

Perguntas e respostas
sobre **INFECÇÕES
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS:**
consolidado dos webinários,
2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas
e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Perguntas e respostas
sobre **INFECÇÕES**
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS:
consolidado dos webinários,
2020



Brasília – DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Site: www.aids.gov.br
E-mail: aids@bvsms.saude.gov.br

Coordenação-geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Gerson Fernando Mendes Pereira

Organização e colaboração:

Adriano Santiago Dias dos Santos
Alisson Bigolin
Aranaí Guarabyra
Esdras Daniel dos Santos Pereira
Francisca Lidiane Sampaio Freitas
Geralda Carolina Alves
Juliana Uesono
Leonor Henriette de Lannoy
Lino Neves
Lutígardes Bastos Santana
Mayra Gonçalves Aragón
Nádia Maria da Silva Machado
Pamela Cristina Gaspar
Thereza Cristina de Souza Mareco

Colaboração:

Alicia Krüger
Ana Gabriela Travassos
Andréa Mônica Brandão Beber
Beatriz Pellegrino
Carmen Sílvia Bruniera Domingues
Carolina Rosadas de Oliveira
Clarisse Moreira Aló
Edilbert Pelegrini Nahn Júnior
Eduardo Campos De Oliveira
Eliana Amaral
Elucir Gir
Fabrícia de Souza Tavares
Fernanda Fernandes Fonseca
Flor Ernestina Martinez Espinosa
Gabriel S. Prates
Geraldo Duarte

Gilvane Casimiro da Silva
Herculano Duarte Ramos de Alencar
Iara Linhares
Isabel Cristina do Val
Ivo Castelo Branco Coelho
Jorge Casseb
José Eleutério Júnior
Leila Suely Araujo Barreto
Lino Neves da Silveira
Marcelo Joaquim Barbosa
Marcia Rejane Colombo
Maria Alix Leite Araújo
Maria Luiza Bazzo
Maria Luiza Bezerra Menezes
Mariângela Freitas da Silveira
Mauro da Cunha Ramos
Mauro Romero Leal Passos
Miguel Angel Aragón Lopez
Nara Fagundes Correia
Neide Boldrini Tosato
Newton Sergio de Carvalho
Paulo César Giraldo
Ricardo Ishak
Roberto José Carvalho da Silva
Tatiane Assone
Thiago Monteiro Pithon
Valdir Monteiro Pinto
Ximena Pamela Diaz Bermudez

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

Solon Leal

Normalização:

Daniel Pereira Rosa - Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Perguntas e respostas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis : consolidado dos webinários, 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

154 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/perguntas_respostas_ist_webnarios2020.pdf
ISBN 978-65-5993-249-8

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Controle de Doenças Transmissíveis. 3. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDU 614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0148

Título para indexação:

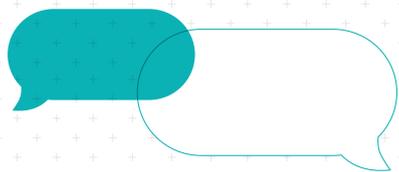
Questions and answers on sexually transmitted infections: consolidated content of the 2020 webinars

Lista de siglas e abreviaturas

AEQ-TR	Avaliação Externa de Qualidade do Teste Rápido
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCUS	<i>Atypical squamous cells of undeterminate significance</i>
ATA	Ácido tricloroacético
CDC	Centers for Disease Prevention and Control
CEC	Carcinoma espinocelular
CGIST	Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CST	<i>Community-state types</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CVV	Candidíase vulvovaginal
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIU	Dispositivo intrauterino
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption</i>
GASP	<i>Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (<i>human immunodeficiency virus</i>)
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
HSV	Vírus do herpes simples (<i>herpes simplex virus</i>)
HTLV	Vírus linfotrópico-T humano (<i>human T-lymphotropic virus</i>)
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso(a)
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LCR	Líquido cefalorraquidiano

LEA	Líquen escleroso atrófico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR	Reação em cadeia da polimerase (<i>polymerase chain reaction</i>)
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PSE	Programa Saúde na Escola
RN	Recém-nascido
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
RT-PCR	<i>Reverse transcription polymerase chain reaction</i>
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SBDST	Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Telelab	Plataforma de ensino a distância do Ministério da Saúde
TMA	<i>Transcription-Mediated Amplification</i>
TPHA	<i>Treponema Pallidum Hemagglutination Test</i>
TPPA	<i>Treponema Pallidum Particle Agglutination Assay</i>
UF	Unidade da Federação
VB	Vaginose bacteriana
VC	Vaginose citolítica
VO	Via oral
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WGS	<i>Whole Genome Sequencing</i>

SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO	7
1 SÍFILIS ADQUIRIDA	8
1.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	9
1.2 GESTÃO	20
1.3 PREVENÇÃO	22
1.4 TESTES DIAGNÓSTICOS	23
1.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	29
2 SÍFILIS EM GESTANTES	32
2.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	33
2.2 GESTÃO	43
2.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	44
3 SÍFILIS CONGÊNITA	45
3.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	46
3.2 GESTÃO	56
3.3 TESTES DIAGNÓSTICOS	58
3.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	59
4 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL	62
4.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	63
4.2 GESTÃO	69
5 CERVICITE	70
5.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	71
5.2 GESTÃO	76
5.3 TESTES DIAGNÓSTICOS	78
6 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL	79
6.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	80
6.2 GESTÃO	84
7 INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL	85
7.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	86
8 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	89
8.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO	90
8.2 PREVENÇÃO	95
8.3 TESTES DIAGNÓSTICOS	96
8.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	97

9 INFECÇÃO PELO HPV	98
9.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	99
9.2 GESTÃO.....	106
9.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	108
9.4 PREVENÇÃO.....	110
10 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL EM IST	112
10.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	113
10.2 GESTÃO.....	115
10.3 TESTES DIAGNÓSTICOS.....	117
10.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	120
11 VÍRUS ZIKA	121
11.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	122
11.2 GESTÃO.....	125
11.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	126
11.4 PREVENÇÃO.....	127
12 HTLV	128
12.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	129
12.2 GESTÃO.....	132
12.3 PREVENÇÃO.....	133
12.4 TESTES DIAGNÓSTICOS.....	134
12.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	135
13 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUAL ATIVA	136
13.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO.....	137
13.2 GESTÃO.....	138
13.3 PREVENÇÃO.....	140
REFERÊNCIAS	143

APRESENTAÇÃO

Este documento é um consolidado das perguntas e respostas ligadas às dúvidas enviadas pelos participantes durante os webinários sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), organizados em 2020 pela Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST), do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e a Sociedade Brasileira de DST (SBDST).

As apresentações foram realizadas na sequência: Tema 1 – Vigilância Epidemiológica da Sífilis; Tema 2 – Sífilis Adquirida; Tema 3 – Transmissão Vertical da Sífilis; Tema Sessão Extra – Testes para Diagnóstico da Sífilis; Tema 4 – Infecções que causam Corrimento Vaginal; Tema 5 – Infecções que causam Cervicite; Tema 6 – Infecções que causam Corrimento Uretral; Tema 7 – Infecções que causam Úlcera Genital; Tema 8 – Doença Inflamatória Pélvica; Tema 9 – Infecção pelo HPV; Tema 10 – Diagnóstico Laboratorial em IST; Tema 11 – Vírus Zika; Tema 12 – HTLV e Tema 13 – Abordagem de IST Centrada na Pessoa com Vida Sexual Ativa.

Todas as aulas estão disponíveis nos links ao lado.  

As perguntas e respostas foram divididas, a fim de facilitar a busca por temática. Para cada agravo, categorizaram-se os seguintes assuntos: prevenção, assistência e tratamento, testes diagnósticos, gestão em IST e vigilância epidemiológica. As respostas foram elaboradas pelo conjunto de palestrantes e técnicos do MS, com base em evidências científicas, no PCDT de IST, no PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e no Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis, disponíveis no link ao lado. 

Espera-se que este registro de perguntas e respostas possa subsidiar gestores e profissionais de saúde na atualização sobre o manejo integral das IST, de forma a aprimorar o processo contínuo de capacitação e de melhoria das ações e serviços relacionados a esses agravos.

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



SÍFILIS ADQUIRIDA



1.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO



SÍFILIS
ADQUIRIDA

1.1.1 *A transmissão vertical e por relações sexuais sem uso do preservativo são as formas mais comuns de transmissão da sífilis, mas a infecção também pode ser transmitida por beijo na boca após contato com as feridas?*

*O contato com lesão oral de sífilis também pode transmitir a bactéria *Treponema pallidum*, causadora da sífilis. A maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As bactérias penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele (PEELING et al., 2017).*

O beijo, sem lesão de sífilis, não transmite a infecção.

A transmissão ocorre principalmente por contato sexual (vaginal, anal e oral); contudo, a sífilis pode ser transmitida verticalmente, quando a gestante com sífilis não é tratada ou é tratada de forma não adequada. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo durante o qual o feto foi exposto (BRASIL, 2020).

1.1.2 *A pessoa que teve contato com o *Treponema pallidum*, mas está no período de janela imunológica, pode transmiti-lo para outra pessoa?*

Sim, a pessoa pode transmiti-lo durante a chamada "janela imunológica".

O termo "janela imunológica" é o tempo entre o momento em que ocorre a infecção e a detecção dessa infecção por meio de exames, ou seja, é o tempo que o organismo leva para produzir marcadores (anticorpos) específicos para o teste dar positivo.

Os testes treponêmicos são os primeiros a apresentarem resultados reagentes após a infecção (o FTA-Abs se torna reativo aproximadamente três semanas após a infecção). Na sífilis primária, são comuns resultados reagentes em teste treponêmico e não reagentes em teste não treponêmico (BRASIL, 2016a).

1.1.3 Quais as manifestações clínicas da sífilis terciária?

As manifestações clínicas da sífilis terciária podem ser: cutâneas (lesões gomosas 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 ótico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral) (BRASIL, 2020).

1.1.4 A sífilis tem quantos estágios clínicos?

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e o monitoramento, a saber: 1) sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até um ano de evolução; 2) sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de um ano de evolução (CDC, 2015).

1.1.5 No PCDT IST atualizado, como ficou o período de classificação da sífilis recente e tardia?

A sífilis recente (primária, secundária e latente recente) é considerada até um ano de evolução. A sífilis tardia (latente tardia e terciária) é classificada com mais de um ano de evolução (CDC, 2015).

1.1.6 Quais são os principais sinais/sintomas para diagnosticar a sífilis?

As principais manifestações clínicas da sífilis são caracterizadas nos diferentes estágios clínicos (BRASIL, 2020), como segue:

Sífilis primária: 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. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.

Sífilis secundária: as manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir cronologia própria. Inicialmente, apresenta-se erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas, eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar. Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia.

Sífilis latente: período em que não se observa sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos.

Sífilis terciária: a inflamação provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Verifica-se também a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência à liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido.

1.1.7 É possível a cura da infecção mesmo sem nunca tê-la tratado?

Não, mas algumas pessoas não apresentam manifestação clínica (permanecem sempre na fase latente).

Como a sífilis tem vários estágios clínicos (primária, secundária, latente e terciária), o desaparecimento dos sinais e sintomas, independentemente de tratamento, pode dar a falsa impressão de cura. No entanto, após período variável de latência, pode haver evolução para sífilis terciária vários anos depois do início da infecção (BRASIL, 2020).

1.1.8 É Qual o sinal/sintoma mais grave de uma pessoa com sífilis adquirida?

A sífilis adquirida apresenta as repercussões de maior gravidade quando evolui para sífilis terciária (com acometimento do sistema nervoso ou cardiovascular). Na gestação, sem as devidas medidas preventivas, a sífilis também pode causar graves consequências ao feto, como abortamento, prematuridade, natimortalidade e manifestações congênitas precoces ou tardias no recém-nascido (RN) (BRASIL, 2020).

1.1.9 A partir de qual titulação do VDRL se pode pensar em cicatriz sorológica, 1:4 ou 1:8?

A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa prática leva a decisões terapêuticas inadequadas. É essencial a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica (BRASIL, 2020).

Títulos baixos no momento do diagnóstico podem dever-se a uma infecção recente ou a estágios tardios da infecção, mas também podem ser encontrados em pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Para auxiliar na tomada de decisão, preconiza-se a que cicatriz sorológica seja considerada quando há tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições (BRASIL, 2020).

1.1.10 Se uma pessoa tem sífilis adquirida, como proceder em relação ao diagnóstico e tratamento da parceria sexual?

É fundamental uma abordagem humanizada, que leve em consideração as informações/entendimento da pessoa a respeito da sífilis, respeitando as particularidades e vulnerabilidades do seu contexto clínico e biopsicossocial e garantindo atendimento livre de coerção, discriminação ou qualquer outra restrição. Somente a pessoa que está sendo tratada para sífilis poderá decidir como informar a parceria e trazê-la para atendimento pelo profissional de saúde.

Além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição a pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a essas parcerias sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI), para interromper a cadeia de transmissão. Também se recomenda ao profissional de saúde a abordagem do cuidado sexual para avaliação do risco e oferta de medidas de prevenção combinada, como o uso de preservativos para prevenção da sífilis, HIV e outras IST (BRASIL, 2020).

1.1.11 Se a parceria de uma pessoa diagnosticada com sífilis apresentou teste rápido e VDRL não reagentes, o que fazer?

Além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial das parcerias sexuais, se houve exposição a pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI), para interromper a cadeia de transmissão (BRASIL, 2020).

1.1.12 Como interpretar o resultado do teste de VDRL?

Resultados de testes não treponêmicos, como o VDRL, devem ser interpretados de acordo com a finalidade da testagem: diagnóstico de sífilis ou monitoramento do tratamento de sífilis.

Juntamente com o resultado do VDRL, devem ser considerados dados clínicos, epidemiológicos, resultados de testes treponêmicos (quando necessário) e histórico de exposição de risco. Para mais informações sobre interpretação dos testes e definição de conduta, consultar o PCDT de IST e o Manual Técnico para Diagnóstico de Sífilis (BRASIL, 2020; BRASIL, 2016a).

1.1.13 Se uma pessoa já foi tratada e o VDRL é não reagente, qual a titulação para se considerar cicatriz sorológica?

A cicatriz sorológica ocorre quando está documentado tratamento anterior para sífilis com queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento) (BRASIL, 2020). Os resultados reagentes persistem nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos, mesmo após o tratamento adequado para sífilis, sem que isso indique infecção. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Esse tipo de prática não é mais adequado.

Se a pessoa apresenta VDRL não reagente e refere tratamento prévio de sífilis, não há cicatriz sorológica e sim negatificação do teste não treponêmico. A cicatriz sorológica é um fenômeno em que se encontram títulos baixos em pessoas adequadamente tratadas e que não tenham atingido a negatificação. Nesse caso, o mais provável é que apenas o teste treponêmico mantenha-se reagente, como indicação de infecção prévia. Se, por alguma razão, for realizado seguimento do caso, é importante verificar como critério de retratamento o aumento da titulação de teste não treponêmico em duas diluições ou mais e/ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

1.1.14 Como abordar, por exemplo, um paciente com 70 anos assintomático, com teste treponêmico reagente e não treponêmico não reagente?

Nesse caso, pode-se se tratar de sífilis recente, sífilis latente tardia, cicatriz sorológica ou mesmo um teste falso positivo, sem diagnóstico de sífilis. Recomenda-se realizar um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro: se reagente, trata-se de diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica; se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, excluída sífilis; se o terceiro teste não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. Lembrar que se sugere considerar cicatriz sorológica quando houver tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. Para mais informações, ver o "Quadro 14 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta" do PCDT IST (BRASIL, 2020, p. 65).

1.1.15 Se uma pessoa com neurosífilis, proveniente de outro serviço, foi tratada há seis meses com ceftriaxona, mas mantém a mesma titulação de VDRL 1:64, desde o diagnóstico, e não teve outra exposição de risco, como proceder?

Pessoas tratadas para neurosífilis devem ser submetidas à punção líquórica de controle após seis meses do término do tratamento. Na persistência de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR), recomenda-se retratamento e punções de controle em intervalos de seis meses, até a normalização da celularidade e VDRL não reagente. Em pessoas vivendo com HIV, essa resposta pode ser mais lenta, sendo necessária uma avaliação caso a caso.

A normalização de testes não treponêmicos em amostras de sangue (queda da titulação em pelo menos duas diluições ou sororreversão para não reagente) pode ser um parâmetro a ser considerado como resposta ao tratamento da neurosífilis, principalmente em um cenário de indisponibilidade de realização da punção lombar (MARRA et al., 2008).

1.1.16 Como proceder quando a pessoa está com sinais e sintomas de sífilis, mas o resultado do teste não treponêmico é não reagente?

Os sinais e sintomas são preditivos de diagnóstico, independentemente dos resultados laboratoriais. Se uma pessoa que procura o serviço de saúde apresentar sinais e sintomas típicos de sífilis, com história epidemiológica compatível com suspeita de IST, orienta-se realizar o tratamento, mesmo que os testes treponêmicos ou não treponêmicos sejam não reagentes ou estejam indisponíveis.

Na impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, para pessoas sintomáticas com suspeita de sífilis primária e secundária (e suas parcerias sexuais), recomenda-se tratamento presuntivo imediato para sífilis recente (BRASIL, 2020).

1.1.17 Na sífilis secundária, espera-se que a titulação do VDRL seja maior que 1:16?

Apesar de a literatura mostrar que a sífilis secundária costuma apresentar as maiores concentrações de anticorpos não treponêmicos, não é possível determinar pontos de corte nos testes não treponêmicos para investigação da sífilis, pois a resposta imunológica é variável entre as pessoas (BRASIL, 2020).

1.1.18 Existe alguma diferença quanto ao tratamento da sífilis em pessoas vivendo com HIV?

As recomendações diagnósticas para essa população são as mesmas utilizadas para pessoas sem infecção por HIV. O tratamento com benzilpenicilina benzatina deve ser realizado de acordo com a fase clínica da doença. Considerando a epidemia de sífilis e a sua alta prevalência nas pessoas vivendo com HIV, a atuação dos profissionais de saúde, por meio das orientações preventivas, suspeição clínica, rastreamento dos assintomáticos, tratamento e seguimento adequado é fundamental para o controle da sífilis e de possíveis complicações nessa população (BRASIL, 2020).

1.1.19 Qual o tratamento para sífilis adquirida?

- 1) Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)
 - Primeira escolha: benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
 - Esquema alternativo: doxiciclina 100mg, 12/12h, via oral (VO), por 15 dias (exceto em gestantes)
- 2) Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária
 - Primeira escolha: benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, uma vez por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por três semanas
 - Esquema alternativo: doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias (exceto em gestantes)
- 3) Neurosífilis
 - Primeira escolha: benzilpenicilina potássica/cristalina 18 a 24 milhões UI/dia, intravenosa (IV), administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias
 - Esquema alternativo: ceftriaxona 2g/dia, IV, por dez a 14 dias (exceto em gestantes) (BRASIL, 2020).

1.1.20 Qual a alternativa para pessoas alérgicas à penicilina?

Considerar o esquema alternativo da resposta 1.1.19.
É importante salientar que a probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. No entanto, o receio pelo uso de penicilina entre profissionais de saúde é relativamente frequente. Para mais informações, ver o item "Segurança e eficácia da administração da benzilpenicilina benzatina" no PCDT IST (BRASIL, 2020).

1.1.21 A sífilis pode ser tratada com ceftriaxona e/ou azitromicina?

Atualmente, a ceftriaxona é recomendada como esquema alternativo para tratamento de neurosífilis (exceto em gestantes), devido à boa penetração no sistema nervoso central (BRASIL, 2020). Considerar a resposta 1.1.19 sobre esquema terapêutico.

A azitromicina apresentou resistência ao *Treponema pallidum* (STAMM, 2010), não sendo mais recomendada para tratamento de sífilis.

1.1.22 Em que situação deve-se repetir o tratamento?

São critérios de retratamento:

- 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 ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfeção. Para pessoas vivendo com HIV, a investigação está recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição. Em caso de exame de LCR compatível com neurosífilis, tratar conforme o PCDT de IST (BRASIL, 2020).

1.1.23 O protocolo atual recomenda eritromicina para tratamento de sífilis?

A eritromicina (estearato) já foi indicada para tratamento de sífilis em manuais antigos de doenças sexualmente transmissíveis. No entanto, atualmente, não é recomendada no PCDT IST, não tem registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e não é mais produzida no Brasil.

1.1.24 A utilização de anestésico interfere no efeito da penicilina?

Estudos demonstraram não haver alteração em níveis séricos da penicilina com uso de anestésico na aplicação da benzilpenicilina benzatina além da diminuição do efeito colateral de dor local (ZEYDI; KHEZRI, 2012; RUSSEL; NICHOLSON; NAIDU, 2014). Portanto, o uso de anestésico, a exemplo da lidocaína a 1% como diluente de benzilpenicilina benzatina, é possível dentro dos serviços de saúde.

1.1.25 Como ocorre o acompanhamento pós-tratamento (controle de cura) com teste não treponêmico?

Os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo pessoas vivendo com HIV e mulheres após parto), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses). O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfeção e definir a conduta correta para cada caso, considerando os critérios de retratamento (BRASIL, 2020).

1.1.26 Em caso de pessoa com sífilis que realizou tratamento e titulação para controle de cura após dois meses, quando se deve fazer a próxima titulação?

Considerar a resposta 1.1.25 sobre monitoramento pós-tratamento.
Se a pessoa realizou teste não treponêmico aos dois meses, será necessário repetir o teste no mês seguinte para a avaliação aos três meses após o tratamento.

1.1.27 Existe um critério de avaliação do controle de cura para as pessoas vivendo com HIV que têm sífilis?

Os critérios de cura para PVHIV diagnosticadas com sífilis são os mesmos utilizados para pessoas não infectadas pelo HIV. O controle de cura é verificado por meio da avaliação conjunta de parâmetros clínicos e epidemiológicos e do monitoramento com teste não treponêmico (BRASIL, 2020).

1.1.28 Como fazer o seguimento das pessoas em que a titulação do VDRL não diminui após o tratamento?

Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá o desaparecimento dos anticorpos circulantes e a consequente negativação dos testes as 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.

A 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 é um dos critérios de retratamento (reativação ou reinfeção) e necessita de conduta ativa do profissional de saúde. O profissional precisará avaliar a presença de sinais e sintomas clínicos novos e o histórico de reexposição e tratamento para tomar a decisão de retratamento.

A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfeção. Para pessoas vivendo com HIV, a investigação está recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição (BRASIL, 2020).

1.1.29 Nos casos em que dois resultados seguidos do VDRL de monitoramento divergirem em uma diluição, deve ser solicitado novo exame e realizado retratamento?

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica. Para facilitar a elucidação diagnóstica, recomenda-se a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios. São critérios de retratamento:

- 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 ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64, ou de 1:4 para 1:16); OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos (BRASIL, 2020).

Portanto, somente o fato de existir diferença de uma diluição entre resultados seguidos do VDRL não é indicativo de retratamento.

1.1.30 Se a titulação do VDRL de controle não se reduziu aos três meses, quanto tempo esperar para o retratamento?

Considerar os critérios de retratamento descritos na resposta à questão 1.1.29. O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da pessoa e de suas parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

1.1.31 Uma pessoa diagnosticada com sífilis realizou tratamento adequado e, no seguimento, a titulação de anticorpos não treponêmicos continua alta. A parceria teve teste negativo. Como proceder?

Considerar a resposta 1.1.29 avaliar a combinação de fatores para elucidação diagnóstica, a exposição de risco e critérios de retratamento (reinfecção ou reativação). Lembrar que o fato de a parceria sexual ter resultado negativo não exclui a necessidade do tratamento presuntivo (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo).

1.1.32 Após o tratamento adequado e queda na titulação em duas diluições, por que é necessário continuar realizando VDRL até sua negatificação ou estabilização em títulos baixos e persistentes?

Para a definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia (ROMANOWSKI et al., 1991; TONG et al., 2013; CLEMENT; OKEKE; HICKS, 2014; CDC, 2015; ZHANG et al., 2017). Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá o desaparecimento dos anticorpos circulantes e a consequente negatificação dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos (BRASIL, 2020).

O seguimento sorológico após a resposta adequada ao tratamento se justifica para avaliar possível reativação ou reinfeção.

1.1.33 Durante o controle de cura para não gestantes, em todos os meses de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses), é recomendado realizar sempre VDRL, ou pode-se alternar VDRL e RPR?

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter o seguimento com VDRL. Em caso de diagnóstico realizado com RPR, manter seguimento com RPR (BRASIL, 2020).

1.1.34 Considerando o tratamento com a primeira dose de penicilina, a partir de teste rápido reagente, nas pessoas com possibilidade de perda de seguimento (quando não há retorno ao serviço para realizar o 2º teste), como justificar a dispensação da medicação, uma vez que não haverá notificação?

O Ministério da Saúde não vincula a distribuição de penicilina à notificação compulsória. No entanto, caso isso seja uma definição do estado ou município ou do serviço, é preciso discutir as exceções e realizar pactuações no âmbito local para que essas populações sejam atendidas conforme preconizado no PCDT IST. O formulário de notificação poderá ser preenchido, caso necessário, mas não poderá ser digitado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), uma vez que não cumprirá critério de definição de caso, a depender de uma avaliação clínico-epidemiológica criteriosa.



1.2 GESTÃO

SÍFILIS ADQUIRIDA

1.2.1 Qualquer profissional de saúde pode realizar testagem de sífilis?

Em geral, no contexto laboratorial, os testes são realizados por técnicos de laboratório supervisionados por profissionais de nível superior (bioquímicos, biomédicos, biólogos), ou pelos próprios profissionais de nível superior. Os testes rápidos podem ser executados por pessoal capacitado, presencialmente ou a distância. Os cursos de capacitação para realização dos testes rápidos distribuídos pelo Ministério da Saúde estão disponíveis no sistema Telelab de ensino a distância, em www.telelab.aids.gov.br. A emissão de laudos dos testes rápidos fica restrita aos profissionais autorizados pelo respectivo conselho regional de classe profissional.



1.2.2 Os testes rápidos são adquiridos pelo município apenas pela Rede Cegonha?

No Brasil, os testes rápidos de sífilis são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde que, posteriormente, os distribui para os estados e o Distrito Federal. Existe uma logística local para distribuição aos municípios.

Esses testes rápidos podem ser utilizados para rastreamento e também como testes complementares no diagnóstico da sífilis, em diferentes situações, incluindo o pré-natal. Além de gestantes e parcerias sexuais, o rastreamento de assintomáticos deve ser realizado em outras populações, conforme recomenda o PCDT IST (BRASIL, 2020).

1.2.3 Qual é o setor da Secretaria Estadual de Saúde responsável pelo monitoramento e controle de qualidade dos laboratórios dos hospitais públicos, privados e filantrópicos?

A vigilância dos serviços prestados nos laboratórios de análises clínicas é realizada pelas vigilâncias sanitárias e pelos conselhos de classe profissionais.

1.2.4 O profissional dentista pode prescrever penicilina? Qual a importância do atendimento em saúde bucal à pessoa diagnosticada com sífilis?

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, é atribuição do cirurgião-dentista realizar atenção em saúde bucal, inclusive com diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2017b). Por exemplo, o dentista pode identificar um cancro duro na região oral, solicitar exames e prescrever tratamento, o que potencializa o controle da sífilis. Nesse sentido, esses profissionais devem estar atentos às manifestações clínicas da sífilis e ao rastreamento de pessoas assintomáticas.

1.2.5 Qual o respaldo por parte do Cofen para a administração de penicilina na unidade da Atenção Primária à Saúde?

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) já se posicionou sobre a administração de benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na atenção primária e a respalda por meio da Decisão nº 0094/2015 (COFEN, 2015). A Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017 reafirma esse compromisso de cuidado à saúde, destacando que a ausência de médico no serviço da atenção primária não configura motivo para não administração oportuna de benzilpenicilina benzatina por profissionais da enfermagem (COFEN, 2017).

O injustificado receio de profissionais quanto a reações adversas à penicilina, em especial a raríssima reação anafilática, colabora para a manutenção da cadeia de transmissão e ocorrência da sífilis congênita.

1.2.6 Como potencializar ações relacionadas à sífilis adquirida nos municípios, se no Sinan não existe campo para investigação?

Apesar de as informações de investigação serem relevantes, a implementação das ações de vigilância, prevenção e controle pode ocorrer por meio da análise da série histórica dos dados disponíveis, relacionados a taxas de detecção de casos, local de residência, idade, raça/cor, sexo e grau de escolaridade.



1.3 PREVENÇÃO

SÍFILIS
ADQUIRIDA

1.3.1 Como ocorre a prevenção da sífilis no âmbito da prevenção combinada, considerando a vulnerabilidade social, a exemplo da população em situação de rua; das mulheres, sobretudo as negras; e do uso de álcool e outras drogas?

A prevenção combinada abrange diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Não há hierarquização entre as medidas preventivas (ex.: uso de preservativo, testagem, tratamento de pessoas com sífilis/HIV/IST e suas parcerias sexuais). É papel do(a) profissional de saúde realizar a abordagem de orientação centrada na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, para ajudá-la a perceber e minimizar o risco de exposição às IST, considerando a especificidades de cada pessoa, do seu contexto e da sua vulnerabilidade (ANVISA, 2017; BRASIL, 2020).

1.3.2 Atualmente, como alertar as pessoas quanto à prevenção da sífilis, levando em consideração que uma série de fatores sociais, culturais e individuais afetam o acesso ao serviço de saúde?

Uma das estratégias é melhorar processos de informação e comunicação em saúde para a comunidade, inclusive com linguagem acessível e objetiva. Considerando os aspectos socioculturais e as vulnerabilidades, deve-se dar importância, por exemplo, ao planejamento e à implementação das ações, a partir das necessidades dos diversos segmentos populacionais, como as denominadas populações-chave (ANVISA, 2017). É relevante também planejar intervenções em rádios comunitárias, atividades extramuros, palestras e rodas de conversas nos serviços de saúde, nas escolas ou em outros equipamentos sociais do território, além da atuação dos gestores de saúde, agentes comunitários de saúde e demais profissionais de saúde nesses processos, entre outras ações.

1.3.3 Com relação ao abuso sexual de criança com peso menor que 45kg, qual a dose profilática para sífilis?

Em crianças e adolescentes com menos de 45kg, a profilaxia para sífilis em situação de violência sexual é feita com benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI) (BRASIL, 2020).

1.3.4 Em caso de violência sexual de adulto, qual a dose profilática para sífilis?

Em adultos e adolescentes com mais de 45kg, incluindo gestantes, a profilaxia é realizada com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única (BRASIL, 2020).



1.4 TESTES DIAGNÓSTICOS



1.4.1 Quais as perspectivas futuras para disponibilização de diagnóstico mais qualificado de sífilis, tendo em vista que o teste rápido e o VDRL ficam reagentes em casos de cicatriz sorológica?

Todos os testes diagnósticos de sífilis que detectam anticorpos, denominados de testes imunológicos, podem ter resultado reagente durante a infecção ativa, mas também em casos de cicatriz sorológica. Isso ocorre de forma mais predominante com os testes treponêmicos (ex.: ELISA, teste rápido, TPPA) do que com os testes não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR), a depender da titulação da amostra no diagnóstico. O fenômeno da cicatriz sorológica somente não acontecerá com testes capazes de detectar o treponema em si, os chamados exames diretos (BRASIL, 2016a). Os exames diretos que utilizam a técnica da microscopia não são mais amplamente utilizados no mundo como um todo, e os testes de biologia molecular que realizam amplificação do material genético ainda estão em fase de aperfeiçoamento para melhoria do seu desempenho. Espera-se que em um futuro não distante esses testes estejam disponíveis para rotina do diagnóstico da sífilis.

1.4.2 Por que não se produzem testes rápidos confirmatórios para sífilis, assim como já existem para HIV?

Os testes rápidos treponêmicos podem ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar, a depender do fluxograma de diagnóstico escolhido. Além disso, inovações tecnológicas para o diagnóstico da sífilis estão em processo de desenvolvimento e validação, como testes rápidos que identificam anticorpos treponêmicos e não treponêmicos no mesmo dispositivo. Considerar também a resposta 1.4.1 sobre exames diretos e teste de biologia molecular.

1.4.3 Qual a diferença entre diluição e titulação?

Quando o título da amostra diminui em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16) significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos. Para realizar um teste não treponêmico, são feitas várias diluições da amostra. A última diluição que ainda apresenta reatividade permite determinar o título (ex.: amostra reagente até a diluição 1:16 corresponde ao título 16) (BRASIL, 2020). Dessa forma, duas diluições é o mesmo que quatro títulos. No Brasil, a maioria dos laboratórios libera o resultado na forma de diluição.

1.4.4 Qual a diferença entre testes não treponêmicos e treponêmicos?

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina. A cardiolipina é liberada pela degradação celular humana ou pela destruição do *Treponema pallidum*, que possui cardiolipina nas suas células. Os anticorpos não treponêmicos (anticardiolipina) não são específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Esses testes são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e indicam a presença de infecção ativa, permitindo distinguir, por meio das variações das diluições, casos de reinfecção e propiciar o monitoramento do tratamento.

Os testes treponêmicos detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum*, ou seja, são anticorpos contra antígenos do próprio treponema. São os primeiros testes a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Não são úteis para identificar casos de reinfecção, pois os anticorpos treponêmicos, em geral, mantêm-se presentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. Não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento (BRASIL, 2020).

Portanto, para melhor auxiliar o profissional clínico no diagnóstico de sífilis, deve-se considerar os achados dos testes treponêmicos e não treponêmicos, e não apenas a realização de um teste isoladamente.

1.4.5 O teste rápido e o TPHA são tipos de testes treponêmicos?

Os testes treponêmicos são testes que detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*. Há diferentes tipos de testes treponêmicos, como FTA-Abs, TPPA, TPHA, MHA-TP, ELISA e testes rápidos imunocromatográficos (BRASIL, 2020; BRASIL 2016a).

Para mais informações sobre os tipos de testes de sífilis e sua utilização nos fluxogramas de diagnóstico, consultar o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Para saber sobre interpretação de resultados de testes e conduta profissional, consultar o PCDT IST (BRASIL, 2020).

1.4.6 Existem testes confirmatórios IgM/IgG para sífilis mais confiáveis disponíveis no Brasil?

Os testes que detectam anticorpos IgM não são úteis para o diagnóstico de sífilis, pois, em adultos eles não estão apenas presentes na sífilis recente, mas também são encontrados na sífilis tardia. Na sífilis congênita, esses testes possuem baixa sensibilidade, e um resultado negativo não exclui diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2016a). Os testes treponêmicos que detectam somente IgG ou IgM/IgG concomitantemente são úteis para diagnóstico, recomendando-se utilizar os que possuem registro na Anvisa.

1.4.7 Por que alguns testes rápidos de sífilis têm resultado reagente quando a pessoa já realizou tratamento adequado?

Os testes rápidos são testes imunológicos específicos para detecção anticorpos treponêmicos. Na maioria dos casos, os testes treponêmicos permanecem reagentes durante toda a vida da pessoa, independentemente de tratamento (WHO, 2016).

No caso dos testes rápidos, apesar de sua robustez, se os procedimentos recomendados pelos fabricantes não forem estritamente seguidos, resultados falsos podem ser obtidos. A sensibilidade pode variar entre um teste de um fabricante e outro, gerando resultado reagente em um teste e não reagente em outro teste com amostras da mesma pessoa. Porém, vale ressaltar que essa situação é mais rara, já que o desempenho dos testes rápidos presentes no mercado é semelhante entre si.

Se a pessoa refere história e tratamento de sífilis, o tipo de teste imunológico mais adequado a ser utilizado para avaliação de provável nova infecção são os testes não treponêmicos. O teste rápido pode ser utilizado para confirmar o diagnóstico de sífilis, ou seja, confirmar a informação do paciente sobre seu histórico de sífilis.

1.4.8 O VDRL pode apresentar resultado reagente em quais situações, além da sífilis?

Os anticorpos não treponêmicos identificados no VDRL são produzidos em resposta à cardiolipina liberada pela degradação celular ou à cardiolipina presente no *Treponema pallidum*. Outras condições clínicas que levam à degradação celular também podem apresentar resultados reagentes nesse exame, como segue (BRASIL, 2016a):

- Transitórios: decorrentes de algumas infecções, vacinações, uso concomitante de medicamentos, transfusões de hemoderivados, na gravidez e em idosos.
- Permanentes: em pessoas com lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípica e outras colagenoses, hepatites virais crônicas, hanseníase, malária, em usuários de drogas ilícitas injetáveis e em idosos.

1.4.9 O que é efeito prozona?

O fenômeno prozona decorre da relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica, gerando resultados falso-negativos. Ocorre principalmente na sífilis secundária, quando há grande produção de anticorpos.

Consiste na ausência de reatividade aparente no teste realizado em uma amostra não diluída, que, embora contenha anticorpos anticardiolipina, apresenta resultado não reagente quando é testada (BRASIL, 2020; BRASIL, 2016a).

1.4.10 Como é feito cada teste de sífilis?

Os princípios metodológicos dos testes utilizados para o diagnóstico da sífilis podem ser encontrados no Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis (BRASIL, 2016a) e nas instruções de uso do fabricante de cada teste, seja ele laboratorial ou rápido. Para mais informações, consultar também o Telelab, disponível em: www.telelab.aids.gov.br.



1.4.11 Como é utilizada a microscopia de campo escuro para diagnóstico de sífilis?

A pesquisa do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro pode ser realizada tanto nas lesões primárias como nas lesões secundárias da sífilis, em adultos ou em crianças. A amostra utilizada é o exsudato seroso das lesões ativas (que deve ser livre de eritrócitos, de restos de tecido e de outros microrganismos). Possui sensibilidade entre 74% e 86%, e sua especificidade pode alcançar 97%, dependendo da experiência do técnico que realiza o exame (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995; OMS, 2015).

A microscopia de campo escuro não é recomendada para material de lesões orais, pois a cavidade oral é frequentemente colonizada por outras espiroquetas que podem confundir o diagnóstico da sífilis (OMS, 2015).

1.4.12 Qual a possibilidade de resultados falso-positivos em testes treponêmicos (ex.: teste rápido), em pessoas com VDRL negativo e assintomáticas?

Cerca de 1% da população apresenta resultados falso-positivos para os testes treponêmicos, sendo que essa exceção é geralmente observada em pessoas com doença de Lyme. Nesses pacientes, o teste não treponêmico geralmente é não reagente. No entanto, testes treponêmicos podem tornar-se reagentes antes dos testes não treponêmicos (ex.: VDRL) durante a sífilis primária. Também é preciso verificar se os testes rápidos foram realizados conforme as recomendações do fabricante, pois a adição de volumes incorretos de amostra ou tampão e a leitura do resultado no tempo inadequado podem levar a resultados errôneos. Reforça-se, portanto, a necessidade de seguir rigorosamente as orientações das instruções de transporte, armazenamento e uso dos testes preconizadas pelos fabricantes (BRASIL, 2016a).

1.4.13 Quanto à titulação do teste não treponêmico, existe um protocolo para diluição ou cada laboratório pode diluir quantas vezes considerar necessário?

As diluições podem ser realizadas em tubo ou diretamente na lâmina de análise. O importante é manter diluições em fator 2 e que garantam o volume final necessário para a realização do teste não treponêmico. É fundamental que as amostras sejam diluídas até que não haja mais reatividade. Para mais informações sobre como realizar diluições para testes não treponêmicos de sífilis, verificar a bula do teste e o conteúdo do Telelab, disponível em <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95-diagnostico-de-sifilis>.



1.4.14 Se um laboratório recebe uma amostra para realizar VDRL, após teste rápido reagente realizado no serviço da atenção primária, há necessidade de esse laboratório repetir o teste rápido?

Nessa situação, a solicitação feita pelo profissional da atenção primária ao laboratório deve ser de "Diagnóstico de Sífilis após teste rápido reagente". Assim, o laboratório deve realizar a análise da amostra com teste não treponêmico e, em caso reagente, finaliza-se a investigação. Em caso não reagente, o laboratório deverá realizar um terceiro teste treponêmico (que não o teste rápido) para conclusão do fluxograma (BRASIL, 2020). A repetição de um teste treponêmico inicial, no caso em questão do teste rápido, gera custos desnecessários.

1.4.15 É correta a análise de líquido por meio de VDRL (teste não treponêmico), quimioluminescência e FTA-Abs (testes treponêmicos)?

Não se recomenda a solicitação desse teste treponêmico de rotina em LCR. Consequentemente, o diagnóstico é baseado em uma combinação de achados clínicos, alterações do LCR e resultado do VDRL no LCR (BRASIL, 2020).

1.4.16 Qual o percentual de resultados falso-positivos e falso-negativos pelos testes rápidos? É igual para todas as marcas?

Os testes rápidos são testes imunológicos específicos para detecção de anticorpos treponêmicos, os quais podem apresentar cerca de 1% de resultados falso-positivos. No entanto, variações entre fabricantes podem impactar na sensibilidade de cada teste. Não existem testes imunológicos 100% específicos e 100% sensíveis. Resultados falso-positivos ou falso-negativos podem ocorrer e o desempenho de cada teste está especificado na bula (BRASIL, 2016a).

No caso dos testes rápidos, apesar de sua robustez, se os procedimentos recomendados pelos fabricantes não forem estritamente seguidos, resultados falsos podem ser obtidos. Para monitorar a qualidade da testagem, orienta-se que as unidades que realizam teste rápido participem, de maneira voluntária e gratuita, da Avaliação Externa de Qualidade do Teste Rápido (AEQ-TR), disponível em <https://qualitr.paginas.ufsc.br/>. Recomenda-se ainda sempre realizar avaliação da rotina, verificando principalmente armazenamento e execução correta dos testes rápidos e, em caso de persistência das discordâncias dos resultados, entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) do fabricante para abertura de chamado e investigação do ocorrido.

1.4.17 Qual a utilidade de realizar FTA-Abs em líquido?

Quanto aos testes treponêmicos para amostras de líquido, apesar de sua alta sensibilidade, estes apresentam especificidade muito variável e o valor preditivo negativo varia de acordo com a prevalência da doença. Em locais de alta prevalência, o valor preditivo negativo é baixo, ou seja, um resultado não reagente não exclui a doença (HO et al., 2015; LEVCHIK et al., 2013; HARDING; GHANEM, 2012). Portanto, não se recomenda a solicitação desse teste de rotina, principalmente no atual cenário epidemiológico brasileiro.

1.4.18 Qual a importância do FTA-Abs IgM? Em que contexto deve ser solicitado?

Sobre a utilidade da imunoglobulina IgM:

- Sífilis em adultos: não está apenas presente em pacientes com sífilis recente, mas também é encontrada durante o período da sífilis tardia.
- Sífilis congênita: possui baixa sensibilidade e um resultado negativo não exclui diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2016a). Em vista disso, testes que detectam IgM não são úteis para o diagnóstico de sífilis.



1.4.19 Apesar de não serem solicitados de rotina, existem os testes treponêmicos quantitativos. Qual sua utilidade?

Os testes treponêmicos ELISA e de quimioluminescência, devido às suas características metodológicas, permitem a emissão de resultado quantitativo. No entanto, a literatura demonstra que não há correlação entre o quantitativo de anticorpos treponêmicos e a evolução clínica da doença ou acompanhamento de cura.

1.4.20 É fato que existe um percentual considerável de quimioluminescência reagente com VDRL não reagente?

A literatura relata maior ocorrência de resultados falso-positivos nos testes ELISA, quando comparados com os outros testes treponêmicos (SEÑA; WHITE; SPARLING, 2010). Dada a semelhança metodológica entre os testes ELISA e quimioluminescência, é possível que esse fenômeno possa ser extrapolado. Na situação de quimioluminescência reagente com teste não treponêmico (ex.: VDRL) não reagente, caso haja um terceiro teste treponêmico disponível com metodologia diferente do primeiro teste, recomenda-se sua realização para conclusão da testagem, conforme preconizado pelo Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis – Fluxograma 2 (BRASIL, 2016a).

1.4.21 Nas situações em que a titulação no VDRL foi uma e no RPR foi outra, ou nos casos em que o resultado do VDRL de um laboratório foi diferente (até duas diluições) de outro laboratório, o ideal seria fazer diagnóstico e monitoramento em um mesmo laboratório com os mesmos reagentes?

Embora todos os testes não treponêmicos possuam especificidade e sensibilidade semelhantes, eles podem apresentar reatividade diferente em relação a uma mesma amostra, devido às particularidades das suspensões antigênicas utilizadas. Uma amostra testada com quatro testes de fabricantes ou plataformas distintas poderá apresentar variação de título em mais ou menos uma diluição no resultado final, sem que isso signifique erro. Tal variação também pode ocorrer em função da subjetividade da leitura desses testes, que dependem dos olhos do profissional que os realiza (LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995).

Assim sendo, no monitoramento da resposta ao tratamento, recomenda-se a utilização do mesmo teste inicial utilizado no diagnóstico, para que possa haver a correta comparação dos títulos obtidos (BRASIL, 2016a).



1.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SÍFILIS ADQUIRIDA

1.5.1 A prática do uso de preservativos nas relações sexuais é maior em que faixa etária?

De acordo com dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP), de 2013, destacou-se maior uso de preservativos na faixa etária de 15 a 24 anos, independentemente do tipo de parceria (fixa ou casual) e da frequência de utilização do insumo, com tendência de declínio com o aumento da idade (BRASIL, 2016b).

1.5.2 Treponema pallidum e resistência à penicilina: presumida ou evidência?

Não há evidências científicas de resistência de *Treponema pallidum* à penicilina na literatura (PEELING et al., 2017).

1.5.3 Estamos em uma epidemia de sífilis?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que ocorre uma epidemia das IST (incluindo a sífilis); nesse contexto, apresentou um plano global de estratégias para eliminação das IST até o ano de 2030 (WHO, 2016).

No caso do Brasil, nos últimos anos, observou-se um número crescente de casos de sífilis (adquirida, em gestantes e congênita) nas cinco macrorregiões. Em 2016, o Ministério da Saúde considerou que o país vivencia uma epidemia de sífilis e lançou uma Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis, com ampla parceria de instituições, estados e municípios prioritários (BRASIL, 2016c; BRASIL, 2017c).

1.5.4 Quais os procedimentos para notificação dos casos de sífilis adquirida?

A notificação de sífilis adquirida é feita por meio da Ficha de Notificação Individual, que se encontra disponível em <https://portalsinan.saude.gov.br/notificacoes>. Apesar de a ficha de notificação/investigação de sífilis adquirida ter sido elaborada, ainda não foi implementada pelo Datasus no Sinan, devido a questões operacionais. Diante disso, no momento de diagnóstico do caso de sífilis adquirida, devem ser preenchidos somente os dados que se encontram na notificação, que são atributos comuns a todos os agravos. Deve-se registrar no campo 2 da ficha de notificação (agravo/doença) "Sífilis Adquirida" CID: A53.9.

A Nota Informativa nº 02-SEI/2017, que altera critérios de definição de caso de sífilis, apresenta duas situações referentes à sífilis adquirida (BRASIL, 2017d).



1.5.5 A taxa de detecção de sífilis adquirida tem sido maior em que faixa etária?

Conforme os dados epidemiológicos, observou-se incremento na taxa de detecção de sífilis adquirida para todas as faixas etárias, destacando-se a tendência mais acentuada de aumento na faixa etária de 20 a 29 anos, que em 2018 contabilizou 163,3 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2019a).

1.5.6 Quando a pessoa inicia o tratamento apenas com teste rápido reagente, pode-se notificá-la como caso de sífilis adquirida?

Os critérios de definição de caso de sífilis adquirida são (BRASIL, 2017d):

- 1ª situação: indivíduo assintomático, com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, sem registro de tratamento prévio.
- 2ª situação: indivíduo sintomático para sífilis, com pelo menos um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico – com qualquer titulação.

No caso em questão, só poderá ser notificada com o teste rápido reagente a pessoa que apresentar algum sinal/sintoma sugestivo de sífilis.

1.5.7 Considerando que são necessários pelo menos dois testes reagentes diferentes para fechar um caso de sífilis adquirida e, muitas vezes, as pessoas não retornam no serviço para fazer o segundo teste, a sífilis adquirida estaria subnotificada?

Se a definição de caso incluísse apenas um teste reagente (em pessoas assintomáticas), muitos casos de cicatriz sorológica seriam notificados pelos serviços, inclusive por laboratórios que não têm como avaliar a história clínico-epidemiológica do indivíduo. Então, para evitar subnotificações, reforça-se a necessidade da notificação no Sinan de todos os casos confirmados, bem como a melhoria da qualidade do preenchimento da ficha de notificação (BRASIL, 2020).

1.5.8 O aumento de casos de sífilis adquirida ocorre no setor público e privado. Qual a diferença entre esses números?

A partir dos dados do Sinan, no Boletim Epidemiológico, as variáveis utilizadas são: local de residência, idade, raça/cor, sexo e grau de escolaridade. Em geral, não é realizada a análise por serviço, devido ao grande número de clínicas e serviços de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para mais informações, consultar o Boletim Epidemiológico de Sífilis, disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/biblioteca_busca/, bem como o Painel de Indicadores e dados básicos de sífilis nos municípios brasileiros, em <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>.



1.5.9 Como proceder em relação aos casos notificados de doadores de sangue cujos testes para sífilis são reagentes e não retornam para o banco de sangue?

Embora a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, estabeleça que "profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino" são responsáveis por notificar as autoridades de saúde sobre agravos de interesse público (BRASIL, 1975), a notificação de sífilis requer avaliação clínico-epidemiológica do caso.

Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica o tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (BRASIL, 2020).

Assim, a notificação realizada pelos bancos de sangue ou laboratórios, sem acesso às pessoas para a devida avaliação da situação e conduta terapêutica adequada, não são úteis para fins de vigilância, prevenção e controle do agravo. O ideal é haja um fluxo de informação e comunicação com a assistência e vigilância para prosseguir com a atenção integral, investigação e encerramento do caso.

1.5.10 Como proceder nos casos das notificações de sífilis enviadas pelos laboratórios privados, considerando que esses locais não realizam tratamento devido às características da sua atividade?

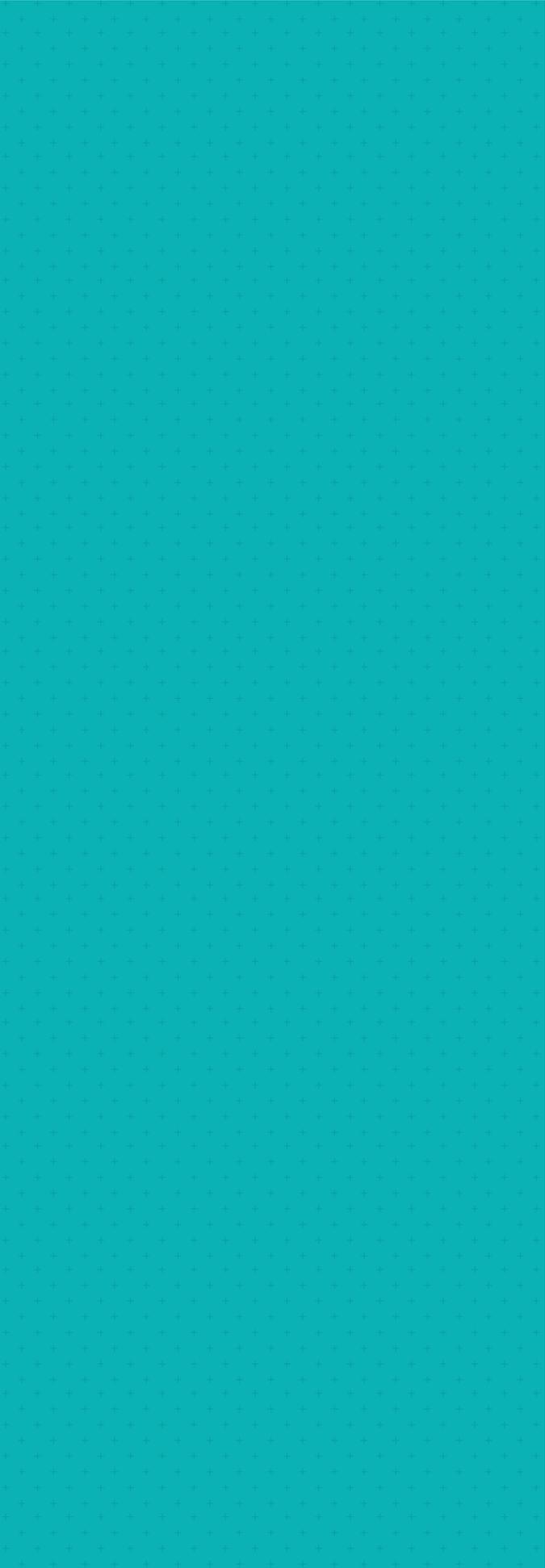
Considerar a resposta 1.5.9 sobre a notificação realizada pelos bancos de sangue. A Vigilância pode entrar em contato com o médico ou o serviço que solicitou o exame e pedir a notificação.

1.5.11 Como fazer em relação à notificação quando não há o segundo teste para definir o diagnóstico?

Para fins de vigilância, sem o segundo teste o caso será descartado, de acordo com a primeira situação de definição de caso. Entretanto, se a pessoa estiver sintomática, o caso pode ser notificado com pelo menos um teste reagente – treponêmico ou não treponêmico – com qualquer titulação. Não deverá ser notificada cicatriz sorológica (BRASIL, 2017d).

1.5.12 Qual a situação da sífilis no Brasil em relação a outros países?

A sífilis vem apresentando aumento no mundo, com estimativas de 6,3 milhões de casos, em 2016, de acordo com a OMS (ROWLEY et al., 2019). Por outro lado, no Brasil, dados epidemiológicos apontam que a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. Em 2018, em comparação com o ano de 2017, destacou-se um aumento de 25,7% na taxa de detecção em gestantes e de 5,2% na incidência de sífilis congênita (BRASIL, 2019a).



2

SÍFILIS EM GESTANTES



2.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

SÍFILIS EM GESTANTES

2.1.1 Por que algumas gestantes têm resultado de teste rápido não reagente, VDRL reagente e TPHA reagente?

Os testes rápidos e o TPHA são testes imunológicos específicos para detecção de anticorpos treponêmicos. No entanto, variações metodológicas e de fabricante podem impactar na sensibilidade de cada teste. Não existem testes imunológicos 100% específicos e 100% sensíveis. Resultado falso-positivo ou falso-negativo pode ocorrer. No caso dos testes rápidos, apesar de sua robustez, se os procedimentos recomendados pelos fabricantes não forem estritamente seguidos, resultados falsos podem ser obtidos.

Para monitorar a qualidade da testagem, orienta-se que as unidades que realizam teste rápido participem, de maneira voluntária e gratuita, da AEQ-TR, disponível em: <https://qualitr.paginas.ufsc.br/>. Recomenda-se também que realizar sempre avaliação da rotina, verificando-se principalmente o armazenamento e a execução correta dos testes rápidos e, em caso de persistência das discordâncias dos resultados, entrar em contato com o SAC do fabricante para abertura de chamada e investigação do ocorrido.



2.1.2 A sífilis na gestante pode cursar com teste treponêmico (ex.: teste rápido) não reagente e VDRL reagente (ex.: 1:16)?

Nos casos de resultados discordantes entre o teste não treponêmico e o teste treponêmico, recomenda-se, quando possível, a realização de um terceiro teste, com metodologia diferente do teste treponêmico já realizado. Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição da conduta (BRASIL, 2020).

Considerar também a resposta 2.1.1 sobre monitoramento da qualidade da testagem rápida e avaliação da rotina para realização do procedimento.

2.1.3 Como proceder quando o resultado do teste rápido da gestante é reagente, enquanto o do parceiro é não reagente?

Diante do cenário epidemiológico da sífilis no Brasil, em caso de gestante com apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico, recomenda-se tratamento imediato, com primeira dose de benzilpenicilina benzatina.

Essa conduta não exclui a necessidade de realização do segundo teste para melhor análise diagnóstica, o qual, nesse caso, seria um teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR). Assim, realiza-se o fluxograma completo de diagnóstico na gestante, para concluir o caso como sífilis e completar o tratamento conforme o estágio clínico ou, ainda, verificar ausência de sífilis, com possibilidade de resultado falso-reagente (BRASIL, 2019b).

Para fins de tomada de decisão, sugere-se considerar cicatriz sorológica quando houver tratamento anterior documentado, com queda da titulação em pelo menos duas diluições (BRASIL, 2020). Assim, a decisão de não tratar a gestante imediatamente devido à possibilidade de cicatriz sorológica deve ser avaliada criteriosamente.

Quanto às parceiras sexuais, orienta-se investigar sobre múltiplas parcerias da gestante. No caso de realização de tratamento imediato com teste rápido reagente para gestante, recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a todas parceiras sexuais, com dose única de benzilpenicilina benzatina. Esse tratamento presuntivo é feito independentemente de estágio clínico, sinais e sintomas e resultado de exames. A continuidade da investigação das parcerias sexuais é necessária para verificar o diagnóstico de sífilis e a realização do tratamento completo, conforme o estágio clínico da infecção.

2.1.4 Como proceder frente a uma gestante com sífilis que realizou tratamento, mas em que a titulação do VDRL se mantém 1:16?

Deve-se investigar parceria(s) sexual(is), avaliar se a gestante foi classificada corretamente quanto ao estágio clínico da sífilis e verificar se foi realizado o tratamento adequado.

O monitoramento mensal nas gestantes com teste não treponêmico é importante para identificar reexposição durante a gravidez e descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfeção/reativação e necessidade de retratamento das gestantes e parcerias sexuais. Muitas vezes, é difícil diferenciar entre reinfeção, reativação e resposta imunológica mais lenta, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais ou sintomas clínicos novos, reexposição de risco, violência sexual, comorbidades, histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para propiciar a elucidação diagnóstica (BRASIL, 2019b).

A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfeção (BRASIL, 2020).

Como o VDRL é um teste não treponêmico e não automatizado, realizado de forma manual e dependente do técnico, a quantificação do título deve ser colhida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia) e, na medida do possível, durante o seguimento, o teste deve ser realizado com a mesma metodologia e mesmo laboratório e técnico (BRASIL, 2016a).

2.1.5 Quais as consequências do não tratamento da gestante com sífilis?

Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou em baixo peso do concepto ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BERMAN, 2004; BLENCOWE et al., 2011).

2.1.6 Em uma gestação gemelar, a mulher com sífilis pode transmitir a infecção para os dois filhos?

Sim, pode transmitir a infecção para os dois filhos. A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. A transmissão é maior (em torno de 70% a 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2019b).

2.1.7 Em caso de gestante com teste treponêmico reagente e titulação baixa do VDRL, que refere tratamento prévio, porém não documentado, deve-se considerar sífilis latente e tratar novamente a gestante e o parceiro?

Se o tratamento não está documentado, seja em prontuário, cartão da gestante, receita ou sistema de informação específico, deve-se considerar tratamento não adequado. Faz parte do conceito de tratamento adequado a documentação do tratamento prescrito com doses, datas, classificação clínica da infecção e monitoramento laboratorial (BRASIL, 2019b). Dessa forma, recomenda-se retratar gestante e realizar o seguimento clínico-laboratorial mensal para controle de cura.

As parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de benzilpenicilina benzatina IM (2,4 milhões UI). No caso de teste reagente para sífilis, seguir as recomendações de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente benzilpenicilina benzatina (BRASIL, 2019b).

2.1.8 Mulher com sete meses de gestação, moradora de zona rural, VDRL 1:2, teste rápido reagente e tratamento prévio de sífilis há cinco anos, não sabe informar VDRL de controle e a parceria é não reagente. Não há FTA-Abs na rede laboratorial. É o caso de tratar para sífilis ou não?

Como o teste rápido já apresentou resultado reagente, o FTA-Abs não necessita ser solicitado, pois é também um teste treponêmico. O resultado do teste não treponêmico (VDRL) e treponêmico (teste rápido) já se caracteriza como um fluxograma de testagem completo, conforme o Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis (BRASIL, 2016a).

No caso de tratamento prévio de sífilis, especialmente em gestantes, essa informação precisa estar documentada, seja em prontuário, cartão da gestante, receita ou sistema de informação específico. Se não houver tratamento documentado, deve-se considerar tratamento não adequado e realizar tratamento no presente momento da gravidez.

Além disso, também se deve considerar cicatriz sorológica quando houver tratamento anterior com queda da titulação documentada em pelo menos duas diluições. Assim, neste caso, não se recomenda considerar como cicatriz sorológica, pois não há acesso ao controle após o tratamento. Então, mesmo se o tratamento estiver documentado, considerando o risco de nova exposição nos últimos cinco anos, sugere-se tratamento de gestante de acordo com o estágio clínico. Deve-se ofertar tratamento presuntivo para parceria sexual com dose única de benzilpenicilina benzatina IM (2,4 milhões UI). Como o exame da parceria sexual apresentou-se não reagente (teste treponêmico ou não treponêmico), orienta-se, em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.

2.1.9 Puérpera que não realizou pré-natal, diagnosticada com sífilis na maternidade, com VDRL 1:4 e teste rápido não realizado, sem registro de tratamento progressivo em prontuário, relata não ter sido tratada na maternidade por ser alérgica. Resistente ao uso de benzilpenicilina benzatina na unidade de saúde. Considerando esse relato, qual é a segunda opção de tratamento em caso de amamentação?

Deve ser realizado tratamento com benzilpenicilina benzatina em toda gestante com sífilis, na atenção primária, a não ser que haja relato de reação alérgica grave ou anafilaxia prévia ao medicamento. Em caso de anafilaxia (falta de ar, perda de consciência, necessidade de hospitalização), o tratamento da gestante deverá ser feito com benzilpenicilina benzatina em unidade hospitalar (BRASIL, 2019b).

Da mesma forma, para lactantes, não há indicação de uso de medicamento alternativo, sendo a benzilpenicilina benzatina o medicamento de escolha. A avaliação de alergia também deve ser guiada, conforme o histórico de gravidade.

2.1.10 Em relação ao parceiro de gestante diagnosticada com sífilis, é necessário tratá-lo mesmo com o resultado não reagente no teste treponêmico ou no teste não treponêmico (VDRL)?

Sim. A parceria sexual deve ser tratada independentemente do resultado dos testes. Nesse caso, os testes são úteis para o monitoramento do tratamento e a definição de critério de notificação.

Todas as parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser testadas. Parcerias com testes não reagentes são consideradas expostas à sífilis e, dessa forma, recebem tratamento presuntivo, ou profilaxia pós-exposição, com dose única de benzilpenicilina benzatina. Parcerias com resultados reagentes, independentemente da titulação, deverão ser tratadas de acordo com o estágio clínico da sífilis (BRASIL, 2019b).

2.1.11 O que fazer quando a gestante tem sífilis e seu parceiro teve teste não reagente?

Inicialmente, é relevante conhecer a transmissão sexual da sífilis, que, no caso da sífilis primária, ocorre por meio do contato da mucosa com a úlcera (cancro duro), sendo autolimitada, mesmo na ausência do tratamento. Durante a evolução da sífilis, há períodos assintomáticos, mesmo sem tratamento adequado (BRASIL, 2020). No estágio da sífilis primária, se essa parceria não teve contato sexual, de fato pode não estar infectada.

Todas as parcerias sexuais de gestantes com sífilis devem ser testadas. Parcerias (até 90 dias antes do diagnóstico da gestante) com testes não reagentes (treponêmicos ou não treponêmicos) são consideradas expostas à sífilis e, dessa forma, recebem tratamento presuntivo, ou profilaxia pós-exposição, com dose única de benzilpenicilina benzatina. Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, pode-se solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.

2.1.12 Qual a conduta frente a gestantes com resistência ao tratamento, seja por medo do parceiro ou por não querer envolvê-lo nesse processo, por algum outro motivo? Muitas vezes, perde-se a oportunidade de tratar a mulher durante o pré-natal e ela só é abordada tardiamente, no momento do parto.

É essencial a comunicação com as gestantes e, se possível, também com as parcerias sexuais. Devem ser utilizados todos os recursos viáveis para explicar a importância do tratamento e monitoramento da sífilis, além de entender as causas da "resistência ao tratamento", por meio da atenção centrada na pessoa e na família. Não são incomuns medos e entendimentos equivocados que dificultam a adesão terapêutica (BRASIL, 2019b).

Conhecer a história sexual é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim compreendê-la como um todo. Essa investigação deve ser estruturada para identificar os fatores de risco relacionados à saúde sexual, bem como reconhecer práticas sexuais e oportunidades para intervenções breves de mudança de comportamento (CLUTTERBUCK et al., 2012).

Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é necessário construir uma relação de confiança com a pessoa, com aproximação gradual para facilitar o diálogo (CARRIÓ, 2012).

2.1.13 Em um caso de mulher na primeira consulta pré-natal, primigesta, 25ª semana, VDRL 1:2, tratada para sífilis com benzilpenicilina benzatina há quatro anos e sem parceiro fixo, qual a melhor conduta para proteger o conceito?

Considerando que essa gestante não tem registro de monitoramento do teste não treponêmico pós-tratamento; não possui parceiro fixo, o que pode ter contribuído para uma reinfecção; e ainda se encontra no início do 3º trimestre de gestação, o mais recomendado é (BRASIL, 2019b):

- Tratar a gestante novamente com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, uma vez por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por três semanas (para sífilis latente de duração desconhecida), bem como realizar monitoramento com teste não treponêmico mensal. Se houver aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:2 para 1:8, ou de 1:2 para 1:16), ela deve ser retratada;
- Tentar captar as parceria(s) sexual(is) para testagem e tratamento.

2.1.14 Em um caso de gestante com 30 semanas, VDRL atual 1:4, história de tratamento adequado em outra gestação com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI por três semanas), cujo esposo não fez exame nem tratamento e com relato de relação sexual sem método de barreira, a indicação é retratar a gestante?

Como não há registro de monitoramento do teste não treponêmico pós-tratamento; o parceiro não foi testado nem realizou tratamento; há relato de relação sexual desprotegida; e a mulher se encontra no início do 3º trimestre de gestação, considerar a resposta 2.1.13 sobre a recomendação de tratamento e monitoramento da gestante, além de testagem e tratamento da parceria sexual.

2.1.15 Em geral, quais os critérios para retratamento de uma gestante ou parceria sexual?

São critérios de retratamento:

- 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 ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Na presença desses critérios, o profissional de saúde deve investigar sinais/sintomas neurológicos e/ou oftalmológicos e reexposição sexual de risco. Situações que não se enquadram como resposta imunológica adequada ou critérios de retratamento devem ser avaliadas quanto à presença de sinais ou sintomas clínicos novos, epidemiologia (reexposição, comorbidades), histórico do tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. Caso ainda haja suspeita de infecção ativa por sífilis, o retratamento deve ser instituído (BRASIL, 2019b).

2.1.16 O tratamento do parceiro da gestante pode ser realizado com a medicação alternativa?

Sim, pode ser realizado com esquema alternativo (doxiciclina, via oral), conforme o estágio clínico (BRASIL, 2020). Importante ressaltar que a penicilina é o tratamento preferencial e deve ser priorizado sempre.

2.1.17 O protocolo não relata a dessensibilização da gestante alérgica à penicilina. Esse procedimento ainda é indicado?

Deve ser realizado tratamento com benzilpenicilina benzatina em toda gestante com sífilis, na atenção primária, a não ser que haja relato de reação alérgica grave ou anafilaxia prévia ao medicamento. Em caso de anafilaxia (falta de ar, perda de consciência, necessidade de hospitalização), evento muito raro, o tratamento da gestante deverá ser realizado com benzilpenicilina benzatina em unidade hospitalar (BRASIL, 2019b). A anamnese deve ser objetiva para obter informações adequadas e identificar pessoas realmente alérgicas à penicilina. A maioria dos casos identificados grosseiramente como suspeitos de serem alérgicos carecem de anamnese criteriosa, considerando que a quase totalidade dos que são encaminhados para dessensibilização são descartados somente pela investigação da história clínica (SHENOY et al., 2019).

2.1.18 Existe algum período da gestação em que seja contraindicado o uso de benzilpenicilina benzatina para o tratamento de sífilis?

Não. A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha, sendo a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes e a prevenção da transmissão vertical (BRASIL, 2019b).

2.1.19 Em um caso de gestante e parceiro tratados com comprovação, mas em que a titulação do VDRL da mulher foi de 1:16 em 18/02, 1:8 em 19/03 e 1:8 no parto, pode-se considerar que a gestante foi adequadamente tratada?

Para considerar a gestante adequadamente tratada, além da avaliação laboratorial e do registro de tratamento materno, deve-se averiguar a existência de outros fatores, como: tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto; falha de tratamento; novas exposições sexuais de risco; e se a gestante apresenta algum sinal ou sintoma de sífilis.

Quanto aos títulos de testes não treponêmicos, como o VDRL, estes podem diminuir lentamente. O acompanhamento mensal nas gestantes é fundamental para analisar se há aumento da titulação em duas diluições, o que configura reinfeção ou reativação, com necessidade de retratamento da gestante. Considera-se resposta imunológica adequada a queda na titulação em duas diluições até seis meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia, tempo que pode ser insuficiente para verificação no curso de uma gestação (BRASIL, 2019b).

Recomenda-se também que, para melhor monitoramento dos casos, a titulação de teste não treponêmico seja colhida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento) e, na medida do possível, que os testes não treponêmicos sejam realizados com a mesma metodologia, no mesmo laboratório e pelo mesmo técnico (BRASIL, 2016a).

2.1.20 *Em um caso de gestante e parceiro tratados com documentação, mas em que o VDRL mensal da mãe foi de 1:8, 1:4, 1:2, 1:8 e de 1:2 no parto, pode-se considerar que a gestante foi adequadamente tratada?*

Como a resposta 2.1.19, para considerar se a gestante foi adequadamente tratada, essa situação também depende de outros fatores, além da titulação do VDRL e do registro de tratamento.

Durante o monitoramento mensal das titulações dos testes não treponêmicos, registrou-se uma elevação de 1:2 para 1:8 (em duas diluições), o que pode indicar uma reinfeção ou reativação, sendo necessário o retratamento da gestante/puérpera. Nesse momento, deve-se considerar nova exposição sexual à sífilis, testagem e tratamento da parceria sexual, persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos e adesão ao tratamento realizado anteriormente, bem como se há necessidade investigar neurosífilis.

No momento do parto, é necessária a avaliação clínica e epidemiológica criteriosa, pois, se houve esquema de retratamento anterior, essa queda da titulação pode indicar resposta imunológica adequada.

Cabe investigar também a metodologia dos testes não treponêmicos e considerar a resposta 2.1.19 para essa questão laboratorial.

2.1.21 *Gestante com VDRL reagente e FTA-Abs não reagente necessita de tratamento?*

Sim, a gestante deve ser tratada. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), em algumas situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis), entre as quais a gestação.

O fato da realização do tratamento com apenas um teste reagente para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica). O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, a conduta terapêutica adequada (BRASIL, 2020).

2.1.22 Em caso de marido com FTA–Abs (IgG negativo/IgM positivo) e VDRL 1:8, e gestante com teste rápido e VDRL não reagentes, qual a conduta a ser adotada?

No caso do marido, o teste treponêmico FTA–Abs IgG negativo IgM positivo indica alta probabilidade de infecção recente. O teste treponêmico FTA–Abs IgM pode identificar infecção aguda, mas apresenta pouca sensibilidade (igual ou menor que 50%) e não deve ser utilizado de maneira rotineira no diagnóstico. Portanto, a classificação da sífilis depende de critérios clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Ao avaliar todos os parâmetros, classifica-se a sífilis como recente ou tardia, para estabelecer o tratamento (BRASIL, 2016a).

Ao considerar o marido como caso de sífilis recente, o tratamento de primeira escolha é feito com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única. Além disso, deve-se realizar o monitoramento com teste não treponêmico a cada três meses até o 12º mês de acompanhamento (BRASIL, 2020).

A gestante, como é caso de parceria sexual, deve receber tratamento com uma dose de 2,4 milhões UI de benzilpenicilina benzatina, IM. O fato de a mulher apresentar teste treponêmico e não treponêmico não reagentes pode significar que ela:

- Não foi infectada; ou
- Está na janela imunológica (condição em que se infectou, mas não houve tempo de tornar os testes imunológicos reagentes); ou
- Foi infectada, mas se o tratamento foi realizado de forma precoce, os exames imunológicos podem ter se tornado negativos. A possibilidade da completa negatificação dos testes imunológicos é diretamente proporcional à precocidade do diagnóstico e do tratamento (BRASIL, 2016a).

Devido à suspeita clínica e/ou epidemiológica de janela imunológica, recomenda-se solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Nesse caso, pode-se utilizar teste treponêmico ou não treponêmico, mas se recomenda, sempre que possível, iniciar a investigação de sífilis por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido.

A gestante também deve realizar novo exame para sífilis no início do terceiro trimestre de gestação e no momento do parto (BRASIL, 2019b). No entanto, o acompanhamento criterioso durante o pré-natal ainda é importante para verificar o potencial risco de infecção no percurso da gestação e avaliar a adesão ao tratamento realizado pelo casal, bem como verificar possíveis sinais ou sintomas de sífilis.

2.1.23 Em caso de alergia à benzilpenicilina benzatina na gestante, a escolha seria ceftriaxona 1g injetável por dez dias?

Não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto e, por isso, esta não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez (BRASIL, 2019b). Segundo protocolo da OMS, para gestante com sífilis latente recente, em situações especiais como o desabastecimento, pode-se utilizar ceftriaxona 1g, IM, por dez a 14 dias. Mas será necessário notificar/investigar e tratar a criança para sífilis congênita. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura (WHO, 2016).

2.1.24 Existe obrigatoriedade de a rede hospitalar privada solicitar o VDRL como exame de rotina?

Os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) e treponêmicos (ex.: FTA-Abs, TPHA) estão no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Cabe destacar que o teste rápido e os testes convencionais para HIV também fazem parte desse rol de procedimentos. Dessa forma, algumas maternidades incluíram em protocolo próprio de assistência ao parto a testagem de HIV e sífilis, inclusive independentemente da solicitação médica. Para maternidades privadas que não possuem tal protocolo, o médico deverá solicitar a testagem ou prescrevê-la no prontuário da paciente. É importante não dar alta da maternidade sem avaliar os resultados dos testes.

2.1.25 A hepatite viral B pode alterar a titulação do VDRL no seguimento pós-tratamento de uma gestante coinfecteda com sífilis?

Os testes não treponêmicos podem apresentar elevação da titulação devido a algumas condições do organismo, uma vez que são testes imunológicos não específicos para sífilis, o que pode gerar resultados falso-positivos. Esses resultados podem ser classificados como transitórios ou permanentes, e geralmente apresentam títulos baixos (<1:8). Como exemplo, a própria gravidez e as hepatites virais crônicas podem ocasionar resultados falso-positivos. Assim, para diagnóstico e monitoramento, devem-se correlacionar dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente (BRASIL, 2016a). Mesmo com a possibilidade de interferência no valor de titulação do teste não treponêmico devido à presença de hepatite viral, não se alteram os parâmetros de avaliação sobre a resposta imunológica adequada e os critérios de retratamento de sífilis.

No caso da gestante com hepatite viral B, é importante adotar as medidas de prevenção da transmissão vertical dessa infecção. Quanto à sífilis, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste (BRASIL, 2019b).

2.1.26 Como é realizado o seguimento pós-tratamento com teste não treponêmico durante o pré-natal e após o parto?

No pré-natal, o seguimento da gestante com sífilis deve levar em consideração a presença de sinais/sintomas clínicos, o monitoramento laboratorial da resposta ao tratamento e a avaliação de reinfeção. Os testes não treponêmicos (ex.: VDRL, RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes, utilizando preferencialmente sempre o mesmo método, para que seja possível comparação entre eles. A quantificação do título de teste não treponêmico deve ser obtida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente após alguns dias entre o diagnóstico de sífilis e o início do tratamento. Isso é importante para a documentação da real queda da titulação, evitando a necessidade de retratamento (BRASIL, 2019b). Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses) (BRASIL, 2020).



2.2.1 Quem são os responsáveis pelo acompanhamento dos Comitês Estaduais de Prevenção da Transmissão Vertical, por região?

A decisão de escolha do responsável regional é do próprio estado.
O Protocolo de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical orienta sobre algumas estratégias para a criação dos comitês, como implantação, composição e organização (BRASIL, 2014).

2.2.2 Mesmo com a oferta do teste no pré-natal, por que algumas gestantes ainda são diagnosticadas no momento do parto?

Vários fatores podem estar relacionados com essa situação, como captação e diagnóstico tardio das gestantes, não tratamento em tempo oportuno, falta de tratamento adequado da gestante, ausência de seguimento mensal das gestantes, reexposição sexual, falta de diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais, entre outras questões de vulnerabilidade individual, social e/ou programática (BRASIL, 2019b).



2.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

SÍFILIS EM
GESTANTES

2.3.1 *Uma vez notificada sífilis em gestante, no caso de uma nova gestação, é necessário fazer outra notificação?*

Sempre que uma gestante apresentar teste treponêmico ou não treponêmico reagente, o caso deverá ser investigado. A partir dessa investigação, será definido se é nova infecção ou não. Destaca-se que casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados. Considera-se cicatriz sorológica o tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento). Também é importante descartar novas exposições de risco no período avaliado. Para mais informações sobre as três situações de definição de caso de sífilis em gestante, consultar a Nota Informativa nº 02-SEI/2017 (BRASIL, 2017d).

3

SÍFILIS CONGÊNITA



3.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO



SÍFILIS
CONGÊNITA

3.1.1 Se uma gestante com sífilis não realizar o tratamento, quais as complicações decorrentes da transmissão vertical?

A sífilis na gestação pode implicar consequências como aborto, natimorto, parto prematuro e manifestações congênitas precoces ou tardias. As manifestações clínicas da sífilis congênita precoce podem ser gestacionais/perinatais, sistêmicas, mucocutâneas, hematológicas, musculoesqueléticas, neurológicas e outras, como pneumonia e síndrome nefrótica. As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia podem ser faciais, oftalmológicas, auditivas, orofaríngeas, cutâneas, neurológicas ou esqueléticas. As manifestações tardias estão relacionadas à inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e se caracterizam pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos (BRASIL, 2019b).

3.1.2 Uma gestante com sífilis que realizou tratamento adequado no pré-natal e o RN exposto não apresentou sequelas, essa criança pode vir a apresentar problemas correlacionados à sífilis tardiamente?

Apesar do tratamento adequado da mãe, a criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade. A cada consulta de puericultura, deve ser realizado seguimento clínico e laboratorial, com busca ativa de manifestações precoces de sífilis congênita e vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2019b).

3.1.3 Quando a mãe tem VDRL com titulação baixa, quais os riscos de transmissão vertical?

O risco de transmissibilidade é maior caso se trate de sífilis recente. Títulos baixos de anticorpos não treponêmicos podem ser encontrados em três situações: a) infecção recente; b) estágios tardios da infecção (sífilis tardia); c) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação (esse fenômeno pode ser temporário ou persistente, sendo denominado cicatriz sorológica) (BRASIL, 2020).

3.1.4 Como proceder em um caso de gestante com sífilis que foi tratada, mas cuja criança nasceu com VDRL 1:2?

Todos os RN de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico ao nascimento, que será utilizado para comparação com a titulação materna também coletada na maternidade. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes.

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

No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita.

No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

Alguns estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com sífilis congênita têm resultado pareado do teste não treponêmico maior que o materno (RAWSTRON et al., 2001; MORSHED; SINGH, 2015).

O diagnóstico de sífilis congênita depende de uma avaliação criteriosa da criança, levando em consideração o risco de transmissão vertical da sífilis, correlacionando informações como parâmetros laboratoriais, exame físico da criança e histórico materno de infecção e tratamento, estadiamento clínico e risco de reinfeção durante a gestação. Além disso, recomenda-se a realização do seguimento clínico e laboratorial de todas as crianças expostas à sífilis e com sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

3.1.5 Em um caso de mãe adequadamente tratada que apresenta VDRL 1:4 no parto, enquanto a titulação do recém-nascido é 1:8 (uma diluição maior que a mãe), pode-se afirmar que se trata de uma criança exposta à sífilis?

Considerar a resposta 3.4.2 sobre criança exposta à sífilis. Somente com as informações da pergunta, não é possível afirmar. Na maternidade, além da análise do teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe, é necessário avaliar também o histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, além de averiguar a presença de sinais e sintomas clínicos no recém-nascido. No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

3.1.6 Quando a gestante com sífilis realiza tratamento adequado e o recém-nascido apresenta VDRL com titulação de 1:1, não é necessário o tratamento para a criança?

Considerar as respostas 3.1.5 e 3.4.2 sobre criança exposta à sífilis. Não há informações suficientes na pergunta para afirmar que se trata de uma criança exposta. Não há relato sobre a comparação do teste não treponêmico periférico da criança com o da mãe, o histórico materno de seguimento na gestação e a presença ou ausência de sinais e sintomas clínicos no RN.

Se for caso de sífilis congênita, há necessidade de tratamento, conforme o protocolo. A única situação em que não é necessário tratamento é a da criança exposta à sífilis (BRASIL, 2019b).

3.1.7 Se a gestante foi tratada adequadamente, mas o VDRL do recém-nascido for duas diluições maior que o da mãe (sem outras alterações), considera-se sífilis congênita ou apenas criança exposta?

Independentemente do histórico de tratamento materno, se o título de teste não treponêmico do RN for maior que o da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16), considera-se caso de sífilis congênita. Assim, a criança deve ser tratada, notificada, investigada e acompanhada para seguimento clínico e laboratorial, após a alta da maternidade (BRASIL, 2019b).

3.1.8 O teste rápido não reagente acima de 18 meses de uma criança exposta à sífilis descarta o diagnóstico de sífilis congênita, mesmo que não tenha sido realizado o seguimento?

A recomendação é que a criança exposta realize seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. A partir dos 18 meses, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita de crianças expostas em seguimento. Não existe correção retrospectiva de diagnóstico de sífilis congênita a partir de teste não reagente aos 18 meses de idade. O diagnóstico de sífilis congênita é realizado com base em histórico materno, risco epidemiológico e exames laboratoriais ao nascimento e durante o seguimento da criança exposta (BRASIL, 2019b). O teste treponêmico não é recomendado de rotina no acompanhamento de criança exposta à sífilis, mas, se for realizado, deve ser solicitado somente a partir de 18 meses de idade (BRASIL, 2020).

3.1.9 De acordo com a literatura, 60% a 90% das crianças com sífilis congênita nascem assintomáticas. Diante disso, realmente é necessário realizar a coleta de líquido?

Recomenda-se que todas as crianças com sífilis congênita sejam submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido e radiografia de ossos longos (BRASIL, 2019b).

As crianças com manifestações clínicas, alterações líquóricas ou radiológicas de sífilis congênita e teste não treponêmico reagente preenchem critério para notificação de caso de sífilis congênita, independentemente do histórico materno quanto ao tratamento e das titulações dos testes não treponêmicos (BRASIL, 2017d).

3.1.10 *Tem-se o caso de recém-nascido assintomático, VDRL 1:2 (igual ao materno) no momento do parto, e mãe na 3ª gestação, sem VDRL anterior na atual gestação e com relato verbal de sífilis tratada em período anterior à 1ª gestação, além de teste treponêmico reagente da mãe, o que afasta a possibilidade de falso-positivo pela gravidez ou outras patologias. Nessa situação, considera-se cicatriz mesmo sem a comprovação de tratamento ou sem a realização de outros testes não treponêmicos? Considera-se sífilis não tratada na gestação? Como lidar com o recém-nascido?*

Apenas se considera cicatriz sorológica quando há comprovação registrada de tratamento e queda de titulação em pelo menos duas diluições durante o seguimento. Nesse caso, considera-se sífilis não tratada na gestação.

Importante reforçar que o valor da titulação em teste não treponêmico visto de maneira isolada pouco auxilia em decisões clínicas.

Títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados, enquanto títulos baixos podem estar presente em três situações: a) infecção recente, b) estágios tardios da infecção (sífilis tardia) e c) casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar do tratamento adequado; entretanto, frente a achados clínicos e epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa (BRASIL, 2020).

Em relação ao RN assintomático, quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, a criança é notificada como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares, devendo ser tratada na maternidade e submetida a investigação completa, incluindo punção lombar e análise do líquido. Mesmo recebendo tratamento com penicilina na maternidade, deve-se considerar que essa criança se insere em um grupo de risco de desenvolvimento de sífilis congênita sintomática. Recomenda-se seguimento clínico-laboratorial, tanto nas consultas de rotina da puericultura na Atenção Primária à Saúde, como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso (BRASIL, 2019b).

3.1.11 *Se uma mãe foi adequadamente tratada e realizou seguimento clínico e laboratorial, mas não obteve queda de duas diluições até o parto, considera-se a criança com sífilis congênita?*

Não necessariamente. É importante destacar que não houve elevação dos títulos em duas diluições ou mais. O acompanhamento clínico e laboratorial das gestantes deve ser realizado mensalmente. Considera-se resposta imunológica adequada quando há queda na titulação em duas diluições até seis meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia, tempo que pode ser insuficiente para verificação no curso de uma gestação. Para melhor monitoramento dos casos, recomenda-se, sempre que possível, utilizar a mesma metodologia de laboratório nos testes não treponêmicos.

A avaliação de crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita não deve se basear exclusivamente nos resultados de exames laboratoriais. O diagnóstico exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial. No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

3.1.12 Quando a gestante inicia o tratamento para sífilis com 36 semanas de gestação e a criança nasce a termo com 38 semanas e cinco dias, com VDRL reagente 1:8, qual a conduta a ser adotada?

Como o tratamento não foi iniciado 30 dias antes do parto, essa mãe será considerada não adequadamente tratada e a criança será notificada no Sinan como sífilis congênita.

As crianças com sífilis congênita deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, resultado do teste não treponêmico e exames complementares (ex.: radiografia de ossos longos e punção lombar para análise do VDRL, contagem celular e proteína), devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis).

O seguimento pode ser realizado na puericultura, na atenção primária, durante as consultas de rotina, bem como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso (BRASIL, 2019b).

3.1.13 Gestante e parceiro foram tratados. A titulação do último VDRL da mãe no pré-natal foi de 1:2. Na maternidade, o recém-nascido apresentou VDRL 1:2. Como proceder?

Todos os RN de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico ao nascimento, que será utilizado para comparação com a titulação materna também coletada na maternidade. O sangue do cordão umbilical não deve ser usado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes.

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

No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita.

O diagnóstico de sífilis congênita não depende apenas do parâmetro laboratorial, mas considera também o histórico materno de infecção e tratamento, o estadiamento clínico e o risco de reinfeção. Além disso, recomenda-se que todas as crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita realizem seguimento clínico e laboratorial, após a alta da maternidade (BRASIL, 2019b).

Quanto à gestante no pré-natal, o VDRL com titulação baixa (1:2) pode refletir uma infecção recente, em que os títulos estariam em plena ascensão nas semanas seguintes. Por isso, indica-se o monitoramento mensal para avaliar a sequência de titulação e a resposta ao tratamento.

3.1.14 Como proceder de forma correta para o tratamento de recém-nascidos com sífilis congênita?

O medicamento para tratamento de crianças com sífilis congênita é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina).

Para as crianças com sífilis congênita que apresentem neurosífilis, a benzilpenicilina cristalina é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar.

Na ausência de neurosífilis, a criança com sífilis congênita pode ser tratada fora da unidade hospitalar com benzilpenicilina procaína, IM, ou com benzilpenicilina potássica/cristalina, por via endovenosa, com necessidade de internação hospitalar. A benzilpenicilina benzatina IM em dose única é uma opção terapêutica restrita às crianças com sífilis congênita cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento.

A única situação em que não é necessário tratamento é a da criança exposta à sífilis (aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno). Essas crianças não são notificadas no Sinan, mas devem ser acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS), com seguimento clínico e laboratorial. Cabe à maternidade ou casa de parto realizar o referenciamento da criança exposta e orientar a mãe quanto à importância desse acompanhamento na puericultura. A criança exposta também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território (BRASIL, 2019b).

Para mais informações, consultar o fluxograma de avaliação e manejo das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação (atual) ou no momento do parto, constante no PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2019b).

3.1.15 Na falta de acesso venoso para a aplicação de benzilpenicilina cristalina, associada à ausência de benzilpenicilina procaína no estoque hospitalar, qual seria a opção terapêutica? Benzilpenicilina cristalina ou ceftriaxona IM?

Considerar a resposta 3.1.14. O único tratamento eficaz para criança com sífilis congênita é realizado com benzilpenicilina (cristalina, procaína ou benzatina), sem relatos de eficácia sobre o uso da ceftriaxona (BRASIL, 2019b). Não se recomenda a utilização de benzilpenicilina cristalina, IM.

Na falta de acesso venoso, verificar com a gestão local a viabilidade de aquisição de benzilpenicilina procaína para não comprometer o tratamento das crianças com sífilis congênita. No entanto, no caso de sífilis congênita com neurosífilis, a única opção eficaz é a benzilpenicilina cristalina intravenosa. Também no âmbito da gestão local, é necessário discutir fluxos para viabilizar o acesso venoso central no caso de falta de acesso venoso periférico em recém-nascidos.

3.1.16 No PCDT, houve mudança no tratamento da criança com sífilis congênita que não apresenta neurosífilis?

Não. Na ausência de neurosífilis, o tratamento de sífilis congênita é realizado com:

- Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, IM, uma vez ao dia, por dez dias; OU
- Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h (crianças com menos de uma semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de uma semana de vida), por dez dias (BRASIL, 2019b).

3.1.17 *Recém-nascido com HIV e sífilis congênita deve realizar o tratamento concomitante, ou precisa aguardar o período de dez dias para tratamento de sífilis e depois iniciar o de HIV?*

Toda criança exposta ao HIV, ou seja, nascida de mulher com HIV, deve realizar profilaxia logo após o nascimento com zidovudina xarope (via oral), podendo ser necessária associação com nevirapina, a depender da classificação quanto ao risco de infecção pelo HIV da criança. Esse tratamento deve ser realizado concomitantemente ao tratamento de sífilis, ainda na maternidade. Os tratamentos de sífilis e HIV não devem ser postergados (BRASIL, 2019b).

Não existe particularidade ou contraindicação sobre o tratamento conjunto de terapia antirretroviral para HIV e tratamento para sífilis em crianças, adolescentes e adultos até o momento (BRASIL, 2018).

3.1.18 *Existe cura para recém-nascido com sífilis congênita?*

Sim. Os RN com sífilis congênita deverão ser investigados ainda na maternidade quanto às manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não treponêmico (comparado ao da mãe). Devem ser tratados na maternidade e receber monitoramento clínico e laboratorial após a alta da maternidade, tanto nas consultas de rotina da puericultura na APS como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso, além de serem notificados no Sinan (BRASIL, 2019b).

As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia estão relacionadas à inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e se caracterizam pela presença de gomas sífilíticas em diversos tecidos. Algumas manifestações podem ser prevenidas por meio do tratamento materno durante a gestação ou do tratamento da criança nos primeiros três meses de vida (PUTKONEN, 1963; STAMOS; ROWLEY, 1994). Porém, outras manifestações, como a ceratite e a deformidade tibial, chamada tibia em sabre, podem ocorrer e progredir, apesar da terapêutica apropriada (OKSALA, 1957). Ressalta-se que a transmissão vertical da sífilis intraútero pode ser prevenida se a gestante for adequadamente tratada com benzilpenicilina benzatina e realizar seguimento clínico-laboratorial no pré-natal.

3.1.19 *Uma mãe foi adequadamente tratada, com titulação do VDRL do recém-nascido igual ao materno, mas a médica realizou punção lombar e o VDRL se mostrou reagente. Como explicar isso?*

Na maternidade, além da análise do teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe e do histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação, deve-se avaliar também a presença de sinais e sintomas clínicos no RN. O diagnóstico de infecção da criança não é totalmente excluído apenas por exame laboratorial, sendo necessária a combinação de parâmetros clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

Em relação à pergunta, existe a possibilidade de infecção congênita mesmo com mãe adequadamente tratada e sem nova exposição à sífilis, visto que a infecção congênita tem sido diagnosticada em 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas (BRASIL, 2019b). Por outro lado, a mãe pode não ter sido realmente tratada de forma adequada, ou também pode ter acontecido nova exposição à sífilis após o tratamento, sem tempo suficiente para que o VDRL do RN se elevasse a duas diluições superiores ao da mãe.

Sobre a realização dos exames complementares, a profissional médica entendeu ser necessária uma investigação mais aprofundada, provavelmente devido a alguma suspeita clínica ou epidemiológica. Com a investigação, encontrou VDRL reagente no líquido, um indicativo da presença de neurosífilis. Ressalta-se que, na ausência de tratamento eficaz na gestação, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, e pelo menos 20% de recém-nascidos apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (BERMAN, 2004; BLENCOWE, 2011).

3.1.20 *Se a criança exposta à sífilis apresenta dois resultados de VDRL negativos, é necessário encaminhamento para acompanhamento com especialistas?*

Não. Deve-se realizar seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, recomenda-se (BRASIL, 2019b):

- Realizar busca ativa de sinais/sintomas a cada retorno e vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor;*
- Solicitar testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno;*
- Realizar teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade;*
- Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não treponêmicos não reagentes consecutivos.*

Toda criança exposta à sífilis deve receber alta da maternidade, com consulta agendada, para seguimento nas consultas de rotina da puericultura da atenção primária. No entanto, essa criança também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território.

3.1.21 Se a criança nasceu assintomática, com VDRL 1:8, e a mãe fez tratamento adequado e completo no pré-natal, mas no pós-parto apresentou VDRL 1:4, o que fazer em relação ao recém-nascido?

Criança exposta à sífilis é aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno. Caso não haja outra evidência de reexposição ou reativação da sífilis durante o pré-natal ou exame físico alterado no RN, essa criança é considerada criança exposta à sífilis. A recomendação é que essa criança não seja notificada nem tratada na maternidade, mas que seja acompanhada nas consultas de rotina da puericultura, com seguimento clínico e laboratorial, na APS. No entanto, ela também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território. Compete à maternidade ou casa de parto o referenciamento da criança no momento da alta (BRASIL, 2019b).

3.1.22 Uma mãe teve sífilis e foi adequadamente tratada na gestação; a criança nasceu sem alteração clínica ou laboratorial, com VDRL 1:2, parecido com o da mãe, também de 1:2. Essa criança precisa fazer seguimento clínico e laboratorial?

Considerar a resposta 3.1.21 sobre seguimento da criança exposta à sífilis.

3.1.23 O teste treponêmico realizado aos 18 meses na criança pode ser o teste rápido?

Sim, pode ser o teste rápido. Um teste treponêmico reagente após os 18 meses de idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Se essa criança não tiver histórico de tratamento prévio, deverá ser submetida a avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos de criança tratada precocemente (BRASIL, 2019b).

3.1.24 Como fazer o seguimento com teste não treponêmico da criança com sífilis congênita?

Recomenda-se realizar titulação de anticorpos não treponêmicos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, e interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. O exame deve ser feito idealmente pelo mesmo método e no mesmo laboratório (BRASIL, 2019b).

3.1.25 Em caso de criança com sífilis congênita, que apresentou dois VDRL negativos antes dos 18 meses e demais investigações normais, pode-se encerrar o acompanhamento laboratorial?

Considerar a resposta 3.1.24 sobre o seguimento laboratorial com teste não treponêmico.

Sim, no seguimento laboratorial de criança com sífilis congênita, deve-se realizar teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade e interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições. A interrupção no acompanhamento laboratorial não exclui a necessidade de seguimento em puericultura e a recomendação de consultas oftalmológicas, audiológicas e neurológicas (BRASIL, 2020).

3.1.26 Qual critério de alta para criança exposta e com sífilis congênita?

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita é realizada especialmente na maternidade, considerando os seguintes aspectos:

- Histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação;*
- Sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos);*
- Teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe.*

As crianças expostas não são notificadas e não são tratadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas na APS, com seguimento clínico e laboratorial. No entanto, essa criança também pode ser acompanhada de forma complementar em um serviço de referência existente no território.

As crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação mais completa, incluindo punção lombar para análise do líquido e radiografia de ossos longos. Esses casos devem ser notificados e tratados na maternidade, além de investigados e acompanhados quanto a aspectos clínicos e laboratoriais em um serviço de saúde existente no território, após alta da maternidade. O cuidado de criança com sífilis congênita pode ser realizado na APS com o acompanhamento em puericultura e monitoramento laboratorial com teste não treponêmico. Recomenda-se, nos casos de sífilis congênita, o acompanhamento conjunto em serviço especializado de referência para avaliação e manejo de possíveis sequelas, o que é particularmente necessário no acompanhamento de especialidades como fonoaudiologia, oftalmologia e neurologia.

O encaminhamento da criança exposta à sífilis e da criança com sífilis congênita no momento da alta compete à maternidade ou casa de parto (BRASIL, 2019b), devendo-se levar em consideração, entre outras questões, a rede de serviços de saúde disponíveis no território e localidade de moradia da família, visando garantir o seguimento na APS e, conforme o caso, nos serviços de especialidade.



3.2 GESTÃO

SÍFILIS CONGÊNITA

3.2.1 No PCDT, o recém-nascido assintomático de mãe com sífilis na gestação tratada adequadamente, com até uma diluição maior que o da mãe, não precisa mais fazer hemograma, VDRL no líquido e radiografia de ossos longos na maternidade?

Esse caso é um exemplo de criança exposta à sífilis (baixo risco de sífilis congênita), que apresentou titulação até uma diluição maior que a materna (ex.: 1:4 e materna 1:2). Por outro lado, criança com teste treponêmico pelo menos duas diluições maior que o materno é considerada caso de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

A avaliação inicial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita é realizada especialmente na maternidade, considerando os seguintes aspectos: a) histórico materno de sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação; b) sinais e sintomas clínicos da criança (na maioria das vezes ausentes ou inespecíficos); e c) teste não treponêmico periférico da criança comparado com o da mãe (BRASIL, 2019b).

Não existe uma avaliação complementar que determine com precisão o diagnóstico da infecção na criança. Assim, esse diagnóstico exige uma combinação de avaliação clínica, epidemiológica e laboratorial (WOODS, 2009).

Todas essas crianças deverão realizar seguimento clínico e laboratorial após a alta da maternidade, com novo teste não treponêmico coletado com um mês de vida, período em que se poderá avaliar se o diagnóstico ao nascimento estava correto ou se será necessário realizar investigação completa e instituir tratamento para sífilis congênita. Identificar adequadamente as crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar aquelas com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas (BRASIL, 2019b). Dessa forma, os exames citados na pergunta (hemograma, VDRL no líquido e radiografia de ossos longos) estão indicados para realização na maternidade em crianças com sífilis congênita.

3.2.2 Por que ainda é um desafio, nos serviços, seguir o protocolo de prevenção da transmissão vertical de sífilis, evitando internações desnecessárias?

A assistência à criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita envolve diferentes profissionais e pontos de atenção à saúde. Estabelecer a linha de cuidado na rede de atenção contribui para garantir a assistência e o seguimento clínico-laboratorial dessas crianças.

Nessa perspectiva, identificar adequadamente as crianças expostas (mas não infectadas) é tão importante quanto detectar e tratar aquelas com sífilis congênita, para não submeter as crianças expostas a condutas desnecessárias, como exames invasivos e internações prolongadas (BRASIL, 2019b).

A realização de todos os procedimentos para prevenção da transmissão vertical durante o pré-natal, bem como o devido registro e fluxo de informação e comunicação entre a APS e a maternidade, subsidiam os profissionais de saúde envolvidos para que adotem condutas seguras e eficazes.

3.2.3 Como proceder quando a criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita não tem o seguimento garantido?

São exemplos de estratégias a serem desenvolvidas no território:

- Estabelecer a linha de cuidado dessas crianças na rede de atenção para realização de exames e acompanhamento adequado;
- Envolver e mobilizar a gestão local de saúde do estado e do município;
- Identificar e apresentar dados e inconsistências;
- Dialogar e pactuar ações para organização do processo de trabalho e do fluxo de informação e comunicação entre maternidade, atenção primária e serviços de referência. O seguimento de crianças expostas à sífilis pode ser realizado na APS (BRASIL, 2012), com atenção mais cuidadosa ao monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial com teste não treponêmico em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. A garantia do seguimento clínico e da coleta de sangue para a realização do teste não treponêmico no 1º mês de vida é particularmente importante. O referenciamento das crianças por parte da maternidade ou casa de parto deve levar em consideração, entre outras questões, a rede de serviços de saúde disponíveis no território e a localidade de moradia da família, visando garantir o seguimento da criança exposta à sífilis (BRASIL, 2020).

3.2.4 A necessidade do tratamento do parceiro foi retirada da definição de caso de sífilis congênita? Isso interfere na assistência?

Considerar a resposta 3.4.4 sobre o tratamento do parceiro e a definição de caso de sífilis congênita. Nunca se retirou da clínica a importância e necessidade de tratamento do parceiro. Esse evento só não é considerado na definição de caso de sífilis congênita para fins de vigilância.



3.3 TESTES DIAGNÓSTICOS

3.3.1 Sobre o diagnóstico laboratorial de sífilis congênita, é utilizada a detecção de IgM em recém-nascidos com testes de imunoensaio em linha ou outros métodos?

Em geral, os testes treponêmicos detectam os dois tipos de anticorpos, IgM e IgG, e contam com várias metodologias disponíveis, como FTA-Abs, ELISA, teste imunológico com revelação quimioluminescente, testes de hemaglutinação e aglutinação e testes rápidos. Os testes específicos para a detecção de anticorpos anti-Treponema pallidum do tipo IgM são versões modificadas do FTA-Abs e de imunoensaios em linha que detectam somente IgM. Os testes que detectam IgM podem identificar infecção aguda, mas apresentam pouca sensibilidade (igual ou menor que 50%) e não devem ser utilizados de maneira rotineira no diagnóstico. As únicas situações em que podem ter algum benefício é em amostras de líquido e na investigação de sífilis em RN (BRASIL, 2016a).

3.3.2 O que significa um teste rápido reagente após os 18 meses de idade de uma criança exposta à sífilis que se encontra em seguimento clínico-laboratorial?

Um teste treponêmico reagente após os 18 meses de idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).



3.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



3.4.1 Quais os itens fundamentais para notificação do caso de sífilis congênita?

Os campos da ficha de notificação que devem ser preenchidos são: dados gerais, notificação individual e dados de residência. A ficha de notificação/investigação de sífilis congênita está disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/sifilis-congenita>.



3.4.2 De acordo com o protocolo, o que seria criança exposta à sífilis?

Criança exposta à sífilis é aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: RN 1:4 e materno 1:2). A testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo método de teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança. Deve-se coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.

Essas crianças não são tratadas nem notificadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas para seguimento clínico e laboratorial na APS. Recomenda-se garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, na perspectiva de que elas podem desenvolver sinais e sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade (BRASIL, 2019b).

3.4.3 Quando se devem notificar os casos de sífilis congênita? A criança exposta deve ser notificada?

Considerar a resposta 3.4.1 sobre a ficha de notificação/investigação de sífilis congênita. A Nota Informativa nº 02-SEI/2017, que altera critérios de definição de caso de sífilis, apresenta três situações referentes à sífilis congênita (BRASIL, 2017d).

As crianças expostas à sífilis não são notificadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas após a alta, com seguimento clínico e laboratorial na APS (BRASIL, 2019b). Durante o seguimento, se apresentarem alterações clínicas, laboratoriais (teste não treponêmico), líquóricas ou radiológicas, devem ser notificadas como caso de sífilis congênita, conforme critério de definição de caso.

3.4.4 *Se o parceiro não foi tratado, o tratamento da gestante é considerado inadequado? E a criança deve ser notificada como sífilis congênita?*

Conforme a atualização dos critérios de definição de caso de sífilis congênita, o tratamento adequado da mãe corresponde ao tratamento completo para o estágio clínico de sífilis com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. Para fins de definição de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe (ANVISA, 2017). A gestante deve ser acompanhada mensalmente para avaliar a resposta ao tratamento e o risco de reexposição.

Um dos fatores a serem averiguados para a identificação de uma criança com sífilis congênita é o histórico materno de sífilis (e não da parceria sexual) quanto ao tratamento e seguimento na gestação. Nesse histórico materno, entre outros itens, indaga-se sobre reexposição de risco, que pode advir de parcerias sexuais não tratadas.

Assim, permanece a importante recomendação de que toda parceria sexual seja testada, tratada e acompanhada trimestralmente até 12 meses, bem como de que seja notificada como sífilis adquirida, caso preencha os critérios de definição de caso (BRASIL, 2020).

3.4.5 *Um teste treponêmico não reagente em um lactente após os 18 meses de vida afasta sífilis congênita? Pode-se descartar o caso?*

Um resultado não reagente de teste treponêmico não exclui sífilis congênita quando a criança foi tratada precocemente. Portanto, deve-se avaliar se realmente seria um caso de sífilis congênita, antes de descartá-lo.

Quanto mais precocemente a sífilis for diagnosticada, maior será a possibilidade de o organismo ainda não ter produzido quantidades suficientes de anticorpos para serem detectados por testes imunológicos (soroconversão), ou seja, os resultados desses testes não serão reagentes, embora se trate de sífilis (BRASIL, 2016a).

Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita (BRASIL, 2019b).

3.4.6 *Como padronizar na prática a notificação de sífilis congênita, de acordo com a atualização dos critérios de definição de caso? Ainda se observa muita conduta divergente da recomendação atual, como a notificação de criança exposta à sífilis.*

A educação permanente em saúde é uma das estratégias para melhorar os processos de trabalho. Alguns fatores podem contribuir para a atualização profissional, como discussão de casos, reuniões de equipe, cursos de ensino a distância, entre outros.

A implementação de Comitês de Investigação para Prevenção da Transmissão Vertical também pode ser um instrumento importante para a mudança de conduta nas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2014).

3.4.7 Como proceder quando os responsáveis pela criança com sífilis congênita se recusam a fornecer informações para investigação e seguimento do caso?

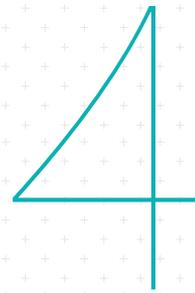
Deve-se garantir uma abordagem humanizada e tranquila, de forma a orientar os responsáveis sobre os benefícios da atenção integral à saúde da criança. Em geral, os dados da investigação devem ser encontrados no serviço de saúde, pois se referem a exames e tratamento realizados. Assim, há a possibilidade de entrar em contato com o serviço que realizou o pré-natal, parto e puericultura, para o preenchimento de informações necessárias.

3.4.8 Qual a situação da sífilis congênita no Brasil em relação às taxas globais? Quais os desafios para controle? O que os gestores estaduais e municipais devem priorizar?

Em 2016, a taxa global de sífilis congênita foi estimada em 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos e 661.000 casos no total, resultando em 143.000 abortos/natimortos e 61.000 mortes neonatais (KORENROMP et al., 2019). No Brasil, em geral, nos últimos dez anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2008, a taxa era de 2 casos/1.000 nascidos vivos e, em 2018, passou para 9 casos/1.000 nascidos vivos. Em 2018, observa-se ainda que nenhuma Unidade da Federação (UF) apresenta taxa de incidência de sífilis congênita mais elevada que a taxa de detecção de sífilis em gestantes. Em 2016, havia cinco UF e em 2017 duas UF com taxas de incidência de sífilis congênita maiores que as taxas de detecção de sífilis em gestantes (BRASIL, 2019a).

A sífilis congênita é um agravo totalmente evitável, mas ainda há muitos desafios no processo de trabalho, especialmente no pré-natal, como: alta rotatividade de profissionais nos serviços da APS, exigindo capacitações constantes na rede assistencial para educação permanente em saúde; dificuldade na interpretação de resultados dos testes para sífilis e na classificação das fases clínicas da doença; não abordagem de parcerias sexuais para interrupção da cadeia de transmissão; resistência à aplicação da penicilina nos serviços de APS, entre outras questões.

Nos planos estaduais e municipais, recomenda-se que os gestores priorizem ações e metas direcionadas ao planejamento reprodutivo e à redução da sífilis, com indicadores para monitoramento na APS. Também é fundamental a integração dos programas de HIV/aids/IST/hepatites virais com as áreas técnicas de saúde da criança, da mulher, do homem e da APS. A oferta de testes para sífilis deve ocorrer em qualquer oportunidade, especialmente para pessoas em idade reprodutiva.



INFECCÕES
QUE CAUSAM
CORRIMENTO
VAGINAL



4.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO



4.1.1 Quais as causas do corrimento vaginal?

O corrimento vaginal pode ser causado por agentes infecciosos e não infecciosos. Entre as causas não infecciosas do corrimento vaginal, incluem-se aumento excessivo da eliminação de material mucoide fisiológico, presença de corpo estranho intravaginal e vaginite atrófica, que pode ocorrer em mulheres na pós-menopausa, durante a amamentação ou como efeito de radioterapia local em tratamento oncológico (BRASIL, 2020).

Entre as causas infecciosas, os principais agentes etiológicos são fungos, principalmente *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas associadas a vaginose bacteriana; e o protozoário *Trichomonas vaginalis*. A mulher pode estar infectada, simultaneamente, por mais de um agente etiológico, apresentando corrimento de aspecto inespecífico (SPENCE; MELVILLE, 2007).

4.1.2 Quais fatores podem estar relacionados à candidíase vulvovaginal (CVV)?

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

4.1.3 Qual o agente etiológico da vaginose bacteriana (VB)?

A VB está associada à redução de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias anaeróbias e facultativas, como bacilos curtos Gram variáveis, bacilos curvos Gram negativos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com variação individual principalmente de Gardnerella, Atopobium, Prevotella, Megasphaera, Leptotrichia, Sneathia, Bifidobacterium, Dialister, Mobiluncus, Ureaplasma, Mycoplasma e três espécies de Clostridium conhecidas como bactérias associadas à VB (BVAB 1 a 3) (NASIOUDIS et al., 2017). Estudo sobre as características do microbioma de mulheres brasileiras em idade reprodutiva demonstrou o tipo de microbioma correspondente a CST (community-state types) IV com depleção de lactobacilos e aumento do pH vaginal em 27,4%, estando a VB presente em 79,6% dos casos (MARCONI et al. 2020).

4.1.4 O desequilíbrio da microbiota vaginal influencia nos corrimentos e outros problemas na área genital? O que pode ser feito para retornar o equilíbrio da microbiota vaginal?

Sim, o desequilíbrio da microbiota vaginal influi na origem de corrimentos. A microbiota vaginal sofre influência do estado de saúde, alimentação e estilo de vida. O equilíbrio é individual e cada mulher tem um microbioma, não sendo igual para todas. A manutenção da homeostasia depende de fatores como dieta, estilo de vida e atividade física.

Mais estudos são necessários para entender melhor os fundamentos funcionais de como a microbiota vaginal afeta a fisiologia do hospedeiro, mas também como a fisiologia do hospedeiro afeta a microbiota vaginal (SMITH; RAVEL, 2017).

4.1.5 Quais as medidas de prevenção para o corrimento de repetição, e o que devemos fazer neste momento de baixa de imunidade devido ao estresse por causa da pandemia do SARS-CoV-2?

Todo corrimento de repetição exige correto diagnóstico, além do adequado tratamento em relação ao medicamento e a dose desse medicamento. É importante afastar condições que possam manter o desequilíbrio e, conseqüentemente, o corrimento.

Nos casos recorrentes ou de difícil controle de CVV, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes, como diabetes e imunodepressão, incluindo a infecção pelo HIV e o uso de corticoides (BRASIL, 2020).

No caso de vaginose bacteriana, algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais; dentre elas, atividade sexual frequente sem uso de preservativos, duchas vaginais, utilização de dispositivo intrauterino (DIU), inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos (BRASIL, 2020).

Em relação à recorrência de infecção por Trichomonas vaginalis, é preciso avaliar o tratamento do parceiro, a exposição a novos parceiros e, por fim, a falha terapêutica (KISSINGER, 2015).

4.1.6 Como diferenciar uma infecção no trato urinário de uma IST? O corrimento seria um diferenciador? Para a abordagem sindrômica dos corrimentos vaginais, muitos profissionais falam das cores dos corrimentos e odores. Quais são as diferenças entre eles?

Corrimento é um sintoma e, possivelmente, um sinal, que pode ser vaginal ou uretral. O aspecto de alguns tipos de corrimentos pode auxiliar na suspeição clínica, mas não permite diferenciar tipos de infecção e nem sugere agente etiológico.

Para o diagnóstico dos agentes causadores de fluxo vaginal, é necessária uma anamnese cuidadosa, seguida de exames complementares, pois não há como realizar o diagnóstico com base apenas em sintomas e sinais (SOBEL et al., 2013).

4.1.7 Como realizar o diagnóstico correto em casos de corrimento vaginal, quando não houver laboratório disponível na unidade de saúde?

Na falta de exames laboratoriais, o diagnóstico etiológico de corrimento vaginal é praticamente impossível. A anamnese bem-feita e o exame clínico minucioso podem ajudar a direcionar uma provável causa, em especial com ajuda de medida de pH e de teste de aminas (SOBEL et al., 2013).

4.1.8 Qual a melhor conduta em casos de pacientes em uso de hormonioterapia, biomodulação ou lactobacilos vaginais que referem incômodo com o aumento do muco vaginal?

O uso de hormônios e todas as demais intervenções citadas na pergunta alteram a microbiota vaginal e secreção cervical. Isso pode ocasionar disbiose em algum momento. No entanto, no caso específico de reposição estrogênica, esse aumento de fluido vaginal pode ser decorrente de secreções genitais (colo e glândulas vestibulares) fisiológicas.

4.1.9 Considerando que o pH vaginal para desenvolvimento da candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana são diferentes, é possível haver infecção mista por esses agentes?

Sim. Vaginites mistas são situações em que há presença de dois patógenos que causam os sintomas vulvovaginais. Podem ser patógenos com predileção por pH vaginal idêntico ou não. Pode haver, por exemplo, vaginite por *Trichomonas vaginalis* associada a vaginose bacteriana (ELEUTÉRIO et al., 2012). No entanto, a forma mais frequente de vaginite mista (VM) é a associação de infecção por cândida com VB. A sua frequência varia entre 7% e 22% dos quadros de corrimentos vaginais, dependendo do método diagnóstico utilizado. O tratamento dos casos de VM é feito com tratamento concomitante para cada um dos patógenos (SOBEL et al., 2013).

4.1.10 A presença de fungos e o uso de determinados tipos de roupas podem desencadear reações alérgicas na vagina?

Alergia na pele e mucosa vulvar por fungos não é comum. Roupas que liberam tinta (ex.: calças jeans) podem causar vulvites químicas ou desencadear quadros alérgicos.

4.1.11 No que concerne aos sinais e sintomas, a vaginose citolítica (VC) assemelha-se muito a uma candidíase vaginal (CVV). De fato, a maior parte das mulheres que têm VC são erroneamente diagnosticadas com candidose vaginal complicada, refratária ao tratamento. Sendo a apresentação clínica em tudo semelhante, para um correto diagnóstico é necessário um elevado nível de suspeição, especialmente quando a paciente tem histórico de recorrência a especialistas de várias áreas pela mesma queixa, sintomatologia sistematicamente refratária a vários antifúngicos/antibióticos ou diagnóstico de candidose complicada. Qual a melhor conduta nesses casos, em que a mulher sofre pelas recidivas, toma o antifúngico, mas uma semana depois os sintomas reaparecem?

Inicialmente, é importante realizar o diagnóstico diferencial entre VC e CVV; para tal, a bacterioscopia e a cultura para fungos podem ajudar. A tendência de recidivas é para CVV e não para VC, a menos que haja algum fator que aumente muito a quantidade de lactobacilos, como o uso de estrogênio tópico em pacientes na menopausa, que podem, como "rebote", acarretar VC.

Nos casos de candidíase de repetição, pode ser necessária a realização de cultura para fungos (meios de Sabouraud, Nickerson ou Microstix-candida) em amostra vaginal, com a finalidade de identificar a espécie de fungo (PAPPAS et al., 2009). Para o diagnóstico diferencial da CVV recorrente, deve-se considerar líquen escleroso, vulvovestibulite, dermatite vulvar, vulvodínea, vaginite citolítica, vaginite inflamatória descamativa, formas atípicas de herpes genital e reações de hipersensibilidade (SOBEL, 2007).

O diagnóstico de vaginose citolítica deve obedecer aos seguintes critérios: corrimento branco, prurido ou ardor genital, pH vaginal entre 3,5 e 4,5, exame a fresco do conteúdo vaginal sem qualquer patógeno, com identificação de grande população de bacilos médios, numerosos núcleos desnudos e detritos celulares (CIBLEY; CIBLEY, 1991). A bacterioscopia por Gram e o próprio exame de Papanicolaou podem ter os mesmos achados microscópicos (BRASIL, 2020).

4.1.12 Qual o melhor tratamento para candidíase atualmente?

O Quadro 33 do Capítulo 7 do PCDT IST (BRASIL, 2020) detalha o tratamento para candidíase.

Nos casos recorrentes ou de difícil controle de CVV, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes, como diabetes e imunodepressão, incluindo a infecção pelo HIV e o uso de corticoides (BRASIL, 2020).

4.1.13 Qual o tratamento recomendado para a vaginose citolítica?

A vaginose citolítica é uma disbiose aeróbia. É importante que o profissional tente identificar e tratar a causa da disbiose. Como nem sempre isso é possível, a melhor conduta é aumentar o pH vaginal com uso de bicarbonato de sódio (SRINIVASAN; FREDRICKS, 2008) por meio de banhos vaginais (15–30g de bicarbonato de sódio em 0,5L de água morna), duas a três vezes por semana por um período de duas a seis semanas, ou na forma de óvulos manipulados a 2% a 3%, usados por sete dias seguidos, mantendo-se depois o tratamento duas vezes por semana, por mais quatro a oito semanas.

4.1.14 Como tratar vaginose bacteriana recorrente?

Diante de casos de vaginose bacteriana recorrente, é importante verificar se o diagnóstico está correto, ou se a paciente possui resistência à droga ou à dose da droga prescrita, além da situação que levou ao desequilíbrio e, conseqüentemente, à recorrência. É fundamental avaliar esses três pontos em caso de recorrência de qualquer agravo. Em muitas situações, é necessário avaliar a possibilidade da troca da classe da droga, ou a dose da droga (BRASIL, 2020).

Em casos de VB recorrente, o triplo esquema (metronidazol creme vaginal por dez dias, seguido de capsula de ácido bórico por 21 dias, e manutenção com metronidazol creme vaginal, duas vezes por semana, por quatro a seis meses) parece promissor, porém requer validação com ensaio randomizado e controlado. O papel do ácido bórico é remover o biofilme bacteriano que se forma na parede vaginal e que facilita a persistência do quadro (MACHADO et al., 2016).

4.1.15 Como tratar uma paciente jovem que apresenta candidíase (edema de vulva e vagina, secreção, prurido intenso, ardência) sempre que faz uso de qualquer antibiótico, e não responde bem ao tratamento, com prolongamento do quadro por período superior a 20 dias?

O tratamento da CVV é o mesmo, independentemente de ser ocasionado pelo uso de antibióticos ou não. Caso essa paciente tenha que manter o uso constante desse mesmo antibiótico que propicia a manutenção da CVV, considerar CVV complicada e tratar como tal. O Quadro 33 do Capítulo 7 do PCDT IST (BRASIL, 2020), detalha o tratamento para CVV recorrente.

4.1.16 Como tratar candidíase de repetição durante a gestação?

A CVV é comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. A conduta para candidíase de repetição deve, se possível, começar pela cultura para identificação de cepas de leveduras. Se identificadas cepas não albicans, algumas serão inatas, resistentes a imidazólicos. Mas, se não for possível a cultura ou caso se trate de albicans, o tratamento inicial é o uso de imidazólico via vaginal por dez dias, que pode ser seguido pelo uso duas vezes por semana durante toda a gestação. O tratamento em gestantes e lactantes deve ser feito somente por via vaginal. O tratamento oral e o uso de triazóis está contraindicado (BRASIL, 2020).

4.1.17 *As parcerias das pacientes diagnosticadas com corrimento vaginal precisam ser tratadas?*

O tratamento de parcerias sexuais, quando indicado, deve ser realizado preferencialmente de forma presencial, com a devida orientação, solicitação de exames para diagnóstico de outras IST e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando bloquear a cadeia de transmissão (BRASIL, 2020). No caso da tricomoníase, por se tratar de uma IST, é recomendado o tratamento das parcerias sexuais com o mesmo esquema terapêutico (SOBEL, 2014). Para os casos de VB, as parcerias sexuais não precisam ser tratadas, e, nos casos de CVV, as parcerias só precisam ser tratadas se apresentarem sintomas. Entretanto, é necessário enfatizar a importância do aconselhamento às parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

4.1.18 *No tratamento de fungos, ocorrem muitos casos de reinfecção ou persistência/resistência ao fármaco. Existe cura para fungos genitais?*

Os fungos fazem parte da microbiota genital. Não é intenção do tratamento da candidíase removê-los, mas eliminar os sintomas. As classes terapêuticas são poucas: triazólicos, imidazólicos e poliênicos. Havendo resistência a uma terapia inicial para a remissão dos sintomas, pode-se fazer mudança para outra classe e, em último caso, em mulheres não grávidas, pode ser usado o ácido bórico.

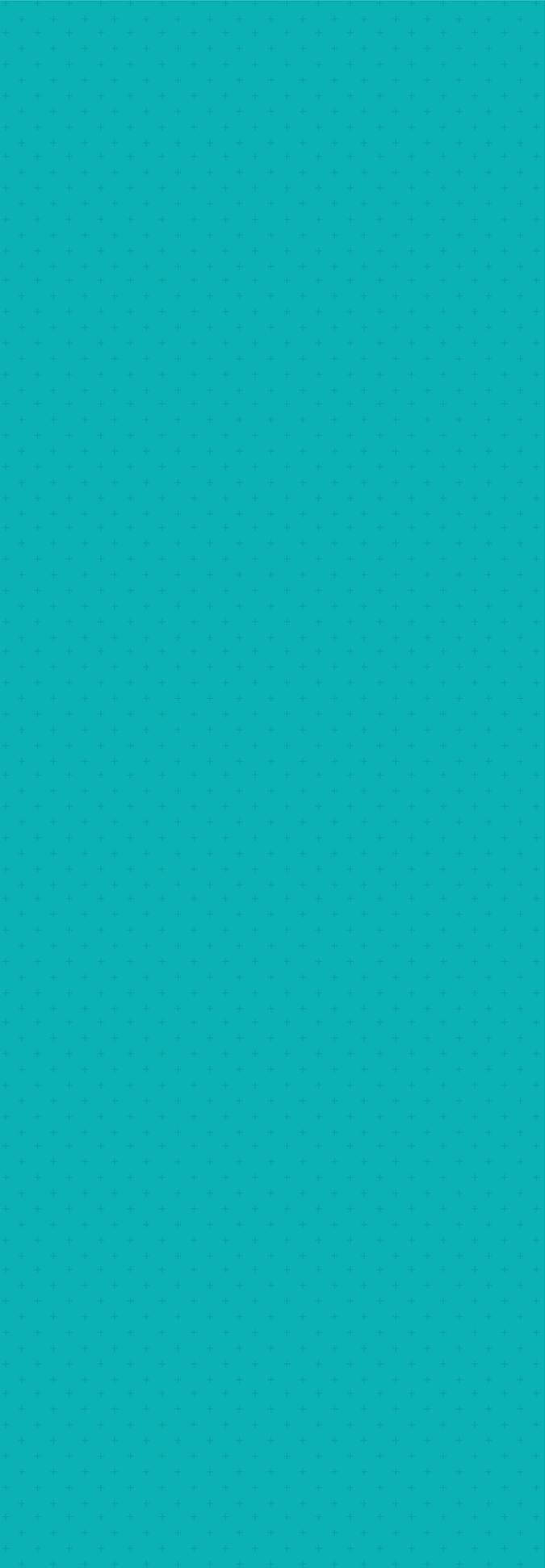


4.2 GESTÃO

INFEÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL

4.2.1 *Considerando que em muitas outras infeções a pesquisa por biologia molecular é bastante utilizada, por que as técnicas de PCR são tão pouco solicitadas em casos de corrimento vaginal?*

Os métodos de biologia molecular são altamente sensíveis, mas o investimento necessário torna o exame caro. É importante que os profissionais tenham domínio sobre as indicações adequadas para cada exame e sobre a interpretação dos resultados. O aumento das solicitações corretas do exame, de acordo com cada caso, pode resultar em uma melhor relação custo-efetividade do exame.



5

CERVICITE



5.1.1 Quais os sintomas e agentes etiológicos da cervicite?

Os casos de cervicite são frequentemente assintomáticos (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica (STAMM, 1999; PATTON, 1985; PAAVONEN; EGGERT-KRUSE, 1999; MARDH, 2004; BAKKEN; GHADERI, 2009; LAND, 2010).

Os agentes mais comuns são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Entretanto, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealiticum* e o vírus do herpes genital também são agentes etiológicos (LUSK; KONECNY, 2008; CARVALHO; PALÚ; WITKIN, 2020). Importante ressaltar que a inflamação do segmento externo do colo, sobretudo relacionada a *Trichomonas vaginalis*, e que confere ao colo uterino um aspecto tigroide, não constitui cervicite, mas sim é considerada uma extensão da vaginite e denominada de cervico-colpite, embora esteja localizada no colo do útero (GRAVES et al., 2019).

5.1.2 Existem casos de cervicite causada por agente não infeccioso?

Sim. Há casos em que nenhuma infecção é identificada, e a cervicite geralmente é causada por irritação mecânica ou química. As fontes de irritação mecânica incluem trauma de instrumentos cirúrgicos ou objetos estranhos (por exemplo, pessário, diafragma, tampão, tampa cervical ou preservativo). A irritação química pode ser causada pela exposição a látex, duchas vaginais, espermicidas ou cremes contraceptivos (TAYLOR, 2014).

5.1.3 O que o PCDT recomenda para o rastreamento de clamídia e gonorreia?

O PCDT IST 2020 recomenda o rastreamento de clamídia e gonococo em gestantes com menos de 30 anos de idade na primeira consulta pré-natal, pessoas com IST e pessoas vivendo com HIV no momento do diagnóstico, além de vítimas de violência sexual, usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV (BRASIL, 2020).

O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* pode ser feito pela detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular. Esse método é o de escolha para todos os casos, sintomáticos e assintomáticos.

Para os casos sintomáticos, a cervicite gonocócica também pode ser diagnosticada pela identificação do gonococo após cultura em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), a partir de amostras endocervicais (BRASIL, 2020).

5.1.4 Como é feito o diagnóstico da cervicite em relação ao quadro clínico?

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%), ou seja, a sintomatologia, na maioria das vezes, não ajuda no diagnóstico. Por isso, é importante que o profissional esteja atento aos grupos de maior prevalência, a fim de realizar o rastreamento. 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 (BRASIL, 2020).

5.1.5 Na indisponibilidade do exame de biologia molecular, o que pode orientar o profissional no diagnóstico, considerando que a maioria das pacientes são assintomáticas?

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 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 esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical (BRASIL, 2020).

O profissional também deve orientar abstenção sexual por sete dias após o término do tratamento e a resolução dos possíveis sintomas. Os contatos sexuais devem ser comunicados e incentivados à realização de testes, ao aconselhamento e ao tratamento para infecção por clamídia e outras IST (CDC, 2015; DIZE et al., 2016; LANJOUW et al., 2016; STEEDMAN; MCMILLAN, 2009; RENAULT et al., 2011).

5.1.6 Quais os agravamentos mais comuns que ocorrem devido à persistência das cervicites ou ao não tratamento destas?

As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica e infertilidade (STAMM, 1999).

As infecções gonocócicas 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 recém-nascido (RN) (ROURS et al., 2011).

5.1.7 Quais os riscos para o bebê, caso a mãe não seja diagnosticada e tratada adequadamente durante o pré-natal?

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 por *N. gonorrhoeae*. Por isso, a doença deve ser tratada imediatamente, a fim de 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 dias. A frequência relativa da infecção pelos dois agentes etiológicos depende da prevalência dessas IST em gestantes e do uso da profilaxia ocular na primeira hora após o nascimento, a qual é efetiva contra *N. gonorrhoeae*, mas frequentemente não o é contra *C. trachomatis* (BRASIL, 2020).

5.1.8 Existe transmissão vertical de *N. gonorrhoeae* ou de *C. trachomatis*? Qual a melhor idade gestacional para realizar o teste de biologia molecular para cervicites, principalmente Chlamydia?

Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical situa-se entre 30% e 50%, tanto para *N. gonorrhoeae* como para *C. trachomatis* (BRASIL, 2020).

É recomendada pelo "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais" – PCDT TV a realização de pesquisa para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* por biologia molecular na primeira consulta de pré-natal (BRASIL, 2020).

5.1.9 As principais infecções que causam cervicite são, em sua maioria, de origem bacteriana; no entanto, a flora normal da mulher também é composta por fungos e outros. É necessário fazer avaliação da flora vaginal da mulher antes de iniciar uma intervenção terapêutica?

É muito importante conhecer a flora vaginal para que o tratamento seja feito de maneira adequada, mas não é aconselhável esperar o resultado desse exame para iniciar o tratamento.

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 esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical (BRASIL, 2020).

5.1.10 Os profissionais que trabalham com reprodução humana e planejamento familiar estão atentos ao rastreamento de clamídia?

É de extrema importância que esses profissionais estejam atentos ao rastreamento dessas doenças, considerando que falhas no diagnóstico e no tratamento da clamídia e da gonorreia podem ocasionar gravidez ectópica, infertilidade, partos prematuros, ruptura prematura de membranas, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometriose puerperal (BRASIL, 2020).

5.1.11 Como diferenciar uma secreção normal de ovulação de uma secreção infecciosa?

Corrimento é um sintoma e possivelmente um sinal, que pode ser vaginal ou uretral. O aspecto de alguns tipos de corrimento pode auxiliar na suspeição clínica, mas permite diferenciar tipos de infecção e nem sugere agente etiológico. Para o diagnóstico dos agentes causadores de fluxo vaginal, é necessária uma anamnese cuidadosa, seguida de exames complementares, pois não há como fazer o diagnóstico com base apenas em sintomas e sinais (SOBEL et al., 2013).

5.1.12 Em um caso de homem com corrimento uretral, ele informa que possui parceira fixa há oito anos, teve relação extraconjugal desprotegida recente e, três dias após essa relação extraconjugal, teve relação sexual também desprotegida com a sua parceira fixa. Dois dias depois, começou a apresentar corrimento uretral. A parceira fixa não tem queixa e no exame ginecológico não foi visualizado nada. Qual a melhor conduta nesse caso em relação à parceira fixa, já que ela não apresenta sinais e sintomas?

Ambos devem ser tratados com ceftriaxona 500mg IM dose única e azitromicina 500mg, dois comprimidos VO dose única. Importante ressaltar que as parceiras precisam ser tratadas no mesmo esquema, considerando que em torno de 70% a 80% das mulheres não apresentam sintomas. Além disso, recomenda-se investigação para as demais IST (BRASIL, 2020).

5.1.13 A higienização vaginal interna é desaconselhada, pois as próprias secreções da mulher seriam responsáveis por essa limpeza. Mas se observa, na região Norte do Brasil, o costume de muitos banhos com uso de ervas para o tratamento de diferentes infecções. Existe contraindicação sobre o uso tradicional de ervas contra as cervicites?

Considerando que é um hábito da região, não há contraindicação para banho de assento (externo) e higiene, se a erva utilizada não causar irritação. Ressalta-se que o uso de ducha vaginal é contraindicada.

5.1.14 Quando será indicada cauterização em pacientes com cervicites de repetição e sinusiorragia? Existe alguma situação em que esteja indicada a cauterização de colo uterino?

Primeiramente, deve-se descartar patologia maligna por meio de estudo citopatológico e colposcopia, e também tratamento de infecções ativas. Se os sintomas não melhorarem, a cauterização pode ser uma opção.

5.1.15 Existem experiências clínicas que comprovem a resistência da *N. gonorrhoeae*?

Particularmente, o gonococo possui grande potencial para mutações, desenvolvendo resistência a diversos antibióticos. A evolução da resistência antimicrobiana (RAM) de *N. gonorrhoeae* é um dos maiores desafios aos sistemas de saúde contemporâneos. Atualmente, vários antibióticos, inclusive as cefalosporinas de terceira geração, não estão mais obtendo os efeitos esperados na eliminação dessa bactéria.

Dada a grande capacidade do gonococo de desenvolver resistência aos antimicrobianos, a OMS possui um programa para a vigilância mundial da susceptibilidade do gonococo aos antimicrobianos, o GASP (do inglês, Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme), sendo o Brasil um dos países membros desse programa (Brazilian GASP) com atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto SenGono, fruto de uma cooperação entre o Ministério da Saúde, o Laboratório de Referência Nacional e sítios distribuídos por todas as regiões do país.

A vigilância realizada no Projeto SenGono integrou o "Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos 2019–2023", e está na sua segunda edição (2018–2020), com o monitoramento dos seguintes antimicrobianos: penicilina, tetraciclina, ciprofloxacino, azitromicina, ceftriaxona, cefixima, espectinomicina e gentamicina.

De forma complementar e em parceria com o laboratório de referência da OMS para avaliação da resistência do gonococo, o Projeto SenGono realizou o sequenciamento completo do genoma – WGS (do inglês, Whole Genome Sequencing) de 548 cepas de gonococo coletadas na primeira edição (2015–2017). Os resultados das análises das cepas brasileiras foram publicadas no artigo intitulado: "Genomic epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* elucidating the gonococcal antimicrobial resistance and lineages/sublineages across Brazil, 2015–16" (<https://academic.oup.com/jac/article-abstract/75/11/3163/5891806?redirectedFrom=fulltext>).

Em suma, o resultado das análises dos genomas mostrou que o Brasil possui uma série de cepas ainda não conhecidas no mundo – o que era esperado, já que estudos genéticos do gonococo na América Latina são extremamente escassos. Assim, esses dados possibilitarão um maior conhecimento das cepas circulantes na região pelas autoridades sanitárias.

Outro achado relevante da pesquisa foi a predominância de cepas com elevada capacidade de desenvolvimento de resistência às cefalosporinas de terceira geração (ex.: ceftriaxona), que consistem a última linha terapêutica disponível para o tratamento do gonococo, em associação com a azitromicina. Dessa forma, é possível que, em breve, o Brasil testemunhe casos de super-resistência do gonococo aos antimicrobianos.

Por fim, o estudo evidencia a necessidade de manter a vigilância da susceptibilidade do gonococo aos antimicrobianos, com a finalidade de monitorar as cepas circulantes no território nacional e conter de forma eficaz a expansão da "gonorreia super-resistente" no país.





5.2.1 Considerando-se que ambas as infecções, HIV e clamídia, são muito importantes, por que os testes de biologia molecular para HIV estão disponíveis na rede pública, mas não há a mesma disponibilidade para identificação da clamídia? Existe previsão para rastreamento de mulheres abaixo de 24 anos, no país? Como os municípios podem ter acesso aos exames de biologia molecular?

Os testes de biologia molecular para HIV, assim como para detecção de clamídia e gonococo, já estão disponíveis na Tabela Sigtap (código 02.02.03.099-7) e, portanto, podem ser adquiridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pelos estados e municípios desde 02/2018, conforme indicações preconizadas no PCDT IST.

Em complemento, o Ministério da Saúde está realizando as tramitações necessárias para a instituição de uma Rede Nacional de Laboratórios para Diagnóstico Molecular de Clamídia e Gonococo junto aos estados, sob coordenação do governo federal, com direcionamento dos testes para populações-chave e prioritárias. A implantação da rede piloto ocorreu nos anos de 2021 e 2022.

É importante ressaltar que, mesmo após a implantação da Rede Nacional, os estados e municípios poderão continuar adquirindo os testes para atender as populações não contempladas nos testes distribuídos pelo Ministério da Saúde, lançando a produtividade conforme tabela Sigtap para ressarcimento do valor.

Os municípios precisam estar atentos ao faturamento dos testes realizados para que constem em sua série histórica e funcionem como um parâmetro para os momentos de pactuação e programação de ações e serviços de saúde. Os testes de HIV foram muito caros no passado, mas, pelo volume de testes realizados, esse valor foi se reduzindo e tornou-se mais acessível; atualmente, esse é um teste muito barato. Por isso, é muito importante que os gestores viabilizem a realização do maior número possível de testes, com o objetivo de negociar com os laboratórios um preço mais acessível.

5.2.2 Quando a medicação ceftriaxona para o tratamento das uretrites será disponibilizada na atenção básica? O enfermeiro poderá prescrevê-la, seguindo o recomendado no PCDT IST?

A ceftriaxona já consta na lista de medicamentos sob responsabilidade do município.

Conforme determina o art. 11, inciso II, alínea "c" da Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, o enfermeiro poderá prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Essa atividade deve estar prevista, obrigatoriamente, em Protocolo Institucional, ou outras normas técnicas, como as estabelecidas em programas de saúde pública. A prescrição pelo enfermeiro deve seguir portaria e protocolos adotados pelos municípios para os profissionais de enfermagem (BRASIL, 1987).

5.2.3 *Porque o PCDT IST recomenda ceftriaxona 500mg para o tratamento da gonorreia, e o CDC recomenda a dosagem de 250mg?*

A escolha de dosagem de ceftriaxona 500mg foi feita pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS com base em uma avaliação de custo-benefício e impacto financeiro da aquisição do insumo para o país, sugerindo menor taxa de resistência do gonococo em relação à dose de 250mg, que é a preconizada pelos Centers for Disease Prevention Control (CDC) atualmente (CDC, 2015).

5.2.4 *Clamídia e gonorreia são doenças de notificação compulsória?*

As infecções por C. trachomatis, Mycoplasma genitalium e N. gonorrhoeae não estão na lista de agravos de notificação compulsória do Ministério da Saúde no Brasil, mas podem ser notificadas por estados e municípios se estes assim o desejarem.

Em relação a N. gonorrhoeae, devido ao desenvolvimento de alta resistência aos antimicrobianos, a OMS possui um programa para vigilância mundial da susceptibilidade do gonococo aos fármacos, o GASP (Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme), sendo o Brasil um dos países participantes desse programa, representado pelo Projeto SenGono (Sensibilidade do Gonococo), que realiza essa vigilância no âmbito nacional a partir de amostras de corrimento uretral masculino, conforme preconizado pela OMS (BRASIL, 2020b).

De forma complementar, no âmbito do Projeto SenGono, também estão sendo pesquisados os agentes etiológicos de corrimento uretral masculino, que constituem os mesmos patógenos das cervicites, por meio de testes moleculares realizados com amostras biológicas coletadas de pacientes atendidos em todos os sítios do projeto (BAZZO et al., 2018).



5.3.1 Como é feito o diagnóstico laboratorial das infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*?

O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por C. trachomatis e N. gonorrhoeae pode ser feito pela detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular. Esse método é o de escolha para todos os casos, sintomáticos e assintomáticos.

Para os casos sintomáticos, a cervicite gonocócica também pode ser diagnosticada pela identificação do gonococo após cultura em meio seletivo (Thayer–Martin modificado), a partir de amostras endocervicais (BRASIL, 2020).

5.3.2 Durante o período de incubação da clamídia, ela pode ser detectada por meio da coleta de PCR da região endocervical?

Sim. Se a mulher está assintomática, a melhor indicação é o PCR da urina, mas o exame também pode ser feito por meio da coleta de swab cervical.

O sítio de rastreamento para clamídia e gonococo irá depender da prática sexual realizada pela pessoa. Por exemplo: sexo oral sem preservativo – coleta de material de orofaringe; sexo anal receptivo sem preservativo – coleta de swab anal; sexo vaginal receptivo sem preservativo – coleta de material genital; sexo insertivo sem preservativo – coleta de material uretral (BRASIL, 2020).

6

INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL



6.1.1 Quais são os agentes etiológicos das uretrites?

*As uretrites podem ser infecciosas ou não. Vários agentes podem causar uretrite infecciosa, no contexto de práticas sexuais sem preservativos. As uretrites são classificadas, de acordo com o agente etiológico, em gonocócicas, causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, e em não gonocócicas, causadas majoritariamente por *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium*. Outros agentes, como *Trichomonas vaginalis*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), o vírus do herpes simples (herpes simplex virus – HSV), o adenovírus e *Candida sp.* são menos frequentes (BRASIL, 2020; BUDER et al., 2019).*

6.1.2 Existem fatores de risco para as uretrites aos quais o profissional de saúde deve ficar atento durante a anamnese?

O profissional da unidade de saúde deve atentar para alguns fatores durante a anamnese para diagnóstico das uretrites, conforme disposto a seguir:

- Idade jovem (20 a 35 anos);
- Número de parcerias sexuais (multiplicidade de parceiros);
- Antecedente de IST;
- Uso irregular de preservativo;
- Homens que fazem sexo com homens e pessoas que usam drogas;
- Falta de acesso a diagnóstico e tratamento adequados.

6.1.3 Qual é o quadro clínico do corrimento uretral?

*O corrimento uretral é uma síndrome clínica, com identificação de um grupo de sintomas e sinais comuns a determinadas infecções, sendo caracterizado por corrimento de aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, podendo estar associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema do meato uretral. O aspecto do corrimento uretral purulento corresponde a 75% das uretrites causadas por *N. gonorrhoeae* e de 11% a 33% das uretrites não gonocócicas; por sua vez, o aspecto mucoide apresenta-se em cerca de 25% dos casos de uretrite gonocócica e 50% dos casos de uretrites não gonocócicas (BRASIL, 2020).*

6.1.4 Qual o diagnóstico diferencial para as uretrites?

Como as uretrites estão associadas a práticas sexuais desprotegidas (sexo oral, anal ou vaginal), o profissional deve pensar em alguns diagnósticos diferenciais como esmegma, prostonorria, excitação sexual, corpo estranho e traumatismo.

6.1.5 Quais as complicações urológicas das uretrites?

As complicações clínicas pelo não tratamento imediato ocorrem em até 50% dos casos, pela progressão da infecção para a uretra posterior. A epididimite aguda constitui a complicação mais frequente, podendo evoluir com obstrução do ducto epididimário, determinando oligospermia, azoospermia e esterilidade. Outras consequências da uretrite gonocócica são prostatite, orquite, edema peniano (em particular do prepúcio), balanopostite, e, ainda, lesões das glândulas sebáceas e acinosas da região genital, tisonites (glândulas de Tyson), cowperites (glândulas de Cowper) e litrites (glândulas de Littre) (PENNA; HAJJAR; BRAZ, 2000).

6.1.6 Existem complicações extragenitais das uretrites?

Sim, tais como anorretite, faringite, oftalmia, pústulas dolorosas, tenossinovite, artrite (joelho), hepatite, miocardite, endocardite, meningite e gonococcia disseminada (0,5% a 3% dos casos).

6.1.7 Como diferenciar um corrimento uretral relacionado a uma possível IST do líquido pré-ejaculatório?

Inicialmente, a história clínica é muito importante para saber se há relação da secreção com práticas sexuais recentes. Frequentemente, o usuário com corrimento uretral decorrente de prática sexual sem preservativo, além do sinal (corrimento amarelado ou mucopurulento), tem sintomas de disúria, ardor, estrangúria etc. Entretanto, aqueles que estão em abstinência sexual prolongada poderão apresentar secreção mucoide ou mesmo leitosa, com grumos, decorrente da contração da próstata e vesículas seminais, mesmo sem história prévia de sexo desprotegido.

6.1.8 Como diferenciar clamídia e gonorreia em mulheres, e principalmente em homens?

Nas mulheres, cerca de 80% dos casos de gonorreia e clamídia são assintomáticos, estando essas bactérias localizadas principalmente na endocérvice. Entretanto, no homem, apenas cerca de 10% dos casos são assintomáticos. A diferenciação clínica é muito difícil, pois estamos diante de uma síndrome do corrimento uretral. Só se realiza o diagnóstico diferencial pelos exames laboratoriais.

6.1.9 Qual o esquema de tratamento mais adequado para casos de corrimento uretral detectados em unidade de saúde?

O manejo do corrimento uretral pode ser realizado por meio da abordagem sindrômica nas situações em que não há suporte laboratorial (BRASIL, 2020; MOHERDAUI et al., 1998). Para os casos de corrimento uretral masculino, estima-se que a abordagem sindrômica tenha uma sensibilidade de 84% a 95% (WI et al., 2019).

Na presença de queixa de corrimento uretral, após anamnese e exame físico, com corrimento uretral confirmado, é indicado o tratamento de clamídia e gonorreia com azitromicina 1g, VO, dose única, e ceftriaxona 500mg, IM, dose única.

Na possibilidade de realização de bacterioscopia (Gram), com visualização de diplococos intracelulares Gram-negativos, deve-se tratar gonorreia e clamídia conforme descrito acima (ceftriaxona 500mg, IM, dose única, e azitromicina 1g, VO, dose única); a presença de diplococos intracelulares Gram-negativos indica infecção por gonococo, mas não exclui a possibilidade de infecção por clamídia. Na ausência desses achados, tratar apenas clamídia com azitromicina 1g, VO, dose única.

Quando possível a realização de coleta de material biológico para cultura ou biologia molecular no laboratório, esta deverá ocorrer na primeira consulta. O tratamento será instituído de imediato e os resultados dos testes poderão ser analisados na consulta de retorno (BRASIL, 2020).

Destaca-se que, a partir de resultados do Projeto SenGono 2015–2017, a diretriz brasileira de tratamento recomenda nacionalmente a terapia dupla de ceftriaxona 500mg, IM, dose única, associada a azitromicina 1g, VO, dose única, para a infecção gonocócica anogenital não complicada (uretra, colo do útero e reto) (BRASIL, 2020).

6.1.10 Um paciente compareceu à unidade de saúde com corrimento uretral. Como não havia suporte laboratorial na unidade, ele foi tratado corretamente com ceftriaxona 500mg mais azitromicina 1g, ambos em dose única. Foi feita a revisão após sete dias e verificou-se que o paciente não apresentava mais o corrimento uretral. Todavia, ele continua mantendo relações sexuais sem preservativo com parcerias eventuais, e retorna após um ou dois meses novamente com corrimento uretral. Nesse caso, deve ser feito o retratamento do corrimento uretral com ceftriaxona 500mg mais azitromicina 2g, ambos em dose única?

Como o paciente apresentou melhora após os sete dias, e novo episódio após um mês ou dois, trata-se de um caso de reinfeção. Nesse caso, o tratamento deve ser feito com ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 1g, VO, dose única, ou, ainda, utilizar a segunda opção de tratamento, com ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais doxiciclina 100mg, um comprimido, VO, duas vezes ao dia, por sete dias. É importante o tratamento das parcerias e o uso do preservativo pelo paciente para evitar as reinfeções (BRASIL, 2020). Essas mesmas condutas terapêuticas devem ser usadas para caso de falha no tratamento.

6.1.11 Um paciente compareceu à unidade com corrimento uretral, tendo-se prescrito ceftriaxona 500mg, IM, mais azitromicina 1g, ambos em dose única. Após sete dias, o paciente não apresentou melhora e a unidade não dispõe de diagnóstico laboratorial. Qual a conduta terapêutica nesse caso?

Em caso de retratamento de infecções, o tratamento deve ser realizado com ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2g, VO, dose única; como segunda opção, gentamicina 240mg, IM, mais azitromicina 2g, VO, ambos em dose única.

6.1.12 Qual a conduta diante de uretrites resistentes?

Nos casos de uretrites persistentes, deve-se realizar a avaliação principalmente por meio da história clínica, considerando a possibilidade de reinfeção ou tratamento inadequado para clamídia e gonorreia. Descartadas tais situações, devem-se pesquisar agentes não suscetíveis ao tratamento anterior (por exemplo, *M. genitalium* e *T. vaginalis*), bem como a ocorrência de resistência aos antimicrobianos (BRASIL, 2020). Nesse caso, é importante o encaminhamento do paciente para uma unidade que realize diagnóstico laboratorial.

Outras causas não infecciosas de uretrites, como trauma (ordenha continuada), instrumentalização, 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.

6.1.13 Quais exames laboratoriais podem ser utilizados para detecção do agente etiológico do corrimento uretral?

O rastreamento dos casos assintomáticos de uretrite deve ser realizado utilizando-se técnicas de biologia molecular, que incluem métodos com elevada sensibilidade e especificidade, como a reação em cadeia da polimerase (polymerase chain reaction – PCR) e a amplificação mediada por transcrição (transcription-mediated amplification – TMA). Esses testes, que se baseiam em amplificação de ácidos nucleicos (nucleic acid amplification test – NAAT), permitem a utilização de amostras de corrimento uretral masculino ou urina, ou ambos os tipos de amostra, e a identificação de um ou mais patógenos simultaneamente em uma única amostra, a depender do fabricante. Os resultados são emitidos discriminando-se os patógenos detectados (WHO, 2013; UNEMO et al., 2019).

Para o diagnóstico de uretrites sintomáticas, podem ser realizados diversos testes para auxiliar na identificação do agente causador (BRASIL, 2020). Estão incorporados ao SUS a bacterioscopia, a cultura e os métodos de biologia molecular, disponíveis de forma heterogênea nos diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde.

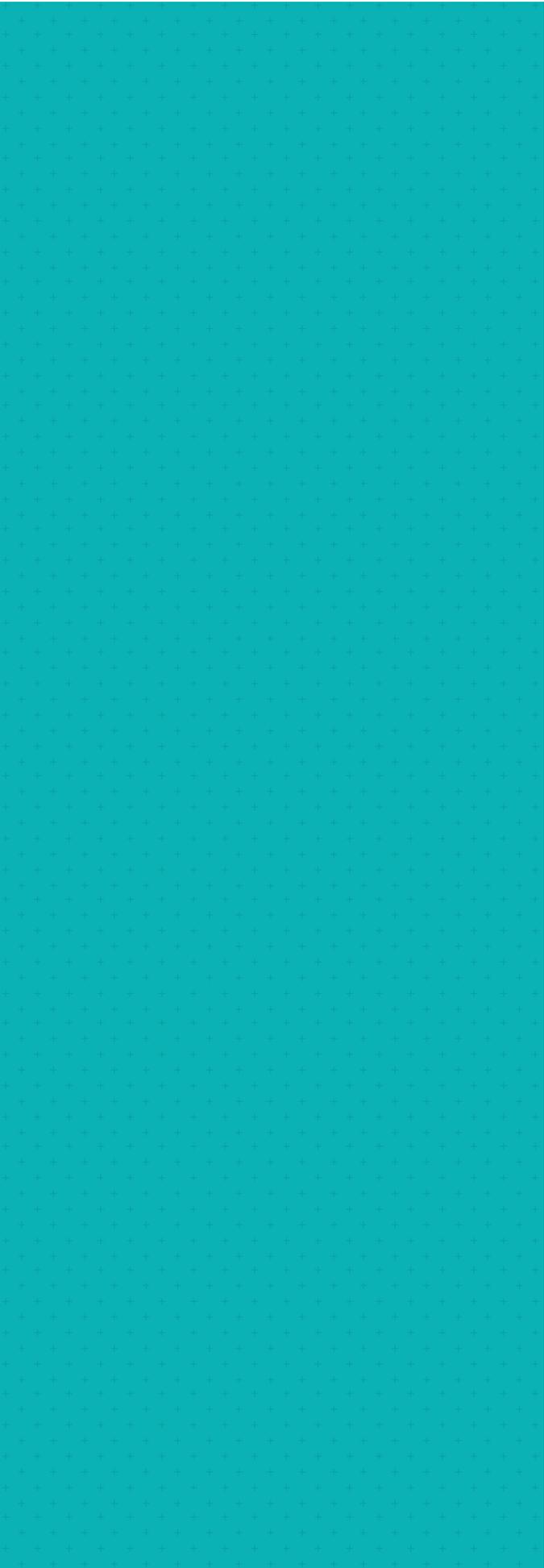


6.2 GESTÃO

INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

6.2.1 *Se o município não tiver um protocolo de enfermagem, frente ao PCDT IST e ao Cofen/Coren, o enfermeiro devidamente capacitado poderá tratar com segurança pacientes com sintomas de corrimento uretral?*

Conforme determina o art. 11, inciso II, alínea "c" da Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, o enfermeiro poderá prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Essa atividade deve estar prevista, obrigatoriamente, em Protocolo Institucional ou outras normas técnicas, como as estabelecidas em programas de saúde pública (BRASIL, 1987).



7

INFECCÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL



7.1.1 Quais os agentes etiológicos da úlcera genital?

Os agentes etiológicos mais comuns são *Treponema pallidum* (sífilis), o vírus do herpes simples 2 (herpes genital) e o vírus do herpes simples 1 (herpes perioral), *Haemophilus ducreyi* (cancroide), *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1, L2 e L3 (linfogranuloma venéreo) e *Klebsiella granulomatis* (donovanose).

7.1.2 Quais as causas das úlceras genitais?

As úlceras genitais são causadas por infecções sexualmente transmissíveis, mas também podem ter diferentes causas, como outras infecções, trauma, doenças inflamatórias (por exemplo, pênfigo, eritema multiforme, dermatite de contato, líquen plano erosivo ou erupção fixa por drogas) e lesões neoplásicas (por exemplo, carcinoma espinocelular ou outras neoplasias). Essas últimas são particularmente importantes em pessoas idosas e com imunodepressão (BRASIL, 2020).

7.1.3 Em qual fase herpética o parto vaginal é contraindicado?

O parto cirúrgico deve ser indicado se houver lesão herpética ativa por ocasião do parto, seja herpes recorrente ou a sua primeira manifestação clínica, como forma de prevenção do herpes neonatal (PATEL et al., 2015; PATEL et al., 2017; FOLEY et al., 2014).

7.1.4 Qual a importância da sorologia para o diagnóstico de herpes genital?

Estão disponíveis testes sorológicos para detecção do HSV 1 e 2. Apesar de pouco auxiliarem no diagnóstico, a identificação do tipo viral pode ser útil na avaliação de prognóstico e aconselhamento. Estima-se que o HSV-2 tenha maior transmissibilidade, incluindo a da gestante para o recém-nascido (CDC, 2015; GABRIELSON et al., 2019).

7.1.5 Em casos de úlceras genitais, quando está indicada a biópsia?

A realização de biópsia e estudos histopatológicos é indicada em casos de úlceras de evolução mais longa (acima de quatro semanas) e sem diagnóstico definido. Esses casos requerem avaliação mais cuidadosa, uma vez que podem estar relacionados a processos neoplásicos, doenças infecciosas crônicas ou presença de imunossupressão e, na maioria das vezes, requerem atendimento especializado (BRASIL, 2020).

7.1.6 Na abordagem da ulceração mais extensa e atípica, qual o melhor exame in loco para o diagnóstico, considerando que o paciente já foi tratado?

Não há um exame que, isoladamente, permita o diagnóstico etiológico de úlcera genital, já que as possibilidades etiológicas são inúmeras. Uma boa propedêutica, que inclua a história clínica e sexual, a epidemiologia e um exame clínico cuidadoso, é o principal alicerce para o diagnóstico, mas também não é, em si, suficiente (CDC, 2015).

No caso da questão, em que o paciente já foi tratado, os testes moleculares disponíveis em alguns serviços podem auxiliar na detecção do agente etiológico, possibilitando a identificação, em uma só amostra, de HSV, H. ducreyi e T. pallidum. Quadros atípicos, que não respondem às terapêuticas usuais, devem ser submetidos a biópsia, especialmente em indivíduos portadores de HIV (BRASIL, 2020).

7.1.7 Quando suspeitar de úlceras infecciosas intrauretrais, intrarretais e intravaginais?

De acordo com o agente etiológico, o paciente pode apresentar lesões dolorosas, linfadenomegalia regional dolorosa e sintomas urinários severos, dentre outros. Em se tratando de lesões por sífilis, o diagnóstico é bastante difícil, uma vez que as lesões são assintomáticas ou pouco sintomáticas. É descrito que as lesões podem ser acompanhadas de corrimento genital ou anal; porém, presume-se mais comum a não identificação de qualquer alteração. A identificação de lesões, em especial no trato genital feminino, pode ser um achado casual em um exame de rotina, ou no exame cuidadoso de parceiros de um indivíduo com sífilis.

7.1.8 Há possibilidade de recorrência da úlcera na fase secundária da sífilis?

Sim, existe a possibilidade de recorrência de úlceras na sífilis. O mais comum é que se tratem de lesões erodadas ou por vezes ulceradas da sífilis em seu período secundário. A recidiva do cancro, denominada cancro redux, surge tipicamente na fase terciária da sífilis e corresponde à presença de goma no local do cancro de inoculação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O cancro duro é característico da fase primária da sífilis; sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento.

A fase secundária se inicia em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões se apresentam em concomitância com a manifestação primária (BRASIL, 2020).

7.1.9 Infecções urinárias de repetição, com secreção uretral, podem ser secundárias a um cancro duro?

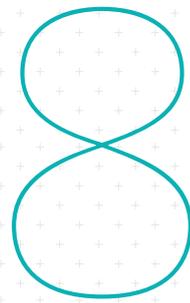
O cancro duro pode acometer o meato uretral e, nessa localização, produzir sinais e sintomas de uretrite (PENTON; FRENCH, 2011; CHAMBERS et al., 2019). Porém, como o cancro duro é tipicamente uma lesão autolimitada e não recorrente, a uretrite também deve ser autolimitada e acompanha a evolução da lesão. O herpes genital, ao contrário, pode estar associado a uretrite recorrente.

7.1.10 Qual o prognóstico das lesões por líquen, e qual a interferência na vida conjugal (sexualidade)?

O líquen escleroso atrófico (LEA), quando acomete os órgãos genitais, pode interferir na vida sexual e, não raro, na vida conjugal. Além do mais, pode ser sede para o desenvolvimento de neoplasias malignas, como o carcinoma espinocelular (CEC). O manejo do LEA, idealmente, deve ser multidisciplinar. O líquen plano erosivo, habitualmente muito doloroso, também pode prejudicar a vida sexual. O LEA não é uma infecção sexualmente transmissível.

7.1.11 Como tratar herpes genital em gestante vivendo com HIV?

Em princípio, o tratamento de gestante vivendo com HIV e herpes genital não difere daquelas gestantes sem HIV. Em caso de primeiro episódio, em qualquer trimestre da gestação, trata-se com aciclovir 200mg, dois comprimidos, VO, três vezes ao dia, por sete a dez dias, ou aciclovir 200mg, um comprimido, VO, cinco vezes ao dia, por sete a dez dias. Em caso de recidiva, em qualquer trimestre da gestação, indica-se o uso de aciclovir oral por cinco dias. Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, três vezes ao dia. Caso haja imunossupressão e lesões extensas, pode-se optar por tratamento com aciclovir endovenoso (BRASIL, 2020).



DOENÇA
INFLAMATÓRIA
PÉLVICA



8.1.1 O que é DIP?

Denomina-se doença inflamatória pélvica a síndrome clínica inflamatória e infecciosa decorrente da ascensão de microrganismos do trato genital inferior (vagina e colo do útero) para o trato genital superior, podendo comprometer endométrio, tubas, ovários, peritônio pélvico e estruturas adjacentes. Como consequência, podem ocorrer endometrite, salpingite, ooforite e pelviperitonite, dependendo do grau de acometimento. A propagação ocorre predominantemente por via canalicular (FORD; DECKER, 2016; PAAVONEN, 1998). Na atualidade, consideram-se também a inserção de DIU, a biópsia de endométrio e a curetagem, entre outros, como responsáveis pela síndrome (FORD; DECKER, 2016).

8.1.2 Quais os fatores de risco para DIP?

Os fatores de risco para DIP incluem: 1) faixa etária, pois as adolescentes com múltiplas parcerias sexuais, devido a fatores biológicos e comportamentais próprios dessa fase, apresentam risco três vezes maior de desenvolver DIP aguda quando comparadas às mulheres acima de 25 anos (SIMMS et al., 2006; HOENDERBOOM et al., 2019), independentemente de escolaridade e renda familiar; 2) comportamento sexual com parcerias múltiplas, início precoce das atividades sexuais e novas parcerias; 3) utilização de DIU, pois as mulheres usuárias desse dispositivo apresentam risco ligeiramente aumentado de DIP nos primeiros 20 dias da inserção, independentemente do tipo de DIU inserido (seja de cobre ou com liberação de levonorgestrel). Esse risco é reduzido nas mulheres tratadas para IST antes da inserção do DIU (BRASIL, 2020).

8.1.3 O que pode acontecer se as infecções pélvicas não forem tratadas?

A falta de rápido diagnóstico e tratamento ou o tratamento inadequado dos casos da doença aumentam o risco de complicações severas, com consequências extremamente negativas para a saúde da mulher, além dos custos econômicos e sociais. As principais sequelas implicam infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (HAGGERTY et al., 2010; CROSSMAN, 2006). Observou-se que, após sete anos do primeiro episódio, 21,3% das mulheres apresentaram recorrência, 19% desenvolveram infertilidade e 42,7% referiram dor pélvica crônica (TRENT et al., 2011).

8.1.4 Quais são os critérios diagnósticos para DIP?

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores*, critérios menores** e critérios elaborados***, apresentados a seguir. Para o diagnóstico de DIP, é necessária a presença de:

- Três critérios maiores MAIS um critério menor; OU
- Um critério elaborado.

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

*Critérios maiores: dor no hipogástrico, dor à palpação dos anexos e dor à mobilização do colo uterino.

**Critérios menores: temperatura axilar >37,5°C ou temperatura retal >38,3°C; conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; massa pélvica; mais de dez leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; leucocitose em sangue periférico; proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação 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.

8.1.5 A parceria sexual de paciente com DIP deve receber tratamento para gonococo e clamídia? Qual o tratamento ideal para a parceria, além da azitromicina?

As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Recomenda-se ceftriaxona 500mg, IM, associada a azitromicina 1g, VO, ambas em dose única.

Todas as parcerias sexuais devem ser aconselhadas e avaliadas, com oferta de testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C. Em casos indicados, deve-se oferecer vacinação contra hepatite A, hepatite B e HPV (BRASIL, 2020).

8.1.6 Quais os diagnósticos diferenciais de DIP?

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) e diverticulite, entre outros (BRASIL, 2020).

8.1.7 Tive DIP há dois anos, com recorrência um ano depois; no entanto, os sintomas não cessaram e foram surgindo outros. Sinto dores no baixo ventre, mais à direita; queimação no baixo ventre e na vagina; dor e ressecamento vaginal extremo; queimação e prurido na vulva. Seria uma DIP crônica? Como tratar para curar? Procuo sempre especialistas, que prescrevem antibióticos, mas após a medicação os sintomas voltam.

É muito importante saber se o tratamento foi feito de forma adequada e se a parceria foi tratada. O fato de ter havido mais de um episódio de DIP pode deixar sequelas, dentre as quais a dor pélvica crônica. É importante realizar uma ressonância e uma laparoscopia para obter um diagnóstico mais acurado sobre a demielinização dos nervos, o que pode estar causando a dor crônica.

8.1.8 Quando a DIP tem indicação de tratamento cirúrgico?

Quando há formação purulenta na cavidade pélvica, sem resposta à antibioticoterapia.

8.1.9 Medicamentos de controle especial podem causar mau odor vaginal?

Sim, alguns podem causar mau odor, mas são uma minoria. A maior parte não causa mau odor vaginal.

8.1.10 Quais as principais causas de algia pélvica crônica? Como tratar?

Existem muitas causas de dor pélvica crônica. A DIP é uma delas.

8.1.11 A DIP pode passar despercebida em exames de imagem?

A ecografia e a tomografia podem não apresentar aspecto típico de DIP se forem feitas em momento muito inicial da doença, mas são exames de imagem preferenciais por serem acessíveis e não invasivos, principalmente para avaliar possíveis complicações relacionadas, como abscesso tubo-ovariano, e para afastar diagnósticos diferenciais (FOUKS et al., 2019). Na DIP, o principal achado ecográfico de suspeição é uma fina camada líquida preenchendo a trompa, com ou sem líquido livre na pelve. Exames de tomografia e ressonância podem auxiliar em diagnósticos diferenciais de peritonite (JACOBSON; WESTROM, 1969; GOLDEN; WORKOWSKI; BOLAN, 2017).

A laparoscopia apresenta-se como recurso acurado no diagnóstico de salpingite e possibilita diagnóstico bacteriológico mais completo; no entanto, não detecta endometrite e inflamação tubária menos intensa, pelo que não se justifica o seu uso rotineiro na fase inicial da doença, pela baixa sensibilidade (NESS et al., 2005; MORRÉ; KARIMI; OUBURG, 2009) e pela morbidade associada (WIESENFELD et al., 2005).

8.1.12 Há relação entre DIP silenciosa e dispareunia?

Muitas mulheres têm a forma leve da doença, denominada DIP subclínica, e assim não procuram atendimento médico para diagnóstico e tratamento adequado. Nesse contexto, sinais/sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque, podem estar presentes na DIP. A ocorrência de spotting em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativa de DIP, devendo ser investigada (BRASIL, 2020).

8.1.13 Gostaria de saber sobre alergias e fungos atuando junto ao corpo, devido ao tipo de roupa que usamos no dia a dia.

Alergia na pele e mucosa vulvar não é comum. Roupas que liberam tinta (ex.: calças jeans) podem causar vulvites químicas ou desencadear quadros alérgicos.

8.1.14 Em caso de doença não grave, há necessidade de retirar o Mirena? A mulher que usa DIU, após tratamento de DIP, deveria ser aconselhada a trocar de contraceptivo?

As usuárias de DIU apresentam risco ligeiramente aumentado de DIP em comparação com mulheres que não usam contraceptivos ou que utilizam outros métodos. Esse risco parece guardar relação inversa com o tempo desde a inserção do DIU, sendo mais alto nos primeiros 20 dias da inserção. A exposição a IST é responsável pela ocorrência de DIP no primeiro mês de uso do DIU, e não o uso do dispositivo. No entanto, esse risco é reduzido nas mulheres tratadas para IST antes da inserção do DIU (MEIRIK, 2007; CADDY et al., 2014). Nos episódios recorrentes de DIP que forem bem diagnosticados e bem tratados, é possível considerar a remoção do DIU, por causa dos biofilmes que podem estar dificultando o tratamento.

8.1.15 Candidíase e vaginose recorrentes podem indicar doença inflamatória pélvica não diagnosticada?

Geralmente é o contrário; a cândida e a vaginose podem facilitar a ocorrência de DIP. Vaginose recorrente pode significar uma disbiose recorrente e favorecer a DIP, mas não há relação direta. O importante é fazer o diagnóstico correto.

8.1.16 A DIP constitui importante causa de esterilidade. Como poderia ser realizada a triagem para clamídia? Pode ser feita mesmo na paciente assintomática, assim como nas pacientes com dor pélvica?

Programas de rastreamento para N. gonorrhoeae e C. trachomatis demonstraram redução de casos de DIP em mulheres. O CDC dos Estados Unidos recomenda rastreamento anual, principalmente para mulheres com menos de 25 anos sexualmente ativas e mulheres acima de 25 anos com risco de infecção por C. trachomatis, incluindo as respectivas parcerias sexuais. Esse órgão considera, ainda, a possibilidade do rastreio em homens, em cenários com alta prevalência e possibilidades de recursos (CDC, 2015; WIESENFELD, 2017).

No cenário nacional, recomenda-se o rastreamento para N. gonorrhoeae e C. trachomatis em algumas situações: primeira consulta do pré-natal em gestantes com 30 anos ou menos, pessoas com diagnóstico de IST, pessoas vivendo com HIV, situação de violência sexual, pessoas em uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) e pessoas com prática sexual anal receptiva sem uso de preservativos (BRASIL, 2020).

Uma possibilidade a ser avaliada em protocolos futuros é a inclusão do diagnóstico de M. genitalium em mulheres com DIP, além de N. gonorrhoeae e C. trachomatis (PINTO-SANDER; SONI, 2019). Diretrizes clínicas europeias e norte-americanas incluíram essa investigação em mulheres com DIP e homens com uretrites não gonocócicas. Vários estudos apresentaram associação de M. genitalium com cervicite e doença inflamatória pélvica; no entanto, não existe evidência de benefícios para rastreamento universal (ROSS et al., 2017).



8.2.1 Qual a melhor forma de orientação para a higienização genital das gordinhas?

Secar delicadamente a região sempre que ficar úmida; lavar a área genital com maior frequência; evitar o uso de papel higiênico.

8.2.2 Usar sabonete líquido íntimo altera o pH vaginal? Ao término de cada período menstrual, é aconselhável fazer uso de creme vaginal, para "limpeza" do canal? Sabonete de higiene íntima pode ser usado continuamente? Podemos utilizar sabão de coco para a higienização íntima? Sobre a higiene com produtos para a região íntima, é melhor lavar com água e sabão neutro?

A higiene íntima é muito importante para a prevenção de doenças genitais inferiores. Não é recomendado colocar qualquer tipo de substância no interior da vagina. A higiene consiste em lavar a área externa e o introito vaginal (semimucosa). Os sabonetes líquidos íntimos podem ser utilizados, pois possuem baixa detergência, pH semelhante ao pH da vulva e baixa alergenicidade.



8.3 TESTES DIAGNÓSTICOS



DOENÇA
INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

8.3.1 Qual a sensibilidade e especificidade da PCR para gonococo e clamídia na infecção cervical?

Sensibilidade e especificidade excelentes. A PCR já se tornou o padrão-ouro para o diagnóstico de Chlamydia trachomatis.



8.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

DOENÇA
INFLAMATÓRIA
PÉLVICA

8.4.1 Qual o agente etiológico mais frequente da DIP?

Dentre os agentes etiológicos envolvidos, destacam-se Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae (BRASIL, 2020).

Uma minoria dos casos agudos não é transmitida sexualmente, mas está associada a germes que colonizam o trato genital inferior e/ou entérico, como Mycoplasmas e Ureaplasmas, Peptococcus, Peptoestreptococcus, Bacteroides, Escherichia coli, Streptococcus agalactiae e Campylobacter spp., além de patógenos respiratórios, como Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, estreptococos do grupo A e Staphylococcus aureus (CDC, 2010; BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015). Os aeróbios facultativos da microbiota são considerados agentes causadores potenciais (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015).

9

INFECCÃO PELO HPV



9.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO



INFECÇÃO
PELO HPV

9.1.1 O que é HPV?

É a sigla em inglês para papilomavírus humano (human papilloma virus). Os HPV são vírus capazes de infectar a pele ou as mucosas. Existem mais de 200 tipos diferentes de HPV, dos quais 40 podem infectar o trato genital. Destes, 15 são de alto risco e podem provocar cânceres em colo do útero, vulva, vagina, pênis, ânus e orofaringe; outros podem causar verrugas genitais (BRASIL, 2020d).

9.1.2 Existem diversas variedades oncogênicas e não oncogênicas. Um mesmo paciente pode apresentar as duas formas do vírus?

Sim. 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 (BRASIL, 2020).

9.1.3 Qual o tempo médio entre a infecção pelo HPV e o desenvolvimento do câncer cervical?

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. Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação. O tempo de latência pode variar de meses a anos e, quando presentes, as manifestações podem ser subclínicas (BRASIL, 2020).

9.1.4 Há algum fator que aumente o risco de desenvolver câncer do colo do útero ou acelerar sua progressão?

Há cofatores que aumentam o potencial de desenvolvimento do câncer genital em mulheres infectadas pelo HPV, como tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo as causadas pela infecção pelo HIV; desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras também são fatores predisponentes (BRASIL, 2020).

9.1.5 O polimorfismo do paciente pode estar relacionado ao desenvolvimento do câncer de colo uterino pelo HPV?

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas; dentre elas, as pontiagudas são denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV (BRASIL, 2020).

9.1.6 Considerando que a maioria das mulheres serão infectadas pelo HPV de alto risco, mas não terão câncer, seria correto dizer que ele é um vírus de baixa agressividade?

Não se trata de agressividade. Essa situação acontece quando a mulher entra em contato com o HPV de alto risco e este se mantém na forma epissomal, ou seja, não está integrado ao genoma da célula do hospedeiro (DINIZ, 2009).

9.1.7 Qual a percentagem de contaminação do RN por HPV quando se compara parto vaginal e parto cesariano?

Artigos de revisão sistemática evidenciaram que 5,5% a 65% das gestantes têm infecção por HPV mesmo não apresentando lesões visíveis. No Brasil, detectou-se prevalência de 40,4% de HPV e 5,7% de verrugas genitais em gestantes. A contaminação do RN variou entre 1,5% e 46,6%; porém, os autores observaram que a contaminação não indica infecção, ocorrendo resolução espontânea do HPV na maioria dos RN contaminados. Evidência adicional da transmissão intraútero foi fornecida por estudos que relatam DNA do HPV em líquido amniótico, placenta e amostras de sangue do cordão umbilical (CAMPOS et al., 2016).

9.1.8 Como ocorre a transmissão do HPV?

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 (BRASIL, 2020).

9.1.9 Existe transmissão vertical do HPV?

Sim. Durante o período gravídico, ocorrem alterações imunológicas que criam ambiente propício à proliferação do HPV. Assim, as lesões podem apresentar crescimento rápido, atingir grande volume e tornarem-se friáveis e sangrantes (CAMPOS et al., 2016).

Gestantes infectadas pelo HPV podem transmitir o vírus para o recém-nascido durante a gestação e no momento do parto. O HPV contribui para abortos, anormalidades genéticas fetais e parto prematuro. A principal complicação no RN é a papilomatose recorrente juvenil ou papilomatose respiratória recorrente juvenil (CAMPOS et al., 2016).

O tratamento das gestantes muitas vezes tem pior resultado (BRASIL, 2020).

9.1.10 Qual a via de parto indicada para gestantes com HPV?

A presença de lesões não implica recomendação de parto cesáreo, ainda que haja a possibilidade de transmissão destas ao recém-nascido. A indicação seria a obstrução do canal de parto ou sangramento (ocorrências excepcionais) (BRASIL, 2020).

Estudos sugerem que nem a cesariana nem o tratamento das lesões antes do parto protegerão a criança contra a aquisição do HPV e, apesar de a cesárea envolver menor risco de exposição do RN ao vírus, a taxa de infecção pelo HPV por essa via é alta e o parto cesáreo pode não ser eficaz na proteção (CAMPOS et al., 2016).

9.1.11 Considerando que a maioria das pessoas apresentam alterações subclínicas, qual a melhor forma de verificar se a paciente possui alguma lesão por HPV?

As alterações são detectadas pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia.

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Há indicação de biópsia para estudo histopatológico em situações especiais, a saber:

- Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;*
- Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;*
- Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade (BRASIL, 2020).*

9.1.12 Quais as manifestações clínicas do HPV?

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas; destas, as pontiagudas são denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálano-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas 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 e mucosas nasal, oral e laringea.

As PVHIV apresentam maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes da infecção pelo HPV (BRASIL, 2020).

9.1.13 PVHIV apresentam maior risco em relação ao HPV?

Sim. As PVHIV apresentam maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes da infecção pelo HPV. Além disso, os pacientes podem ter pior resposta ao tratamento, requerendo maior atenção quanto à possibilidade de complicações (BRASIL, 2020).

9.1.14 Como é feito o diagnóstico das verrugas anogenitais?

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Há indicação de biópsia para estudo histopatológico em situações especiais, a saber:

- Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;
- Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;
- Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade.

As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem realizar exame proctológico com anoscopia e toque retal (BRASIL, 2020).

9.1.15 Quais marcadores podem auxiliar o diagnóstico do câncer de colo uterino?

Em relação ao câncer de colo uterino, não há um marcador específico. Alguns testes moleculares podem realizar a detecção do HPV de alto risco, que é responsável pela maioria dos cânceres de colo do útero.

9.1.16 Qual recomendação para rastreamento do câncer de colo de útero?

O rastreamento é feito dos 25 anos de idade até os 64. Deve ser realizada citologia anual por dois anos consecutivos. Após dois resultados negativos, realizar o exame a cada três anos (BRASIL, 2016d).

9.1.17 Qual a conduta do profissional diante de infecção por HPV genital em crianças?

A ocorrência de lesões anogenitais em crianças deve sempre levantar a suspeita de abuso sexual. Ainda que possa ocorrer na ausência de abuso, o achado merece uma investigação cuidadosa, que evite ao mesmo tempo a negligência dessa possibilidade e as consequências indesejáveis de uma acusação injustificada. Ao contrário do que frequentemente se acredita, 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 inexistência de violação. Essa crença gera, inclusive, demandas equivocadas por parte de profissionais de saúde, conselhos e autoridades judiciárias. O manejo dessas situações deve ser individualizado e judicioso (BRASIL, 2020).

9.1.18 Captura híbrida com alta carga viral sem alterações no colpocitológico teria indicação de colposcopia?

Em relação à infecção por HPV, a carga viral não tem importância, ou seja, não determina conduta. A captura híbrida é importante apenas para os HPV do grupo oncogênico. Se a mulher tem infecção por HPV de alto risco e citologia normal, ela deverá continuar o seguimento citológico. Por outro lado, caso a paciente tenha sido submetida a genotipagem e possui HPV16, ela deverá ser encaminhada para colposcopia, mesmo com citologia normal.

9.1.19 Como proceder em casos de condilomas acuminados na uretra feminina?

Não é uma situação comum, mas existe um aparelho endoscópico com uma ponta de eletrocautério que permite a cauterização da área.

9.1.20 Qual a melhor técnica para administrar ácido tricloroacético em pequenas lesões?

Aplicar uma pequena quantidade de ácido tricloroacético (ATA) com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões. Deve-se evitar 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 pode ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar, frente ao potencial dano aos tecidos e suas complicações (BRASIL, 2020).

9.1.21 O paciente pode ser considerado curado após eliminação das verrugas do sorotipo do HPV?

Na maioria das vezes, o sistema imune consegue combater de maneira eficiente a infecção pelo HPV, alcançando a cura com eliminação completa do vírus, principalmente entre as pessoas mais jovens. Algumas infecções, porém, persistem e podem causar lesões. É importante ressaltar que qualquer lesão causada pelo HPV precisa de acompanhamento médico para tratamento e prevenção de doenças mais graves. Em 25% dos casos, as verrugas são reincidentes, reaparecendo mesmo após o tratamento (BRASIL, 2017d).

9.1.22 Qual a melhor conduta em caso de paciente jovem (28 anos) e citologia com resultado ASCUS?

O médico pode ter duas condutas frente a um resultado de citologia com ASCUS (atypical squamous cells of undeterminate significance): ou repete-se o exame após seis a 12 meses (a maioria dos casos de ASCUS desaparece nesse intervalo) ou faz-se a pesquisa de HPV. Se o HPV for negativo, não é preciso fazer nada, apenas manter a rotina habitual de realização do exame Papanicolaou a cada três anos. Se a paciente tiver o HPV, principalmente os subtipos 16 e 18, que são os mais perigosos, o médico costuma pedir colposcopia e biópsia para investigar melhor o colo do útero (BRASIL, 2016d).

9.1.23 Qual conduta deve ser adotada em relação às parcerias sexuais de pacientes com HPV?

É importante que as parcerias sexuais sejam orientadas e examinadas. O profissional precisa ter segurança quanto às informações a serem compartilhadas, a fim de eliminar dúvidas sobre os diversos aspectos da transmissão. Pelo fato de a infecção ser assintomática e ter um período de incubação potencialmente longo, na maioria das vezes não é possível estabelecer em qual parceria sexual iniciou-se a infecção. É mesmo plausível que a infecção inicial tenha ocorrido por uma parceria sexual que não apresentava qualquer manifestação. A ocorrência de verrugas anogenitais pode ser causa de sofrimento psicológico, com repercussão nos relacionamentos interpessoais. A presença das lesões, como de outras IST, pode trazer insegurança às relações, inclusive com risco de estabelecimento de violência. Daí a importância de abrir uma possibilidade de consulta para as parcerias sexuais (BRASIL, 2020).

9.1.24 Gestante diagnosticada com condiloma acuminado pode ser tratada durante a gestação?

Sim. No entanto, o tratamento das gestantes muitas vezes tem pior resultado e as lesões podem apresentar crescimento rápido, atingir grande volume e tornar-se friáveis e sangrantes. A podofilina e o imiquimode não devem ser usados na gestação. O ácido tricloroacético ou o nitrogênio líquido são boas opções. Por vezes, especialmente no caso de lesões volumosas, a eletrocoagulação ou a exérese tangencial ("shaving") são as melhores opções. Não há indicação de parto cesáreo pela presença das lesões, ainda que haja a possibilidade de transmissão destas ao recém-nascido. A indicação para cesárea seria a obstrução do canal de parto ou sangramento (ocorrências excepcionais) (BRASIL, 2020).

9.1.25 O método para a retirada de HPV no útero ainda é conização?

Não se retira HPV do colo uterino. A infecção por HPV é transitória, com resolução espontânea em mais de 80% dos casos. A conização está indicada em casos de biópsia do colo uterino indicando lesão de alto grau (NIC 2/NIC 3).

9.1.26 Com relação ao efurix como tratamento para HPV em pacientes com HIV, há eficiência e eficácia? É melhor que o ATA 90%?

As taxas de sucesso para o tratamento dos condilomas genitais são semelhantes entre as diversas opções terapêuticas. Nas PVHIV, entretanto, a eficácia é sempre menor, em qualquer método escolhido.

9.1.27 O ácido glicirrínico ativado é usado para tratamento do HPV? Ele apresenta bons resultados?

Necessitamos de mais estudos sobre essa substância no tratamento para o HPV.

9.1.28 Existe cidofovir disponível no Brasil para tratamento de HPV? Já se tem alguma experiência brasileira com o uso local de vacina de sarampo em lesão de HPV? E o que se sabe sobre imunoterapia com uso de *Propionium bacterium parvum*?

Não temos experiência.



9.2.1 Em relação à infecção por HPV entre mulheres que fazem sexo com mulheres, existem dados sobre a taxa de infecção ou estudos sobre essa relação?

Em um estudo realizado em Botucatu, São Paulo (SP), em 2017, sobre o acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, encontrou-se diagnóstico de alguma IST em 47,3% das mulheres participantes. A prevalência da infecção pelo HPV nesse grupo foi de 45,3%; por *Chlamydia trachomatis*, de 2%; pelo HIV e *Neisseria gonorrhoeae*, de 0,7%; e por tricomoníase e sífilis, de 1,3%. A infecção pelo vírus da hepatite B não foi identificada (ANDRADE et al., 2020).

9.2.2 Os enfermeiros podem tratar os casos iniciais de HPV?

Conforme determina o art. 11, inciso II, alínea "c" da Lei nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, o enfermeiro poderá prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Esta atividade deve estar prevista, obrigatoriamente, em Protocolo Institucional, ou outras normas técnicas, como as estabelecidas em programas de saúde pública (BRASIL, 1987).

9.2.3 A vacina contra o HPV é disponibilizada pelo SUS? Em outros países ela também é oferecida?

Sim. O SUS disponibiliza gratuitamente a vacina quadrivalente contra o HPV, em duas doses, com intervalo de seis meses, para meninas de nove a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. A vacina também é disponibilizada para pessoas que vivem com HIV, pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, na faixa etária de nove a 26 anos, com esquema composto por três doses (0, 2 e 6 meses) (BRASIL, 2020).

Até outubro de 2018, 85 países – o que representa 44% do total mundial – haviam implementado a vacinação contra o HPV em seus programas públicos de imunização, entre os quais alguns com alto índice de desenvolvimento econômico, como a Austrália, Alemanha, Estados Unidos, França e Reino Unido (WHO, 2018).

9.2.4 Por que na rede SUS os adolescentes são contemplados com duas doses da vacina, enquanto na rede particular são três doses?

Os dados da literatura atual indicam que duas doses da vacina já são suficientes para conferir imunização contra o HPV e prevenir o desenvolvimento de verrugas genitais e cânceres (SANTOS; DIAS, 2018; BERGMAN et al., 2019).

9.2.5 Por que a vacina contra o HPV disponibilizada pelo SUS não é ofertada para faixa etária acima dos 14 anos?

A finalidade da vacina é profilática e não terapêutica; por isso, o ideal é a vacinação antes do início da atividade sexual. Estudos mostram que na faixa etária entre nove e 12 anos a produção de anticorpos é maior; portanto, quanto mais cedo a vacina for administrada, melhor será o resultado (BRASIL, 2017d).

9.2.6 Atualmente, o tratamento das verrugas genitais deve ser disponibilizado pelo nível estadual ou municipal?

O tratamento deve ser disponibilizado nos níveis estadual e municipal.



9.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

INFECÇÃO
PELO HPV

9.3.1 Quais os tipos de HPV mais comuns nas regiões Norte, Sul, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste? Qual a incidência de infecção pelo HPV atualmente na população adolescente?

Ainda não há estudos robustos que definam essa informação. Destacam-se quatro subtipos de HPV, sendo os subtipos 16 e 18 relacionados a 70% das neoplasias malignas do trato genital e os subtipos 6 e 11 encontrados em 90% das verrugas anogenitais (BRASIL, 2020).

Em 2017, foi realizado o Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV, denominado POP-Brasil, com jovens na faixa etária de 16 a 25 anos, com vida sexual ativa. As amostras coletadas foram testadas para a presença do HPV e analisadas genotipicamente para definição dos tipos virais.

No geral, a prevalência estimada de HPV foi de 54,6%, sendo que o HPV de alto risco para o desenvolvimento de câncer esteve presente em 38,4% dos participantes. Especificamente, a taxa de prevalência de HPV e a genotipagem de HPV de alto risco de cada região foram, respectivamente: Norte: 54,9% e 38,7,1%; Nordeste: 53,1% e 37,9%; Centro-Oeste: 57,8% e 39,8%; Sul: 49,7% e 37,9%; e Sudeste: 53,9% e 40% (BRASIL, 2017c).

9.3.2 Quais vulnerabilidades mais acometem adolescentes e adultos jovens infectados pelo HPV?

Dados preliminares do estudo POP-Brasil demonstraram que, dos jovens entrevistados, 15,6% referiram fumar cigarros, 70,8% relataram já ter feito uso de bebidas alcoólicas e 27,1% de drogas, ao longo da vida. A droga mais utilizada foi a maconha (23,7%). Quanto à saúde sexual, a média de idade de início da atividade sexual foi de 15,3 anos, sendo 15,4 anos para mulheres e 15,0 anos para homens.

Somente cerca da metade dos indivíduos (51,5%) referiram usar camisinha rotineiramente e apenas 41,1% fizeram uso de preservativo na última relação sexual. O comportamento sexual de risco foi observado em 83,4% dos entrevistados, sendo que a média de parcerias sexuais no último ano foi de 2,2 e a média de parcerias nos últimos cinco anos, de 7,5 (BRASIL, 2017c).

9.3.3 Qual o risco de a população contrair HPV? Homens são mais susceptíveis que mulheres para contrair o vírus?

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 (BRASIL, 2017c).

Na maioria das vezes, tanto o homem como a mulher infectados pelo HPV desconhecem que são portadores do vírus, especialmente quando não possuem verrugas visíveis, mas podem transmitir o vírus às suas parcerias sexuais (BRASIL, 2017c).

Todavia, a evolução, a manifestação e o tratamento da infecção são diferentes no homem e na mulher. Isso se deve, principalmente, às diferenças anatômicas e hormonais existentes entre os sexos. O órgão genital da mulher permite maior desenvolvimento e multiplicação do HPV, com a possibilidade de complicações mais sérias, como lesões que, se não tratadas, podem evoluir para câncer (BRASIL, 2017c).

9.3.4 Quais os tipos de HPV que infectam o trato genital?

Os tipos de HPV detectados no trato anogenital são frequentemente subdivididos em tipos de baixo risco (LR, do inglês low risk) e de alto risco (HR, do inglês high risk), com base no risco relativo para a complicação rara de neoplasia, conforme descrito a seguir:

- Baixo risco oncogênico: tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81.
- Alto risco oncogênico: tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

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 (BRASIL, 2020).

Os tipos LR de HPV são encontrados, tipicamente, em lesões intraepiteliais de baixo grau (lesões não pré-cancerosas), assim como em verrugas anogenitais. Os tipos 6 e 11 do HPV contribuem para, aproximadamente, 90% das verrugas genitais.

Os HPV HR são encontrados em lesões de baixo e alto graus, assim como em câncer de colo do útero e outros locais anogenitais (vulva, vagina e ânus). Os tipos 16 e 18, juntos, são responsáveis globalmente por 71% dos casos de câncer cervical. Mais especificamente, 60,6% (IC 95%: 59,6-61,6) dos casos são atribuídos ao HPV 16 e 10,2% (IC 95%: 9,6-10,9) ao HPV 18 (WHO 2013; WHO, 2018).

9.3.5 As verrugas genitais são muito comuns?

Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações no exame preventivo de colo do útero 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 (BRASIL, 2020).



9.4.1 Qual o tipo de vírus a vacina previne?

Há três tipos de vacinas profiláticas regulamentadas para uso na população em diversos países, incluindo o Brasil: a vacina bivalente, que atua contra os tipos 16 e 18 de HPV, e a vacina tetravalente ou quadrivalente, incorporada no Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2014, que confere proteção para HPV dos tipos 6, 11, 16 e 18 (BRASIL, 2020).

Em 2017, a Anvisa aprovou o imunizante chamado Gardasil 9, que abrange os subtipos 31, 33, 45, 52 e 58 do HPV, além dos subtipos 6, 11, 16 e 18. Essa vacina é indicada para meninos e meninas de nove a 26 anos, mas ainda aguarda incorporação ao SUS (ANVISA, 2017).

9.4.2 Um paciente adulto com receita médica, que tomou a 1ª dose da vacina contra HPV em 2018 e não tomou a 2ª dose no prazo, terá que repetir o esquema? O organismo criará imunidade?

Ressalta-se que é indicado o esquema de duas doses, com um intervalo mínimo de seis meses entre as doses, visto que a resposta imunológica se mostrou mais efetiva em situações em que esse intervalo é respeitado. Recomenda-se que o intervalo entre as doses não seja superior a 12-15 meses, visando garantir uma elevada produção de anticorpos e a efetividade da vacinação. No entanto, caso os adolescentes ou jovens estejam em atraso com doses do seu esquema, mesmo ultrapassando o intervalo recomendado (12-15 meses), esse esquema vacinal deverá ser continuado no momento do comparecimento às salas de vacinação, não havendo a necessidade de reiniciar o esquema vacinal (BRASIL, 2018b).

9.4.3 No Acre, houve reação à vacina HPV em escolares, tipo paralisia, com suspeita de que o lote da vacina tinha excesso de alumínio. É verdade isso ou há outro fator envolvido?

Não. Em 2014, foram notificados 23 casos de reação psicogênica após as adolescentes terem recebido a vacina em ambiente escolar, o que pode favorecer a ocorrência de eventos adversos relacionados à reação de ansiedade entre as alunas próximas. A reação psicogênica pós-vacinação tem sido relatada em outros países, a exemplo da Austrália, quando, no ano de 2007, 720 meninas com idade entre 12 e 17 anos foram vacinadas com a mesma vacina HPV utilizada no Brasil, em uma mesma escola; duas horas após a vacinação, 26 meninas apresentaram sintomas incluindo tonturas, síncope e queixas neurológicas, como dificuldade para andar. Sem evidência de uma etiologia orgânica após exames laboratoriais e de imagens ou de relatos semelhantes de eventos adversos em outro local, utilizando o mesmo lote de vacina, concluiu-se que se tratava de uma resposta psicogênica em massa decorrente da vacinação (BRASIL, 2018b).

9.4.4 *As pessoas que já tiveram diagnóstico de HPV podem tomar a vacina? Qual a indicação da vacina HPV (papilomavírus 6, 11, 16 e 18, pelo SUS) em mulheres (e inclusive homens) acima de 26 anos de idade, e qual a segurança e eficácia da vacina nessa faixa etária? A vacinação confere imunidade contra os tipos de HPV cobertos pela vacina, caso a mulher já tenha iniciado a vida sexual?*

Nenhuma das vacinas é terapêutica, ou seja, não há eficácia contra infecções ou lesões já existentes. Ambas as vacinas previnem a infecção, e, portanto, são mais eficazes se forem administradas antes da exposição ao HPV (INCA, 2020).

9.4.5 *Alguns pacientes usuários de PrEP desejam tomar a vacina contra o HPV. De acordo com a bula, a vacina é indicada para homens até 26 anos. A vacina pode ser prescrita, a fim de ser administrada em clínica privada, para homens acima dessa faixa etária com alto risco, múltiplas parcerias e sem uso consistente de preservativo?*

De acordo com o registro na Anvisa, a vacina quadrivalente é aprovada para mulheres entre nove e 45 anos e homens entre nove e 26 anos, e a vacina bivalente, para mulheres entre dez e 25 anos. No momento, as clínicas não estão autorizadas a aplicar as vacinas em faixas etárias diferentes das estabelecidas pela Anvisa.

9.4.6 *Se um paciente com diagnóstico de HPV classe III tomar três doses de vacina contra HPV, ficará mais imune?*

São coisas distintas. A vacina é profilática e não terapêutica. Caso uma mulher tenha NIC III, ela deverá ser tratada com a conização.

10

DIAGNÓSTICO
LABORATORIAL
EM IST



10.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

DIAGNÓSTICO
LABORATORIAL
EM IST

10.1.1 Como deve ser feito o rastreamento para clamídia e gonococo?

As orientações sobre rastreio para clamídia e gonococo por biologia molecular e fluxogramas de manejo de corrimento uretral e vaginal, cervicite e DIP estão disponíveis para consulta no PCDT IST 2020. Os casos assintomáticos devem ser investigados conforme preconizado no Quadro 5 – Rastreamento, à p. 31 do PCDT IST (BRASIL, 2020).

10.1.2 Como deve ser feito o seguimento de pacientes tratadas para sífilis?

Considera-se a diminuição de dois títulos de VDRL e o valor do FTA-Abs? Se não houver essa diminuição, ou aumento de até um título, é necessário retratar essa pessoa assintomática?

No PCDT IST (BRASIL, 2020), à p. 71, encontram-se orientações sobre como realizar o monitoramento pós-tratamento da sífilis:

“Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).”

Também na p. 73 é possível encontrar os critérios de retratamento de sífilis, reativação ou reinfeção: “Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfeção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos 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 ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64,; ou de 1:4 para 1:16); OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O FTA-Abs, assim como qualquer teste treponêmico, não deve ser utilizado para o monitoramento do tratamento. Testes treponêmicos que detectam somente IgM também não possuem indicação clínica para diagnóstico ou monitoramento da sífilis.

10.1.3 Como realizar o seguimento laboratorial de RN com sífilis após alta da maternidade?

De acordo com o Quadro 25 do PCDT IST 2020, à p. 103, os testes não treponêmicos (VDRL, RPR) no seguimento devem ser realizados com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório (BRASIL, 2020).



10.2 GESTÃO

DIAGNÓSTICO
LABORATORIAL
EM IST

10.2.1 Como os laboratórios de instituições de pesquisa podem apoiar a tomada de decisão da gestão estadual ou municipal?

As instituições de pesquisa podem contribuir para o enfrentamento das IST de diversas formas, incluindo a realização de testes com novos fármacos, o desenvolvimento de testes para diagnóstico etiológico, o monitoramento da susceptibilidade dos patógenos aos antimicrobianos, (sobretudo *N. gonorrhoeae* e *M. genitalium*), a realização de estudos de prevalência de IST na população, o desenvolvimento de protocolos de prevenção etc.

10.2.2 Os testes rápidos são também utilizados em diagnósticos hospitalares?

Sim. Podem ser utilizados em ambientes hospitalares para ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento oportuno. Os Manuais Técnicos para Diagnóstico da Sífilis, do HIV e das Hepatites Virais, disponíveis em www.aids.gov.br, trazem as orientações para a realização desses testes fora do ambiente laboratorial. De forma complementar, o Telelab – www.telelab.aids.gov.br – fornece cursos de capacitação para a realização dos testes rápidos.

10.2.3 Quais são as perspectivas de incorporação de novas tecnologias de diagnóstico no âmbito do SUS?

O Ministério da Saúde, juntamente com estados, municípios e instituições de pesquisa, está constantemente avaliando de forma rigorosa novas tecnologias, incluindo estudos sobre evidências científicas no diagnóstico das IST no mundo e no Brasil, visando sua incorporação no SUS junto à Conitec.

10.2.4 Considerando a dificuldade de acesso a consultas na rede pública para a maioria da população e a dificuldade de execução dos testes rápidos pelos profissionais, qual a orientação para realizar o diagnóstico diferencial das IST na perspectiva de técnica avançada?

A incorporação dos testes com técnica mais avançada deve se dar de forma gradual, à medida que os profissionais de saúde sejam devidamente capacitados para a execução desses testes com qualidade. É importante ressaltar que o SUS possui experiências de sucesso na incorporação de tecnologias mais complexas e descentralizadas para o Brasil como um todo, como é o caso da Rede Nacional de Laboratórios para Carga Viral de HIV, implantada em 1997.

10.2.5 Nos serviços da rede pública, os equipamentos da Cepheid para diagnóstico de tuberculose já estão disponíveis para realização de testes rápidos moleculares para diagnóstico das IST? Como é o fornecimento dos kits?

Com a incorporação do Programa de Tuberculose ao DCCI/SVS/MS, estão sendo estudadas estratégias para compartilhamento dos equipamentos, iniciando-se com projetos-piloto em alguns serviços. Os resultados serão avaliados para definição dos próximos passos em âmbito federal. De forma complementar, estados e municípios podem adquirir kits de IST da Cepheid e fazer o uso compartilhado desse equipamento, sem que haja prejuízo na rotina de tuberculose. É importante haver contrato de manutenção para garantir um bom funcionamento do equipamento. O uso compartilhado deverá ser acordado com a empresa, estado, município e Ministério da Saúde (para mais informações, contatar tuberculose@ aids.gov.br). Ressalta-se que os testes de biologia molecular para detecção de clamídia e gonococo, como é o caso do teste da Cepheid, já estão disponíveis na Tabela SIGTAP (código 02.02.03.099-7) e, portanto, podem ser adquiridos no âmbito do SUS pelos estados e municípios desde fevereiro de 2018, para uso conforme indicações preconizadas no PCDT IST.





10.3 TESTES DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO
LABORATORIAL
EM IST

10.3.1 O que é o efeito "hook" em sífilis? Em caso de paciente com resultados de VDRL reagente até 1/4096 e teste rápido não reagente, o que fazer?

O efeito "hook", assim como o efeito prozona, acontece devido ao desequilíbrio de antígenos e anticorpos na reação, com excesso de anticorpos treponêmicos. Dessa forma, é importante que, nos casos de resultados reagentes nos testes não treponêmicos (ex.: VDRL) com títulos elevados, mas com teste treponêmico negativo, a amostra seja diluída (1:8 ou 1:16) e submetida novamente ao teste treponêmico. Quando a testagem se iniciar com teste treponêmico e houver uma forte suspeita de sífilis, principalmente na fase secundária, quando há uma intensa produção de anticorpos, é importante realizar novamente o teste treponêmico com amostra diluída (1:8 ou 1:16). Ressalta-se que o efeito "hook" não é exclusivo da sífilis, e que se trata de um acontecimento raro.

10.3.2 Sobre as metodologias utilizadas para o diagnóstico de hepatite C, habitualmente observam-se amostras de banco de sangue com anti-HCV positivo, mas sem detecção de RNA viral, excluindo o diagnóstico da doença atual. Quais podem ser as prováveis causas desse resultado "falso-positivo"? Por que alguns bancos de sangue aceitam doadores "falso-positivos" e outros não?

Conforme o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, disponível em www.aids.gov.br, os imunoenaios que detectam os anticorpos anti-HCV indicam contato com o vírus da hepatite, sem necessariamente indicar doença ativa. Dessa forma, deve-se realizar um teste complementar, como o teste molecular, que se caracteriza como uma opção para a detecção cada vez mais precoce da infecção pelo HCV e a confirmação dos casos anti-HCV reagentes. É importante ressaltar que a discordância entre o resultado do anti-HCV e do teste molecular pode se dar, salvo em casos de falso-positivos, em virtude de uma resolução natural da doença.

No que diz respeito às informações relacionadas aos bancos de sangue, orientamos entrar em contato com a Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados do Departamento de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (CGSH/DAET/SAES), pelo e-mail: sangue@saude.gov.br e telefone: (61) 3315-6178.



10.3.3 O teste RT-PCR pode apresentar um resultado falso-positivo?

Sim, nenhum teste é 100% sensível e 100% específico. Assim sendo, é imprescindível seguir as instruções do fabricante desde a coleta das amostras, bem como realizar os testes conforme as Boas Práticas de Laboratório. Os resultados dos testes diagnósticos não devem ser utilizados de forma isolada para definição de conduta clínica, devendo ser associados com informações sobre sinais e sintomas, infecções passadas, exposição de risco ao patógeno etc.

10.3.4 Qual a melhor indicação dos exames FTA-Abs IgG e IgM?

O teste FTA-Abs total (detecção simultânea de IgM e IgG) é um teste treponêmico e deve ser utilizado da mesma forma que os demais testes treponêmicos que compõem os fluxogramas de testagem, como o teste rápido, o ELISA e o TPPA. No que diz respeito aos testes que detectam somente IgM, não se recomenda o uso do marcador IgM (tanto FTA-ABS IgM quanto ELISA IgM) para o diagnóstico de:

- Sifilis em adulto: de acordo com o Manual da OMS, "Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana" (OMS, 2015), na sifilis, como em outras infecções bacterianas e virais, a síntese de anticorpos IgM específicos é a primeira resposta imune humoral pós-infecção. Entretanto, o anticorpo treponêmico IgM não está apenas presente em pacientes com sifilis precoce, mas também é encontrado durante o período latente e em pacientes com doença tardia. Esse fenômeno limita o valor dos ensaios para IgM específico no diagnóstico da doença em adultos (OMS, 2015);

- Sifilis congênita: de acordo com o Manual Técnico para Diagnóstico da Sifilis, embora existam testes treponêmicos específicos capazes de detectar IgM no sangue do recém-nascido, esses testes possuem baixa sensibilidade. Por isso, quando utilizados, deve-se ter em mente que um resultado negativo não exclui diagnóstico de sifilis congênita, o que poderia implicar o não tratamento de crianças com sifilis. Diante do exposto, o Manual recomenda que, para o diagnóstico da sifilis congênita, deve-se avaliar o resultado do teste não treponêmico do sangue do RN em comparação com o teste não treponêmico da mãe (p. 31) (BRASIL, 2016b).

10.3.5 Qual a aplicabilidade da sorologia para pesquisa dos anticorpos IgM e IgG para diagnóstico de Chlamydia trachomatis?

Os testes sorológicos que detectam anticorpos IgM e IgG para clamídia não possuem relevância clínica para diagnóstico de uretrite por Chlamydia trachomatis. Dessa forma, recomenda-se a realização de biologia molecular para o diagnóstico etiológico das uretrites.

10.3.6 Por volta de 1995, o Laboratório de Virologia do ICB/UFGA publicou informação etiológica de participação da *Chlamydia trachomatis* em cerca de 1/3 das uretrites e como a principal etiologia das uretrites não gonocócicas. A metodologia utilizada foi o isolamento em cultura de células. Qual a metodologia utilizada no projeto SenGono que está sendo desenvolvido nesse momento?

A etiologia de corrimento uretral do homem no âmbito do projeto SenGono está sendo realizada por meio de testes de biologia molecular de amplificação de ácido nucleico (NAAT) para detecção simultânea dos patógenos que mais comumente causam corrimento uretral, isto é, clamídia, gonococo, *M. genitalium* e *T. vaginalis*. Assim que as análises forem concluídas, os dados serão publicados e ficarão disponíveis à comunidade científica, profissionais da saúde e demais interessados.

10.3.7 Considerando que, para o diagnóstico na neurosífilis, a sensibilidade do VDRL é superior à do RPR em líquido, qual a orientação para os municípios que estão comprando RPR ao invés de VDRL?

A literatura internacional relata que a sensibilidade do VDRL em líquido tem se mostrado superior à do RPR; portanto, o VDRL permanece como o mais indicado para esse tipo de amostra. Ressalta-se que, ao se realizar a aquisição de um teste de análise de líquido para investigação da neurosífilis, é importante observar as informações sobre o desempenho de todos os testes disponíveis comercialmente e registrados na Anvisa, optando-se por aquele com melhores valores de sensibilidade e especificidade. Evidencia-se a importância do desenvolvimento de estudos brasileiros para exame dos diferentes métodos não treponêmicos e treponêmicos para análise de líquido e investigação de neurosífilis.

10.3.8 Os testes não treponêmicos para sífilis comercializados no Brasil são confiáveis?

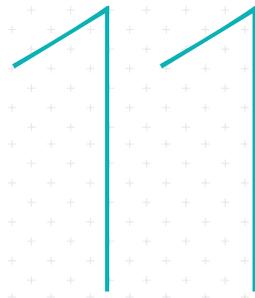
A qualidade dos kits é aferida e atestada por autoridades competentes, a exemplo da Anvisa. Na experiência do Laboratório de Biologia Molecular, Microbiologia e Sorologia (LBMMS) da Universidade Federal de Santa Catarina, os testes não têm problemas em detectar amostras com elevada reatividade. Por isso, é necessário que os laboratórios adotem medidas de qualidade que aumentem a segurança do resultado liberado. São medidas simples, tais como:

- 1) Escolher amostras de reatividade baixa (1:4 ou 1:8), fazer alíquotas para uso único e congelar;
- 2) Todos os dias, titular uma dessas alíquotas de amostra para ver se o kit utilizado pelo laboratório continua reproduzindo o título da última diluição que teve reatividade observada inicialmente. É importante lembrar que, se a amostra é 1:4, a diluição e testagem dela, diariamente, deve ser até 1:8 para garantir a observação da reatividade até 1:4 e ausência em 1:8. Da mesma forma, se uma amostra 1:8 for escolhida, será necessário testar diariamente as alíquotas dessa amostra até 1:16;
- 3) Caso não ocorra reprodutibilidade da reatividade esperada para a amostra, é necessário trocar o antígeno utilizado na rotina. O novo antígeno deve ser testado da mesma maneira.



10.4.1 Qual incidência do cancro mole e qual melhor método para diagnóstico?

*Por não ser de notificação compulsória, não há dados nacionais sobre a incidência de cancro mole. O PCDT IST 2020 orienta sobre o manejo de úlceras genitais, incluindo diagnóstico diferencial e realização de coloração de Gram em amostras biológicas para pesquisa de achados morfológicos típicos de *Haemophilus ducreyi* na amostra biológica (BRASIL, 2020).*



VÍRUS
ZIKA



11.1.1 Qual o tipo de parto ideal para gestantes com Zika?

De forma geral, mesmo as crianças acometidas pela síndrome congênita do vírus Zika suportam bem o trabalho de parto, considerando-se o parto vaginal como preferencial para as mães (ACOG, 2019; FEBRASGO, 2016).

11.1.2 Existem casos de transmissão vertical do vírus Zika em situações de reprodução assistida?

Até o momento, não há casos descritos de transmissão vertical do vírus Zika decorrentes de gravidez em que se tenham utilizado técnicas de reprodução assistida, mas se recomendam alguns cuidados para casais em tratamento para infertilidade. São eles: a) apresentar sorologia IgM negativa cinco dias antes do procedimento; b) aguardar até 90 dias após o aparecimento de sinais e sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando o homem foi infectado ou relate exposição sexual de risco ou viagem para regiões endêmicas dessa infecção; c) aguardar até 60 dias após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando a mulher foi infectada ou relate exposição sexual de risco ou viagem para regiões endêmicas para essa infecção (ANVISA, 2016; BRASIL, 2020b; WHO, 2020; POLLEN et al., 2018).

11.1.3 Quanto à transmissão vertical do vírus Zika, existe algum tratamento específico com eficácia comprovada para evitar os agravos decorrentes do vírus (como a síndrome de Guillain-Barré e encefalite)?

Atualmente, não há tratamento específico para as infecções pelo vírus Zika. O manejo implica tratamento sintomático, que inclui hidratação, analgésicos e antipiréticos, devendo-se evitar os anti-inflamatórios não esteroidais até que o diagnóstico de dengue seja descartado. Esse princípio vale também para as gestantes. No caso de sequelas mais graves, como doenças neurológicas, deve haver acompanhamento médico para avaliar o tratamento adequado, a ser aplicado, prioritariamente em centros especializados (PAHO, 2015). A complicação neurológica mais temida em adultos é a síndrome de Guillain-Barré, cuja frequência estimada por estudos meta-analíticos varia de 0,01% a 1,23% (DELOREY et al., 2018; BARBI et al., 2018).

11.1.4 Há alguma evidência relacionada à transmissão sexual do vírus Zika como causadora de alguma lesão genital/anal ou oral?

Estudos descreveram a presença de vírus Zika no sangue, sêmen, urina e saliva, sugerindo que o vírus também poderia ser transmitido por esses fluidos corporais, mas destacaram a raridade da ocorrência. Na literatura, não há relato na literatura de lesão anal, genital ou oral (MUSSO et al., 2015).

Do ponto de vista reprodutivo masculino, nos casos em que o vírus atinge o testículo, aponta-se a agressão do vírus Zika aos tecidos testiculares, cujo prognóstico dependerá da intensidade da resposta imune e inflamatória, podendo variar de simples redução reversível do número de espermatozoides até atrofia testicular (ALMEIDA et al., 2020; TSETSARKIN et al., 2020). Avaliação realizada entre homens retornando de áreas endêmicas da infecção pelo vírus Zika para uma cidade europeia, sem transmissão por mosquitos, encontrou hematospermia macroscópica em 9,1%, hematospermia microscópica em 81,8% e oligospermia em 60% desses homens (HUIJS, 2017).

11.1.5 O vírus Zika já é considerado uma IST?

A transmissão sexual do vírus Zika foi sugerida em 2011 nos Estados Unidos da América, mediante o relato de caso de uma mulher infectada pelo vírus quando seu parceiro retornou de uma viagem ao Senegal em 2008, durante a qual foi infectado. Posteriormente, relatou-se a presença do RNA do vírus Zika em amostras de sêmen por mais tempo do que em amostras de sangue e urina em paciente apresentando hematospermia (MUSSO et al., 2015).

Em localidades com elevada frequência do mosquito vetor, há dificuldade de estabelecer o risco atribuível à transmissão primária pela via sexual. Assim, essa via de transmissão tem maior importância e maior potencial de investigação em países onde a infecção pelo vírus Zika não seja endêmica (FOY et al., 2011; WHO, 2020), embora também possa ocorrer em zonas com transmissão ativa por artrópodes. Essa forma de transmissão já foi relatada em pelo menos 13 países sem transmissão por mosquito (MEAD; HILLS; BROOKS, 2018; COUNOTTE et al., 2018). Embora a detecção viral nos fluidos não signifique viabilidade para nova infecção, a transmissão sexual a partir de homem infectado está facilitada, visto que o sêmen apresenta maior carga viral e período mais prolongado de eliminação do que o soro e a urina (CALVET et al., 2018). No entanto, há descrição de casos de transmissão sexual também a partir de mulher infectada para suas parceiras e parceiros sexuais (DAVIDSON et al., 2016). Também já foi demonstrada a transmissão do vírus Zika no relacionamento sexual passivo e ativo entre homens (ATKINSON et al., 2016; FOY et al., 2011).

A transmissão sexual (sexo vaginal, anal e oral) demanda a utilização de intervenções profiláticas específicas, incluindo o uso do preservativo masculino ou feminino, principalmente entre casais que planejam gravidez.

11.1.6 A infecção pelo vírus Zika em gestante ainda representa risco para a criança em relação às doenças neurológicas e à microcefalia?

Sim, pois ainda existe circulação do vírus no Brasil; por isso a importância de um pré-natal de qualidade. Dentre todas as possíveis complicações em decorrência da infecção pelo vírus Zika, destacam-se as neurológicas e aquelas ocorridas como desfechos gestacionais (PAHO, 2015).

Mesmo em vista das imprecisões sobre a prevalência dessas complicações, visto que não se conhece a incidência real das infecções (considerando os assintomáticos), a associação causal entre as complicações gestacionais e neurológicas e a infecção pelo vírus Zika já foi cientificamente estabelecida (POMAR et al., 2019). Considerando as complicações gestacionais, estima-se que as taxas de abortamento (1,2% a 3,9%), defeitos oculares (1% a 7,5%), óbito fetal (0,7% a 1,6%) e malformações (3,1% a 22,8%) sofram aumento em decorrência da infecção durante a gravidez (NITHIYANANTHAM; BADAWI, 2019; SANCHEZ CLEMENTE et al., 2020).

11.1.7 Existe transmissão vertical da Zika?

Embora no Brasil a principal via de transmissão do vírus Zika seja a vetorial, as vias vertical e sexual de transmissão apresentam expressiva importância para a saúde reprodutiva. A transmissão pode ocorrer no útero, durante o parto (por meio do líquido amniótico, urina e sangue). A transmissão transplacentária do vírus Zika traz em seu contexto imensa preocupação decorrente do seu potencial para causar anormalidades estruturais do sistema nervoso central embrionário e fetal.

11.1.8 Como é realizado o diagnóstico do vírus Zika?

O diagnóstico laboratorial durante a infecção aguda pelo vírus Zika se baseia na detecção do RNA viral pela reação em cadeia da polimerase, mediada por transcrição reversa (reverse transcription polymerase chain reaction, RT-PCR) em soro ou sangue até sete dias após o início dos sintomas, ou em amostra de urina até 14 dias. Embora existam casos em que o RNA viral pode ser detectado por mais tempo, tanto no soro como na urina e no sêmen, essa possibilidade não colabora para o diagnóstico da fase aguda da doença (SHARP et al., 2019).

Nos casos de manifestações clínicas compatíveis com infecção pelo vírus Zika, com resultado negativo no exame diagnóstico por RT-PCR, ou se já transcorreram mais de sete dias desde o início dos sintomas, deve ser solicitado exame sorológico visando identificar imunoglobulina M (IgM) para o vírus Zika e para dengue. A IgM pode ser detectada, em média, a partir do 8º dia, e a imunoglobulina G (IgG), a partir do 17º dia após o início da infecção. Todo teste sorológico deve ser interpretado com cautela, visto o elevado número de reações cruzadas com outros Flavivirus (EPPES et al., 2017; XIMENES et al., 2019).

11.1.9 Que outras complicações estão associadas ao Zika?

O Zika também tem sido associado a outros distúrbios neurológicos, incluindo graves infecções do cérebro e da medula espinhal. As consequências em longo prazo para a saúde ainda não estão claras. Outras incertezas são sobre o período de incubação do vírus e sobre como o Zika interage com outros vírus transmitidos por mosquitos, como o da dengue.



11.2 GESTÃO

VÍRUS
ZIKA

11.2.1 *As crianças que nasceram com microcefalia recebem algum tipo de ajuda governamental?*

A Lei nº 13.985, de 7 de abril de 2020, institui pensão especial, no valor de um salário mínimo, destinada a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, nascidas entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2019, beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

11.2.2 *A gestante pode solicitar o aborto se o bebê tiver microcefalia?*

Não. Em casos de malformação, o aborto só é permitido por lei em casos de anencefalia (não formação do cérebro), o que é diferente da microcefalia (DUARTE, 2016).

11.2.3 *Como o Zika pode ser contido?*

Os esforços para controlar a propagação do vírus têm por foco eliminar os criadouros do mosquito, além de estimular o uso de repelentes e redes como precaução contra as picadas do inseto. Casos de transmissão sexual também têm sido relatados, o que levou as autoridades de saúde a recomendar o uso de preservativos ou abstenção sexual para prevenir a infecção entre parcerias.



VÍRUS
ZIKA

11.3.1 Como está a circulação do vírus Zika no Brasil? Quais locais dentro do país seriam considerados de alta prevalência de Zika?

Em 2019, de acordo com dados do Ministério da Saúde, foram notificados 10.715 casos prováveis (taxa de incidência: 5,1 casos por 100.000 habitantes) de infecções pelo vírus Zika no país. A região Nordeste apresentou a maior taxa de incidência (8,8 casos/100.000 habitantes), seguida pelas regiões Centro-Oeste (5,8 casos/100.000 habitantes), Norte (5,3 casos/100.000 habitantes), Sudeste (4,1 casos/100.000 habitantes) e Sul (0,4 casos/100.000 habitantes).

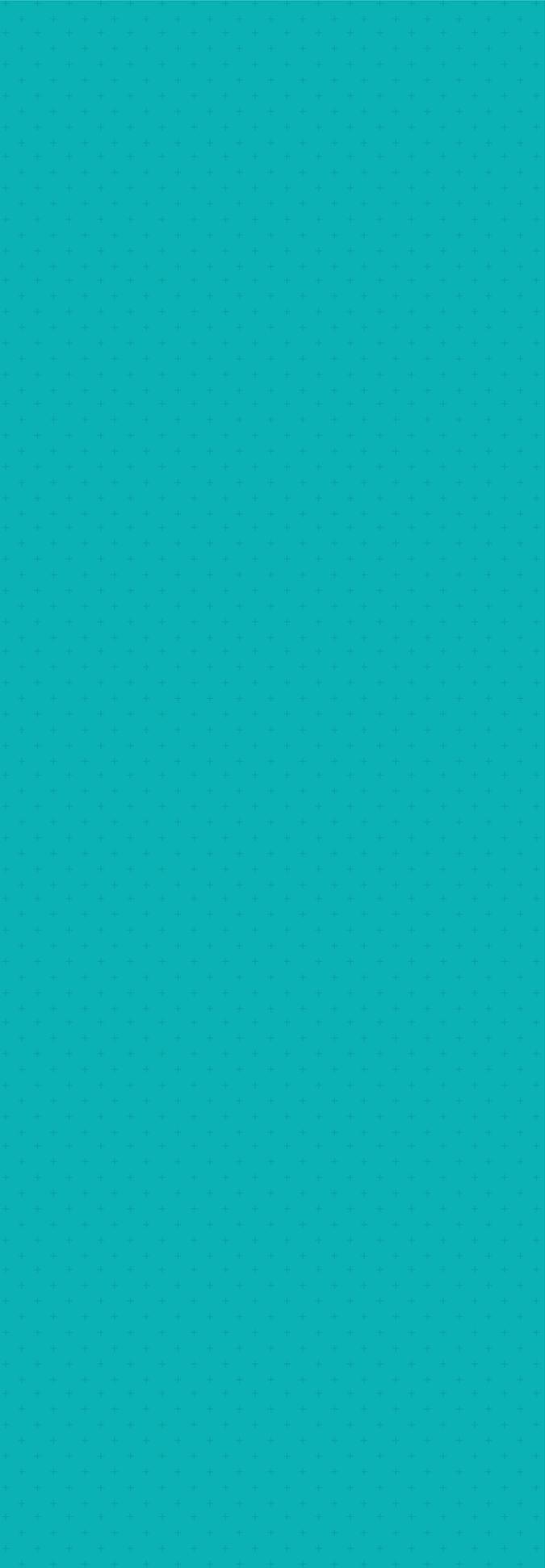


VÍRUS
ZIKA

11.4.1 *Mães infectadas pelo vírus Zika podem amamentar seus bebês? Em caso de mãe com IgM positivo para Zika, é necessário suspender a amamentação?*

A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida. O vírus foi detectado no leite materno, mas não há atualmente nenhuma evidência de que seja transmitido aos bebês por meio da amamentação.

Não havendo contraindicação de alimentação por via oral, ou seja, se o bebê tiver capacidade de sucção, o aleitamento natural é considerado o ideal para as crianças nascidas de mães portadoras da infecção pelo vírus Zika (BRASIL, 2018c).



12

HTLV



HTLV

12.1.1 Como é feito o tratamento do HTLV?

Não há consenso na literatura acerca da existência de um tratamento específico comprovadamente eficaz para o vírus linfotrópico-humano – HTLV (do inglês human T-lymphotropic virus). Nessa circunstância, sugere-se o encaminhamento da pessoa a centros especializados para diagnóstico e tratamento precoce de doenças associadas ao HTLV (ARAÚJO et al., 2019).

12.1.2 Que sintomas o paciente pode apresentar? Quais as consequências em longo prazo?

Os indivíduos infectados pelo HTLV são assintomáticos na maioria das vezes. Aqueles que apresentam algum sinal ou sintoma permanecem longos períodos expostos à infecção antes da manifestação. Diferentes fatores estão envolvidos na interação vírus/hospedeiro e na passagem do estado de assintomático para portador de doença associada ao HTLV-1. O vírus pode estar associado a doenças neurológicas, oftalmológicas, dermatológicas, urológicas e hematológicas, como leucemia/linfoma de células T do adulto, síndromes inflamatórias, hiperinfecção por Strongyloides stercoralis e outros (YAMANO et al., 2015; MACIEL; ESPINHEIRA; BRITES, 1999).

12.1.3 Qual a expectativa de vida de um portador sintomático do HTLV?

Não existem estudos em longo prazo que determinem esse período. Entretanto, muitos eventos estão relacionados com comorbidades (coinfecção pelo HIV e/ou hepatite C), infecções de repetição e presença de escaras na pele (NAGASAKA et al., 2020; MARCUSSO et al., 2019).

12.1.4 Uma gestante na 8ª semana de gestação realizou exame com resultado positivo para HTLV. A obstetra contraindicou o parto normal e o aleitamento materno. Seis meses após o parto, ela realizou os exames Western Blot e PCR, que tiveram resultados negativos. Essa paciente pode amamentar?

Sim, pois na oitava semana ela realizou apenas triagem para HTLV, provavelmente por teste sorológico. Para confirmar o diagnóstico de HTLV, é necessário um teste complementar; no caso, Western Blot ou PCR. Assim, essa mulher teve o diagnóstico de HTLV descartado. O mais adequado seria ter realizado os exames confirmatórios antes do parto, para não contraindicar o parto normal e a amamentação.

12.1.5 O resultado positivo para HTLV no teste do pezinho significa que o bebê tem a doença?

Ainda não está instituído o teste de HTLV pela Rede Cegonha.

12.1.6 Quais sinais e sintomas poderiam despertar o médico generalista para a testagem de HTLV?

Quadros neurológicos como dificuldade de deambulação, distúrbios urinários (incontinência do esfíncter) e dor lombar, entre outros, principalmente em áreas consideradas endêmicas no país.

12.1.7 Em portador de HTLV deve ser realizado tratamento preventivo de estrogiloidíase?

Normalmente, testes de checagem de patógenos nas fezes devem ser realizados de rotina em portadores de HTLV.

12.1.8 Uma vacina para o HTLV fará cessar suas consequências no organismo de uma pessoa infectada há mais de 20 anos?

Ainda não existem vacinas disponíveis para evitar a transmissão do HTLV.

12.1.9 Em caso de teste laboratorial ELISA positivo para HTLV-1/2 e Western blot indeterminado, tendo sido realizados três testes de PCR, sendo um positivo, outro negativo e outro positivo, seria possível afirmar que o paciente é portador do HTLV?

Poderia ser considerado positivo, principalmente pelo HTLV-2.

12.1.10 Quando o diagnóstico é realizado durante a gestação, quais intervenções podem ser feitas para evitar a transmissão vertical do HTLV? Pode ocorrer transmissão transplacentária?

Alimentar os bebês com fórmula láctea ao invés do leite materno é a principal medida para evitar a transmissão vertical (HINO, 2011). O parto cesáreo pode ser indicado, mas não existem estudos que comprovem que essa medida previna a TV do HTLV. Uma taxa de transmissão intrauterina de até 3% foi relatada (TEZUKA et al., 2020).

12.1.11 Há alguma evidência de transmissão pela via de parto? Qual a possibilidade de infecção pelo parto vaginal? Há estudos que indiquem parto cesáreo?

Não existem estudos indicando qual a melhor via de parto em parturientes infectadas pelo HTLV-1. Por analogia com o HIV, o parto cesáreo poderia ser indicado. A amamentação deve ser evitada, cabendo ao posto de saúde o fornecimento de fórmula láctea.

12.1.12 Considerando que o HTLV é um retrovírus, podem-se empregar os mesmos antirretrovirais utilizados para o HIV?

Os antirretrovirais usados no tratamento do HIV não são eficazes para inibir a replicação do HTLV. Vale ressaltar que, enquanto o ciclo replicativo do HIV inclui a entrada do vírus na célula e a integração ao DNA do hospedeiro, o HTLV por sua vez não tem alta produção de vírions extracelulares e se replica principalmente pela expansão clonal dos linfócitos (FUTSCH et al., 2018).

12.1.13 Quais as formas de transmissão do HTLV?

O HTLV se transmite por relação sexual desprotegida com parceria positiva, por mãe infectada pelo HTLV pela amamentação ou canal do parto e por contato com material biológico contaminado (hemoderivados, órgãos) (HIRONS; KHOURY; PURCELL, 2021).

12.1.14 Quais as consequências da transmissão vertical do HTLV para o bebê?

Normalmente, a maioria dos bebês se apresenta assintomática; todavia, o monitoramento anual deve ser considerado (ROSADAS; TAYLOR, 2019).



12.2 GESTÃO

HTLV

12.2.1 Quando o PSF deve encaminhar pessoas com HTLV para o infectologista?

Normalmente, quando existe a possibilidade de sintomas e sinais relacionados ao HTLV (ROSADAS et al., 2021).

12.2.2 Por que a testagem para o HTLV não está nos exames de rotina da saúde das mulheres?

Acreditamos que em breve isso deva ser corrigido.

12.2.3 Mães portadoras de HTLV podem doar leite para bancos de leite? Os bancos de leite possuem algum protocolo para realizar esse diagnóstico?

Portadores de HTLV não devem fazer doação de qualquer fluido ou material para pessoas não infectadas.



HTLV

12.3.1 *Mulheres que possuem HTLV podem amamentar? Há algum fator que acentue a exposição?*

Não podem amamentar. No aleitamento materno, a transmissão se dá pela presença de linfócitos contaminados no leite, que passam para a criança. O risco de transmissão aumenta proporcionalmente ao tempo de amamentação (probabilidade de 18% a 30%), acentuando-se com o aleitamento misto (HINO, 2011). Na transfusão, HAM/TSP ou estrogiloidíase foram associadas ao aumento do risco de transmissão via aleitamento.

12.3.2 *Quais ações de prevenção podem ser realizadas para evitar a transmissão do HTLV?*

Realizar testagem sorológica de pessoas com maior probabilidade de infecção, como aquelas nascidas no Norte e Nordeste, além de populações identificadas com elevado risco, como pessoas vivendo com HIV e/ou HCV (HIRONS; KHOURY; PURCELL, 2021) e descendentes de okinawanos (BANDEIRA et al., 2018).



12.4 TESTES DIAGNÓSTICOS

HTLV

12.4.1 Qual a janela imunológica para detecção do HTLV adquirido por via sexual?

O período de janela varia conforme a carga viral infectante, aspectos genéticos e virais (CAMPOS et al., 2019).

12.4.2 Há possibilidade de reação cruzada em um paciente com tireoide de Hashimoto, resultando em teste ELISA positivo para HTLV, ou seja, um falso-positivo?

Isso pode acontecer, porém é um evento muito raro.

12.4.3 Existe algum kit de teste rápido para HTLV com boa sensibilidade e especificidade, que permita um diagnóstico mais rápido, sem necessidade de teste ELISA ou PCR, que demoraria mais tempo?

Infelizmente, não existe testagem rápida para HTLV.

12.4.4 Quais exames laboratoriais podem ser utilizados para diagnóstico? Em quais situações se faz o teste confirmatório?

Normalmente, em bancos de sangue e laboratórios clínicos, são realizados ensaios imunoenzimáticos (ELISA) e testes de quimiluminescência, que apresentam excelente sensibilidade. Entretanto, é fundamental o uso de testes de confirmação, como Western blot e immunoblot (COSTA; MAGRI; CATERINO-DE-ARAÚJO, 2011).



HTLV

12.5.1 Qual a prevalência do HTLV em gestantes no Brasil?

A prevalência de infecção por HTLV-1/2 em gestantes varia de 0 a 1,05%. Entretanto, assim como ocorre em doadores de sangue, as maiores prevalências em gestantes são observadas nas regiões Norte e Nordeste, com a Bahia apresentando a maior prevalência (BRASIL, 2020b).

12.5.2 Qual a estimativa de infectados no Brasil? Quais os grupos de maior vulnerabilidade?

Segundo o último boletim epidemiológico do MS, estima-se que 800.000 pessoas estejam infectadas pelo HTLV no país (BRASIL, 2020b). As áreas com mais prevalência estão localizadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Grupos considerados mais vulneráveis são pessoas procedentes de regiões endêmicas e/ou suas parcerias; prole de mãe soropositiva para HTLV-1; ex-usuários de drogas endovenosas; receptores de produtos derivados de sangue antes de 1993 (BRASIL, 1993).

13

ABORDAGEM
CENTRADA
NA PESSOA
COM VIDA
SEXUAL ATIVA



13.1 ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO

ABORDAGEM
CENTRADA
NA PESSOA
COM VIDA
SEXUAL ATIVA

13.1.1 O que é essencial no aconselhamento pós-teste?

As informações essenciais para o aconselhamento pós-teste constam no documento "Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde", páginas 49 a 52, Quadro 3 – Orientações pré e pós-teste para o HIV, sífilis e hepatites B e C. O documento pode ser acessado em www.aids.gov.br ou pelo link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao> (BRASIL, 2017e).

13.1.2 Qual o maior desafio no que tange à educação sexual para reduzir a incidência das infecções sexualmente transmissíveis?

Informação e comunicação são importantes fatores para o bom desenvolvimento da saúde sexual dos indivíduos. A vulnerabilidade às IST é melhor trabalhada a partir da promoção de medidas preventivas, como a adoção de práticas sexuais com o uso consistente de preservativos, a testagem regular para HIV, sífilis, hepatites virais e outras IST, o uso de PEP e PrEP, dentre outras.

Assim, o controle da transmissão das IST, do HIV/aids, da sífilis e das hepatites virais se dá sobretudo por meio de atividades educativas que objetivem a promoção da prática do cuidado, levando em consideração os aspectos estruturais e comportamentais da vida dos sujeitos.

São válidas também as abordagens educacionais não formais para a instrumentalização da população quanto à prevenção das IST, por meio de ações governamentais executadas localmente e de parcerias com organizações da sociedade civil. Outras ações para além das escolas, como a qualificação dos profissionais de linhas de cuidado em IST e de gestores locais, com atenção às especificidades das populações afetadas, podem ser desenvolvidas.

No âmbito escolar, propriamente, o Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

A escola e os serviços de saúde, trabalhando de maneira integrada, podem constituir-se como uma rede de proteção e de cuidado. Na escola, por exemplo, é essencial ter espaços para conversas sem constrangimento sobre sexualidade. Esses espaços devem ser democráticos, respeitosos e participativos, que funcionarão como fatores e processos de proteção. Ações continuadas e permanentes que incentivem atividades de discussão e produção de conhecimento com relação à saúde sexual e saúde reprodutiva devem ser construídas pela gestão local.

Existem experiências inovadoras de gestão integrada que contribuem para a redução dos diferentes contextos de vulnerabilidade dos jovens brasileiros. Nas Unidades Básicas de Saúde, é fundamental que essas atividades educativas encontrem respaldo e continuidade, apoiando as ações no planejamento reprodutivo, no pré-natal e nas consultas após o parto, visando a proteção, prevenção e a promoção da saúde sexual.



13.2.1 Como abordar usuários que procuram o atendimento no CTA regularmente para resolver demandas que poderiam ser solucionadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como o controle de pressão arterial?

Considerando que a porta de entrada do usuário no SUS é o dispositivo que ele acessa, o acolhimento é o primeiro ponto a se pensar como abordagem. De acordo com a Política Nacional de Humanização, o acolhimento deve ser o primeiro momento de escuta de qualquer serviço do SUS, pois é uma tecnologia de cuidado que antecede qualquer atendimento na unidade de saúde e que visa articular a oferta e organização do serviço com a demanda e as necessidades de saúde do usuário. Objetiva ampliar o acesso, fornecer resposta resolutive à demanda apresentada e ser um dispositivo organizador do processo de trabalho em função do usuário (BRASIL, 2010).

O acolhimento faz parte das diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde se oferece uma escuta integral e uma avaliação de riscos e necessidades para o planejamento das respostas, sejam dentro ou fora do CTA, incluindo eventuais encaminhamentos, processos de articulação em rede ou matriciamento com a Atenção Primária (BRASIL, 2017e).

Em suma, por meio do acolhimento é possível compreender e atender a demanda da pessoa e pensar saídas para efetivar seu cuidado. Por exemplo, por que motivo ela está demandando do CTA procedimentos aos quais pode ter acesso na ESF? Ela desconhece seu direito ou os caminhos para acessar a ESF? Está cadastrada no grupo de referência para ESF? A ESF negou o atendimento e a encaminhou ao CTA, e, se sim, fez isso por desconhecimento das diretrizes de um cuidado integral em rede, ou por estigma? Ter noção do que leva o usuário a procurar o CTA com demandas que deveriam ser resolvidas nas ESF ajudam na elaboração da intervenção em direção à vinculação da pessoa à ESF.

Além de buscar vincular o usuário à ESF, como forma de efetivar seu cuidado, é preciso identificar se esse é um indicativo de necessário trabalho de apoio matricial à ESF, alinhamento de fluxos e qualificação do cuidado integral e do trabalho em rede – o que também está dentre as atribuições do CTA.

13.2.2 O que fazer quando o coordenador de um município pede informações sigilosas dos pacientes em acompanhamento no CTA, e não se sabe se o paciente autorizou a informar?

Todos(as) os(as) trabalhadores(as) do SUS devem obedecer aos princípios éticos e legais de privacidade, sigilo e confidencialidade. Pressupõe-se que gestores e coordenadores possuam acesso aos sistemas e informações do SUS, que, inclusive, podem conter questões sigilosas a serem respeitadas, mas que também estão relacionadas à gestão e à tomada de decisões. É importante entender em que ocasiões as informações sigilosas de usuários são importantes para a gestão em saúde e processos gerenciais. Nesse sentido, talvez seja interessante realizar uma discussão e estabelecimento de protocolos de acesso a informações confidenciais de acordo com as singularidades do município, considerando os princípios éticos e legais de confidencialidade, privacidade e sigilo.



13.3.1 Qual a expectativa de qualidade e avanço na abordagem das IST centrada na pessoa com vida sexual ativa?

Em uma perspectiva de contínua qualificação das informações epidemiológicas e de planejamento e implementação de estratégias preventivas, terapêuticas imediatas, disponibilização de insumos, confidencialidade e não discriminação, com atenção integral de forma mais equânime à população, essa abordagem destaca a importância da escuta ativa e da promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais, os quais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Assim, é possível estabelecer vínculos, facilitar a adesão às tecnologias disponíveis e garantir os diversos aspectos da prevenção, sendo fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a Prevenção Combinada.

Esse formato contribui para esclarecer como aspectos de natureza política, social e cultural, tais como cidadania e valores religiosos e identitários, influenciam e impactam diretamente na saúde dos indivíduos e do coletivo. Coloca em evidência a pessoa e sua experiência própria de estar no mundo, e mostra como a inscrição dessa experiência vivida se reflete em marcadores de saúde, que podem ser visíveis ou não. Na prática de saúde, é necessário que os profissionais percebam e tenham sensibilidade quanto às relações que se dão entre as pessoas e suas particularidades de gênero e sexualidade. Isso implica um olhar sensibilizado para as práticas de saúde individuais e coletivas, com ações que favorecem a não discriminação e estigmatização, bem como o atendimento com qualidade e respeito aos direitos de cada cidadão e cidadã.

Os avanços com esse tipo de abordagem podem se dar para além do parâmetro de abordagem ética e centrada nos direitos humanos e, de fato, resultar em processos de adesão, retenção e vinculação das pessoas em seus tratamentos e serviços de saúde. Além disso, tem a capacidade de promover o debate franco e esclarecido entre as pessoas em relação às formas de transmissão das IST, às medidas de prevenção e ao cuidado com suas parcerias.

13.3.2 As IST podem ser transmitidas por meio do sexo oral?

Herpes, clamídia, gonorreia e sífilis têm alta chance de transmissão pelo sexo oral, assim como as hepatites virais. A hepatite A é transmissível por sexo oro-anal, e as hepatites B e C, por sexo oral e beijo se houver ferimentos e fissuras (ainda que pequenas) nas bocas. Nos casos de gengivite, a probabilidade de transmissão se eleva, dependendo da carga viral do portador.

A sífilis pode ser transmitida pelo sexo oral, bem como a gonorreia, a clamídia e o herpes tipos 1 e 2 (oral e genital) pelo simples contato da boca com a pele, embora as chances de infecção sejam maiores no caso do sexo vaginal ou anal. Tanto a sífilis como a gonorreia podem ser transmitidas ainda que o portador ou portadora seja assintomático, ou seja, não apresente lesões e não tenha nenhum outro sintoma. Caso a bactéria esteja presente, haverá o risco. A ejaculação aumenta a chance de infecção, assim como o contato com a mucosa vaginal, tanto para quem faz quanto para quem recebe.

O único modo de se prevenir contra as infecções é utilizando preservativo feminino ou masculino também nas práticas sexuais orais, mesmo que as parcerias não apresentem lesões na boca ou nos genitais. Outra recomendação é o rastreamento de rotina, por meio de testagens regulares, ainda que não existam sintomas, o que garante diagnóstico e tratamento precoces, e, consequentemente, a quebra da cadeia de transmissão dessas infecções.

13.3.3 Como a Atenção Primária pode orientar casais que apresentam sorodiscordância?

É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de reconhecer e minimizar possíveis riscos. A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis, ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões ligadas à saúde sexual, mas também considerando a importância da integralidade do cuidado (BRASIL, 2020).

Os profissionais da Atenção Primária devem ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de Prevenção Combinada, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. A pessoa ou o casal devem escolher os métodos que melhor se adequem às condições e circunstâncias de sua vida, tendo como princípios norteadores a garantia de direitos humanos e o respeito a autonomia do indivíduo.

É importante considerar que os casais e pessoas em parcerias sorodiscordantes para o HIV são consideradas prioritárias para uso da PrEP. As evidências científicas já indicam a baixa transmissibilidade de HIV por via sexual quando uma pessoa HIV positiva está sob terapia antirretroviral (TARV) há mais de seis meses, apresenta carga viral indetectável e não tem nenhuma outra IST. Adicionalmente, entende-se que a PrEP pode ser utilizada pela parceria soronegativa como forma complementar de prevenção para casos de relato frequente de sexo sem uso de preservativo, múltiplas parcerias e/ou para o planejamento reprodutivo de casais sorodiscordantes (BRASIL, 2018d).

O direito de viver a sexualidade com respeito pelo próprio corpo, de escolher a parceria sexual sem medo, culpa, vergonha ou falsas crenças, de decidir ter uma relação sexual com ou sem fins reprodutivos, de expressar livremente a própria orientação sexual, de ter acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva, entre outros aspectos que possibilitam a expressão livre da sexualidade, são direitos sexuais e humanos e devem ser garantidos por todos os profissionais de saúde do SUS.

13.3.4 *Quais são as principais fragilidades apresentadas pelos municípios para potencializar a adesão às ações de prevenção? Como fortalecer as estratégias de prevenção das IST nos municípios?*

Apesar das inovações no que se refere ao escopo combinado de prevenção, mais especificamente das IST, têm-se as barreiras de controle, perdas de seguimento nos diferentes níveis entre a infecção e a cura e no rastreamento das IST, a devida atenção às pessoas assintomáticas, além da atenção aos segmentos mais afetados e ou vulneráveis.

A prevenção das IST passa pela percepção de risco, que varia em cada indivíduo, se integra e muda ao longo da vida junto aos planos pessoais, relacionamentos, parcerias e vida sexual, entre outras questões individuais e sociais que precisam ser consideradas na abordagem da prevenção das IST. Reconhecer as autonomias das pessoas e fortalecer as escolhas, aliadas à garantia de informações, a profissionais de saúde aptos ao reconhecimento das especificidades e vulnerabilidades das pessoas, ao devido acolhimento e ao acesso aos serviços, podem potencializar a adesão às estratégias de prevenção, que também são múltiplas.

É necessário, ainda, reconhecer que prevenção às IST articula diversas intervenções e estratégias que, de forma combinada e mediante atenção integral, podem colaborar para o reconhecimento e minimização de riscos. As abordagens em IST pressupõem a necessária articulação da rede de assistência para o seu diagnóstico, tratamento e seguimento, assim como de outros agravos relacionados, o cuidado às parcerias sexuais e o acesso às populações mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. D. N. *et al.* The Cellular Impact of the ZIKA Virus on Male Reproductive Tract Immunology and Physiology. **Cells**, v. 9, n. 4, p. 1006, 2020.

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 10, 2020.

ARAÚJO, A. *et al.* Management of HAM/TSP Systematic review and consensus-based recommendations 2019. **Neurol. Clin. Pract.**, v. 11, n. 1, 2021.

ATKINSON, B. *et al.* Detection of Zika Virus in Semen. **Emerg. Infect. Dis.**, v.22, n. 5, p. 940, 2016.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e coasrole. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BAKKEN, I. J.; 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.**, v. 9, p. 130, 2009.

BANDEIRA, L. M. *et al.* HTLV-1 intrafamiliar transmission among Japanese immigrants in Brazil. **J. Med. Virol.**, v. 90, n. 2, p. 351-7, 2018.

BARBI, L. *et al.* Prevalence of Guillain-Barré syndrome among Zika virus infected cases: a systematic review and meta-analysis. **Braz. J. Infect. Dis.**, São Paulo, SP, v. 22, n. 2, p. 137-141, 2018.

BAZZO, M. L. *et al.* First nationwide antimicrobial susceptibility surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* in Brazil, 2015-16. **J. Antimicrob. Chemother.**, v. 73, n. 7, p. 1854-61, 2018.

BERGMAN, H. *et al.* Comparison of different human papillomavirus (HPV) vaccine types and dose schedules for prevention of HPV-related disease in females and males. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, p. CD01347, 22 nov. 2019.

BERMAN, S. M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 6, p. 433-438, 2004.

BLENCOWE, H. *et al.* Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC Public Health**, v. 11, supl. 3, p. S9, 2011.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 8853, 9 jun. 1987.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Registrada vacina do HPV contra 9 subtipos do vírus**. Brasília, DF: Anvisa, 26 dez. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC nº 72, de 30 de março de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 23, de 27 de maio de 2011, que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 62, Seção 1, p. 103, 2016.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p. 8853, 1987.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. **Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil):** Resultados preliminares. Porto Alegre, RS: Ministério da Saúde, 2017c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo de útero.** 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2016d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa no 02-SEI/20-7 - DIAHV/SVS/MS.** Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 3 out. 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, 2 dez. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.553, de 17 de junho de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Vigilância Sentinela da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino (VSCUM). **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, Edição 115, p. 61, 18 jun. 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2013.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Prevenção Combinada do HIV:** Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Prático sobre HPV: Perguntas e Respostas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante): vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevalência da infecção por HTLV-1/2 no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 51, n. 48, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da infecção pelo vírus Zika no Brasil, de 2015 a 2017. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 49, n. 47, 2018c.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 31 out. 1975.

BRUNHAM, R. C.; GOTTLIEB, S. I.; PAAVONEN, J. Pelvic inflammatory disease. **N. Engl. J. Med.**, [s. l.], v. 372, n. 21, p. 2039–48, 2015.

BUDER, S. *et al.* Bacterial sexually transmitted infections. **J. Deutsch Dermatol. Gesellschaft**, v. 17, n. 3, p. 287–315, 2019.

CADDY, S. *et al.* Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v. 36, n. 3, p. 266–74, 2014.

CALVET, G. A. *et al.* Study on the persistence of Zika virus (ZIKV) in body fluids of patients with ZIKV infection in Brazil. **BMC Infect. Dis.**, v. 18, n. 1, p. 49, 2018.

CAMPOS, K. R. *et al.* Line Immunoassay for Confirmation and Discrimination of Human T-Cell Lymphotropic Virus Infections in Inconclusive Western Blot Serum Samples from Brazil. **J. Clin. Microbiol.**, v. 58, n. 1, 2019.

CAMPOS, R. S. P. *et al.* Gestação e papilomavírus humano (HPV): vias de transmissão e complicações. **Diagn. Tratamento**, v. 21, n. 3, p. 109–14, 2016.

CARRIÓ, F. B. **Entrevista clínica: Habilidades de comunicação para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

- CARVALHO, N. S.; PALÚ, G.; WITKIN, S. S. *Mycoplasma genitalium*, a stealth female reproductive tract. **Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 39, n. 2, p. 229–234, 2020.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. **MMWR Recomm. Rep.**, v. 59, n. RR12, p. 1–110, 2010.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. **MMWR Recomm. Rep.**, v. 64, n. RR03, p. 1–137, 2015.
- CHAMBERS, L. C. *et al.* Primary Syphilis in the Male Urethra: A Case Report. **Clin. Infect. Dis.**, v. 68, n. 7, p. 1231–1234, 2019.
- CIBLEY, L. J.; CIBLEY, L. J. Cytolytic Vaginosis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 165, n. 4, p. 1245–9, 1991.
- CLEMENT, M. E.; OKEKE, N. L.; HICKS, C. B. Treatment of syphilis: a systematic review. **JAMA**, v. 312, n. 18, p. 1905–17, 2014.
- CLUTTERBUCK, D. J. *et al.* UK national guideline on safer sex advice. **Int. J. STD AIDS**, v. 23, p. 381–388, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decisão nº 0094/2015, de 8 de julho de 2015**. Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017**, de 14 de junho de 2017. Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema de Saúde (SUS). Brasília, DF: Cofen, 2017.
- COSTA, E. A. S.; MAGRI, M. C.; CATERINO-DE-ARAÚJO, A. The best algorithm to confirm the diagnosis of HTLV-1 and HTLV-2 in at-risk individuals from São Paulo, Brazil. **J. Virol. Methods.**, v. 173, n. 2, p. 280–6, 2011.
- COUNOTTE, M. J. *et al.* Sexual transmission of the Zika virus and other flaviviruses: a living systematic review. **PLoS Med.**, v. 15, n. 7, p. e1002611, 2018.
- CROSSMAN, S. H. The challenge of pelvic inflammatory disease. **Am. Fam. Physician**, v. 73, n. 5, p. 859–64, 2006.
- DAVIDSON, A. *et al.* Suspected Female-to-Male Sexual Transmission of Zika Virus – New York City, 2016. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 65, p. 716–717, 2016.
- DELOREY, M. J. *et al.* Guillain-Barré syndrome risk among individuals infected with Zika virus: a multi-country assessment. **BMC Med.**, v. 16, n. 1, p. 67, 2018.
- DINIZ, G. C. Vírus do Papiloma Humano (HPV): aspectos moleculares, reação imunológica do hospedeiro e bases do desenvolvimento da vacina. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 1, n. 3, p. 114–120, 2009.
- DIZE, L. *et al.* Performance of self-collected penile-meatal swabs compared to clinician-collected urethral swabs for the detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, and *Mycoplasma genitalium* by nucleic acid amplification assays. **Diagn. Microbiol. Infect. Dis.**, v. 86, n. 2, p. 131–5, 2016.

- DUARTE, G. **Cartilha sobre a infecção pelo vírus Zika para orientação das gestantes**. Rio de Janeiro, RJ: Febrasgo, 2016.
- ELEUTÉRIO JR. *et al.* Estudo em Citologia em Meio Líquido (SurePath) da Associação de Candida sp. em Mulheres com Diagnóstico de Vaginose Bacteriana. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 2, p. 122–123, 2012.
- EPPEL, C. *et al.* Testing for Zika virus infection in pregnancy: key concepts to deal with an emerging epidemic. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 216, n. 3, p. 209–225, 2017.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Infecção pelo vírus Zika e microcefalia**. São Paulo, SP: Febrasgo, 2016.
- FOLEY, E. *et al.* **Management of Genital Herpes in Pregnancy**. BASHH/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2014.
- FORD, G. W.; DECKER, C. F. Pelvic inflammatory disease. **Dis. Mon.**, v. 62, n. 8, p. 301–5, 2016.
- FOUKS, Y. *et al.* Complicated clinical course and poor reproductive outcomes of women with tuberculous abscess after fertility treatments. **J. Minim. Invasive Gynecol.**, v. 26, n. 1, p. 162–8, 2019.
- FOY, B. D. *et al.* Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. **Emerg. Infect. Dis.**, v. 17, n. 5, p. 880–2, 2011.
- FUTSCH, N. *et al.* Cytokine Networks Dysregulation during HTLV-1 Infection and Associated Diseases. **Viruses**, v. 10, n. 12, 2018.
- GABRIELSON, A. T. *et al.* Male Genital Dermatology: A Primer for the Sexual Medicine Physician. **Sex. Med. Rev.**, v. 7, n. 1, p. 71–83, 2019.
- GOLDEN, M. R.; WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. Developing a public health response to *Mycoplasma genitalium*. **J. Infect. Dis.**, v. 216, supl. 2, p. 420–6, jul. 2017.
- GRAVES, K. J. *et al.* *Trichomonas vaginalis* virus: a review of the literature. **Int. J. STD AIDS**, v. 30, n. 5, p. 496–504, 2019.
- HAGGERTY, C. L. *et al.* Risk of sequelae after *Chlamydia trachomatis* genital infection in women. **J. Infect. Dis.**, v. 201, supl. 2, p. S134–55, 2010.
- HARDING, A. S.; GHANEM, K. G. The performance of cerebrospinal fluid treponemal-specific antibody tests in neurosyphilis: a systematic review. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 39, n. 4, p. 291–297, 2012.
- HO, E. L. *et al.* Point-of-care treponemal tests for neurosyphilis diagnosis. **Sex. Transm. Dis.**, v. 42, n. 1, p. 48–52, 2015.
- HINO, S. Establishment of the milk-borne transmission as a key factor for the peculiar endemicity of human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV-1): the ATL Prevention Program Nagasaki. **Proc. Jpn. Acad. Ser. B. Phys. Biol. Sci.**, v. 87, n. 4, p. 152–66, 2011.
- HIRONS, A.; KHOURY, G.; PURCELL, D. F. J. Human T-cell lymphotropic virus type-1: a lifelong persistent infection, yet never truly silent. **Lancet Infect. Dis.**, v. 21, n. 1, p. e2–10, 2021.
- HOENDERBOOM, B. M. *et al.* Relation between *Chlamydia trachomatis* infection and pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and tubal factor infertility in a Dutch cohort of women previously tested for chlamydia in a chlamydia screening trial. **Sex. Transm. Infect.**, v. 95, n. 4, p. 300–6, 2019.

- HUITS, R. *et al.* Zika virus in semen: a prospective cohort study of symptomatic travellers returning to Belgium. **Bull. World. Health Organ.**, v. 95, n. 12, p. 802–809, 2017.
- JACOBSON, L.; WESTRÖM, L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Diagnostic and prognostic value of routine laparoscopy. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 105, n. 7, p. 1088–98, 1969.
- KISSINGER, P. *Trichomonas vaginalis*: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. **BMC Infect. Dis.** v. 15, p. 307, 2015.
- KORENROMP, E. L. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. **PLoS One**, v. 14, n. 2, p. e0211720, 2019.
- LAND, J. A. *et al.* Epidemiology of *Chlamydia trachomatis* infection in women and the cost–effectiveness of screening. **Hum. Reprod. Update**, v. 16, n. 2, p. 189–204, 2010.
- LANJOUW, E. *et al.* 2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections. **Int. J. STD AIDS**, v. 27, n. 5, p. 333–348, 2016.
- LARSEN, S. A.; STEINER, B. M. RUDOLPH, A. H. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. **Clin. Microbiol. Rev.**, v. 8, n. 1, p. 1–21, 1995.
- LEVCHIK, N. *et al.* Criteria for the diagnosis of neurosyphilis in cerebrospinal fluid: relationships with intrathecal immunoglobulin synthesis and blood–cerebrospinal fluid barrier dysfunction. **Sex. Transm. Dis.**, v. 40, n. 12, p. 917–22, 2013.
- LUSK, M. J.; KONECNY, P. Cervicitis: a review. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, v. 21, n. 1, p. 49–55, 2008.
- MARDH, P. A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, v. 17, p. 49–52, 2004.
- MACHADO, D. *et al.* Bacterial vaginosis biofilms: challenges to current therapies and emerging solutions. **Front. Microbiol.**, v. 6, p. 1528–41, 2016.
- MACIEL, E.; ESPINHEIRA, L.; BRITES, C. Strongyloidiasis as an Opportunistic Infection in a HAM/TSP Patient. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 3, n. 1, p. 23–7, 1999.
- MARCONI, C. *et al.* Characterization of the vaginal microbiome in women of reproductive age from five regions in Brazil. **Sex. Transm. Dis.**, 8 jun. 8 2020.
- MARCUSSO, R. M. N. *et al.* Dichotomy in Fatal Outcomes in a Large Cohort of People Living with HTLV-1 in São Paulo, Brazil. **Pathog. Basel Switz.**, v. 9, n. 1, 26 dez. 2019.
- MARRA, C. M. *et al.* Normalization of serum rapid plasma reagin titer predicts normalization of cerebrospinal fluid and clinical abnormalities after treatment of neurosyphilis. **Clin. Infect. Dis.**, v. 47, n. 7, p. 893–899, 2008.
- MEAD, P. S.; HILLS, S. I.; BROOKS, J. T. Zika virus as a sexually transmitted pathogen. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, v. 31, n. 1, p. 39–44, fev. 2018.
- MEIRIK, O. Intrauterine devther– upper and lower genital tract infections. **Contraception**, v. 75, supl. 6, p. S41–7, 2007.
- MOHERDAUI, F. *et al.* Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. **Sex. Transm. Infect.**, v. 74, supl. 1, p. S38–43, 1998.

- MORRÉ, S. A.; KARIMI, O.; OUBURG, S. *Chlamydia trachomatis*: identification of susceptibility markers for ocular and sexually transmitted infection by immunogenetics. **FEMS Immunol. Med. Microbiol.**, v. 55, n. 2, p. 140–53, 2009.
- MORSHED, M. G.; SINGH, A. E. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. **Clin. Vaccine Immunol.**, v. 22, p. 137–147, 2015.
- MUSSO, D. *et al.* Potential sexual transmission of Zika virus. **Emerg. Infect. Dis.**, v. 21, n. 2, p. 359–61, 2015.
- NAGASAKA, M. *et al.* Mortality and risk of progression to adult T cell leukemia/lymphoma in HTLV-1-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis. **Proc. Natl. Acad. Sci. USA**, v. 117, n. 21, p. 11685–91, 2020.
- NASIOUDIS, D. *et al.* Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. **BJOG**, v. 124, p. 61–69, 2017.
- NESS, R. B. *et al.* A cluster analysis of bacterial vaginosis associated microflora and pelvic inflammatory disease. **Am. J. Epidemiol.**, v. 162, n. 6, p. 585–90, 2005.
- NITHIYANANTHAM, S. F.; BADAWI, A. Maternal infection with Zika virus and prevalence of congenital disorders in infants: systematic review and meta-analysis. **Can. J. Public Health**, v. 110, n. 5, p. 638–648, 2019.
- OKSALA, A. Interstitial keratitis after adequate penicillin therapy; a case report. **Br. J. Vener. Dis.**, v. 33, n. 2, p. 113, 1957.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana.** Tradução de Nazle Mendonça Collaço Veras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.
- PAAVONEN, J. Pelvic Inflammatory disease. From diagnosis to prevention. **Dermatol. Clin.**, v. 16, n. 4, p. 747–56, 1998.
- PAAVONEN, J.; EGGERT-KRUSE, W. *Chlamydia trachomatis*: Impact on human reproduction. **Hum. Reprod. Update**, v. 5, p. 433–447, 1999.
- PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Epidemiological alert, Neurological syndrome, congenital malformations, and Zika virus infections:** Implications for public health in the Americas. Washington, D. C.: Pan-American Health Organization, 2015.
- PAPPAS, P. G. *et al.* Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. **Clin. Infect. Dis.**, v. 48, n. 5, p. 503–35, 2009.
- PATEL, R. *et al.* 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. **Int. J. STD AIDS OnlineFirst**, v. 26, n. 11, p. 763–776, 2015.
- PATEL, R. *et al.* 2017 European guidelines for the management of genital herpes. **Int. J. STD AIDS**, v. 28, n. 14, p. 1366–1379, 2017.
- PATTON, D. L. Immunopathology and histopathology of experimental chlamydial salpingitis. **Rev. Infect. Dis.**, v. 7, p. 746–753, 1985.
- PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. **Nat. Rev. Dis. Primers**, v. 3, p. 17073, 12 out. 2017.
- PEIPERT, J. F. Clinical practice. Genital chlamydial infections. **N. Engl. J. Med.**, v. 349, n. 25, p. 2424–30, 2003.

- PENNA, G. O.; HAJJAR, L. A.; BRAZ, T. M. Gonorreia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 33, n. 5, p. 451-64, 2000.
- PENTON, J.; FRENCH, P. Primary syphilis of the urethral meatus complicated by urethral stricture. **Int. J. STD AIDS**, v. 22, n. 9, p. 527-528, 2011.
- PINTO-SANDER, N.; SONI, S. *Mycoplasma genitalium* infection. **BMJ**, v. 367, p. l5820, 2019.
- PUTKONEN, T. Does early treatment prevent dental changes in congenital syphilis? **Acta Derm. Venereol.**, v. 43, p. 240, 1963.
- RAWSTRON, S. A. *et al.* Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. **Sex. Transm. Dis.**, v. 28, n. 7, p. 412, 2001.
- RENAULT, C. A. *et al.* Time to clearance of *Chlamydia trachomatis* ribosomal RNA in women treated for chlamydial infection. **Sex Health**, v. 8, p. 69-73, 2011.
- ROMANOWSKI, B. *et al.* Serologic response to treatment of infectious syphilis. **Ann. Intern. Med.**, v. 114, p. 1005-1009, 1991.
- ROSADAS, C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. esp.1, p. e2020605, 2021.
- ROSADAS, C.; TAYLOR, G. P. Mother-to-Child HTLV-1 Transmission: Unmet Research Needs. **Front. Microbiol.**, v. 10, p. 999, 2019.
- ROSS, J. *et al.* 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. **Int. J. STD AIDS**, v. 29, n. 2, p. 108-14, 2018.
- ROURS, G. I. *et al.* *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy associated with preterm delivery: a population-based prospective cohort study. **Eur. J. Epidemiol.**, v. 26, n. 6, p. 493-502, 2011.
- ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull. World Health Organ.**, v. 97, n. 8, p. 548-62, 2019.
- SANCHEZ CLEMENTE, N. *et al.* Zika virus infection in pregnancy and adverse fetal outcomes in São Paulo State, Brazil: a prospective cohort study. **Sci. Rep.**, v. 10, n. 1, p. 12673, 2020.
- SANTOS, J. G. C.; DIAS, J. M. G. Vacinação pública contra o papilomavirus humanas no Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 28, p. e-1958, 2018.
- SEÑA, A. C.; WHITE, B. L.; SPARLING, P. F. Novel *Treponema pallidum* serologic tests: a paradigm shift in syphilis screening for the 21st century. **Clin. Infect. Dis.**, v. 51, n. 6, p. 700-708, 2010.
- SHARP, T. M. *et al.* Dengue and Zika Virus Diagnostic Testing for Patients with a Clinically Compatible Illness and Risk for Infection with Both Viruses. **MMWR Recomm Rep.**, v. 68, n. 1, p. 1-10, 2019.
- SHENOY, E. S. *et al.* Evaluation and Management of Penicillin Allergy: A Review. **JAMA**, v. 2, n. 321, p. 188-199, 2019.
- SIMMS, I. *et al.* Risk factors associated with pelvic inflammatory disease. **Sex. Transm. Infect.**, v. 82, n. 6, p. 452-7, 2006.

- SMITH, S. B.; RAVEL, J. A microbiota vaginal, defesa do hospedeiro e fisiologia reprodutiva. **J. Physiol.**, v. 595, n. 2, p. 451–463, 2017.
- SOBEL, J. D. Genital candidiasis. **Medicine**, v. 42, n. 7, p. 364–368, 2014.
- SOBEL, J. D. Vulvovaginal candidosis. **Lancet**, v. 369, n. 9577, p. 1961–71, 2007.
- SOBEL, J. D. *et al.* Mixed Vaginitis – More Than Coinfection and With Therapeutic Implications. **Curr. Infect. Dis. Rep.**, v. 15, n. 2, p. 104–8, 2013.
- SPENCE, D.; MELVILLE, C. Vaginal discharge. **BMJ**, v. 335, n. 7630, p. 1147–51, 2007.
- SRINIVASAN, S.; FREDRICKS, D. N. The human vaginal bacterial biota and bacterial vaginosis. **Interdiscip. Perspect. Infect. Dis.**, v. 2008, p. 750479, 2008.
- STAMM, L. V. Global challenge of antibiotic-resistant *Treponema pallidum*. **Antimicrob. Agents Chemother.**, v. 54, p. 583–9, 2010.
- STAMM, W. E. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: HOLMES, K. K. *et al.* **Sexually Transmitted Diseases**. 3. ed. Nova Iorque: MacGraw–Hill, 1999.
- STAMOS, J. K.; ROWLEY, A. H. Timely diagnosis of congenital infections. **Pediatr. Clin. North Am.**, v. 41, n. 5, p. 1017, 1994.
- STEEDMAN, N. M.; MCMILLAN, A. Treatment of asymptomatic rectal *Chlamydia trachomatis*: is singledose azithromycin effective? **Int. J. STD AIDS**, v. 20, n. 1, p. 16–18, 2009.
- TAYLOR, S. N. Cervicitis of Unknown Etiology. **Curr. Infect. Dis. Rep.**, v. 16, n. 7, p. 409, 2014.
- TEZUKA, K. *et al.* HTLV-1 targets human placental trophoblasts in seropositive pregnant women. **J. Clin. Invest.**, v. 130, n. 11, p. 6171–86, 2020.
- TONG, M. L. *et al.* Factors associated with serological cure and the serofast state of HIV-negative patients with primary, secondary, latent, and tertiary syphilis. **PLoS One**, v. 8, n. 7, p. e70102, 2013.
- TRENT, M. *et al.* Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: findings from the PID evaluation and clinical health (PEACH Study). **Sex. Transm. Dis.**, v. 38, n. 9, p. 879–81, 2011.
- TSETSARKIN, K. A. *et al.* Zika virus tropism during early infection of the testicular interstitium and its role in viral pathogenesis in the testes. **PLoS Pathog.**, v. 16, n. 7, p. :e1008601, 2020.
- UNEMO, M. *et al.* Gonorrhoea. **Nat. Rev. Dis. Primers**, v. 5, n. 1, p. 79, nov. 2019.
- WI, T. E. *et al.* 498 Diagnosing sexually transmitted infections in resourceconstrained settings: challenges and ways forward. **J. Int. AIDS Soc.**, v. 22, supl. 500, p. e25343, 2019.
- WIESENFELD, H. C. Screening for *Chlamydia trachomatis* infections in women. **N. Engl. J. Med.**, v. 376, n. 8, p. 765–73, 2017.
- WIESENFELD, H. C. *et al.* Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. **Sex. Transm. Dis.**, v. 32, n. 7, p. 400–5, 2005.
- WOODS, C. R. Congenital syphilis–persisting pestilence. **Pediatr. Infect. Dis. J.**, v. 28, p. 536–537, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**. Geneva: WHO, 2016.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus**. Geneva: WHO, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Update on HPV vaccine introduction and programmatic perspectives**. SAGE Meeting. Geneva: WHO, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus**. Geneva: World Health Organization, 2020.
- XIMENES, R. A. A. *et al.* Zika virus infection in pregnancy: Establishing a case definition for clinical research on pregnant women with rash in an active transmission setting. **PLoS Negl. Trop. Dis.**, v. 13, n. 10, p. e0007763, 2019.
- YAMANO, Y. *et al.* HTLV-1-associated myelopathy (HAM). **Nihon Rinsho Jpn. J. Clin. Med.**, v. 73, supl. 7, p. 546-53, 2015.
- ZEYDI, A. E.; KHEZRI, H. D. Can Lidocaine be Safely Used to Reduce Pain Caused by Intramuscular Penicillin Injections? A Short Literature Review. **Oman Med. J.**, v. 27, n. 4, p. 337, 2012.
- ZHANG, R. L. *et al.* Molecular subtyping of *Treponema pallidum* and associated factors of serofast status in early syphilis patients: identified novel genotype and cytokine marker. **PLoS One**, v. 12, n. 4, p. e0175477, 2017.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. **Clique aqui**
e responda a pesquisa.

DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br