



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

Coleção Guia de Referência Rápida

# Infecções Sexualmente Transmissíveis

Versão Profissional

Rio de Janeiro, 1ª edição/2016

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

**Superintendência de Atenção Primária**

Guia de Referência Rápida

# **Infecções Sexualmente Transmissíveis**

**Versão Profissional**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1° edição

SMS/RJ

PCRJ © 2016

**Prefeito**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Subsecretário de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde**

José Carlos Prado Jr.

**Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde**

Betina Durovni

**Superintendente de Atenção Primária em Saúde**

Guilherme Wagner

**Coordenadora das Linhas de Cuidado das Doenças Crônicas Transmissíveis**

Patrícia Barbosa Peixoto Durovni

**Superintendente de Integração das Áreas de Planejamento**

Guida Silva

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Cristina Lemos

**Superintendente de Promoção da Saúde**

Cristina Boaretto

**Coordenação Técnica**

André Luis Andrade Justino  
Armando Henrique Norman  
Nulvio Lermen Junior

**Organização**

Inaiara Bragante

**Elaboração Técnica**

Cassia Kirsch Lanes  
Fernanda Lazzari Freitas

**Revisão Técnica**

Michael Duncan

**Colaboração**

Angela Marta da Silva Longo  
Angelmar Roman  
Carlo Roberto H da Cunha  
Marcelo Rodrigues Gonçalves  
Melanie Noël Maia  
Vinícius Martins de Menezes

**Revisão**

Kênia Santos

**Diagramação**

Márcia Azen  
Victor Soares Rodrigues Pereira

# Índice

<b>● Introdução</b>	<b>4</b>
Cuidado centrado na pessoa	4
Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis	5
<b>● Úlceras genitais</b>	<b>6</b>
Pontos-chave	6
Abordagem sindrômica	7
Tratamento	9
Gestação/lactação	11
Fluxograma	12
<b>● Corrimento uretral ou síndrome uretral</b>	<b>13</b>
Pontos-chave / Abordagem sindrômica	13
Tratamento	14
Fluxograma	15
<b>● Corrimento vaginal</b>	<b>16</b>
Pontos-chave / Testes diagnósticos auxiliares	16
Fluxograma	17
Gonorreia e Clamídia	18
Tricomoníase e Vaginose Bacteriana	20
Candidíase	22
<b>● Dor pélvica</b>	<b>24</b>
Pontos-chave / Abordagem sindrômica	24
Diagnóstico / Tratamento	25
<b>● Infecção pelo papilomavírus humano (HPV)/verruga genital</b>	<b>27</b>
Pontos-chave / Abordagem sindrômica	27
Diagnóstico / Tratamento	29
Gestação / Infecção Subclínica pelo HPV na genitália (sem lesão macroscópica)	31
<b>● Sífilis</b>	<b>32</b>
Pontos-chave / Estágios	32
Diagnóstico	35
Tratamento	37
Gestação/lactação	39

# Introdução

## Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (SUBPAV/SAP). O documento representa o posicionamento da SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade do Rio de Janeiro. Em casos de condutas divergentes do que estiver presente neste guia recomenda-se o devido registro e justificativa no prontuário com objetivo de resguardar o profissional que realiza a assistência.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são motivos comuns de procura aos serviços de saúde. Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar preparados para manejar e acompanhar essas situações. Este material traz informação atualizada sobre a abordagem, diagnóstico e manejo das principais IST. Sífilis na gestação será abordada no Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal.

## ***Os pontos-chaves deste material são:***

- Identificar a importância da abordagem sindrômica de casos de IST e outras infecções prevalentes do trato genital inferior.
- Identificar as principais características da abordagem sindrômica.
- Conhecer o fluxograma proposto para cada síndrome.
- Conhecer os esquemas terapêuticos propostos para os casos de IST e outras infecções prevalentes do trato genital inferior.
- Entender a importância da vigilância, notificação e seguimento dos casos de IST.

## ■ **Cuidado centrado na pessoa**

A abordagem das IST deve levar em conta as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado. Para isso, uma boa comunicação clínica é essencial e deve estar embasada em evidências. Isso permitirá que o paciente possa tomar decisões

informadas sobre o seu manejo. Deve-se sempre estimular a comunicação com o parceiro sobre o diagnóstico. Se o paciente concordar, o parceiro deve ser envolvido nas decisões sobre cuidados e tratamentos. Deve-se respeitar sempre o sigilo do paciente para evitar o estigma que essas doenças infelizmente ainda possuem.

***Além disso, existe um grupo de recomendações comuns na abordagem de todas as IST. São elas:***

- Realizar aconselhamento, oferecer testes rápidos para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas. Caso não seja possível, fazer uso de preservativo.
- Oferecer e estimular o uso de preservativos.
- Encorajar a pessoa a comunicar ao(s) parceiro(s) sexual(is) dos últimos três meses para que possam ser atendidos e tratados.
- Oferecer tratamento ao parceiro.
- Notificar o caso em formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em caso de sífilis, síndrome do corrimento uretral masculino, hepatites virais, HIV em gestantes e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

## ■ **Abordagem sindrômica das infecções sexualmente transmissíveis**

A Abordagem Sindrômica foi instituída, em 1991, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ela consiste em incluir as infecções dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios<sup>1</sup>. Os fluxogramas específicos para cada síndrome foram desenvolvidos a partir da queixa principal que motivou o paciente a buscar o atendimento, levando em conta o exame físico e os achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome<sup>2</sup>. As IST genitais estão divididas em cinco síndromes: úlceras genitais, corrimentos uretrais ou síndrome uretral, corrimentos vaginais, dor pélvica e verrugas genitais. Este guia abordará em capítulo separado a sífilis, que é uma IST prevalente no Rio de Janeiro e cujo diagnóstico e tratamento vão além da abordagem sindrômica.

# Úlceras Genitais

## ■ Pontos-chave

- O diagnóstico das úlceras genitais é baseado nos sinais e sintomas.
- Aciclovir, Famciclovir e Valaciclovir orais são efetivos no tratamento inicial e de episódios recorrentes de herpes genital, diminuindo a duração dos sintomas e a replicação viral<sup>3</sup>.
- Linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal (donovanose) devem ser tratados com doxiciclina 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo três semanas<sup>3</sup>.
- O tratamento do herpes genital deve ser iniciado o mais precocemente possível.
- No manejo de úlceras genitais extensas, além do uso de antibióticos, pode-se usar água fria ou soro fisiológico, analgésicos tópicos ou orais, banhos perineais, anti-inflamatórios tópicos ou orais, ou compressas frias para diminuir o edema circundante, inflamação e dor<sup>3</sup>.
- Úlceras com mais de quatro semanas de duração devem ser encaminhadas para biópsia e tratadas para sífilis e donovanose<sup>2</sup>.
- Teste rápido para sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV deve ser oferecida aos indivíduos com úlcera genital<sup>3</sup>.

## ■ Abordagem sindrômica

Na anamnese é muito importante avaliar o tempo de evolução da lesão e questionar se existe dor local. No exame físico, examinar genitália externa e interna (mulher), inspecionar períneo e região anorretal e observar aspecto das lesões e, ainda, se é única ou múltipla. Além disso, deve-se palpar a região inguinal e cadeias ganglionares.

O diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas. A tabela abaixo sintetiza a apresentação clínica conforme o agente etiológico da úlcera genital:

Etiologia	Apresentação Clínica
<b>Herpes Genital</b>	Vesículas múltiplas que se rompem, tornando-se úlceras rasas dolorosas. Aparecimento geralmente precedido de aumento da sensibilidade cutânea, ardência, prurido ou sintomas uretrais, especialmente se história de recorrência das lesões (Figuras 1 e 2).
<b>Sífilis Primária (Cancro Duro)</b>	Lesão única, indolor, base limpa e bordos endurecidos (Figura 3).
<b>Cancro Mole (<i>Haemophilus Ducreyi</i>)</b>	Úlcera não endurecida, dolorosa, com base friável coberta por necrose ou exsudato purulento. Geralmente linfadenopatia dolorosa inguinal unilateral acompanhando lesão.
<b>Granuloma Inguinal (Donovanose)</b>	Úlcera persistente, indolor, aspecto avermelhado (altamente vascularizada). Sem linfadenopatia. Pode haver granuloma subcutâneo e lesões simétricas em espelho (Figura 4).
<b>Linfogranuloma Venéreo (<i>C. Trachomatis</i>)</b>	Úlcera pequena, indolor, sem endurecimento. Linfadenopatia unilateral inguinal ou femoral.





**Figura 1. Herpes Simples Genital.**

Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012).  
Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>



**Figura 2. Herpes Simples Genital.**

Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012).  
Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>



**Figura 3. Cancro Duro.**

Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012).  
Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>



**Figura 4. Donovanose.**

Fonte: Velho PE, Souza EM, Belda Junior W. *Donovanosis*. *Braz J Infect Dis*. 2008;12(6):523

## ■ Tratamento

Etiologia	Tratamento
<b>Herpes Genital</b>	<p>No <b>PRIMEIRO EPISÓDIO</b> do herpes o tratamento deve iniciar o mais precocemente possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 7 dias, ou ACICLOVIR 200mg, VO, a cada 4h, por 7 dias; ou</li> <li>• VALACICLOVIR 1g, VO, a cada 12h, por 7 a 10 dias; ou</li> <li>• FAMCICLOVIR 250mg, VO, a cada 8h, por 7 a 10 dias.</li> </ul>
	<p>Na <b>RECORRÊNCIA</b> do herpes genital o tratamento deve iniciar de preferência assim que aparecerem os pródomos (aumento da sensibilidade, ardor ou dor):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 5 dias; ou</li> <li>• VALACICLOVIR 500mg, VO, a cada 12h, por 5 dias; ou</li> <li>• FAMCICLOVIR 125mg, VO, a cada 12h, por 5 dias.</li> </ul>
	<p>Tratamento <b>SUPRESSIVO</b> - Se lesões frequentes: seis ou mais episódios por ano, causando estresse e afetando a vida social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACICLOVIR 400mg, VO, 2 vezes ao dia; ou</li> <li>• FAMCICLOVIR 250mg, VO, 2 vezes ao dia; ou</li> <li>• VALACICLOVIR 500mg, VO, 2 vezes ao dia. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duração do tratamento: 6 meses a 1 ano.</li> <li>- Após 1 ano, parar o tratamento por no mínimo duas recorrências.</li> <li>- Se persistir com recorrência, reiniciar terapia supressiva.</li> </ul> </li> </ul>

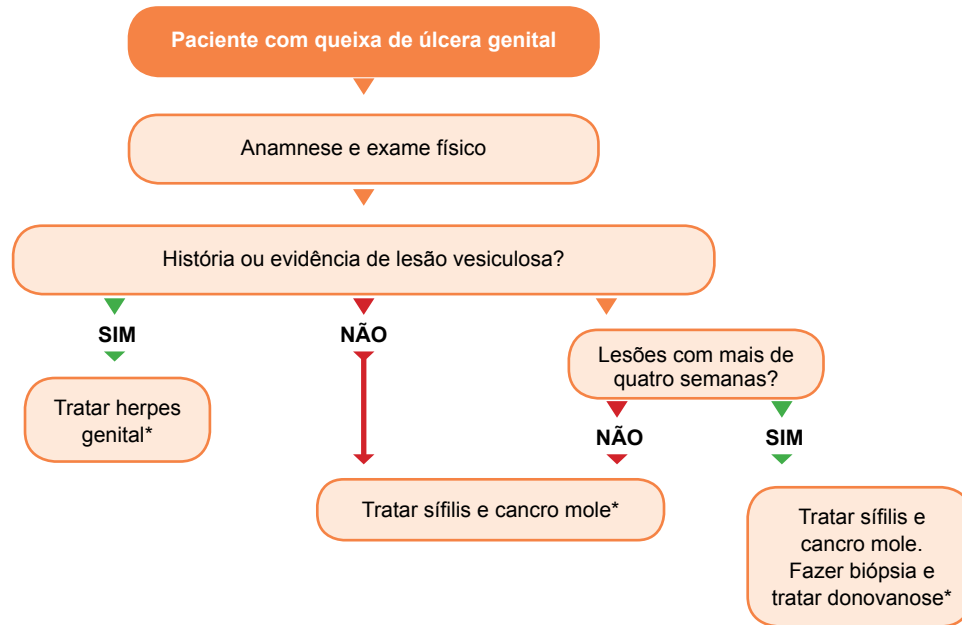
Etiologia	Tratamento
<p><b>HERPES GENITAL E HIV</b> (imunossuprimidos podem ter episódios graves e prolongados de herpes genital)</p>	<p><b>INFECÇÃO EPISÓDICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 5 a 10 dias; ou</li> <li>• VALACICLOVIR 1g, VO, a cada 12h, por 5 a 10 dias; ou</li> <li>• FAMCICLOVIR 500mg, VO, a cada 12h, por 5 a 10 dias.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se lesões graves, considerar internar para aciclovir endovenoso.</li> </ul> <hr/> <p><b>Tratamento SUPRESSIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 12h, por 6 meses a 1 ano.</li> <li>- Após 1 ano, parar tratamento por, no mínimo, duas recorrências.</li> <li>- Se persistir com recorrência, reiniciar terapia supressiva.</li> </ul>
<p><b>SÍFILIS PRIMÁRIA OU CÂNCRO DURO</b> (para maiores detalhes sobre sífilis, ver páginas 32 a 39)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)</li> </ul> <p><b>Alérgicos à Penicilina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 15 dias; ou</li> <li>• CEFTRIAXONA 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias; ou</li> </ul>
<p><b>CÂNCRO MOLE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZITROMICINA 1g, VO, dose única; ou</li> <li>• CIPROFLOXACINO 500mg, VO, a cada 12h, por 3 dias (contraindicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou</li> <li>• ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias; ou</li> <li>• CEFTRIAXONA 500mg, IM, dose única.</li> </ul>

Etiologia	Tratamento
<b>DONOVANOSE</b>	<p>O tratamento deve ser continuado até que as lesões estejam curadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas; ou</li> <li>• AZITROMICINA 500 mg, 02 comprimidos, 1 vez ao dia, por 3 semanas (preferencial nas gestantes); ou</li> <li>• SULFAMETOXAXOL + TRIMETROPIMA 800/160mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas.</li> </ul>
<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b> ( <i>C.trachomatis</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas; ou</li> <li>• ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por no mínimo 3 semanas.</li> </ul>

## ■ Gestação/lactação

Etiologia	Tratamento
<b>Herpes Genital</b>	Evitar tratar as recidivas. Tratar o primeiro episódio com: ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 7 a 10 dias.
<b>SÍFILIS PRIMÁRIA (CANCRO DURO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PENICILINA BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única.</li> <li>• Gestantes comprovadamente alérgicas à Penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, podem ser tratadas com Ceftriaxone 1g, IM ou EV, 1 vez ao dia por 8 a 10 dias. Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequados da criança ainda na maternidade. A sífilis na gestação e a sífilis congênita são abordadas em maiores detalhes no Guia de Atenção ao Pré-Natal.</li> </ul>

## Fluxograma



Adaptado de Ministério da Saúde: HIV/AIDS, hepatites e outras DST/ 2006.

\*Tratamento vide tabela anterior.

# Corrimento Uretral ou Síndrome Uretral

## ■ Pontos-chave

- Os microorganismos mais frequentemente envolvidos na etiologia da síndrome uretral ou uretrite são *Clamídia Trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae*<sup>6</sup>.
- O tratamento da uretrite pode reduzir a transmissão do HIV.
- A combinação de Azitromicina ou Doxiciclina mais Ceftriaxona são recomendadas para o tratamento empírico da síndrome uretral<sup>2</sup>.
- Em caso de síndrome uretral persistente ou recorrente considerar uretrite por trichomonas e realizar tratamento empírico com Metronidazol<sup>2, 6</sup>.
- Os testes rápidos para sífilis e HIV deve ser oferecida aos indivíduos com síndrome uretral<sup>3</sup>.
- Todos os casos de síndrome do corrimento uretral masculino devem ser notificados em formulário do SINAN.

## ■ Abordagem sindrômica

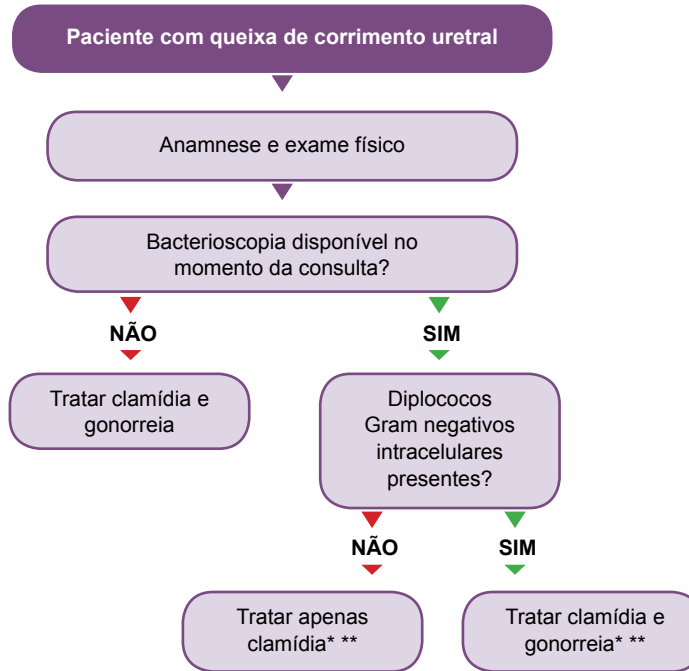
O diagnóstico é baseado nos sinais e sintomas. Os sintomas mais comuns da uretrite ou síndrome uretral no homem são corrimento uretral, disúria ou desconforto peniano. Na anamnese abordar os riscos para IST: vida sexualmente ativa, relação sexual desprotegida e mudança recente de parceiro. No exame físico, com o prepúcio retraído, verificar se o corrimento provém realmente do meato uretral. Se não houver corrimento visível, solicitar ao paciente que ordene a uretra, comprimindo o pênis da base à glande. Se mesmo assim não se observar o corrimento, sendo a história consistente, seguir fluxograma considerando a queixa principal.

**ATENÇÃO:** Tratar gonorreia e clamídia, em virtude de não haver a possibilidade de descartar-se coinfeção por clamídia.

## ■ Tratamento

Etiologia	Tratamento
<p><b>Síndrome do Corrimento Uretral</b></p>	<p><b>Tratamento para Clamídia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZITROMICINA 1g, VO, em dose única; ou</li> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou</li> <li>• AMOXICILINA 500 mg, VO, 08/08h, por 7 dias; ou</li> <li>• ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias.</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;">+</p> <hr/> <p><b>Tratamento para Gonorreia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CEFTRIAXONA 500mg, IM, dose única; ou</li> <li>• CEFOTAXIMA 1g, EV, dose única.</li> </ul>
<p><b>Síndrome Uretral Persistente:</b> <i>Trichomonas vaginalis</i>, <i>Mycoplasma genitalium</i> e <i>Ureaplasma urealyticum</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZITROMICINA 500mg, VO, 1 vez ao dia, por 5 dias; ou</li> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias;</li> </ul> <p style="text-align: center;">+</p> <p>METRONIDAZOL 2g, VO, dose única.</p>

## Fluxograma



Adaptado de Ministério da Saúde: HIV/AIDS, hepatites e outras DST/ 2006.

\*Tratamento vide tabela anterior.

\*\*Se os sintomas persistirem após 07 dias do tratamento, Tratar para *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* e *Ureaplasma urealyticum*



# Corrimento Vaginal

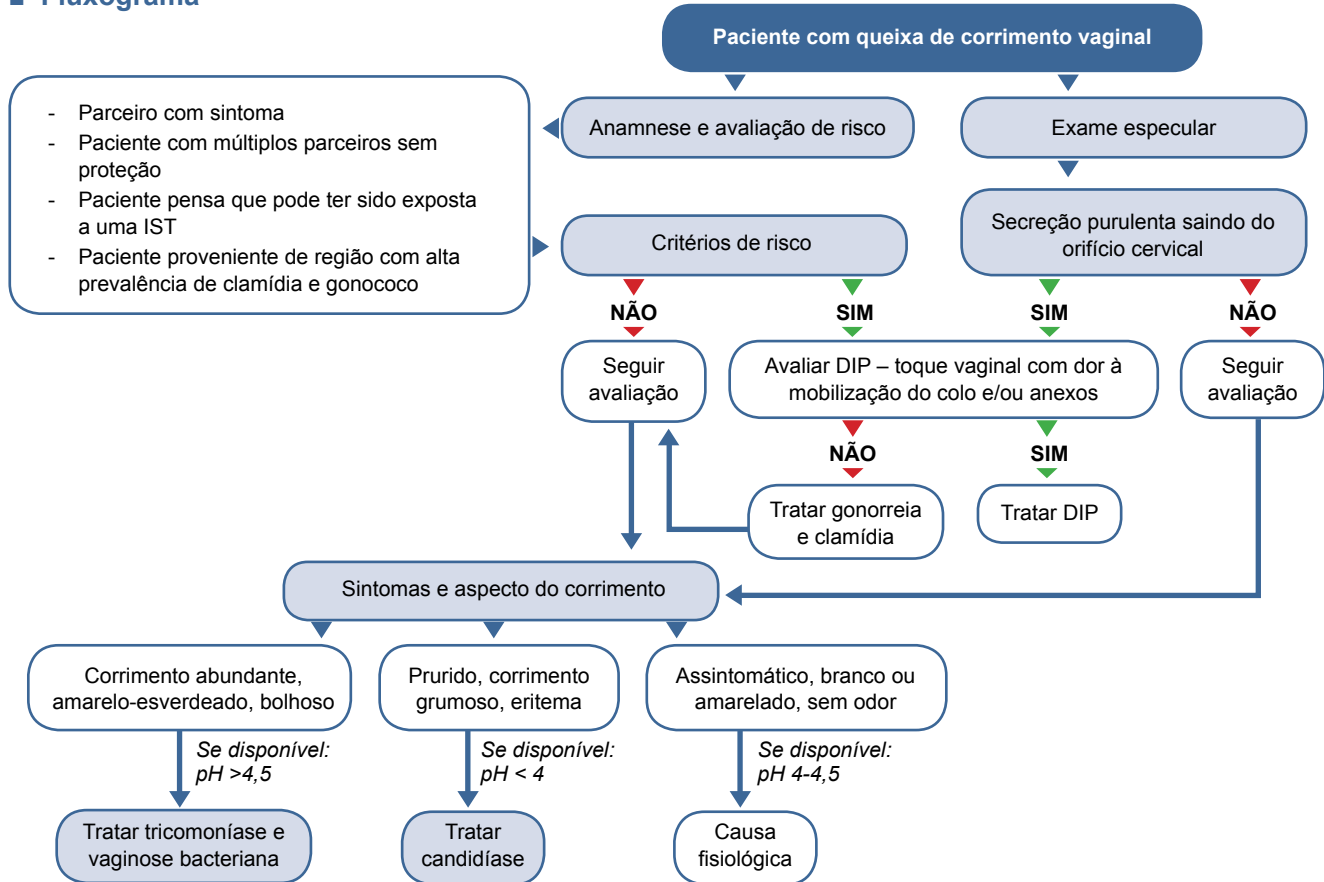
## ■ Pontos-chave

- O corrimento vaginal fisiológico geralmente é branco ou transparente, fino ou viscoso, geralmente sem cheiro. Pode aumentar de volume no período ovulatório, na gestação, com o uso de anticoncepcionais combinados e na presença de área de ectopia no colo uterino.
- A presença de cervicite – secreção purulenta saindo do orifício cervical – e dor à mobilização do colo pode significar uma infecção do trato genital superior (ver Dor Pélvica).
- Avaliação de risco:
  - Parceiro com sintoma.
  - Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção.
  - Paciente pensa que pode ter sido exposta às IST.
  - Paciente proveniente de região com alta prevalência de gonococo e clamídia.
- Sempre que se suspeitar de IST, ou em mulheres com alto risco para IST, realizar aconselhamento, testes rápidos para outras ISTs, vacina da hepatite B, buscar e tratar parceiros, combinar retorno.
  - os parceiros devem receber o mesmo tratamento, preferencialmente em dose única.
- O exame de Papanicolau (citologia oncológica do colo uterino) não deve ser usado como teste diagnóstico.

## ■ Testes diagnósticos auxiliares

- pH vaginal: colocar por 1 minuto a fita sobre a parede vaginal. O pH estabiliza em cerca de 2 a 5 minutos.
  - Normal em mulheres pré-menopausa: entre 4 e 4,5.
  - Pré-menarca ou pós-menopausa: > 4,7.
  - O pH não auxilia no diagnóstico em idades extremas.

## Fluxograma



# Gonorreia e Clamídia

## ■ Pontos-chave

- 20-30% das mulheres desenvolvem infecção ascendente, com ou sem endometrite, que pode causar doença inflamatória pélvica (ver DIP).
- Não causam sintomas de vaginite, sendo muitas vezes assintomáticas
- É recomendado o tratamento concomitante de gonorreia e clamídia.

## ■ Abordagem sindrômica

- Queixas de dor pélvica, dispareunia, disúria, sangramento pós-coital ou intermenstrual.
- Aspecto: corrimento vaginal leve, sem odor, cervicite mucopurulenta endocervical, colo friável.
- **Infecção anorretal por gonococo:** prurido, secreção mucopurulenta associada à motilidade intestinal.
- **Infecção faríngea por gonococo:** eritema e exsudato, linfonodomegalia cervical anterior. A maioria dos casos resolve espontaneamente, mas o tratamento deve ser feito para prevenir a disseminação.
- **Síndrome de Reiter por Clamídia:** artrite reativa associada à cervicite (ou uretrite), conjuntivite e úlceras mucocutâneas 3 semanas após o início da infecção.

## ■ Tratamento

- Evitar relações sexuais por até 7 dias após o início do tratamento.
- Sempre realizar aconselhamento, sorologias, vacina da hepatite B, buscar e tratar parceiros e combinar retorno.
- Os parceiros devem receber o mesmo tratamento, preferencialmente em dose única.

Agente	Tratamento	Observações
<b>Gonorreia</b>	<p><b>Qualquer uma das opções, em dose única:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CEFTRIAXONA 500mg, IM; ou</li> <li>• Cefotaxima 1g, EV</li> </ul>	<p><b>Gonorreia faríngea:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única</li> <li>+</li> <li>• Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única</li> </ul>
<b>Clamídia</b>	<p><b>Qualquer uma das opções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZITROMICINA 1g, VO, dose única;</li> </ul>	<p><b>2<sup>as</sup> opções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou</li> <li>• ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias; ou</li> <li>• AMOXICILINA 500mg, VO, 3 vez ao dia, por 7 dias.</li> </ul>

# Tricomoníase e Vaginose Bacteriana

## ■ Pontos-chave

- A **vaginose bacteriana** é a principal causa de queixas de corrimento e mau cheiro.
  - É uma infecção endógena, e não há necessidade de tratar o parceiro se houver certeza diagnóstica.
- A **tricomoníase** pode alterar a citologia oncocítica. Se houver alterações morfológicas celulares e tricomonas, deve-se tratar e repetir a citologia após três meses.
  - Não é necessário aguardar o resultado da citologia para realizar o tratamento.
  - O achado na citologia de rotina impõe o tratamento da mulher e do parceiro, já que se trata de uma DST.

Não há indicação de tratamento de vaginose bacteriana assintomática, nem mesmo pré-inserção de DIU, mas em mulheres que possuam DIU e apresentem VB sintomática recorrente, a retirada do DIU deve ser considerada.

## ■ Abordagem sindrômica

- Queixas de dispareunia, disúria, dor pélvica. Podem ocorrer prurido e irritação vulvar, mas são infrequentes.
- Aspecto: corrimento abundante, amarelado esverdeado, bolhoso, hiperemia de mucosa com placas avermelhadas.
  - Odor fétido sugere mais vaginose bacteriana.

## ■ Tratamento

- Durante quaisquer dos tratamentos deve ser feita abstinência sexual de, pelo menos, 7 dias após ambos (paciente e parceiro(s)) completarem o tratamento.

- Sempre realizar aconselhamento, sorologias, vacina da hepatite B, buscar e tratar parceiros e combinar retorno.
  - Os parceiros devem ser tratados preferencialmente com medicamentos de dose única.
  - Se certeza de vaginose bacteriana, não é necessário tratar o parceiro.

Agente	1ª opção	2ª opção	Menores de 18 anos, gestantes e nutrizes
<b>Tricomoníase</b>	METRONIDAZOL 400-500mg, VO, a cada 12h, por 5-7 dias.	<p><b>Qualquer uma das opções, em dose única:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• METRONIDAZOL 2g, VO; ou</li> <li>• TINIDAZOL 2g, VO; ou</li> <li>• SECNIDAZOL 2g, VO.</li> </ul> <p>O tratamento tópico intravaginal não é recomendado como único tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O regime estendido se mostrou seguro durante a gestação.</li> <li>• O tratamento com dose única pode ser feito, preferencialmente após 37 semanas de gestação.</li> <li>• Durante e amamentação preferir os regimes estendidos. Se for necessário usar a dose única, suspender a amamentação por 12-24h.</li> </ul>
<b>Vaginose bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• METRONIDAZOL 400-500mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou</li> <li>• METRONIDAZOL gel 0,75%, 1 aplicação vaginal (5g), à noite, por 5 dias; ou</li> <li>• CLINDAMICINA 300mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou</li> <li>• CLINDAMICINA creme 2%, 1 aplicação vaginal, à noite, por 7 dias; ou</li> <li>• TINIDAZOL 500mg, 4cp, VO, por 2 dias, ou 2cp, VO, por 5 dias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento tópico ou oral possuem a mesma efetividade e a escolha depende, entre outros fatores, da preferência da paciente.</li> <li>• Metronidazol via oral dose única se mostrou o tratamento menos efetivo, portanto não é recomendado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O regime estendido se mostrou seguro durante a gestação e lactação.</li> <li>• METRONIDAZOL 400-500mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou</li> <li>• METRONIDAZOL 250mg, VO, 3 vezes ao dia, por 7 dias; ou</li> <li>• Clindamicina 300mg, VO, a cada 12h, por 7 dias (esquema recomendado para gestantes do primeiro trimestre).</li> </ul>

# Candidíase

## ■ Pontos-chave

- É uma infecção endógena, portanto não há necessidade de tratar o(s) parceiro(s) e investigar IST.
  - Recomenda-se o tratamento via oral de parceiros de mulheres com **candidíase recorrente**.
- O achado de **cândida** na citologia oncológica em pacientes assintomáticas não justifica o tratamento.

## ■ Abordagem sintômica

- Queixas de prurido vulvovaginal, disúria, dispareunia.
- Aspecto: corrimento branco grumoso, aderido à mucosa, inodoro, hiperemia e eritema vulvar, lesões satélites na vulva.
- O exame físico pode ser dispensado se anamnese compatível com os sinais e sintomas característicos.

## ■ Tratamento

- O tratamento tópico ou oral possuem a mesma efetividade e a escolha depende, entre outros fatores, da preferência da paciente.
- Para sintomas vulvares pode ser usada uma apresentação tópica em associação com uma oral.

Agente	1ª opção	Gestantes e nutrizes
<b>Candidíase</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MICONAZOL creme 2%, 1 aplicação vaginal, à noite, por 5 dias; ou</li> <li>• NISTATINA 25.000UI/g creme, 1 aplicação vaginal, à noite, por 14 dias; ou</li> <li>• FLUCONAZOL 150mg, VO, dose única; ou</li> <li>• CLOTRIMAZOL creme 1%, 1 aplicação vaginal, à noite, por 6-12 dias; ou</li> <li>• CLOTRIMAZOL 100mg óvulos, 1 aplicação vaginal, à noite, por 7 dias; ou</li> <li>• TIOCONAZOL creme 6,5%, ou óvulos de 300mg, 1 aplicação vaginal, dose única; ou</li> <li>• ITRACONAZOL 200mg, VO, a cada 12h, por 1 dia; ou</li> <li>• CETOCONAZOL 400mg, VO, 1 vez ao dia, por 5 dias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer das opções de uso tópico por, pelo menos, 7 dias.</li> </ul>

### ***Candidíase severa ou recorrente:***

#### **Tratamento:**

- Qualquer agente tópico, por 7 a 14 dias.
- CLOTRIMAZOL 200mg, VO, 1 vez ao dia, por 10-14 dias.
- FLUCONAZOL 100-200mg, VO, 1 vez ao dia, a cada 3 dias, por 3 doses.
- ITRACONAZOL 200mg, VO, 1 vez ao dia, por 7 dias.

#### **Manutenção:**

- CLOTRIMAZOL, intravaginal, 1 vez por semana
- FLUCONAZOL 150mg, VO, 1 vez por semana, por 6 meses
- ITRACONAZOL 200mg, VO, 2 vez por dia, por 1 dia, 1 vez ao mês

#### **Imunossuprimidas:**

- Antifúngicos orais por 7 dias.
- Antifúngicos intravaginais por 6-14 dias.



# Dor Pélvica

## ■ Pontos-chave

- Doença polimicrobiana do trato genital superior. Principais agentes envolvidos são clamídia e gonococo.
- O diagnóstico é CLÍNICO, nenhum teste ou estudo é sensível ou específico o suficiente para um diagnóstico definitivo.
- Deve-se manter um limiar baixo para o diagnóstico de DIP por causa das sequelas significativas associadas a essa infecção.
- Parto ou aborto recente: excluir infecção pélvica e abdômen agudo.
- Atraso menstrual, sangramento vaginal: excluir gestação (tópica e ectópica) e abortamento.
- Sempre realizar aconselhamento, sorologias, vacina da hepatite B, buscar e tratar parceiros, combinar retorno.
- Não há evidência que sugira a necessidade da retirada do DIU em mulheres com DIP aguda, mas essas pacientes devem ser monitoradas.

## ■ Abordagem sindrômica

### Sinais e sintomas a considerar na abordagem sindrômica da dor pélvica:

- Dor pélvica, dispareunia, disúria, sangramento pós-coital.
- Cervicite mucopurulenta.
- Exame pélvico bimanual: hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, presença de massas ou coleções.
- Temperatura: acima de 38°C em casos graves.

## ■ Diagnóstico

- O diagnóstico é **CLÍNICO**.
- Critérios para DIP: 3 critérios maiores + 1 critério menor, ou 1 critério específico:
  - Critérios maiores: dor no abdômen inferior, dor à palpação dos anexos, dor à mobilização do colo uterino.
  - Critérios menores: febre (>38°C), secreção vaginal ou endocervical mucopurulenta, massa pélvica, leucocitose, proteína C reativa ou VHS aumentados, comprovação laboratorial de infecção por gonococo, clamídia ou micoplasma.
  - Critérios específicos: evidência histopatológica de endometrite, presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco em estudo de imagem, evidência laparoscópica de DIP.
- Nenhum teste de laboratório tem boa sensibilidade e especificidade para DIP.

## Exames de imagem

- Em geral, exames de imagem não são necessários. Devem ser solicitados apenas se sinais de alarme ou se não houver resposta ao tratamento empírico. Nesses casos, a solicitação de exames deve ser feita em conjunto com outros níveis de atenção.

## ■ Tratamento

- É recomendado o tratamento empírico para todas mulheres com sensibilidade anexial e uterina com risco para IST.
- O tratamento antibiótico deve cobrir *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e possivelmente bactérias anaeróbias, gram negativas e espécies de *Streptococcus*.
  - É controversa a necessidade do tratamento de bactérias anaeróbias, como as que podem estar envolvidas na vaginose bacteriana (*Gardnerella*). Mais estudos são necessários para definir se o tratamento direcionado a esses micro-organismos deve ser recomendado rotineiramente.
- Gestantes com suspeita de DIP devem ser encaminhadas para avaliação obstétrica de urgência.
- Orientar abstinência sexual ou usar preservativo até que ambos (o casal) tenham completado o tratamento.

- Todos os parceiros também devem ser tratados para clamídia e gonococo.
  - Os parceiros devem ser tratados preferencialmente com medicamentos de dose única (Azitromicina 1g, VO + Ceftriaxona, 500 mg, IM, dose única).
- Se não houver melhora do quadro em três dias, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar com antibiótico endovenoso.
- Informar sobre os efeitos adversos gastrointestinais das medicações usadas no tratamento e sobre a importância de manter o tratamento. Retornar para reavaliação se sintomas adversos muito intensos.

Esquema 1	Esquema 2
CEFTRIAXONA 500mg, IM, dose única.	Outra cefalosporina de 3ª geração parenteral: CEFOTAXIMA, CEFTAZIDIMA
+	+
DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.	DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.
<b>Opcional</b>	<b>Opcional</b>
METRONIDAZOL 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.	METRONIDAZOL 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.

# Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)/Verruga Genital

## ■ Pontos-chave

- O diagnóstico por biópsia ou tipagem viral não é recomendado de rotina ou em lesões típicas<sup>8</sup>.
- Colposcopia, teste de Schiller, e outros métodos não devem ser usados para rastreamento de lesões subclínicas na população geral ou em pacientes com história de verruga genital<sup>8</sup>.
- A escolha do tratamento depende do número, tamanho e localização das lesões; existe pouca evidência de que um tratamento seja mais efetivo que outro<sup>8</sup>.
- No tratamento do condiloma durante a gravidez não se deve usar Podofilina ou Podofilotoxina pela possibilidade de teratogenicidade<sup>8</sup>.
- Deve ser oferecido seguimento para reavaliação 2 ou 3 meses depois do tratamento<sup>8</sup>.

## ■ Abordagem sindrômica

O diagnóstico da forma clínica condilomatosa da lesão pelo HPV é essencialmente clínico. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais frequentemente, no homem, na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal, e, na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo (Fig. 7, Fig. 8, Fig. 9). Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laringea. Dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosas, friáveis e/ou pruriginosas.



**Figura 5. Condiloma acuminado no pênis.**  
Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH (em 18 de agosto de 2012).  
Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk>



**Figura 6. Condiloma acuminado no prepúcio.**  
Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH (em 18 de agosto de 2012).  
Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk>



**Figura 7. Condiloma acuminado na vulva.**  
Retirado de: CHESTER SEXUAL HEALTH (em 18 de agosto de 2012). Disponível em URL:  
<http://www.chestersexualhealth.co.uk>

## ■ Diagnóstico

**O diagnóstico é essencialmente clínico. A biópsia está indicada somente se:**

- Houver dúvida diagnóstica ou suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas).
- As lesões não responderem ao tratamento convencional.
- As lesões aumentarem de tamanho durante ou após o tratamento.

## ■ Tratamento

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das lesões condilomatosas, o que leva à cura da maioria dos pacientes. Nenhuma evidência indica que os tratamentos disponíveis erradicam ou afetam a história natural da infecção pelo HPV. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número.

Tratamento	Forma de uso	
<b>Tratamento aplicado pelo médico</b>	<b>ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (ATA)</b> a 80-90% em solução alcoólica.	Aplicar pequena quantidade (ex., com cotonete, microbrush ou escova endocervical montada com algodão) somente nos condilomas e deixar secar. A lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário.

Tratamento		Forma de uso
<b>Tratamento aplicado pelo médico</b>	PODOFILINA 10-25% em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim	Aplicar apenas no condiloma e deixar secar, pode ser repetida semanalmente se necessário.
	INTERFERON	Podem ser usados por forma sistêmica (intramuscular, endovenosa ou subcutânea), intralesional ou tópica. O custo elevado da droga e os efeitos colaterais limitam sua utilização.
	CRIOTERAPIA	Uso de nitrogênio líquido por meio de equipamento específico; pode ser repetido a cada 1 ou 2 semanas, se necessário.
	EXÉRESE CIRÚRGICA	É o método apropriado para tratamento de poucas lesões quando for desejável exame histopatológico. Os condilomas podem ser retirados por meio de incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida ou, ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento.
<b>Tratamento aplicado pelo paciente</b>	IMIQUIMOD 5% creme	Aplicar à noite, ao deitar, três vezes por semana, em dias alternados, por 16 semanas no máximo. A área de tratamento deve ser lavada com sabão neutro e água 6 a 10 horas depois da aplicação. Alto custo.
	PODOFILOTOXINA 0,15% CREME	Aplica-se duas vezes ao dia, somente sobre as lesões, por 3 dias. Se necessário, o ciclo poderá ser repetido por não mais que 4 vezes, com intervalos de 4 dias de repouso. Lavar a área das lesões antes da aplicação, assim como a pele ilesa em caso de contato acidental, com água e sabão.

**ATENÇÃO:** Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de tratar-se de uma lesão intraepitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas para colposcopia para diagnóstico diferencial.

## ■ **Gestação**

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período. Na gestação não se deve usar Podofilina ou Podofilotoxina pelo risco de teratogenicidade. O Imiquimod não é aprovado para uso na gravidez. Opções de tratamento na gestação:

- Ácido Tricloroacético 80-90%.
- Exérese cirúrgica.
- Crioterapia e eletrocauterização.

## ■ **Infecção subclínica pelo HPV na genitália (sem lesão macroscópica)**

A infecção subclínica pelo HPV (infecção anogenital sem evidência de condilomas) é mais frequente do que as lesões macroscópicas, tanto em homens quanto em mulheres. Pode ser identificada por colposcopia, biópsia, aplicação de ácido acético ou outros métodos. Entretanto, o tratamento precoce das lesões subclínicas não mostrou efeito favorável no curso da infecção por HPV em pacientes ou em seus parceiros considerando diminuição das taxas de transmissão, sintomas e recorrência. Portanto, a aplicação de técnicas de magnificação e uso de ácido acético exclusivamente para rastreio da infecção subclínica pelo HPV não é recomendável.

O teste de Schiller não é um indicador específico da infecção pelo HPV e, desta forma, muitos testes falso-positivos podem ser encontrados na população de baixo risco.

Pacientes que tenham história de condiloma devem presumidamente ter infecção latente pelo HPV e devem ser aconselhados da importância do rastreamento através de citopatologia oncocítica (Papanicolau)<sup>8</sup>.



# Sífilis

## ■ Pontos-chave

- Pacientes com VDRL negativo e suspeição clínica forte de sífilis primária devem repetir exame em duas semanas;
- Deve-se tratar o parceiro, notificar o caso e solicitar sorologias;
- Penicilina benzatina é o tratamento de escolha para todos estágios de sífilis, exceto a neurosífilis;
- Não há dados consistentes que demonstrem a necessidade de esquema diferenciado de tratamento da sífilis em portadores do HIV;
- Pacientes com diagnóstico de sífilis com tempo de evolução desconhecido devem ser tratados como sífilis latente tardia;
- Penicilina cristalina endovenosa é o tratamento de escolha para neurosífilis.

## ■ Estágios

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*. A tabela a seguir lista os estágios, curso e manifestações da sífilis nos seus diferentes estágios.

## Estágio, curso e manifestações clínicas da sífilis

		Manifestações	
Estágio	Tempo	Comum	Incomum
<b>Primária (Fig. 10)</b>	10 a 90 dias	Cancro	Linfadenopatia local
<b>Secundária (Fig.11)</b>	1 a 3 meses	Artralgia, fadiga, linfadenopatia generalizada, cefaleia, exantema maculopapular, mialgia, faringite.	Sífilis anular, sífilis pustular, alopecia sífilítica, sífilis ulcero nodular.
<b>Latente* (Recente e Tardia)</b>	<b>Latente recente</b> - depois da sífilis primária ou secundária, 1 ano ou menos <b>Latente tardia</b> - mais de 1 ano sem sintoma	Nenhum	Nenhum
<b>Terciária</b>	Meses a anos	Neurosífilis tardia**	Sífilis cardiovascular, sífilis gomataosa

\*É a forma na qual não se observam sinais ou sintomas, sendo o diagnóstico feito apenas por testes sorológicos.

\*\*Neurosífilis pode ocorrer em qualquer estágio da infecção.

Adaptado de: MATTEI P. L. and cols. *Syphilis: A Reemerging Infection. Am Fam Physician. 2012; 86(5): 433-440.*



**Fig 8- 02: Lesões de cancro duro de 4mm causadas por sífilis primária. MATTEI P.L. and cols. Syphilis: A Reemerging Infection. Am Fam Physician. 2012; 86(5): 433-440.**



**Fig 9: Máculas eritematosas no abdômen causadas por sífilis secundária. MATTEI P.L. and cols. Syphilis: A Reemerging Infection. Am Fam Physician. 2012; 86(5): 433-440.**

## ■ Diagnóstico

Nos pacientes com suspeita clínica de sífilis deve-se realizar rastreamento através do teste rápido para sífilis. Os testes rápidos são testes treponêmicos, ou seja, detectam anticorpos específicos para *T. pallidum*. Normalmente, tornam-se positivos cerca de 20 dias após o contágio. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.

O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) são testes não treponêmicos. Normalmente, eles tornam-se positivos cerca de 3 semanas após o aparecimento do cancro (cerca de 50 dias após o contágio). O VDRL sofre uma elevação ao longo do tempo; via de regra, a titulação está mais elevada na fase secundária da doença. Observa-se redução dos títulos a partir do primeiro ano de evolução da doença, mesmo sem tratamento. Havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos gradualmente. A negatificação geralmente ocorre entre 9 e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda vida; é o que se denomina de cicatriz sorológica.

**ATENÇÃO:** Títulos de VDRL baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não.

Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico (ex. VDRL). Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Quando o VDRL é utilizado como triagem, deve-se confirmar o diagnóstico com um teste treponêmico: teste rápido ou Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-Abs). Um VDRL reagente com um teste treponêmico (FTA-Abs) não reagente representa um falso-positivo. Falsos positivos podem ocorrer em várias situações: tuberculose, hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico, gestação e artrite reumatoide.

**A tabela a seguir sintetiza os principais testes diagnósticos aplicados na suspeita de sífilis.**

## Principais testes diagnósticos na sífilis

Teste	Descrição	Vantagens	Limitações
<b>Microscopia de Campo Escuro</b>	Visualização direta das espiroquetas no fluido da lesão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico imediato.</li> <li>• Permite notificação rápida do parceiro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa sensibilidade.</li> <li>• Exige técnico experiente para realização do exame.</li> </ul>
<b>Não treponêmico: VDRL (VENERAL DISEASE RESEARCH LABORATORY)</b>	Detecta anticorpo anticardiopina no sangue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo custo.</li> <li>• Títulos são correlacionados com sucesso ou falência no tratamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de reatividade antes da segunda semana na sífilis primária.</li> <li>• 1 a 2% de falso-positivos na gestante e em pessoas com doenças autoimunes, malária, cirrose e tuberculose.</li> </ul>
<b>Treponêmico:</b> Teste rápido ou FTA-Abs (FLUORESCENT TREPONEMAL ANTIBODYABSORPTION)	Detecta anticorpos anti- <i>T. Pallidum</i> no sangue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste confirmatório com alta especificidade e baixa taxa de falso-positivo.</li> <li>• Torna-se reagente precocemente na sífilis primária comparado a outros testes treponêmicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não servem para seguimento pós tratamento.</li> <li>• Só se torna reagente depois de 15 dias na sífilis primária.</li> </ul>

Adaptado de: MATTEI P. L. and cols. *Syphilis: A Reemerging Infection. Am Fam Physician. 2012; 86 (5): 433-440.*

## ■ Tratamento

O tratamento da sífilis é baseado no estágio da doença. Na gestação é abordado em mais detalhes no Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal.

A tabela abaixo especifica o tratamento em cada estágio.

Tratamento da sífilis fora da gestação	
Estágio	Tratamento
<b>Sífilis primária, Sífilis secundária, Sífilis latente recente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega).</li></ul> <p><b>Alérgicos à Penicilina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• DOXICICLINA 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 15 dias; ou</li><li>• CEFTRIAXONA 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.</li></ul>

**Tratamento da sífilis fora da gestação**

Estágio	Tratamento
<b>Sífilis terciária ou latente tardia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, semanalmente por 3 semanas.</li></ul> <b>Alérgicos à Penicilina:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• DOXICICLINA 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 30 dias; ou</li><li>• CEFTRIAXONA 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 8 a 10 dias.</li></ul>
<b>Neurosífilis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PENICILINA CRISTALINA, 18 a 24 milhões de unidades diariamente administradas. 3 a 4 milhões de unidades, endovenosa, a cada 4h, por 10 a 14 dias.</li></ul>

### Tratamento da sífilis fora da gestação

*Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. Workowski KA, Berman SM; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 [published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2011;60(1):18]. MMWR Recomm Rep. 2010;59 (RR-12):1-110.*

*Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120p*

**ATENÇÃO:** Pacientes com diagnóstico de sífilis com tempo de evolução desconhecido devem ser tratada(o)s como sífilis latente tardia (dose total de 7.200.000 U.I.).

O seguimento dos pacientes tratados para sífilis deve ser realizado por meio do VDRL durante o primeiro ano (seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses, para detectar falhas terapêuticas ou reinfecções). Testes treponêmicos não são indicados para seguimento.

Considera-se resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos até negatificação em um período de 6 a 12 meses. Se após esse período ainda houver reatividade, porém em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses por um período de 12 meses.

Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de reinfecção.

### ■ Gestação/lactação

A sífilis durante a gestação e sífilis congênita são abordadas no Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal.



## Referências Bibliográficas:

1. NADAL SR; CARVALHO JJM. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. Rev bras Coloproct, 2004; 24(1):70-72.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatitis e outras DST/ Ministério da Saúde, Secretarira de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.120p.
4. ROETT AM; MAYOR MT; UDUHIRI KA. Diagnosis and Management of Genital Ulcers. American Family Physician, 2012;85:3.
5. CHESTER SEXUAL HEALTH. (em 18 de agosto de 2012). Disponível em URL: <http://www.chestersexualhealth.co.uk/>
6. VELHO PE, SOUSA EM, BELDA Junior W. Donovanosis. Braz J Infect Dis. 2008;12(6):523.
7. TODO DIA SAÚDE (em 20 de agosto de 2012). Disponível em URL: <http://tododiasaude.com/gonorreia-dst-diagnostico-e-complicacoes-associadas/>
8. BRILL R. J. Diagnosis and Treatment of Urethritis in men. Am Fam Physician. 2010;81(7):873-878, 879-880.
9. KODNER M. C., NASRATY S. Management of Genital Warts. Am Fam Physician 2004; 70:2335-42,2345-6.
10. MATTEI P. L. and cols. Syphilis: A Reemerging Infection. Am Fam Physician. 2012;86(5):433-440.
11. Workowski KA, Berman SM; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010 [published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2011;60(1):18]. MMWR Recomm Rep. 2010;59 (RR-12):1-110.

## Tratamento da sífilis na gestação

- O tratamento da sífilis na gestante é feito conforme a fase (páginas 37-38), sempre com penicilina benzatina. Em caso de alergia à penicilina, internar para dessensibilização, conforme fluxo da CAP.
- Se a sífilis foi diagnosticada apenas laboratorialmente, com duração desconhecida, é tratada como sífilis latente tardia.

**Tratamento da sífilis latente tardia:** Penicilina G benzatina, dose total de 7.200.000 UI IM (3 doses semanais de 2.400.000 UI IM, sendo 1.200.000 UI em cada glúteo).

**Busca ativa e tratamento do parceiro:** Tratar sempre o parceiro, conforme a fase. Se duração desconhecida, administrar primeira dose de penicilina e solicitar VDRL; se positivo, seguir tratamento para sífilis latente tardia.

**Sempre registrar o tratamento da gestante e do parceiro na carteira do pré-natal.**

- Monitorar mensalmente o VDRL. Se aumento na titulação  $\geq 4x$ , repetir tratamento e reavaliar tratamento do parceiro.

### **A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:**

- O tratamento for feito de forma incompleta.
- O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina.
- O parceiro não for tratado ou fizer tratamento incompleto.
- O tratamento for instituído menos de 30 dias antes da ocorrência do parto.
- Não houver registro do tratamento da gestante e do parceiro no cartão da gestante.

Em casos de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada será feita notificação de sífilis congênita na maternidade e instituído tratamento para o recém-nascido.

Formato: 21 x 14,8cm | Tipografia: Arial, Times  
Papel: Couché 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

**Todos os direitos reservados.**

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

**SMS - RJ / SUBPAV / SAP**

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar  
Cidade Nova  
CEP: 20.211-110  
Rio de Janeiro / RJ

[www.rio.rj.gov.br/web/sms](http://www.rio.rj.gov.br/web/sms)

