



Doenças sexualmente transmissíveis

Resumo de diretriz NHG M82 (primeira revisão, setembro 2013)

Jan van Bergen, Janny Dekker, Joan Boeke, Elize Kronenberg, Rob van der Spruit, Jako Burgers, Margriet Bouma, Lisette Verlee

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Contexto
 - Avaliação do risco
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames adicionais
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Tratamento
 - Acompanhamento
 - Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Contexto

Para informações detalhadas sobre as várias doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ver *tabela 1*.

Avaliação do risco

Fazer uma avaliação de risco em todos os pacientes com queixas ou dúvidas sobre DSTs. Grupos de risco para uma ou mais das cinco principais DSTs (clamídia, gonorréia, sífilis, hepatite B e HIV) são:

- homens que têm relações sexuais com homens (HSH);
- prostitutas e pessoas que têm relações sexuais com prostitutas (contato nos últimos seis meses);
- pessoas originárias de regiões endêmicas de DST (primeira e segunda geração);
- pessoas com frequente mudança de parceiros sexuais (três ou mais nos últimos seis meses);
- pessoas com um parceiro sexual de um dos grupos precedentes.

Diagnóstico

Anamnese

Em queixas relacionadas a DSTs, perguntar:

- início, natureza, duração e evolução das queixas;
- intervalo entre o sexo desprotegido e as queixas iniciais;
- contatos sexuais após o início das queixas;
- comportamento sexual (vaginal, anal e/ou orogenital) para determinar a natureza e local de coleta de material para exames.

Perguntas adicionais:

Em *sintomas vaginais*, queixas de uretrite ou sintomas condizentes a *epididimite*:

- corrimento uretral, corrimento do ânus;
- sensação dolorosa, ardor e de irritação ao urinar, coceira ou irritação;
- febre, calafrios, outros sintomas gerais;
- em mulher: corrimento, sangramento de contato, sangramento intermenstrual, dor no abdômen;
- em homem: dor e inchaço do epidídimo, vermelhidão e inchaço do escroto.

Em *bolhas* ou uma ou mais *feridas anogenitais* e possivelmente *verrugas*: resistência baixa.

Em possível proctite: sangue, muco ou pus nas fezes, dor ao evacuar, diarreia, sensação de necessidade de defecar, cólicas e outros sintomas.

Exame físico

Realizar exame físico, incluindo inspeção da região anogenital, o exame vaginal com espéculo e/ou proctoscopia em pacientes com queixas relacionadas à DST.

Exames adicionais

Para mais detalhes ver *tabela 1*.

Paciente com queixas, pertencente a um grupo de risco:

- exame de Chlamydia trachomatis, gonorréia, sífilis, HIV e hepatite B;
- dependendo das queixas complementadas por outros testes de diagnóstico específicos.

Paciente com queixas, não pertencente a um grupo de risco:

- teste de clamídia (a não ser que feridas ou verrugas sejam a única queixa);
- sintomas vaginais: testes de clamídia, gonorréia, e tricomoníase;
- queixas de uretrite com corrimento (homem): teste de clamídia e gonorréia;
- queixas de uretrite sem corrimento (homem): dipstik ou sedimento da primeira porção de urina. Em leucocitúria: teste de clamídia e gonorréia;
- sintomas condizentes à epididimite: teste de clamídia e gonorréia, cultura de urina;
- úlcera dura e indolor (suspeita de sífilis): ver texto principal;
- vesículas: em dúvida NAAT/PCR¹;
- verrugas: diagnóstico complementar geralmente não é necessário;
- queixas de proctite e sexo anal nos últimos seis meses: teste de clamídia e de gonorréia retal, em úlceras e erosões também NAAT/PCR para sífilis e herpes, além de testes sorológicos para sífilis;
- suspeita de gonorréia oral (queixas da garganta e sexo oral): NAAT/PCR para gonorréia.

Paciente sem sintomas, mas pertencente a um grupo de risco:

- fazer uma avaliação com base na origem e comportamento;
- recomendar em alto risco de DST (troca frequente de parceiro sexual, HSH, prostituição) exame de clamídia, gonorréia, sífilis, hepatite B e HIV ou encaminhar ao Serviço de saúde pública (departamento de prevenção e diagnóstico de DSTs)²;
- oferecer a HSH, com comportamento de risco no passado, ao menos o teste de HIV e eventualmente um exame de hepatite B em não vacinados;
- oferece aos pacientes oriundos de regiões endêmicas respectivamente um teste de HIV e/ou de hepatite B;
- outros pacientes: fazer uma estimativa do risco de DST e discutir a necessidade de exames.

Paciente sem sintomas e que não pertence a um grupo de risco:

- na idade <25 anos: oferecer em qualquer sinal de risco um teste de clamídia;
- outros pacientes: fazer uma estimativa do risco de DST e discutir a necessidade de exames.

Avaliação

Para os agentes infeccioso ver *tabela 1*.

- *Uretrite*: queixas combinadas ao corrimento ou leucocitúria. Especifique o diagnóstico após exames adicionais.
- *Epididimite* (causada por DST): dor e inchaço escrotal, eventualmente acompanhada de vermelhidão da pele escrotal, mal-estar geral, febre e risco de DSTs. Em caso de dúvida em relação à torção testicular: encaminhar.
- *Proctite* (causada por DST), sangue ou muco nas fezes e/ou secreção anal em um paciente com sexo anal passivo nos seis meses anteriores,
- *Doença inflamatória pélvica (DIP)*: dor abdominal não-aguda, dor ou inchaço adnexal no exame vaginal (ver diretriz NHG *Doença inflamatória pélvica*).

Conduta

Orientações

- Dar atenção ao sexo seguro.

Em resultado positivo de exames:

- Fornecer informações sobre a doença, risco de contágio e possíveis complicações, tratamento, conduta de acompanhamento e aconselhamento de teste para os parceiros.
- Dar atenção à notificação do parceiro: fornecer material escrito ou acionar o serviço de saúde pública regional.

Tratamento

Ver *tabela 2*.

- Considere a profilaxia pós-exposição (PEP) para a hepatite B e HIV após contatos de alto risco, e em abuso sexual. Encaminhar com urgência para o Serviço de saúde pública.
- Para a prevenção da hepatite B, ver texto principal.

Acompanhamento

Ver tabela 2.

- Uma semana após os exames para discutir os resultados e conduta.
- Em um resultado positivo de clamídia, gonorréia, sífilis, hepatite B ou HIV também testar as outras doenças, se ainda não aconteceu.

Encaminhamento

Ver tabela 2.

Tabela 1: Características e diagnóstico de DSTs*

Doença	Quadro clínico	Exames diagnósticos adicionais	Quando fazer os testes
Clamídia	Geralmente assintomática. Mulher: corrimento/DIP. Homem: uretrite Após sexo anal: proctite (alerta: linfogranuloma venéreo).	NAAT/PCR Mulher: swab de algodão. Homem: primeira porção de urina. Sexo ou queixa anal, HSH: swab de algodão retal.	≥ 3 semanas após contato sexual potencialmente de risco. Na presença de queixas, diretamente (repita em resultado negativo após 3 semanas).
Gonorréia	Às vezes assintomática. Mulher: uretrite, cervicite. Homem: uretrite. Após sexo oral ou anal (especialmente HSH): faringite, proctite.	NAAT/PCR Mulher: swab de algodão. Homem: primeira porção de urina. Sexo ou queixa anal, HSH: swab de algodão retal. HSH, prostitutas, e sexo oral e queixas da garganta: swab de algodão da garganta. 2ª opção: cultura	≥ 3 semanas após contato sexual potencialmente de risco. Na presença de queixas, diretamente (repita em resultado negativo após 3 semanas).
Tricomonas	Muitas vezes assintomática. Mulher: vaginite Homem: (raramente) uretrite.	Mulher: NAAT/PCR da secreção vaginal ou solução de secreção vaginal com soro fisiológico (microscopia) Homem: NAAT/PCR urina, NAAT/PCR ou cultura de material da uretra	≥ 4 semanas após contato sexual potencialmente de risco. Em queixas diretamente (repita em resultado negativo após 4 semanas).
Herpes genital (HSV tipo 1 e 2)	Geralmente assintomática. Infecção primária: prodrômicas, em mulheres dor, disúria, corrimento e no homem uretrite, balanite. Posteriormente:	Somente em dúvida: NAAT/PCR da úlcera Indicação limitada para sorologia (primeira vez queixas em gestante >34 semanas ou casal onde um dor parceiros tem queixas e o outro não, devido à prevenção).	

	vesículas.		
Condiloma acuminado (HPV)	Verrugas com aspecto de couve-flor cor-de-rosa avermelhadas para cinza	Somente em caso de dúvida: histologia ou teste de HPV	

* No caso da hepatite B, sífilis e HIV: ver texto principal da diretriz. Transferência do vírus da hepatite C se dá através de contato de sangue para o sangue; em HSH HIV-positivo, por vezes, também através do contato sexual.

Tabela 2: Tratamento, acompanhamento e encaminhamento*

Patógeno	Tratamento	Acompanhamento e encaminhamento
Clamídia	<ul style="list-style-type: none"> - 1ª opção: azitromicina 1 g dose única. - 2ª opção: doxiciclina 100 mg 2dd 7 dias; gravidez amoxicilina 500 mg 3dd 7 d. - linfogranuloma venéreo: doxiciclina 2dd 100 mg 3 semanas. 	<p>Controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mulheres grávidas; - queixas persistentes ou recorrentes; - re-exposição à fonte não tratada; - após tratamento com amoxicilina.
Gonorréia	<ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxona 500 mg IM Contra-indicação: alergia a cefalosporinas e reação anafilática à penicilina (sensibilidade cruzada). Gestantes: idem. Dissolver a solução em lidocaína, exceto em alergia. - Em contra-indicação à ceftriaxona: guiado pelo resultado da cultura: ciprofloxacina 500 mg dose única ou amoxicilina 3 g dose única. - Em contra-indicação à ceftriaxona e necessidade de tratamento imediato: azitromicina 2 g por via oral dose única. 	<p>Controle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mulheres grávidas; - queixas persistentes ou recorrentes; - re-exposição à fonte não tratada; - se não for tratada com ceftriaxona (salvo em sensibilidade comprovada à medicação prescrita).
Tricomonas	<ul style="list-style-type: none"> - metronidazol 2 g por via oral dose única. - gestantes: tratamento com metronidazol deve ser adiado até 2º trimestre. Se adiamento do tratamento for indesejado, clindamicina creme vaginal (2%) 1dd ou comprimido 300 mg 2dd via oral, 7 d. 	<p>Controle se os sintomas persistirem.</p>
Herpes genital	<p><i>Infecção primária com sintomas graves (não grávidas)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - valaciclovir 5 dias 2 dd 500 mg. - pacientes imunocomprometidos: valaciclovir 10d 2dd 1000 mg ou até a reepitelização das lesões <p><i>Recorrência (não grávidas)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - queixas leves: sintomático. - sintomas graves: valaciclovir 500 mg 2dd 3-5 d. - pacientes imunocomprometidos: valaciclovir 1000 mg 2dd 5 d. <p><i>Profilaxia de recorrência:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - valaciclovir 6-12 meses 1 dd 500 mg. <p><i>Mulheres grávidas: ver o texto principal</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle: se os sintomas persistem. - Encaminhar: gestantes com infecção primária após a 34ª semana de gravidez.
Condiloma acuminado	<p>Execução pelo próprio paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1ª opção: podofilotoxina (creme 0,15%, ou sol. 0,5%), 2 dd 3 d consecutivos por semana, se necessário, até cinco semanas consecutivas; - 2ª opção: imiquimode creme 5% 1dd, 3x/semana em dias intercalados antes de dormir e após 6 a 10h remover com água e sabão, se necessário, até 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle: se os sintomas persistem. - Encaminhamento: se as queixas persistirem ou se a localização requerer.

	16 semanas consecutivas; - 3ª opção: sinecatequina pomada 10% 3dd, se necessário até 16 semanas. Pelo médico de família e comunidade: ácido tricloroacético 80-90% semanal, ou nitrogênio líquido.	
Uretrite	Iniciar terapia contra infecção por clamídia. Se o diagnóstico (rápido) não for possível ou em alto risco de gonorréia: iniciar o tratamento duplo contra infecção por clamídia e gonorréia.	- Controle: se os sintomas persistem. - Consultar especialista ou encaminhar em: sintomas persistentes resistentes à terapia.
Epididimite (devido a DST)	- Em (suspeita de) infecção por clamídia: doxiciclina 100 mg 2dd, 14 d - Em alergia à doxiciclina: levofloxacina 500 mg 1dd 14 d ou ofloxacina 400 mg 2 dd 14 dias . - Em alto risco de gonorréia simultânea também: ceftriaxona 500 mg IM dose única. Contra-indicações: ver acima.	- Controle: após 3 dias. Modificar conduta se necessário. - Encaminhar: em caso de dúvida sobre o diagnóstico ou se os sintomas não melhorarem apesar de tratamento adequado.
Proctite (devido a DST)	- Em (suspeita de) infecção por clamídia: doxiciclina 100 mg 2dd 7 dias. - Em alto risco de gonorréia simultânea também: ceftriaxona 500 mg IM dose única. Contra-indicações: ver acima. - Em LGV comprovada: doxiciclina 100 mg 2dd 21d	- Controle após 1 semana, se necessário, antes. - Consulta com gastroenterologista ou internista se proctite não melhorar suficientemente com o tratamento.

dd = vezes por dia

d = dia(s)

* Para tratamento de herpes em gestantes e tratamento para sífilis, hepatite B e HIV, tratamento de úlceras e tratamento de DIP: ver texto principal.

Notas do tradutor

1. Teste com amplificação de ácido nucléico.
2. No texto original é mencionado o nome do serviço municipal de saúde pública, responsável pelo rastreamento e prevenção de DSTs.