



Guia de Referência Rápida

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Doenças Sexualmente Transmissíveis

Versão PROFISSIONAIS

1° edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Gerente de DST/AIDS

Gustavo Albino Pinto Magalhães

Gerente de Hepatites Virais

Sérgio Luis Aquino

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino
Armando Henrique Norman
Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Elaboração Técnica

Cassia Kirsch Lanes
Fernanda Lazzari Freitas

Revisão Técnica

Michael Duncan

Colaboração

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

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

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

Índice

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

Introdução

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

Os pontos-chaves deste material são:

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

■ Cuidado centrado na pessoa

A abordagem das DST deve levar em conta as necessidades e as preferências das pessoas sob cuidado. Para isso, uma boa comunicação clínica é essencial e deve estar embasada em evidências. Isso permitirá que o paciente possa tomar decisões informadas sobre o seu manejo. Deve-se sempre estimular a comunicação com o parceiro sobre o diagnóstico. Se o paciente concordar, o parceiro deve ser envolvido nas decisões sobre cuidados e tratamentos. Deve-se respeitar sempre o sigilo do paciente para evitar o estigma que essas doenças infelizmente ainda possuem.

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

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

■ **Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis**

A Abordagem Sindrômica foi instituída, em 1991, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ela consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios¹. Os fluxogramas específicos para cada síndrome foram desenvolvidos a partir da queixa principal que motivou o paciente a buscar o atendimento, levando em conta o exame físico e os achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome². As DST genitais estão divididas em cinco síndromes: úlceras genitais, corrimentos uretrais ou síndrome uretral, corrimentos vaginais, dor pélvica e verrugas genitais. Este guia abordará em capítulo separado a sífilis, que é uma DST prevalente no Rio de Janeiro e cujo diagnóstico e tratamento vão além da abordagem sindrômica.

Úlceras Genitais

■ Pontos-chave

- O diagnóstico das úlceras genitais é baseado nos sinais e sintomas.
- Aciclovir, Famciclovir e Valaciclovir orais são efetivos no tratamento inicial e de episódios recorrentes de herpes genital, diminuindo a duração dos sintomas e a replicação viral³.
- Linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal (donovanose) devem ser tratados com doxiciclina 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo três semanas³.
- O tratamento do herpes genital deve ser iniciado o mais precocemente possível.
- No manejo de úlceras genitais extensas, além do uso de antibióticos, pode-se usar água fria ou soro fisiológico, analgésicos tópicos ou orais, banhos perineais, anti-inflamatórios tópicos ou orais, ou compressas frias para diminuir o edema circundante, inflamação e dor³.
- Úlceras com mais de quatro semanas de duração devem ser encaminhadas para biópsia e tratadas para sífilis e donovanose².
- A sorologia para sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV deve ser oferecida aos indivíduos com úlcera genital³.

■ Abordagem sindrômica

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

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

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



Figura 1. Herpes Simples Genital.

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



Figura 2. Herpes Simples Genital.

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



Figura 3. Cancro Duro.

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



Figura 4. Donovanose.

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

■ Tratamento

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

Etiologia	Tratamento
<p>HERPES GENITAL E HIV (imunossuprimidos podem ter episódios severos e prolongados de herpes genital)</p>	<p>INFECÇÃO EPISÓDICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 5 a 10 dias; ou • VALACICLOVIR 1g, VO, a cada 12h, por 5 a 10 dias; ou • FAMCICLOVIR 500mg, VO, a cada 12h, por 5 a 10 dias. <p>- Se lesões severas, considerar internar para aciclovir endovenoso.</p> <hr/> <p>Tratamento SUPRESSIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 12h, por 6 meses a 1 ano. - Após 1 ano, parar tratamento por, no mínimo, duas recorrências. - Se persistir com recorrência, reiniciar terapia supressiva.
<p>SÍFILIS PRIMÁRIA OU CÂNCRO DURO (para maiores detalhes sobre sífilis, ver páginas 32 a 39)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega) <p>Alérgicos à Penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA* 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 14 dias; ou • TETRACICLINA** 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 14 dias; ou • CEFTRIAXONA*** 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias; ou • AZITROMICINA**** 2g, VO, em dose única.
<p>CÂNCRO MOLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA 1g, VO, dose única; ou • CIPROFLOXACINO 500mg, VO, a cada 12h, por 3 dias (contraindicado para gestantes, nutrizes e menores de 18 anos); ou • ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias; ou • CEFTRIAXONA 250mg, IM, dose única.

Etiologia	Tratamento
GRANULOMA INGUINAL (Donovanose)	<p>O tratamento deve ser continuado até que as lesões estejam curadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas; ou • ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por no mínimo 3 semanas; ou • SULFAMETOXAXOL + TRIMETROPIMA 800/160mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas.
LINFOGRANULOMA VENÉREO (C.trachomatis)	<ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por no mínimo 3 semanas; ou • ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por no mínimo 3 semanas.

**Alternativa preferível em pacientes com sífilis primária ou secundária que sejam alérgicos à Penicilina.*

*** Alta incidência de efeitos adversos gastrointestinais e posologia menos conveniente se comparada à Doxiciclina.*

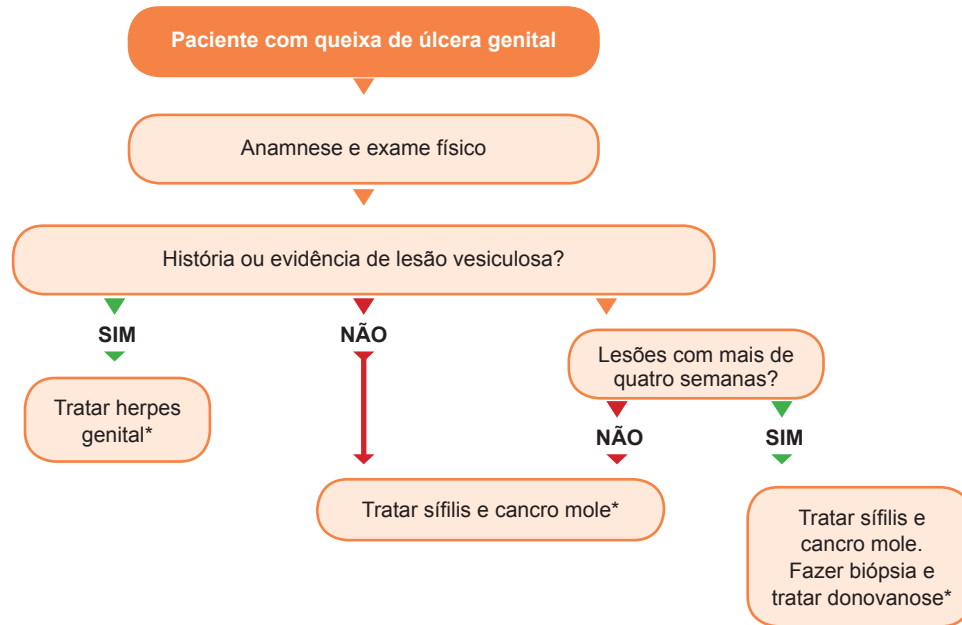
****Dose ótima e duração do tratamento ainda indefinidos.*

*****Algumas cepas do Treponema pallidum têm demonstrado resistência à Azitromicina; usar com cautela se a terapia com Doxiciclina ou Penicilina não for possível. Não deve ser usada em homem que tenha relação sexual com homem ou em gestante.*

■ Gestaçãolactação

Etiologia	Tratamento
Herpes Genital	Evitar tratar as recidivas. Tratar o primeiro episódio com: ACICLOVIR 400mg, VO, a cada 8h, por 7 a 10 dias.
SÍFILIS PRIMÁRIA (CANCRO DURO)	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única. • Gestantes comprovadamente alérgicas à Penicilina devem ser dessensibilizadas. Na impossibilidade, podem ser tratadas com Eritromicina 500mg VO, a cada 6 horas, durante 15 dias (sífilis com até 1 ano de evolução) ou 30 dias (sífilis tardia). Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória a investigação e o tratamento adequados da criança ainda na maternidade. A sífilis na gestação e a sífilis congênita são abordadas em maiores detalhes no Guia de Atenção ao Pré-Natal.

■ Fluxograma



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

*Tratamento vide tabela anterior.

Corrimento Uretral ou Síndrome Uretral

■ Pontos-chave

- Os microorganismos mais frequentemente envolvidos na etiologia da síndrome uretral ou uretrite são clamídia trachomatis e neisseria gonorrhoeae⁶.
- O tratamento da uretrite pode reduzir a transmissão do vírus da imunodeficiência humana⁶.
- A combinação de Azitromicina ou Doxiciclina mais Ciprofloxacino ou Ceftriaxona são recomendadas para o tratamento empírico da síndrome uretral².
- Em caso de síndrome uretral persistente ou recorrente considerar uretrite por trichomonas e realizar tratamento empírico com Metronidazol^{2, 6}.
- A sorologia para sífilis e HIV deve ser oferecida aos indivíduos com síndrome uretral³.
- Todos os casos de síndrome do corrimento uretral masculino devem ser notificados em formulário do SINAN.

■ Abordagem sindrômica

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

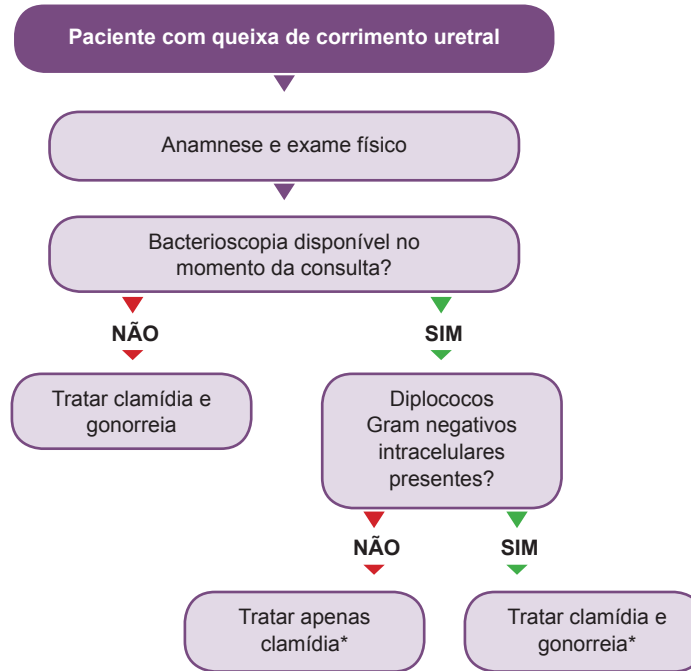
ATENÇÃO: Tratar gonorreia e clamídia, em virtude de não haver a possibilidade de descartar-se coinfeção por clamídia.

■ Tratamento

Etiologia	Tratamento
Síndrome do Corrimento Uretral	<p>Tratamento para Clamídia</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA 1g, VO, em dose única; ou • DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou • ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias. <p style="text-align: center;">+</p> <p>Tratamento para Gonorreia</p> <ul style="list-style-type: none"> • CEFTRIAXONA 250mg, IM, dose única; ou • CIPROFLOXACINO* 500mg, VO, dose única; ou • CEFIXIMA 400mg, VO, dose única; ou • OFLOXACINA* 400mg, VO, dose única.
Síndrome Uretral Persistente: <i>Mycoplasma</i> ou <i>Ureaplasma</i> e <i>Trichomonas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA 500mg, VO, 1 vez ao dia, por 5 dias; ou • DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; <p style="text-align: center;">+</p> <p>METRONIDAZOL 2g, VO, dose única.</p>

*As Quinolonas não são recomendadas para tratamento da gonorreia e condições associadas nos Estados Unidos e Europa pela resistência do *N.gonorrhoeae* a esta classe de antibióticos. Nos Estados Unidos, a resistência a Quinolonas foi maior no subgrupo de homens que fazem sexo com outros homens.*

■ Fluxograma



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

*Tratamento vide tabela anterior.

Corrimento Vaginal

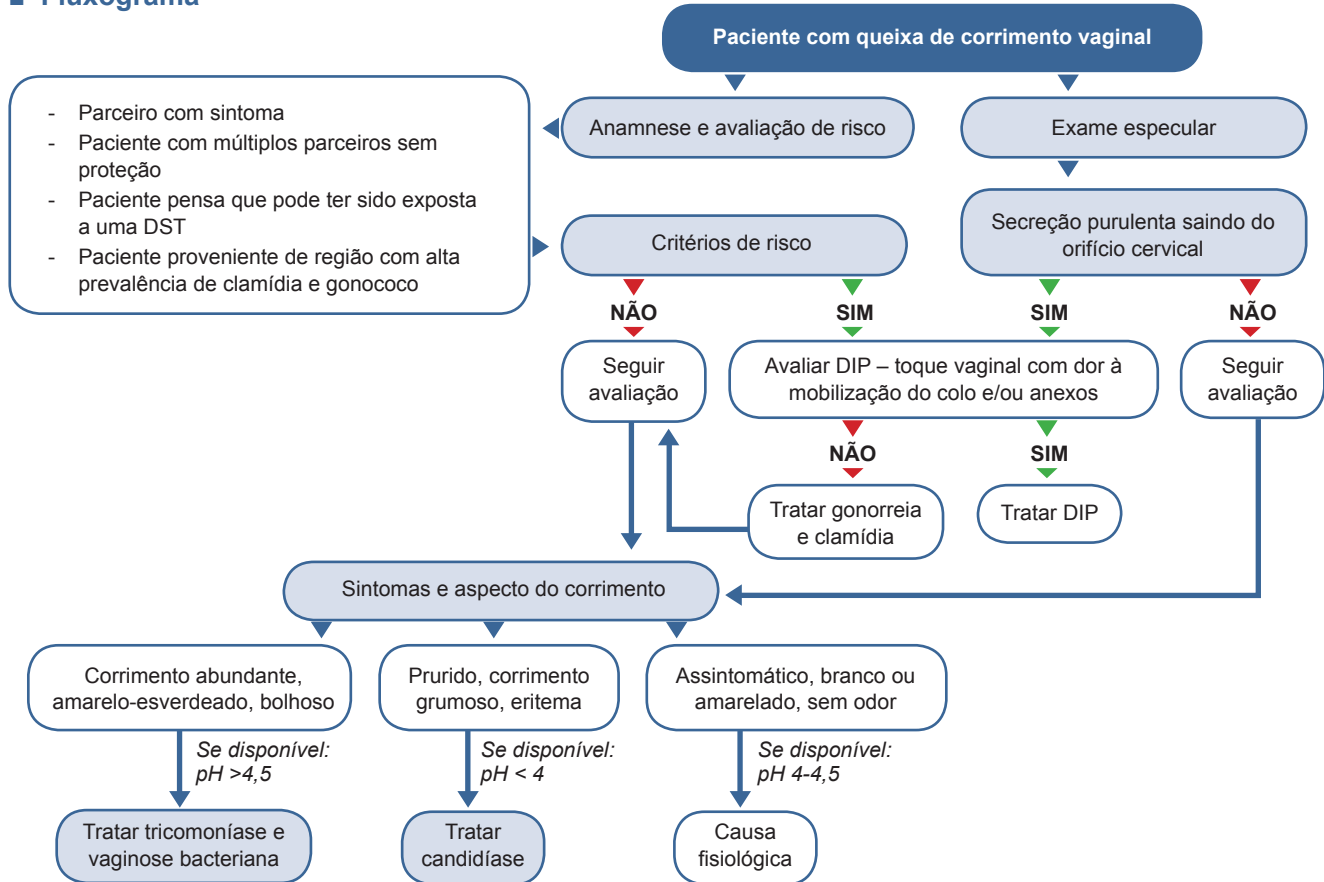
■ Pontos-chave

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

■ Testes diagnósticos auxiliares

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

Fluxograma



Gonorreia e Clamídia

■ Pontos-chave

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

■ Abordagem sindrômica

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

■ Tratamento

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

Agente	Tratamento	Observações	Menores de 18 anos, gestantes e nutrízes
Gonorreia	<p>Qualquer uma das opções, em dose única:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CEFTRIAXONA 250mg, IM; ou • CIPROFLOXACINO 500mg, VO; ou • OFLOXACINA 400mg, VO; ou • LEVOFLOXACINA 250mg, VO; ou • CEFIXIMA 400mg, VO; ou • ESPECTINOMICINA 2g, IM. 	<p>Gonorreia faríngea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CEFTRIAXONA 125-250mg, IM, dose única; ou • CEFIXIMA 400mg, VO, por 3 dias; ou • CIPROFLOXACINO 500mg, VO, dose única. 	<p>contraindicado QUINOLONAS (OFLOXACINA, LEVOFLOXACINA e CIPROFLOXACINO)</p>
Clamídia	<p>Qualquer uma das opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA 1g, VO, dose única; ou • DOXICILINA 100mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou • ERITROMICINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias. 	<p>2^{as} opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TETRACICLINA 500mg, VO, a cada 6h, por 7 dias; ou • OFLOXACINA 400mg, VO, a cada 12h, por 7 dias; ou • LEVOFLOXACINO 500mg, VO, 1 vez ao dia, por 7 dias. 	<ul style="list-style-type: none"> • AZITROMICINA • ERITROMICINA • AMOXICILINA 500mg, VO, a cada 8h, por 7 dias.

Tricomoníase e Vaginose Bacteriana

■ Pontos-chave

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

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

■ Abordagem sindrômica

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

■ Tratamento

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

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

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

Candidíase

■ Pontos-chave

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

■ Abordagem sintômica

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

■ Tratamento

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

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

Candidíase severa ou recorrente:

Tratamento:

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

Manutenção:

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

Imunossuprimidas:

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

Dor Pélvica

■ Pontos-chave

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

■ Abordagem sindrômica

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

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

■ Diagnóstico

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

Exames de imagem

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

■ Tratamento

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

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

Esquema 1	Esquema 2
CEFTRIAXONA 250mg, IM, dose única.	Outra cefalosporina de 3ª geração parenteral: CEFOTAXIMA, CEFTAZIDIMA OFLOXACINA 400mg, VO, a cada 12h, por 14 dias; ou CIPROFLOXACINO 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.
+	+
DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.	DOXICICLINA 100mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.
Opcional	Opcional
METRONIDAZOL 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.	METRONIDAZOL 500mg, VO, a cada 12h, por 14 dias.

Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)/Verruga Genital

■ Pontos-chave

- O diagnóstico por biópsia ou tipagem viral não é recomendado de rotina ou em lesões típicas⁸.
- Colposcopia, teste de Schiller, e outros métodos não devem ser usados para rastreamento de lesões subclínicas na população geral ou em pacientes com história de verruga genital⁸.
- A escolha do tratamento depende do número, tamanho e localização das lesões; existe pouca evidência de que um tratamento seja mais efetivo que outro⁸.
- No tratamento do condiloma durante a gravidez não se deve usar Podofilina ou Podofilotoxina pela possibilidade de teratogenicidade⁸.
- Deve ser oferecido seguimento para reavaliação 2 ou 3 meses depois do tratamento⁸.

■ Abordagem sindrômica

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



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



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



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

■ Diagnóstico

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

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

■ Tratamento

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

Tratamento	Forma de uso	
Nenhum tratamento	Um terço das verrugas visíveis desaparecem espontaneamente em 6 meses. Não tratar é uma opção para verrugas anogenitais de qualquer localização.	
Tratamento aplicado pelo médico	ÁCIDO TRICLOROACÉTICO (ATA) a 80-90% em solução alcoólica.	Aplicar pequena quantidade (ex., com cotonete, microbrush ou escova endocervical montada com algodão) somente nos condilomas e deixar secar. A lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente se necessário.

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

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

■ **Gestação**

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

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

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

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

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

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

Sífilis

■ Pontos-chave

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

■ Estágios

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

Estágio, curso e manifestações clínicas da sífilis

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

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

**Neurosífilis pode ocorrer em qualquer estágio da infecção.

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



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



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

■ Diagnóstico

Nos pacientes com suspeita clínica de sífilis deve-se realizar rastreamento com sorologia não treponêmica: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou RPR (Rapid Plasma Reagin). Esses testes tornam-se positivos após três semanas de início do cancro.

O VDRL sofre uma elevação ao longo do tempo; via de regra, a titulação está mais elevada na fase secundária da doença. Observa-se redução dos títulos a partir do primeiro ano de evolução da doença, mesmo sem tratamento. Havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos após algumas semanas. A negatificação geralmente ocorre entre 9 e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda vida; é o que se denomina de cicatriz sorológica.

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

Idealmente, todos os exames com resultados reagentes (VDRL ou RPR) deverão ser submetidos a testes confirmatórios, preferencialmente na mesma amostra. Pacientes com VDRL ou RPR positivos devem realizar teste treponêmico específico por meio de imunofluorescência com Fluorescent Treponemal Antibody Absorption (FTA-Abs). Esse teste é mais específico e, em geral, se torna reativo a partir do 15º dia da infecção; portanto, é útil para confirmação da infecção e exclusão dos resultados de VDRL falso-positivos. Um VDRL reagente com um teste treponêmico (FTA-Abs) não reagente representa um falso-positivo. Falsos-positivos podem ocorrer em várias situações: tuberculose, hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico, gestação e artrite reumatoide. Uma outra estratégia de rastreamento é iniciar com o FTA-Abs e se positivo solicitar VDRL para avaliar titulação. Essa estratégia é utilizada nas campanhas com teste rápido para rastreamento de sífilis.

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

Principais testes diagnósticos na sífilis

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

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

■ Tratamento

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

A tabela abaixo especifica o tratamento em cada estágio.

Tratamento da sífilis fora da gestação	
Estágio	Tratamento
Sífilis Primária ou Cancro Duro	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega). <p>Alérgicos à Penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA* 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 14 dias; ou • TETRACILINA** 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 14 dias; ou • CEFTRIAXONA*** 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias; ou • AZITROMICINA**** 2g, VO, em dose única.
Sífilis Secundária	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega). Repetir mesma dose após uma semana. <p>Alérgicos à Penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA * 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 14 dias; ou • TETRACILINA** 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 14 dias; ou • CEFTRIAXONA*** 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias; ou • AZITROMICINA**** 2g, VO, em dose única.

Tratamento da sífilis fora da gestação

Estágio	Tratamento
Latente precoce	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega). Repetir mesma dose após uma semana. <p>Alérgicos à Penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA* 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 14 dias; ou • TETRACILINA** 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 14 dias; ou • CEFTRIAXONA*** 1g, intravenoso ou intramuscular, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias; ou • AZITROMICINA**** 2g, VO, em dose única.
Latente tardia	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, semanalmente por 3 semanas. <p>Alérgicos à Penicilina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DOXICICLINA* 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 28 dias; ou • TETRACILINA** 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 28 dias.
Terciária	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA G BENZATINA, 2,4 milhões UI, IM, semanalmente por 3 semanas.
Neurosifilis	<ul style="list-style-type: none"> • PENICILINA CRISTALINA, 18 a 24 milhões de unidades diariamente administradas. 3 a 4 milhões de unidades, endovenosa, a cada 4h, por 10 a 14 dias; ou • PENICILINA PROCAÍNA, 2,4 milhões de unidades, intramuscular, 1 vez ao dia, por 10 a 14 dias + PROBENICIDA 500mg, VO, 4 vezes ao dia, por 10 a 14 dias.

Tratamento da sífilis fora da gestação

*Alternativa preferível em pacientes com sífilis primária ou secundária que sejam alérgicos à Penicilina.

**Alta incidência de efeitos adversos gastrointestinais e posologia menos conveniente se comparado à Doxiciclina.

***Dose ótima e duração do tratamento ainda indefinidos.

****Algumas cepas do *Treponema pallidum* têm demonstrado resistência à Azitromicina; usar com cautela se a terapia com Doxiciclina ou Penicilina não for possível. Não deve ser usada em homem que tenha relação sexual com homem ou em gestante.

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

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

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

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

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

■ **Gestação/lactação**

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

Referências Bibliográficas:

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

Tratamento da sífilis na gestação

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

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

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

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

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

A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:

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

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

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

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

www.rio.rj.gov.br/web/sms

