

SAÚDE DA MULHER

Edição XXVIII

Capítulo 16

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

MAHARA SOFIA VENZKE NOTHAFT¹
ANDRESSA DE OLIVEIRA FELICIO¹
CAMILA HAAS¹
CAROLINE GOSSI MENEGON²
CONSTANZA HEIDRICH³
GIOVANNA POLO³
ISADORA DE STEFANO LEITE³
ISIS REICHOW COUTINHO³
KAROLINA FRICKE³
VITÓRIA DUPONT¹

¹Discente – Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

²Discente – Medicina na Universidade do Vale do Taquari.

³Discente – Medicina na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Palavras-Chave: Doença Inflamatória Pélvica; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Infertilidade.

DOI

10.5929/0501822290

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) caracteriza-se por um processo inflamatório que acomete a região pélvica, incluindo o útero, as trompas de Falópio, os ovários, o peritônio e estruturas abdominais adjacentes, resultante da ascensão de micro-organismos provenientes da vagina e do colo uterino (FEBRASGO, 2018). As manifestações clínicas da DIP costumam apresentar-se de forma subaguda e frequentemente oligossintomática, o que contribui para o subdiagnóstico e para o atraso no início do tratamento. Apesar do quadro clínico muitas vezes inespecífico, a dor abdominal inferior, de intensidade variável, constitui o principal sintoma, sendo indispensável para o diagnóstico clínico. Os demais achados clínicos podem variar desde dor em baixo ventre, sangramento vaginal anormal e dispareunia até formas mais graves, caracterizadas por febre, peritonite e formação de abscesso tubo-ovariano (ROBERT *et al.*, 2015).

A etiologia da DIP é multifatorial, podendo envolver a proliferação de múltiplos microorganismos, inclusive aqueles que integram fisiologicamente a flora vaginal. Entretanto, observa-se forte associação entre a DIP e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente aquelas causadas por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (WORKOWSKI *et al.*, 2021). Nesse contexto, o rastreamento de rotina e o tratamento precoce dessas infecções mostram-se fundamentais para a prevenção da ascensão dos agentes etiológicos e para a redução do risco de desenvolvimento da DIP.

Do ponto de vista epidemiológico, a DIP representa um importante problema de saúde pública, em razão de sua elevada incidência em mulheres em idade reprodutiva e de suas potenciais repercussões a curto e longo prazo, incluindo infertilidade tubária, gravidez ectópica e

dor pélvica crônica, com impacto significativo na qualidade de vida e nos custos assistenciais em saúde. Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo revisar e analisar os principais aspectos relacionados à Doença Inflamatória Pélvica, abrangendo sua epidemiologia, fisiopatologia, etiologia, manifestações clínicas, métodos diagnósticos, abordagens terapêuticas e possíveis complicações, com o intuito de contribuir para o aprimoramento do diagnóstico precoce, do manejo adequado e das estratégias de prevenção da doença.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que aborda os principais aspectos clínicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da Doença Inflamatória Pélvica, bem como suas complicações e estratégias de prevenção, com base em evidências científicas recentes e relevantes. Foram selecionados e analisados artigos científicos, revisões sistemáticas, diretrizes clínicas, consensos e recomendações de sociedades científicas nacionais e internacionais, publicados preferencialmente nos últimos dez anos.

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, sendo complementadas pela consulta a periódicos de alto impacto, como *The New England Journal of Medicine* e *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, além de documentos oficiais da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Os critérios de inclusão abrangeram publicações em português e inglês, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente a Doença Inflamatória Pélvica e estivessem alinhadas às práticas clínicas atuais. Foram excluídos artigos duplicados, resumos, estudos sem relevância direta para o tema ou que não atendessem aos critérios estabelecidos. A análise dos estudos selecionados foi realizada de forma crítica e

descritiva, com o objetivo de apresentar uma abordagem integrada, atualizada e sistematizada sobre a Doença Inflamatória Pélvica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Etiologia e Fisiopatologia

A DIP é mais comumente causada por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), tendo como principais agentes etiológicos as bactérias *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (FEBRASGO, 2018). Estima-se que até 15% das infecções por clamídia não tratadas evoluem para DIP; podendo essa estimativa ser ainda maior para as infecções gonocócicas. Entretanto, há outros patógenos que podem causar o quadro, como os microorganismos associados à vaginose bacteriana, por exemplo. Muitos estudos mostram relação entre DIP e esses patógenos, mas não há evidência de redução da incidência da doença a partir do rastreio e tratamento da vaginose bacteriana (CURRY *et al.*, 2019).

A DIP compreende um conjunto de processos infecciosos que acometem o trato genital superior feminino, incluindo o endométrio, as trompas de Falópio, os ovários e o peritônio pélvico. Sua fisiopatologia está relacionada, principalmente, à ascensão de microorganismos a partir do colo do útero, facilitada pelo dano ao epitélio endocervical e endometrial, permitindo a progressão da infecção para estruturas adjacentes. De forma menos frequente, a disseminação pode ocorrer por vias alternativas, como a linfática, por extensão através do paramétrio ou, raramente, pela via hematogênica, esta última geralmente associada a condições específicas, como a tuberculose. A identificação precoce desse processo infeccioso é fundamental, uma vez que o diagnóstico tardio está associado a maior risco de complicações, incluindo infertilidade tubária, gravidez ectópica e dor pélvica crônica, em decorrência do dano inflamatório persistente (CURRY *et al.*, 2019).

A fisiopatologia da DIP tem seu início com a colonização do colo uterino com os agentes causadores de cervicite, sendo o principal deles a *Chlamydia trachomatis*. A fase da cervicite é um bom período para se fazer o diagnóstico, uma vez que a infecção está restrita ao colo uterino e há maior efetividade no tratamento e na prevenção da progressão da doença. Após, há a ascensão desses agentes ao útero, que geralmente ocorre durante o período menstrual ou pós-menstrual imediato, dada a modificação do muco cervical. Ao chegar no útero há o contato com o endométrio, ocasionando em endometrite de curta duração que pode causar sangramento fora do período menstrual ou, até mesmo, o prolongamento da menstruação (FEBRASGO, 2018).

Com a progressão da infecção, esta pode acometer também os anexos uterinos. Os microorganismos da flora vaginal, juntamente com os agentes da cervicite, ascendem por via canalicular até as tubas uterinas. Nesse momento ocorre reação tecidual local e produção de conteúdo purulento intratubário, causando a salpingite. Esse material inflamatório pode extravasar pelas fímbrias, contaminando o peritônio pélvico, resultando na pelviperitonite. Na pelviperitonite, o pus tende a se acumular no fundo de saco de Douglas devido à gravidade, deixando a área mais sensível, com dor ao toque vaginal e dispareunia (FEBRASGO, 2018).

Com a disseminação para o peritônio pélvico, alças intestinais e epíplon movem-se em direção à área afetada, aderindo-se a ela para isolar o foco infeccioso e impedir a sua disseminação na cavidade abdominal. Conforme aumenta a viscosidade do conteúdo, há fusão das fímbrias tubárias, aprisionando o pus dentro da tuba, provocando piossalpinge. O aprisionamento provoca a diminuição do oxigênio e predomínio de bactérias anaeróbicas. O conteúdo purulento aprisionado pode se propagar, tam-

bém, para os ovários, formando o abscesso tubo-ovariano (ATO), que também pode evoluir para uma massa multicística com conteúdo citrino estéril, que é uma sequela do processo infeccioso-inflamatório, chamado de hidrossalpinge. Em casos graves, pode haver aumento da pressão dentro do abscesso, levando a sua ruptura. Em situações como essa, o conteúdo extravasado pode causar uma peritonite difusa, choque séptico e sofrer risco de óbito. Casos letais de DIP são, felizmente, raros (FEBRASGO, 2018).

Quanto à sintomatologia de acordo com a fisiopatologia da DIP, a dor é desencadeada a partir da entrada dos patógenos na cavidade uterina e intensifica-se conforme a contaminação da cavidade pélvica. Pode ter diminuição da dor durante a fusão das fimbrias; entretanto, se atinge a dor máxima na ruptura do ATO (FEBRASGO, 2018).

Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas mais frequentes incluem dor pélvica, dispareunia, corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito e disúria, caracterizando-se, em geral, por início abrupto dos sintomas, podendo haver febre associada (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015).

A infecção e inflamação do trato genital superior podem ocorrer na ausência de sintomas, configurando a DIP subclínica, a qual pode evoluir para complicações reprodutivas de longo prazo. Infecções assintomáticas são bem documentadas, e a maioria das mulheres com infertilidade por fator tubário não apresenta história prévia de DIP diagnosticada clinicamente. Estudos histopatológicos mostram dano tubário semelhante entre mulheres com e sem diagnóstico prévio, sugerindo subdiagnóstico significativo e reforçando a necessidade de baixo limiar clínico para a suspeita dessa condição (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015).

Ferramentas Diagnósticas

A avaliação clínica constitui a principal ferramenta diagnóstica da DIP e deve ser valorizada em todos os níveis de atenção à saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021). O espectro de apresentação da DIP pode variar desde formas leves ou subclínicas até quadros graves, sendo essa classificação fundamental para a definição da conduta terapêutica (FEBRASGO, 2018). A anamnese detalhada permite a identificação de fatores de risco e a exclusão de diagnósticos diferenciais frequentes e potencialmente graves, como gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase renal ou biliar, infecções gastrointestinais, torção anexial, endometriose e endometrite (CURRY *et al.*, 2019).

Deve-se manter alto grau de suspeição em mulheres sexualmente ativas, especialmente adolescentes e jovens com menos de 21 anos, com múltiplos parceiros ou parceiro sexual recente, que apresentem dor pélvica ou abdominal inferior sem outra causa aparente. Nesse contexto, recomenda-se a adoção de um baixo limiar diagnóstico, uma vez que a DIP pode manifestar-se de forma oligossintomática e o atraso no tratamento está associado a piores desfechos clínicos. Assim, o diagnóstico clínico deve ser considerado na presença de apresentam dor pélvica ou abdominal inferior, na ausência de outra causa evidente, associada a pelo menos um dos seguintes achados ao exame ginecológico: dor à mobilização do colo uterino, dor uterina ou dor à palpação anexial (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021; FEBRASGO, 2018). Esses correspondem aos critérios mínimos ou maiores para DIP, evidenciados na **Tabela 16.1**.

Não é necessária a presença concomitante de múltiplos critérios mínimos para o início da antibioticoterapia, sendo suficiente a associa-

ção da dor pélvica com apenas um achado clínico compatível. A presença de critérios adicionais, como temperatura axilar $\geq 38,3$ °C, secreção genital anormal ou elevação de marcadores inflamatórios, aumenta a especificidade diagnóstica, embora sua ausência não exclua a doença (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021; HAGGERTY & NESS, 2015).

Ademais, podem se fazer presentes os critérios elaborados, os quais incluem evidência histopatológica de endometrite, achados de imagem compatíveis com abscesso tubo-ovariano ou complexo tubo-ovariano inflamatório, bem como a visualização laparoscópica de sinais de salpingite, piossalpinge ou infecção tuboperitoneal, sendo considerados confirmatórios do diagnóstico quando presentes (MENEZES *et al.*, 2021).

Não há exame laboratorial específico capaz de confirmar ou excluir isoladamente o diagnóstico de DIP, sendo os exames laboratoriais utilizados como métodos complementares para avaliação da resposta inflamatória sistêmica, investigação etiológica e exclusão de diagnósticos diferenciais. O hemograma pode evidenciar leucocitose, e as provas inflamatórias inespecíficas, como VHS e PCR, auxiliam na suspeita diagnóstica quando interpretadas em conjunto com os achados clínicos (CURRY *et al.*, 2019; FEBRASGO, 2018). É imprescindível a realização de teste de gravidez em mulheres em idade reprodutiva, a fim de afastar gravidez ectópica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021).

Os métodos de imagem estão indicados nos casos de dúvida diagnóstica, falha terapêutica ou suspeita de complicações. A ultrassonografia transvaginal constitui o exame inicial de escolha, sendo mais útil quando evidencia achados típicos da doença. A associação com Doppler colorido pode aumentar a sensibilidade ao

demonstrar sinais inflamatórios, como aumento da vascularização tubária e peri-anexial, além de espessamento da parede tubária, septos intratubários incompletos, sinal da roda dentada, líquido intratubário e abscesso tubo-ovariano (FEBRASGO, 2018; YUSUF & TRENT, 2023). A ressonância magnética apresenta maior acurácia em comparação à ultrassonografia transvaginal, com nível 1 de evidência, podendo reduzir a necessidade de laparoscopia diagnóstica na maioria dos casos (YUSUF & TRENT, 2023).

A avaliação microbiológica tem como objetivo a identificação dos agentes etiológicos da DIP, sendo os testes de amplificação de ácidos nucleicos o método de escolha para a detecção de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Mycoplasma genitalium*. A bacterioscopia e a pesquisa de vaginose bacteriana podem ser utilizadas como exames complementares, considerando a natureza polimicrobiana da doença, embora resultados negativos não excluam o diagnóstico nem devam retardar o tratamento (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021; FEBRASGO, 2018).

A laparoscopia permanece como o método diagnóstico mais específico, por permitir a visualização direta das estruturas pélvicas e a confirmação de infecção tubária ou tuboperitoneal, além da coleta de material para análise microbiológica. No entanto, devido ao seu caráter invasivo e custo elevado, não é indicada rotineiramente, sendo reservada para casos atípicos, dúvidas diagnósticas persistentes ou falha terapêutica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2021; HAGGERTY; NESS, 2015; PROTOCOLO CLÍNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022; FEBRASGO, 2018).

A biópsia endometrial permite a identificação histopatológica de endometrite, embora sua

aplicação seja limitada, por não avaliar diretamente trompas e anexos e por poder apresentar resultados falso-negativos. Seu uso é mais frequente em contextos de pesquisa clínica, estu-

dos epidemiológicos ou na investigação de infertilidade associada à DIP prévia (FEBRASGO, 2018; HAGGERTY; NESS, 2015; VICETTI MIGUEL *et al.*, 2011).

Tabela 16.1 Critérios diagnósticos da Doença Inflamatória Pélvica

Classificação dos critérios	Achados clínicos, laboratoriais ou de imagem
Critérios maiores (mínimos)	Dor pélvica ou hipogástrica em mulher sexualmente ativa, sem outra causa aparente, associada a pelo menos um dos seguintes achados ao exame ginecológico: dor à mobilização do colo uterino; dor uterina; dor à palpação anexial.
Critérios menores (adicionais)	Febre >38,3 °C; secreção vaginal ou endocervical anormal; elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS); elevação da proteína C reativa (PCR); identificação de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ou <i>Chlamydia trachomatis</i> em amostras endocervicais; leucocitose no hemograma.
Critérios elaborados (específicos)	Evidência histopatológica de endometrite (plasmócitos no estroma endometrial ou neutrófilos no epitélio glandular); achados de imagem compatíveis com abscesso tubo-ovariano ou complexo tubo-ovariano inflamatório; visualização laparoscópica de sinais de salpingite, piossalpinge ou infecção tuboperitoneal.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2022) e CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2021).

Dessa forma, o diagnóstico da Doença Inflamatória Pélvica deve ser compreendido como um processo integrado, fundamentado prioritariamente na avaliação clínica e na aplicação combinada de critérios diagnósticos, com uso complementar de exames laboratoriais e métodos de imagem quando indicados. O reconhecimento precoce da doença reforça a importância da suspeição clínica na prática assistencial.

Tratamento

O tratamento empírico precoce da doença inflamatória pélvica (DIP) deve ser iniciado assim que o diagnóstico clínico é suscitado, visando prevenir complicações como infertilidade, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. O tratamento deve ser de amplo espectro, cobrindo os principais patógenos: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, anaeróbios, e outros agentes polimicrobianos. Segundo as diretrizes dos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), o esquema recomendado para casos leves a moderados em regime am-

bulatorial é: ceftriaxona 500 mg IM em dose única (ou 1 g IM se peso ≥ 150 kg), associada a doxiciclina 100 mg VO, 2x/dia por 14 dias, e metro-nidazol 500 mg VO, 2x/dia por 14 dias - para cobertura anaeróbia, recomendada rotineiramente devido à evidência de melhor erradicação de anaeróbios e redução de dor pélvica. O tratamento ambulatorial é indicado para casos leves e moderados. O esquema recomendado pela *United States Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) consiste no mesmo tratamento empírico.

O tratamento hospitalar é reservado para pacientes com DIP grave, gestantes, falha do tratamento ambulatorial, impossibilidade de excluir emergência cirúrgica, intolerância oral ou presença de abscesso tubo-ovariano. O regime parenteral inclui cefotetan 2 g IV a cada 12h ou cefoxitina 2 g IV a cada 6h, ambos associados à doxiciclina 100 mg VO/IV a cada 12h, podendo adicionar metronidazol (WORKOWSKI *et al.*, 2021).

Em relação ao abscesso tubo-ovariano (ATO), por ser uma complicação supurativa que pode se estender a estruturas adjacentes, recomenda-se observação hospitalar por pelo menos 24h, uso de antibióticos parenterais e, por vezes, drenagem percutânea se não houver resposta clínica adequada. A internação está indicada em todos os casos de ATO, bem como em falha terapêutica ambulatorial, gravidez, doença grave ou diagnóstico incerto. A antibioticoterapia deve ser iniciada precocemente, com esquemas parenterais de amplo espectro. A drenagem do abscesso está indicada em casos de abscessos volumosos (>7 cm), ausência de resposta clínica após 48–72 horas de antibiótico, febre persistente, idade acima de 40 anos ou sinais de instabilidade clínica (BRUNHAM *et al.*, 2015).

Todos os parceiros sexuais dos 60 dias anteriores ao início dos sintomas devem ser avaliados, testados e tratados empiricamente para clamídia e gonorreia, independentemente do agente isolado na paciente. Caso o último contato sexual tenha ocorrido há mais de 60 dias, o parceiro mais recente deve ser tratado. O tratamento empírico dos parceiros visa interromper a cadeia de transmissão, reduzir o risco de reinfecção da paciente e prevenir complicações. O esquema recomendado para parceiros é o mesmo utilizado para uretrite não complicada: ceftriaxona 500 mg IM dose única (ou 1 g se ≥ 150 kg) associada à doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 7 dias, salvo contra-indicações ou alergias. É fundamental orientar abstinência sexual até que ambos (paciente e parceiro) completem o tratamento e estejam assintomáticos, minimizando o risco de reinfecção e transmissão.

A prevenção de reinfecção envolve rastreamento regular para *C. trachomatis* e *N. Gonorrhoeae* em mulheres jovens e de risco, além de aconselhamento comportamental, notificação e tratamento dos parceiros (CURRY *et al.*, 2019).

Complicações

As complicações da doença inflamatória pélvica (DIP) decorrem, fundamentalmente, da extensão do processo infeccioso e inflamatório no trato genital superior feminino, e do tempo decorrido até o diagnóstico e o início do tratamento adequado. Essas complicações podem manifestar-se tanto de forma aguda quanto tardia, com impacto significativo sobre a morbidade ginecológica e o prognóstico reprodutivo das mulheres acometidas.

No curto prazo, destacam-se as complicações infecciosas graves, enquanto, no longo prazo, predominam as sequelas estruturais e funcionais resultantes do processo inflamatório e cicatricial. Entre as complicações agudas, o abscesso tubo-ovariano (ATO) representa a forma mais grave. Clinicamente, o ATO pode manifestar-se com dor pélvica intensa, febre persistente, leucocitose e sinais de toxemia, sendo comum a falha terapêutica ao tratamento antibiótico oral. Na ausência de tratamento adequado, o abscesso pode evoluir para ruptura, levando à disseminação do conteúdo infeccioso na cavidade abdominal e resultando em peritonite difusa, sepse e choque séptico, situações associadas a elevada morbimortalidade e que demandam intervenção cirúrgica imediata e suporte intensivo (FROCK-WELNAK & TAM, 2022).

As complicações tardias da DIP estão diretamente relacionadas ao dano inflamatório crônico das estruturas pélvicas, sobretudo das trompas de Falópio. A infertilidade tubária constitui a principal sequela a longo prazo e resulta da formação de fibrose, aderências e obstrução parcial ou total da luz tubária, comprometendo a captação do oócito e o transporte embrionário. O risco de infertilidade aumenta progressivamente com o número de episódios de DIP, sendo significativamente maior após infecções recorrentes. Importante ressaltar que mesmo quadros clínicos leves ou subclínicos

podem provocar lesões tubárias irreversíveis (FROCK-WELNAK & TAM, 2022).

Devido à lesão do epitélio ciliado e à redução da motilidade tubária, a gravidez ectópica é consequência relevante do dano tubário causado. Esse dano favorece a implantação do embrião fora da cavidade uterina, a qual pode ser uma condição potencialmente fatal se não diagnosticada precocemente (FROCK-WELNAK & TAM, 2022).

A dor pélvica crônica representa uma das manifestações mais frequentes e incapacitantes após episódios de DIP, podendo persistir por meses ou anos após a resolução do quadro infeccioso agudo. Sua fisiopatologia envolve a inflamação persistente, a presença de aderências pélvicas e, possivelmente, mecanismos de sensibilização central da dor (FROCK-WELNAK & TAM, 2022). Estudos indicam que aproximadamente um quarto das mulheres tratadas para DIP evoluem com dor pélvica crônica, com impacto negativo na qualidade de vida, na função sexual e no bem-estar psicossocial (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015).

Além das repercussões ginecológicas, a Doença Inflamatória Pélvica pode cursar com complicações urológicas nos casos mais extensos ou de diagnóstico tardio. O processo inflamatório pélvico pode causar compressão ureteral, levando a hidroureter e hidronefrose, com consequente comprometimento progressivo da função renal quando não tratado adequadamente (REVZIN *et al.*, 2016).

O atraso no diagnóstico e no tratamento da DIP está fortemente associado a pior prognóstico reprodutivo e maior risco de complicações tanto agudas quanto crônicas. A DIP permanece como a principal causa de infertilidade tubária adquirida em mulheres jovens, sendo relevante destacar que grande parte das sequelas decorre de processos inflamatórios silenciosos ou sub-

clínicos (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015). Dessa forma, o reconhecimento precoce da doença, o tratamento antimicrobiano adequado e o acompanhamento clínico apropriado são fundamentais para reduzir a ocorrência de sequelas permanentes e minimizar o impacto da DIP sobre a saúde reprodutiva feminina.

Prevenção

Considerando o impacto da Doença Inflamatória Pélvica sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a prevenção constitui uma estratégia central para a redução da incidência da doença e de suas complicações. Como grande parte dos casos está associada a infecções sexualmente transmissíveis, as ações preventivas devem priorizar a detecção e o manejo adequado dessas infecções. Nesse sentido, destacam-se o rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, o tratamento precoce das infecções sexualmente transmissíveis, o uso consistente de preservativos, a educação em saúde sexual e o tratamento das parcerias sexuais, medidas que, quando aplicadas de forma integrada, contribuem para a diminuição da ocorrência da DIP.

O rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* é considerado uma estratégia fundamental para a prevenção da DIP, especialmente em mulheres jovens e em populações com maior risco para infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que possibilita a identificação precoce de infecções assintomáticas e o início oportuno do tratamento (CURRY *et al.*, 2019; WORKOWSKI *et al.*, 2021). Evidências indicam que uma parcela significativa das infecções por *Chlamydia trachomatis* não tratadas pode evoluir para DIP, especialmente quando há atraso no diagnóstico e no início do tratamento, sendo esse risco potencial-

mente maior nas infecções gonocócicas (CURRY *et al.*, 2019; WORKOWSKI *et al.*, 2021).

Ao promover a erradicação do agente etiológico, o tratamento reduz a resposta inflamatória local, impede a ascensão dos patógenos para o trato genital superior e diminui o risco de complicações reprodutivas (WORKOWSKI *et al.*, 2021; BRUNHAM *et al.*, 2021). Além disso, o tratamento oportuno contribui para a redução da transmissão das infecções na população, impactando positivamente o controle das ISTs em nível coletivo (WORKOWSKI *et al.*, 2021).

A educação em saúde sexual desempenha papel central na prevenção da DIP ao promover o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis, seus riscos e formas de prevenção. Intervenções educativas baseadas em evidências favorecem a adoção de comportamentos sexuais mais seguros, aumentam a adesão ao uso de preservativos, estimulam a busca por diagnóstico e tratamento precoces e contribuem para a redução de comportamentos de risco, com impacto positivo na proteção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres (CURRY *et al.*, 2019; WORKOWSKI *et al.*, 2021).

Outro componente essencial das estratégias preventivas é o tratamento das parcerias sexuais. A ausência de tratamento concomitante dos parceiros favorece a reinfeção, perpetua a circulação dos patógenos e reduz a efetividade das medidas de rastreamento e tratamento individual (WORKOWSKI *et al.*, 2021). O manejo adequado das parcerias sexuais é, portanto, indispensável para a interrupção da cadeia de transmissão e para a redução da incidência de novas infecções.

Em nível populacional, programas estruturados de rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis, associados ao tratamento oportuno, à educação em saúde sexual e ao manejo das parcerias, demonstram impacto significativo na redução da incidência da DIP. Ao

ampliar o diagnóstico de infecções assintomáticas e prevenir sua progressão para formas clínicas e complicações mais graves, essas estratégias configuram uma abordagem integrada e eficaz para a prevenção da DIP (CURRY *et al.*, 2019; WORKOWSKI *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

A Doença Inflamatória Pélvica é uma condição de grande relevância clínica e em saúde pública, sobretudo por acometer mulheres em idade reprodutiva e por suas potenciais complicações. Os achados da literatura demonstram forte associação da DIP com infecções sexualmente transmissíveis, especialmente por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, que ascendem a partir do colo do útero e progredem para estruturas adjacentes.

A identificação precoce do processo infeccioso é fundamental, uma vez que o diagnóstico tardio está associado a maior risco de complicações, incluindo infertilidade tubária, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. As manifestações clínicas mais frequentes da doença são dor pélvica, dispareunia, corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós coito e disúria. No entanto, pode ocorrer na ausência de sintomas, o que contribui para o subdiagnóstico.

O diagnóstico pode ser realizado através de achados clínicos, laboratoriais ou de imagem, não sendo necessária a presença concomitante de múltiplos critérios mínimos para o início da antibioticoterapia. Os métodos de imagem, estão indicados nos casos de dúvida diagnóstica, falha terapêutica ou suspeita de complicações, sendo a ultrassonografia vaginal o exame inicial de escolha.

Diante do impacto da DIP sobre a saúde sexual e reprodutiva feminina, a prevenção assume papel central, com ênfase no rastreamento e tratamento oportuno das infecções sexualmente transmissíveis, uso consistente de preservati-

vos, educação em saúde sexual e manejo adequado das parcerias sexuais. É importante manter alto grau de suspeição em mulheres sexualmente ativas, especialmente adolescentes e jovens com menos de 21 anos, com múltiplos parceiros ou parceiro sexual recente, que apresentem dor pélvica ou abdominal inferior sem ou-

tra causa aparente. Assim, a prática clínica deve adotar uma abordagem integrada e proativa, baseada na suspeição clínica precoce, no início imediato do tratamento empírico e na implementação de estratégias preventivas eficazes, visando reduzir a incidência da doença e suas complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Doença Inflamatória Pélvica Aguda. Brasília: SES-DF, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/protocolo-de-doenca-inflamatoria-pelvica-aguda> (saude.df.gov.br in Bing). Acesso em: 26 jan. 2026.

BRUNHAM, R. C.; GOTTLIEB, S. L.; PAAVONEN, J. Pelvic inflammatory disease. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 372, n. 21, p. 2039–2048, 21 maio 2015. DOI: 10.1056/NEJMra1411426.

CARVALHO, N. S.; C, B. F.; LINSINGEN, R. V. *et al.* Doença inflamatória pélvica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. Protocolo FEBRASGO – Ginecologia, n. 25.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pelvic Inflammatory Disease (PID): STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC, 2021.

CURRY, A.; WILLIAMS, T.; PENNY, M. L. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *American Family Physician*, v. 100, n. 6, p. 357–364, 2019 DOI: 10.2147/TCRM.S350750.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Protocolo assistencial – Doença Inflamatória Pélvica. Brasília: FEBRASGO, 2018 (Protocolo Ginecologia n. 25). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-ginecologia.pdf/n25---G---Doenca-inflamatoria-pelvica.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2026.

FROCK-WELNAK, D. N. & TAM, J. Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 49, n. 3, p. 551–579, 2022. DOI: 10.1016/j.ogc.2022.02.019 (doi.org in Bing).

HAGGERTY, C. L. & NESS, R. B. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease. *Women's Health (London)*, v. 4, n. 4, p. 383–397, 2008. DOI: 10.2217/17455057.4.4.383.

MENEZES, M. L. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, spe1, p. e2020602, 2021. DOI: 10.1590/S1679-4974202100011.esp1.

PASSOS, E. P.; MARTINS-COSTA, S. H.; MAGALHÃES, J. A. *et al.* Rotinas em Ginecologia (Rotinas). 8. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023.

REVZIN, M. V. *et al.* Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. *Radiographics*, v. 36, n. 5, p. 1579–1596, 2016. DOI: 10.1148/rg.2016150202.

VICETTI MIGUEL, R. D.; CHIVUKULA, M.; KRISHNAMURTI, U. *et al.* Limitations of the criteria used to diagnose histologic endometritis in epidemiologic pelvic inflammatory disease research. *Pathology Research and Practice*, v. 207, n. 11, p. 680–685, 2011. DOI: 10.1016/j.prp.2011.08.007.

WORKOWSKI, K. A.; BACHMANN, L. H.; CHAN, P. A. *et al.* Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 70, n. 4, p. 1–187, 23 jul. 2021. DOI: 10.15585/mmwr.rr7004a1.

YUSUF, H. & TRENT, M. Management of Pelvic Inflammatory Disease in Clinical Practice. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, v. 19, p. 183–192, 2023. DOI: 10.2147/TCRM.S350750.