



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



**ORIENTAÇÕES
PARA O TRATAMENTO DE
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**



Organização Mundial de Saúde



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) - Biblioteca da OMS

Organização Mundial da Saúde.

Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.

1.Doenças sexualmente transmissíveis - diagnóstico 2.Doenças sexualmente transmissíveis - terapia
3.Antiinfeciosos - uso terapêutico 4.Diretrizes para a prática clínica I. Reunião consultiva para
melhorar o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (2001 : Genebra, Suíça)

ISBN 92 4 854626 9

(Classificação NLM:WC 142)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS - para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação y utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Impresso em...



ÍNDICE

VOCABULARIO EQUIVALENTE PARA OS PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA	vi
PREFÁCIO	vii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Historial	1
1.2. Justificação para recomendações de tratamento normalizadas	1
1.3. Tratamento de casos	2
1.4. Tratamento sintromico	2
1.5. Factores de risco de cervicite associada às IST	4
1.6. Selecção de medicamentos	5
2. TRATAMENTO DE SÍNDROMES ASSOCIADOS ÀS IST	6
2.1. Corrimento uretral	6
Corrimento uretral persistente ou recorrente	9
2.2. Úlceras genitais	11
Úlceras genitais e infecção por HIV	12
Bubão inguinal	16
2.3. Tumefacção do escroto	18
2.4. Corrimento vaginal	21
Infecção cervical	22
Infecção vaginal	23
2.5. Dores no baixo ventre	27
2.6. Conjuntivite neonatal	31
3. TRATAMENTO DE INFECÇÕES ESPECÍFICAS	33
3.1. Infecções gonocócicas	33
Infecção anogenital sem complicações	33
Infecção gonocócica disseminada	34
Oftalmia gonocócica	34
3.2. Infecções por chlamydia trachomatis (não linfogranuloma venéreo)	36
Infecção anogenital não complicada	36
Infecção por clamídias durante a gravidez	36
Conjuntivite neonatal devida a clamídias	37
Pneumonia dos lactentes	37



3.3. Linfogranuloma venéreo	38
3.4. Sífilis	38
Resumo da apresentação clínica	38
A sífilis e a infecção por HIV	40
A sífilis na gravidez	40
Sífilis congénita	41
Sífilis precoce	43
Sífilis latente tardia	43
Neurosífilis	44
Sífilis congénita	45
3.5. Cancróide	46
3.6. Granuloma inguinal (donovanose)	47
3.7. Infecções por herpes genital	48
Herpes na gravidez	48
Herpes e co-infecção por HIV	49
Terapia de supressão	49
3.8. Verrugas venéreas (genitais)	51
Verrugas vaginais	53
Verrugas cervicais	53
Verrugas do meato e da uretra	53
3.9. Infecções por trichomonas vaginalis	54
Tricomoníase na gravidez	54
3.10. Vaginose bacteriana	56
VB na gravidez	56
VB e procedimentos cirúrgicos	57
3.11. Candidíase	58
Candidíase vulvo-vaginal	58
Candidíase vulvo-vaginal na gravidez	58
Candidíase vulvo-vaginal e infecção por HIV	59
Balanopostite	59
3.12. Escabiose	60
3.13. Piolho pubiano	62
4. CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS SUBJACENTES AOS TRATAMENTOS	63
4.1. Escolha do regime antimicrobiano	63
Eficácia	63
Segurança	64
Custo	64
Adesão e aceitabilidade	65
Disponibilidade	65
Infecções coexistentes	65
Risco de reduzir a eficácia de medicamentos para outras indicações	66



4.2. Comentários sobre cada medicamento	66
Cefalosporinas	66
Macrolídeos	66
Sulfonamidas	68
Quinolonas	69
Tetraciclinas	70
4.3. Resistência antimicrobiana na <i>n. Gonorrhoeae</i>	70
4.4. Resistência antimicrobiana na <i>h. Ducreyi</i>	71
5. ASPECTOS PRÁTICOS DO TRATAMENTO DE CASOS DE IST	72
5.1. Pacote de saúde pública para prevenção e controlo das IST	72
5.2. Tratamento abrangente dos casos de IST	72
Identificação do síndrome	72
Tratamento antimicrobiano do síndrome	73
Educação do paciente	73
Fornecimento de preservativos	73
Aconselhamento	74
Notificação dos parceiros sexuais e seu tratamento	76
5.3. acesso aos serviços	78
6. CRIANÇAS, ADOLESCENTES E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	80
6.1. Avaliação das infecções sexualmente transmissíveis	81
Exame inicial	82
Exame 12 semanas após a manifestação	83
Tratamento por presunção	83
Susceptibilidade e apresentação clínica das IST em crianças e adolescentes	83
Infecções cervicais	84
Doença da úlcera genital	84
Verrugas anogenitais	85
Infecção vaginal	85
ANEXO 1. LISTA DE PARTICIPANTES, MAIO DE 1999	86
ANEXO 2. LISTA DE PARTICIPANTES, NOVEMBRO DE 2001	88

NOTA SOBRE A TERMINOLOGIA

A Organização Mundial de Saúde recomenda que o termo doença sexualmente transmissível (DST) seja substituído por infecção sexualmente transmissível (IST). O termo infecção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infecções assintomáticas. Além disso, o termo tem sido utilizado por uma vasta gama de sociedades e publicações científicas.

As infecções do tracto reprodutor abrangem três grupos principais de infecções, em especial nas mulheres e, por vezes, nos homens. Estes grupos são: infecções endógenas do tracto genital feminino (como a candidíase e a vaginose bacteriana), infecções iatrogénicas que podem derivar de práticas médicas, pessoais ou culturais não esterilizadas, e algumas IST clássicas. Como as infecções endógenas não são, primariamente, sexualmente transmissíveis, as acções clínicas e de saúde pública recomendadas para as IST podem não lhes ser aplicáveis. Face ao estado actual dos conhecimentos e da compreensão dessas infecções não-sexualmente transmissíveis, na saúde pública não se recomenda o tratamento dos parceiros como prática de rotina. A confiança e a educação dos pacientes são críticas, no que toca à natureza dessas infecções.



VOCABULARIO EQUIVALENTE PARA OS PAÍSES DE LINGUA PORTUGUESA

Portugal	Brazil
Cancróide	Cancro mole
Comichão	prurido, coceira
Despiste	rastreamento
Diagrama	fluxograma
Estirpe	cepa
Fiabilidade	confiabilidade
Fiável	confiável
Historial	histórico
Massaje	massagem
Normalizado	padronizado
Obediência	Adesão
Parentérico	parenteral
Patogenes	patógenos
Planeamento	planejamento
Recolha	coleta
SIDA	AIDS
Tumefacção	edema, inchaço
Utente	cliente, usuária



PREFÁCIO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) encontram-se entre as causas mais comuns de doença no mundo e têm, em muitos países, vastas consequências de natureza sanitária, social e económica.

O surgimento e difusão da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e do síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) tiveram um enorme impacto no tratamento e controlo das IST. Ao mesmo tempo, aumentou a resistência de vários patógenos sexualmente transmissíveis aos agentes antimicrobianos, o que veio agravar os problemas terapêuticos.

Em 1991, a OMS publicou recomendações para o tratamento abrangente dos pacientes com IST, no âmbito do contexto mais vasto dos programas de controlo, prevenção e cuidados para as IST e a infecção por HIV. A OMS convocou uma Reunião do Grupo Consultivo para o Tratamento de DST, em maio de 1999, a fim de revisar e actualizar as recomendações de tratamento, à luz das descobertas recentes (ver Anexo 1).

Em Novembro de 2001, a OMS convocou para Genebra uma reunião consultiva de peritos sobre o modo de melhorar o tratamento das IST (Anexo 2). A reunião enfocou os síndromes de úlceras genitais e o corrimento vaginal. Os primeiros, devido ao aumento registado do vírus simplex do herpes tipo 2 (HSV2) como principal causa das úlceras genitais nos países em desenvolvimento, e o último pela sua continuada complexidade e controvérsia, enquanto ponto de entrada para o tratamento das infecções do colo do útero por gonococos e clamídias. As recomendações da reunião consultiva resultaram na análise incluída nesta publicação, a qual abrange as duas áreas do tratamento sindrómico da doença da úlcera genital e do corrimento vaginal.



1. INTRODUÇÃO

1.1 LE HISTORIAL

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) continuam a ser um importante problema de saúde pública, com enorme significado em muitas partes do mundo. Crê-se que as IST agudas tenham uma elevada incidência em muitos países. A incapacidade de diagnosticar e tratar as IST numa fase inicial pode ter como resultado graves complicações e sequelas, incluindo a infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro anogenital e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactentes. Os gastos dos indivíduos e das nações no tratamento das IST podem ser substanciais.

O surgimento do HIV e da SIDA chamaram mais as atenções para o controlo das IST. Há uma forte correlação entre a difusão das IST convencionais e a transmissão do HIV, tendo-se descoberto que as IST, ulcerativas ou não ulcerativas, aumentam o risco da transmissão do HIV por via sexual.

O surgimento e difusão da infecção por HIV e da SIDA vieram também complicar o tratamento e controlo de outras IST. Por exemplo, por causa da imuno-supressão relacionada com o HIV, o tratamento do cancro tornou-se cada vez mais difícil em zonas com uma elevada prevalência da infecção por HIV.

A resistência antimicrobiana de vários patógenos sexualmente transmissíveis está a aumentar, tornando alguns tratamentos ineficazes. Novos agentes, como cefalosporinas e fluoroquinolonas de terceira geração, capazes de tratar infecções com cepas resistentes, estão disponíveis mas continuam a ser caros. Todavia, o seu alto custo inicial deve ser ponderado face aos custos de uma terapia inadequada, incluindo complicações, recaídas e transmissão posterior da infecção.

1.2 JUSTIFICAÇÃO PARA RECOMENDAÇÕES DE TRATAMENTOS NORMALIZADOS

O tratamento efectivo das IST é uma das pedras angulares do seu controlo, já que evita que se desenvolvam complicações e sequelas, reduz a difusão destas infecções na



comunidade e oferece uma oportunidade única para actividades educativas sobre a prevenção do HIV.

Assim, um adequado tratamento das IST, no primeiro contacto entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde, é uma importante medida de saúde pública. No caso de pacientes adolescentes¹, há a possibilidade de influenciar futuros comportamentos sexuais e práticas de procura de tratamento, numa fase crítica do desenvolvimento.

Recomenda-se insistentemente que os países elaborem e usem protocolos nacionais normalizados para o tratamento das IST. Isso pode ajudar a garantir que todos os pacientes recebam tratamento adequado em todos os níveis dos serviços de cuidados de saúde. Os protocolos podem também facilitar a formação e supervisão dos prestadores de cuidados de saúde e ajudar a reduzir o risco de resistência aos antimicrobianos. Finalmente, a existência de uma lista normalizada de agentes anti-microbianos pode facilitar a aquisição de medicamentos.

Espera-se que as recomendações contidas neste documento ajudem os países a preparar protocolos normalizados, adaptados aos padrões locais epidemiológicos e de sensibilidade antimicrobiana. Recomenda-se que as orientações nacionais para o efectivo tratamento das IST sejam elaboradas em estreita colaboração com os peritos locais em IST e saúde pública.

1.3 TRATAMENTO DOS CASOS

O tratamento de um caso de IST é o cuidado de qualquer pessoa com um síndrome relacionado com uma IST, ou com teste positivo a uma ou mais IST. As componentes do tratamento de um caso incluem: recolha do historial, exame clínico, diagnóstico correcto, tratamento precoce e efectivo, aconselhamento sobre comportamentos sexuais, promoção e/ou fornecimento de preservativos, notificação e tratamento do parceiro, notificação e seguimento clínico, conforme adequado. Assim, o tratamento efectivo de um caso não consiste só na terapia antimicrobiana para curar e reduzir a infectividade, mas também numa análise e tratamento global da saúde reprodutiva do paciente.

¹ A OMS definiu os adolescentes como pessoas no grupo etário dos 10–19 anos, sendo a juventude definida como o grupo etário dos 15–24 anos. Os “Jovens” englobam estes dois grupos sobrepostos, abrangendo a faixa entre 10–24 anos (*A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 [WHO/FHE/ADH/95.4]).



1.4 TRATAMENTO SINDRÓMICO

O diagnóstico etiológico das IST é, em muitas circunstâncias, problemático para os prestadores de cuidados de saúde. Impõe constrangimentos ao seu tempo e recursos, aumenta os custos e reduz o acesso ao tratamento. Além disso, a sensibilidade e especificidade dos testes existentes no mercado podem variar significativamente, afectando de modo negativo a fiabilidade dos testes laboratoriais para o diagnóstico das IST. Onde existirem instalações laboratoriais, elas devem ser confiadas a pessoal devidamente qualificado, com treinamento que lhes permita realizar procedimentos tecnicamente exigentes; deve ser obrigatória a criação de um controlo externo de qualidade.

Nos países em desenvolvimento, muitas unidades de cuidados de saúde têm falta do equipamento necessário e de pessoal com formação necessários para o diagnóstico etiológico das IST. Para ultrapassar este problema, concebeu-se uma abordagem com base nos síndromes para tratar os pacientes de IST, a qual foi desenvolvida e promovida em muitos países do mundo em desenvolvimento. A abordagem de tratamento sindrómico assenta na identificação de grupos consistentes de sintomas e de sinais (síndromes) facilmente reconhecidos, bem como na prestação de um tratamento que abordará a maioria, ou os mais perigosos, dos organismos responsáveis pelo aparecimento de um síndrome. A OMS preparou um instrumento simplificado (diagrama ou algoritmo) para orientar os profissionais da saúde na implementação de um tratamento sindrómico de IST.

O tratamento sindrómico provou ser válido e viável no corrimento uretral dos homens e nas úlceras genitais de homens e mulheres. Sendo barato, simples e de muito boa relação custo-efectividade, dele resultou o tratamento adequado de grande número de pessoas infectadas. Contudo, dados recentes mostraram que o vírus tipo 2 do herpes simplex (HSV2) está rapidamente a tornar-se a causa mais comum da úlcera genital (UG) nos países em desenvolvimento. Isso pode afectar negativamente o resultado do tratamento da UG, se não for devidamente insituída uma terapia antiviral.

O instrumento genérico simplificado da OMS inclui diagramas para mulheres com sintomas de corrimento vaginal e/ou dores no baixo ventre. Os diagramas para as dores abdominais são muito satisfatórios, mas os para corrimento vaginal têm limitações, sobretudo no tratamento das infecções cervicais (por gonococos ou clamídias). Em geral, mas especialmente em condições de baixa prevalência e entre as adolescentes, o corrimento vaginal é mais causado por uma vaginite endógena do que por uma IST. Não



tiveram sucesso as tentativas para melhorar a sensibilidade e especificidade do diagrama do corrimento vaginal para o diagnóstico da infecção cervical, introduzindo uma adequada avaliação dos riscos específicos da situação. Algumas das perguntas para avaliação dos riscos, baseadas em aspectos demográficos, como idade e estado civil, tendem a classificar demasiadas adolescentes como estando em risco de infecção cervical. Assim, é necessário identificar os principais factores de risco de IST para as adolescentes da população local e calcular depois a avaliação de risco em conformidade. Para o caso particular das adolescentes, pode ser preferível basear os factores de risco nos padrões de comportamento sexual.

A secção 2 dá mais pormenores e recomendações sobre o tratamento com abordagem sindrómica.

1.5 FACTORES DE RISCO PARA CERVICITE RELACIONADA COM IST

Os diagramas actualmente existentes para tratamento da infecção cervical, referidos na secção 1.4, estão longe de ser os ideais. Inicialmente, pensava-se que a detecção de corrimento vaginal era um sinal simultâneo de infecção vaginal e cervical. Contudo, embora tenha se tomado claro que o corrimento vaginal indica a presença de infecção vaginal, ele só em muito menor grau indica infecção cervical (por gonococos e/ou clamídias), em especial nas adolescentes.

Alguns sinais clínicos parecem estar mais frequentemente associados à presença da infecção cervical. Na literatura publicada, as observações clínicas consistentemente associadas à infecção cervical são a presença de mucopus cervical, erosões cervicais, friabilidade cervical e sangramento entre as menstruações ou durante o acto sexual.

Alguns factores de risco, demográficos e comportamentais, têm também sido frequentemente associados à infecção cervical. Entre os que, em certas circunstâncias, se descobriu serem indicativos de infecção cervical, contam-se: ter idade inferior a 21 anos (25 em certos locais); ser solteira; ter tido mais de um parceiro sexual nos três meses anteriores; ter tido um novo parceiro sexual nos três meses anteriores; ter na altura um parceiro com uma IST; uso recente de preservativo pelo parceiro. No entanto, tais factores de risco são normalmente específicos do grupo populacional onde foram identificados e validados, não sendo fácil a sua extrapolação para outros grupos ou outros locais. A maioria dos investigadores sugeriu ser importante a verificação de mais de um factor demográfico de risco demográfico para cada paciente em particular.



A adição destes sinais à avaliação de risco com base no diagrama de corrimento vaginal aumenta a especificidade deste e, portanto, o seu valor preditivo positivo; esse valor, no entanto, permanece reduzido especialmente quando se aplica o diagrama a populações com taxas de infecção relativamente baixas.

1.6 SELECÇÃO DE MEDICAMENTOS

A resistência antimicrobiana de muitos patógenos sexualmente transmissíveis vem aumentando em várias partes do mundo, tornando inefectivos certos esquemas de tratamento de baixo custo. Com frequência, a recomendação de usar medicamentos mais efectivos levanta preocupações quanto ao seu custo e possível utilização inadequada.

Uma política para medicamentos bivalente, que distribua medicamentos menos efectivos no nível periférico dos cuidados de saúde, deixando os mais efectivos (e geralmente mais caros) só para o nível de referência, pode resultar numa taxa inaceitável de tratamentos falhados, complicações e referências, afectando a confiança nos serviços de saúde. Não se recomenda esta abordagem. Os medicamentos usados no tratamento das IST em todas as unidades de saúde deverão ter uma eficácia mínima de 95%. Indicam-se a seguir os critérios para a selecção de medicamentos.

Critérios de selecção dos medicamentos para as IST

Os medicamentos seleccionados para tratar IST devem obedecer aos seguintes critérios:

- alta eficácia (pelo menos 95%)
- baixo custo
- toxicidade e tolerância aceitáveis
- resistência aos organismos improvável ou possível de ser retardada
- dose única
- administração oral
- sem contra-indicações para mulheres grávidas ou a amamentar

Os medicamentos adequados devem ser incluídos na lista nacional de medicamentos essenciais; ao escolhê-los, devem ter-se em conta as competências e a experiência dos profissionais da saúde.



2. TRATAMENTO DE SÍNDROMES ASSOCIADOS ÀS IST

Esta secção discute o tratamento dos síndromes clínicos mais frequentes causados por agentes sexualmente transmissíveis. Apresentam-se diagramas para o tratamento de cada síndrome.

Para todas estas condições, excepto a vaginite, o(s) parceiro(s) sexual/ais dos pacientes devem também ser examinados quanto a IST e prontamente tratados da(s) mesma(s) condição(ões) que o paciente inicial.

Um tratamento bem sucedido das IST exige que os membros da equipa de saúde respeitem os pacientes e não emitam juízos. O exame clínico deve ser feito em ambiente adequado, que garanta privacidade e sigilo. Ao lidar com adolescentes, o profissional deve ser tranquilizador, experiente e conhecedor das alterações anatómicas e fisiológicas associadas aos vários estádios de maturação, como a menarca nas meninas ou a ejaculação nocturna nos rapazes. Em certas situações, o profissional de saúde deve ter formação que lhe permita superar suas próprias sensibilidades e ser capaz de abordar as questões associadas à sexualidade e às IST de modo aberto e construtivo.

2.1 CORRIMENTO URETRAL

Os pacientes masculinos que se queixem de corrimento uretral e/ou disúria devem ser examinados para detectar provas do corrimento. Se não forem visíveis, a uretra deve ser suavemente massajada a partir da parte ventral do pénis, na direcção do meato.

Se houver microscopia disponível, o exame do esfregaço uretral pode mostrar um aumento no número de leucócitos polimorfonucleares e uma coloração de Gram pode detectar a presença de gonococos. Num paciente masculino, mais de 5 leucócitos polimorfonucleares por campo (x 1000) são indicativos de uretrite.

Os principais patógenos causadores do corrimento uretral são *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) e *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). Na abordagem sindrómica, o tratamento de um paciente com corrimento uretral deve contemplar adequadamente



estes dois agentes. Onde haja instalações laboratoriais fiáveis, pode-se distinguir entre os dois organismos e fazer o tratamento específico.

Tratamento sindrómico recomendado para o corrimento uretral

- terapia para a gonorreia sem complicações (para pormenores, ver secção 3.1)

MAIS

- terapia para clamídias (para pormenores, ver secção 3.2).

Nota

- Deve-se recomendar aos pacientes para voltarem à consulta, caso os sintomas persistam após 7 dias do início da terapia.

SINOPSE

Corrimento uretral

Para pormenores, ver secções 3.1 e 3.2

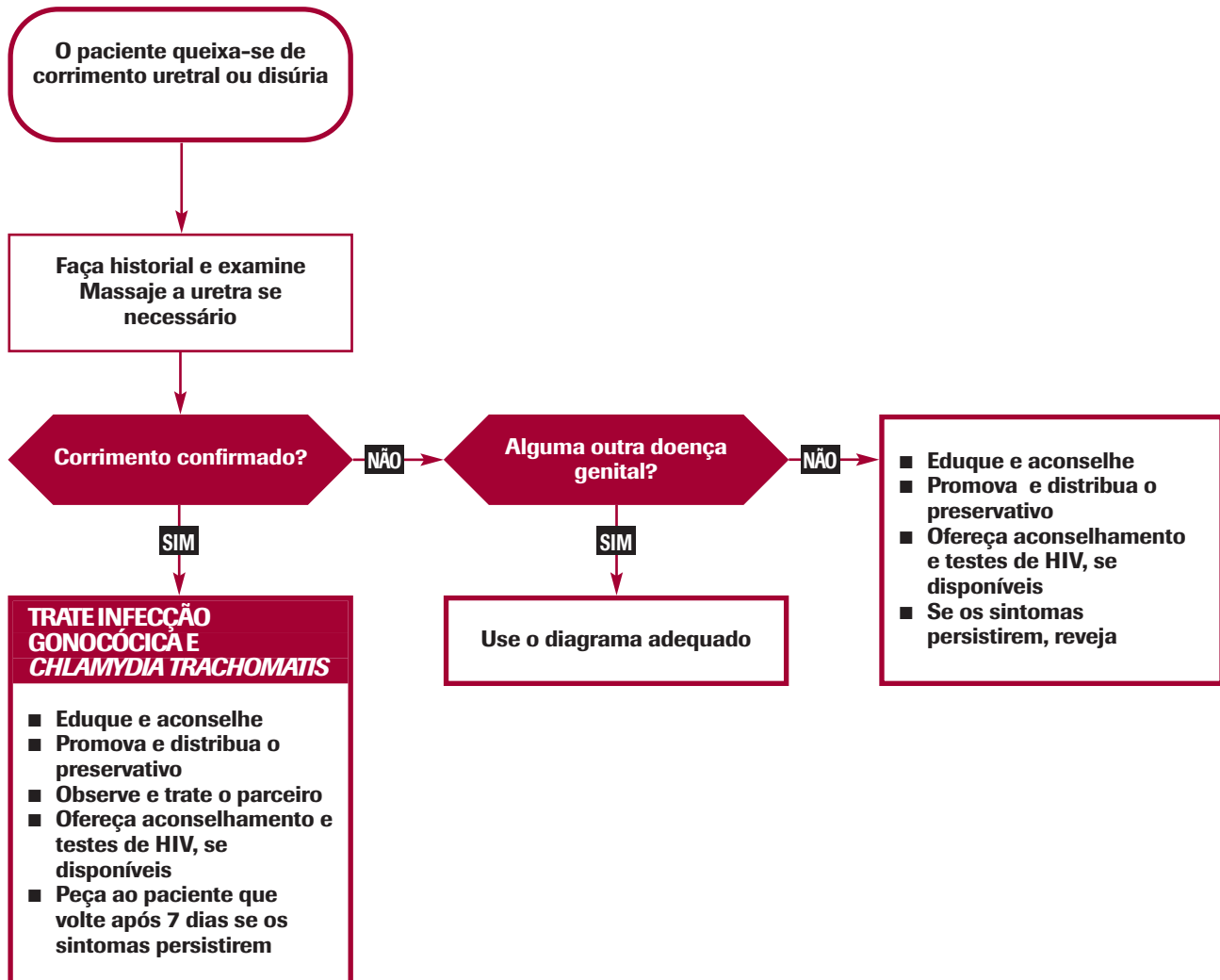
Opções de tratamento para a gonorreia	Opções de tratamento para clamídias
Ciprofloxacina	Doxiciclina
Ceftriaxona	Azitromicina
Cefixima	
Espectinomicina	
Alternativas	Alternativas
	Amoxicillina
	Eritromicina
	(se a Tetraciclina for contra-indicada)
	Ofloxacina
	Tetraciclina

Nota

- A OMS recomenda que, quando possível, se use uma terapia de dose única.



FIGURA 1. CORRIMENTO URETRAL





CORRIMENTO URETRAL PERSISTENTE OU RECORRENTE

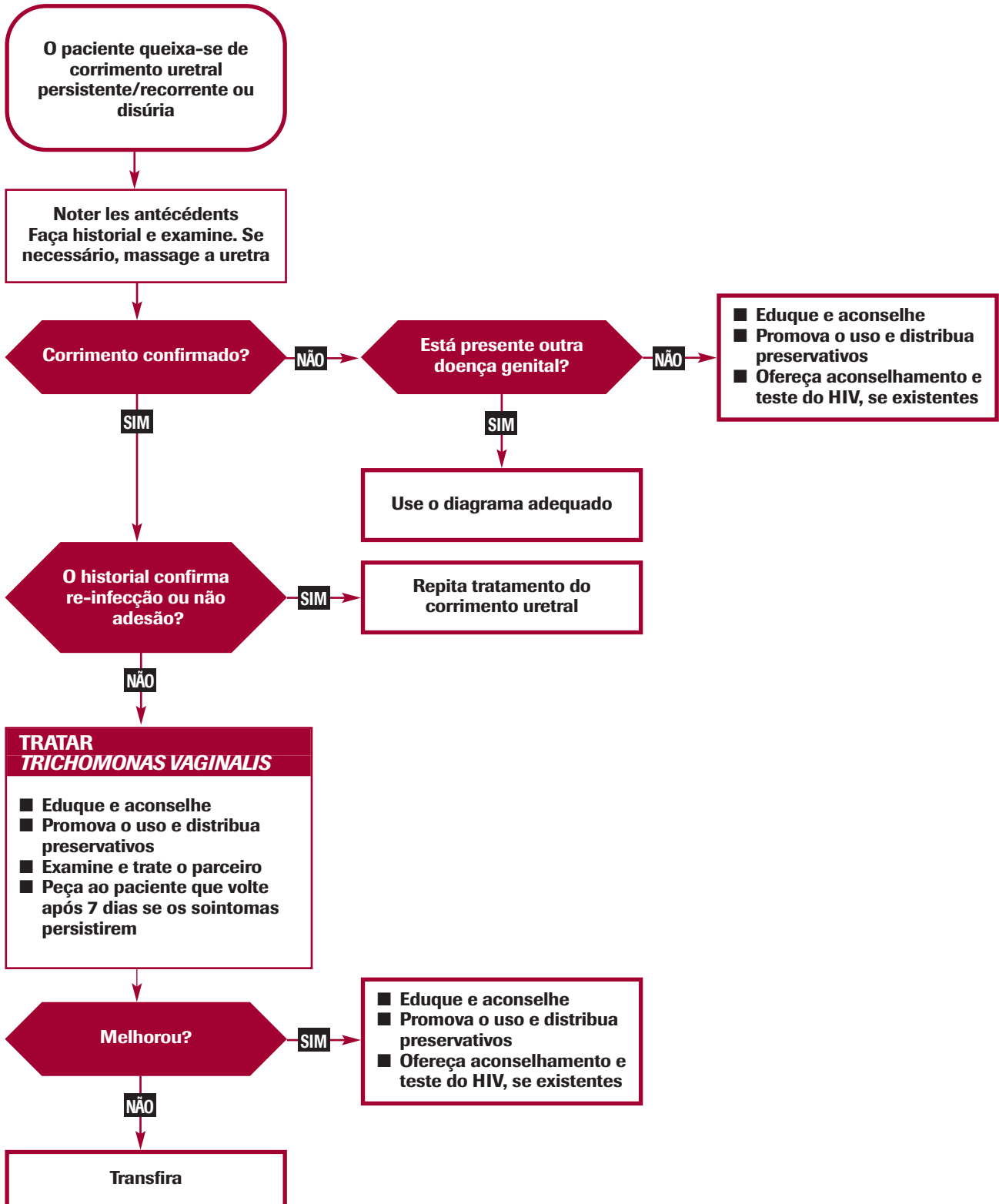
A persistência ou recorrência dos sintomas de uretrite podem resultar de resistência aos medicamentos, baixa adesão do paciente ou re-infecção. Em certos casos pode ocorrer uma infecção por *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*).

Há dados recentes que sugerem uma alta prevalência de *T. vaginalis* em homens com corrimento uretral, em certas zonas geográficas. Onde os sintomas persistirem ou forem recorrentes após tratamento adequado da gonorreia e clamídias no paciente original e no(s) seu(s) parceiro(s), o paciente deve ser tratado para *T. vaginalis*, se os padrões epidemiológicos locais assim o indicarem. Se os sintomas ainda persistirem no seguimento, o paciente deve ser referido. Para pormenores, ver secção 3.9.



FIGURA 2. CORRIMENTO URETRAL PERSISTENTE/RECORRENTE NOS HOMENS

10 TRATAMENTO DE SÍNDROMES ASSOCIADOS ÀS IST



N.B. Este diagrama pressupõe que o paciente fez uma terapia efectiva da Gonorreia e Clamídias antes desta consulta



2.2 ÚLCERAS GENITAIS

A prevalência relativa dos organismos causadores de úlceras genitais varia consideravelmente nas diversas partes do mundo e pode alterar-se dramaticamente com o passar do tempo. O diagnóstico clínico diferencial das úlceras genitais é inexato, sobretudo em circunstâncias onde ocorram diversas etiologias. As manifestações clínicas e padrões das úlceras genitais podem sofrer ainda mais alterações na presença de uma infecção por HIV.

Confirmada por exame a presença de ulceração genital, deve fazer-se um tratamento adequado às etiologias e padrões de sensibilidade antimicrobiana locais. Por exemplo, nas zonas onde tanto a sífilis como o cancroide sejam prevalentes, os pacientes com úlceras genitais devem ser tratados para estas duas condições no momento da sua apresentação inicial, para garantir uma terapia adequada no caso de se perder o seguimento. Nas zonas onde prevaleçam tanto o granuloma inguinal como o linfogranuloma venéreo (LGV), deve-se incluir o tratamento de ambos, pela mesma razão.

Relatórios recentes de partes da África, Ásia e América Latina indicam que as úlceras genitais são, com mais frequência, resultantes de infecções por HSV2. Isso traz implicações para a eficácia do tratamento sindrómico das úlceras genitais, se não for considerado o tratamento antiviral específico do HSV2. Em zonas com elevada prevalência de HIV/SIDA, a apresentação clínica dessas úlceras de HSV2 é diferente das descrições clássicas.

O diagrama para as úlceras genitais apresentado nesta secção propõe o tratamento específico do HSV2, onde indicado.

O diagnóstico diferenciado com apoio laboratorial também raramente é útil na visita inicial, porque as infecções mistas são comuns. Nas zonas com alta prevalência da sífilis, um teste serológico reactivo pode ser um mero reflexo de infecção anterior, dando uma imagem errónea da condição actual do paciente; e um teste negativo não exclui necessariamente uma úlcera de sífilis primária, já que a seroactividade pode levar 2 a 3 semanas a manifestar-se.



ÚLCERAS GENITAIS E INFECÇÃO POR HIV

Têm surgido na literatura vários relatórios episódicos, sugerindo que a história natural da sífilis pode ser alterada na sequência de uma infecção concomitante por HIV. Certos relatórios referiram apresentações atípicas de lesões de sífilis, tanto primárias como secundárias. Alguns apontam um aumento nas taxas de insucesso do tratamento entre os pacientes com sífilis inicial, tratados com terapias de penicilina em dose única.

No cancróide, foram referidas lesões atípicas em indivíduos infectados com HIV. As lesões tendem a ser mais extensas, podendo formar-se lesões múltiplas, por vezes acompanhadas de manifestações sistêmicas, como febre e arrepios. Alguns médicos relataram lesões rapidamente agressivas. Isso enfatiza a necessidade de tratamento precoce, sobretudo nos indivíduos infectados com HIV.

Há dados que sugerem que a infecção por HIV pode aumentar a taxa de falha do tratamento de cancróide, especialmente quando são dadas terapias de dose única. É necessária mais investigação que confirme estas observações.

Nos indivíduos com imunossupressão, as lesões de herpes simplex podem apresentar-se como úlceras múltiplas persistentes a exigir atenção médica, ao contrário das vesículas e úlceras autolimitadas que ocorrem nos indivíduos imunocompetentes. Assim, nesses casos tem especial importância o tratamento antiviral, a ser administrado terapêutica ou profilacticamente para dar conforto aos pacientes. Estes devem também receber educação adequada, explicando-se a natureza e o propósito do tratamento e para evitar falsas expectativas de cura.

Tratamento sindrómico recomendado para as úlceras genitais

- terapia da sífilis (ver pormenores na secção 3.4)

MAIS: QUALQUER

- terapia do cancróide onde ele for prevalente (ver pormenores na secção 3.5)

OU

- terapia do granuloma inguinal onde ele for prevalente (ver pormenores na secção 3.6)

OU

- terapia do LGV onde ele for prevalente (ver pormenores na secção 3.3)

OU

- terapia da infecção por HSV2 onde indicado (ver pormenores na secção 3.7)

**SINOPSE****Doença da úlcera genital**

Ver pormenores nas secções 3.3–3.7

Opções de medicamentos para

a sífilis	o cancroíde	o Granuloma Inguinale	o LGV	o herpes genital
Benzatina	Ciprofloxacina	Azitromicina	Doxiciclina	Aciclovir
benzilpenicilina	Eritromicina	Doxiciclina	Eritromicina	valaciclovir
	Azitromicina			famciclovir

Alternativas

Procaína	Ceftriaxone	Eritromicina	Tetraciclina
benzilpenicilina		Tetraciclina	
		Trimetoprim/sulfametoxazol	

Alergia à penicilina e não-grávidas

Doxiciclina
Tetraciclina

Nota

- A decisão de tratar o cancroíde, granuloma inguinal ou LGV depende da epidemiologia local das infeções.
- Recomenda-se o tratamento específico do herpes genital, porque traz benefícios clínicos à maioria dos pacientes sintomáticos. Fazem parte integrante do tratamento do herpes genital a educação sanitária e o aconselhamento sobre a natureza recorrente das lesões do herpes genital, a sua história natural, transmissão sexual, provável transmissão perinatal da infeção e métodos existentes para reduzir a transmissão (ver secção 3.7).

**Tratamento da Doença da Úlcera Genital**

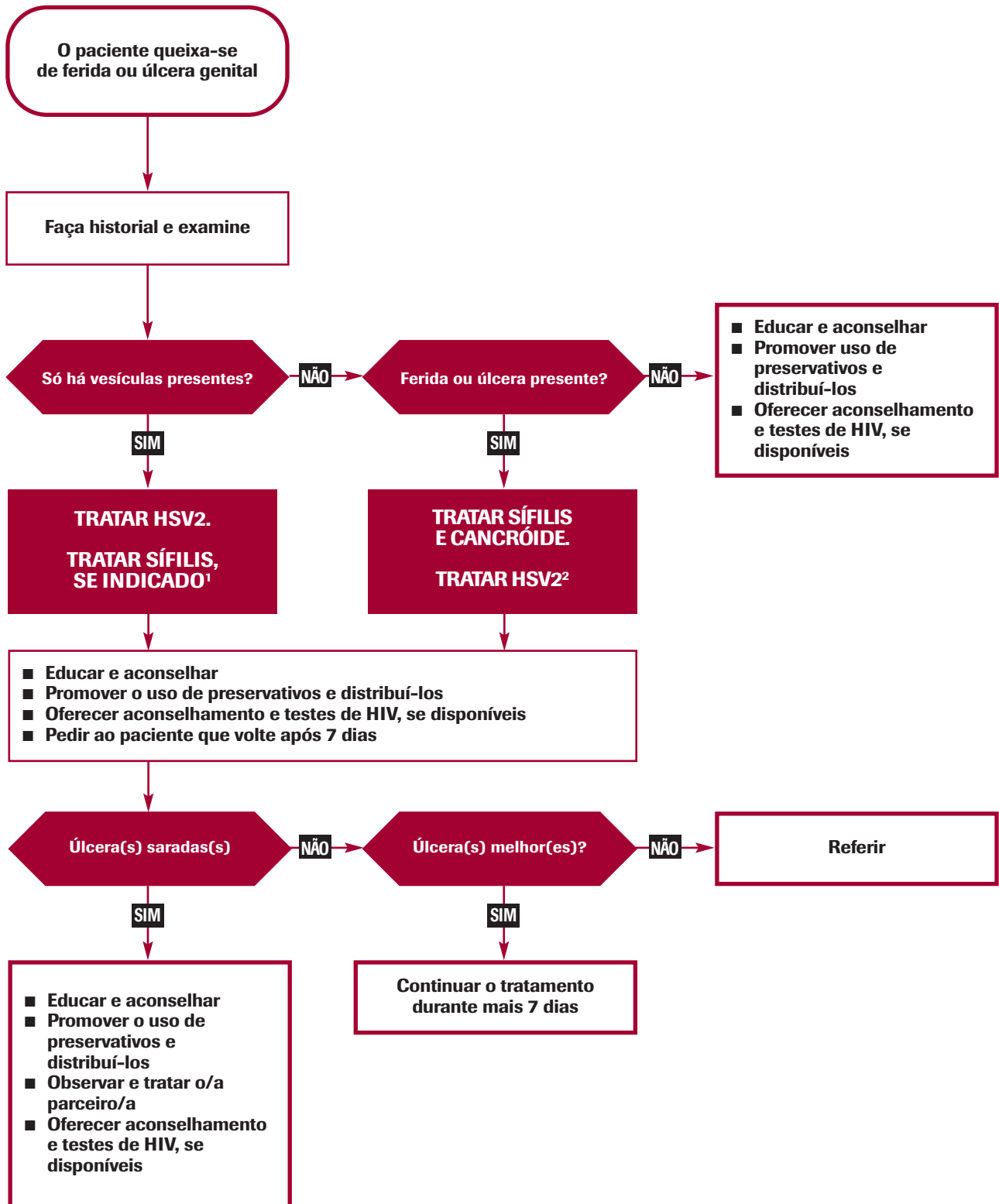
- Tratar a sífilis e, dependendo da epidemiologia local, e também o cancróide, o granuloma inguinal ou o linfogranuloma venéreo
- Aspirar qualquer glândula flutuante (deve-se evitar a incisão cirúrgica)
- Educar e aconselhar sobre a redução dos riscos
- Oferecer teste serológico da sífilis e do HIV, caso haja instalações adequadas e possibilidades de aconselhamento
- Revisão, caso a lesão não esteja plenamente curada após 7 dias
- Promover e distribuir preservativos

Tratamento do Herpes Simplex

- Conselhos sobre o tratamento básico da lesão (conservar limpa e seca)
- Administrar ou prescrever tratamento antiviral específico do herpes, de acordo com a política local
- Educar e aconselhar sobre adesão ao tratamento, redução dos riscos e história natural da infecção por HSV2
- Oferecer teste serológico da sífilis e do HIV, caso haja instalações adequadas e possibilidades de aconselhamento
- Promover e distribuir preservativos
- Aconselhar o regresso após 7 dias se a lesão não estiver plenamente curada, ou mais cedo se ocorrer deterioração clínica; nesse caso, tratar outras causas da úlcera genital, seguindo as orientações



FIGURA 3. DOENÇA DA ÚLCERA GENITAL



¹ Indicações para tratamento da sífilis: RPR positivo; e - Não haver tratamento recente da sífilis.

² Trate HSV2 se a prevalência for de 30% ou mais, ou adapte às condições locais.



BUBÃO INGUINAL

Os bubões inguinais e femurais são alargamentos dolorosos localizados nos linfonodos da zona da virilha, que podem ser flutuantes. Vêm frequentemente associados a LGV e cancróide. Em muitos casos de cancróide, é visível uma úlcera genital associada. Infecções locais e sistémicas não sexualmente transmissíveis (por ex., infecções dos membros inferiores ou linfadenopatia tuberculosa) podem também causar a tumefacção dos linfonodos inguinais. Também conhecidos como Granuloma Inguinal.

Tratamento sintromico recomendado

- ciprofloxacina, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 3 dias

E

- doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 14 dias

OU

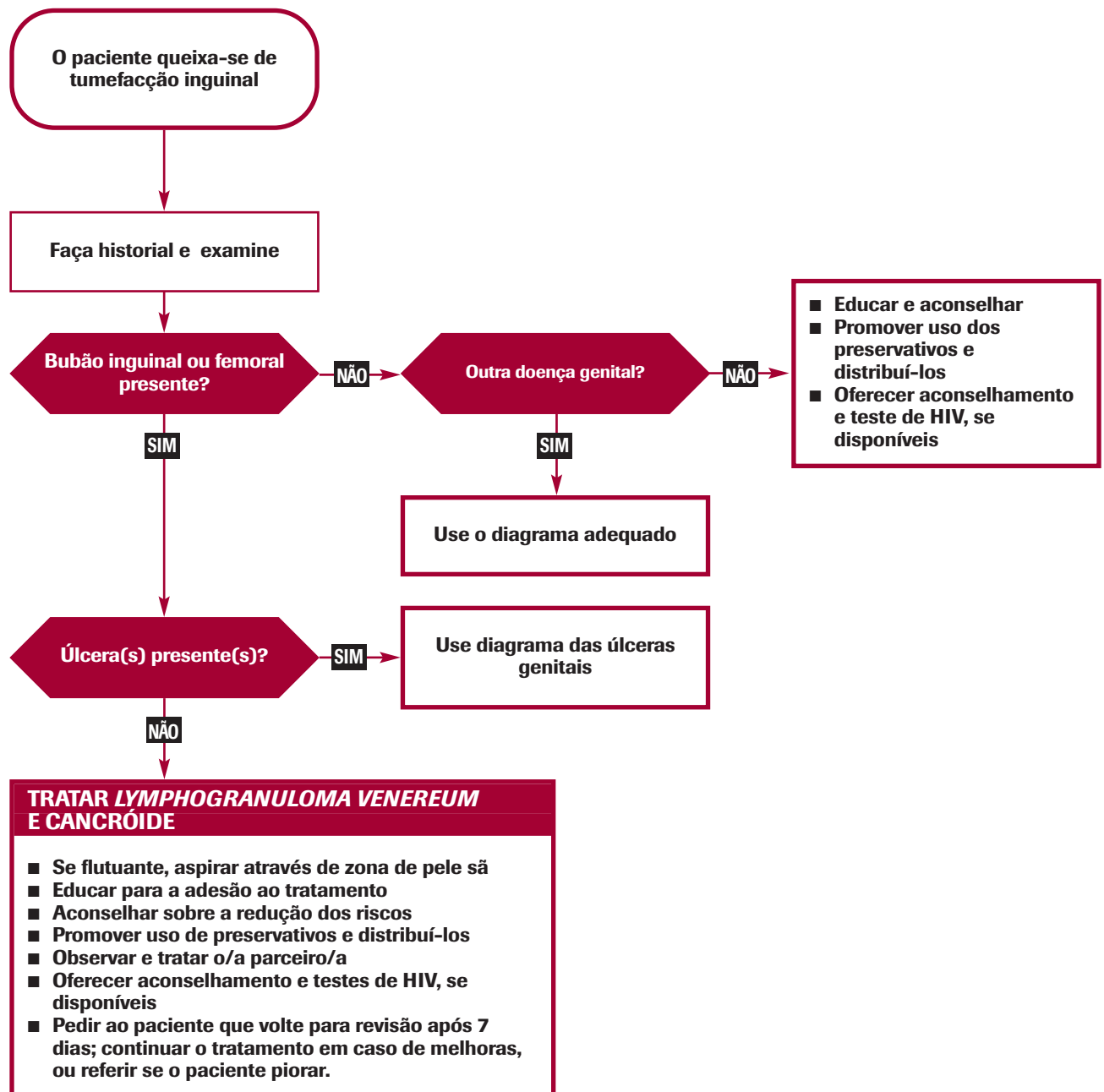
- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias .

Nota

- Alguns casos podem exigir um tratamento prolongado além dos 14 dias recomendados acima. Os linfonodos flutuantes devem ser aspirados através de uma zona de pele saudável. A incisão e drenagem ou excisão dos nodos pode atrasar a cura, não devendo ser tentadas. Em caso de dúvida e/ou falha de tratamento, é aconselhável referir para um diagnóstico por biópsia.



FIGURA 4. BUBÃO INGUINAL





2.3 TUMEFACÇÃO DO ESCROTO

A inflamação do epidídimo (epididimite) manifesta-se normalmente pelo aparecimento agudo de dor e tumefacção testicular unilateral, muitas vezes com sensibilidade do epididímio e do canal deferente e, ocasionalmente, com eritema e edema da pele que o cobre. Nos homens com idade inferior a 35 anos, deve-se mais frequentemente a organismos sexualmente transmissíveis do que nos homens com idade acima dos 35 anos. Quando a epididimite vem acompanhada de corrimento uretral, deve-se pressupor que tenha sido originada por transmissão sexual, geralmente de natureza gonocócica ou clamídica. Por vezes, o testículo adjacente também está inflamado (orquite), originando uma epididimo-orquite.

Em homens mais idosos, quando provavelmente não existiu o risco de uma infecção sexualmente transmissível, podem ser responsáveis outras infecções gerais, por ex., *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp. ou *Pseudomonas aeruginosa*. Uma orquite tuberculosa, geralmente acompanhada por uma epididimite, é sempre uma manifestação secundária de lesões situadas noutra local, sobretudo nos pulmões ou nos ossos. Na brucelose, geralmente devida à *Brucella melitensis* ou *Brucella abortus*, uma orquite é, por norma, clinicamente mais evidente que uma epididimite.

Nas crianças pré-púberes, a etiologia usual é coliforme, infecção por *pseudomonas* ou vírus da parotidite. A epididimo-orquite da parotidite nota-se usualmente uma semana após o aumento da parótida.

É importante considerar outras causas não-infecciosas da tumefacção escrotal, como traumatismo, torsão testicular e tumor. A torsão testicular, da qual se deve suspeitar quando a dor escrotal se inicia subitamente, é uma emergência cirúrgica que necessita referência urgente.

Se não for tratada efectivamente, a epididimite relacionada com as IST pode resultar em infertilidade.

Tratamento sindrómico recomendado

- Terapia da gonorreia sem complicações (ver pormenores na secção 3.1)

MAIS

- Terapia das clamídias (ver pormenores na secção 3.2)

**SINOPSE****Tumefacção do escroto**

Ver pormenores nas seções 3.1 e 3.2

Opções de medicamentos**para a Gonorreia**

Ciprofloxacina

Ceftriaxona

Espectinomicina

Cefixime

Opções de medicamentos**para as Clamídias**

Doxiciclina

Azitromicina

Alternativas

Amoxicilina

Ofloxacina

Eritromicina (se a Tetraciclina for contra-indicada)

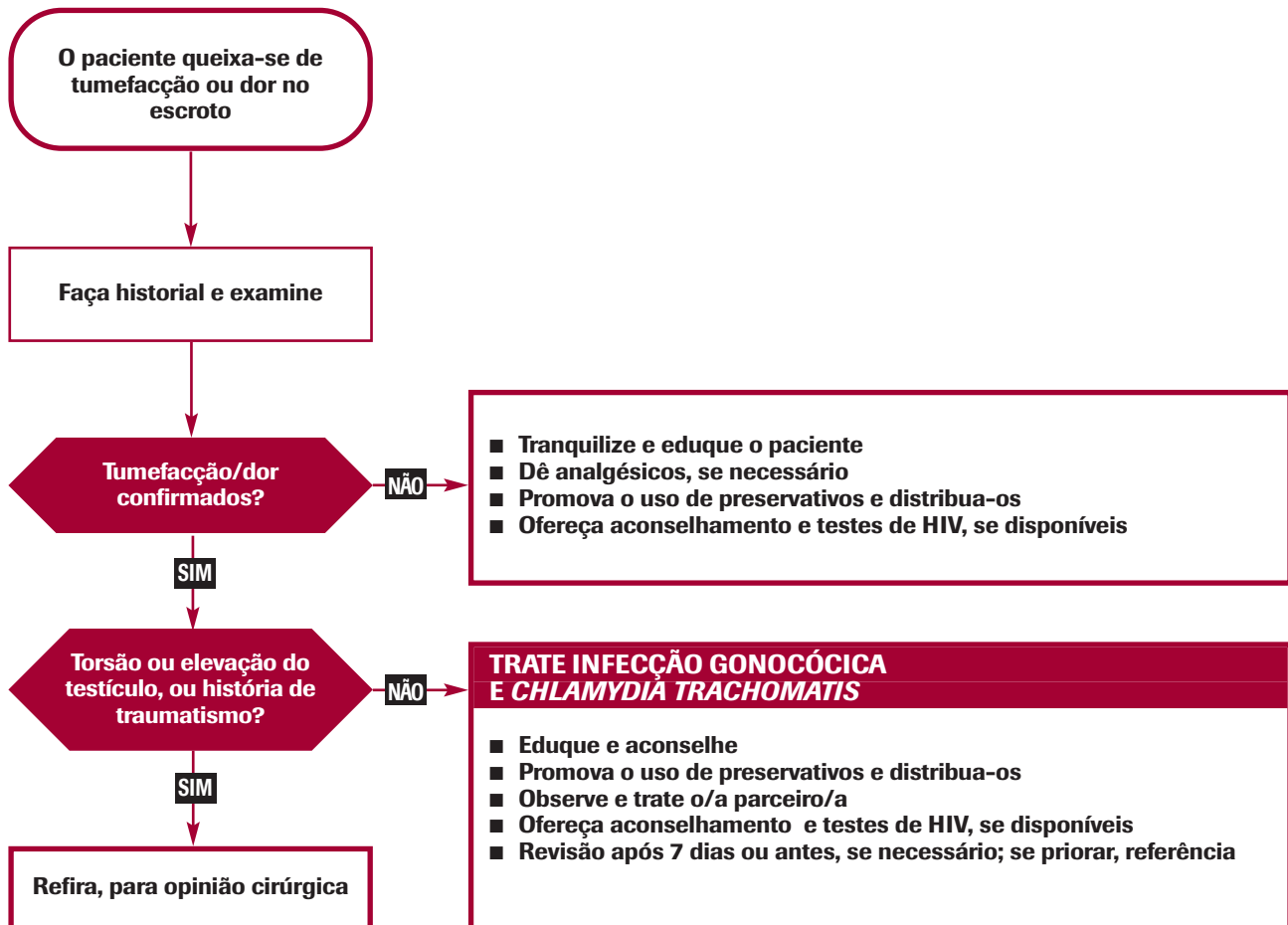
Tetraciclina

Complementos à terapia

Repouso no leito e proteção do escroto até a inflamação local e a febre cederem.



FIGURA 5. TUMEFACÇÃO DO ESCROTO





2.4 CORRIMENTO VAGINAL

Uma queixa espontânea de corrimento vaginal anormal (em termos de quantidade, cor ou odor) é, com muita frequência, resultante de infecção vaginal. Em casos raros, pode dever-se a uma cervicite mucopurulenta relacionada com IST. A *T. vaginalis*, a *C. albicans* e a vaginose bacteriana (VB) são as causas mais frequentes de infecção vaginal. A *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis* provocam infecção cervical. A detecção clínica da infecção cervical é difícil, porque a grande maioria das mulheres permanecem assintomáticas com uma infecção cervical por gonococos ou clamídias. O sintoma de corrimento vaginal anormal é altamente indicativo de infecção vaginal, mas não funciona bem na predição da infecção cervical. Assim, todas as mulheres que se apresentem com corrimento vaginal devem receber tratamento para a tricomoníase e a vaginose bacteriana.

Entre as mulheres que apresentem corrimento, pode-se tentar identificar as que tenham maior probabilidade de infecção por *N. gonorrhoeae* e/ou *C. trachomatis*. Assim, para identificar as mulheres em maior risco de infecção cervical, pode ser útil uma avaliação das suas condições de risco, em especial quando os factores de risco estão adaptados à situação local. Como a microscopia exige formação especial, demora tempo e traz um contributo relativamente reduzido face ao tempo e aos recursos que consome, em geral ela não é recomendada a nível dos cuidados primários de saúde. Contudo, onde se possa proceder eficientemente a uma coloração de Gram, como nas clínicas de referência, poder-se-á tentar a identificação de diplococos intracelulares Gram-negativos e/ou *T. vaginalis*.

O conhecimento da prevalência local de gonococos e/ou clamídias nas mulheres que apresentam corrimento vaginal é importante para a tomada de decisões quanto ao tratamento da infecção cervical. Quanto maior for a prevalência, maior a justificação para o tratamento. As mulheres com uma avaliação positiva de risco têm maior probabilidade de infecção cervical do que as que têm uma avaliação negativa. Às mulheres com corrimento vaginal e uma avaliação positiva de risco deve, por isso, ser proporcionado tratamento para a cervicite devida a gonococos ou clamídias.

Se os recursos o permitirem, deve-se considerar o uso de testes laboratoriais para rastrear as mulheres com corrimento vaginal. Esse rastreamento deve ser orientado para todas as mulheres com corrimento ou, de modo selectivo, para as que apresentem corrimento e avaliação positiva de risco.



Em alguns países, os diagramas de tratamento sindrómico têm sido usados como instrumento de rastreamento para detectar infeções cervicais em mulheres que não se apresentam com queixas do foro genital (por ex., em circunstâncias de planeamento familiar). Embora isso possa contribuir para a detecção de algumas mulheres com infeções cervicais, é provável que ocorram muitos diagnósticos em excesso.

INFECÇÃO CERVICAL

Tratamento sindrómico recomendado

- terapia da gonorreia sem complicações (ver pormenores na secção 3.1)

MAIS

- terapia das clamídias (ver pormenores na secção 3.2)

SINOPSE

Infecção cervical

Ver pormenores nas secções 3.1 e 3.2

Opções de medicamentos para a gonorreia

Ciprofloxacina
Ceftriaxona
Cefixima
Espectinomicina

Opções de medicamentos para as clamídias

Doxiciclina
Azitromicina

Alternativas

Amoxicilina
Ofloxacina
Eritromicina (se a Tetraciclina for contra-indicada)
Tetraciclina

Nota

- As tetraciclinas são contra-indicadas na gravidez.

**INFECÇÃO VAGINAL****Tratamento sintromico recomendado**

- terapia da *T. vaginalis* (ver pormenores na secção 3.9)

MAIS

- terapia da vaginose bacteriana (ver pormenores na secção 3.10)

E, ONDE INDICADO,

- terapia da *C. albicans* (ver pormenores na secção 3.11) .

SINOPSE**Infecção vaginal**

Ver pormenores nas secções 3.9–3.11

Opções de medicamentos para a BV	Opções de medicamentos para a <i>T. Vaginalis</i>	Opções de medicamentos para a cândida
Metronidazol	Metronidazol	miconazol
	Tinidazol	clotrimazol
		fluconazol
Alternativas	Alternativa	
Clindamicina	Nistatin	
Metronidazol gel		
Clindamicina, creme vaginal		

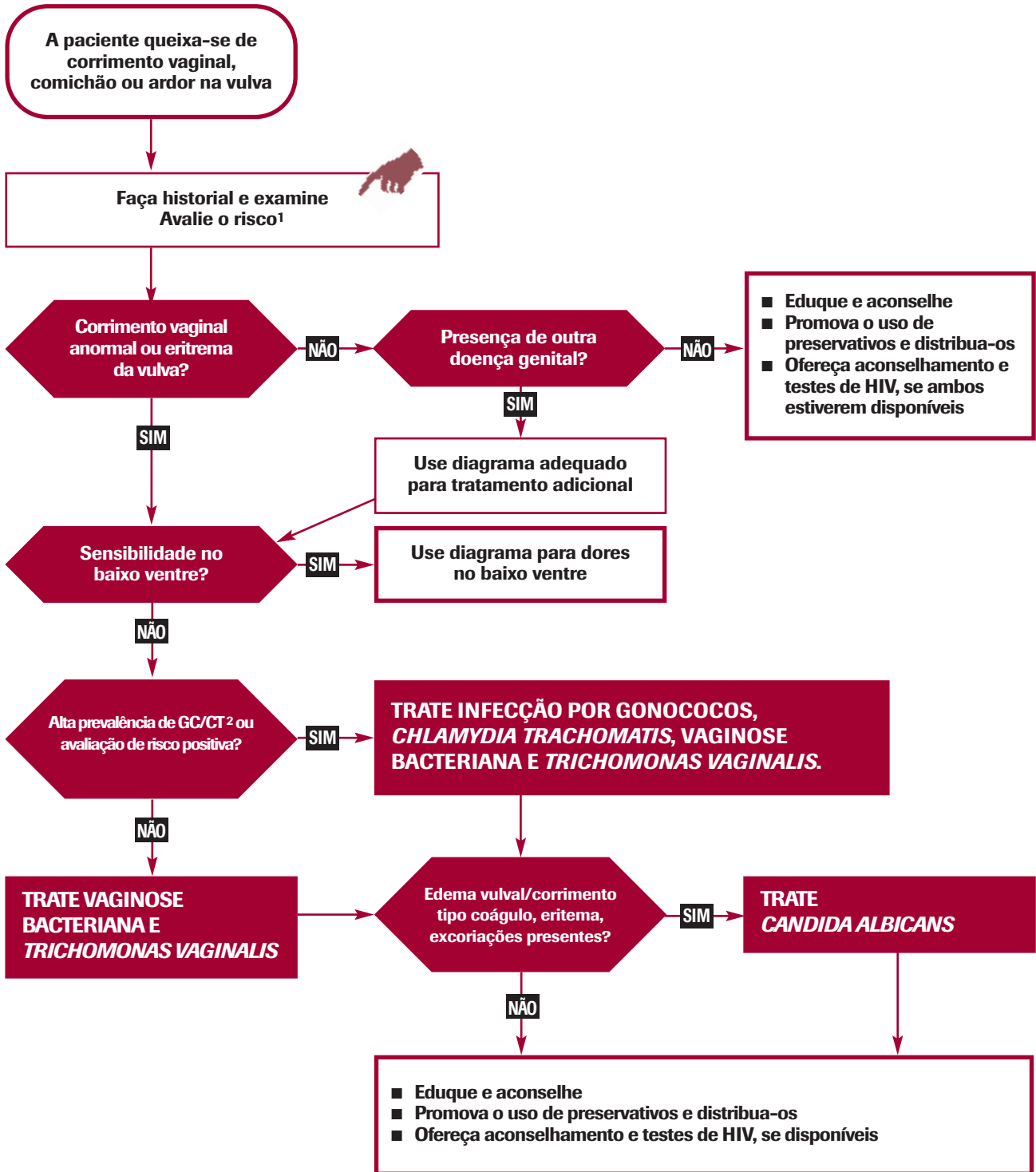
Nota

- Pacientes que tomam metronidazol devem ser aconselhados a evitar o álcool.
- O uso do metronidazol no primeiro trimestre da gravidez não é recomendado, a menos que os benefícios sejam superiores aos perigos potenciais.



FIGURA 6. CORRIMENTO VAGINAL

24 TRATAMENTO DE SÍNDROMES ASSOCIADOS ÀS IST

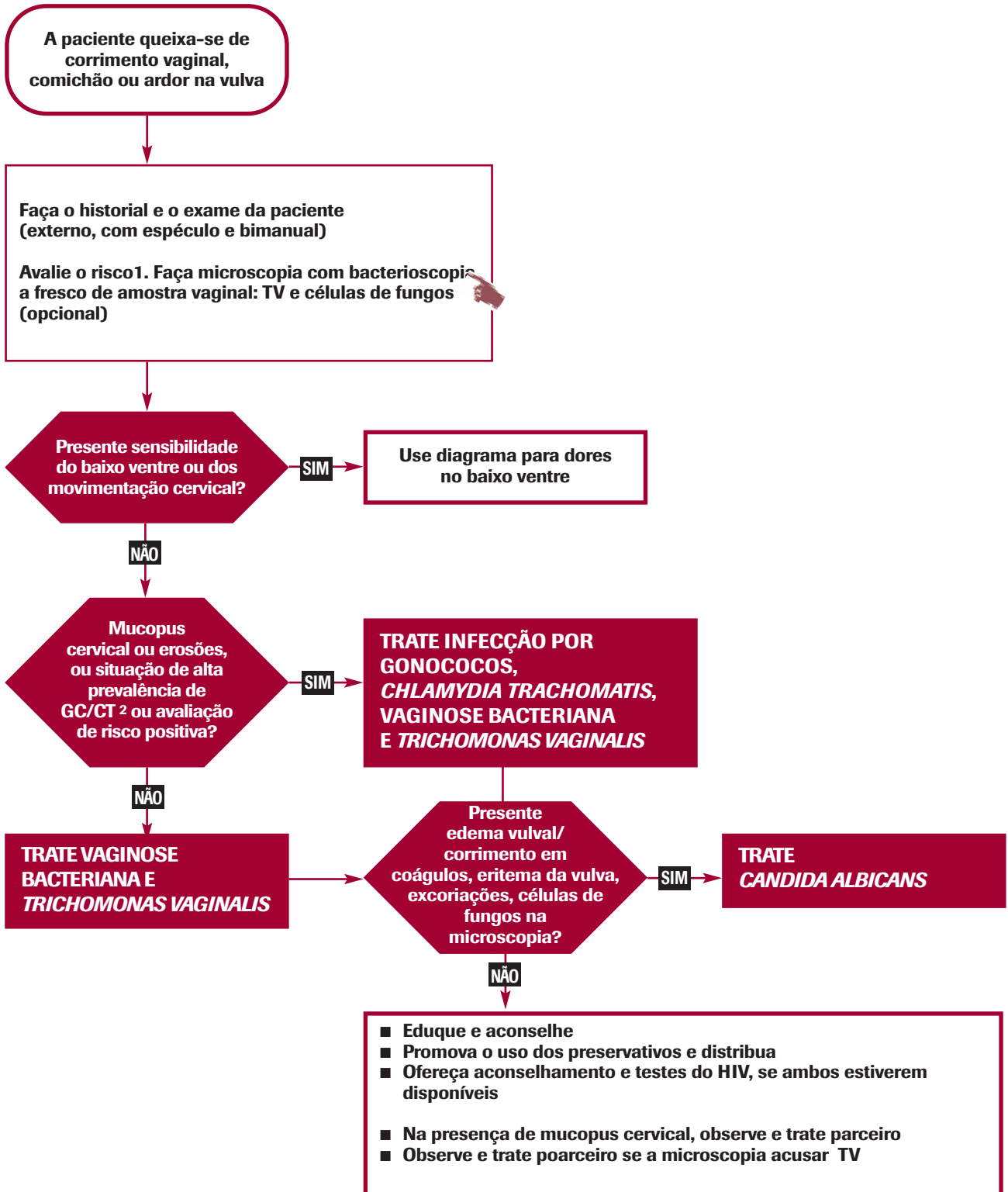


¹ Os factores de risco devem ser adaptados à situação social, comportamental e epidemiológica local.

² A determinação dos níveis de alta prevalência deve ser feita localmente.



FIGURA 7. CORRIMENTO VAGINAL: BIMANUAL & ESPÉCULO, COM OU SEM MICROSCÓPIO

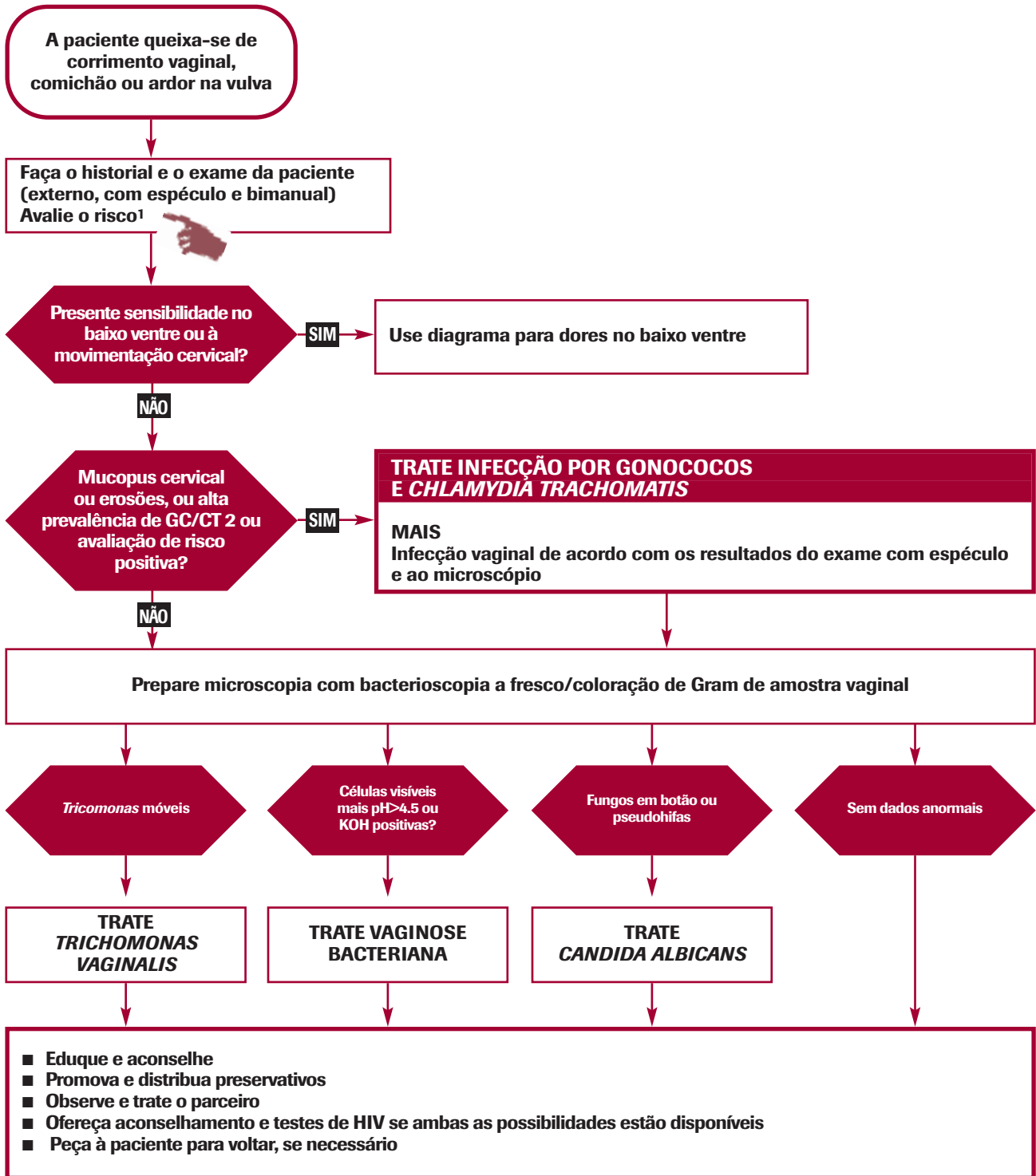


¹ Os factores de risco devem ser adaptados à situação social, comportamental e epidemiológica local.

² A determinação dos níveis de alta prevalência deve ser feita localmente.



FIGURA 8. CORRIMENTO VAGINAL: BIMANUAL, ESPÉCULO E MICROSCÓPIO



¹ Os factores de risco devem ser adaptados à situação social, comportamental e epidemiológica local.

² A determinação dos níveis de alta prevalência deve ser feita localmente.



2.5 DORES NO BAIXO VENTRE

Todas as mulheres sexualmente activas que se apresentem com dores no baixo ventre devem ser cuidadosamente examinadas para detectar a presença de salpingite e/ou endometrite — elementos da doença da inflamação pélvica (DIP). Além disso, deve-se proceder a um exame bimanual e abdominal de rotina em todas as mulheres com suspeita de uma possível IST, já que algumas mulheres com DIP ou endometrite não se queixarão de dores no baixo ventre. As mulheres com endometrite podem, num exame pélvico, queixar-se de corrimento vaginal e/ou sangramento e/ou sensibilidade uterina. Entre os sintomas indicativos de DIP contam-se dores abdominais, dispareunia, corrimento vaginal, menometrorragia, disúria, febre e, por vezes, náuseas e vómitos.

A DIP é de difícil diagnóstico, porque as suas manifestações clínicas são variadas. Torna-se altamente provável quando se detectam um ou mais dos sintomas acima referidos numa mulher com sensibilidade nos anexos, evidência de infecção no tracto genital inferior e sensibilidade à movimentação cervical. Pode também verificar-se o alargamento ou endurecimento de uma ou ambas as trompas de Falópio, uma massa pélvica sensível e sensibilidade directa ou reflexa. A temperatura da paciente pode estar alta, mas é normal em muitos casos. Em geral, os profissionais da saúde poderão errar no excesso de diagnósticos e de tratamento de casos suspeitos.

Deve-se considerar seriamente a hospitalização de pacientes com DIP aguda quando:

- o diagnóstico for incerto;
- não possam ser excluídas emergências cirúrgicas, como apendicite e gravidez ectópica;
- haja suspeita de abscesso pélvico;
- a gravidade da doença impeça o tratamento como paciente externa;
- a paciente esteja grávida;
- a paciente seja incapaz de seguir ou tolerar um tratamento como paciente externa; ou
- a paciente não responder bem à terapia como paciente externa.

Muitos peritos recomendam que todas as pacientes com DIP sejam internadas no hospital para tratamento.

Os agentes etiológicos incluem *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, bactérias anaeróbicas (*Bacteroides* spp. e cocos Gram-positivos). Também aparecem bastonetes Gram-negativos e *Mycoplasma hominis*. Como é impossível diferenciá-los clinicamente e porque é difícil fazer um diagnóstico microbiológico exacto, os esquemas de tratamento devem ser efectivos



contra esta vasta gama de patógenos. Os recomendados abaixo baseiam-se neste princípio.

TERAPIA PARA PACIENTES EXTERNAS

Tratamento sintromico recomendado para a DIP

■ terapia de dose única para a gonorreia sem complicações (ver secção 3.1. Uma dose única de ceftriaxona tem-se mostrado efectiva; não foram formalmente avaliados como tratamento da DIP outros esquemas de dose única)

MAIS

■ doxiciclina, 100 mg por via oral 2 vezes ao dia, ou tetraciclina, 500 mg por via oral 4 vezes ao dia, durante 14 dias

MAIS

■ metronidazol, 400–500 mg por via oral, 2 vezes ao dia, durante 14 dias.

Nota

- Pacientes que tomem metronidazol devem ser aconselhadas a evitar o álcool.
- As tetraciclina são contra-indicadas na gravidez.

Complementos à terapia: remoção do dispositivo intra-uterino (DIU)

Se ocorrer uma DIP com um DIU instalado, o tratamento deve ser feito com os antibióticos adequados. Não há provas de que a remoção do DIU traga benefícios adicionais.^{2, 3, 4} Assim, se a pessoa quiser continuar a usá-lo, não é necessário removê-lo. Caso a paciente não queira conservar o DIU, a sua remoção recomenda-se após o início da terapia antimicrobiana. Quando o DIU é removido, torna-se necessário aconselhamento na área da contracepção.

Seguimento

As pacientes externas com DIP devem ser seguidas até 72 horas e hospitalizadas, se a condição não melhorou.

² Soderberg, G. e S. Lindgren, *Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis*. Contraception, 1981. 24(2): p. 137-43.

³ Teisala, K., *Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease*. Ann Med, 1989. 21(1): p. 63-5.

⁴ Larsson, B. and M. Wennergren, *Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease*. Contraception, 1977. 15(2): p. 143-9.



TERAPIA PARA PACIENTES INTERNAS

Opções de tratamento sindrômico recomendado para a DIP

1. ceftriaxona, 250 mg por injeção intramuscular, uma vez ao dia

MAIS

- doxiciclina, 100 mg por via oral ou injeção intravenosa 2 vezes ao dia, ou tetraciclina, 500 mg por via oral 4 vezes ao dia

MAIS

- metronidazol, 400–500 mg por via oral ou injeção intravenosa 2 vezes ao dia, ou cloranfenicol, 500 mg por via oral ou injeção intravenosa 4 vezes ao dia.

2. clindamicina, 900 mg por injeção intravenosa, de 8 em 8 horas

MAIS

- gentamicina, 1,5 mg/kg por injeção intravenosa de 8 em 8 horas

3. ciprofloxacina, 500 mg por via oral 2 vezes ao dia, ou espectinomicina 1 g por injeção intramuscular 4 vezes ao dia

MAIS

- doxiciclina, 100 mg por via oral ou injeção intravenosa 2 vezes ao dia, ou tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia

MAIS

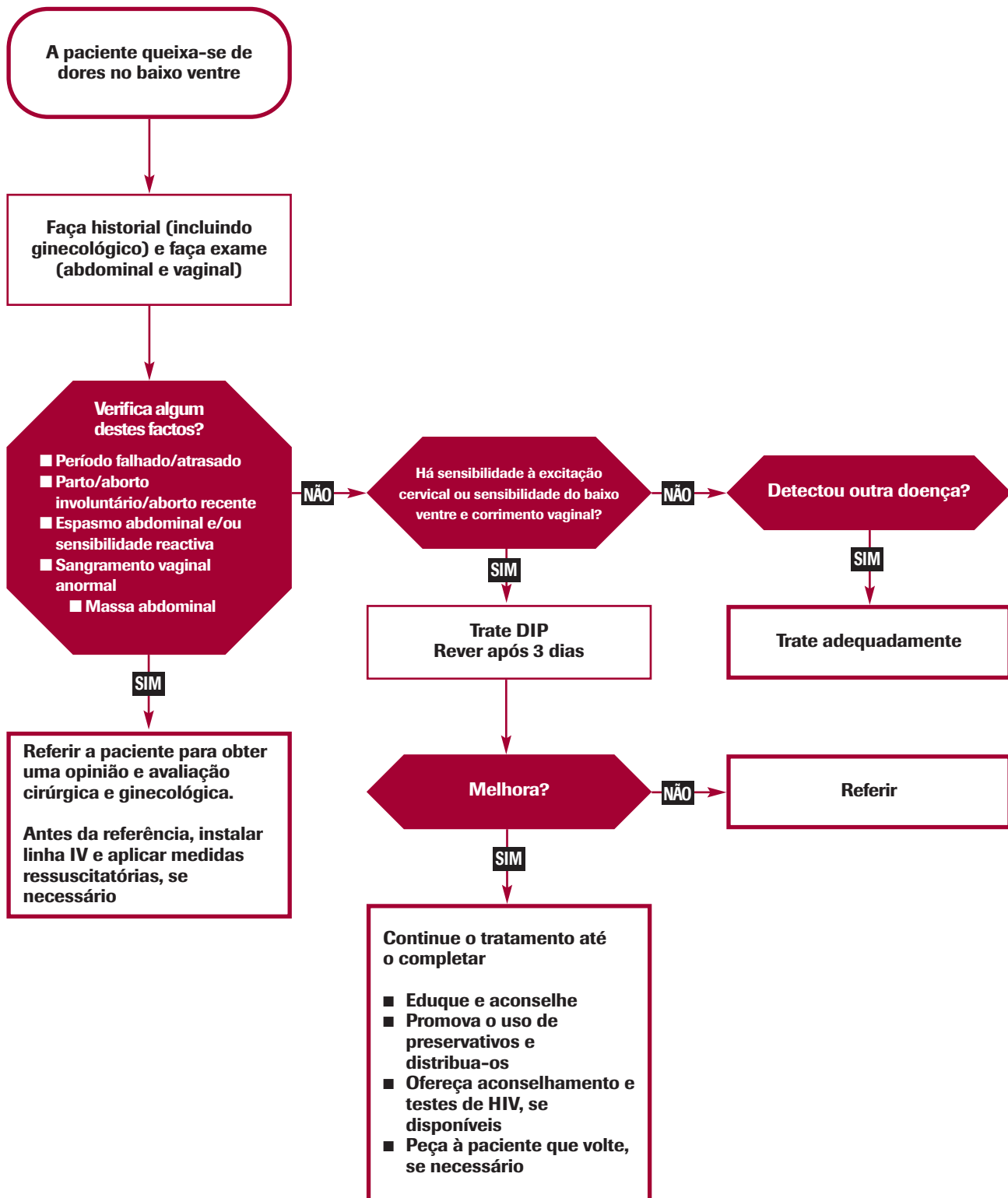
- metronidazol, 400–500 mg por via oral ou injeção intravenosa 2 vezes ao dia, ou cloranfenicol, 500 mg por via oral ou injeção intravenosa 4 vezes ao dia,

Nota

- Nos três esquemas, a terapia deve continuar até pelo menos 2 dias depois de a paciente ter melhoras, seguindo-se doxiciclina, 100 mg por via oral 2 vezes ao dia durante 14 dias, ou tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, durante 14 dias.
- Pacientes que tomem metronidazol devem ser aconselhadas a evitar o álcool.
- As tetraciclinas são contra-indicadas na gravidez.



FIGURA 9. DORES NO BAIXO VENTRE





2.6 CONJUNTIVITE NEONATAL

Quando é devida ao *N. gonorrhoeae* e se o tratamento for retardado, a conjuntivite neonatal (ophthalmia neonatorum) pode resultar em cegueira. Os mais importantes patógenos sexualmente transmitidos causadores de ophthalmia neonatorum são *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*. Nos países em desenvolvimento, o *N. gonorrhoeae* é responsável por 20–75% e o *C. trachomatis* por 15–35% dos casos que são objecto de tratamento médico. Outras causas comuns são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e subespécies de *Haemophilus* e *Pseudomonas*. Os bebés recém-nascidos são normalmente levados à consulta devido à vermelhidão e tumefacção das pálpebras, aos “olhos colados”, ou devido a corrimento no(s) olho(s).

Uma vez que as manifestações clínicas e as possíveis complicações das infecções por gonococos ou por clamídias são semelhantes, quando seja impossível estabelecer a diferença entre as duas infecções, o tratamento deve cobrir ambas. Incluirá terapia de dose única para a gonorreia e terapia de dose múltipla para as clamídias.

SINOPSE

Conjuntivite neonatal

Ver pormenores nas secções 3.1 e 3.2.

Opções de medicamentos para a gonorreia

Ceftriaxona

Alternativas

Kanamycina

Espectinomycina

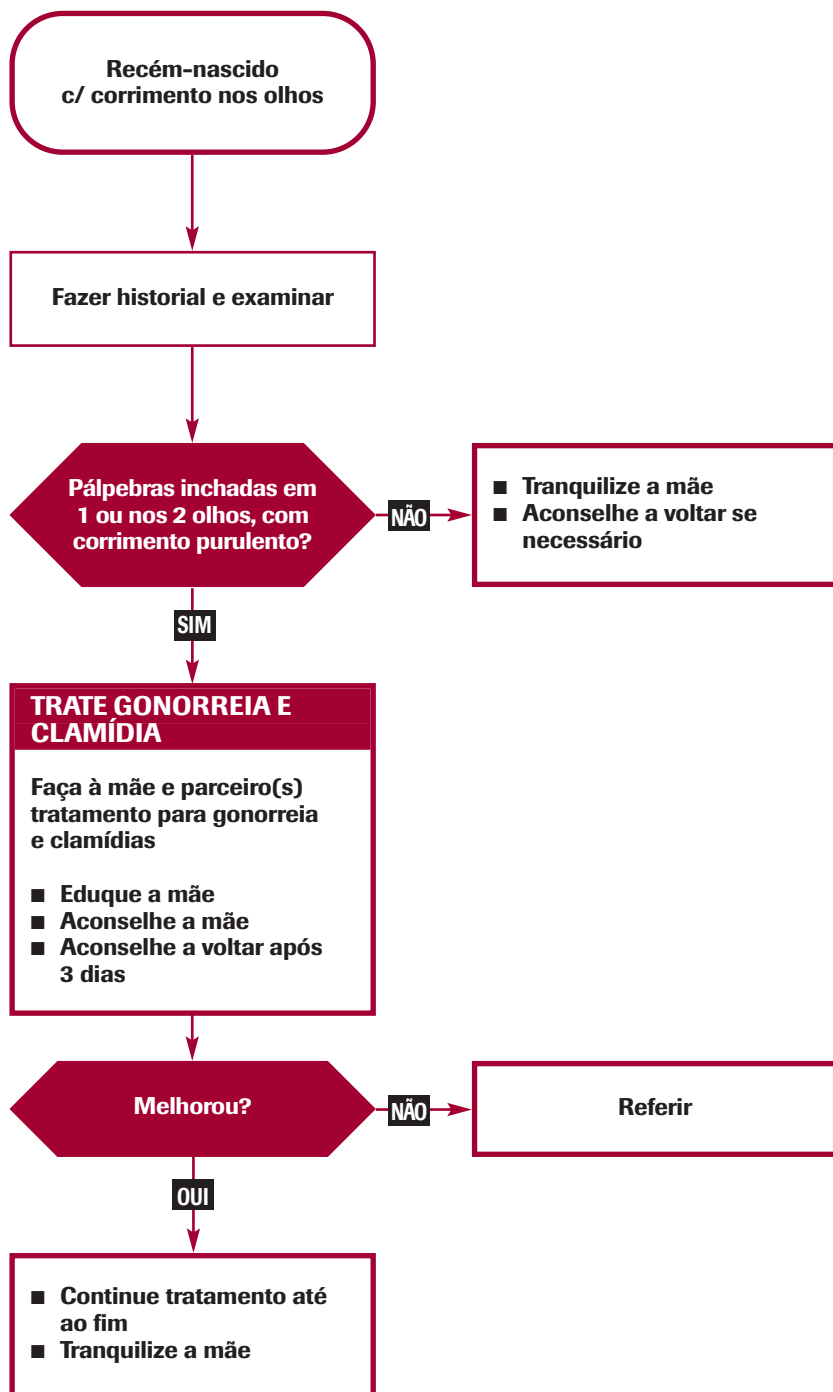
Opções de medicamentos

para as clamídias

Eritromicina



FIGURA 10. CONJUNTIVITE NEONATAL





3. TRATAMENTO DE INFECÇÕES ESPECÍFICAS

3.1 INFECÇÕES POR GONOCOCOS

Em todo o mundo, uma grande percentagem dos gonococos isolados são presentemente resistentes a penicilinas, tetraciclina e a outros agentes antimicrobianos mais antigos. Por isso, estes medicamentos já não podem mais ser recomendados para tratar a gonorreia.

É importante monitorizar *in vitro* a susceptibilidade local, assim como a eficácia clínica dos esquemas recomendados.

De modo geral, recomenda-se que a terapia anti-clamídias simultânea seja administrada a todos os pacientes com gonorreia, como vem descrito na secção 3.2, já que a infecção dupla é frequente. Isso não se aplica aos pacientes para os quais se excluiu, por teste laboratorial, um diagnóstico específico de *C. trachomatis*.

INFECÇÃO ANOGENITAL SEM COMPLICAÇÕES

Esquemas recomendados

- ciprofloxacina, 500 mg por via oral, como dose única
OU
- ceftriaxona, 125 mg por injeção intramuscular, como dose única
OU
- cefixima, 400 mg por via oral, como dose única
OU
- espectinomicina, 2 g por injeção intramuscular, como dose única

Nota

- A ciprofloxacina é contra-indicada na gravidez e o seu uso não é recomendado nas crianças e adolescentes.
- Há variações na actividade anti-gonocócica de cada uma das quinolonas, sendo importante usar apenas as mais activas.



INFECÇÃO GONOCÓCICA DISSEMINADA

Esquemas recomendados

- ceftriaxona, 1 g por injeção intramuscular ou intravenosa, uma vez por dia durante 7 dias (em alternativa podem ser necessárias cefalosporinas da 3ª geração se a ceftriaxona não estiver disponível, mas serão precisas aplicações mais frequentes)

OU

- espectinomicina, 2 g por injeção intramuscular, duas vezes ao dia durante 7 dias. Alguns dados sugerem que a terapia de 3 dias é adequada.

Nota

- Para a meningite gonocócica e a endocardite usa-se a mesma dose mas, para a endocardite, a duração da terapia deve ser prolongada até 4 semanas.

OFTALMIA GONOCÓCICA

Trata-se de uma doença grave que exige uma terapia sistémica, bem como a irrigação local com soluções salinas, ou outras adequadas. A irrigação é especialmente importante quando se não dispõe dos esquemas terapêuticos recomendados. É essencial que o pessoal que faz os tratamentos dos pacientes infectados lave as mãos cuidadosamente.

A. Conjuntivite gonocócica dos adultos

Esquemas recomendados

- ceftriaxona, 125 mg por injeção intramuscular, como dose única

OU

- espectinomicina, 2 g por injeção intramuscular, como dose única

OU

- ciprofloxacina, 500 mg por via oral, como dose única

Nota

- É provável que este regime seja efectivo, embora não haja dados publicados sobre o seu uso na oftalmia gonocócica.

Esquemas alternativo, se os agentes recomendados não estiverem disponíveis

- kanamicina, 2 g por injeção intramuscular, como dose única.

Seguimento

É importante monitorizar cuidadosamente os progressos clínicos.

**B. Conjuntivite gonocócica neonatal****Esquema recomendado**

- ceftriaxone, 50 mg/kg por injeção intramuscular, como dose única, até um máximo de 125 mg .

Esquemas alternativos caso a ceftriaxona não esteja disponível

- kanamicina, 25 mg/kg por injeção intramuscular, como dose única, até um máximo de 75 mg

OU

- espectinomicina, 25 mg/kg por injeção intramuscular, como dose única, até um máximo de 75 mg

Nota

- As doses únicas de ceftriaxona e de kanamicina são de eficácia comprovada. Não está documentado o benefício de adicionar pomada oftálmica de tetraciclina a estes esquemas.

Seguimento

Os pacientes devem ser examinados de novo após 48 horas.

Prevenção da ophthalmia neonatorum

A ophthalmia neonatorum gonocócica é evitável com uma profilaxia ocular feita oportunamente. Os olhos do recém-nascido devem ser cuidadosamente limpos logo após o nascimento. Recomenda-se fortemente, como medida profilática, a aplicação de uma solução de nitrato de prata a 1% ou de pomada oftálmica de tetraciclina a 1% aos olhos de todos os recém-nascidos, no momento do parto. Contudo, a profilaxia ocular dá uma protecção reduzida contra a conjuntivite por *C. trachomatis*. Os bebés nascidos de mães com infecção gonocócica devem receber tratamento adicional.

Esquema recomendado para bebés nascidos de mães com infecção gonocócica

- ceftriaxona 50 mg/kg por injeção intramuscular, como dose única, até um máximo de 125 mg .

Esquemas alternativos caso a ceftriaxona não esteja disponível

- kanamicina, 25 mg/kg por injeção intramuscular, como dose única, até um máximo de 75 mg

OU

- espectinomicina, 25 mg/kg por injeção intramuscular em dose única, até um máximo de 75 mg.



3.2 INFECÇÕES POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS (ALÉM DA LYMPHOGRANULOMA VENEREUM)

INFECÇÃO ANOGENITAL SEM COMPLICAÇÕES

Esquemas recomendados

- doxiciclina, 100 mg por via oral, duas vezes por dia durante 7 dias

OU

- Azitromicina, 1 g por via oral em dose única .

Esquemas alternativos

- amoxicilina, 500 mg por via oral 3 vezes ao dia durante 7 dias

OU

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 7 dias

OU

- ofloxacina, 300 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias

OU

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 7 dias.

Nota

- A doxiciclina e outras tetraciclinas são contra-indicadas na gravidez e durante o aleitamento.
- Os dados actuais indicam que uma terapia de dose única de 1 g de Azitromicina é eficaz na infecção por clamídias.
- Está demonstrado que prolongar o tratamento além de 7 dias não melhora os níveis de cura da infecção por clamídiass sem complicações.
- A eritromicina não deve ser tomada com o estômago vazio.

Seguimento

A adesão aos esquemas de 7 dias é essencial. Não se observou resistência da *C. trachomatis* ao esquema de tratamento recomendado.

INFECÇÃO POR CLAMÍDIAS DURANTE A GRAVIDEZ

Esquemas recomendados

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 7 dias

OU

- amoxicilina, 500 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 7 dias.

**Nota**

- A Doxiciclina (e outras tetraciclina) e a Ofloxacina são contra-indicadas nas grávidas.
- Dados preliminares sugerem que a Azitromicina é de uso seguro na gravidez ^{5, 6}. Contudo, o número de mulheres nos ensaios é, até o momento, demasiado pequeno para uma avaliação da segurança na gravidez, por não ser provável a detecção de efeitos adversos raros.
- O estolato de eritromicina é contra-indicado na gravidez devido à hepato-toxicidade associada ao medicamento. Só se deve usar eritromicina base ou etilsuccinato de eritromicina.

CONJUNTIVITE NEONATAL DEVIDA A CLAMÍDIAS

Todos os recém-nascidos com conjuntivite devem receber tratamento contra a *N. gonorrhoeae* e a *C. trachomatis*, dada a possibilidade de infecção mista.

Esquemas recomendados

- Xarope de eritromicina, 50 mg/kg/dia por via oral, divididos em 4 doses, durante 14 dias.

Esquemas alternativos

- trimetoprim 40 mg com sulfametoxazol 200 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 14 dias.

Nota

- Não há provas de que a terapia adicional com um agente tópico traga mais benefícios. Se a conjuntivite de inclusão reaparecer depois de completada a terapia, deve-se retomar o tratamento com eritromicina durante mais duas semanas.

PNEUMONIA DOS LACTENTES**Esquemas recomendado**

- Xarope de eritromicina, 50 mg/kg/dia (por via oral em 4 doses) durante 14 dias .

Nota

- A duração otimizada da terapia não foi claramente definida, mas o tratamento não deve durar menos de 14 dias.

⁵ Adair CD et al. A clamídia na gravidez: ensaio aleatório de azitromicina e eritromicina. *Obstet Gynecol*, 1998, 91:165-168.

⁶ Wehbeh HA et al. Dose única de azitromicina para a clamídia nas grávidas. *J Reprod Med*, 1998, 43:509-514.



3.3 LYMPHOGRANULOMA VENEREUM

São poucos os dados publicados sobre o tratamento do LGV. As recomendações baseiam-se na opinião de peritos e num estudo comparativo publicado no Boletim da OMS em 1963.⁷

Esquema recomendado

- doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 14 dias

OU

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias.

Esquema alternativo

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias.

Nota

- As tetraciclina são contra-indicadas na gravidez.
- Os linfonodos flutuantes devem ser aspirados através de pele saudável. A incisão e drenagem, ou a excisão dos nodos, podem retardar a cura. Alguns pacientes com a doença em estado avançado podem necessitar de tratamento além dos 14 dias e sequelas como estreitamentos e/ou fístulas podem exigir cirurgia.

3.4. SÍFILIS

RESUMO DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA

A sífilis é uma doença sistémica desde que se manifesta, e é devida à espiroqueta *Treponema pallidum* (*T. pallidum*). A infecção pode ser clasificada como congénita (transmissão mãe-filho no útero) ou adquirida (por via sexual ou por transfusão de sangue).

A sífilis adquirida divide-se em sífilis inicial e sífilis tardia. A sífilis inicial abrange as fases latentes primária, secundária e inicial. A sífilis tardia refere-se à sífilis latente tardia, gomatoza, neurológica e cardiovascular.

A sífilis primária caracteriza-se por uma úlcera ou cancro no local da infecção ou inoculação. As manifestações da sífilis secundária incluem irritação cutânea, pápulas húmidas, lesões muco-cutâneas e linfadenopatia generalizada.

⁷ Greaves AB. Frequência do lymphogranuloma venereum em pessoas com abscessos perirectais, fistulae-in-ano, ou ambos. Bulletin of the World Health Organization, 1963, 29:797-801.



Como o nome sugere, a sífilis latente não tem manifestações clínicas. A sífilis latente inicial é uma infecção com menos de dois anos de duração. Uma infecção com mais de dois anos que não apresente manifestações clínicas de infecção por treponemas é classificada como sífilis latente tardia. A OMS baseou esta divisão no carácter infeccioso da sífilis e na sua resposta à terapia. As fases iniciais são mais infecciosas, mas respondem melhor ao tratamento.

Na fase inicial da sífilis primária, os testes com cardiolipin/não-treponemas, do Laboratório de Investigação de Doenças Venéreas (VDRL) e os testes rápidos de reagina do plasma (RPR) podem ser negativos, pelo que não devem ser interpretados como ausência de infecção por sífilis.

Considerações terapêuticas

É necessário atingir um nível treponemicida de antimicrobianos no soro e no líquido cefalo-raquidiano (LCR) para se conseguir um tratamento efectivo da sífilis. Considerase suficiente um nível de penicilina superior a 0,018 mg/l, sendo necessário mantê-lo pelo menos durante 7–10 dias na sífilis inicial, e durante mais tempo na sífilis tardia. A benzatina benzilpenicilina de acção prolongada, numa dose de 2,4 milhões de unidades, provoca penicilinemia treponemicida com uma duração de até 3 semanas e é recomendada para o tratamento da sífilis tardia.

O tratamento parentérico da penicilina é preferível ao oral, por garantir biodisponibilidade e um tratamento sob vigilância. São necessários mais dados antes de se poderem recomendar genericamente quer a ceftriaxona, quer a azitromicina oral. Esta última tem a vantagem de ser efectiva contra a *C. trachomatis*, *H. ducreyi* e gonococos.

O tratamento dos pacientes com sífilis cardiovascular deverá incluir a consulta de um cardiologista. Todos os pacientes com sífilis cardiovascular e neurosífilis devem ser monitorizados ao longo de muitos anos. O seguimento deve incluir exames clínicos, sorológicos, do LCR e, dependendo da avaliação clínica do estado do paciente, também radiológicos.

Seguimento dos pacientes tratados de sífilis

O seguimento dos pacientes tratados de sífilis inicial deve basear-se nos serviços e recursos médicos disponíveis. Deve-se avaliar a condição clínica dos pacientes, tentando detectar uma re-infecção no primeiro ano após a terapia. Os pacientes com sífilis inicial que tenham sido tratados com doses e preparações adequadas de benzatina



benzilpenicilina devem ser clínica e sorologicamente avaliados, usando um teste não-treponémico, três meses após para a avaliação dos resultados da terapia. Deve-se proceder a uma segunda avaliação passados seis meses e, se os resultados o aconselharem nesse momento, novamente 12 meses mais tarde, para reavaliar a condição do paciente e detectar uma possível re-infecção.

Em todas as fases da doença, deve-se considerar a repetição do tratamento se:

- persistirem ou ocorrerem sinais ou sintomas clínicos de sífilis activa;
- houver um aumento confirmado no padrão de um teste não-treponema.

Deve-se proceder à análise do LCR antes de repetir o tratamento, a menos que se possa estabelecer a re-infecção e um diagnóstico de sífilis inicial. Os pacientes devem repetir o tratamento nas condições recomendadas para a sífilis com mais de dois anos de duração. De modo geral, apenas um tipo de re-tratamento é indicado, porque os pacientes que foram devidamente tratados mantêm, com frequência, títulos baixos nos testes não-treponémicos.

A SÍFILIS E A INFECÇÃO POR HIV

Todos os pacientes com sífilis devem ser estimulados a fazer testes da infecção por HIV, devido à elevada frequência da infecção dupla e às suas implicações na avaliação clínica e no tratamento. A neurosífilis deve ser considerada no diagnóstico diferencial da doença neurológica, nos indivíduos infectados pelo HIV. Nos casos de sífilis congénita, a mãe deve ser convencida a fazer o teste do HIV; caso o seu teste seja positivo, o lactente deve ser referido, para seguimento.

A terapia recomendada para a sífilis inicial nos pacientes infectados por HIV não é diferente da dos pacientes não infectados por HIV. Contudo, algumas autoridades aconselham o exame do LCR e/ou um tratamento mais intensivo com um esquema adequado, para todos os pacientes com dupla infecção por *T pallidum* e HIV, independentemente da fase clínica da sífilis. É necessário, em todos os casos, um cuidadoso seguimento para garantir que o tratamento seja o mais adequado.

A SÍFILIS NA GRAVIDEZ

As mulheres grávidas devem ser encaradas como um grupo separado, a exigir estreita vigilância, em especial para detectar possíveis re-infecções depois de o tratamento ser feito. Também é importante tratar o(s) parceiro(s) da actividade sexual. As pacientes grávidas que não sejam alérgicas à penicilina devem ser tratadas com penicilina em todas



as fases da gravidez, segundo os esquemas de dosagens recomendados para o tratamento das pacientes não grávidas na mesma fase da doença.

A efectividade da eritromicina em todas as fases da sífilis e a sua capacidade de evitar os estigmas da sífilis congénita são ambas altamente questionáveis, tendo-se registado muitos insucessos. A sua eficácia contra a neurosífilis é provavelmente baixa. Embora faltem dados, deve-se provavelmente considerar o uso de um tratamento prolongado com cefalosporina de terceira geração, nas grávidas cuja alergia à penicilina não seja revelada por anafilaxia.

A dessensibilização à penicilina das mulheres grávidas com sífilis exige que o processo tenha lugar em ambiente hospitalar. Isso não é possível em muitas unidades de cuidados primários de saúde e não pode ser recomendado como procedimento de rotina.

Seguimento

Na sequência do tratamento, deve-se proceder a testes serológicos não-treponémicos quantitativos, com intervalos de um mês, até ao parto; o tratamento deve ser retomado se houver provas serológicas de re-infecção ou recidiva.

SÍFILIS CONGÉNITA

A sífilis congénita divide-se em inicial (nos dois primeiros anos de vida) e tardia (revela-se numa fase posterior da vida).

É possível fazer a prevenção da sífilis congénita. Os programas deverão implementar estratégias efectivas de rastreamento da sífilis entre as mulheres grávidas. O rastreamento da sífilis deverá ocorrer na primeira visita pré-natal. Alguns programas consideraram benéfico repetir os testes na 28ª semana da gravidez e no parto, entre as populações com elevada incidência de sífilis congénita.

A sífilis congénita pode ocorrer se a futura mãe tiver sífilis, mas o risco é mínimo se ela tomar penicilina durante a gravidez. Todos os lactentes de mães seropositivas devem ser examinados ao nascimento e uma vez por mês, durante três meses, até haver confirmação de os testes serológicos serem, e permanecerem negativos. Qualquer anticorpo transmitido pela mãe ao filho desaparece normalmente nos três meses posteriores ao nascimento. Onde seja possível, uma serologia específica da IgM pode ajudar no diagnóstico.



Todos os lactentes nascidos de mães seropositivas devem ser tratados com uma dose intramuscular única de benzatina benzilpenicilina, 50 000 UI/kg, quer as mães tenham ou não sido tratadas durante a gravidez (com ou sem penicilina). Recomenda-se a hospitalização de todos os lactentes sintomáticos nascidos de mães seropositivas. Os lactentes sintomáticos e os assintomáticos com um LCR anormal (até aos 2 anos de idade) deverão receber tratamento contra a sífilis congénita inicial.

A sífilis congénita inicial responde normalmente bem, tanto clinica como serologicamente, a doses adequadas de penicilina. A recuperação pode ser lenta nas crianças gravemente doentes com afecções extensas na pele, membranas mucosas, ossos ou vísceras. As que apresentarem mau estado nutricional podem sucumbir a infecções concorrentes, como pneumonia.



ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA SÍFILIS

SÍFILIS INICIAL

(sífilis primária, secundária ou latente com duração não superior a dois anos)

Esquema recomendado

- benzatina benzilpenicilina,⁸ 2,4 milhões de UI por injeção intramuscular, em sessão única. Dado o volume em causa, esta dose é normalmente dada em 2 injeções em locais diferentes.

Esquema alternativo

- procaína benzilpenicilina,⁹ 1,2 milhões de UI por injeção intramuscular diária, durante 10 dias consecutivos.

Esquema alternativo para pacientes não grávidas alérgicas à penicilina

- doxiciclina, 100 mg por via oral, duas vezes ao dia durante 14 dias

OU

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias

Esquema alternativo para pacientes grávidas alérgicas à penicilina

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 14 dias.

SÍFILIS LATENTE TARDIA

(infecção com duração superior a 2 anos sem provas de infecção por treponemas)

Esquema recomendado

- benzatina benzilpenicilina, 2,4 milhões de UI por injeção intramuscular, uma vez por semana em 3 semanas consecutivas.

Esquema alternativo

- procaína benzilpenicilina, 1,2 milhões de UI por injeção intramuscular, uma vez por dia durante 20 dias consecutivos.

⁸ Sinónimos da benzatina benzilpenicilina: benzatina penicilina G; benzilpenicilina benzatina; benzatina penicilina.

⁹ Sinónimos da procaína benzilpenicilina: procaína penicilina G.

**Esquema alternativo para pacientes não grávidas alérgicas à penicilina**

- doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 30 dias.

OU

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 30 dias.

Esquema alternativo para pacientes grávidas alérgicas à penicilina

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 30 dias.

NEUROSÍFILIS**Esquema recomendado**

- benzilpenicilina aquosa,¹⁰ 12–24 milhões de UI por injeção intravenosa, administrados diariamente em doses de 2–4 milhões de UI de 4 em 4 horas durante 14 dias.

Esquema alternativo

- procaína benzilpenicilina, 1,2 milhões de IU por injeção intramuscular, uma vez ao dia, e probenecide, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia, ambos durante 10–14 dias

Só se deve usar este esquema com pacientes que garantam o seu seguimento depois de terem alta.

Nota

- Algumas autoridades recomendam a adição de benzatina benzilpenicilina, 2,4 milhões de UI por injeção intramuscular, em 3 doses consecutivas uma vez por semana depois de completar estes esquemas, mas não há dados que apoiem esta abordagem. A benzatina benzilpenicilina a 2,4 milhões UI por injeção intramuscular não dá níveis terapêuticos adequados ao LCR.

Esquemas alternativos para pacientes não-grávidas alérgicas à penicilina

- doxiciclina, 200 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 30 dias

OU

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia durante 30 dias

¹⁰ Sinónimos da benzilpenicilina aquosa: benzilpenicilina de potássio, benzilpenicilina de sódio, penicilina cristalina, penicilina G de potássio; penicilina G de sódio.

**Nota**

- As alternativas à penicilina indicadas acima para o tratamento da neurosífilis não foram avaliadas em estudos sistemáticos. Embora a sua eficácia ainda não esteja bem documentada, as cefalosporinas de terceira geração podem ser úteis no tratamento da neurosífilis.
- O sistema nervoso central pode ser afectado durante qualquer das fases da sífilis. Sinais clínicos de envolvimento neurológico (por ex., sintomas visuais ou auditivos ou paralisia de nervos cranianos) impõem um exame do LCR. No entanto, o exame do LCR é também altamente recomendável em todos os pacientes com sífilis que tenha uma duração superior a dois anos, ou de duração incerta, para avaliar a possível presença de neurosífilis assintomática. Alguns peritos recomendam que se consulte um neurologista, ao tratar um paciente com neurosífilis. Um seguimento cuidadoso é essencial.

SÍFILIS CONGÉNITA**A. Sífilis congénita inicial (até aos dois anos de idade)****E****Lactentes com LCR anormal****Regimes recomendados**

- Benzilpenicilina aquosa 100.000–150.000 UI/kg/dia administradas em doses IV de 50.000 IU/kg de 12 em 12 horas, durante os 7 primeiros dias de vida e de 8 em 8 horas posteriormente, num total de 10 dias
- OU**
- procaina benzilpenicilina, 50.000 UI/kg por injeção intramuscular em dose diária única durante 10 dias

Nota

- Alguns peritos tratam todos os lactentes com sífilis congénita como se a análise do LCR revelasse resultados anormais. Para a sífilis congénita, não são recomendados outros anti-microbianos além da penicilina (por ex., eritromicina), excepto nos casos de alergia à penicilina. Não se devem usar tetraciclina em crianças pequenas.



B. Sífilis congénita de 2 ou mais anos

Esquema recomendado

- Benzilpenicilina aquosa, 200.000–300.000 UI/kg/dia por injeção intravenosa ou intramuscular, administradas em doses de 50.000 UI/kg cada 4–6 horas, durante 10–14 dias.

Esquema alternativo para pacientes alérgicos à penicilina, após o 1º mês de vida

- eritromicina, 7,5–12,5 mg/kg por via oral, 4 vezes ao dia durante 30 dias.

46

TRATAMENTO DE INFECÇÕES ESPECÍFICAS

CANCRÓIDE

O organismo responsável é um bacilo anaeróbico Gram-negativo, *H. ducreyi*. Esta infecção é comum em várias partes do mundo, incluindo a África, Caribe e Sueste Asiático. Devido à resistência antimicrobiana generalizada em todas as áreas geográficas, não se recomendam tetraciclina e penicilinas no tratamento do cancróide. Para facilitar o cumprimento do tratamento, preferem-se doses únicas de antibióticos efectivos.

Tratamento das lesões

Não é exigido qualquer tratamento especial. As lesões ulcerosas devem manter-se limpas. Os linfonodos flutuantes devem ser aspirados, como se impõe, através de pele saudável próxima. A incisão e drenagem ou excisão dos nodos podem atrasar a cura e não são recomendadas.

Seguimento

Todos os pacientes devem ser seguidos até haver provas evidentes de progresso ou cura. O tratamento pode parecer menos efectivo nos pacientes infectados por HIV, o que pode resultar de co-infecção por herpes genital ou sífilis. Como o cancróide e a infecção por HIV estão intimamente associados e a falha do tratamento pode surgir com frequência crescente, os pacientes devem ser seguidos todas as semanas até haver provas evidentes de melhoras.

Esquemas recomendados

- ciprofloxacina, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 3 dias
- OU**
- eritromicina base, 500 mg por via oral 4 vezes ao dia, durante 7 dias

**OU**

- Azitromicina, 1 g por via oral em dose única.

Esquema alternativo

- ceftriaxona, 250 mg por injeção intramuscular em dose única.

3.6 GRANULOMA INGUINAL (DONOVANOSE)

O Granuloma Inguinal é causado por bactérias intracelulares Gram-negativas, *Klebsiella granulomatis*, (antes conhecidas como *Calymmatobacterium granulomatis*). Clinicamente, a doença apresenta lesões ulcerosas não dolorosas e progressivas sem linfadenopatia regional. As lesões são altamente vasculares e podem sangrar facilmente ao toque.

O tratamento deve ser continuado até que todas as lesões tenham reconstruído totalmente o epitélio.

Esquema recomendado

- azitromicina, 1 g por via oral no 1º dia, depois 500 mg por via oral, 1 vez ao dia

OU

- doxiciclina, 100 mg por via oral, 2 vezes ao dia.

Esquemas alternativos

- eritromicina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia

OU

- tetraciclina, 500 mg por via oral, 4 vezes ao dia

OU

- trimetoprim 80 mg/sulfametoxazol 400 mg, 2 comprimidos por via oral, 2 vezes ao dia durante um mínimo de 14 dias.

Nota

- A adição de um aminoglicosídeo parenteral, como a gentamicina, deve ser cuidadosamente avaliado ao tratar pacientes infectados por HIV.

Seguimento

Os pacientes devem ser clinicamente seguidos, até que os sinais e sintomas desapareçam.



3.7 INFECÇÕES POR HERPES GENITAL

A causa primária do herpes genital é a infecção devida ao vírus simplex do herpes tipo 2 (HSV2). Tem uma elevada prevalência entre as populações humanas de muitas partes do mundo, sendo em toda a parte a causa mais comum das UG. O principal motivo de importância do HSV2 para a saúde pública relaciona-se com o seu papel potencial enquanto facilitador da transmissão do HIV.

Não se conhece cura para o herpes genital, mas a evolução dos sintomas pode ser alterada desde que se inicie uma terapia sistêmica com aciclovir, ou análogos, o mais cedo possível após a manifestação dos sintomas. Pode-se esperar que o tratamento reduza a formação de novas lesões, a duração da dor, o tempo necessário para a cura e a disseminação do vírus. No entanto, aparentemente ele não influencia a história natural da doença recorrente. Uma terapia tópica com aciclovir apenas produz uma redução mínima na duração dos episódios sintomáticos e não é recomendada.

Infecções recorrentes

Muitos dos pacientes com um primeiro episódio de infecção por herpes genital terão episódios recorrentes de lesões genitais. A terapia antiviral episódica ou de supressão encurtará a duração das lesões genitais. Muitos pacientes se beneficiam com uma terapia antiviral; a possibilidade de um tal tratamento deve ser discutida com todos os pacientes. Muitos pacientes com doença recorrente retiram benefícios da terapia episódica se o tratamento tiver início durante o pródromo ou no primeiro dia após o início das lesões. Caso se opte pelo tratamento episódico das recorrências, o paciente deve receber terapia antiviral ou ter uma receita para os medicamentos, para que o tratamento possa ter início ao primeiro sinal de pródromo ou das lesões genitais.

O HERPES NA GRAVIDEZ

Durante o primeiro episódio clínico do herpes genital, tratar com aciclovir oral.

O parto vaginal, em mulheres que contraíam herpes genital primário pouco antes do parto, põe o bebê em risco de herpes neonatal. Os recém-nascidos de mulheres com doença recorrente correm risco muito reduzido. Culturas genitais no fim da gravidez não indicam necessariamente contaminação no parto. Um historial e um exame físico cuidadosos servem de guia quanto à necessidade de uma cesariana nas mães com lesões de herpes genital.



O HERPES E A CO-INFECÇÃO POR HIV

Em pessoas cuja imunidade seja deficiente, podem ocorrer ulcerações mucocutâneas persistentes e/ou graves, muitas vezes afectando grandes zonas da pele perianal, do escroto ou do pénis. As lesões podem ser dolorosas e atípicas, dificultando o diagnóstico clínico. A história natural das lesões do herpes pode alterar-se. Nas pessoas infectadas por HIV, muitas lesões do herpes responderão ao aciclovir, mas poderá ser necessário aumentar a dose e prolongar o tratamento para além da duração recomendada. Subsequentemente, os pacientes podem se beneficiar com a terapia crónica de supressão. Em alguns casos, os pacientes podem desenvolver mutantes deficientes em timidinacina, para os quais a terapia antiviral padrão é inefectiva.

TERAPIA DE SUPRESSÃO

Uma terapia diária de supressão reduz a frequência das recorrências do herpes genital em mais de 75% nos pacientes com recorrências frequentes (seis ou mais por ano). A sua segurança e eficácia foram documentadas em pacientes que receberam a terapia diária com aciclovir durante 6 anos, e com valaciclovir e famciclovir durante 1 ano. Não se tem associado a terapia de supressão ao aparecimento de resistência ao aciclovir clinicamente significativa nos pacientes imunocompetentes.

O tratamento de supressão com aciclovir reduz, mas não elimina, a difusão viral assintomática. Assim, desconhece-se até que ponto a terapia de supressão pode evitar a transmissão do HIV.

OPÇÕES DE TRATAMENTO PARA O HERPES GENITAL

Esquemas recomendados para o primeiro episódio clínico

- aciclovir, 200 mg por via oral, 5 vezes ao dia durante 7 dias
OU
- aciclovir, 400 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 7 dias
OU
- valaciclovir, 1 g por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias
OU
- famciclovir, 250 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 7 dias.

**Esquemas recomendados para infecção recorrente**

- aciclovir, 200 mg por via oral, 5 vezes ao dia durante 5 dias
OU
- aciclovir, 400 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 5 dias
OU
- aciclovir, 800 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 5 dias
OU
- valaciclovir, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 5 dias
OU
- valaciclovir, 1000 mg por via oral, 1 vez ao dia durante 5 dias
OU
- famciclovir, 125 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 5 dias.

Esquemas recomendados para a terapia de supressão

- aciclovir, 400 mg por via oral, 2 vezes ao dia continuamente
OU
- valaciclovir, 500 mg por via oral, 1 vez ao dia
OU
- valaciclovir, 1000 mg por via oral, 1 vez ao dia
OU
- famciclovir, 250 mg por via oral, 2 vezes ao dia

Nota

- Alguns peritos recomendam a interrupção do aciclovir após um ano de uso contínuo, para se poder reavaliar a taxa de recorrência. A menor dose contínua capaz de evitar recorrências num indivíduo só se pode determinar empiricamente.

Esquema recomendado para doença grave

- aciclovir, 5–10 mg/kg IV, de 8 em 8 horas durante 5–7 dias ou até à resolução clínica.

Esquema recomendado nas lesões graves do herpes simplex e co-infecção por HIV

- aciclovir, 400 mg por via oral, 3–5 vezes ao dia até à resolução clínica.

Esquema recomendado para recém-nascidos

- aciclovir, 10 mg/kg por via intravenosa, 3 vezes ao dia, durante 10–21 dias.



3.8 VERRUGAS VENÉREAS (GENITAIS)

O vírus do papiloma humano (HPV) é o agente causador desta IST comum. As verrugas genitais são indolores e não resultam em complicações graves, excepto quando causam obstrução, em especial nas mulheres grávidas. A remoção da lesão não significa que a infecção fique curada. Nenhum tratamento é totalmente satisfatório. Na maioria das situações clínicas, usam-se podofilina, podofilotoxina ou ácido tricloroacético (TCA) para tratar as verrugas genitais e perianais externas. Muitos médicos preferem a crioterapia com nitrogénio líquido, dióxido de carbono sólido ou criossonda, quando estão disponíveis. A crioterapia não é tóxica, não exige anestesia e, se executada devidamente, não deixa cicatrizes.

O(s) parceiro(s) sexual(ais) deve(m) ser examinado(s) para detectar verrugas. Devem-se avisar os pacientes com verrugas anogenitais de que podem contagiar os parceiros sexuais. Recomenda-se o uso de preservativo para ajudar a reduzir a transmissão.

Tipos específicos do HPV podem originar um carcinoma invasivo do colo do útero. É prática recomendada examinar o colo do útero de todas as pacientes com IST e fazer regularmente esfregaços cervicais, para a análise de Papanicolaou. No entanto, elevada percentagem dos esfregaços podem, incorrectamente, parecer anormais nas adolescentes.

Os tratamentos disponíveis para as verrugas anogenitais visíveis são: ou aplicados pelo paciente (podofilotoxina ou imiquimod), evitando a necessidade de idas frequentes à unidade de saúde; ou administrados pelo prestador de cuidados. A solução de podofilotoxina a 0,5% pode ser aplicada com um cotonnette. O gel pode ser aplicado com o dedo.



Esquemas recomendados para as verrugas venéreas

A. Químicos

Auto-aplicados pelo paciente

- solução de podofilotoxina a 0,5% ou gel, 2 vezes ao dia durante 3 dias, seguindo-se 4 dias sem tratamento; repetir o ciclo até 4 vezes (o volume total de podofilotoxina não deve exceder 0,5 ml por dia)

OU

- creme de imiquimod a 5%, aplicado com o dedo ao deitar para actuar durante a noite, 3 vezes por semana durante até 16 semanas. Lavar a zona tratada com água e sabão 6–10 horas após a aplicação. Logo após a aplicação, lavar bem as mãos com água e sabão.

Nota

- Não está determinada a segurança da podofilotoxina e imiquimod durante a gravidez.

Administrados pelo prestador de cuidados

- podofilina 10–25% em tintura composta de benzoína, cuidadosamente aplicada nas verrugas, evitando o tecido normal. As verrugas genitais e perianais externas devem ser cuidadosamente lavadas 1 a 4 horas após a aplicação da podofilina. A podofilina aplicada nas verrugas de superfícies epiteliais vaginais e anais deve secar antes de se retirar o espéculo ou anoscópio. O tratamento deve ser repetido com intervalos de 1 semana.
- Onde possível, recomenda-se podofilotoxina a 0,5%, um dos constituintes activos da resina de podofilina. Tem eficácia igual à podofilina, mas é menos tóxico e parece causar menos erosão.
- Alguns peritos desaconselham o uso da podofilina nas verrugas anais. Não se devem usar grandes quantidades de podofilina, por ser tóxica e de fácil absorção. O seu uso é contra-indicado durante a gravidez e o aleitamento.

OU

- TCA a 80–90%, cuidadosamente aplicado às verrugas evitando o tecido normal, seguido de aplicação de pó de talco ou de bicarbonato de sódio na zona tratada, para remover o ácido que não reagiu. Repetir a aplicação com intervalos semanais.



B. Físicos

- Crioterapia com nitrogénio líquido, dióxido de carbono sólido ou criossonda. Repetir a aplicação com intervalos de 1–2 semanas
- OU**
- electrocirurgia
- OU**
- remoção cirúrgica.

VERRUGAS VAGINAIS

Esquemas recomendados

- crioterapia com nitrogénio líquido
- OU**
- podofilina a 10–25%. Deixar secar antes de retirar o espéculo
- OU**
- TCA a 80–90%.

VERRUGAS CERVICAIS

Não se deve iniciar o tratamento de verrugas cervicais antes de conhecer os resultados da análise de um esfregaço do colo do útero.

Muitos peritos desaconselham o uso da podofilina ou TCA nas verrugas cervicais.

Recomendações para o tratamento das verrugas cervicais

- O tratamento deve incluir a consulta de um perito
- Esfregaço cervical para Papanicolaou
- Não usar TCA ou podofilina.

VERRUGAS DO MEATO E DA URETRA

As verrugas do meato acessíveis podem ser tratadas com podofilina a 10–25%, em tintura composta de benzoína, ou com podofilotoxina a 0,5%, se disponível. Deve haver o máximo cuidado em garantir que a zona tratada esteja seca, antes de permitir o contacto com as superfícies epiteliais normais. A podofilina regista baixas taxas de sucesso.

Para o diagnóstico de verrugas intra-uretrais é necessária uma uretroscopia, mas deve-se suspeitar da sua existência em homens com verrugas do meato recorrentes. Alguns peritos preferem a remoção electro-cirúrgica. A aplicação intra-uretral de um creme de



fluorouracil a 5% ou de tiotepa pode ser efectiva, mas não há avaliações adequadas. Não se deve usar a podofilina.

Tratamentos recomendados

- Crioterapia

OU

- podofilina a 10–25%.

3.9 INFECÇÕES POR TRICHOMONAS VAGINALIS

O protozoário flagelado *T. vaginalis* é quase exclusivamente transmitido por via sexual nos adultos. A infecção pode ser assintomática. A tricomoníase sintomática apresenta-se nas mulheres com um corrimento vaginal repugnante e comichão na vulva, e com uretrite nos homens.

Tratamento de parceiros sexuais

Devem-se notificar e tratar o(s) parceiro(s) sexual(ais); os pacientes devem ser aconselhados a evitar actividade sexual até que ambos (paciente e parceiro) estejam tratados. Com frequência, a tricomoníase é assintomática nos homens, mas cada vez mais é referida com a causa da uretrite sintomática não-gonocócica e não-clamídica.

A TRICOMONÍASE NA GRAVIDEZ

Provou-se que a infecção por *T. vaginalis* está associada a evoluções adversas na gravidez, em especial o rompimento prematuro de membranas, partos prematuros e baixo peso ao nascimento. Esta associação é sobretudo importante nas mulheres sintomáticas. É necessária mais investigação para demonstrar o impacto do tratamento da tricomoníase na prevenção de evoluções adversas da gravidez.

Embora se não recomende o uso de metronidazol no primeiro trimestre da gravidez, ele pode ser usado sempre que um tratamento precoce seja a melhor escolha para evitar um resultado adverso na gravidez. Nesse caso, deve usar-se uma dose mais reduzida (2 g em dose oral única, em lugar de tratamento prolongado). Os estudos e meta-análises não demonstraram uma associação consistente entre o uso de metronidazol na gravidez e efeitos teratogénicos e mutagénicos nos recém-nascidos.



Seguimento

Deve-se pedir aos pacientes que voltem à consulta, se os sintomas persistirem, ao fim de 7 dias. Deve-se excluir cuidadosamente a re-infecção. Os pacientes não curados com o tratamento inicial respondem muitas vezes favoravelmente à repetição do tratamento num esquema de sete dias. Foi registada resistência aos 5-nitroimidazoles, o que pode ser uma causa de falha do tratamento.

Os pacientes que não obtenham cura com o tratamento repetido de metronidazol podem ser tratados com um esquema de 2 g de metronidazol por via oral diariamente, mais 500 mg aplicados intra-vaginalmente todas as noite, durante 3–7 dias. Os preparados vaginais de metronidazol encontram-se em muitas partes do mundo, mas só são recomendados no tratamento de infecções refractárias, e não na terapia primária da tricomoníase. Um esquema alternativo consiste em 400 mg ou 500 mg de metronidazol¹¹ por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias.

Esquema recomendado para infecções vaginais

- metronidazol, 2 g por via oral em dose única
- OU**
- tinidazol, 2 g por via oral em dose única.

Esquema alternativo

- metronidazol, 400 mg ou 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias
- OU**
- tinidazol, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 5 dias

Nota

- Outros 5-nitroimidazoles são também efectivos, em dose única ou múltipla.
- Os pacientes que tomem metronidazol ou outros imidazoles devem ser aconselhados a não consumirem álcool enquanto tomam o medicamento e até 24 horas após a última dose.
- Em geral, o uso do metronidazol não é recomendado no primeiro trimestre da gravidez (ver texto acima).
- As mulheres assintomáticas com tricomoníase devem ser tratadas com o mesmo esquema que as sintomáticas.
- A taxa de cura relatada para mulheres varia de 82 a 88% mas pode aumentar para 95% se os parceiros sexuais forem tratados simultaneamente.

¹¹ O metronidazol existe em cápsulas de 200 mg ou 250 mg.



Esquemas recomendados para as infecções uretrais

- metronidazol, 400 mg ou 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias

OU

- tinidazol, 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 5 dias.

Esquema recomendado para as infecções neonatais

- metronidazol, 5 mg/kg por via oral, 3 vezes ao dia durante 5 dias.

Nota

- Os lactentes com tricomoníase sintomática ou colonização urogenital persistente após o 4º mês de vida devem ser tratados com metronidazol.

3.10 VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana (VB) é um síndrome clínico resultante da substituição do peróxido de hidrogénio normal (H_2O_2), que produz *Lactobacillus* sp. na vagina, por elevadas concentrações de bactérias anaeróbicas como a *Gardnerella vaginalis* e a *Mycoplasma hominis*. Não se compreende plenamente a causa desta alteração microbiana.

Enquanto que a tricomoníase é uma IST, a VB é uma infecção endógena do tracto reprodutivo. Não está demonstrado que o tratamento dos parceiros sexuais seja benéfico. Recomenda-se a redução ou eliminação dos factores que predisponham à VB, como o uso de preparados vaginais antisépticos ou antibióticos, ou a lavagem vaginal.

São necessários mais estudos para confirmar as relações entre a alteração da microflora vaginal e a infecção por HIV.

A VB NA GRAVIDEZ

Nada indica que a VB esteja associada a uma maior incidência de resultados adversos na gravidez (por ex., rompimento prematuro das membranas, parto prematuro e baixo peso ao nascimento). As mulheres grávidas sintomáticas devem ser tratadas e as que apresentem um historial de partos prematuros devem ser examinadas para detecção de infecções assintomáticas. As grávidas com recorrência dos sintomas devem repetir o tratamento. Não se recomenda o rastreamento das mulheres grávidas assintomáticas sem um historial anterior de partos prematuros.



Não se recomenda o uso do metronidazol no 1º trimestre da gravidez, mas pode ser usado no 2º e 3º trimestres. Se o tratamento tiver de ser feito no 1º trimestre, recomenda-se o uso de doses inferiores para reduzir o risco de efeitos negativos.

A VB EM PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

As mulheres com VB que devam ser submetidas a cirurgia do tracto reprodutivo ou a aborto terapêutico devem ser tratadas com metronidazol.

Esquema recomendado para a VB

- metronidazol, 400 mg ou 500 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias.

Nota

- As pacientes que tomem metronidazol devem ser aconselhadas a não consumir álcool enquanto tomarem o medicamento e nas 24 horas após a última dose.

Esquemas alternativos

- metronidazol, 2 g por via oral em dose única
OU
- clindamicina, creme vaginal a 2%, 5 g intravaginalmente ao deitar, durante 7 dias
OU
- metronidazol, gel a 0,75%, 5 g intravaginalmente, 2 vezes ao dia durante 5 dias
OU
- clindamicina, 300 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias.

Seguimento

- Deve-se aconselhar os pacientes a voltarem à consulta se os sintomas persistirem, pois pode ser necessário repetir o tratamento.

Esquemas recomendados para mulheres grávidas

- metronidazol, 200 ou 250 mg por via oral, 3 vezes ao dia durante 7 dias, após o 1º trimestre
- metronidazol 2 g por via oral em dose única, se o tratamento for imperativo durante o 1º trimestre da gravidez (ver texto acima).



Esquemas alternativos

- metronidazol, 2 g por via oral em dose única
- OU**
- clindamicina, 300 mg por via oral, 2 vezes ao dia durante 7 dias
- OU**
- metronidazol, gel a 0,75%, 5 g intravaginalmente 2 vezes ao dia durante 7 dias.

3.11 CANDIDÍASE

58

CANDIDÍASE VULVO-VAGINAL

Na maioria dos casos, a candidíase vulvo-vaginal é causada pela *Candida albicans* (*C. albicans*). Até 20% das mulheres infectadas podem ser assintomáticas. Quando os sintomas se manifestam, normalmente consistem em comichão vaginal, irritação e corrimento vaginal não fétido, que pode ter a forma de coágulos. O exame clínico pode revelar eritema na vulva (vermelhidão) ou escoriações devidas ao acto de coçar e edema da vulva.

Como regra, a candidíase vulvo-vaginal não é contraída durante o acto sexual. Embora se não recomende o tratamento dos parceiros sexuais, ele deve ser considerado nas mulheres com infecção recorrente. Uma minoria dos parceiros masculinos podem ter balanite, que se caracteriza por eritema ou inflamação da glândula do pénis e do prepúcio (balanopostite).

Em geral, a terapia inclui a aplicação tópica de uma vasta gama de imidazoles (por ex., miconazol, clotrimazol, econazol, butoconazol, terconazol) ou nistatin. Embora sejam normalmente mais caros, os imidazoles exigem um tratamento mais curto e parecem ser mais efectivos que o nistatin.

CANDIDÍASE VULVO-VAGINAL NA GRAVIDEZ

Embora já haja alguns tratamentos orais de dose única efectivos, não se sabe se são seguros. Assim, só os azoles tópicos devem ser usados no tratamento das mulheres grávidas. Dos tratamentos investigados para uso durante a gravidez, os mais efectivos são o miconazol, clotrimazol, butoconazol e terconazol.



CANDIDÍASE VULVO-VAGINAL E INFECÇÃO POR HIV

Em vários locais, incluindo a vulva e a vagina, a candidíase tem uma importante correlação com a infecção por HIV. É por norma muito grave e tem recaídas frequentes. No geral, exige tratamento prolongado e recorre-se muitas vezes à terapia crónica de supressão.

RECORRÊNCIAS

Recomenda-se a redução ou eliminação dos factores predisponentes, como o uso de antibióticos, uso de preparados vaginais antissépticos/antibióticos e lavagens vaginais. O tratamento simultâneo de um foco rectal com nistatina ou fluconazol por via oral não traz vantagens na prevenção de recorrências. Entre os factores subjacentes à recorrência da candidíase vulvo-vaginal incluem-se a diabetes melitus não controlada, a imunossupressão e o uso de corticosteróides.

BALANOPOSTITE

A balanopostite é uma inflamação que afecta a glândula do pénis e o prepúcio. Quando devida à *C. albicans*, encontra-se caracteristicamente em homens sofrendo de doença imunossupressora ou com diabetes melitus não controlada.

Esquemas recomendados para a candidíase vulvo-vaginal

- miconazol ou clotrimazol, 200 mg intravaginalmente, diariamente durante 3 dias
- OU**
- clotrimazol, 500 mg intravaginalmente em dose única
- OU**
- fluconazol, 150 mg por via oral em dose única.

Esquema alternativo

- nistatin, 100 000 IU intravaginalmente, diariamente durante 14 dias.

Esquemas recomendados de aplicação tópica para a balanopostite

- clotrimazol, creme a 1% , 2 vezes ao dia durante 7 dias
- OU**
- miconazol, creme a 2%, 2 vezes ao dia durante 7 dias.

Esquema alternativo

- nistatin creme, 2 vezes ao dia durante 7 dias.



3.12 ESCABIOSE

O ácaro que a provoca, *Sarcoptes scabiei*, é transmitido por contacto corporal directo prolongado. Nos adultos, isso ocorre muitas vezes durante o contacto sexual. No entanto, há situações em que a escabiose é transmitida por contacto corporal íntimo não relacionado com actividade sexual. Pode ocorrer quando as pessoas vivem ou permanecem em ambientes muito fechados, como escolas, habitações superlotadas e instituições como lares e hospitais psiquiátricos. Para não criar estigmas sociais, deve-se evitar a classificação da escabiose como IST, já que a causa provável é o contacto corporal. Além disso, as recomendações para o tratamento são diferentes no caso dos pacientes com escabiose contraída por via sexual. No caso de surtos de escabiose devida a contacto corporal de natureza não sexual, é essencial o tratamento de todas as pessoas afectadas.

No prazo de uma hora, os ácaros podem penetrar na pele da pessoa contactada. As proteases (enzimas) da matéria fecal dos ácaros desencadeiam uma reacção de hipersensibilidade que origina o sintoma característico de prurido (comichão), geralmente 2–6 semanas após a infestação.

Considerações especiais

Por vezes, o prurido persiste por várias semanas, após a terapia adequada. No caso de não haver melhoras clínicas, pode ser adequada uma única repetição do tratamento ao fim de uma semana. Só se devem fazer mais tratamentos semanais se for comprovada a presença de ácaros vivos. Tendo-se excluído a re-infecção e estando garantida a adesão ao tratamento, pode-se considerar uma terapia tópica anti-inflamatória, já que a manifestação clínica pode dever-se a uma reacção alérgica. Devem ser bem lavadas, ou limpas a seco, as roupas de vestir ou de cama possivelmente contaminadas pelo paciente nos dois dias anteriores ao início do tratamento.

Tratamento da escabiose nos adultos, adolescentes e crianças mais velhas

Esquemas recomendados

- loção ou creme de lindane a 1%, aplicando uma camada fina em todas as áreas do corpo abaixo do pescoço e removendo-a cuidadosamente por meio de lavagem, passadas 8 horas
- OU**
- permetrin, creme a 5%
- OU**



- benzoato de benzil, loção a 25% aplicada em todo o corpo abaixo do pescoço ao deitar, em 2 noites; os pacientes podem tomar banho antes de repetir a aplicação e devem lavar-se 24 horas após a aplicação final

OU

- crotamiton, loção a 10%, aplicada em todo o corpo abaixo do pescoço ao deitar, em 2 noites; os pacientes devem lavar-se cuidadosamente 24 horas após a 2ª aplicação; em certas zonas geográficas são necessárias 5 noites (o crotamiton tem a vantagem de uma acção anti-prurido)

OU

- enxofre a 6% em petrolatum, aplicado em todo o corpo abaixo do pescoço ao deitar, em 3 noites; os pacientes podem tomar banho antes de repetir a aplicação e devem lavar-se 24 horas após a aplicação final

Nota

- O lindane não é recomendado para mulheres grávidas ou em aleitamento.
- Em algumas zonas foi registada resistência ao lindane.

Tratamento da escabiose em lactentes, crianças com menos de 10 anos de idade e mulheres grávidas ou em aleitamento

Esquemas recomendados

- crotamiton 10%, como acima

OU

- enxofre 6%, como acima

OU

- permetrin 5% creme, aplicado do mesmo modo que o tratamento de enxofre descrito acima.

Contactos

Os contactos sexuais e os contactos íntimos nos lares devem ser tratados como atrás.



3.13 PIOLHO PUBIANO

O parasita *Pthirus pubis* é a causa dos piolhos pubianos. Geralmente, a infestação é transmitida por contacto sexual. Por norma, os pacientes procuram cuidados médicos por causa do prurido.

Esquemas recomendados

■ lindane, loção ou creme a 1%, aplicado gentilmente em toda a zona infestada e nas zonas pilosas adjacentes, seguindo-se lavagem 8 horas mais tarde; como alternativa, champô de lindane a 1%, aplicado durante 4 minutos e depois cuidadosamente lavado

OU

■ piretrina e butóxido de piperonil, aplicados na zona infestada e nas zonas pilosas adjacentes e lavados após 10 minutos; a repetição do tratamento é indicada 7 dias mais tarde, caso se detectem piolhos ou ovos nas pilosidades, ao nível da pele. A roupa de vestir ou de cama provavelmente contaminada pelo paciente nos 2 dias antes de iniciado o tratamento deve ser bem lavada e seca, ou limpa a seco.

OU

■ permetrin 1%, como acima

Nota

■ O lindane não é recomendado para mulheres grávidas ou em aleitamento.

Considerações especiais

A infestação das pestanas deve ser tratada com a aplicação de uma pomada oftálmica oclusiva na base das pestanas durante 10 dias, para suprimir os piolhos e ovos. Não se deve aplicar a pomada nos olhos.



4. CONSIDERAÇÕES FUNDAMENTAIS SUBJACENTES AO TRATAMENTO

4.1 ESCOLHA DO REGIME ANTIMICROBIANO

EFICÁCIA

Quando se escolhe entre os tratamentos disponíveis, a eficácia é o critério mais importante. Idealmente, os esquemas de terapia das IST deveriam curar, no mínimo, 95% dos indivíduos infectados por uma IST bacteriana. Os esquemas que correspondam a percentagens de cura inferiores só deverão ser usados com grande precaução porque, numa população com padrões instáveis de susceptibilidade, eles podem seleccionar as estirpes mais resistentes e limitar rapidamente a sua própria utilidade. Essa precaução deve ser aplicada aos esquemas com percentagens de cura entre os 85% e os 95%. Os esquemas com percentagens de cura ainda inferiores não são aceitáveis.

Para reduzir o risco do aparecimento e transmissão de estirpes resistentes dos patógenos sexualmente transmissíveis a uma população mais vasta, devem ser concebidos programas especiais para tratar efectivamente os casos dos grupos de alto risco, como os profissionais do sexo e os seus clientes. *Os regimes de tratamento destes grupos devem rondar uma eficácia de 100% e são necessários esforços para promover nessas populações comportamentos favoráveis à saúde, preferencialmente pelo recurso a abordagens participatórias com os parceiros educadores e prestadores de cuidados de saúde.*

Os dados sobre a eficácia numa dada população (ou, em certas situações, num subgrupo) não podem ser confiantemente aplicados a outra. Idealmente, as avaliações deverão se assentar em estudos bem concebidos, realizados nas populações onde o tratamento irá ser aplicado. Devido às alterações na epidemiologia local de *N. gonorrhoeae* e *H. ducreyi* resistentes, a eficácia terapêutica contra estas infecções varia com o tempo. Recomendam-se uma vigilância periódica da eficácia clínica e/ou a determinação da sensibilidade *in vitro*. Caso não se conheçam os níveis de resistência e as percentagens de cura numa zona, os esquemas usados devem ser aqueles que ofereçam expectativas razoáveis de produzir percentagens aceitáveis de cura, nas condições ecológicas mais adversas. Poucos ensaios clínicos comparativos são suficientemente amplos para definirem pequenas diferenças de eficácia entre esquemas antimicrobianos altamente efectivos.

**Nota**

- Para garantir a eficácia, recomenda-se aos profissionais de saúde que não usem doses inferiores às recomendadas.

SEGURANÇA

A toxicidade é a segunda grande preocupação no tratamento das IST, devido à frequência com que os pacientes são re-infectados e à sua conseqüente exposição a tratamentos repetidos com antimicrobianos. Além disso, o tratamento de agentes das IST resistentes exige com frequência que se atinjam níveis elevados de antimicrobianos no soro, em alguns casos por períodos de 7 dias ou mais. Os esquemas combinados aumentam ainda mais o risco de reacções adversas aos medicamentos. A gravidez, relativamente comum nos grupos sexualmente activos com elevada incidência de IST, representa uma situação específica, perante a qual assumem importância as considerações adicionais sobre a segurança do feto. A segurança das fluoroquinolonas nas mulheres e adolescentes grávidas é incerta, o que restringe o seu uso nestes grupos. Em algumas zonas não se usa a doxiciclina, por causa do perigo de fotossensibilização. As tetraciclina são contraindicadas na gravidez e nas crianças com idade inferior a 8 anos.

A proeminência das cefalosporinas de terceira geração nos esquemas recomendados resulta do facto de aliarem baixa toxicidade a alta eficácia, mesmo contra organismos relativamente resistentes.

CUSTO

O custo é um importante factor limitativo, em toda a parte. Em certas partes do mundo em desenvolvimento escolhe-se, por exemplo, a kanamicina de preferência à espectinomicina no tratamento da gonorreia, por ser mais barata. No entanto, ao calcular o custo total dos diversos esquemas, é importante ter em conta os custos associados às terapias menos efectivas: repetição do tratamento, transmissão posterior da infecção, complicações e selecção para resistência microbiana aumentada. A escolha do esquema mais adequado pode ser facilitada pelo recurso de uma análise formal de decisão. Por vezes, as análises de sensibilidade podem compensar as incertezas dos dados primários.



ADESÃO E ACEITABILIDADE

A adesão dos pacientes aos esquemas de tratamento das IST é um problema grave que limita seriamente a efectividade dos esquemas multi-dose, como os que envolvem a eritromicina e as tetraciclina. Os esquemas de dose única ou de muito curta duração devem, portanto, ser preferidos. Provou-se que um aconselhamento adequado e a educação para a saúde aumentam a adesão ao tratamento e devem, por isso, estar integrados no tratamento clínico.

É necessário um esforço extra para conseguir a adesão dos pacientes adolescentes, já que estes são muitas vezes menos tolerantes face aos efeitos colaterais. Podem também querer esconder dos outros o facto de andarem a tomar medicamentos. Os agentes da saúde devem assegurar-se de que as instruções sejam plenamente compreendidas—especialmente se vários esquemas estiverem envolvidos—incluindo as possíveis consequências se o tratamento ficar incompleto.

Certas sociedades preferem decididamente os esquemas orais às injeções, enquanto que outros grupos encaram as injeções como a única forma aceitável de tratamento. Face à emergência e difusão da infecção por HIV, deve-se dar preferência aos esquemas orais para reduzir os riscos associados às picadas de agulhas. A educação dos pacientes sobre a eficácia dos preparados orais deve ser incluída no tratamento das IST.

DISPONIBILIDADE

A distribuição geográfica dos medicamentos e a sua disponibilidade variam consideravelmente. Poder-se-ia melhorar a disponibilidade regional de certos medicamentos excelentes, incluindo-os na lista nacional dos medicamentos essenciais.

INFECÇÕES COEXISTENTES

Quando várias IST prevalecem numa população, a co-infecção pode ser uma ocorrência comum. Infelizmente, a capacidade de curar co-infecções comuns com um simples medicamento foi reduzida pela resistência do *N. gonorrhoeae* às tetraciclina. Hoje em dia, a terapia dupla é exigida em muitos casos para as infecções simultâneas por gonococos e clamídias. O cancroide e a sífilis simultâneos exigem um esquema multi-medicamentoso. A gravidade da doença causada por muitos patogenes sexualmente transmitidos (por ex., vírus do herpes simplex, *H. ducreyi*, *T. pallidum*) pode aumentar com a infecção por HIV e a SIDA, devendo o tratamento ser prolongado e intensificado.



RISCO DE REDUZIR A EFICÁCIA DE MEDICAMENTOS PARA OUTRAS INDICAÇÕES

Os medicamentos mais efectivos mas mais caros não devem ser reservados para os centros de referência. O uso de esquemas menos efectivos a nível dos cuidados primários desencoraja os pacientes de procurarem os tratamentos mais prontamente e rapidamente disponíveis e estimula a transmissão de infecções e o risco de resistência antimicrobiana aos antibióticos seleccionados.

Tem-se recorrido ao tratamento simultâneo com vários agentes para evitar a emergência de resistência nos indivíduos, durante a terapia da tuberculose. Desconhece-se a eficácia desta técnica na prevenção do surgimento de resistência nas populações com IST.

Infelizmente, a resistência a vários antimicrobianos é, por vezes, adquirida simultaneamente pelo *N. gonorrhoeae*. O uso de múltiplos medicamentos para tratar processos polimicrobianos (por ex., DIP) ou possíveis infecções simultâneas (por ex., tetraciclina para a co-infecção por clamídias nos casos de gonorreia), é largamente praticado e recomendado.

4.2 COMENTÁRIOS SOBRE CADA MEDICAMENTO

CEFALOSPORINAS

Várias cefalosporinas da terceira geração revelaram-se efectivas no tratamento da gonorreia. A cefixima tem a vantagem de ser um preparado oral. Também é provavelmente efectiva contra o cancroide, mas ainda não foi avaliada nessa condição. A eficácia da ceftriaxona no tratamento da gonorreia e do cancroide está bem documentada. Há uma sólida correlação positiva entre as concentrações inibidoras mínimas de penicilinas e cefalosporinas.

Além de tratar a gonorreia anogenital sem complicações, uma dose única de ceftriaxona é efectiva contra a oftalmia gonocócica dos recém-nascidos, a conjuntivite e a infecção da faringe. Dado o seu custo, é tentador usar doses de ceftriaxona abaixo dos 125 mg. Contudo, isso provavelmente acelerará o desenvolvimento de resistência, pelo que tais esquemas não são recomendados.

MACROLÍDEOS

A azitromicina é um antibiótico azalídeo, estruturalmente relacionado como macrolídeo eritromicina. É ligeiramente menos potente que a eritromicina contra alguns organismos Gram-positivos mas demonstra uma actividade superior contra uma vasta gama de



organismos Gram-negativos, incluindo *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus influenzae* e *Haemophilus ducreyi*.

Caracteriza-se por um espectro mais largo de actividade e uma menor incidência de eventos adversos e de interações com outros medicamentos. Tem uma baixa concentração no plasma, mas uma concentração elevada e prolongada nas células e tecidos, daí resultando uma extensa distribuição nos tecidos e acumulação intracelular. Isso torna-o um antibiótico ideal para o tratamento de infecções em tecidos profundos. Devido à sua longa meia-vida nos tecidos, uma dose diária única de 1g por via oral é recomendada no tratamento da infecção genital por clamídias.

Embora a Azitromicina oral tomada em doses de 2 g seja efectiva contra a *N.gonorrhoeae*, actualmente a OMS não a recomenda no tratamento de rotina desta infecção, devido à crescente intolerância gastro-intestinal do medicamento numa dose desse nível. Além disso, estudos feitos no Brasil, em três países das Caraíbas (Trinidad, Guiana e S.Vincente) e nos EUA, referiram a emergência de culturas de *N.gonorrhoeae* com reduzida sensibilidade à Azitromicina.^{12, 13, 14}

A Azitromicina provou ser também eficaz contra outras IST, como cancróide, donovanose e sífilis inicial, mas são necessários mais dados antes de se poder recomendar o seu uso generalizado nessas infecções.

Os dados preliminares indicam que a Azitromicina é segura para as mulheres grávidas, embora o número de mulheres nos ensaios do medicamento tenha sido reduzido até o momento, com um seguimento de duração muito curta. Actualmente, o medicamento está classificado como « Gravidez categoria B »¹⁵. Estudos aleatorizados, comparando o uso de um esquema de dose única de Azitromicina com eritromicina, no tratamento de clamídias em mulheres grávidas, indicam que a Azitromicina não só aumentou substancialmente a percentagem de curas, como também reduziu a ocorrência de efeitos colaterais associados

¹² Centro de Controlo e Prevenção de Doenças. A resistência da Fluoroquinolone à *Neisseria gonorrhoeae*, Hawaii, 1999, menor susceptibilidade à azitromicina na *N. gonorrhoeae*, Missouri, 1999. *JAMA* 2000 Oct 18;284(15):1917-9

¹³ Young H, Moyes A, Mcmillan A. *Neisseria gonorrhoeae* resistente à azitromicina e eritromicina após tratamento com azitromicina. *Int J STD AIDS* 1997; 8: 299-302.

¹⁴ Dillon R, Li H, Sealy J, Ruben M, The Caribbean GASP Network, Prabhakar P. Susceptibilidade antimicrobiana de focos de *Neisseria gonorrhoeae* em três países das Caraíbas: Trinidad, Guiana e S. Vincent. *Sex Transm Dis*, 2001. 28(9): p. 508-14

¹⁵ Gravidez categoria B – segura em estudos com animais, sem dados sobre os humanos.



aos tratamentos padrão com eritromicina.¹⁶ Num estudo, foi registado um número significativamente menor de efeitos colaterais gastrointestinais no grupo da Azitromicina do que no grupo da eritromicina (11,9% contra 58,1%, $P < 0,01$), enquanto que ambos os medicamentos tinham uma eficácia semelhante no tratamento (88,1% contra 93,0%, $P > 0,05$). Como não existem dados sobre a presença de Azitromicina no leite materno, o medicamento só deve ser administrado a mães em aleitamento quando não haja alternativa conveniente. Os dados existentes sobre a segurança da Azitromicina sugerem que ela pode ser dada mesmo a nível de cuidados primários de saúde, na condição de os agentes sanitários estarem devidamente preparados para alertar os pacientes quanto aos potenciais efeitos levemente adversos do medicamento.

SULFONAMIDAS

As sulfonamidas foram os primeiros medicamentos antibacterianos sistémico efectivos usados em seres humanos. São primariamente bacteriostáticas e agem interferindo com a síntese bacteriana do ácido fólico. São metabolizadas no fígado e excretadas pelos rins. Por norma são administradas por via oral, o que as torna preferíveis a outros antibacterianos. Contudo, com a crescente resistência das bactérias a estes medicamentos, o seu papel e importância diminuíram e foram largamente substituídos por outros antibacterianos mais efectivos e menos tóxicos.

Da adição de trimetoprim às sulfonamidas resulta um medicamento combinado,¹⁷ mais efectivo devido à acção sinérgica dos dois componentes; a combinação ajuda também a reduzir a resistência bacteriana, inibindo simultaneamente dois passos sequenciais do metabolismo bacteriano. No entanto, esta combinação atingiu o limite da sua utilidade no tratamento de IST como clamídias e a gonorreia. Embora alguns países ainda a usem no tratamento da infecção por gonococos, não é um agente antimicrobiano ideal para essa infecção.

Não se recomendam sulfonamidas no último trimestre da gravidez, porque podem causar icterícia no recém-nascido; também não são recomendadas no tratamento de infecções dos recém-nascidos e das mães em aleitamento, porque o sistema de enzimas hepáticas dos recém-nascidos é imaturo.

¹⁶ Wehbeh, H.A., et al., Azitromicina em dose única para a Clamídia nas grávidas. *J Reprod Med*, 1998. 43(6): p. 509-14.

¹⁷ A combinação geralmente mais conhecida deste tipo é trimetoprim/sulfametoxazol (antes conhecida por co-trimoxazol).



QUINOLONAS

Os agentes mais antigos, como a rosoxacina, já não são recomendados. No entanto, algumas das novas fluoroquinolonas representam uma promessa notável enquanto agentes orais para tratamento da gonorreia. O seu uso é contra-indicado na gravidez e não são recomendadas nas crianças e adolescentes, embora a ciprofloxacina esteja licenciada na Dinamarca para a profilaxia de dose única da doença meningocócica das crianças.

A actividade individual *in vitro* das fluoroquinolonas contra a *N. gonorrhoeae* varia grandemente. Há algumas provas de concentrações inibitórias mínimas crescentes em estirpes isoladas, após o tratamento com agentes menos activos. A ciprofloxacina é considerada como o agente com maior actividade contra a *N. gonorrhoeae*.

A *N. gonorrhoeae* resistente à quinolona (QRNG) tornou-se comum em zonas da Ásia e do Pacífico. Em 1996 a percentagem de gonococos resistentes à quinolona registadas nessas zonas ia de menos de 1% na Nova Zelândia a 15% na República da Coreia, 24% na Região Administrativa Especial de Hong Kong, da China, 53% no Camboja e 66% nas Filipinas.

Nos EUA, a QRNG é cada vez mais comum nas regiões ocidentais. As quinolonas já não são recomendadas no tratamento da gonorreia no Hawaii; na Califórnia, são usadas com precaução.¹⁸

A resistência da *N. Gonorrhoeae* às quinolonas continuará a expandir-se no mundo. É imperioso reforçar a vigilância da resistência antimicrobiana, para orientar as recomendações de tratamento.

É limitada a experiência do tratamento de infecções devidas clamídias com fluoroquinolonas. Dos agentes actualmente estudados, a Ofloxacina oferece o maior potencial quando administrada em doses de 300 mg 2 vezes ao dia durante 7 dias. É efectiva contra a infecção por gonorreia e clamídias, mas a utilidade do esquema é limitada pela duração da terapia, que pode prejudicar a obediência do paciente, e pelo alto custo do medicamento.

¹⁸ Centros de Prevenção e Controlo das Doenças. Orientações para o Tratamento de IST, 2002. *MMWR*, 2002, 51(RR-6):1-80.



TETRACICLINAS

Existem numerosas tetraciclina igualmente eficazes. Podem ser substituídas pela doxicilina e pelo hidro-cloreto de tetraciclina conforme adequado.

4.3 RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NA *N. GONORRHOEAE*

Há dois tipos principais de resistência antimicrobiana na *N. gonorrhoeae*:

- A resistência cromossômica envolve as penicilinas e uma vasta gama de outros agentes terapêuticos, como as tetraciclina, espectinomicina, eritromicina, quinolonas, tianfenicol e cefalosporinas;
- A resistência mediada pelos plasmídeos afecta as penicilinas e tetraciclina.

A *N. gonorrhoeae* com resistência cromossômica, os gonococos produtores de penicilinase com resistência mediada pelos plasmídeos e as estirpes de tetraciclina resistentes, todos estão em aumento e têm tido um importante impacto na eficácia dos esquemas tradicionais do tratamento da gonorreia.

A resistência cromossômica tem sido observada na *N. gonorrhoeae* desde a introdução das sulfonamidas nos anos 30. O seu significado actual é que as estirpes com resistência cromossômica são muitas vezes resistentes a numerosos agentes antimicrobianos que foram usados para tratar a gonorreia. Há também resistência cruzada entre a penicilina e as cefalosporinas de segunda e terceira geração. Esta tendência é inquietante, embora ainda não tenha significado face ao uso clínico da ceftriaxona. A resistência de alto nível à espectinomicina esporadicamente registada nos gonococos também é mediada pelos cromossomas.

A efetividade e a utilidade da actual vigilância da resistência dos gonococos são limitadas; torna-se necessário desenvolver um instrumento simples para avaliar e monitorizar a resistência antimicrobiana dos gonococos. A falta de normalização na metodologia dos testes de sensibilidade continua a ser um problema. Deviam usar-se métodos normalizados que incluíssem um conjunto de estirpes de referência. O teste de sensibilidade de difusão em disco continua deficientemente normalizado; um dos problemas é a falta de discos antimicrobianos com o conteúdo correcto.



4.4 RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA NA *H. DUCREYI*

A vigilância da susceptibilidade antimicrobiana do *H. ducreyi* é agravada pelas dificuldades técnicas na execução dos testes de sensibilidade. Muito poucos centros fornecem dados.

H. ducreyi criou resistência a vários antimicrobianos diferentes mas, exceptuando duas estirpes isoladas em Singapura no início da década de 1980, ainda não foi registada resistência à eritromicina; por isso, esta continua a ser o tratamento recomendado. A ceftriaxona e a ciprofloxacina são alternativas aceitáveis, visto que não foi registada resistência *in vitro* a qualquer destes medicamentos, embora se tenham observado frequentes falhas no tratamento com a ceftriaxona em pacientes tanto HIV-positivos como HIV-negativos num estudo realizado em Nairobi, Quênia, em 1991. A terapia de dose única de azitromicina anuncia-se como outra alternativa promissora, mas são necessários mais dados.

A resistência mediada pelos plasmídeos foi detectada perante a ampicilina, sulfonamidas, tetraciclina, cloranfenicol e estreptomicina. Todas as estirpes de *H. ducreyi* contém agora plasmídeos para beta-lactamase, muitos dos quais foram descritos. Nem a penicilina nem a ampicilina são presentemente efectivas contra o cancroide. Também a resistência à tetraciclina está generalizada. Tal como a *N. gonorrhoeae*, *H. ducreyi* pode também conter um grande plasmídeo capaz de mobilizar plasmídeos menores de resistência não conjugativa. A resistência ao trimetoprim e à tetraciclina pode ocorrer na ausência de plasmídeos.

A resistência às sulfonamidas está no momento generalizada; estirpes com reduzida sensibilidade ao trimetoprim têm cada vez maior prevalência no sueste asiático e em partes da África e da América do Norte. Onde as estirpes continuam sensíveis ao trimetoprim, o tratamento com este agente, sozinho ou combinado com uma sulfonamida, continua a ser efectivo.

No sueste asiático, enzimas controlados por plasmídeos inactivadores dos aminoglicosídeos reduziram a utilidade destes antimicrobianos no tratamento do cancroide. De momento, tal não se verifica na África ou em outras partes do mundo.



5. ASPECTOS PRÁTICOS DO TRATAMENTO DE CASOS DE IST

5.1 PACOTE DE SAÚDE PÚBLICA PARA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS IST

Pode-se conseguir uma efectiva prevenção e controlo das IST usando uma combinação de respostas que constituem o “pacote de saúde pública”. Indicam-se abaixo as suas componentes essenciais.

Pacote de saúde pública para prevenção e controlo das IST: componentes essenciais

- promoção de comportamentos sexuais mais seguros
- programação dos preservativos – abrangendo uma série de acções, desde a promoção dos preservativos ao planeamento e gestão do suprimentos e distribuição
- promoção de comportamentos de procura de cuidados de saúde
- integração da prevenção e cuidados das IST nos cuidados primários de saúde, nas unidades de cuidados de saúde reprodutiva, clínicas privadas e outras
- serviços específicos para populações em risco – trabalhadores sexuais de ambos os sexos, adolescentes, condutores de camiões de longo curso, militares e prisioneiros
- tratamento abrangente dos casos de IST
- prevenção e cuidados da sífilis congénita e conjuntivite neonatal
- detecção precoce das infecções sintomáticas e assintomáticas.

5.2 TRATAMENTO ABRANGENTE DOS CASOS DE IST

Uma das componentes essenciais do pacote de saúde pública é o tratamento abrangente dos casos de IST, incluindo a identificação do síndrome, o seu tratamento antimicrobiano, educação do paciente, distribuição de preservativos, aconselhamento, e notificação e tratamento dos parceiros sexuais.

IDENTIFICAÇÃO DO SÍNDROME

Deve-se garantir a possibilidade de tratar os casos de IST em qualquer unidade de saúde, tanto do sector público como do privado. Um componente essencial será a privacidade da consulta. Dependendo de quem presta os cuidados, pode também ser necessário garantir certas condições, como uma mesa ou marquesa de exame com iluminação adequada, luvas, seringas, espéculos, equipamento de esterilização e materiais de laboratório.



Para os indivíduos que procuram a avaliação de uma IST, os cuidados adequados incluem os seguintes componentes:

- fazer o historial, incluindo avaliação dos riscos comportamentais, demográficos e médicos
- exame físico, em especial da zona genital; esta é uma actividade que, em certas condições, deve ser abordada com mais sensibilidade e compreensão
- definição de um diagnóstico sintromico ou com base em testes laboratoriais
- terapia curativa ou paliativa, usando o antimicrobiano mais efectivo para o patogene, desde a primeira visita do paciente
- educação e aconselhamento do paciente (onde houver serviços de aconselhamento), incluindo informações sobre:
 - adesão ao tratamento
 - natureza da infecção
 - importância da notificação do parceiro e do seu tratamento
 - redução dos riscos e prevenção de ulterior transmissão da IST
 - percepção do risco de HIV e avaliação
- seguimento clínico, quando adequado e possível.

São quatro as principais componentes do controlo das IST:

- educação dos indivíduos em risco sobre os modos de transmissão da doença e os meios de reduzir os riscos dessa transmissão
- detecção da infecção em indivíduos assintomáticos e nos que, sendo sintomáticos, porventura não procurem nem diagnóstico nem serviços terapêuticos
- tratamento efectivo dos indivíduos infectados que procuram cuidados
- tratamento e educação dos parceiros sexuais de indivíduos infectados.

A prevenção das IST baseia-se primariamente na alteração dos comportamentos sexuais que coloquem as pessoas em risco e na promoção do uso de preservativos.

TRATAMENTO ANTIMICROBIANO DO SÍNDROME

Sejam quais forem os meios usados no diagnóstico — diagramas ou testes laboratoriais — a disponibilidade e uso de antimicrobianos efectivos é uma exigência absoluta. Os medicamentos devem estar disponíveis desde o primeiro contacto com o paciente de IST. O tratamento efectivo deve também estar disponível e ser usado no sector privado.



EDUCAÇÃO DO PACIENTE

Entre outras coisas, os pacientes devem ser informados sobre a natureza da infecção e a importância de tomarem as doses completas do medicamento.

Uma consulta de IST é uma oportunidade única para educar para prevenir o HIV e as IST junto de pessoas que, por definição, estejam em risco de tais infecções. Os adolescentes são um grupo alvo particularmente importante para a prevenção primária, porque têm ainda pela frente a maior parte da sua vida sexual activa e reprodutiva. Além disso, os adolescentes podem estar menos inclinados a reflectir sobre os riscos de contraírem uma IST.

Os profissionais da saúde que tratem pacientes com IST devem criar-lhes condições que promovam comportamentos sexuais mais seguros. A avaliação dos comportamentos é parte integrante do historial duma IST e os pacientes devem ser educados quanto ao modo de reduzir os riscos de contraírem uma IST ou HIV, incluindo a abstinência, uma cuidadosa selecção dos parceiros e o uso de preservativos.

Deve haver preservativos disponíveis em todas as unidades de saúde que prestem serviços para IST. Devem também dar-se instruções sobre o seu uso adequado. Embora os preservativos não constituam uma protecção absoluta contra qualquer infecção, se devidamente usados reduzem em muito o risco de infecção. O problema da prevenção da gravidez também deve ser abordado, insistindo-se na dupla protecção. Os adolescentes devem ser instruídos quanto aos locais onde podem ter acesso a conselhos sobre a contracepção e a futuras distribuições de preservativos.

FORNECIMENTO DE PRESERVATIVOS

A promoção do uso de preservativos exige que as autoridades sanitárias garantam a existência de um fornecimento adequado de preservativos de boa qualidade e a preço acessível, nas unidades de saúde e em outros locais de distribuição na comunidade. A promoção social dos preservativos é outro modo de aumentar o acesso aos preservativos.

ACONSELHAMENTO

Uma consulta de IST oferece a oportunidade de o agente de saúde discutir e explorar com o paciente, numa base individual, os seus factores de risco perante o HIV/IST e outros aspectos relacionados com a prevenção e o tratamento. Por norma, trata-se de dar



informações sobre as IST e a respectiva prevenção, o uso de preservativos e a notificação do parceiro. Esta educação para a prevenção é uma parte essencial das consultas de IST.

Contudo, a simples informação não é normalmente suficiente para que os pacientes avaliem com exactidão os seus próprios riscos de infecção, para que encarem o desafio de informar o(s) parceiro(s), evitem infecções futuras ou tratem as complicações das IST. Algumas questões suscitadas no decurso de uma consulta de IST podem provocar reacções emocionais do paciente. É por isso que o aconselhamento se deve seguir à educação.

Definimos aqui *aconselhamento* como um processo de interacção confidencial, durante o qual um prestador de cuidados pode ajudar um paciente a reflectir sobre problemas associados a uma IST e a explorar possíveis linhas de acção. Muitas vezes é necessário construir competências e praticar diversos comportamentos, o que pode exigir múltiplas visitas. O aconselhamento exige mais tempo do que o método tradicional de transmitir informações; também exige do prestador de cuidados maior empatia e melhor compreensão da situação social e económica do paciente, além da capacidade de controlar as suas próprias atitudes e de evitar juízos de valor.

Entre os pontos a abordar numa sessão de aconselhamento mencionam-se:

- informar parceiro(s) ou cônjuge sobre o diagnóstico da IST (opção: essa informação é transmitida pelo prestador de cuidados ou pelo paciente)
- avaliar os riscos do paciente para o HIV e decidir quanto a fazer ou não o teste respectivo
- apreender, e conviver, com complicações perturbantes das IST, como infertilidade e sífilis congénita
- lidar com uma IST incurável, como o herpes genital, que pode ser transmitido ao(s) parceiro(s) ou cônjuge
- prevenir futuras infecções, incluindo estratégias de conversas com o(s) parceiro(s) ou cônjuge sobre o uso de preservativo
- confidencialidade, revelação e risco de violência ou de reacções de estigmatização por parte do cônjuge, parceiro(s), família ou amigos
- dar aos pacientes a possibilidade de controlarem a própria vida e de se responsabilizarem pela prevenção da doença.



Antes de oferecer aconselhamento aos pacientes de IST, o prestador de cuidados deve:

- identificar as necessidades do utente, que pode sentir-se ansioso perante um aspecto específico da IST, ou pode ter uma necessidade especial de avaliar confidencialmente um risco ou de planear a redução desse risco
- ter competência para aconselhar, dispondo de privacidade e de tempo (por norma, 15–20 minutos), incluindo disponibilidade para conversas de seguimento, se adequado.

Geralmente, estas condições não se encontram numa clínica de IST muito frequentada ou numa unidade de consultas externas. Assim, sugere-se que, quando se identificar uma necessidade no campo do aconselhamento, o paciente seja referido para um serviço de aconselhamento próximo, caso exista. Se não existir, pode ser designado um assistente social ou de saúde que dê o aconselhamento. Essa pessoa deve ter formação e deve dispor do espaço e tempo necessários ao aconselhamento. Embora nem todos os adolescentes necessitem de ser referidos para aconselhamento, eles têm uma necessidade bem reconhecida de conversar com alguém que lhes mereça confiança e que esteja bem informado. Ligações a grupos locais de apoio que trabalhem com jovens podem reforçar o aconselhamento clínico prestado nas unidades de saúde e estimular os pacientes a voltarem à clínica no futuro, caso necessitem.

Em muitos países em desenvolvimento onde os recursos para a saúde são escassos, os serviços de aconselhamento nem sempre estão genericamente acessíveis. Contudo, reconhece-se que algumas das qualidades necessárias ao aconselhamento — compreensão, sensibilidade e capacidade de comunicar — são qualidades que muitos profissionais da saúde já possuem e aplicam diariamente, no seu contacto com os pacientes. Mesmo sem uma formação específica em aconselhamento, os profissionais da saúde devem ser estimulados a travar com os pacientes um diálogo sobre as IST, para explorarem a avaliação dos riscos e as opções individuais em matéria de comportamentos, identificando os que precisam de mais apoio emocional, se esse apoio estiver disponível.

NOTIFICAÇÃO DOS PARCEIROS SEXUAIS E SEU TRATAMENTO

Contactar os parceiros sexuais de utentes com IST, peresuadi-los a apresentarem-se numa unidade que preste serviços de IST e tratá-los — com prontidão e efetividade — são elementos essenciais de qualquer programa de controlo de IST. No entanto, estas acções devem ser executadas com sensibilidade e respeito pelos valores sociais e culturais,



evitando problemas de ordem ética e prática como rejeição e violência, sobretudo contra as mulheres.

Os parceiros sexuais de pacientes com IST estarão provavelmente infectados e há que oferecer-lhes tratamento. Podem-se evitar re-infecções e uma maior transmissão das IST graças à referência dos parceiros sexuais para diagnóstico e tratamento. As parceiras de pacientes masculinos com IST podem ser assintomáticas; assim, a notificação e tratamento dos parceiros dá uma oportunidade para identificar e tratar pessoas que, de outro modo, não receberiam tratamento. Deve-se considerar a notificação dos parceiros sempre que se diagnostique uma IST, independentemente do local onde os cuidados forem prestados.

A notificação pode operar-se por via do paciente ou do prestador de cuidados. Se é pelo *paciente*, o indivíduo infectado é encorajado a notificar o(s) parceiro(s) sobre a sua possível infecção, sem o envolvimento directo dos prestadores de cuidados de saúde. Na notificação pelo *prestador*, é o agente de saúde a notificar o(s) parceiro(s) do paciente.

A notificação dos parceiros deve ocorrer de tal modo que toda a informação se mantenha confidencial. Deve ser um processo voluntário e não coercivo, com o objectivo de garantir que os parceiros sexuais de pacientes com IST, incluindo os assintomáticos, sejam referidos para avaliação.

O tratamento dos parceiros sexuais baseia-se no conhecimento do diagnóstico (síndromico ou específico) do paciente inicial. Podem adoptar-se estas três estratégias no tratamento dos parceiros:

- oferecer tratamento epidemiológico imediato (tratamento baseado apenas no diagnóstico do paciente inicial) sem testes laboratoriais
- oferecer tratamento epidemiológico imediato, mas recolher amostras para subsequente confirmação pelo laboratório
- retardar o tratamento até dispor dos resultados definitivos dos testes de laboratório.

A estratégia escolhida dependerá do seguinte:

- risco de infecção
- gravidade da doença
- disponibilidade de tratamento efectivo
- possibilidade de a pessoa voltar às consultas de seguimento



- infra-estrutura existente para o seguimento de pacientes
- possibilidade de tratamento eficaz
- possibilidade de contaminação, se não for feito o tratamento epidemiológico.

Nota

- A OMS recomenda que o tratamento epidemiológico (com o mesmo esquema que foi usado para o paciente original) seja administrado a todos os parceiros sexuais.

5.3 ACESSO AOS SERVIÇOS

A prestação de serviços acessíveis, aceitáveis e efectivos é importante para o controlo das IST. Em muitos países em desenvolvimento e nos industrializados, os pacientes poderão escolher o serviço onde procurar cuidados de IST e podem encontrá-lo no sector público, no sector privado e no sector informal. Ao garantir o acesso universal a programas adequados de IST, deve-se aceitar que os pacientes procurem os cuidados numa mistura destas origens. Em muitos países, os cuidados de IST encontram-se fora do sector público. Um programa equilibrado e abrangente pode exigir o reforço de todos os prestadores de cuidados de saúde capazes de prestar serviços de IST.

Afirma-se, com frequência, que os cuidados de IST de alta qualidade devem ser prestados por pessoal clínico especializado em unidades de saúde específicas para as IST. No entanto, a inacessibilidade, a não aceitação e a quantidade de recursos humanos e económicos exigidos fazem com que esse método de prestação de serviços ao público em geral não seja praticável.

Recomenda-se que os serviços de rotina para IST sejam integrados nos cuidados primários de saúde. Clínicas especializadas no tratamento das IST (chamadas por vezes clínicas específicas) podem ser particularmente úteis na prestação de cuidados primários, em ambiente urbano, a grupos específicos, como os profissionais do sexo e os seus clientes, trabalhadores imigrantes, camionistas e outros grupos com deficiente acesso a cuidados de saúde. Por terem uma concentração de peritos em IST, essas clínicas também podem oferecer serviços de referência aos serviços de cuidados primários, às consultas externas dos hospitais, médicos privados, etc. Em casos seleccionados, as clínicas especializadas podem ser reforçadas como centros de referência, para dar aos profissionais da saúde formação no tratamento de IST, informação epidemiológica (por ex., a prevalência de agentes etiológicos nos síndromes e a susceptibilidade antimicrobiana), e investigação operacional (por ex., estudos sobre a possibilidade e validade de abordagens algorítmicas).



Com frequência, os adolescentes não estão informados sobre os serviços existentes, a sua localização, horário de funcionamento, preço, etc. Mesmo quando conhecem os serviços, sentem relutância em procurar ajuda quanto a diagnóstico e tratamento. Ficam muitas vezes inibidos e preocupam-se com o estigma social. Temem também as reacções negativas dos profissionais da saúde e a falta de sigilo. Em muitos países, estão em curso iniciativas para tornarem os serviços de saúde mais receptivos aos adolescentes e mais capazes de responder às suas necessidades específicas.



6. CRIANÇAS,¹⁹ ADOLESCENTES E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMITIDAS

Na década passada, a violência e abuso sexual de crianças e adolescentes foram reconhecidos como graves problemas sociais, a exigir a atenção dos decisores políticos, dos educadores e de grande variedade de profissionais que prestam serviços sociais e de saúde. À medida que os investigadores vão documentando os graves efeitos do abuso sexual na saúde física e mental deste grupo, a abordagem das vítimas afirma-se como um importante aspecto dos cuidados de saúde das crianças e adolescentes, tanto no mundo em desenvolvimento como no industrializado.

É importante uma abordagem normalizada ao tratamento das IST em crianças e adolescentes sob suspeita de terem sido abusados sexualmente, porque a infecção pode ser assintomática. Uma IST que não seja diagnosticada e que fique sem tratamento pode dar origem a uma complicação imprevista e, numa fase ulterior, pode ser transmitida a outros.

Nem sempre os prestadores de cuidados de saúde tiveram consciência das ligações entre o abuso sexual e as IST em crianças. No passado, as crianças suspeitas de terem sido abusadas sexualmente não eram, por rotina, submetidas a um exame de IST. Aquelas a quem era diagnosticada uma IST também não eram investigadas para detectar a fonte da infecção, supondo-se que a teriam contraído por via não sexual, como pelo uso de um toalha contaminada ou pelo contacto com um indivíduo infectado, ao dormir em aposentos sobrelotados.

A identificação de um agente sexualmente transmissível numa criança após o período neonatal é, na grande maioria dos casos, indiciadora de abuso sexual. Contudo, há excepções: por exemplo, a infecção rectal ou genital com *C. trachomatis* nas crianças pequenas pode ser devida a uma infecção adquirida na fase perinatal, a qual pode persistir durante até três anos. Além disso, a VB e o micoplasma genital foram identificados tanto em crianças vítimas como não vítimas. As verrugas genitais, embora sugestivas de abuso, só por si não são indicativas, na ausência de outras provas. Quando

¹⁹ A OMS define as crianças como pessoas com idade entre os 0 e 9 anos.



única prova de abuso for o isolamento de um organismo ou a detecção de anticorpos de um agente sexualmente transmissível, devem-se confirmar e considerar cuidadosamente os factos.

Nas crianças e adolescentes, os casos de abuso sexual de ambos os sexos são provavelmente muito mais generalizados do que normalmente se crê. Muitos casos envolvem familiares, amigos e outros adultos em contacto íntimo e legítimo com a criança ou adolescente. Pode ser difícil identificar o perpetrador. Os profissionais da saúde que suspeitem de abuso devem analisar as opções existentes quanto a aconselhamento especializado, apoio social e reparação.

Sublinha-se que um tratamento completo destes pacientes deveria incluir serviços de apoio psicológico e social.

6.1 AVALIAÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

O exame de crianças e adolescentes para detectar abuso ou violência sexual deve ser feito de modo a minimizar a possibilidade de trauma adicional. A decisão de avaliar cada indivíduo quanto a IST deve ser tomada caso a caso.

Os agentes de cuidados de saúde que lidam com crianças e adolescentes devem mostrar respeito perante eles e manter o sigilo. Devem ter formação para saberem obter um bom historial médico e sexual e saberem como ultrapassar o medo do paciente face ao exame pélvico.

Entre as situações com alto risco de IST que recomendam fortemente a execução de testes citam-se as seguintes:

- um suposto agressor que se sabe ter uma IST ou estar em risco de contrair IST
- sintomas e sinais de IST no exame físico.

Deve-se ter especial cuidado na recolha das amostras necessárias, para evitar ao paciente traumas desnecessários de natureza psicológica e física. As manifestações clínicas de algumas IST podem ser diferentes nas crianças e adolescentes, comparando àquelas dos adultos. Algumas infecções são assintomáticas ou irreconhecíveis. Raramente, ou nunca, é necessário usar o espéculo pediátrico no exame de pré-púberes vítimas de abuso sexual. Nessas situações, a competência, a sensibilidade e a experiência são mais importantes do que qualquer tecnologia especialmente desenvolvida. Os clínicos que procedam a exames



exames e à recolha de amostras devem ter formação especial para a avaliação do abuso/violência em crianças e adolescentes.

O agendamento dos exames dependerá da história da violência ou abuso. Se a exposição inicial for recente, será necessária uma visita de seguimento cerca de uma semana após a última exposição sexual, para repetir o exame físico e recolher amostras adicionais, de modo a dar tempo suficiente para que as infecções incubem.

Do mesmo modo, a fim de dar tempo suficiente para que os anticorpos se desenvolvam, também é necessária outra visita de seguimento cerca de 12 semanas após a última exposição sexual, para colheita de soro. Um único exame pode ser suficiente, se a criança ou adolescente foi abusado durante um período longo de tempo e/ou se o último episódio de abuso ocorreu algum tempo antes de o paciente se apresentar para avaliação médica. Seguem-se algumas recomendações que são uma orientação geral quanto aos exames.

EXAME INICIAL

Um exame inicial, assim como qualquer exame de seguimento, deve incluir:

- Culturas de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* de amostras colhidas na faringe e no ânus de ambos os sexos, na vagina das meninas e na uretra dos rapazes. Nas meninas pré-púberes não se devem recolher amostras do colo do útero. Nos rapazes e na presença de corrimento, uma amostra de descarga uretral do meato substitui adequadamente uma amostra de swab intra-uretra recolhida com algodão. Para isolar a *N. gonorrhoeae*, só devem usar-se sistemas normalizados de cultura.
- Análise microscópica a fresco de amostra vaginal colhida com algodão, para infecção por *T. vaginalis*. A presença de células indicativas (clue cells) sugere uma VB se a criança tiver corrimento vaginal. Estas células ou outros indicadores da VB não são indício claro de exposição sexual, quer na presença, quer na ausência de corrimento vaginal.
- Cultura de tecidos para o vírus do herpes simplex (onde possível) e microscopia de campo escuro ou teste directo anticorpos fluorescente do *T. pallidum* de amostra colhida nas vesículas ou úlceras das crianças de qualquer idade e dos adolescentes.
- Recolha de amostra de soro que será guardada para análise posterior, se os testes serológicos do seguimento forem positivos. Se a última exposição sexual ocorreu mais de 12 semanas antes do exame inicial, o soro deve ser imediatamente testado para detecção de anticorpos dos agentes sexualmente transmissíveis. Entre os agentes para os



quais existem testes eficazes incluem-se o *T. pallidum* e os vírus do HIV e da hepatite B. A escolha dos agentes para os testes serológicos deve ser feita caso a caso.

EXAME 12 SEMANAS APÓS O ASSÉDIO

Recomenda-se um exame cerca de 12 semanas depois de ocorrer a última exposição sexual, para dar tempo a que se desenvolvam anticorpos dos agentes infecciosos. Devem-se realizar testes serológicos dos seguintes agentes: *T. pallidum* e vírus do HIV e da hepatite B.

A prevalência de infecções com os agentes mencionados acima varia muito entre as comunidades. Será importante saber se havia factores de risco presentes no agressor/violador. Os resultados dos testes ao vírus da hepatite B devem ser interpretados com cautela, já que o vírus da hepatite B pode ser transmitido por vias não sexuais, bem como pelas sexuais. Mais uma vez, a escolha dos testes deve ser feita caso a caso.

TRATAMENTO POR PRESUNÇÃO

São poucos os dados que permitam avaliar o risco de uma criança contrair uma IST como resultado de abuso sexual. Crê-se que o risco é reduzido em muitas circunstâncias, embora esta opinião não esteja devidamente documentada.

O tratamento por presunção de crianças sexualmente violentadas ou abusadas não é genericamente recomendado, porque as meninas parecem estar em menor risco de contrair a infecção que as adolescentes ou as mulheres adultas, além de que se pode normalmente garantir um seguimento regular. Contudo, algumas crianças ou os pais/tutores podem sentir-se muito preocupados com a possibilidade de surgir uma IST, mesmo que o risco seja reduzido na opinião do prestador de cuidados de saúde. Em certas circunstâncias, a correspondência às preocupações do paciente pode sugerir a oportunidade do tratamento por presunção.

SUSCEPTIBILIDADE E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DAS IST NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Entre adolescentes e adultos há diferenças na epidemiologia das IST; embora as apresentações clínicas sejam semelhantes, considera-se que os adolescentes são biologicamente mais susceptíveis de infecção e correm maior risco de morbilidade. Algumas destas diferenças foram mascaradas pela prática comum de, nas notificações, se incluírem os adolescentes (10–19 anos) na mesma categoria que os jovens (15–24 anos) e pela pouca geral atenção concedida às jovens mulheres casadas e grávidas.



Na maioria dos casos, a apresentação das IST é semelhante ao que se observa nos adultos. Na altura da puberdade e da adolescência, o tracto genital feminino passa por mudanças que dão resposta aos níveis crescentes de hormonas ovarianas. A par das alterações anatómicas e fisiológicas, o epitélio vaginal começa a segregar um muco. Isso faz com que a adolescente desenvolva um corrimento vaginal branco, que é fisiológico. Assim, por norma o corrimento vaginal é um mau indicador da presença de infecção, seja por gonococos, seja por clamídias.

SUSCEPTIBILIDADE

Nas meninas pré-púberes, o epitélio cilíndrico estende-se desde o canal endo-cervical até à passagem da vagina para o colo do útero. Este ectrópio cervical, normalmente presente em 60–80% das adolescentes sexualmente activas, associa-se a um maior risco de infecção por *C. trachomatis*. Além disso a *N. gonorrhoeae*, que infecta o epitélio cilíndrico, coloniza rapidamente esta superfície exposta. A exposição a patógenos cancerígenos, como o vírus do papiloma humano, aumenta o risco de discariose e carcinoma nas idades juvenis. Acresce que, como a produção do muco cervical e a imunidade humoral estão ausentes até ao início da ovulação, o risco de complicações é maior nas adolescentes imaturas expostas à infecção do que nas mulheres fisicamente maduras. A infecção ascendente e, por consequência, a DIP, são por isso mais frequentes nas adolescentes pré-púberes sexualmente activas e nas com puberdade precoce.

INFECÇÕES CERVICAIS

Cerca de 85% das infecções por gonococos serão assintomáticas nas mulheres. Contudo, pode ocorrer comichão na vulva, ligeiro corrimento, uretrite ou proctite. Nas meninas pré-púberes pode surgir uma vulvo-vaginite purulenta.

Do mesmo modo, a infecção por *C. trachomatis* é assintomática na maioria dos casos. Os sintomas que podem ocorrer nas adolescentes são sangramentos inter-menstruais póscoito e um aumento das secreções vaginais.

DOENÇA DA ÚLCERA GENITAL

A apresentação da sífilis é a mesma nos adolescentes e adultos. As fases do cancro primário, as manifestações da sífilis secundária, a sífilis latente e as respostas serológicas são idênticas em ambos os grupos.



VERRUGAS ANOGENITAIS

As verrugas apresentam lesões condilomatosas, papulares ou lisas, tal como nos adultos.

INFECÇÃO VAGINAL

A *T. vaginalis*, a candidíase e a VB são as três causas patológicas comuns de corrimento vaginal anormal. A *T. vaginalis* é sexualmente transmissível e causa um corrimento desagradável e fétido, com irritação e dores na vulva. Também pode não apresentar quaisquer sintomas.

A *C. albicans* não é comum nas adolescentes antes da puberdade. Quando presente, a adolescente pode ter corrimento, comichão na vulva, dispareunia, dor peri-anal ou fissura no introitus. Os ataques de vulvite devida à cândida podem ser de natureza cíclica e corresponder à menstruação.

A VB não causa vulvite e a adolescente não se queixará de comichão ou dores.



ANEXO 1

LISTA DE PARTICIPANTES**REUNIÃO DO GRUPO CONSULTIVO PARA O TRATAMENTO
DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS****GENEBRA, 11–14 DE MAIO DE 1999**

- **Dr Hilda Abreu**, Departamento de Enfermedades de Transmision Sexual, Ministerio de Salud Publica, Uruguai
- **Prof. Michel Alary**, Centre hospitalier affilié à l'Université Laval, Canadá
- **Dr Chitwarakorn Anupong**, Venereal Disease Division, Department of Communicable Diseases Control, Ministry of Public Health, Tailândia
- **Dr Ron Ballard**, South African Institute for Medical Research, University of Witwatersrand, África do Sul
- **Dr Ilze Jakobsone**, State Centre of STD, Letónia
- **Dr Maina Kahindo**, Family Health International, Quénia
- **Prof. Ahmed Latif**, medical School, University of Zimbabwe, Zimbabwe
- **Dr Elisabeth Madraa**, National AIDS/STD Control Programme, Ministry of Health, Uganda
- **Dr J.E. Malkin**, Institut Alfred Fournier, França
- **Dr Evaristo Marowa**, AIDS Coordination Programme, NACP, Zimbabwe
- **Prof. A. Meheus**, Epidemiology and Community Medicine, University of Antwerp, Bélgica
- **Dr F. Moherdau**, Coordenacao Nacional de Doencas Sexualmente Transmissiveis e AIDS, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Brasil
- **Dr Ibra Ndoye**, Union Africaine contre les Maladies Vénériennes et les Tréponématoses, Centre des MST, Institut d'Hygiène, Senegal
- **Dr Beatriz Orozco**, Clinica las Americas, Colômbia
- **Dr bte Ali Rohani**, Disease Control Division (STD/AIDS), Ministry of Health, Malásia
- **Dr Carolyn Ryan**, Division of STD/HIV Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, EUA



- **Dr Barbara Suligoi**, Istituto Superiore di Sanita, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Centro Operativo AIDS, Itália
- **Dr R.O. Swai**, National AIDS Control Programme, Tanzânia
- **Dr Tram Thinh**, Venereology-Dermatology Hospital, Vietname
- **Dr Johannes van Dam**, Horizons, Washington, DC, Estados Unidos

ESCRITÓRIOS REGIONAIS DOS EUA

- **AFRO: Dr Mamadou Ball**, Consultor Regional para o HIV/SIDA/IST
- **AMRO: Dr Fernando Zacarias**, Coordenador Regional para o HIV/SIDA/IST
- **EMRO: Dr Puru Shrestha**, Consultor Regional para o HIV/SIDA/IST
- **EURO: Dr Alexander Gromyko**, Consultor Regional para o HIV/SIDA/IST
- **SEARO: Dr Jai Narain**, Consultor Regional para o HIV/SIDA/IST
- **WPRO: Dr Gilles Pomerol**, Consultor Regional para o HIV/SIDA/IST

SECRETARIADO DA OMS

- **Dr Antonio Gerbase**, OMS, Iniciativa sobre HIV/SIDA e IST (HSI)
- **Dr Francis Ndowa**, UNAIDS/Departamento de Política, Estratégia & Investigação (PSR)
- **Dr Kevin O'Reilly**, WHO, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Dr V. Chandra-Mouli**, OMS, Saúde das Crianças e Adolescentes (CAH)
- **Dr Ya Diul Mukadi**, OMS, Doenças Transmissíveis (CDS)
- **Dr Monir Islam**, OMS, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Ms Bidia Deperthes**, STP, OMS, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Ms Vivian Lopez**, STP, OMS, Iniciativa sobre HIV/SIDA e IST (HSI)



ANEXO 2

LISTA DE PARTICIPANTES**REUNIÃO CONSULTIVA PARA MELHORAR O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS****GENEBRA, PALÁCIO DAS NAÇÕES, 28–20 DE NOVEMBRO DE 2001**

- **Dr Iyanthi Abeyewickreme**, National STD/AIDS Control Programme, Department of Health Services, Colombo, Sri Lanka
- **Dr Kamal Alami**, STD/AIDS Control Programme, Ministry of Public Health, Marrocos
- **Prof. Michel Alary**, Un. de Recherche en Santé des Populations, Hôpital du St-Sacrement, Canadá
- **Dr Georg M. Antal**, Suíça
- **Prof. Ron Ballard**, Syphilis & Chlamydia Branch, CDC, EUA
- **Dr Adele Schwartz Benzaken**, Governo do Amazonas, Instituto de Dermatologia Tropical e Venerologia, Brasil
- **Dr Xiang-Sheng Chen**, National Center for STD and Leprosy Control, Institute of Dermatology, CAMS, China
- **Dr Chitwarakorn Anupong**, Venereal Disease Division, Department of Communicable Diseases Control, Ministry of Public Health, Tailândia
- **Dr Nadine Cornier**, Médecins sans frontières, Suíça
- **Dr Gina Dallabetta**, Technical Support/Prevention, Family Health International, EUA
- **Ms Kate Flore**, EUA
- **Dr Gérard Gresenguet**, Centre national de Référence des MST/SIDA, República Centrafricana
- **Dr Heiner Grosskurth**, HIV/STI Prevention and Care, The Population Council, India
- **Dr Pushpa Gupta**, Department of Preventive and Social Medicine, University College of Medical Sciences, GTB Hospital, Shahadara, India
- **Dr Sarah Hawkes**, Population Council, India
- **Dr Anatoli Kamali**, Medical Research Council, Research Programme on AIDS, Uganda



- **Dr Fred Kambugu**, STD Control Unit, STD/AIDS Control Programme, Ministry of Health, Uganda
- **Prof. Gunta Lazdane**, Department Obstetrics and Gynaecology, Medical Academy of Latvia, Letónia
- **Dr K.B. Manneh**, Disease Control, Department of State of Health and Social Welfare, Medical Headquarters, Gâmbia
- **Dr Philippe Mayaud**, Clinical Research Unit, Department of Infectious and Tropical Diseases, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Reino Unido
- **Prof. André Z. Meheus**, Epidemiology and Community Medicine, University of Antwerp, Bélgica
- **Dr Julitta Onabanjo**, HIV/AIDS Cluster Team, TSD, UNFPA, EUA
- **Dr A.B.M. Mafizur Rahman**, STD Programme, Botswana
- **Dr Caroline Ryan**, International Activities National Centre for HIV, STD and TB Prevention, CDC, Division of STD Prevention, EUA
- **Dr Phal Sano**, NCHADS STD Unit National Center for HIV/AIDS Dermatology and STD, Cambodja
- **Dr Pachara Sirivongrangson**, Venereal Disease Division, Ministry of Public Health, Tailândia
- **Dr Johannes van Dam**, Horizons Program, Population Council, EUA
- **Dr Bea Vuylsteke**, STI Unit Projet RETRO-CI, Côte d'Ivoire
- **Dr Qian-Qiu Wang**, National Center for STD and Leprosy Control, China
- **Dr Beryl West**, MRC Laboratories, Gâmbia
- **Dr Htun Ye**, Reference Centre for STD Department of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Institute for Medical Research, África do Sul
- **Dr K. Yeboah**, Programa Nacional de Luta contra a SIDA, Gana



ESCRITÓRIOS REGIONAIS DOS EUA

- **AFRO:** Dr Mamadou Ball, Ponto Focal das IST
- **EMRO:** Dr Jihane Tawilah, Conselheiro Regional para o HIV/SIDA/IST
- **EURO:** Dr Ulrich Laukamm-Josten, Secretariado do Grupo de Trabalho das IST
- **WPRO:** Dr Nguyen Thi Thanh Thuy, HSI Focus

SECRETARIADO DA OMS

- **Dr Isabelle de Zoysa**, Directora da Prevenção do HIV (HIV)
- **Dr Francis Ndowa**, Prevenção do HIV, Unidade das IST (HIV/IST)
- **Dr Antonio Gerbase**, Prevenção do HIV, Unidade das IST (HIV/IST)
- **Dr David Mabey**, Prevenção do HIV (HIV)
- **Dr Kevin O'Reilly**, Prevenção do HIV (HIV)
- **Dr Sibongile Dlodlu**, Prevenção do HIV, Unidade das IST (HIV/IST)
- **Dr George Schmid**, Prevenção do HIV (HIV)
- **Dr V. Chandra-Mouli**, Saúde das Crianças e Adolescentes (CAH)
- **Dr Monir Islam**, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Dr Nathalie Broutet**, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Mrs Bidia Deperthes**, Saúde Reprodutiva e Investigação (RHR)
- **Dr Mark Perkins**, Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR)
- **Dr Rosanna Peeling**, Programa Especial de Investigação e Formação em Doenças Tropicais (TDR)
- **Dr Robert Scherpbier**, Doenças Transmissíveis/Tuberculose (CDS/TB)
- **Dr Salah-Eddine Ottmani**, Doenças Transmissíveis/Tuberculose (CDS/TB)
- **Dr Annapaola De Felici**, Vigilância e Resposta às Doenças Transmissíveis (CSR/DRS)
- **Dr Paula Munderi**, Medicamentos Essenciais e Política Medicamentosa (EDM)

Para receber mais informações, por favor, contacte:

Departamento de Pesquisa e Saúde Reprodutiva

Organização Mundial de Saúde

20 Avenue Appia , CH-1211 Genebra 27, Suíça

Telefone: +41 22 791 4189

Correio electrónico (e-mail): reproductivehealth@who.int

Web site: http://www.who.int/Reproductive_health

