitam a vagina e produzem H₂O₂, características primordiais para a proteção contra várias infecções, inclusive VB (Yudin, 2008; Machado, 2016).
- e. Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas.



Mas deve-se ter atenção com a interação medicamentosa do metronidazol e ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de tempo de 2h entre as ingestas do metronidazol e ritonavir.

4.4.4.3 Candidíase

- f** Nos casos recorrentes ou de difícil controle deve-se investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).
- g** Dentre as reações adversas raras (entre 0,01% e 0,1%) do uso do Fluconazol citam-se dentre outros agranulocitose, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anafilaxia, angioedema, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipocalcemia, toxicidade e insuficiência hepática.
- h. Portadoras do HIV:** devem ser tratadas com os mesmos esquemas.

4.4.5 Referências

Alary M, Baganizi E, Guèdèmè FP, Davo N, Adjovi C, Van Dyck E et al. Evaluation of clinical algorithms for the diagnosis of gonococcal and chlamydial infections among men with urethral discharge or dysuria and women with vaginal discharge in Benin. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S44-9.

Amsel R.; Totten PA, Spiegel CA, et al. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. **Am J Med**, 74: 14-22, 1983.

Andrews WW, Klebanoff MA, Thom EA, Hauth JC, Carey JC, Meis PJ, et al. Midpregnancy genitourinary tract infection with *Chlamydia trachomatis*: association with subsequent preterm delivery women with bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis*. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Feb; 194(2):493-500.

Antilla T, Saikku P, Koskela P, Bloigu A, Dillner J, Ikäheimu J, et al. Serotypes of *Chlamydia trachomatis* and risk for development of cervical squamous cell carcinoma. *JAMA.* 2001; 285(1):47-51.

Araújo MAL, Bucher JSNF, Bello PY. Análise das fichas de atendimento de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis nas unidades de referência de Fortaleza, 2000 e 2001. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2002; 14(4):18-22.



Bakken IJ, Ghaderi S. Incidence of pelvic inflammatory disease in a large cohort of women tested for Chlamydia trachomatis: a historical follow-up study. *BMC Infect Dis.* 2009; 9:130. doi:10.1186/1471-2334-9-130.

Bakken IJ, Skjeldestad FE, Nordbo SA. Chlamydia trachomatis infections increase the risk for ectopic pregnancy: a population-based, nested case-control study. *SexTransm Dis.* 2007; 34(3):166-169.

Bastos LM, Passos MRL, Tibúrcio AS, Varella RQ, Pinheiro VMS. Gestantes atendidas no setor de doenças sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2000; 12(2):5-12.

Battle TJ, Golden MR, Suchland KL, Counts JM, Hughes JP, Stamm WE, Holmes K. Evaluation of laboratory testing methods for Chlamydia trachomatis infection in era of nucleic acid amplification. *J Clin Microbiol.* 2001;39(8):2924-7.

Behets FMT, Ward E, Fox L, Reed R, Spruyt A, Bennett L et al. Sexually transmitted diseases are common in women attending Jamaican family planning clinics and appropriate detection tolls are lacking. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S123-7.

Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no município de Manacapuru – interior do estado do Amazonas, Brasil. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2002;14(4):9-12.

Benzaken AS, Pedrosa V, Garcia EG, Dutra J, Sardinha JC. Utilidade do escore de risco padrão do Brasil na avaliação da infecção gonocócica em mulheres com corrimento vaginal. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2001;13: 4-7.

Bourgeois A, Henzel D, Dibanga G, Mouelet GM, Peeters M, Coulaud JP et al. Prospective evaluation of a flow chart using a risk assessment for the diagnosis of STDs in primary healthcare centers in Libreville, Gabon. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S128-31.

Bradshaw CS, Morton AN, Hocking J, Garland SM, Morris MB, et al. High recurrence rates of bacterial vaginosis over the course of 12 months after oral metronidazole therapy and factors associated with recurrence. *J. Infect. Dis.* 2006; 193:1478–1486.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. 1999. 142 p.

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, 2015.124 p.

Carvalho J, Carvalho FM. Is Chlamydia infected tubal fimbria the origin of ovarian cancer? *Med Hypotheses* 2008; 71:690-93.

CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR*. 2002;51(RR-6):1-80.

Currie MJ, Bowden FJ. The importance of chlamydial infections in obstetrics and gynaecology: an update. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007; 47:2-8.

Daly CC, Wangel AM, Hoffman IF, Canner, JK, Lule GS, Lema VM et al. Validation of the WHO diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. *Sex Transm Inf*. 1998; 74(Suppl 1):S50-8.

DI Felice V, David S, Cappelo F, Farina F, Zummo G. Is chlamydial heat shock protein a risk factor for oncogenesis? *Cell Mol Life Sci* 2005 Jan, 62(1):4-9.

Diallo MO, Ghys PD, Vuylsteke B, Traoré VE, Gnaoré E, Soroh D et al. Evaluation of simple diagnostic algorithm for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* cervical infections in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Sex Transm Inf*. 1998; 74(Suppl 1):S106-11.

Evans C, Das C, Kinghorn G. A retrospective study of recurrent chlamydia infection in men and women: is there a role for targeted screening for those at risk? *Int J STD AIDS*. 2009; **20:188-192**. doi:10.1258/ijsa.2008.008214.

Faúndes A, Telles E, Cristofolletti ML, Faúndes D, Castro S, Hardy E. The risk of inadvertent intrauterine device insertion on women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception*. 1998; 58:105-9.

FEBRASGO. Vulvovaginite. In: Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia. FEBRASGO 2010; 6:60-93.

Fonck K, Kidula N, Jaoko W, Estambale B, Clayes P, Ndinya-Achola J et al. Validity of the vaginal discharge algorithm among pregnant and nonpregnant woman in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Inf*. 2000; 76:33-38.

Groseclose SL, Zaidi AA, DeLisle SJ, Levine WC, St Louis ME. Estimated incidence and prevalence of genital *Chlamydia trachomatis* infections in the United States, 1996. *Sex Transm Dis*. 1999;26:339-344.

Haefner HK. Current evaluation and management of vulvovaginite. *Clin obstet gynecol*



1999, 42:184-95.

Hardy L1, Cerca N2, Jespers V3 et al. Bacterial biofilms in the vagina. *Res Microbiol* 2017 Feb 21. S0923-2508.

Holland J; Young ML; Lee O; Chen S. Vulvovaginal carriage of yeast other than candida albicans. *Sexually transmitted infections*. 2003; 79(3): 249-250.

Honey E, Templeton A. Prevention of pelvic inflammatory disease by the control of *C. trachomatis* infection. *Int J Gynecol Obstet*. 2002; 78(3):257-261.

Hook III EW, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adults. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, et al. *Sexually Transmitted Diseases*. Third Edition, MacGraw-Hill, USA, 1999.

Hosenfeld CB, Workowski KA, Berman S, Zaidi A, Dyson J, Mosure D, et al. Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis*. 2009 Aug; 36(8):478-489.

Kapiga SH, Vuylsteke B, Lyamuya EF, Dallabetta G, Laga M. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Sex Transm Inf*. 1998; 74(Suppl 1): S132-8.

Koskela P, Anttila T, Bjorge T, Brunsvig A, Dillner J, Hakama M, et al. Chlamydia trachomatis infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *Int J Cancer*. 2000; 85(1):35-39.

LaMontagne DS, Baster K, Emmet L, Nichols T, Randall S, McLean L, et al. Incidence and re-infection rates of genital chlamydial infection among women aged 16-24 years attending general practice family planning and genitourinary medicine clinics in England: a prospective cohort study. *Sex Transm Infect*. 2007; 83:292-303.

Land JA, Van Bergen JEAM, Morr  SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening. *Hum Reprod Update*. 2010; 16(2):189-204. doi:10.1093/humupd/dmp035.

Larsson PG. Treatment of bacterial vaginosis. *Int. J. STD AIDS*. 1992; 3:239-247.

Lindner JG; Plantema FH. Hoogkampk. Quantitative studies of the vaginal flora of healthy women and of obstetric and gynaecological patients. *J-Med- Microbiol*. 1978; 11 (3): 233-241.

Loomis WP, Starnbach MN. T cell responses to Chlamydia trachomatis. *Curr Opin Microbiol*. 2002; 5:87-91.

Machado A & Cerca N. Influence of Biofilm Formation by Gardnerella vaginalis and other



anaerobes on bacterial vaginosis. *J Infect Dis* 2015 Dec 15;212(12):1856-61.

Machado D, Castro J, Palmeira-de-Oliveira A, et al. Bacterial vaginosis biofilms: challenges to current therapies and emerging solutions. *Front. Microbiol.* 2016; 6:1528-41.

Madeleine MM, Anttila T, Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M, Carter JJ, et al. Risk of cervical cancer associated with *Chlamydia trachomatis* antibodies by histology, HPV type and HPV cofactors. *Int J Cancer.* 2007; 120(3):650-655.

Mann JR, McDermott S, Gill T. Sexually transmitted infection is associated with increased risk of preterm birth in South Carolina women insured by Medicaid. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010 Jun;23(6):563-8.

Mardh PA. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. *Curr Opin Infect Dis.* 2004; 17:49-52.

Mayaud P, Ka-Gina G, Cornelissen J, Todd J, Kaatano G, West B et al. Validation of a WHO algorithm with risk assessment for the clinical management of vaginal discharge in Mwanza, Tanzania. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S77-84.

Mayaud P, Uledi E, Cornelissen J, Ka-Gina G, Todd J, Rwakatare M et al. Risk scores to detect cervical infections in urban antenatal clinic attenders in Mwanza, Tanzania. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S139-46.

Menezes MLB. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. Campinas, 2003 (Tese– Doutorado – Universidade de Campinas).

Moherdau F, Vuysteke, B.; Goes LF, Santos Jr MQ dos, Jardim ML, Brito AM de et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sex Transm Inf.* 1998; 74:S38-S43.

Ndoye I, Mboup S, Schryver A de, Van Dyck E, Moran J, Samb ND, Sakho ML et al. Diagnosis of sexually transmitted infections in female prostitutes in Dakar, Senegal. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S112-7.

Ness RB, Smith KJ, Chang CCH, Schisterman EF, Bass DC. Prediction of pelvic inflammatory disease among young, single, sexually active women. *Sex Transm Dis.* 2006; 33(3):137-142. doi: 10.1097/01.olq.0000187205.67390.d1.

Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of Gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*, 29(20): 297-301, 1991.

Paavonen J, Eggert-Kruse W. *Chlamydia trachomatis*: Impact on human reproduction. *Hum*



Reprod Update. 1999; 5:433-447.

Pappas PG et al. Clinical Practice guidelines for the Management of candidiasis: 2009 UPDATE by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2009;48: 503-35.

Passos MRL, Appolinário MAO, Varella RQ, Pinheiro VMS, Barreto NA, Rodrigues GHS, Bravo RSO. Atendimento de gestantes numa clínica de DST. *DST – J bras Doenças Sex Transm*. 2003; 15(1):23-9.

Patton DL. Immunopathology and histopathology of experimental chlamydial salpingitis. *Rev Infect Dis*. 1985;7:746-753.

Peipert JF. Genital chlamydial infections. *N Engl J Med*. 2003; 349:2424-2430.

Pinto VM, Szwarcwald CL, Baroni C, Stringari LL, Inocencio LA, Mirasnda AE. Chlamydia trachomatis prevalence and risk behaviors in parturient women aged 15 to 24 in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2011;38(10):957-961.

Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SS, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2011;108(Suppl 1):4680–4687.

Reichman O; Akin Sr; Sobel JD. Boric acid addition to suppressive antimicrobial therapy for recurrent bacterial vaginosis. *Sex transm Dis*. 2009 nov; 36 (11): 732 – 4.

Roberts TE, Robinson S, Barton PM, Bryan S, McCarthy A, Macleod J, et al. Cost effectiveness of home based population screening for Chlamydia trachomatis in the UK: economic evaluation of chlamydia screening studies (ClaSS) project. *BMJ*. 2007; 335:291. doi:10.1136/bmj.39262.683345.AE.

Rours GIJG, Duijts L, Moll HA, Arends LR, Groot R, Jaddoe VW, et al. Chlamydia trachomatis infection during pregnancy associated with preterm delivery: a population-based prospective cohort study. *Eur J Epidemiol*. 2011; 26:493-502. doi:10.1007/s10654-011-9586-1.

Rours GIJG, Krijger RR, Ott A, Willemse HFM, Groot R, Zimmermann LJI, et al. Chlamydia trachomatis and placental inflammation in early preterm delivery. *Eur J Epidemiol*. 2011; 26:421-428. doi:10.1007/s10654.

Ryan CA, Courtois BN, Hawes SE, Stenvens CE, Eschenbach DA, Holmes KK. Risk assessment, symptoms, and signs as predictors of vulvovaginal and cervical infections in an urban US STD clinic: implications for use of STD algorithms. *Sex Transm Inf*. 1998;74(Suppl 1): S59-76.

Ryan CA, Zidouh A, Manhart, LE, Selka MX, Kitts MM, Mahjour J et al. Reproductive



tract infections in primary health-care, family planning, and dermatovenereology clinics: evaluation of syndromic management in Morocco. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S95-105.

Samoff E, Koumans EH, Markowitz LE, Stenberg M, Sawyer MK, Swan D, Papp JR, Black CM, Unger ER. Association of *Chlamydia trachomatis* with persistence of high-risk types of human papillomavirus in a cohort of female adolescents. *Am J Epidemiol* 2005 Oct 1; 162(7):668-75.

Sánchez SE, Koustsky LA, Sánchez J, Fernández A, Casquero J, Kreiss J et al. Rapid and inexpensive approaches to managing abnormal vaginal discharge or lower abdominal pain: an evaluation in women attending gynaecology and family planning in Peru. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S85-94.

Schneider H, Coetzee DJ, Fehler HG, Bellingan A, Dangor Y, Radebe F et al. Screening for sexually transmitted diseases in rural South African women. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S147-52.

Scholes D, Stergachis A, Heidrich FE, Andrilla H, Holmes KK, Stamm WE. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *N Engl J Med.* 1996; 334:1362- 6.

Sellers JW, Walter SD, Howard M. A new visual indicator of chlamydial cervicitis? *Sex Transm Inf.* 2000;76: 46-8.

Silins I, Ryd W, Strand A, Wadel G, Tornberg S, Hansson BG, Wang X, Arnheim L, Dahl V, Bremell D, Persson K, Dillner J, Rylander E. *Chlamydia trachomatis* infections and persistence of human papillomavirus. *Int J Cancer* 2005, Aug 10;116(1):110-5.

Silveira MF, Ghanem KG, Erbelding EJ, Burke AE, Johnson HL, Singh RH, et al. *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy and the risk of preterm birth: a case-control study. *Int J STD AIDS.* 2009; 20(7):465-469. doi:10.1258/ijsa.2008.008388.

Skjeldestad FE, Marsico MA, Sings HL, Nordbo AS, Storvold G. Incidence and risk factors for genital *Chlamydia trachomatis* infection: a 4-year prospective cohort study. *Sex Transm Dis.* 2009 Sep; 36(5):273-279.

Smith JS, Bosetti C, Munoz N, Herrero R, Bosch FX, Eluf-Neto J, et al. *Chlamydia trachomatis* and invasive cervical cancer: a pooled analysis of the IARC multicentric case-control study. *Int J Cancer.* 2004; 111:431-439.

Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, et al. Evidence for *Chlamydia trachomatis* as a Human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and Philippines. *J Infect Dis.* 2002; 185:324-331.



Sobel JD, Schmitt C, Meriwether C. Long-term follow-up of patients with bacterial vaginosis treated with oral metronidazole and topical clindamycin. *J. Infect. Dis.* 1993;167:783–784.

Sobel JD. *Candida vulvovaginitis*. UpToDate 2017.

Sobel JD. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:924.

Sood S, Kapil A. an uptodate on *Trichomonas vaginalis*. *Indian J Sex Transm Dis* 2008; 29:7-14.

Stamm WE. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, et al. *Sexually Transmitted Diseases*. Third Edition, MacGraw-Hill, USA, 1999.

Steen R, Soliman C, Mujiyambwani A, Twagirakristu JB, Bucyana S, Grundmann C et al. Notes from the field: practical issues in upgrading primary healthcare facilities in two Rwandan towns. *Sex Transm Inf.* 1998; 74(Suppl 1):S159-65.

Svenstrup HF, Fedder J, Kristoffersen SE, Trolle B, Birkelund S, Christiansen G. *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and tubal factor infertility - a prospective study. *Fertil Steril.* 2008; 90(3):513-520.

Tamin H, Finan RR, Sharida HE, Rashid M, Almawi WY. Cervicovaginal coinfections with human papillomavirus and *Chlamydia trachomatis*. *Diag Microbiol Infet DIs* 2002 Aug, 43(4):227-81.

Tibúrcio AS, Passos MRL, Pinheiro VMS. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num centro nacional de treinamento. *DST – J bras Doenças Sex Transm.* 2000; 12(4):4-39.

Turner C, Rogers S, Liller H, Miller W, James G, James C et al. Untreated gonococcal and chlamydial infections in a probability sample of adults. *JAMA.* 2002; 287(6):726-33.

Van Dam CJ, Becker KM, Ndowa F, Islam MQ. Syndromic approach to STD case management: where do we go from here? *Sex Transm Inf.* 1998;74(Suppl 1): S175-8.

Vishwanath S, Talwar V, Prasad R, Coyaji K, Elias CJ, Zoysa I. Syndromic management of vaginal discharge among women in a reproductive health clinic in India. *Sex Transm Inf.* 2000; 76:303-6.

Wallin KL, Wiklund F, Luostarinen T, Ångström T, Antilla T, Bergman F, et al. A population-based prospective study of *Chlamydia trachomatis* infection and cervical



carcinoma. *Int J Cancer*. 2002; 101:371-374.

Weström L. Sexually Transmitted Diseases and Infertility. *Sex Transm Dis*. 1994; 21(2 Suppl):S32-S37.

Wetmore CM, Manhart LE, Wasserheit JN. Randomized controlled trials of interventions to prevent sexually transmitted infections: learning from the past to plan for the future. *Epidemiol Rev*. 2010; 32(1):121-136 doi:10.1093/epirev/mxq010.

Wi T, Mesola V, Manalastas R, Tuazon C, Mugrditchian DS, Perine P et al. Syndromic approach to detection of gonococcal and chlamydial infections among female sex workers in two Philippine cities. *Sex Transm Inf*. 1998; 74(Suppl 1):S118-22.

Wiesenfeld HC, Heine RP, Rideout A, Macio I, DiBiasi F, Sweet R. The vaginal introitus: a novel site for *Chlamydia trachomatis* testing in women. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 174(5):1542-6.

Witkin SS , Neuer A, Giraldo P, Jeremias J, Tolbert V, Korneeva IL, Kneissl D, Bongiovani AM . *Chlamydia trachomatis* infection, immunity and pregnancy outcome. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1997, 5:128-132.

Yudin MD. Money DM, Infectious Diseases Committee, Canadian GO Society. Screening and Management of Bacterial vaginosis in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2008; 30(8): 702-708.



4.5 Infecções que causam corrimento uretral

As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral 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.

4.5.1 Etiologia das uretrites

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

4.5.2 Aspectos específicos das uretrites

4.5.2.1 Uretrite gonocócica

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

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva. A uretrite gonocócica 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 a disúria em mais de 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, edema, 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, podendo ocasionar orqui-epididimite, prostatite e estenose de uretra.

A infecção retal é geralmente assintomática, mas pode causar proctite (12%) ou desconforto perianal ou anal (7%), sendo mais frequentes em HSH. A infecção de faringe, tanto em homens como em mulheres, é habitualmente assintomática em mais de 90%.

A conjuntivite gonocócica é mais comum em recém-nascidos de mães infectadas e em adultos, pode ocorrer por auto-inoculação, fômites, evoluindo com descarga purulenta, edema periorbital e se não tratada, e pode levar a complicações como ulceração de córnea, perfuração e cegueira.

A infecção gonocócica disseminada é rara, entre 0,5% a 3%; 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.

4.5.2.2 Uretrite não gonocócica

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram, cultura e detecção de gonococo por biologia molecular são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros (Gaydos, 2009, Daley, 2014; Lis 2015).

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 em aproximadamente 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.

4.5.2.3 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 sintomas persistentes ou recorrentes de uretrite podem resultar dos fatores descritos no quadro 34.

Quadro 34 - Fatores associados a uretrites persistentes

- Re-exposição à parceria sexual não tratada.
- Infecção adquirida de outra parceria sexual.
- Medicamentos não tomados corretamente / não completados.
- Infecção por outros patógenos.
- Presença de organismos resistentes.
- Outras causas (por exemplo, infecção do trato urinário, prostatite, fimose, irritação química, estenoses uretrais, tumores).

Fonte: Adaptado protocolo canadense IST.

Nesses casos, deve-se realizar a avaliação, principalmente, por meio da história clínica, considerando a possibilidade de reinfecção ou o tratamento inadequado para clamídia e gonorreia. Descartadas tais situações, devem-se pesquisar agentes não suscetíveis ao tratamento anterior (ex.: *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, e *Ureaplasma urealyticum*).

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

O *Mycoplasma genitalium* foi identificado pela primeira vez em 1980 e reconhecido como uma importante causa de uretrite não-gonocócica e também de algumas doenças do trato genital em mulheres (Taylor-Robinson, 2014; Pond, 2013; Wold, 2015; Horner, 2014; Manhart, 2015; Birger, 2017). Entre as mulheres, foi associado ao aumento do risco de cervicite, DIP, parto prematuro, infertilidade e aborto espontâneo (Lis, 2015). A taxa de prevalência publicadas variam muito entre as populações estudadas (Daley, 2013).



O *M. genitalium* não apresenta parede celular, portanto antibióticos como os beta-lactâmicos (incluindo penicilinas e cefalosporinas), não são eficazes. A introdução da azitromicina, usada como terapia de dose única para infecções por clamídia, resultou na depuração do *M. genitalium* do trato urogenital, ocorrendo eliminação do patógeno sem o desenvolvimento de doença. Com o passar dos anos o desenvolvimento de resistência aos macrolídeos começou a ser identificado em algumas populações (Taylor-Robinson, 2014; Bissessor, 2015; Kikuchi, 2014; Wold, 2015; Horner, 2014; Salado-Rasmussen, 2014; Sethi, 2017; Jensen, 2015). O insucesso do tratamento com azitromicina foi notificado pela primeira vez na Austrália e subsequentemente foi documentado em vários continentes. Relatórios recentes indicam uma tendência ascendente na prevalência de infecções por *M. genitalium* resistentes aos macrolídeos (resistência transmitida), e casos de resistência induzida após terapia com azitromicina também foram documentados. Não há evidências que um regime estendido com azitromicina (1,5g) seja superior ao regime de 1g em dose única (Read, 2017).

A moxifloxacina permanece altamente ativa contra a maioria dos *M. genitalium* resistentes a macrolídeos. No entanto, os primeiros casos clínicos de falha do tratamento com moxifloxacina, foram publicados recentemente (Bissessor, 2015; Horner, 2014; Manhart, 2015; Murray, 2017; Dionne-Odom, 2017; Gratrix, 2017). Tratamentos contínuos e inapropriados provavelmente levarão a infecções intratáveis no futuro (Couldwell, 2015; Jensen, 2015, Sethi, 2017; Munoz, 2016). Portanto, *M. genitalium* é um problema emergente, necessitando de uma vigilância frequente e estudos com novas opções de diagnóstico e tratamento (Workowski, 2015).

4.5.3 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: A coloração de Gram é preferível por se tratar de método rápido para o diagnóstico de gonorreia em homens sintomáticos com corrimento uretral. A infecção gonocócica é estabelecida pela presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares. Em mulheres, no entanto, o esfregaço de secreções cervicais detecta apenas 40% a 60% das infecções. Isso ocorre porque a flora vaginal é intensa e a identificação dos diplococos gram-negativos pode ficar comprometida. Outra razão para essa baixa sensibilidade pode ser o número reduzido



de gonococos nos esfregaços de amostras da endocérvice ou falha técnica na coleta. O diagnóstico de pessoas assintomáticas por microscopia não é recomendado;

- Teste positivo de esterase leucocitária na urina de primeiro jato ou exame microscópico de sedimento urinário de primeiro jato, apresentando > 10 PMN por campo.
- Detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular, método com elevada sensibilidade e especificidade. Método de escolha para infecções assintomáticas
- A cultura para a *N. gonorrhoeae* em meio seletivo de Thayer-Martin modificado ou similar é fundamental, em razão da possibilidade de realizar testes de susceptibilidade aos antimicrobianos.

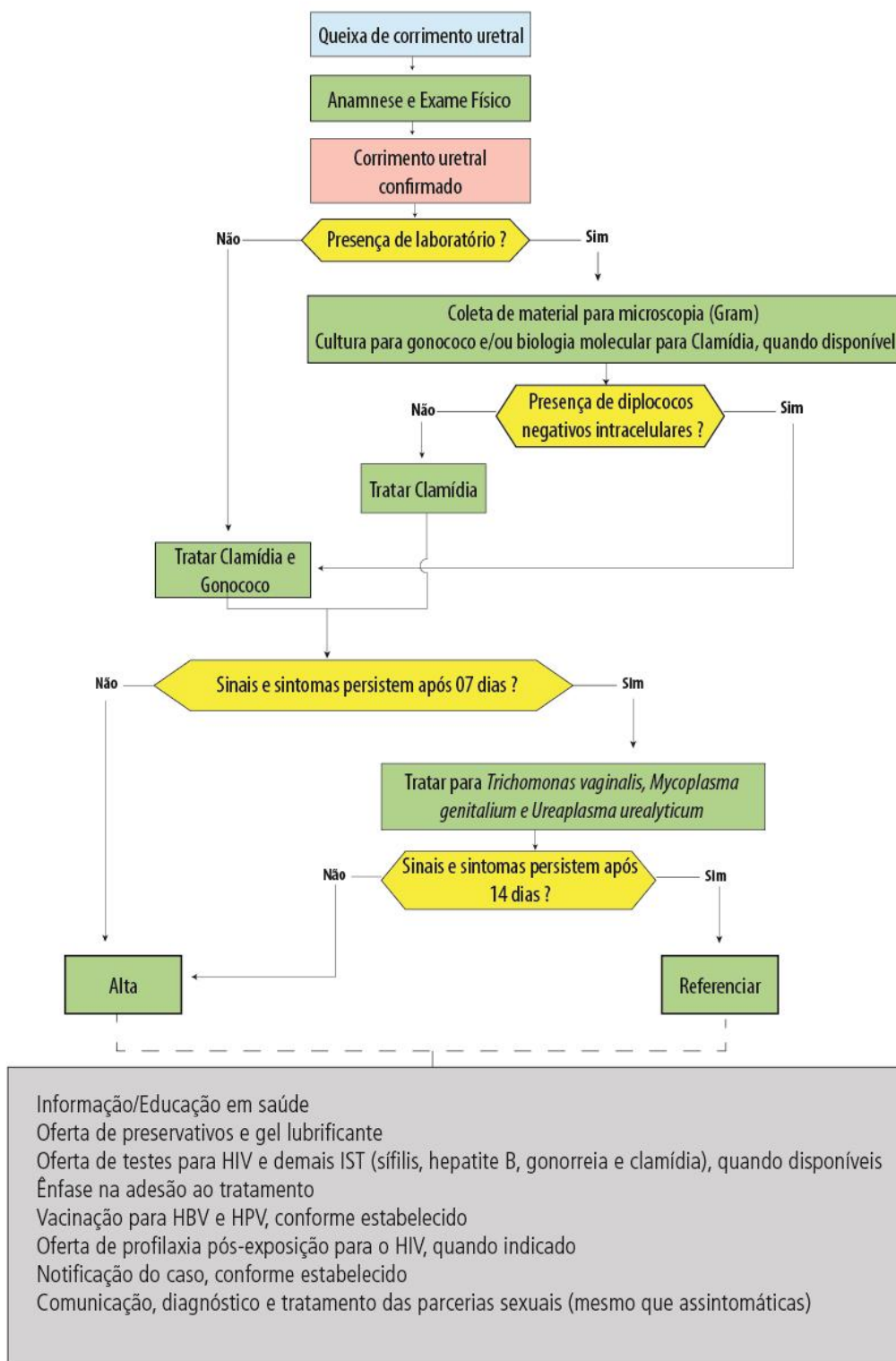
Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial de corrimento uretral, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>,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

4.5.4 Fluxograma para o manejo de corrimento uretral

O fluxograma da Figura 16 sumariza o manejo do corrimento uretral, com suporte mínimo de laboratório.



Figura 16 - Manejo do corrimento uretral



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



4.5.5 Tratamento para uretrites

O quadro 35 resume os tratamentos para uretrites.

Quadro 35 - Tratamento para uretrites

Condição Clínica	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Uretite não complicada, sem isolamento do agente etiológico	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, duas vezes ao dia por 7 dias	-
Uretrite gonocócica não complicada	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, duas vezes ao dia por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.



Uretrite não complicada, por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, duas vezes ao dia por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.
Orofaringite gonocócica	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	As falhas de tratamento foram observadas após terapia única para infecções orofaríngeas gonocócicas e, portanto, recomenda-se terapia dupla. Esta recomendação aplica-se a mulheres grávidas.
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg IM MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possível reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais.
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250 mg, 2 Comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias.	-



- Se o paciente apresenta alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2 g).
- Os pacientes e os contatos devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos os parceiros esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

4.5.6 Referências

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.

Birger r, saunders j, estcourt c, sutton aj, mercer ch, roberts t, white pj. Should we screen for the sexually-transmitted infection mycoplasma genitalium? Evidence synthesis using a transmission-dynamic model. *Sci rep.* 2017 nov 23;7(1):16162. Doi: 10.1038/s41598-017-16302-8. Pubmed pmid: 29170443; pubmed central pmcid: pmc5700964.

Bissessor m, tabrizi sn, twin j, abdo h, fairley ck, chen my, vodstrcil la, jensen js, hocking js, garland sm, bradshaw cs. Macrolide resistance and azithromycin failure in a mycoplasma genitalium-infected cohort and response of azithromycin failures to alternative antibiotic regimens. *Clin infect dis.* 2015 apr 15;60(8):1228-36. Doi: 10.1093/cid/ciu1162. Epub 2014 dec 23. Pubmed pmid: 25537875.

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. **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, 2010. Atlanta: cdc, 2010. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/vaginal-discharge.htm>>. Acesso em: 15 abr. 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.

Couldwell dl, lewis da. *Mycoplasma genitalium* infection: current treatment options, therapeutic failure, and resistance-associated mutations. *Infect drug resist.* 2015 may 26;8:147-61. Doi: 10.2147/idr.s48813. Ecollection 2015. Review. Pubmed pmid: 26060411; pubmed central pmcid: pmc4454211.

Daley gm, russell db, tabrizi sn, mcbride j. *Mycoplasma genitalium*: a review. *int j std aids.* 2014 jun;25(7):475-87. Doi: 10.1177/0956462413515196. Epub 2014 feb 11. Review. Pubmed pmid: 24517928.

Darville, t. *Neisseria gonorrhoeae* (gonococcus). In: kleigman, r. M. (ed.). *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: saunders elsevier, 2011. 19. Ed., 935-940.

Dionne-odom j, william m geisler, kristal j aaron, ken b waites, andrew o westfall, barbara van der pol, li xiao; high prevalence of multidrug-resistant *mycoplasma genitalium* in human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men in alabama, *clinical infectious diseases*, volume 66, issue 5, 10 february 2018, pages 796–798, <https://doi.org/10.1093/cid/cix853>.

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.

Gaydos c, maldeis ne, hardick a, hardick j, quinn tc. *Mycoplasma genitalium* compared to chlamydia, gonorrhoea and trichomonas as an aetiological agent of urethritis in men attending std clinics. *Sex transm infect.* 2009;85:438–4

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.

Gratrix j, plitt s, turnbull l, smyczek p, brandley j, scarrott r, naidu p, parker p, blore b, bull a, shokoples s, bertholet l, martin i, chernesky m, read r, singh a. Prevalence and antibiotic resistance of *mycoplasma genitalium* among sti clinic attendees in western canada: a cross-



sectional analysis. *Bmj open*. 2017 jul 10;7(7):e016300. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-016300. Pubmed pmid: 28698342; pubmed central pmcid: pmc5541599.

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.; sparring, p. F.; mardh, p. Et al. (eds.). *Sexually transmitted diseases*. New york: mcgraw-hill, 1999, 3. Ed., p. 451-66.

Horner p, blee k, adams e. Time to manage mycoplasma genitalium as an sti: but not with azithromycin 1 g! *Curr opin infect dis*. 2014 feb;27(1):68-74. Doi: 10.1097/qco.000000000000030. Review. Pubmed pmid: 24322592.

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.

Jensen js, bradshaw c. Management of mycoplasma genitalium infections - can we hit a moving target? *Bmc infect dis*. 2015 aug 19;15:343. Doi: 10.1186/s12879-015-1041-6. Review. Pubmed pmid: 26286546; pubmed central pmcid: pmc4545773.

Kikuchi m, ito s, yasuda m, tsuchiya t, hatazaki k, takanashi m, ezaki t, deguchi t. Remarkable increase in fluoroquinolone-resistant mycoplasma genitalium in japan. *J antimicrob chemother*. 2014 sep;69(9):2376-82. Doi: 10.1093/jac/dku164. Epub 2014 jun 2. Pubmed pmid: 24894419.

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.

Lis r, rowhani-rahbar a, manhart le. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. *Clin infect dis*. 2015 aug 1;61(3):418-26. Doi: 10.1093/cid/civ312. Epub 2015 apr 21. Review. Pubmed pmid: 25900174.

Manhart le, jensen js, bradshaw cs, golden mr, martin dh. Efficacy of antimicrobial therapy for mycoplasma genitalium infections. *Clin infect dis*. 2015 dec 15;61 suppl 8:s802-17. Doi: 10.1093/cid/civ785. Review. Pubmed pmid: 26602619.

Mitchell, h. Vaginal discharge: causes, diagnosis and treatment. *Bmj*, [s.l.], v. 328, p. 1306-08, 2004.

Munoz jl, goje oj. Mycoplasma genitalium: an emerging sexually transmitted infection. *Scientifica (cairo)*. 2016;2016:7537318. Doi: 10.1155/2016/7537318. Epub 2016 feb 29. Review. Pubmed pmid: 27034904; pubmed central pmcid: pmc4789526.



Murray gl, bradshaw cs, bissessor m, danielewski j, garland sm, jensen js, fairley ck, tabrizi sn. Increasing macrolide and fluoroquinolone resistance in mycoplasma genitalium. Emerg infect dis. 2017 may;23(5):809-812. Doi: 10.3201/eid2305.161745. Pubmed pmid: 28418319; pubmed central pmcid: pmc5403035.

Pond mj, nori av, witney aa, lopeman rc, butcher pd, sadiq st. High prevalence of antibiotic-resistant mycoplasma genitalium in nongonococcal urethritis: the need for routine testing and the inadequacy of current treatment options. Clin infect dis. 2014 mar;58(5):631-7. Doi: 10.1093/cid/cit752. Epub 2013 nov 26. Pubmed pmid: 24280088; pubmed central pmcid: pmc3922211.

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.

Read tr, fairley ck, tabrizi sn, bissessor m, vodstceil l, chow ep, grant m, danielewski j, garland sm, hocking js, chen my, bradshaw cs. Azithromycin 1.5g over 5 days compared to 1g single dose in urethral mycoplasma genitalium: impact on treatment outcome and resistance. Clin infect dis. 2017 feb 1;64(3):250-256. Doi: 10.1093/cid/ciw719. Epub 2016 oct 24. Pubmed pmid: 28011607.

Salado-rasmussen k, jensen js. Mycoplasma genitalium testing pattern and macrolide resistance: a danish nationwide retrospective survey. Clin infect dis. 2014 jul 1;59(1):24-30. Doi: 10.1093/cid/ciu217. Epub 2014 apr 11. Pubmed pmid: 24729494; pubmed central pmcid: pmc4305131.

Sethi s, zaman k, jain n. *Mycoplasma genitalium* infections: current treatment options and resistance issues. Infect drug resist. 2017 sep 1;10:283-292. Doi: 10.2147/idr.s105469. Ecollection 2017. Review. Pubmed pmid: 28979150; pubmed central pmcid: pmc5589104.

Taylor-robinson d. Diagnosis and antimicrobial treatment of mycoplasma genitalium infection: sobering thoughts. Expert rev anti infect ther. 2014 jun;12(6):715-22. Doi: 10.1586/14787210.2014.919220. Pubmed pmid: 24834454.

Wold c, sorthe j, hartgill u, olsen ao, moghaddam a, reinton n. Identification of macrolide-resistant mycoplasma genitalium using real-time pcr. J eur acad dermatol venereol. 2015 aug;29(8):1616-20. Doi: 10.1111/jdv.12963. Epub 2015 jan 26. Pubmed pmid: 25622510.

Workowski ka, bolan ga; centers for disease control and prevention.. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015.mmwr recomm rep. 2015 jun 5;64(rr-03):1-137. Erratum in: mmwr recomm rep. 2015 aug 28;64(33):924. Pubmed pmid: 26042815; pubmed central pmcid: pmc5885289.



4.6 Infecções que causam úlcera genital

As úlceras genitais representam síndrome clínica, muitas vezes produzida por infecção sexualmente transmissível (IST) 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.

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.

Abordaremos neste capítulo as IST que se manifestam com úlceras em alguma fase da doença, cujos agentes etiológicos infecciosos mais comuns nas úlceras genitais são:

- *Treponema pallidum* (sífilis);
- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- *Haemophilus ducreyi* (cancro mole);
- *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose).

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

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

4.6.1 Aspectos específicos das úlceras genitais

Os aspectos clínicos das úlceras genitais são bastante variados e têm baixo poder preditivo do agente etiológico (baixa relação de sensibilidade e especificidade), mesmo nos casos considerados clássicos. O diagnóstico com base na impressão clínica apresentou valores



preditivos positivos baixos – 30,9% para sífilis e 32,7% para cancro mole – de acordo com os achados do estudo de validação da abordagem sindrômica no Brasil (Moherdau et al, 1998).

Nesta seção serão abordados aspectos específicos de cada úlcera genital.

4.6.1.1 Sífilis primária

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 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.

Para mais informações, consultar o **Capítulo XX** desse PCDT, que aborda o tema sífilis detalhadamente, e também o “Manual técnico: testes para o diagnóstico da sífilis”.

4.6.1.2 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 perorais.

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primo-infecção 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 primo-infecção 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 primo-infecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de sintomas gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.

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

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

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

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

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 políciclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização 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 fetais e neonatais, 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. A infecção pode ser ativa (em aproximadamente 50% dos casos) ou assintomática. Recomenda-se 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 cancro mole, a sífilis, o LGV, a donovanose e as ulcerações traumáticas.

4.6.1.3 Cancro mole

O cancro mole é uma afecção provocada pelo *Haemophilus 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 cancroide, 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 auto inoculação. 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 bálango-prepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos pacientes, a bactéria 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, é 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.



4.6.1.4 Linfogramoma venéreo (LGV)

O LGV é causado por *Chlamydia 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 doença 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 sequela. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênuo 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 de sua 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.

4.6.1.5 Donovanose

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente, 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 elefantíásica é uma seqüela tardia, sendo observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos. A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

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

4.6.2 Métodos diagnósticos para úlceras genitais

A etiologia das úlceras genitais é determinada pela associação de sinais e sintomas clínicos, histórico de exposição ao risco e resultados de testes diagnósticos.

Os testes diagnósticos descritos na literatura são:

1. **Microscopia:** visualização da morfologia típica do patógeno e demais características, como movimentação, por meio de microscopia em materiais corados e não corados.



Portanto, a **microscopia** é única opção de teste laboratorial existente no SUS para auxiliar no diagnóstico etiológico das úlceras genitais e está disponível para detecção do *Haemophilus ducrey* e *Treponema pallidum*, conforme abaixo descrito.

4.6.2.1 *Haemophilus Ducrey*

Microscopia de material corado pela técnica de coloração de Gram: Visualização de bacilos Gram-negativos típicos, de tamanho pequeno, agrupados em correntes dos tipos “cardume de peixes”, “vias férreas” ou “impressões digitais em material coletado das úlceras genitais.

Coleta do material biológico: Coleta do exsudato seroso da base lesão, livres de eritrócitos, outros organismos e restos de tecido.

Resultado positivo: Presença de aparências morfológicas típicas de *Haemophilus Ducrey* na amostra biológica.

Resultado negativo: Ausência de aparências morfológicas típicas de *Haemophilus Ducrey* na amostra biológica. O resultado negativo não exclui a possibilidade de presença do patógeno, pois nem sempre é possível visualizar essas aparências morfológicas típicas.

4.6.2.2 *Treponema pallidum*

A pesquisa do *Treponema pallidum* por microscopia pode ser feita de duas formas:

Microscopia de campo escuro: Pode ser realizado tanto com amostras obtidas nas lesões primárias, como nas lesões secundárias da sífilis, em adultos ou em crianças. Não recomendada para materiais de cavidade oral, devido a colonização por outras espiroquetas que podem interferir no diagnóstico da sífilis. 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.

Coleta do material biológico: Sempre que houver disponibilidade, deve-se fazer o exame a fresco do exsudato seroso da lesão, livres de eritrócitos, outros organismos e restos de tecido.

Resultado positivo: Visualização de treponemas na amostra biológica com morfologia e mobilidade características de *T. pallidum*.

Resultado negativo: Ausência de treponemas na amostra biológica. Porém, este resultado não exclui a sífilis. A não detecção do treponema utilizando essa metodologia também pode indicar que:

- ✓ O número de *T. pallidum* presente na amostra não é o suficiente para sua detecção, ou
- ✓ A lesão está próxima da cura natural, ou



✓ O paciente recebeu tratamento sistêmico ou tópico.

- Para os demais patógenos, isto é, **HSV-1 e HSV-2**, – *Chlamydia trachomatis*, sorovariantes (**L1, L2, L2a, L2b e L3**) e *Klebsiella* o diagnóstico se dará pela exclusão de caso sífilis (*Treponema pallidum*) e cancro duro (*Haemophilus ducrey*), associado ao histórico de exposição ao risco, sinais e sintomas clínicos.

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>.

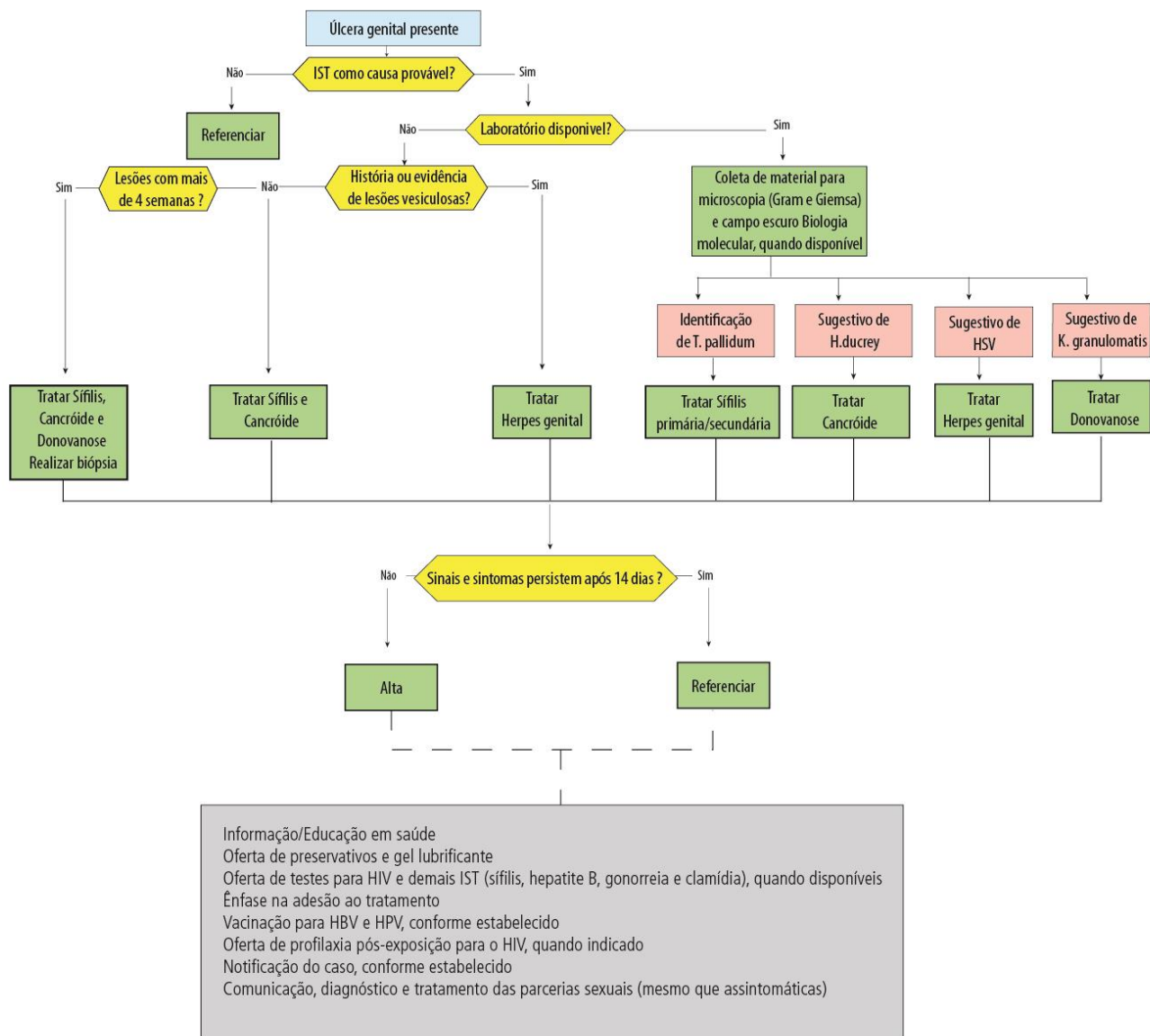
4.6.3 Fluxograma para o manejo de úlcera genital

Nos casos em que a úlcera genital seja claramente diagnosticada como uma IST, o paciente deve ser manejado adequadamente, segundo o fluxograma para o manejo de úlcera genital, conforme a figura 17.

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.



Figura 17 – Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



4.6.4 Tratamento para úlcera genital

O Quadro 366 apresenta o tratamento para as úlceras genitais de etiologia herpética. O quadro 37 mostra o tratamento para cancro mole, LGV e donovanose e no quadro 38 o tratamento da sífilis. Reforça-se que quando o diagnóstico etiológico não seja possível, o tratamento deverá ser baseado em achados clínicos com uso de fluxogramas.

Quadro 36 – Tratamento para herpes genital

Condição clínica	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7 - 10 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7 – 10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia 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, 2x/dia, 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	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide,



	resolução clínica	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 Se ocorreu a primo-infecção na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com Aciclovir 400mg 3 x/dia	
Notas: <ul style="list-style-type: none">• 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;• 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.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Quadro 37 – Tratamento para cancro mole, LGV e donovanose

IST	Primeira opção	Alternativo	Comentários
Cancro mole	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única OU Ciprofloxacina ^a 500 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, 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, 2x/dia, 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: <ul style="list-style-type: none">• Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU <ul style="list-style-type: none">• Doxiciclina^b 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem



			efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital
Donovanose	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina ^b 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões OU Ciprofloxacina ^a 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total 750 mg) OU Sulfametoxazol-	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões Em PVHIV, 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



		trimetoprima (400/80 mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	
Nota: PVHIV 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.			

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 38 - Tratamento da sífilis adquirida

Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa* (exceto para gestantes)	Seguimento (Teste não treponêmico)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada	Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral



dois anos de evolução)	glúteo)		
Sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral
Neurosífilis	Penicilina G 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 2 g IV / dia por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte:

DIAHV/SVS/MS.



4.6.5 Referências

Lewis JS. Seleção e validação de testes e controle de qualidade. In: Atlas de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Tradução de Ivan Carlquist. Artes Médicas. 2ª. edição. Porto Alegre. 1997. p.319-24.

Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, de Brito AM, de Souza MC, Willers D, Sardinha JC, Benzaken AS, Ramos MC, Bueno H, Rodrigues LG, Chequer PJ. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sex Transm Infect.* 1998 Jun; 74 Suppl 1: S38-43.

Thompson S, Larsen S, Moreland A. Sífilis. In: Atlas de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Tradução de Ivan Carlquist. Artes Médicas. 2ª. edição. Porto Alegre. 1997. p.21-46.

Watts DH, Brown ZA, Money D, Selke S, Huang ML, Sacks MI et al. A double blind, randomized, placebo-controlled trial of acyclovir in late pregnancy in women for the reduction of herpes simplex virus shedding and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188:836-43.



4.7 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), tubas uterinas, 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. As taxas variam na literatura entre 9% e 20% e aumentam 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. (Haggerty et al, 2010).

A etiologia da DIP é atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem etc.).

A maioria dos casos de DIP (85%) são causados por agentes patogênicos sexualmente transmitidos ou associados à vaginose bacteriana. Classicamente reconhecida como as principais etiologias de DIP, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoea*, tem suas incidências decrescendo sendo encontrados em alguns estudos em 1/3 dos casos. (PEACH 2011 Short, 2009, (Sweet et al, 2012).

Menos de 15% dos casos agudos de DIP não são transmitidos sexualmente e, sim associados a germes entéricos (p. ex., *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, *Bacteróides* *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* e *Campylobacter* spp), patógenos respiratórios (por exemplo, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, streptococos do Grupo A, e *Staphylococcus aureus*) ou *Mycoplasma* e *Ureaplasma* que colonizam o trato genital inferior (Brunham et al, 2015; Haggerty & Taylor, 2011; Weinstein & Stiles, 2011; McGowin & Anderson-Smiths, 2011; CDC, 2010).

Os aeróbios facultativos da microbiota são considerados agentes causadores potenciais (Brunham et al, 2015). Todos os agentes etiológicos da DIP estão descritos no quadro 39.



Quadro 39 - Agentes etiológicos da DIP

CAUSAS MICROBIOLÓGICAS	
Microorganismos sexualmente transmissíveis	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Chlamydia trachomatis</i>• <i>Neisseria gonorrhoeae</i>• Vírus e protozoários (raro)<ul style="list-style-type: none">– Herpes simplex virus– <i>Trichomonas vaginalis</i>	
Organismos endógenos	
<ul style="list-style-type: none">• Micoplasmas do trato genital<ul style="list-style-type: none">– <i>Mycoplasma genitalium</i> (Haggerty & Taylor, 2011; Weinstein & Stiles, 2011; McGowin & Anderson-Smits, 2011; CDC, 2010)– <i>Mycoplasma hominis</i>– <i>Ureaplasma urealyticum</i>	
Bactérias anaeróbicas	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Bacteroides spp. e fragilis</i>• <i>Peptoestreptococcus spp.</i>• <i>Prevotella spp.</i>	
Bactérias facultativas (aeróbicas)	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Escherichia coli</i>• <i>Gardnerella vaginalis</i>• <i>Haemophilus influenzae</i>• <i>Streptococcus spp. e agalactiae</i>	

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A ascensão dos microrganismos é favorecida por variações hormonais do ciclo menstrual. O muco cervical durante o fluxo menstrual apresenta menor efeito bacteriostático e a menstruação retrógrada pode favorecer a ascensão dos agentes. Características imunológicas de cada indivíduo também podem contribuir para a disseminação da infecção.

A progressão da infecção por agentes aeróbios determina consumo de oxigênio e diminuição do potencial de oxirredução local que, aliado à desvitalização de tecidos, proporciona ambiente de microaerofilia ou mesmo de anaerobiose (teoria de Monif).



Neste ambiente, os microrganismos normais passam a uma fase de crescimento lento e desenvolvem agentes anaeróbios oportunistas. Como resultado, obtém-se uma condição infecciosa polimicrobiana.

Mais recentemente, partindo da observação de que dois terços das mulheres com IST não tinham história anterior ou tratamento de DIP, Wiesenfeld et al. (2012) propuseram o conceito de DIP subclínica. Esta nova entidade é tão comumente encontrada quanto a DIP clínica e apresenta as mesmas etiologias.

A endometrite é freqüentemente a primeira manifestação clínica. O processo infeccioso progride em direção às tubas, à cavidade peritoneal pélvica e, quando atinge o líquido peritoneal, o agente infeccioso pode progredir até o espaço infra-diafragmático direito e promover a peri-hepatite ou síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Os fatores de risco para DIP incluem:

- Condições socioeconômicas desfavoráveis (baixa escolaridade, desemprego e baixa renda familiar)
- As adolescentes com atividade sexual apresentam risco três vezes maior de desenvolver DIP aguda do que mulheres acima de 25 anos. As adolescentes apresentam fatores biológicos e comportamentais próprios que determinam esta situação.
- Comportamento sexual de homens e mulheres com maior vulnerabilidade para IST (parceiros múltiplos, início precoce das atividades sexuais, alta rotatividade de novos parceiros etc.)
- Uso de tampões e duchas vaginais
- Vaginites e vaginoses recorrentes
- Uso de método anticoncepcional: o uso de pílulas combinadas (pelo fato de causar ectopia) facilita a infecção por *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*, mas não existem trabalhos conclusivos se há aumento de DIP. As usuárias de dispositivo intrauterino (DIU) apresentam risco ligeiramente aumentado de DIP em comparação com mulheres que não usam contraceptivos ou usam outros métodos. Este risco parece guardar relação inversa entre com o tempo desde a inserção do DIU, conforme estudos da OMS, sendo mais alto nos primeiros 20 dias da inserção. A exposição a IST é responsável pela ocorrência de DIP no primeiro mês de uso, e não o uso do DIU. No entanto, esse risco é reduzido nas selecionadas e tratadas por qualquer infecção antes que um DIU seja inserido.



4.7.1 Diagnóstico

Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica deve ter DIP no diagnóstico diferencial independentemente da história de atividade sexual recente.

O diagnóstico clínico da DIP sintomática tem VPP para salpingite de 65% a 90% comparado com a laparoscopia (CDC, 2010), considerado o exame “padrão ouro”. (PAPAVARNAVAS et al., 1990).

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, com o intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

O exame clínico deve incluir:

- Aferição de sinais vitais
- Exame abdominal.
- Exame especular vaginal, incluindo inspeção do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e descarga mucopurulenta cervical.
- Exame bi manual com mobilização do colo e palpação dos anexos

Os sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, descarga 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.

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados, apresentados no quadro 40. Para o diagnóstico da DIP é necessária a presença de:

- três critérios maiores MAIS um critério menor; OU
- um critério elaborado.

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



Quadro 40 - Critérios diagnósticos de DIP

Critérios maiores
Dor no hipogástrio
Dor à palpação dos anexos
Dor à mobilização de colo uterino
Critérios menores
Temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura > 38,3°C
Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
Massa pélvica
Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
Leucocitose 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: DIAHV/SVS/MS.

Já 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.

Os exames laboratoriais e de imagens são utilizados para diagnóstico etiológico e avaliação da gravidade e estão elencados abaixo:

- Hemograma completo;
- VHS;
- Proteína C reativa;
- Exame bacterioscópico para vaginose bacteriana;
- Cultura de material de endocérvice com antibiograma
- Detecção de Clamídia e Gonococo por Biologia Molecular



- Pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* 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.

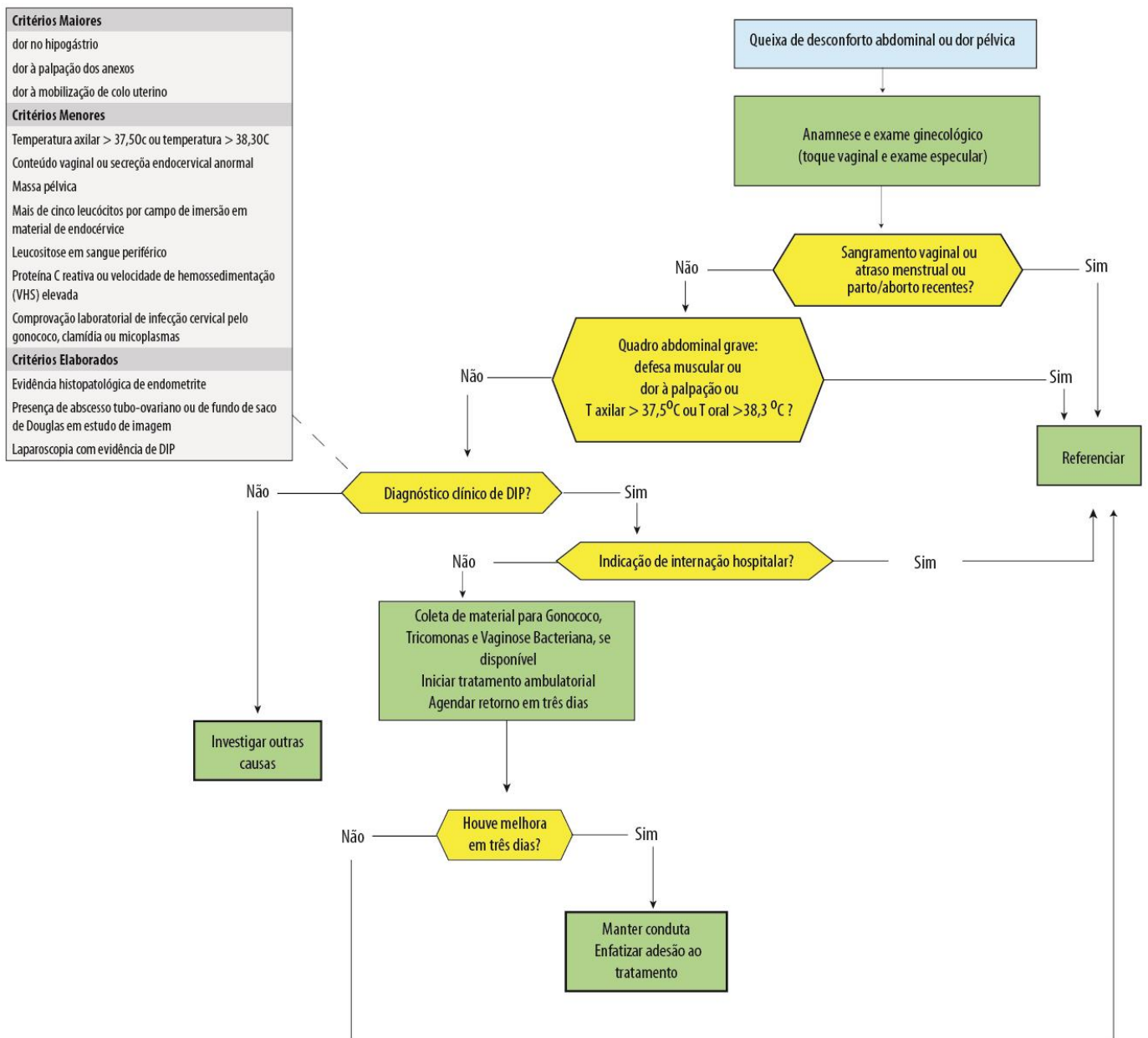
Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial dos agentes etiológicos de DIP, consultar o manual da OMS, traduzido para o português – “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>,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

4.7.2 Fluxograma para o manejo de DIP

A Figura 18 apresenta o manejo de DIP, com suporte mínimo de laboratório, chamando atenção para as situações de maior gravidade que devem ser referenciados para avaliação em caráter emergencial (maternidades ou serviços de urgência e emergência).



Figura 18 - Manejo de DIP com uso de fluxograma



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

4.7.3 Tratamento

4.7.3.1 Onde tratar?

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite.

Os critérios para tratamento hospitalar de DIP estão resumidos no quadro 41.



Quadro 41 - Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

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: DIAHV/SVS/MS. (Adaptado Wiesenfeld, 2016)

4.7.3.2 Como tratar?

O tratamento imediato evita complicações tardias (infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica) (Hillis et al, 1993). Analgésicos e anti-inflamatórios são úteis e se a mulher estiver desidratada, o uso de fluidos intravenosos está indicado.

Recomenda-se que, por menor que seja a suspeita, o tratamento seja iniciado o quanto antes.

Os esquemas terapêuticos deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis*; anaeróbios, em especial o *Bacteroides fragilis* (que podem causar lesão tubária); vaginose bacteriana; bactérias Gram negativas; bactérias facultativas e estreptococos. Mesmo que esses agentes não tenham sido confirmados nos exames laboratoriais.

Devido as diversidades de agentes etiológicos implicados na DIP, a melhor conduta é a associação de antibióticos. Monoterapia não é recomendada.

A doxicilina, por ser mais estudada para DIP do que a azitromicina, é a medicação de primeira escolha para *C. trachomatis*. A combinação de clindamicina e gentamicina tem atividade moderada contra *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* in vitro, embora haja resultados excelentes (in vitro) com o uso de cefalosporinas de segunda geração (cefotetam ou cefoxitina), associadas a doxicilina. Ampicilina/sulbactam é



também uma boa escolha, mas não há trabalhos suficientes para confirmação de eficácia.

Devido a resistência emergente e em expansão da *N. gonorrhoeae* à ciprofloxacino, não se recomenda tratamento para DIP com quinolonas.

Os esquemas terapêuticos devem apresentar cobertura antimicrobiana para os agentes etiológicos da DIP, conforme o quadro 42.

Quadro 42 - Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

Tratamento	Primeira opção	Segunda opção	Terceira opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias E Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única E Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias E Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	
Hospitalar	Ceftriaxona 1 g, IV, 1x ao dia por 14 dias E Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias E Metronidazol 400mg, IV de 12/12h	Clindamicina 900 mg, IV, 3x/dia, por 14 dias E Gentamicina (IV ou IM): dose de 3-5 mg/kg/, 1x ao dia, por 14 dias	Ampicillina/sulbactam 3 g, IV, 6/6h, por 14 dias E Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias



- **Uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e a continuação terapêutica antimicrobiana por via oral deve se estender até 14 dias.**
- **Doxicilina é contraindicado durante a gravidez.**

Fonte: DIAHV/SVS/MS. (Wiesenfeld, 2016; Duarte, 2015)

Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.

4.7.3.3 Seguimento

A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. A cura ou “melhora completa” é considerada como “significante”, baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas de DIP, embora seja empírica, visto que a maioria dos trabalhos são baseados em escores de dor e sem controle duplo cego. Se a avaliação for feita com critérios bacteriológicos após trinta dias, 40% das mulheres ainda persistem com a presença de um ou mais agentes bacterianos, de acordo com o PEACH (Pelvic Inflammatory Disease Evaluation Clinical Health trial) (Jaiyeoba et al, 2011). A paciente deverá retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar, observando abstinência sexual até a cura clínica.

4.7.3.4 Complicações

Se houver piora do quadro, considerar laparoscopia ou outros exames de imagem, como ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada axial, para diagnósticos diferenciais ou complicações de DIP. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou ruptura das mesmas. Também está indicada a culdotomia, caso o abscesso ocupe o fundo de saco de Douglas.

Em casos particulares, abscessos tubo-ovarianos podem ser esvaziados com punção transabdominal guiada por ultrassonografia, trazendo reais benefícios (Lorentzen et al, 2011).

4.7.3.5 Parcerias Sexuais

As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Recomenda-se Ceftriaxona 500mg IM associado com Azitromicina 1g VO.



4.7.3.6 Gestação

Gestante com suspeita de DIP tem alto risco de abortamento e corioamnionite. Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciado imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro.

O uso de doxiciclina e quinolonas é contraindicado no caso de gestação.

4.7.3.7 Crianças e Adolescentes

Pacientes adolescentes embora possuam maior risco de DIP e complicações não necessitam obrigatoriamente ser internadas.

4.7.3.8 Particularidades em determinadas populações

4.7.3.8.1 Uso de DIU

Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade sistemática de remoção do dispositivo (McGowin & Anderson-Smits, 2011), mas caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instalação da antibioticoterapia e só após duas doses do esquema terapêutico (Canada, 2008). Nesses casos, orientar sobre uso de métodos de barreira (condom, diafragma, camisinha feminina etc.). Não recomendar duchas vaginais.

4.7.3.8.2 Pessoas imunocomprometidas

Têm comportamento similar às pacientes com imunidade normal, apenas com a ressalva de que desenvolvem mais facilmente abscesso tubo-ovariano, merecendo, portanto, maior cuidado sem necessariamente terem que ser internadas.

4.7.4 Referências

Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015 May; 372(21):2039-48.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. *MMWR* 2010; 59(RR 12): 1-110.

Cicchiello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* [Internet]. 2011 Mar [cited 2012 Mar 13]; 38(1):85-114, viii. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21419329>.

Duarte R, Fuhrich D, Ross JD. A review of antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Int J Antimicrob Agents*. 2015 Sep; 46(3):272-7. Doi:



10.1016/j.ijantimicag.2015.05.004. Epub 2015 Jun 17. Review. Pubmed PMID: 26126798.

Haggerty CL, Taylor BD. Mycoplasma genitalium: an emerging cause of pelvic inflammatory disease. Infectious diseases in obstetrics and gynecology [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 Mar 13]; 2011:959816. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?Artid=3253449&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD, Low N, Xu F, Ness RB. Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women. J Infect Dis. 2010 Jun 15; 201 Suppl 2:S134-55.

Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, Wasserheit JN, Cates W, Westrom L. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. American journal of obstetrics and gynecology [Internet]. 1993 May [cited 2012 Mar 13]; 168(5):1503-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8498436>.

Jaiyeoba O; Lazenby G; Soper DE. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther. 2011;9(1):61-70.

Mcgowin CL, Anderson-Smits C. Mycoplasma genitalium: an emerging cause of sexually transmitted disease in women. Plos pathogens [Internet]. 2011 May [cited 2012 Mar 13]; 7(5):e1001324. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?Artid=3102684&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Papavarnavas CP, Venter PF, Van Staden MJ. Acute salpingitis laparoscopic and microbiological evaluation. SAMJ 1990; 77(21):403-4.

Sexual Health and Sexually Transmitted Infections Section Community Acquired Infections Division. Pelvic Inflammatory Disease (PID). Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Public Health Agency of Canada. January 2008. 11p.

Sweet RL. Pelvic Inflammatory Disease: Current Concepts of Diagnosis and Management. Current infectious disease reports [Internet]. 2012 Feb 2 [cited 2012 Mar 13]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298157>.

Trent M, Bass D, Ness RB, Haggerty C. Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: findings from the PID evaluation and clinical health (PEACH) study. Sex Transm Dis. 2011 Sep; 38(9):879-81. Doi: 10.1097/OLQ.0b013e31821f918c. Pubmed PMID: 21844746; pubmed Central PMCID: PMC4425210.



Weinstein SA, Stiles BG. A review of the epidemiology, diagnosis and evidence-based management of *Mycoplasma genitalium*. *Sexual health* [Internet]. 2011 Jun [cited 2012 Mar 13]; 8(2):143-58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592428>.

Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Amortegui AJ, Heine RP, Landers DV, et al. Lower genital tract infection and endometritis: insight into subclinical pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2002 Sep [cited 2012 Mar 13]; 100(3):456-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12220764>.

Wiesenfeld, HC. *Pelvic Inflammatory Disease: Treatment – uptodate*, Mar 31, 2016 Available from www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment.





4.8 Infecção pelo HPV

O HPV (sigla em inglês para Papilomavírus humano) é um DNA-vírus de cadeia dupla, não encapsulado e membro da família Papovaviridae. Infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. Atualmente, são identificados mais de 200 tipos de HPV, sendo que, desses, aproximadamente 40 tipos acometem o trato ano genital.

A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara.

A infecção pelo HPV é a infecção sexualmente transmissível mais prevalente no mundo. O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas. Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas ano genitais e 2% a 5% das mulheres apresentam alterações do Papanicolau provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses.

O Brasil realiza atualmente um estudo nacional de prevalência entre indivíduos de 16 a 25 anos atendidos em 119 Unidades Básicas de Saúde das 27 capitais (Pop Brasil, Estudo de Prevalência do Papilomavírus no Brasil, 2017), fazendo uso de reação de polimerase em cadeia (PCR) de amostras colhidas em colo uterino, pênis e escroto. Até o momento da publicação (2017), 2.669 amostras foram testadas sendo que a prevalência de HPV foi de 54,6% dos quais 38,4% pertenciam a tipos virais de alto risco. Novas análises permitirão obter informações por sexo e outras características da amostra. Esses dados são consistentes com estudos internacionais recentes.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com o potencial oncogênico e com as lesões às quais costumam estar associados:

- Baixo risco oncogênico: inclui os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81.
- Alto risco oncogênico: inclui os tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

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



A infecção por um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV, podendo ocorrer infecção múltipla. Os tipos que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. 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 do vírus, sua carga viral, sua capacidade de persistência e o estado imunológico do hospedeiro. Tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo as causadas pela infecção pelo HIV, desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras são fatores predisponentes.

Na maioria das pessoas infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação. A presença do vírus pode ser diagnosticada apenas por técnicas laboratoriais, em especial as de amplificação de DNA. O tempo de latência pode variar de meses a anos e, quando, presentes as manifestações podem ser subclínicas.

4.8.1 Apresentações subclínicas

As alterações são detectadas pelo exame citopatológico de Papanicolau, por meio de lupas, corantes, colposcopia acompanhada ou não biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões escamosas de baixo grau (low grade intraepithelial lesions – LSIL) ao exame de Papanicolau, equivalendo ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intra-epitelial cervical grau 1 (NIC 1). Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intra-epiteliais escamosas de alto grau (high grade intraepithelial lesions – HSIL), correspondendo à histopatologia aos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma in situ - também denominadas neoplasias intra-epiteliais cervicais grau 2 (NIC 2) ou grau 3 (NIC 3). Essa última é considerada carcinoma in situ. Como mencionado, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasias intra-epiteliais vaginais (NIVA), vulvares (NIV), perineais (NIPE), penianas (PIN) e anais (NIA). (BETESDA)

4.8.2 Manifestações clínicas

Ainda que o termo condiloma acuminado continue em uso, a rigor, seria reservado a lesões pontiagudas. Em função de seu polimorfismo, as manifestações da infecção pelo HPV polimorfismo atualmente são denominadas verrugas ano genitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos. Variam de um a vários milímetros podendo atingir vários centímetros. Podem ser únicas ou múltiplas,



achatadas ou papulosas, sendo sempre papilomatosas. Por essa razão superfície apresenta-se fosca aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se na cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. No homem, mais frequentemente ocorrem no folheto interno do prepúcio, no sulco balano-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, podem ser encontradas na vulva, vagina e/ou cérvix. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais. As manifestações perianais são mais frequentes, ainda que não exclusivas, em pessoas que tenham atividade sexual anal receptiva. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

4.8.3 Diagnóstico

O diagnóstico das verrugas ano genitais é tipicamente clínico. Em situações especiais há indicação de biópsia para estudo histopatológico:

- Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;
- Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;
- Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências - incluindo infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras -, caso em que procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade.

As mulheres com verrugas genitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame citopatológico de Papanicolau e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com anoscopia e toque retal.

O estudo citológico de material colhido do canal anal pode ser útil, porém de difícil realização e interpretação ainda debatida.

Há testes que identificam os diferentes tipos de HPV, porém não têm utilidade na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas.

Diretrizes internacionais indicam a pesquisa de HPV de alto risco para mulheres mais idosas como forma de reduzir a frequência de exames citopatológicos.

Os testes não indicam quais pessoas vão curar a infecção ou apresentar complicações. Para maiores informações sobre o diagnóstico laboratorial de lesões ano genitais induzidas pelo HPV, consultar o manual “Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana” da



Organização Mundial de Saúde, disponível em português em, ou as aulas do TELELAB, disponíveis em <http://www.aids.gov.br>.

4.8.4 Prevenção

A vacinação contra o HPV é considerada uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. Existe robusta evidência do benefício individual e populacional com demonstração de redução da ocorrência de lesões benignas e malignas. Idealmente essa vacinação deve ocorrer antes do início da atividade sexual. Barreiras por crenças incorretas como a de que a vacina estimularia o início da atividade sexual devem ser fortemente combatidas pelos profissionais de saúde. A cobertura vacinal no Brasil e em muitos países - mesmo em muitos de alta renda - encontra-se bastante aquém do ideal.

A partir de 2014, o MS ampliou o Calendário Nacional de Vacinação, com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV tipos 6 e 11 (de baixo risco oncogênico, responsáveis por lesões verrucosas) e 16 e 18 (de alto risco oncogênico).

O MS adotou o esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses), recomendado para adolescentes na faixa etária de 9 a 13 anos. A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior do que a encontrada em infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos.

É importante destacar que, para mulheres HIV-positivas, recomenda-se a vacina contra o HPV na faixa etária de 9 a 26 anos de idade, com esquema diferenciado de doses (0, 2 e 6 meses), considerando a maior frequência de neoplasias ano genitais e lesões intraepiteliais decorrentes do HPV em pacientes com HIV/AIDS (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 possuam salas de vacina. Mantém-se a necessidade de prescrição médica para vacinação de mulheres vivendo com HIV.

4.8.5 Tratamento

O objetivo do tratamento das verrugas ano genitais é a destruição das lesões identificáveis. Apesar de haver recomendação de tratamento, não há evidência de que os



tratamentos disponíveis modifiquem a história natural da infecção do HPV. Independente da instituição de tratamentos, as lesões podem desaparecer, permanecer inalteradas ou aumentar em número e/ou volume. Recidivas são frequentes em tempo bastante variável, podendo ocorrer após meses ou anos.

O tratamento deve ser individualizado, considerando características das lesões, disponibilidade de recursos, efeitos adversos e experiência do profissional. Em se tratando de uma doença em geral autolimitada, devem ser evitados tratamentos que gerem cicatrizes desfigurantes.

As situações de imunodeficiência não modificam as recomendações terapêuticas, sendo necessário lembrar que tendem a apresentar pior resposta ao tratamento e requerem maior atenção quanto à possibilidade de complicações.

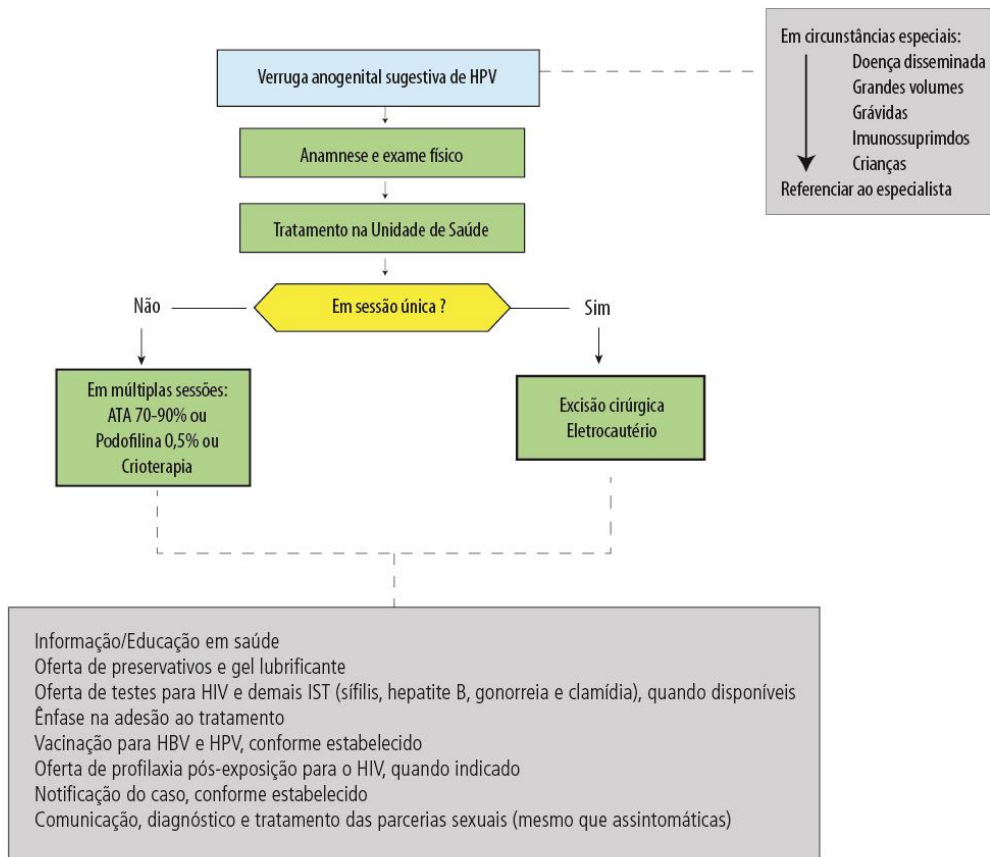
Como regra geral, deve-se considerar a mudança de opção terapêutica quando não houver melhora significativa após três sessões, ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões de tratamento. Existe a possibilidade de combinação de tratamentos com estrito controle dos efeitos inflamatórios sobre os tecidos normais.

Deve ser considerado o impacto psicossocial das manifestações pelo HPV. As pessoas com HPV preocupam-se muito quanto a evolução das lesões - em muitos casos são de longa duração e muitas recidivas -, ao potencial de transmissão a outros parceiros, à origem da infecção em um casal, e, em especial à possibilidade de transformação maligna. O conhecimento desses aspectos, a completude, a clareza e a firmeza das informações oferecidas pelos profissionais de saúde são indispensáveis. Material escrito pode ser de grande utilidade.

A figura 19 resume as recomendações para o tratamento das verrugas ano genitais, conforme sua morfologia e distribuição.



Figura 19- Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



4.8.6 Opções terapêuticas:

Frente à grande incidência de verrugas genitais e ao grande número de consultas necessárias, os tratamentos realizados em consultório tendem a sobrecarregar os serviços. Idealmente o tratamento deveria ser indolor, em dose única e aplicado pelo próprio paciente. Essa, no entanto não é a situação atual. Em geral são tratamentos dolorosos, sendo importantíssimos o aconselhamento, o suporte e a segurança do profissional durante o tratamento. Todos exigem cuidado em sua utilização pois podem produzir bolhas, úlceras e cicatrizes. Também é necessário alertar os pacientes quanto a possibilidade de infecção secundária, e seus sinais de alerta. Normas padrão de biossegurança devem ser utilizadas durante o tratamento, incluindo máscaras quando dos procedimentos que gerem aerossóis e/ou fumaça, transportando partículas virais que podem ser inaladas.

- Ácido tricloroacético (ATA) a 80%-90% em solução: agente cáustico que promove destruição das condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Deve ser aplicada uma pequena quantidade com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões. Deve ser evitado o contato com a mucosa normal e permitir que a solução seque - é observado um branqueamento semelhante à porcelana. A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais. É um tratamento que poderá ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar frente ao potencial dano exagerado aos tecidos e suas complicações.
- Podofilina a 10%-25% (solução): derivada de plantas (*Podophyllum peltatum* ou *Podophyllum emodi*) tem ação antimetabólica, podendo trazer dano ao tecido lesado e ao tecido normal. Deve ser aplicar sobre as verrugas e aguardar a secagem, evitando o contato com o tecido são. A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais. Em cada sessão deve-se limitar o volume a 0,5 ml e área tratada a 10 cm². Além de irritação local, a absorção de grande quantidade apresenta cardio, neuro e nefrotoxicidade. É contraindicada na gestação.
- Eletrocauterização: Exige equipamento específico e anestesia local. É apropriado para o caso de lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas. Como vantagem, permite a destruição de todas as lesões em uma sessão. Os resultados



dependem da experiência do operador e o uso inadequado pode resultar em cicatrizes desfigurantes e, excepcionalmente, estenose ou fístulas em estruturas tubulares, como uretra, canal anal e vaginal.

- Exérese cirúrgica: Exige anestesia local. A exérese tangencial (shaving) com tesoura delicada ou lâmina é um excelente método pois, além da remoção completa das lesões, permite o estudo histopatológico dos fragmentos. É adequada para lesões volumosas, especialmente as pedunculadas. Em geral não é necessária sutura ou procedimento para hemostasia, sendo suficiente a compressão do local operado.
- Crioterapia: o nitrogênio líquido é atualmente a substância mais usada. Tem seu ponto de ebulição a -192°C e promove citólise térmica. Pode ser utilizada por meio de sondas, aplicadores de algodão ou, em sua forma mais prática, em spray com a utilização de equipamento específico. É atóxico podendo ser utilizado na gestação. É muito apropriado em caso de lesões isoladas e queratinizadas. Geralmente bem tolerado, pode excepcionalmente requerer anestesia. A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais.

4.8.7 Seguimento

Sabendo-se que o tratamento das verrugas genitais não leva à erradicação viral, recorrências são frequentes. O paciente e seus (suas) parceiros (as) devem retornar ao serviço caso identifique novas lesões. Testes de detecção viral não são indicados em nenhuma situação por não trazerem qualquer benefício às pessoas acometidas.

4.8.8 Parcerias sexuais

É importante que os parceiros (as) sexuais sejam aconselhados e examinados. O profissional precisa ter segurança nas informações, eliminando dúvidas aos aspectos da transmissão. Pelo fato de poder ser infecção assintomática e por ter um período de incubação potencialmente longo, na maioria das vezes não é possível estabelecer-se em qual dos (as) parceiros (as) iniciou-se a infecção. É mesmo possível que a infecção inicial tenha ocorrido no (a) parceiro (a) que não apresente qualquer manifestação. A ocorrência de verrugas genitais pode ser causa de sofrimento psicológico com repercussão sobre as relações interpessoais. A presença das lesões, como de outras IST,



pode trazer insegurança às relações, inclusive com risco do estabelecimento de violência. Daí a importância de abrir uma possibilidade de consulta para o casal.

4.8.9 Gestação

O HPV não causa infertilidade. Na gestação, as lesões podem apresentar crescimento rápido, atingirem grande volume, tornar-se friáveis e sangrantes. O tratamento das gestantes muitas vezes tem pior resultado. Podofilina **não** deve ser usada na gestação. Ácido tricloroacético ou nitrogênio líquido são boas opções. Por vezes, especialmente no caso de lesões volumosas, a eletrocoagulação ou exérese tangencial (“shaving”) são as melhores opções. Não há indicação de parto cesáreo pela presença das lesões, ainda que haja a possibilidade de transmissão das lesões ao recém-nascido, com lesões cutaneomucosas ou papilomas de laringe. A indicação seria a obstrução do canal de parto ou sangramento (ocorrências excepcionais).



4.8.10 Crianças e adolescentes

A ocorrência de lesões ano genitais em crianças deve sempre levantar a suspeita de abuso sexual. Ainda que possa ocorrer na ausência de abuso, merece uma investigação cuidadosa que evite ao mesmo tempo negligenciar essa possibilidade e as graves consequências indesejáveis de uma acusação injustificada. Ao contrário de uma crença frequente e inadequada, a presença de lesões em membros da família não é uma prova de abuso, bem como a ausência de lesões em um potencial abusador não significa a sua inexistência. Essa crença gera inclusive demandas equivocadas por parte de colegas, conselhos e autoridades judiciárias. O manejo dessas situações deve ser individualizado e judicioso.

4.8.11 Particularidades em determinadas populações

Homens e mulheres com prática sexual anal, em especial os (as) que tem infecção pelo HIV, sabidamente tem maior incidência de verrugas genitais perianais e complicações com lesões malignizáveis e neoplasias. Informação sobre a identificação de queixas e alterações proctológicas (ver seção x), sendo indispensável e, idealmente, o exame periódico da região deve ser incluído nas rotinas de atendimento.

4.8.12 Referências

Pop Brasil, Estudo de Prevalência do Papilomavírus no Brasil, 2017



4.9 Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

As infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis são divididas por sua localização, e apresentam mecanismos de transmissão e agentes etiológicos distintos. As infecções assintomáticas constituem a maioria dos casos e são as mantenedores da cadeia de transmissão (Kent, 2005; Wiesner, 1973). Para informações sobre rastreamento de assintomáticos consultar o capítulo 2.8 desse PCDT.

Quanto aos sinais e sintomas, eles são divididos em baixos (retais) e altos (colônicos). Os baixos incluem: dor anal, corrimento anal mucopurulento, tenesmo, hematoquezia. Os altos incluem: diarreia, dor abdominal, cólicas, náuseas, febre. A ocorrência e frequência dos sintomas variam de acordo com a etiologia da infecção e o *status* imunológico da pessoa infectada. (Clutterbuck, 2016; Henry, 2013; Gavin, 2015; Canada, 2014; Brill, 2010; Davis, 2009; Nadal, 2012; Hamlyn, 2006).

As infecções podem ser mais graves em PVHIV e com uma variabilidade maior de agentes etiológicos envolvidos. Para mais informações em PVHIV, consultar o PCDT Adulto.

O uso de preservativos é um método eficaz de proteção contra a aquisição de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis. No entanto, deve ser levado em consideração que os agentes etiológicos podem ser disseminados sem a penetração peniana (Sigle, 2015). As relações sexuais com uso de dedos, instrumentos sexuais, boca-ânus, também podem ser meios de transmissão. Isso faz com que outras medidas de prevenção devam ser adicionadas para uma prática sexual mais segura. As medidas de prevenção para prática sexual anal estão descritas no quadro 43.

Quadro 43 - Medidas de prevenção para prática sexual anal

- Uso de preservativo e gel lubrificante;
- Usar barreiras de látex durante sexo oral-anal, luvas de látex para dedilhado ou "fisting";
- Lavagem de mãos e da região genital e anal antes e depois do ato sexual;
- Higienização de vibradores, plugs anais e vaginais;

As infecções mais comuns que serão detalhadas são: Proctite, proctocolite enterite.



4.9.1 Proctites

É Inflamação limitada à mucosa retal, até 10-12 cm da borda anal. A transmissão dos patógenos ocorre por inoculação direta no reto durante o intercurso anal (intercurso receptivo anal) sem uso de preservativos ou com rompimento do mesmo. Os agentes etiológicos mais comuns da proctite são: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Herpes simplex vírus*. A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas baixos: hematoquezia (73%), dor anal (62%), corrimento anal mucopurulento (58%), tenesmo, constipação (Davis, 2009). É o principal agravo, inclusive entre os casos assintomáticos.

4.9.2 Proctocolite

È a Inflamação da mucosa retal e do colon que vai além de 10-12cm da borda anal. Transmissão é frequentemente fecal-oral (contato direto ou indireto). Relacionado a prática sexual que envolve boca-ânus. Os agentes etiológicos mais comuns da proctocolite são: *Entamoeba histolytica*, *Campylobacter species*, *Salmonella species*, *Shigella species* e *Chlamydia trachomatis* (LGV). A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas baixos: dor anal, tenesmo, constipação, hematoquezia, corrimento anal mucopurulento com alguns sinais e sintomas altos como diarreia, cólica, dor abdominal por conta da inflamação da mucosa colônica.

4.9.3 Enterite

Inflamação do duodeno, jejuno e/ou íleo. Transmissão fecal-oral (contato direto ou indireto). Relacionado a prática sexual que envolve boca-ânus. O agente etiológico mais comum da enterite é a *Giardia lamblia*. A apresentação clínica é caracterizada por sinais e sintomas altos como diarreia, cólicas, dor abdominal sem sinais e sintomas baixos de proctites e proctocolites. A hepatite A também pode se manifestar com sintomatologia de enterite.

4.9.4 Diagnóstico presuntivo

Outras causas de proctites além das IST são doenças auto-imunes, radioterapia, irritantes químicos, doença inflamatória intestinal, por infecção não sexualmente transmissíveis (Brill, 2010; Nadal, 2012).



A presença dos sinais e sintomas associados ao relato de relações sexual anais sem proteção de barreira devem levar a suspeição clínica.

Infecções polimicrobianas podem ocorrer, reforçando a importância da coleta de material clínico e do diagnóstico etiológico para o adequado tratamento.

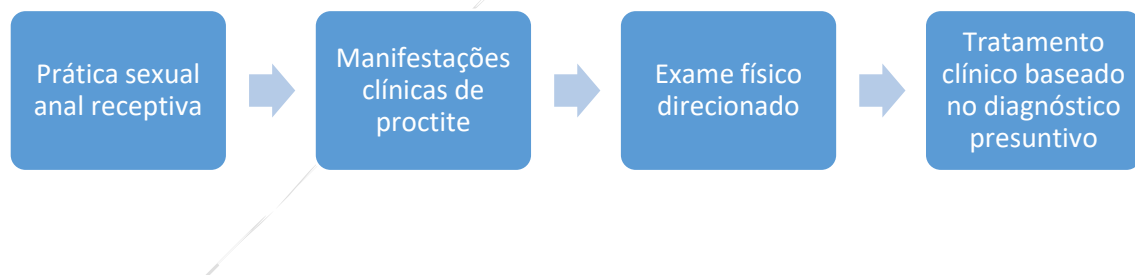
A anamnese que aborda história sexual é importante para o diagnóstico de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, além de predizer as pessoas que estão sob risco de infecção (Sigle, 2015). Para mais informações sobre práticas sexuais e avaliação clínica consultar o capítulo 2 de Saude sexual desse PCDT.

Toda pessoa sintomática com epidemiológica positiva (prática sexual anal receptiva) devem ser investigados através do exame físico:

- Exame físico do abdômen;
- Inspeção estática do ânus;
- Inspeção dinâmica do ânus;
- Palpação da região perianal;
- Toque retal.

O diagnóstico presuntivo é indicador para o tratamento clínico e para as orientações de prevenção (Figura 20).

Figura 20 - Fluxograma para diagnóstico baseado no diagnóstico presuntivo



4.9.5 Diagnóstico etiológico

O diagnóstico definitivo é quando há identificação do agente etiológico. Para tanto, há indicações para as pessoas com diagnóstico presuntivo e para rastreamento dos assintomáticos conforme quadro 44.



Quadro 44- Indicação para coleta de exames baseado na presença se sintomas

Sintomáticos:
Swab anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis para cultura e detecção de Clamídia e Gonococo por biologia molecular
Assintomáticos:
Rastreamento anual através de swab anal para detecção de Clamídia e Gonococo por biologia molecular para todas pessoas com prática anal receptiva.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Anuscopia não é obrigatória para o diagnóstico e tratamento de proctite por IST. Entretanto, é importante para descartar outros diagnósticos e deve ser solicitada sempre que houver dúvidas diagnósticas ou não melhora após o tratamento clínico. A intensidade da dor anal pode contraindicar o uso da anuscopia. Quando realizada, os achados mais comuns da anuscopia são: presença de secreção mucopurulenta no reto, perda do padrão vascular, edema, friabilidade e, às vezes, úlceras ou tumores inflamatórios como na sífilis e no linfogranuloma venéreo (Nadal, 2012; de Vries, 2013; Hamlyn, 2006). Com a necessidade da anuscopia, avaliação especializada está indicada.

Quando há suspeita de enterite recomenda-se exame de parasitológico nas fezes para pesquisa de trofozoítos e cistos de *Giardia*.

Toda vez em que há o diagnóstico de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, a testagem para HIV e sífilis está indicada. O tratamento de sífilis baseia-se nos resultados nos testes imunológicos. Para mais informações sobre diagnóstico, tratamento e monitoramento pós tratamento da Sífilis consultar o capítulo 4.2 desse PCDT. Para mais informações sobre diagnóstico, tratamento do HIV consultar o item 4.10 desse PCDT.

4.9.6 Tratamento

O tratamento pode ser baseado no diagnóstico presuntivo (Shover, 2018), pois leva à rápida resolução e diminui o risco de propagação da doença (Davis, 2009).

Quando o diagnóstico presuntivo é realizado o tratamento deve ter cobertura para *N gonorrhoea* e *C. trachomatis* (Ivens, 2007; Manavi, 2004) conforme o quadro 45.



Quadro 45 - Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo

Diagnóstico	Tratamento Preferencial	Tratamento alternativo
Proctite	Ceftriaxona 500mg IM + Azitromicina 1g VO	Ceftriaxona 500mg IM + Doxiciclina 100mg VO de 12/12h por 10 dias
A doxiciclina está contra-indicada durante a gestação.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Nos casos onde há confirmação da etiologia o tratamento pode ser direcionado, conforme o quadro 46. Coinfecção é possível, portanto o seguimento é fundamental para identificação precoce de recidivas/reinfecções.

Quadro 46 - Tratamento baseado no diagnóstico etiológico

Agente etiológico	Tratamento
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500mg, IM, em dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única OU Doxiciclina 100mg VO de 12/12h por 10 dias
Herpes simplex vírus *	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, de 8/8h por 10 dias
<i>T. pallidum</i>	Benzilpenicilina benzatina 2.4 milhões IM em dose única
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO de 8/8h por 7 dias
*Presença de vesículas no exame físico indica cobertura e tratamento para HSV	

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



4.9.7 Seguimento

Após o tratamento adequado espera-se a resolução dos sinais e sintomas clínicos. Nos casos de persistência ou recidivas deve ser descartado reexposição. Para um segundo episódio indica-se encaminhamento para a referência e coleta de material para identificação da etiologia.

Fundamental às orientações sobre à prática sexual anal e os cuidados de prevenção que deverão ser iniciados com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, assim como de proteção para possíveis novas exposições. As principais orientações são:

- É necessário orientar a pessoa sobre o risco de novas exposições e dos métodos de prevenção disponíveis.
- Além do uso de preservativos, lavagem das mãos antes e após relação sexual,
- Evitar sexo anal, sexo oral-anal (rimming) e coprofagia (scat) enquanto sintomático
- Uso de luvas para "fisting" deve ser encorajado
- Reduzir o contato da boca com o ânus
- Evitar compartilhar materiais de douching, enemas e brinquedos sexuais.
- Verificar imunização para hepatite B e, quando necessários, indicar a imunização.
- Orientar sobre o risco de hepatite A. Indicações da vacina conforme capítulo 2.9 desse PCDT
- Testagem para HIV.
- Testagem para sífilis. Idealmente iniciar com teste treponêmico, preferencialmente teste rápido. Caso haja história de diagnóstico de sífilis iniciar o fluxograma com teste não treponêmico (VDRL, RPR). Para mais informações sobre diagnóstico de sífilis consultar o item XXX desse PCDT.
- Verificar imunização para HPV. Indicações da vacina conforme capítulo 2.9 desse PCDT.
- Avaliar indicação de PrEP, orientar a pessoa sobre essa ferramenta de prevenção. Para mais informações consultar PCDT de PrEP.



4.9.8 Parcerias sexuais

Para que a cadeia de transmissão seja interrompida não basta apenas tratar o paciente. A identificação das parcerias sexuais (rede sexual) e sua adequada avaliação clínica é fundamental. A persistência de pessoas na rede sexual não identificadas e/ou não tratadas aumenta o risco para reinfecções e para resistência bacteriana (Kenyon, 2018).

Tratar as parcerias sexuais sintomáticas com Ceftriaxona 500mg IM e Azitromicina 1g VO em dose única. Para os casos assintomáticos, o rastreamento está indicado de acordo com o comportamento de risco. Toda parceria sexual deve ser testada para sífilis, HIV, hepatite B e C.

4.9.9 Referências

Brill JR. Sexually transmitted infections in men. *Prim Care*. 2010 Sep; 37(3):509-25, viii. Doi: 10.1016/j.pop.2010.04.003. Review. Pubmed PMID: 20705196.

Canada. Public Health Agency of Canada (PHAC). (2006). Canadian guidelines on sexually transmitted infections, 2006 edition. The 2014 Supplementary Statement related to the diagnosis, management and follow-up of sexually transmitted proctitis and the 2016 Updates Summary contain important information pertaining to this chapter.

Clutterbuck D, Asboe D, Barber T, Emerson C, Field N, Gibson S, Hughes G, Jones R, Murchie M, Nori AV, Rayment M, Sullivan A. 2016 United Kingdom national guideline on the sexual health care of men who have sex with men. *Int J STD AIDS*. 2018 Jan 1;956462417746897. Doi: 10.1177/0956462417746897. [Epub ahead of print] pubmed PMID: 29334885.

Davis TW, Goldstone SE. Sexually transmitted infections as a cause of proctitis in men who have sex with men. *Dis Colon Rectum* 2009; 52(3):507–12.

De Vries HJ, Zingoni A, White JA, Ross JD, Kreuter A. 2013 European Guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. *Int J STD AIDS*. 2014 Jun; 25(7):465-74. Doi: 10.1177/0956462413516100. Epub 2013 Dec 18. Pubmed PMID: 24352129.

Ivens D, Macdonald K, Bansi L, Nori A. Screening for rectal chlamydia infection in a genitourinary medicine clinic. *Int J STD AIDS*. 2007 Jun; 18(6):404-6. Pubmed PMID: 17609031.



Kent CK, Chaw JK, Wong W, et al.: Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhoea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin Infect Dis* 2005; 41: 67–74.

Kenyon C. Risks of antimicrobial resistance in *N. Gonorrhoeae* associated with intensive screening programs in prep programs. *Clin Infect Dis*. 2018 Jan.

Manavi K, mcmillan A and Young H. The prevalence of rectal chlamydial infection amongst men who have sex with men attending the genitourinary medicine clinic in Edinburgh. *Int J STD AIDS* 2004; 15: 162–164.

Shover CL, Beymer MR, Unger EM, Javanbakht M, Bolan RK. Accuracy of Presumptive Gonorrhoea Treatment for Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men: Results from a Large Sexual Health Clinic in Los Angeles, California. *LGBT Health*. 2018 Feb/Mar;5(2):139-144. Doi: 10.1089/lgbt.2017.0115. Pubmed PMID: 29493405; pubmed Central PMCID: PMC5833247.

Sigle GW, Kim R. Sexually transmitted proctitis. *Clin Colon Rectal Surg*. 2015 Jun; 28(2):70-8. Doi: 10.1055/s-0035-1547334. Review. Pubmed PMID: 26034402; pubmed Central PMCID: PMC4442722.

Wiesner PJ, Tronca E, Bonin P, et al.: Clinical spectrum of pharyngeal gonococcal infection. *N Engl J Med* 1973; 288: 181–185.

Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention.. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015 Jun 5; 64(RR-03):1-137. Erratum in: *MMWR Recomm Rep*. 2015 Aug 28; 64(33):924. Pubmed PMID: 26042815.



4.10 HIV

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). As presenças desses eventos definem a aids.

Desde dez/2013, o DIAHV recomenda início imediato da TARV para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico.

O Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, proposto junto à Organização das Nações Unidas (ONU), sendo uma de suas metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/ aids. O país busca, como parte das ações de enfrentamento à epidemia de HIV, atingir a meta 90-90-90, a qual estabelece que, até 2020, 90% das pessoas com HIV sejam diagnosticadas (ampliando o acesso ao diagnóstico do HIV); destas, 90% estejam em tratamento antirretroviral (ampliando o acesso à TARV); e que, dentre estas, 90% tenham carga viral indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência à PVHIV). Esses compromissos assumidos exigem não somente que novas metodologias de cuidado e de gestão sejam implantadas, mas que também haja um comprometimento de toda a sociedade para o sucesso e alcance desses propósitos.

Uma estratégia do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde, é promover a gestão compartilhada da atenção às PVHIV entre os serviços especializados e a Atenção Básica, com o objetivo de:

- Ampliar o acesso à saúde para as PVHIV;
- Estabelecer maior vínculo destas com os serviços de saúde;
- Melhorar as possibilidades de atendimento de qualidade;
- Melhorar o prognóstico das PVHIV.



A Atenção Básica é a porta de entrada preferencial da rede SUS, sendo responsável por acolher as PVHIV e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde

Para dar apoio a essa estratégia, encontram-se disponíveis em http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/biblioteca_busca os seguintes materiais de suporte:

- Passos para a Implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – manual para gestores
- Caderno de Boas Práticas no Manejo do HIV na Atenção Básica
- Manual de Manejo do HIV na Atenção Básica – manual para médicos
- Cuidado integral das pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica - manual para a equipe multiprofissional
- HIV na Atenção Básica: 5 Passos

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>.

4.10.1 Métodos diagnósticos da infecção pelo HIV

Toda pessoa com exposição sexual de risco ou diagnosticada com IST devem ser testadas para 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).

Os TR são imuno ensaios simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do



HIV atualmente pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico. Existem também situações e locais nos quais o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais 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>.

4.11 Hepatites virais

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites A, B, C, D ou Delta e E) são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e constituem um enorme desafio à saúde pública em todo o mundo. Essas infecções são responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves e principalmente, pelas complicações das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma. Esse número é comparável às mortes causadas pela tuberculose e são superiores às causadas pelo HIV (OMS, 2017).

No Brasil de 1999 a 2016 foram notificados no Sinan aproximadamente 600.000 casos confirmados de hepatites virais A, B, C e D no Brasil. Entretanto estima-se que o número de casos seja bem maior, por conta da maioria dos casos não apresentarem sintomas, o que dificulta a procura por diagnóstico (MS, 2017).

Dados do Ministério da Saúde estimam que aproximadamente 657 mil pessoas tenham o vírus da hepatite C no Brasil (Benzaken, 2018). Devido às suas taxas de prevalência, potencial de transmissibilidade, cronicidade e potencial para complicações as hepatites virais B e C são agravos de grande importância em termos de saúde pública no Brasil. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções têm diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta.

A maioria das pessoas infectadas pelas hepatites virais crônicas desconhece seu diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções.

4.11.1 Hepatite A (HAV)

A hepatite A, é uma doença comumente transmitida por meio de contato oral-fecal, por ingestão de água e/ou alimentos contaminados. A transmissão sexual deste vírus, também tem sido relatada. Desde os anos da década de 70, surtos dessa doença



têm sido relatados entre homens que fazem sexo com homens (HSH), homossexuais ou bissexuais. Surtos cíclicos em áreas urbanas têm sido descritos nos Estados Unidos, Canadá, Europa e Austrália (Nainan, 2005; Bell, 1998; Cotter, 2003; MMWR, 1992; Henning 1995).

No Brasil, de acordo com o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) e a Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de São Paulo, recentemente tem-se observado aumento do número de casos de hepatite A no município de São Paulo. Até novembro de 2017, ocorreram 656 notificações de hepatite A. Dentre esses casos, 87% eram do sexo masculino, 80% entre 18 e 39 anos e 45% (295) dos casos adquiridos por contato sexual desprotegido (HSH). Houve 4 casos de hepatite fulminante e 2 óbitos (Informe técnico, 2017).

Neste sentido, com o objetivo de se diminuir o risco de transmissão sexual da hepatite A, é muito importante que medidas de higiene antes e após as relações sexuais, assim como o uso de preservativos sejam sempre incentivados, no contexto das práticas sexuais que envolvam a possibilidade de contato oral-fecal.

Atualmente no SUS, a vacina para hepatite A está indicada para crianças de 15 meses a 5 anos incompletos (4 anos, 11 meses e 29 dias), e nos CRIE, para pessoas de qualquer idade que apresentem as seguintes situações: Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, incluindo-se os portadores do HCV e do HBV), coagulopatias, pessoas vivendo com HIV/aids, portadores de quaisquer doenças imunossupressoras ou doenças de depósito, fibrose cística, trissomias, candidatos a transplante de órgãos, doadores de órgãos cadastrados em programas de transplantes, pessoas com hemoglobinopatias. Neste contexto, toda a população HSH portadora de HIV deve ser vacinada uma vez que a coinfeção com HIV favorece uma infecção mais prolongada pelo HAV (vírus da hepatite A) o que estenderia o tempo de eliminação do vírus (Hou, 2005).

4.11.2 Hepatite B (HBV)

O HBV é transmitido através de contato com fluidos corpóreos contaminados. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos também podem transmitir o HBV, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são: perinatal, sexual e parenteral/percutâneo. As rotas de transmissão predominantes variam de acordo com a endemicidade da infecção pelo HBV. Em áreas com alta endemicidade, a transmissão perinatal é a principal via de transmissão. Entretanto, em



áreas com baixa endemicidade, contato sexual entre adultos com alto comportamento de risco é a via predominante (McMahon, 2005; Dientag, 2008; Lok; 2007). A capacidade do vírus de sobreviver fora do organismo humano por período prolongado facilita a transmissão por meio do contato direto ou por meio de fômites (Dientag, 2008).

Quando adquirida no período perinatal, a infecção pelo HBV resulta em aproximadamente 90% de cronicidade, se a aquisição ocorre na primeira infância, ocorre entre 20 a 40% de cronicidade, mas se a hepatite B é contraída na adolescência e idade adulta essa taxa cai para 0 a 10%.

A infecção é assintomática na maioria das vezes, sendo que menos que 5% das infecções adquiridas na fase adulta, se tornam crônicas (Alter, 2007).

No Brasil, a hepatite B tem grande importância epidemiológica com altas prevalências na região norte do Brasil, principalmente em comunidades ribeirinhas e indígenas. Além disso o vírus da hepatite Delta (HDV) também está presente nesta região com grande impacto clínico e epidemiológico. O HDV é um vírus que acomete apenas pessoas infectadas pelo vírus da hepatite B, podendo sua transmissão ocorrer concomitantemente à infecção pelo HBV (coinfecção) ou posteriormente à infecção pelo HBV (superinfecção)

Recomenda-se a vacinação para hepatite B em todas as pessoas, independentemente de faixa etária. A vacina é composta por no mínimo 3 doses e deve ser dada em esquema completo conforme proposto pelo CGPNI (Coordenação Geral do Programa Nacional de Vacinação).

No Brasil, embora a vacinação tenha sido incorporada no SUS na década de 90, a ampliação da indicação das vacinas foi gradativamente ampliada por faixas etárias e foi somente universalizada em 2016 para todas as faixas etárias. Desta forma, as populações que ainda não estão imunizadas, são justamente as que estão em plena atividade sexual e reprodutiva. Desta forma é fundamental estimular a vacinação principalmente a partir de 15 anos de idade e também para todos os adultos que não tenham recebido o esquema completo de 3 doses da vacina. É importante também salientar que a vacina hepatite B também protege em relação à infecção pelo vírus da hepatite Delta, que é um grande trunfo na prevenção de ambas infecções em áreas endêmicas, entretanto uma vez tendo adquirido infecção crônica pelo HBV, a vacinação já não terá eficácia na prevenção de hepatite Delta.



4.11.3 Hepatite C (HCV)

A forma mais eficiente de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) ocorre por meio da exposição percutânea repetida ou a grandes volumes de sangue contaminado. No Brasil, a transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados para HCV foi considerada uma forma importante de transmissão durante muitos anos. Porém, a partir de 1993, após a padronização dos processos de triagem pré-doação, houve uma significativa redução na transmissão do HCV por meio transfusional (Busch, 2003). Um estudo brasileiro, publicado em 2013, encontrou como preditores da infecção pelo HCV: uso de drogas injetáveis (*odds ratio* (OR) = 6,65), uso de drogas inalatórias (OR = 2,59), grupos sociais desprovidos de sistema de esgoto (OR = 2,53), hospitalização (OR = 1,90) e uso de seringas de vidro (OR = 1,52) (WHO, 2016).

Além desses fatores de risco, outras importantes fontes de transmissão do HCV são: hemodiálise, procedimentos de manicure e pedicure, *piercings* e tatuagens, tratamentos odontológicos, procedimentos endoscópicos (caso não sigam as normas de boas práticas de esterilização e desinfecção de materiais reutilizáveis e/ou produtos descartáveis), a transmissão vertical e transmissão sexual, principalmente em indivíduos portadores de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e homens que fazem sexo com homens (HSH) (Martins, 2011).

A transmissão sexual do HCV é menos frequente que a transmissão da infecção pelo vírus da hepatite B, ocorrendo em pessoas com múltiplos parceiros sexuais e que têm relações sexuais sem uso de preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de uma IST, como lesões ulceradas em região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH.

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 da doença.

- A testagem para HCV deve ser solicitada para todos os indivíduos em situações de risco, como:
- Todas as pessoas com idade igual ou superior a 40 anos



E/OU

- PVHIV;
- Pessoas prestes a iniciar PrEP ou que façam uso frequente da PEP.
- Pessoas com múltiplos parceiros sexuais ou com múltiplas infecções sexualmente transmissíveis
- Pessoas transexuais
- Trabalhadores (as) do sexo
- Pacientes com diagnóstico de diabetes, antecedentes psiquiátricos, com histórico de patologia hepática sem diagnóstico, com elevações de ALT e/ou AST, com antecedente de doença renal ou de imunodepressão, a qualquer tempo.
- Pacientes em regime de diálise
- Antecedente de transfusão de sangue, hemoderivados ou órgãos antes de 1993
- Antecedente de uso de drogas injetáveis, intranasal ou fumada ilícitas
- Pessoas dependentes de álcool
- Antecedente de tatuagem ou piercing em ambiente não regulamentado
- Antecedente de exposição a material biológico contaminado
- População privada de liberdade
- Contactante íntimo ou parceiro sexual de pessoas anti-HCV reagentes
- Crianças nascidas de mães que vivem com o HCV

4.11.4 Métodos Diagnósticos das Hepatites Virais

O método 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 imunoenaios e/ou na detecção do ácido nucleico viral, empregando técnicas de biologia molecular.

Desde 2011, o Ministério da Saúde inseriu o teste rápido da hepatite B e C na rede SUS, que tem ajudado a ampliar o diagnóstico de ambas infecções. Os testes



rápidos são testes de triagem, e uma vez que apresentem resultados reagentes deverão ser confirmados com a realização da carga viral para hepatite C (HCV-PCR), carga viral para hepatite B (HBV-DNA) ou outros marcadores conforme disponibilidade de cada serviço seguindo os fluxogramas de diagnósticos propostos pelo DIAHV/SVS/MS. Todo o diagnóstico referente às hepatites virais, por meio de vários tipos de metodologias, estão publicados detalhadamente no documento: “Manual de Diagnóstico das Hepatites Virais” que pode ser encontrado no link <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>.

Para maiores informações sobre o manejo clínico e tratamento do paciente com hepatites B, hepatite C e Coinfecções ou para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas correspondente, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

4.11.5 Referências

Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol*. 2007 May ;13(17):2436-41 [Review].

Bell BP, Shapiro CN, Alter MJ, et al. The diverse patterns of hepatitis A epidemiology in the United States---implications for vaccination strategies. *J Infect Dis* 1998;178:1579--84.

Benzaken, E. Catapan, R. Girade, H. Ravazi, J. Schmelzer, M. Pessoa, M.L. Ferraz, P. Ferreira, A. Martinelli, M.C.M. Correa. Hepatitis C elimination by 2030 is feasible in Brazil: a mathematical modelling approach. *Journal of Hepatology*, Volume 68, S193.

Brasil, Ministério da Saúde, Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 2014. <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf>.

Busch MP, Kleinman SH, Nemo GJ. Current and emerging infectious risks of blood transfusions. *JAMA*. 2003 Feb 26;289(8):959-62.

Cotter SM, Sansom S, Long T, Koch E, Kellerman S, Smith F, Averhoff F, Bell BP. Outbreak of hepatitis A among men who have sex with men: implications for



hepatitis A vaccination strategies. *J Infect Dis.* 2003 Apr 15;187(8):1235-40. Epub 2003 Mar 26. PubMed PMID: 12696002.

CDC, Hepatitis A among homosexual men - United States, Canada, and Australia. *MMWR* 1992;41:155, 161-4.

Dienstag, Jules L. Hepatitis B Virus Infection. *N Engl J Med* 2008; 359(14): 1486–1500.

Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2016 [update 2016 apr; cited 2016 may 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205035/1/9789241549615_eng.pdf?ua=1.

Henning KJ, Bell E, Braun J, Barker ND. A community-wide outbreak of hepatitis A: risk factors for infection among homosexual and bisexual men. *Am J Med* 1995;99:132–6.

Hou J, Liu Z, Gu F. Epidemiology and Prevention of Hepatitis B Virus Infection. *Int J Med Sci.* 2005;2(1):50-57. Epub 2005 Jan 5. PubMed PMID: 15968340; PubMed Central PMCID: PMC1142225.

Informe técnico surto de hepatite A - Semana Epidemiológica (39). http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-transmitidas-por-agua-e-alimentos/doc/2017/hepatitea17_informe_tecnico.pdf.

Organização Mundial de Saúde. *Global Hepatitis Report*, 2017.

Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology*; 2007;45:507-39

Martins T, Narciso-Schiavon JL, Schiavon Lde L. [Epidemiology of hepatitis C virus infection]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2011 Jan-Feb;57(1):107-12. [Review]. [Portuguese].



McMahon BJ. Epidemiology and natural history of hepatitis B. *Semin Liver Dis* 2005;25(Suppl 1):3-8.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Hepatites Viriais, 2017.

Ministério da Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites Virais para Hepatite C e Coinfecções, 2018.

Nainan OV, Armstrong GL, Han XH, Williams I, Bell BP, Margolis HS. Hepatitis A molecular epidemiology in the United States, 1996--1997: sources of infection and implications of vaccination policy. *J Infect Dis* 2005;191:957--63.

Pereira LM, et al. Prevalence and risk factors of Hepatitis C virus infection in Brazil, 2005 through 2009: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2013 Feb 1;13:60.



4.12 Zika Vírus

O vírus Zika é um Flavivírus capaz de causar infecção em humanos; o primeiro caso diagnosticado no Brasil ocorreu no ano de 2015, na Região Nordeste. A maioria das pessoas infectadas apresentará a forma assintomática. Em pessoas sintomáticas, os principais sinais e sintomas são rash cutâneo, febre, conjuntivite, cefaleia, dores articulares e mialgia (Petersen, 2016).

As anomalias congênitas associadas à infecção pelo vírus Zika foram observadas logo após a entrada do vírus no território nacional. A microcefalia foi o acometimento mais frequente do SNC e desencadeou situação de alerta no Brasil naquele momento, por ter sido considerado uma Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Brasil, 2016).

O vírus pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti* (o mesmo que transmite dengue, Chikungunya e febre amarela), assim como por transmissão vertical e sexual. A principal medida de combate à infecção é a prevenção, com medidas de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas), de modo a diminuir chance de picada pelo mosquito. Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo vírus Zika e nem tratamento específico (Brasil, 2016).

A transmissão sexual do vírus Zika foi comprovada por inúmeros relatos de casos, sendo a Zika considerada uma IST, cuja transmissão sexual pode ser evitada por meio do **uso de preservativo** (Hills, 2016).

Deve ser reforçada a importância do uso do preservativo, especialmente após viagens a áreas endêmicas ou suspeita e/ou confirmação do diagnóstico da infecção pela parceria sexual. Isso porque a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, como sêmen (Trew, 2016, Atkinson, 2016, Bailey, 2017).



Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:

- Aguardar até **6 meses** após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando o homem foi infectado;
- Aguardar até **8 semanas** após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando a mulher foi infectada.

Em áreas endêmicas, casais que desejam a concepção devem ser orientados quanto aos riscos da infecção pelo vírus Zika e a possibilidade de malformações fetais. Para áreas endêmicas, a recomendação para uso contínuo do preservativo durante toda a gestação deve fazer parte do aconselhamento durante as consultas de pré-natal (Petersen, 2016). Até o presente momento, não há casos de transmissão por meio da reprodução assistida, mas se recomenda que, nos tratamentos de fertilidade, os prazos acima citados sejam considerados.

O diagnóstico precoce da infecção pelo vírus Zika na gestante, por meio de exames de detecção do RNA viral mediante PCR e/ou sorologias, auxilia no rastreamento das gestações de alto risco. Esses exames também são utilizados no seguimento especializado para a criança que tenha nascido com alguma anomalia congênita.

4.12.1 Referências

Atkinson, b.; hearn, p.; afrough, b. Et al. Detection of zika virus in sêmen [letter]. Emerg infect dis 2016.

Bailey, p gabriela, et al. This article was published on february 14, 2017, at nejm.org. Doi: 10.1056/nejmoa1613108.

Hills, s. L.; russell, k.; hennessey, m. Et al. Transmission of zika virus è rough sexual contact with travelers to areas of ongoing transmission - continental united states, 2016. Mmwr morb mortal wkly rep 2016; 65:215-6.

Petersen ee, et al. Update: interim guidance for preconception counseling and prevention of sexual transmission of zika virus for persons with possible zika virus exposure - united states, september 2016. Mmwr morb mortal wkly rep. 2016 oct 7;65(39):1077-1081. Doi: 10.15585/mmwr.mm6539e1. Pubmed pmid: 27711033.

Trew, d. D.; chung, w. M.; brooks, j. T. Et al. Male-to-male sexual transmission of zika virus — texas, january 2016. Mmwr morb mortal wkly rep 2016; 65:372-4.



4.13 HTLV

Os vírus HTLV 1 e 2 pertencem à família *Retroviridae*, sendo que a infecção não implica, necessariamente, o desenvolvimento de processos patogênicos. As vias de transmissão são a sexual, a parenteral e a vertical (gestação, parto ou aleitamento materno, principalmente) (Gonçalves, 2010, Gessain, 2012, Carneiro-Proietti, 2006).

O HTLV está associado a doenças neurológicas, oftalmológicas e dermatológicas, assim como a leucemia/linfoma (Gonçalves, 2010). Das pessoas infectadas pelo HTLV, aproximadamente 90% permanecerão assintomáticas ao longo de suas vidas. Essas pessoas mantêm uma rede de transmissão silenciosa pela via sexual, sanguínea e vertical.

O aleitamento materno é a principal via de transmissão vertical, ocorrendo em 20% a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas. O risco está associado a variáveis individuais, a exemplo do tempo de amamentação (Biggar, 2006). A transmissão intrauterina ou no período periparto ocorre em menos de 5% dos casos. A transmissão sexual é mais frequente do homem para a mulher, refletindo-se em maiores taxas da infecção entre mulheres (Fujito, 2000).

As recomendações para PTV são:

- ✓ Uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- ✓ Oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis;
- ✓ **Contraindicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2**, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis (Gonçalves, 2010, Fujito, 2000).

4.13.1 Referências

Biggar, r. J.; n. G. J.; kim, n. Et al. Human leukocyte antigen concordance and the transmission risk via breast – feeding of human–cell lymphotropic virus type i. J. Infect. Dis., [s.l.], v. 193, p. 277-82, 2006.



Carneiro-proietti, a.; catalan-soares, b. C.; castro-costa, c. M. Et al. Htlv in the americas: challenges and perspectives. *Rev panam salud publica/pan am j public health* 19(1), 2006.

Fujito, t.; nagata, y. Htlv-i transmission from mother to child. *J. Reprod. Immunol.*, [s.l.], v. 47, p. 197–206, 2000.

Gessain, a.; cassar, o. Epidemiological aspects and world distribution of htlv-1 infection. Département de virologie, unité d'épidémiologie et physiopathologie des virus oncogènes, institut pasteur, paris, france 2 cnrs, ura3015, paris, france review article published: 15 november 2012 doi: 10.3389/fmicb.2012.00388.

Gonçalves, d. U.; proietti, f. A.; ribas, j. G. R.; et al. Epidemiology, treatment, and prevention of human t-cell leukemia virus type 1-associated diseases *clinical microbiology reviews*, july 2010, p. 577–589 vol. 23, no. 3 0893-8512/10/\$12.00 doi: 10.1128/cmr.00063-09.



4.14 Violência sexual e IST

A violência sexual é entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esse problema. Pode acometer crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas em espaços públicos e privados; e causar traumas, ferimentos visíveis e invisíveis e em algumas situações, levar à morte. (Ministério da Saúde, 2015).

A violência é um fenômeno multidimensional que afeta todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, que se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física. Um dos grandes desafios para enfrentar essa violência é a articulação e integração dos serviços e do atendimento de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer o atendimento humanizado e integral.

4.14.1 Prevenção das IST na violência sexual

A atenção às pessoas em situação de violência sexual é composta por ações intersetoriais que possibilitam o atendimento, proteção, prevenção a novas situações e medidas para possibilitar a responsabilização dos (as) autores (as) de agressão (MS, 2015).

Em âmbito nacional, destacam-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS.

O atendimento integral às pessoas em situação de violência é potencializado pelo registro de informações e pela coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde, contribuindo para a humanização da atenção e combate à impunidade (MS, 2015). Nesse sentido, o registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada atende o disposto na legislação (Leis nº 8.069/1990, nº 10.778/2003 e nº 10.741/2003) e, no caso de violência sexual e tentativas de suicídio deve ser realizada de forma imediata (em até 24 horas) na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (Portaria MS/GM nº 204/2016).

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 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública estimou que em 2016 houve 49.497 ocorrências de estupro, sendo que entre 85-88% dos casos a vítima era mulher.

Os dados da notificação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva-Sinan) apontam que em 2016 foram notificados nos serviços de saúde 31.539 casos de violência sexual. Desses, 23.053 foram notificados como estupro, dos quais 89,2% (20.559) contra pessoas do sexo feminino e 10,8% (2.491) contra pessoas do sexo masculino. Os casos de estupro notificados ocorreram em sua maioria na residência (57,3%), em pessoas da raça/cor preta e parda (54,1%), e na faixa etária de 0 a 19 anos (72,5%).

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.

Importante destacar os Serviços de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual (SCNES – 165), que podem ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares. Devem atender 24hs por dia nos 7 dias da semana e contar com equipe multiprofissional para o atendimento.

Nos casos de violência contra criança, adolescente e pessoa idosa os órgãos de proteção devem ser comunicados imediatamente, a exemplo do conselho tutelar, vara da infância, conselho da pessoa idosa ou outros órgãos referentes a essas competências.

Compõe o atendimento integral à saúde de pessoas em situação de violência, o registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências interpessoais e autoprovocadas definidas pela legislação (violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014. Salienta-se que nas situações de violência sexual esta notificação é obrigatória e imediata para mulheres e homens em todos os ciclos de vida.



A disponibilização de informações sobre os serviços de referência que asseguram a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em toda a rede de atendimento do SUS contribui para garantir um maior acesso e proteção.

O medo de ter contraído infecção pelo HIV aumenta a ansiedade das pessoas expostas. As pessoas em situação de violência devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados:

- Acolher com escuta qualificada em ambiente seguro e que garanta a privacidade da pessoa atendida;
- Disponibilizar atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- Disponibilizar profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV;
- Obter vacinação e imunização passiva para HBV;
- Disponibilizar coleta imediata do material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- Preencher a Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada - os casos de violência sexual são de Notificação Imediata em até 24 horas;
- Agendar retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.
- Não há nenhuma previsão legal para exigência do B.O para realização do atendimento na saúde, contudo no caso de Crianças, Adolescentes e pessoas idosas o Conselho (ou outro órgão na ausência deste) deverá ser imediatamente comunicado para as providências cabíveis. Cabe a equipe de saúde acolher e fornecer orientações às pessoas quanto aos seus direitos e importância de buscar proteção e demais providências legais.

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 de disso, coletam-se vestígios biológicos (pêlos, fluidos na pele, como sêmen, saliva, sangue) ou materiais de outra ordem, como fragmentos das vestes para



identificação e comparação com o DNA do agressor, conforme orientações da Norma técnica de Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual de 2015.

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 cancro mole 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.

4.14.2 Profilaxia das IST não virais para às pessoas em situação 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 47. A profilaxia para as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional.

Quadro 47 - 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	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 + Azitromicina	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)

Notas:

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, devem-se utilizar fármacos alternativos, conforme exposto nos capítulos específicos desse PCDT.

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: DIAHV/SVS/MS.

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

4.14.3 Profilaxia da hepatite B em vítimas de violência sexual

As pessoas em situação de violência sexual também devem receber dose única de imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), 0,06 mL/kg, IM, dose única,



em extremidade diferente da que recebeu a vacina, e se a dose da vacina ultrapassar 5mL, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato, e está disponível nos Crie.

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

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.

4.14.4 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, risco de morte da gestante ou anencefalia (ADPF 54 - Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental).

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 (conforme Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes). Isto proporciona maior eficácia das intervenções profiláticas.

Todos os estabelecimentos hospitalares que realizam atendimento de obstetrícia e ginecologia podem realizar a interrupção da gravidez em três situações: nos casos em que há risco de morte da gestante; na gestação resultante de estupro ou na gestação de feto anencefálico, seguindo as normativas do Ministério da Saúde. A realização do procedimento nesses casos deve ser garantida à mulher no local em que busca o atendimento. Caso haja dificuldade na realização do procedimento, incluindo objeção de consciência do profissional, o gestor deve garantir que o procedimento seja realizado por outro profissional ou outro serviço em tempo adequado.

4.14.5 Profilaxia da infecção pelo HIV

As informações sobre a profilaxia pós-exposição ao HIV encontram-se disponíveis em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

4.14.6 Rede de Atenção Integral às mulheres em situação de violência sexual

Enfrentar a violência contra as mulheres exige, acima de tudo, a construção de uma rede inter setorial comprometida com a saúde das mulheres e com a garantia de seus direitos, que ofereça condições para que possam ter acesso ao cuidado qualificado, bem como a possibilidade de tomar decisões conscientes e autônomas.

Neste sentido, com intuito de estabelecer diretrizes técnico-política para atenção Integral à saúde da mulher, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres \(PNAISM\)](#)³. Nesta consta princípios e objetivos para nortear as ações e estratégias para atendimento à saúde das mulheres em situação de violência, contribuindo para redução da morbimortalidade por causas evitáveis.

³ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM)



As diretrizes e normativas da PNAISM respeitam a legislação brasileira⁴ e convenções internacionais⁵ das quais o Brasil é signatário.

A Lei nº 12.845/2013, estabelece que os hospitais devem oferecer às pessoas em situação de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, e encaminhamento, quando necessário, aos serviços de assistência social.

As ações durante o atendimento às pessoas em situação de violência sexual no SUS devem ser desenvolvidas em conformidade com a **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes** do Ministério da Saúde e realizadas conforme estabelece também o art 6º da Portaria nº 485 de 01/04/2014:

I - Acolhimento;

II - Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;

III - escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;

IV - Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;

V - Atendimento clínico;

VI - Atendimento psicológico;

VII - Realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:

a) data e hora do atendimento;

b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;

c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;

d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e

e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

⁴ Código Penal (1940); Lei Maria da Penha (2006), Acórdão STF (2013)

⁵ Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030), Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996 -Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.



VIII - Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

IX - Exames laboratoriais necessários;

X - Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

XI - Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

XII - Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

O setor de saúde, por ser um dos espaços privilegiados para identificação das pessoas em situação de violências, tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violências.

A Rede Intrasetorial de Saúde (figura 21) tem como porta de entrada preferencial os Serviços de Atenção Básica e pode ser constituída pelos Serviços de atenção especializada, urgência e emergência; serviços de saúde mental, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de serviços estratégicos de apoio a gestão como os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde. Desta forma uma rede envolve propósitos comuns de equipes com discussão e implementação de processos para o alcance dos resultados

As especificidades do atendimento nos diversos níveis de atenção em saúde requerem dos(as) profissionais habilidades e conhecimentos diferenciados para a abordagem de cada caso, considerando o serviço onde o profissional atua e os dispositivos da rede que lhe estão disponíveis (2010b).



Figura 21- Exemplo de Rede Intrasetorial de saúde



Fonte: BRASIL, 2010b.

Na atenção às pessoas em situação de violências é essencial que o atendimento seja realizado em rede de forma articulada e integrada para a garantia da assistência de forma integral.

A construção de redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia, cooperação e solidariedade (BRASIL, 2010a). Uma rede deve envolver propósitos comuns de equipes com discussão e implementação de processos para o alcance dos resultados.

Estruturar rede de atenção a pessoas em situação de violências é um processo contínuo e permanente que envolve muita articulação e comprometimento entre os setores envolvidos, mas, principalmente o envolvimento dos (as) profissionais destas instituições. Reconhecer seu território, realizar o diagnóstico de serviços e conhecer como funcionam seus fluxos é um passo importante na definição e construção de fluxos que irão constituir a rede.

A intervenção nos casos de violência sexual é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde precisa buscar identificar as organizações e



serviços disponíveis no território que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, CRAS, CREAS, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, das creches, entre outros. O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede precisam ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação (BRASIL, 2011).

Isso envolve uma atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção às pessoas em situação de violência; para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação dos profissionais para humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e, para a busca de recursos que garantam a supervisão clínica e o apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência.

É importante salientar que mesmo se a rede não estiver totalmente estruturada é possível realizar acompanhamento e encaminhamento às pessoas em situação de violência, contanto que o (a) profissional tenha conhecimento dos serviços existentes (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2003).

Nesse sentido, o quadro 48, apresenta didaticamente o detalhamento de alguns passos essenciais para a materialização da rede de cuidados e de proteção social (intra ou interssetorial), cujos passos não necessariamente seguem uma hierarquia podendo acontecer de forma concomitante.

Quadro 48 - Estruturação da Rede Intrassetorial e Intersetorial

Passos	Estruturação da Rede Intrassetorial e Intersetorial
Diagnóstico da situação	Mapeamento todos os serviços governamentais e não governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção, defesa e proteção dos direitos das pessoas no território, inclusive serviços de atendimento ao autor de agressão, bem como os serviços regionalizados.
	Identificação dos serviços que se constituem como “porta de entrada” ou preferencialmente para primeiro



	<p>atendimento para atenção integral às pessoas em situação de violências.</p>
	<p>Caracterização dos serviços/instituições que realizam o atendimento das pessoas em situação de violências (composição da equipe multiprofissional; existência de protocolos e fluxos de atendimento, articulação em rede intra e intersetorial, tipo de atendimento prestado; endereço, telefones, e-mail, horário de atendimento entre outros).</p>
Mobilização social e Advocacy	<p>4. Pactuação com os(as) gestores(as) locais (distritais, municipais e estaduais) que compõem a rede de cuidado e de proteção social a priorização da atenção integral às pessoas em situação de violências.</p>
	<p>Formalização por meio de atos normativos (leis, decretos, portarias, planos de ação, protocolo de intenção, carta compromisso e outros).</p>
	<p>Construção de alianças estratégicas com Conselhos Tutelares e de Direitos; CREA, CRAS, associações comunitárias; meios de comunicação; Ministério Público, Segurança Pública; Poderes Legislativo e Judiciário dentre outros.</p>
Capacitação permanente e formação continuada	<p>Sensibilização e capacitação dos (as) profissionais de saúde dos três níveis de atenção em linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social.</p>
	<p>Articulação com os serviços de promoção, proteção e defesa dos direitos das pessoas em situação de violências para a inclusão de conteúdo da atenção integral à saúde na</p>



	<p>formação continuada para profissionais e gestores(as).</p>
	<p>Articulação com as instituições de ensino e pesquisa para a inserção do tema da prevenção de violências e a promoção da cultura de paz nas disciplinas dos cursos de saúde, assistência social e educação, bem como nas pesquisas.</p>
Planejamento e gestão	<p>Criação de grupo de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social das pessoas em situação de violências e suas famílias para articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da rede.</p>
	<p>Planejamento das ações e estratégias para atenção integral à saúde das pessoas em situação de violências em linha de cuidado, com base na realidade local.</p>
	<p>Elaboração de protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e da rede intersetorial, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.</p>
	<p>Adoção de estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem às pessoas envolvidas em situação de violência e estimular que a rede intersetorial também siga essas estratégias.</p>
	<p>Implantação/implementação do sistema Vigilância de Violências e Acidentes no SINAN (Viva Contínuo).</p>
	<p>Comunicação e divulgação para a sociedade dos serviços com endereço completo e os horários de atendimento às pessoas em situação de violências (Guia de Serviços).</p>



Fonte: Adaptado do BRASIL, 2010b.

Para melhor monitoramento dos serviços prestados às pessoas em situação de violência o Ministério da Saúde criou, em 2014, o código 165 de serviço especializado de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (SCNES). Desse modo os serviços de atenção à saúde passaram a informar a disponibilização de: Atenção **Integral** às Pessoas em Situação de Violência Sexual (001) – que podem ser organizados em hospitais gerais e maternidades, prontos-socorros, Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares, pois devem atender 24hs por dia nos 7 dias da semana e contar com equipe multiprofissional para o atendimento –, Atenção **Ambulatorial** às Pessoas em Situação de Violência Sexual (007) e/ou **Interrupção de Gravidez** nos Casos Previstos em Lei (006).

É de responsabilidade dos gestores locais cadastrar e atualizar seus estabelecimentos no SCNES. O Ministério da Saúde incentiva fortemente que todos os serviços que oferecem atendimento às pessoas em situação de violência sexual sejam cadastrados pelos gestores no sistema.

Para acessar o SCNES e acessar os estabelecimentos cadastrados como referência no Brasil:

1. Acessar o site: <http://cnes2.datasus.gov.br/>;
2. Clicar em Relatórios;
3. Clicar em Serviços Especializados
4. Selecionar o Estado, Município e Competência (mês/ano) desejados;
5. Em Serviço Especializado, selecionar 165 – Atenção às pessoas em situação de violência sexual;
6. Em Classificação Serviço, podem ser selecionadas as divisões: 165-001 – Referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual; 165-006 – Atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei ou 165-007 – Atenção Ambulatorial em situação de violência sexual.

Obs: Um estabelecimento pode ser simultaneamente 165-001 e 165-006.

4.14.7 Referências



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.

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/112845.htm>. Acesso em: 27 de janeiro de 2015.

Brasil. Ministério da saúde. Ministério da justiça. Secretaria de políticas para as mulheres. Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ª edição. Brasília-df, 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 atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: ministério da saúde, 2010.

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. Portaria gm/ms nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do sus.

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.

Ministério da saúde, ministério da justiça, secretaria de políticas para as mulheres/pr. Norma técnica. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília/df, 2015.

Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: portaria ms/gm nº 737 de 16/5/01 publicada no dou nº 96 seções 1e, de 18/05/01.

Schraiber, l.b.; d'oliveira, a.f.p. l. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde as mulheres em situação de violência doméstica. Projeto



gênero, violência e direitos humanos – novas questões para o campo da saúde. Coletivo feminista sexualidade e saúde. Departamento de medicina preventiva – faculdade de medicina usp. São paulo, 2003.





4.15 Vigilância Epidemiológica

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 puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV. **As demais IST, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios.**

A notificação compulsória nacional das IST se deu por meio de portaria de maneira gradual iniciando-se com a notificação de Aids e sífilis congênita em 1986. Conforme quadro 49.

Quadro 49 - Portarias que instituíram a notificação compulsória das IST no Brasil

Agravo	Notificação instituída em:	Portaria
Aids	1986	PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986
Sífilis congênita	1986	PORTARIA Nº 542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986
Hepatites B	1998	PORTARIA Nº 4.052, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1998
Hepatites C	1999	PORTARIA Nº 1.461, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1999
HIV em gestante e criança exposta	2000	PORTARIA Nº 993, DE 4 DE SETEMBRO DE 2000
Hepatites Virais (inclusão da A, D, E)	2003	PORTARIA Nº 2.325, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2003
Sífilis em gestantes	2005	PORTARIA Nº 33, DE 14 DE JULHO DE 2005
Sífilis adquirida	2010	PORTARIA Nº 2.472, DE 31 DE AGOSTO DE 2010
HIV	2014	PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014

Nota: As hepatites A e C, não tem como principal forma de transmissão a via sexual,



entretanto a transmissão sexual de ambas é amplamente aceita e documentada na literatura científica mundial.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

No Brasil, de acordo com a Portaria nº33, de 14 de julho de 2005⁸⁰⁰ em seu artigo 3º os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975⁸⁰¹, são obrigados a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças de interesse nacional. O caráter compulsório da notificação implica em responsabilidades formais para todo cidadão. É uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

A despeito dessa obrigação de notificação, vale lembrar que a presença de subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) traz relevantes implicações para a resposta a IST no país, visto que permanecem desconhecidas informações importantes no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, entre outros. Além disso, a ausência de registro pode comprometer a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e as ações prioritárias para populações mais vulneráveis. Isso posto, reforça-se, portanto, a necessidade da notificação oportuna de todos os casos no Sinan, bem como a melhoria da qualidade do preenchimento da ficha de notificação e investigação de casos.

Para tanto, também se faz necessário que a vigilância epidemiológica estabeleça normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparabilidade de dados e informações, além da Lista de Doença de Notificação Compulsória, Ficha de Notificação Individual e o fluxo de informação. Esta padronização é realizada por meio da definição de caso de uma doença ou agravo, que possibilita assim tornar comparáveis os critérios diagnósticos que regulam a entrada de caso no sistema.⁹⁰⁰

Vale lembrar que com finalidade de diminuir subnotificação e de alinhar as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde atualizou recentemente a definição de caso de sífilis adquirida, gestante e congênita, conforme quadro 50, 51 e 52.



Quadro 50 - Critérios para definição de casos de sífilis congênita

CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Situação 1

Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis^a não tratada ou tratada de forma não adequadab^{b,c}.

^a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3)

^b Tratamento adequado: Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com benzilpenicilina benzatina, e INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

^c Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2^d

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

- Manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;
- Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;
- Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta^e;
- Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico;
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

^d Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida em situação de violência sexual

^eSeguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

Situação 3

Evidência microbiológica^h de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.



§Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

A parceria sexual da gestante com sífilis NÃO faz parte da definição de caso de sífilis congênita, em relação ao tratamento materno, se adequado ou inadequado. Todavia, o risco de reinfecção a sífilis deve ser acompanhado em todo o período do pré-natal. Assim, recomenda-se que todas as parcerias sexuais de mulheres grávidas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) devem ser avaliadas e tratadas, para evitar reinfecções nas gestantes que foram tratadas adequadamente, especialmente para a sífilis.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 51 - Definição de caso de sífilis em gestantes

CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Situação 1

Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2

Mulher sintomática^a para sífilis, que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério e apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico E/OU não treponêmico com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Situação 3

Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e sem registro de tratamento prévio.



Todos os casos de mulheres diagnosticadas com sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério devem ser notificados na ficha de sífilis em gestantes. Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Quadro 52 - Definição de casos de sífilis adquirida

CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS ADQUIRIDA

Situação 1

Indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente e sem registro de tratamento prévio.

Situação 2

Indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação.

^a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.

Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

É importante ressaltar que, nos últimos anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados.

A Lista de Doença de Notificação Compulsória vigente no país pode ser encontrada na Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017 que *consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde*. As Fichas de Notificação Individual de cada agravo e o fluxo de informação podem ser encontrados na página do Sinan por meio do link: <http://portalsinan.saude.gov.br/>. 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>).

4.16 Anexos

4.16.1 Cartilha Saúde Sexual

4.16.1.1 O que você precisa saber para abordar o tema das sexualidades

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma das dimensões importantes da sexualidade, esta é muito mais que atividade sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (Negreiros, 2004).

Existe preocupação em não rotular e estigmatizar comportamentos sexuais em “normais” ou “anormais”. Busca-se discutir os comportamentos e as práticas sexuais sem preconceitos, considerando que são relativos, dependendo da cultura, do contexto histórico, social e de vida de cada pessoa (CAB 26, 2013).

Para que a sexualidade seja exercida nas relações pessoais de maneira equitativa é preciso que os direitos de cidadania estejam presentes e respeitados nessas relações. Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos contemplam os princípios da diversidade, especialmente a sexual, além do princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e o princípio da integridade corporal, que estão fundamentados nos macros princípios éticos previstos na nossa constituição.

O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo e do (a) parceiro (a), de escolher o (a) parceiro (a) sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de escolher se quer ou não ter uma relação sexual sem fins reprodutivos, de expressar livremente sua orientação sexual, de ter acesso a informação e a educação sexual e reprodutiva, entre outros que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais.

Os direitos reprodutivos evidenciam o direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos (as) desejam ter e em que momento de suas vidas. Compreendem o direito de acessarem informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos e o direito de exercerem a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção e violência.



Dentro desta lógica, alguns conceitos precisam ser conhecidos para que a avaliação seja realizada de maneira integral:

- **Orientação sexual:** é a atração que sente por outros indivíduos. Geralmente envolve questões sentimentais, e não somente sexuais.
- **Identidade de gênero:** é uma classificação pessoal e social das pessoas como homens ou mulheres, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento.
- **Sexo designado ao nascimento:** Refere-se aos aspectos anatômicos e morfológicos da genitália ao nascimento.
- **Expressões de gênero:** é a forma como a pessoa se apresenta, sua aparência e seu comportamento.

Abaixo conceitos sobre as populações-chaves que podem contribuir para melhor compreensão sobre as pessoas atendidas no serviço de saúde.

- **Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH):** Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) são pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além da prática sexual, traz em seu bojo a noção de pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades.
- **Trabalhadora (e)s do sexo:** São pessoas adultas que exercem a troca consensual de serviços, atividades ou favores sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), a qual pode assumir as mais variadas formas e modalidades. A prostituição pode ser realizada pela (o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade), e nos mais diversos espaços e situações. Pode envolver a intermediação de uma terceira pessoa ou a negociação direta entre profissional e cliente, desde que haja consentimento das partes envolvidas, sem constrangimento ou pressão.



- **Pessoas trans:** Pessoas trans são aquelas cuja identidade e expressão de gênero não está em conformidade com as normas e expectativas impostas pela sociedade em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer, com base em sua genitália. Durante muito tempo, essas diferentes formas de identidade foram erroneamente confundidas com questões relacionadas somente à orientação sexual – interpretação que limitava seu caráter identitário. As pessoas trans reivindicam, acima de tudo, o reconhecimento social de sua identidade. A categoria de pessoas trans é bastante ampla e, neste documento, serão enfocados três grupos: mulheres transexuais, travestis e homens trans:
 - **Mulheres transexuais:** São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina, desempenhando papel social de gênero feminino. Têm o desejo de serem reconhecidas como mulheres e serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual.
 - **Travesti:** São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer, para tal, ao uso de hormonioterapia e procedimentos cirúrgicos, não desejando, geralmente, a cirurgia de redesignação sexual. É de grande importância refletir sobre as identidades de mulheres transexuais e travestis, pois estas possuem alguns pontos em comum, como sua expressão de gênero feminina. A diferença que pode marcar as duas identidades seria a identificação política e/ou subjetiva,



em que uma se afirma como uma travesti e outra como mulher transexual.

- **Homens trans:** São pessoas que nasceram com vagina e possuem identidade de gênero masculina, desempenhando papel social de gênero masculino. Reivindicam serem reconhecidos e tratados de acordo com sua identidade de gênero, ou seja, no masculino, e pelo nome com o qual se identificam. Buscam também adequar suas imagens e corpos à sua identidade de gênero, mediante o uso, entre outros recursos, de hormonioterapia, procedimentos cirúrgicos, histerectomia (retirada de útero e ovários) e redesignação (Prevenção combinada, 2017).

4.16.1.2 História sexual e avaliação de risco: habilidades de comunicação para clínica

As IST são frequentemente assintomáticas, o que pode levar as pessoas a transmiti-las, às outras pessoas por desconhecimento. Sequelas graves de IST incluem doença inflamatória pélvica, infertilidade e câncer. As IST não tratadas em gestantes podem causar danos à criança, incluindo infecção perinatal, morte e deficiências físicas e mentais graves (PCDT IST, 2015).

Somente através de uma avaliação adequada, pode-se identificar o risco de uma pessoa para IST. Hipóteses e inferências sobre o risco de IST podem ser imprecisas. Investimentos exclusivos em diagnósticos e tratamentos não serão suficientes se não falarmos de sexo e negligenciarmos as IST. É necessário conhecer para conversar e reduzir o estigma relacionado às práticas sexuais e às IST.

Os profissionais de saúde devem incorporar a prevenção das IST no curso do atendimento rotineiro do paciente, pelo menos anualmente: Avaliar e discutir o risco de IST.

- Oferecer aconselhamento centrado na pessoa e em suas práticas.
- Ajudar os pacientes a reconhecer e minimizar o risco de infectar-se por uma IST.
- Informar os pacientes sobre os sinais e sintomas de IST.
- Oferecer testagem para IST.
- Tratar, acompanhar e orientar pacientes infectados e sua parceria.



- Oferecer vacinação para hepatite A, hepatite B e HPV, quando indicado.

A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Conhecer a história sexual das/dos usuários é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim conhecê-la como um todo. Essa investigação deve ser estruturada para identificar os fatores de risco relacionados à saúde sexual, reconhecendo práticas e comportamentos sexuais e também oportunidades para intervenções breves de mudança de comportamento (Clutterbuck, 2012).

Muitas vezes os/as profissionais de saúde e pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente há uma tendência em subestimar a necessidade que os/as usuários têm de abordar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, os/as usuários querem discutir sua saúde sexual, querem que a/o profissional aborde essa dimensão de sua vida. É importante que a/o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os/as seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito de dialogar sobre sexo e suas práticas sexuais (Nusbaum, 2002).

No encontro clínico, cada profissional de saúde deve desenvolver seu próprio estilo para dialogar sobre com os/as usuários. Entretanto, o treinamento em habilidades de comunicação pode ajudar a/o profissional a aproximar-se do/da usuário e, dessa forma, facilitar essa abordagem.

É fundamental que a/o profissional evite julgamentos prévios, não assuma conceitos prontos, não utilize eufemismos e respeite os limites do/da paciente. Da mesma forma, observe as suas próprias áreas de desconforto, monitore e cuide de suas reações (linguagem não verbal).

Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco é preciso primeiro ganhar a confiança do/da paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns pacientes, porém é preferível que o profissional de saúde faça uma abordagem mais gradual com o objetivo de construir uma relação de confiança com o paciente, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico (Carrió, 2012).

Nesse sentido, é recomendado avisar ao usuário/a que as perguntas que você está fazendo são feitas para todos os pacientes adultos, independentemente da idade ou do estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Algumas vezes, também é importante a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões de cada pessoa, visto que elas também podem contribuir para suas vulnerabilizações,



fundamentalmente, ao se tratar da prostituição. No quadro 1 algumas perguntas que a/o profissional pode realizar durante a consulta para introduzir o assunto de forma gradual.

Ao iniciar o assunto de forma gradual pode-se utilizar de metáforas, mas será necessário avançar para uma comunicação transparente e clara, abordando os pontos mais importantes para avaliação de risco. Para esse segundo momento, ou para pacientes em que a/o profissional já estabeleceu uma relação de confiança prévia e nos quais uma abordagem inicial mais direta pode funcionar, algumas perguntas abertas e diretas podem ser usadas para uma comunicação mais transparente.

No quadro 53 há sugestões e orientações de como abordar e discutir a história sexual numa consulta.

Quadro 53 - Sugestões e orientações de como abordar a história sexual

Orientações gerais
Avalie o quão confortável você está em discutir sobre sexualidades com os vários grupos de pacientes. Identifique as dificuldades que você possa ter. Se você está desconfortável para falar sobre sexo, práticas sexuais e sexualidades, seu/sua paciente também estará.
Deixe confortável e estabeleça uma relação de confiança e empatia antes de abordar questões mais sensíveis. Procure conhecer e desenvolver técnicas e habilidade de comunicação clínica.
Use termos neutros e inclusivos (por exemplo, "parceria" ao invés de "namorado", "namorada", "marido", "esposa") e faça as perguntas de forma não julgadora.
Evite julgamentos morais ou religiosos sobre o comportamento do paciente, em vez disso, relacione as informações de um ponto de vista da saúde emocional e psicológica. Respeite a relutância do paciente em revelar todos os detalhes dos relacionamentos durante a primeira consulta.
Evite fazer suposições sobre seu paciente com base na idade, aparência, estado civil ou qualquer outro fator. A menos que você pergunte, você não pode conhecer a orientação sexual, os comportamentos, práticas ou a identidade de gênero de uma pessoa.
Tente não reagir de forma muito visível e clara se você se sentir desconfortável ou envergonhado. Preste atenção à sua linguagem corporal e postura.
Pergunte como o paciente prefere ser chamado ou identificado quando estiver atendendo uma pessoa Trans. Use essas preferências e dê suporte à identidade de



<p>gênero atual do paciente, mesmo que sua anatomia não corresponda a essa identidade.</p>
<p>Reformule sua pergunta ou explique brevemente por que você está perguntando se um paciente parece ofendido ou relutante em responder.</p>
<p>Certifique-se de que você e o/a paciente compartilhem uma compreensão dos termos utilizados para evitar confusões. Se você não está familiarizado com um termo que seu paciente usou, peça uma explicação.</p>
<p>Como perguntar questões de sexualidade</p>
<p>Pergunte a todos seus pacientes (adolescentes e adultos) questões relacionadas à sexualidade como parte da história clínica geral. Crie uma rotina de perguntar sobre práticas sexuais e sexualidades a seus pacientes. A história sexual pode ser ligada a anamnese geral do paciente ou de um problema de sua saúde (por exemplo: "Muitas pessoas com diabetes percebem uma mudança na função sexual. Você notou alguma mudança?")</p>
<p>Tente ter essa conversa, mesmo que seu/sua paciente pareça desconfortável.</p>
<p>Explique ao paciente que essas perguntas são feitas para todas as pessoas</p>
<p>Se uma parceria, familiar ou cuidador estiver na consulta, peça a essa pessoa para aguardar na sala de espera. Ele (a) pode ser convidado a retornar à consulta depois.</p>
<p>Dialogue sobre o uso de álcool e outras drogas e também do trabalho da prostituição, sem valor, sem moralidade, sem expressão de discriminação. Apenas acolhe, escute, entenda o processo de gerenciamento de risco da pessoa e, se necessário, contribua para sua vida mais saudável.</p>
<p>Pergunte pelo menos uma vez nas consultas iniciais com o (a) paciente em que você está buscando conhecê-lo (a) e estabelecendo vínculo e considere pedir-repetir todos os anos, já que as práticas sexuais e a identidade de gênero podem mudar ao longo do tempo</p>
<p>Esteja preparado para explicar alguns termos, pois não serão familiares para muitos pacientes. Gentilmente ensine ao paciente a terminologia/ pronúncia correta e ligando-a com os termos usados pelo paciente.</p>
<p>Garanta confidencialidade para aumentar o conforto dos pacientes ao revelarem essas informações sensíveis. Especialmente com adolescentes ou pacientes com mais de uma parceria sexual.</p>
<p>Registre as respostas no prontuário para fornecer cuidados centrados no paciente e treine os demais membros da equipe (profissionais de saúde ou administrativos) sobre</p>



como fornecer cuidados culturalmente competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.
"O que você se considera ser? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe.
"Qual é a sua identidade de gênero atual?" Homem, mulher, homem trans, mulher trans, outra.
"Qual sexo você foi designado no nascimento, como está registrado na sua certidão de nascimento?"
Pergunte uma vez no ano para todos (as) os (as) pacientes adultos
“Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde sexual. Uma vez que a saúde sexual é muito importante para a saúde geral, sempre pergunto aos pacientes sobre isso. Se está tudo bem para você, eu vou fazer algumas perguntas sobre questões sexuais agora. Antes de começar, você tem dúvidas ou alguma preocupação em relação à sua saúde sexual que gostaria de discutir? ”
“Você teve relações sexuais no último ano? ” Se não: “Você já teve relações sexuais? ”
“Você teve relações sexuais com homens, mulheres ou ambos? ”
“Quantas parcerias sexuais você teve no último ano? ” (Ou em outro período de tempo, de acordo com a avaliação clínica a ser realizada na consulta)
Muitas pessoas adultas mais velhas continuam a ser sexualmente ativas. Pergunte a todos os seus pacientes adultos mais velhos se o sexo mudou para eles e, em caso afirmativo, como. Ao fazer esta pergunta, você pode identificar problemas sexuais. Exemplo: “Um assunto que nunca abordamos é se a senhora está satisfeita com o relacionamento que mantém com seu marido. (Avançando na consulta) E no que se refere a um âmbito mais íntimo, há relação íntima? (Explicando) estou falando de ter relações íntimas, como marido e mulher...”
Pergunte uma vez no ano para todos os seus pacientes adolescentes
Explique ao pai/mãe/cuidador que você gostaria de ter uma parte de cada consulta sozinho com o (a) adolescente. O tempo sozinho com os adolescentes é fundamental para discutir tópicos sensíveis, como a saúde sexual, e os prepara para assumir a responsabilidade pelos seus cuidados de saúde. Certifique-se de que pai/mãe/cuidador será convidado de volta para completar a consulta.
Comece com tópicos menos ameaçadores, como escola ou atividades cotidianas,



antes de avançar para tópicos mais sensíveis, como drogas e sexualidade.
Faça perguntas abertas para facilitar a conversação.
"Eu vou fazer algumas perguntas que eu pergunto a todos os meus pacientes. Esta informação é importante e me ajudará saber como melhor oferecer o cuidado para você. Suas respostas serão mantidas confidenciais, então fale livremente. Pode ser que algumas vezes talvez seja necessário compartilhar essa informação com outras pessoas".
"Quais perguntas você tem sobre seu corpo e/ou sobre sexo?"
“Seu corpo muda muito durante a adolescência e embora isso seja normal, também pode ser confuso. Alguns dos meus pacientes sentem que são mais um menino ou uma menina, ou mesmo outra coisa, enquanto seu corpo muda de outra maneira. Como isso aconteceu com você? ”
"Como você descreveria sua orientação sexual?"
"Você já teve relações sexuais com alguém? Por sexo quero dizer sexo vaginal, oral ou anal "
Perguntas adicionais para adultos e adolescentes
Perguntas sobre parcerias: <ul style="list-style-type: none">- Você tem uma parceria fixa? Vocês têm relações com outras pessoas? Você sabe se sua parceria tem relações sexuais com outras pessoas?- Nos últimos 3 meses, você teve relações sexuais com alguém que não conhecia ou acabou de conhecer?- Você já foi forçado (a) ou pressionado (a) a ter relações sexuais?
Perguntas sobre práticas: <ul style="list-style-type: none">- Nos últimos 3 meses, que tipos de sexo você teve? Anal? Vaginal? Oral? Receptivo (Passivo), insertivo (Ativo), ambos (Passivo e Ativo)?- Você ou sua parceria usou álcool ou drogas quando você fez sexo?- Você já trocou sexo por drogas ou dinheiro?
Perguntas sobre história de IST: <ul style="list-style-type: none">- Você já teve uma IST? Se sim: qual? Onde foi a infecção? Quando foi? Você tratou? Sua parceria tratou?- Você já foi testado (a) para o HIV? Se sim: há quanto tempo foi esse teste? Qual foi o resultado?
Perguntas sobre uso de proteção:



- O que você faz para proteger-se das IST, incluindo o HIV?
- Quando você usa essa proteção? Com quais parcerias?
- Você foi vacinado contra o Hepatite B? Hepatite A? HPV?

Perguntas sobre planejamento familiar:

- Você tem algum desejo de ter (mais) filhos/as?

Se sim: quantos filhos/as você gostaria de ter? Quando você gostaria de ter um filho?

O que você e sua parceria estão fazendo para evitar a gravidez até esse momento?

Se não: Você está fazendo alguma coisa para evitar a gravidez? (Certifique-se de perguntar também para pacientes transgêneros que ainda possuem órgãos reprodutivos femininos)

Fonte: adaptado de Carrió, 2012; Workowski, 2015; Nusbaum, 2002

4.16.1.3 Referências

Brasil: Ministério da saúde. Departamento de Atenção Básica. (2010). Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Brasil: Ministério da Saúde (2016). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Carrió FB. Entrevista clínica – Habilidades de comunicação para profissionais de saúde. 2012; primeira edição; Artmed; ISBN: 9788536327754.

Clutterbuck et al; Clinical Effectiveness Group of British Association for Sexual Health and HIV (BASHH) and British HIV Association (BHIVA). UK national guideline on safer sex advice. Int J STD AIDS. 2012 Jun; 23(6):381-8. doi: 10.1258/ijsa.2012.200312. PubMed PMID: 22807529.

Negreiros, Teresa Creusa de Góes Monteiro. Sexualidade e gênero no envelhecimento. Revista Alceu. v. 5, n. 9, p.

Nusbaum MR, Hamilton CD. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002 Nov 1;66 (9):1705-12. Review. PubMed PMID: 12449269.

Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5; 64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28; 64(33):924. PubMed PMID: 26042815.