

Edição XX

**Capítulo
05**

Ginecologia e Obstetrícia

INFECÇÕES PÓS-COITO

NICOLE GABRIEL GUIZILINI¹
GIOVANNA MACCAGNINI DE ABREU¹
GIOVANNA BERTOLINI CHUERY¹
STÉPHANIE PORCIÚNCULA BEZ¹

1. Discente - Medicina da Universidade Santo Amaro— SP.

Palavras-Chaves: *Infecções Pós-Coito; Microbioma Vaginal; Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).*

INTRODUÇÃO

A infecção pós-coito, no contexto da ginecologia e obstetrícia, não se configura como uma entidade patológica única, mas sim como um conjunto de condições infecciosas que se manifestam ou são exacerbadas após a atividade sexual. Essa associação temporal é de grande relevância clínica, abrangendo desde infecções do trato urinário (ITU) até patologias do trato genital inferior e superior, como a vaginose bacteriana (VB), vulvovaginites, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a doença inflamatória pélvica (DIP). As queixas frequentemente relatadas por pacientes incluem corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia (dor durante o ato sexual), disúria (dor ao urinar), polaciúria (aumento da frequência urinária) e dor pélvica crônica (BRASIL, 2018).

O termo "infecção pós-coito" atua como um descritor clínico que engloba diversas condições infecciosas, cuja característica comum é a sua manifestação ou agravamento após a relação sexual. As vulvovaginites e a vaginose bacteriana são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, sendo responsáveis por inúmeras consultas ginecológicas (BRASIL, 2018).

Além destas, infecções sexualmente transmissíveis como a tricomoníase, as infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* também podem apresentar-se com sintomas pós-coito (BRASIL, 2018). A doença inflamatória pélvica (DIP), por sua vez, é uma infecção aguda do trato genital superior feminino, que resulta da ascensão de microrganismos cervicovaginais, sejam eles endógenos ou, mais frequentemente, de transmissão sexual, como a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae* (MENEZES *et al.*, 2020).

A compreensão de "infecção pós-coito" como um contexto clínico e não como uma doença específica é fundamental. Isso indica um complexo intercâmbio entre fatores do hospedeiro, a dinâmica microbiana e o próprio ato sexual. A relação sexual pode atuar como um gatilho ou um fator que exacerba vulnerabilidades preexistentes, ou ainda introduzir novos patógenos ou desequilíbrios. Isso direciona a abordagem clínica para um diagnóstico diferencial abrangente e para a investigação de fatores de risco subjacentes, em vez de se limitar ao tratamento sintomático agudo. Essa perspectiva ressalta a natureza multifatorial dessas infecções.

As infecções associadas ao coito representam uma parcela considerável das demandas em consultórios ginecológicos, impactando significativamente a qualidade de vida e a saúde reprodutiva das mulheres (BRASIL, 2018). A doença inflamatória pélvica (DIP), por exemplo, é uma sequela grave de infecções do trato genital superior, podendo resultar em dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica (MENEZES *et al.*, 2020).

As ITUs recorrentes, em particular a cistite pós-coito, são uma preocupação comum. Estima-se que 20% a 50% das mulheres experimentarão uma ITU em algum momento de suas vidas, e entre 10% e 30% dessas apresentarão recorrências. A cistite pós-coito recorrente, especificamente, tem um impacto considerável na qualidade de vida e na função sexual das pacientes (KOMYAKOV *et al.*, 2023). A alta prevalência e a morbidade significativa associadas a essas infecções evidenciam uma substancial carga de saúde pública e a necessidade crítica de compreender seus fatores de risco para estratégias eficazes de prevenção e manejo. O impacto transcende os sintomas agudos, afetando a saúde reprodutiva a longo prazo e a qualidade de vida geral.

Tipos de infecções pós-coito

Infecções do trato urinário (ITU) pós-coito (cistite pós-coito)

As ITUs pós-coito, ou cistite pós-coito, são infecções do trato urinário inferior que surgem após a relação sexual (SCHOR *et al.*, 2003). A *Escherichia coli* (*E. coli*) é a bactéria mais comum nesses casos (SUJITH *et al.*, 2024), mas outros patógenos como *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus saprophyticus* também podem causar a infecção (FLORES-MIRELES *et al.*, 2015).

O mecanismo é mecânico: durante o coito, bactérias da região perianal podem ser empurradas para a uretra feminina e ascender à bexiga. Essa movimentação de patógenos sublinha a importância da micção pós-coito e da higiene adequada como estratégias preventivas.

Infecções do trato genital inferior (vaginose bacteriana, vulvovaginites, ISTs)

A atividade sexual pode influenciar uma variedade de condições no trato genital inferior:

- **Vaginose bacteriana (VB):** Caracteriza-se por um desequilíbrio no microbioma vaginal, com redução de lactobacilos e supercrescimento de bactérias anaeróbias como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis*. A VB frequentemente causa um odor fétido, que se acentua após o coito ou menstruação devido à alcalinização do ambiente vaginal (CARVALHO *et al.*, 2021). A associação da VB com a atividade sexual demonstra que o coito pode alterar o ecossistema vaginal, tornando-o mais suscetível a patógenos endógenos.

- **Vulvovaginites:** Inflamações da vulva e/ou vagina, causadas principalmente por fungos (*Candida spp.*) ou protozoários (*Trichomonas vaginalis*) (BRASIL, 2018).

- **Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs):** Englobam condições como tricomoníase e infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, que são causas comuns de corrimento vaginal e podem levar a complicações sérias (BRASIL, 2018). A infecção por Papilomavírus Humano (HPV) também é uma IST transmitida por contato pele a pele, principalmente por sexo vaginal e anal (WENDLAND *et al.*, 2019).

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP é uma infecção aguda do trato genital superior feminino, decorrente da ascensão de microrganismos cervicovaginais, frequentemente de transmissão sexual (MENEZES *et al.*, 2020). Os agentes mais comuns são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (BRASIL, 2018). Embora possa ser uma complicação de infecções iatrogênicas, a DIP está mais fortemente ligada às ISTs (BRASIL, 2018). Suas sequelas incluem dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica (MENEZES *et al.*, 2020).

A DIP é a forma mais grave de infecção genital pós-coito, demonstrando como ISTs não tratadas ou recorrentes podem ascender e causar danos reprodutivos duradouros. A presença de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* como principais causadores enfatiza a importância da prevenção e do diagnóstico precoce das ISTs para evitar sequelas devastadoras. A progressão de uma infecção inferior para a DIP, muitas vezes adquirida sexualmente, estabelece uma cadeia causal que reforça a necessidade de detecção e tratamento precoces.

Fatores de risco gerais associados ao coito

A atividade sexual pode aumentar a suscetibilidade a infecções do trato genital, principalmente por meio de alterações no ambiente local.

Alterações do microbioma vaginal

O microbioma vaginal saudável é dominado por espécies de *Lactobacillus*, que produzem ácido láctico, mantendo um pH vaginal baixo (geralmente abaixo de 4.5). Esse ambiente inibe o crescimento de patógenos, atuando como barreira imunológica e física primária (LEWIS *et al.*, 2017). A disrupção dessa flora normal, com redução de lactobacilos e supercrescimento de bactérias anaeróbias (disbiose), é fator de risco para vaginose bacteriana (VB), infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) — incluindo HIV —, e doença inflamatória pélvica (DIP) (FARIA *et al.*, 2024). O coito pode induzir essa desestabilização, introduzindo sêmen alcalino (CARVALHO *et al.*, 2021), ou novas comunidades microbianas do parceiro (MNGOMEZULU *et al.*, 2021), criando um ambiente propício à disbiose e à vulnerabilidade a infecções.

Microtraumas epiteliais

O epitélio vaginal é a primeira linha de defesa contra patógenos (PLESNIARSKI *et al.*, 2021). O coito, mesmo consensual, pode causar microtraumas na mucosa, comprometendo sua integridade e facilitando a entrada de microrganismos. Um estudo colposcópico demonstrou achados sugestivos de trauma em 61,1% das pacientes após coito vaginal consensual (NORVELL *et al.*, 1984). A zona de transformação cervical, com seu epitélio colunar mais frágil, é particularmente vulnerável, aumentando o risco de ISTs como clamídia e HIV (PLESNIARSKI *et al.*, 2021). Essa vulnerabilidade mecânica cria pontos de entrada diretos para patógenos, contornando a defesa física do hospedeiro.

Impacto do sêmen

O sêmen pode atuar como vetor biológico e modulador do microambiente vaginal. A presença de comunidades microbianas no sêmen pode alterar a composição da microbiota vaginal. Após o coito desprotegido, comunidades

microbianas seminais têm sido associadas à diminuição de *Lactobacillus* e aumento de bactérias anaeróbias (FARAHANI *et al.*, 2021). O pH alcalino do sêmen (CARVALHO *et al.*, 2021) eleva transitoriamente o pH vaginal, inibindo lactobacilos. Além disso, a introdução de comunidades microbianas exógenas do sêmen (MNGOMEZULU *et al.*, 2021) pode contribuir para a disbiose, tornando o ambiente mais permissivo ao crescimento patogênico.

Fatores de risco específicos para infecções do trato urinário (ITU) pós-coito

Fatores comportamentais

A frequência das relações sexuais é um fator predominante para ITU recorrente em mulheres na pré-menopausa (SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2021). A micção após o coito é uma medida protetora importante, pois ajuda a eliminar patógenos que possam ter migrado para a uretra (GUERRA DE OLIVEIRA NETO *et al.*, 2021). A ausência ou raridade de micção pós-coito aumenta o risco de ITU (FARIA *et al.*, 2024). A higiene íntima adequada também é recomendada (GUERRA DE OLIVEIRA NETO *et al.*, 2021). Esses fatores modificáveis são alvos-chave para a prevenção primária de ITUs.

Fatores anatômicos e fisiológicos do hospedeiro

A anatomia feminina, caracterizada por uretra mais curta e próxima ao ânus, predispõe à ITU, facilitando a migração de bactérias entéricas para a uretra durante a atividade sexual (FARIA *et al.*, 2024). A gravidez (SCHOR *et al.*, 2003) e a pós-menopausa (deficiência de estrogênio, diminuição de lactobacilos vaginais e prolapso genital) são estados fisiológicos que aumentam o risco. O diabetes mellitus é outro fator predisponente à

ITU (SCHOR & PFEFERMAN HEILBERG, 2003), pois afeta a função imunológica e os níveis de glicose na urina, criando um ambiente favorável ao crescimento bacteriano.

Uso de métodos contraceptivos

O uso de diafragma e espermicidas é um fator de risco conhecido para ITU (SCHOR & PFEFERMAN HEILBERG, 2003). Espermicidas podem alterar a flora vaginal, inibindo lactobacilos benéficos. O diafragma pode exercer pressão sobre a uretra, dificultando o esvaziamento completo da bexiga e levando à estase urinária, o que promove o crescimento bacteriano (FARIA *et al.*, 2024).

Fatores de risco específicos para infecções do trato genital (ISTs, vaginose bacteriana, DIP) pós-coito

Práticas sexuais de risco

O número de parceiros sexuais é um fator de risco significativo: mulheres com novas ou múltiplas parcerias são consideradas de maior risco para ISTs (BRASIL, 2018). Um maior número de parceiros sexuais ao longo da vida e um maior número de parceiros masculinos no último ano estão consistentemente associados à vaginose bacteriana. O sexo desprotegido, caracterizado pela falta de uso de preservativo, é um dos fatores de risco mais fortes para vaginose bacteriana e, por extensão, para a aquisição e transmissão de ISTs. Tipos de relação sexual, como sexo oral receptivo e sexo anal receptivo, além do uso de duchas vaginais, também foram associados a candidíase em um estudo, e o sexo oral e vaginal pode impactar a microbiota (CARDA-DIÉGUEZ *et al.*, 2019).

Condições preexistentes

A VB é um fator de risco independente e significativo para a aquisição de outras ISTs, incluindo o HIV, e para o desenvolvimento de DIP

(CARVALHO *et al.*, 2021). A disbiose associada à VB compromete a barreira mucosa e a resposta imune local. A presença de uma IST preexistente aumenta a suscetibilidade a outras infecções, criando um ciclo de vulnerabilidade; mulheres com *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* têm risco significativamente maior de DIP (MENEZES *et al.*, 2020). Mulheres HIV-positivas apresentam risco aumentado de transmissão de HCV ao recém-nato e a VB tem sido associada à aquisição vaginal de HIV (SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Fatores imunológicos do hospedeiro

A resposta imune local do hospedeiro no trato genital feminino é complexa, envolvendo barreiras físicas, componentes imunes solúveis e células imunes. Disrupções nessa barreira imune, seja por disbiose do microbioma (PLESNIARSKI *et al.*, 2021), inflamação crônica ou condições sistêmicas, podem aumentar a suscetibilidade a infecções pós-coito. A infecção por *Chlamydia trachomatis*, por exemplo, pode levar a uma infecção persistente no trato genital superior, e a resposta imune pode resultar em oclusão tubária e infertilidade (WITKIN, 2002).

Patógenos comuns associados às infecções pós-coito

Esta seção lista os agentes microbianos mais frequentemente identificados em infecções pós-coito, correlacionando-os com os tipos de infecções que causam.

Bactérias

As bactérias são os agentes etiológicos mais prevalentes. A *Escherichia coli* é a principal causa de ITUs pós-coito (SUJITH *et al.*, 2024). Para infecções do trato genital, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* são agentes

comuns de ISTs e as principais causas de DIP (BRASIL, 2018).

A vaginose bacteriana (VB) é caracterizada pelo supercrescimento de bactérias anaeróbias como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Ureaplasma urealyticum* e *Mycoplasma hominis* (BROTMAN, 2011). Outras bactérias que podem causar ITU incluem *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus saprophyticus* (FLORES-MIRELES *et al.*, 2015). A predominância de patógenos específicos sugere a necessidade de diagnósticos e terapias direcionadas.

Fungos

Espécies de *Candida* são agentes etiológicos frequentes de vulvovaginites (BRASIL, 2018). Embora a candidíase não seja exclusivamente pós-coito, a atividade sexual pode exacerbar os sintomas ou atuar como gatilho para desequilíbrios na flora vaginal. A manifestação sintomática pós-coito sugere que o ato ou fatores associados (pH, umidade) podem precipitar ou agravar um desequilíbrio subjacente.

Protozoários

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário sexualmente transmissível que causa a tricomoníase, uma IST comum. Caracteriza-se por corrimento vaginal intenso, amarelado-esverdeado, bolhoso e espumoso, com odor fétido e prurido (BRASIL, 2018). O odor fétido é mais notório após o coito e a menstruação devido à alcalinização do conteúdo vaginal (CARVALHO *et al.*, 2021).

Epidemiologia

As infecções pós-coito afetam mais frequentemente mulheres entre 18 e 39 anos, perí-

odo de maior intensidade sexual, devido a fatores que favorecem a entrada e ascensão de patógenos (FARIA *et al.*, 2024).

Entre as causas, destacam-se a anatomia feminina (uretra curta e próxima ao ânus, facilitando a migração de bactérias intestinais para a uretra) e fatores comportamentais, como alta frequência de relações sexuais e uso de contraceptivos intravaginais (diafragma e espermicidas), que podem comprometer a microbiota vaginal (LEMA *et al.*, 2018).

Hábitos de vida também são relevantes, como higiene genital inadequada (favorecendo contaminação perineal) e a falta de micção pós-coito. A prática de sexo anal sem precauções (higiene, preservativo) também é um fator negligenciado (QUINTELA *et al.*, 2023).

Outros fatores que alteram o equilíbrio da microbiota vaginal incluem o uso frequente de antibióticos (causando disbiose e redução de lactobacilos) e a presença de múltiplos parceiros sexuais (WHITESIDE *et al.*, 2015).

Certos grupos, como profissionais do sexo, apresentam maior vulnerabilidade devido à exposição a diversas floras microbianas e maior prevalência de ISTs.

Fatores genéticos e a pós-menopausa também predis põem a ITUs. Mulheres pós-menopáusicas podem ter deficiência estrogênica, redução de lactobacilos, cistocele, cirurgias urogênicas e elevado volume residual pós-miccional, aumentando as chances de ITU. Enquanto o primeiro grupo pode apresentar uma redução na expressão de interleucina-8 e seus receptores (QUINTELA *et al.*, 2023).

Cerca de 48% das mulheres terão, ao menos uma vez na vida, um episódio de ITU, evidenciando sua alta incidência. Além de infecções bacterianas, fungos, vírus ou parasitas também podem acometer o trato urinário, especialmente

em pacientes imunocomprometidos, com diabetes mellitus ou anomalias anatômicas (QUINTELA *et al.*, 2023).

Diagnóstico

O diagnóstico de infecções do trato urinário (ITUs) e outras infecções relacionadas ao coito exige uma abordagem integrada entre manifestações clínicas e exames laboratoriais. Sintomas podem incluir leucorreia, odor vaginal, prurido, disúria, sangramento e dispareunia.

Exames complementares são essenciais. A análise da secreção vaginal ou uretral por microscopia direta e cultura microbiológica são padrões-ouro. Para ITUs, a urocultura com antibiograma é crucial, confirmando o agente etiológico (frequentemente *E. coli*). Um resultado positivo é geralmente $\geq 10^5$ UFC/mL de urina (BONO & LESLIE, 2024). A citometria de fluxo na urina pode detectar leucocitúria, proteinúria, hematúria e bacteriúria, auxiliando na diferenciação diagnóstica das ITUs (SCHOR *et al.*, 2003). Para excluir outras etiologias infecciosas, sorologias para ISTs como sífilis e HIV são recomendadas.

Tratamento

Manejo de infecções do trato urinário (ITUs) pós-coito

- **Tratamento de ITUs Agudas Não Complicadas:** A maioria das ITUs agudas não complicadas é tratada com sucesso com antibióticos de curta duração (SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2021). As diretrizes do CDC e da OMS recomendam como opções de primeira linha:

- **Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX):** regime de 3 dias.
- **Nitrofurantoína:** curso de 5 dias.
- **Fosfomicina trometamol:** dose única.

Regimes alternativos incluem beta-lactâmicos (ex: cefaclor, amoxicilina/ácido clavulânico). Fluoroquinolonas (ex: ciprofloxacino, levofloxacino) são eficazes, mas reservadas para casos específicos devido a preocupações com resistência, efeitos colaterais e custo. Amoxicilina e ampicilina não são recomendadas para tratamento empírico devido à baixa eficácia (BONO & LESLIE, 2024). A seleção do antibiótico deve considerar a suscetibilidade bacteriana. Medicamentos para alívio da dor também podem ser prescritos (SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2021). É crucial estar ciente dos possíveis efeitos colaterais dos antibióticos, incluindo o risco de infecções resistentes a antimicrobianos (CDC, 2023).

- **Estratégias para ITUs Recorrentes (ITURs):** ITURs são definidas como três ou mais episódios de ITU por ano (SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2021). O manejo envolve estratégias farmacológicas e não farmacológicas:

- **Profilaxia Antibiótica Contínua:** Baixas doses de antibióticos diárias, em noites alternadas ou 3 noites por semana, por 6 meses ou mais, quando medidas mais simples falham. Agentes comuns incluem nitrofurantoína, TMP-SMX ou trimetoprim isolado (BONO & LESLIE, 2024).

- **Profilaxia Antibiótica Pós-Coito:** Dose única de antibióticos (ex: nitrofurantoína, TMP-SMX ou fluoroquinolona) imediatamente após a relação sexual. Esta é eficaz para ITURs relacionadas à atividade sexual e com menos efeitos colaterais que a profilaxia diária (BONO & LESLIE, 2024).

- **Autotratamento Agudo:** Para mulheres com até 2 episódios anuais, permitindo a autoiniciação de um curso padrão de 3 dias de

antimicrobianos. Contudo, a paciente deve procurar orientação médica se grávida, se os sintomas mudarem, se a recorrência aumentar ou se não houver melhora em 48 horas (BONO & LESLIE, 2024).

- Terapia de Estrogênio Vaginal para Mulheres Pós-Menopausa: Reduz ITURs estimulando lactobacilos e diminuindo o pH vaginal, prevenindo a colonização por uropatógenos (BONO & LESLIE, 2024). O estrogênio oral não tem o mesmo efeito.

Em casos de ITU na gravidez, penicilinas e cefalosporinas são consideradas seguras, enquanto trimetoprim, sulfonamidas e fluoroquinolonas devem ser evitados (BONO & LESLIE, 2024).

Tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ligadas à atividade sexual

O manejo de ISTs requer uma abordagem multifacetada para tratar o indivíduo, controlar a transmissão e prevenir complicações.

Princípios Gerais do Manejo de ISTs

Em ambientes com diagnóstico laboratorial limitado, a abordagem sindrômica da OMS guia o tratamento baseado na apresentação clínica (ex: corrimento uretral, corrimento vaginal, úlceras genitais) (WHO, 2021). O manejo do parceiro é crítico para prevenir reinfecções e transmissão contínua. A Terapia de Parceiro Expediata (TPE) pode ser considerada em certas situações (CDC, 2021).

Pacientes e parceiros devem se abster de atividade sexual até o tratamento e resolução dos sintomas. O reteste ou acompanhamento é recomendado para algumas infecções (ex: tricomoníase em mulheres, 3 meses após tratamento) devido a altas taxas de reinfecção. A triagem para coinfeções é essencial; toda pessoa diagnosticada com uma IST deve ser testada para outras, incluindo HIV, sífilis, gonorreia e cla-

mídia. A profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV deve ser oferecida a indivíduos HIV-negativos em áreas de alta prevalência (CDC, 2021).

Diretrizes Específicas de Tratamento de ISTs (Baseadas nas Diretrizes CDC 2021 e OMS 2024)

Vaginose Bacteriana (VB): Regimes Recomendados (CDC, 2021)⁵:

- **Metronidazol:** 500 mg VO, 2x/dia por 7 dias; ou gel 0,75% (5g) intravaginal, 1x/dia por 5 dias.

- **Clindamicina:** creme 2% (5g) intravaginal ao deitar por 7 dias.

Regimes Alternativos (CDC, 2021): Clindamicina 300 mg VO, 2x/dia por 7 dias; óvulos de clindamicina 100 mg intravaginal ao deitar por 3 dias; Secnidazol 2 g em grânulos orais em dose única; Tinidazol 2 g VO 1x/dia por 2 dias OU 1 g VO 1x/dia por 5 dias. Clindamicina tópica pode enfraquecer preservativos de látex. A VB tem alta taxa de recorrência (80% em 3-12 meses) devido a biofilme. O tratamento é recomendado para gestantes sintomáticas, com clindamicina frequentemente preferida.

Clamídia: Regimes Recomendados (MARTIN & ERBELDING, 2022):

- **Doxiciclina:** 100 mg VO, 2x/dia por 7 dias (preferido pelo CDC e sugerido pela OMS).

Azitromicina: 1 g VO em dose única (alternativa do CDC, sugerida pela OMS se doxiciclina indisponível)

Na gravidez (CDC, 2021)⁵: Azitromicina 1 g VO em dose única; ou Amoxicilina 500 mg VO, 3x/dia por 7 dias ou Eritromicina 500 mg VO, 4x/dia por 7 dias (WHO, 2021).⁶ Teste de cura é recomendado para infecção retal por *C. trachomatis* tratada com azitromicina (MARTIN & ERBELDING, 2022).

Gonorreia: Regimes Recomendados (MARTIN; ERBELDING, 2022):

- **Ceftriaxona:** 500 mg IM em dose única (CDC). Para peso ≥ 150 kg, 1 g IM. A OMS sugere 1g IM em dose única (WHO, 2021).

Coadministração para Clamídia: Se clamídia não excluída, Doxiciclina 100 mg VO, 2x/dia por 7 dias, é recomendada (CDC) (MARTIN & ERBELDING, 2022). Na gravidez, Azitromicina 1 g em dose única para clamídia (CDC, 2021).

Regimes Alternativos (WHO, 2021).⁶ :Se ceftriaxona indisponível ou recusada: Cefixima 800 mg VO (com teste de cura). Em caso de alergia ou resistência a cefalosporinas: Espectinomicina 2 g IM em dose única MAIS Azitromicina 2 g VO; OU Gentamicina 240 mg IM em dose única MAIS Azitromicina 2 g VO. O aumento da resistência à azitromicina levou a reavaliação da terapia dupla. A TPE é recomendada para parceiros heterossexuais (CDC, 2021).

Sífilis: Regimes Recomendados (MARTIN & ERBELDING, 2022):

- **Sífilis Primária, Secundária e Latente Precoce (duração <1 ano):** Penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades IM em dose única.

- **Sífilis Latente Tardia (duração >1 ano ou desconhecida):** Penicilina G benzatina 7,2 milhões de unidades totais, em 3 doses de 2,4 milhões de unidades IM, semanais.

Neurosífilis, Sífilis Ocular e Otossífilis: Penicilina G cristalina aquosa 18–24 milhões de unidades/dia IV por 10–14 dias.

Gravidez: O tratamento é crucial para prevenir a transmissão vertical (WHO, 2023). Diretrizes específicas existem para gestantes (CDC, 2021). A OMS recomenda Penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades IM 1x/semana por 3 semanas consecutivas para sífilis tardia/duração desconhecida (WHO, 2021). Em caso de alergia à penicilina, terapia alternativa

é necessária. Todas as pessoas com sífilis latente devem ser testadas para HIV (CDC, 2021).

Herpes Genital Simples (HSV): Regimes Recomendados (CDC, 2021)⁵:

- O objetivo é controlar surtos, reduzir gravidade e frequência, e suprimir a replicação viral para prevenir transmissão (CDC, 2021). Não há cura para a infecção (WORKOWSKI *et al.*, 2022).

- **Primeiro Episódio Clínico:** Aciclovir 400 mg VO, 3x/dia por 7–10 dias; OU Famciclovir 250 mg VO, 3x/dia por 7–10 dias; OU Valaciclovir 1 g VO, 2x/dia por 7–10 dias.

- **Terapia Supressiva para HSV-2 Recorrente:** Aciclovir 400 mg VO, 2x/dia; OU Valaciclovir 500 mg VO, 1x/dia (ou 1 g, 1x/dia); OU Famciclovir 250 mg VO, 2x/dia.

Terapia Episódica para HSV-2 Recorrente: Cursos mais curtos (ex: Aciclovir 800 mg VO, 2x/dia por 5 dias ou 800 mg VO, 3x/dia por 2 dias).

- **Gravidez:** Terapia supressiva diária (Aciclovir 400 mg VO, 3x/dia ou Valaciclovir 500 mg VO, 2x/dia) a partir da 36ª semana de gestação é recomendada para prevenir surtos no parto (CDC, 2021). Cesariana pode ser realizada se houver lesões ativas no parto infecção (WORKOWSKI *et al.*, 2022).

Tricomoníase: Regimes Recomendados (CDC, 2021):

Regimes Recomendados

- **Mulheres:** Metronidazol 500 mg VO, 2x/dia por 7 dias.

- **Regime Alternativo (para homens e mulheres)** Tinidazol 2 g VO em dose única.

O reteste para mulheres aproximadamente 3 meses após o tratamento inicial é recomendado devido às altas taxas de reinfecção (CDC, 2021). O tratamento concomitante de todos os parceiros sexuais é vital.

Papilomavírus Humano (HPV) / Verrugas Genitais: Modalidades de Tratamento (CDC, 2021):

O manejo foca na remoção das verrugas visíveis, já que não há cura para o vírus (WORKOWSKI *et al.*, 2022).

- **Aplicadas pelo Paciente:** Creme de Imiquimode, solução/gel de Podofilox, pomada de Sinecatequinas.

- **Administradas pelo Profissional:** Crio-terapia, remoção cirúrgica (excisão tangencial, curetagem), ácido tricloroacético (TCA) ou ácido bicloroacético (BCA) solução a 80% - 90%.

- O uso de preservativos pode reduzir a transmissão do HPV. Exames de Papanicolau anuais são recomendados para mulheres com verrugas genitais devido à ligação com o câncer cervical infecção (WORKOWSKI *et al.*, 2022).

Hepatite B e HIV

- **Hepatite B:** Não há tratamento específico para a fase aguda. A hepatite B crônica possui medicamentos aprovados (ex: Tenofovir disoproxil fumarato - TDF, Entecavir - ETV) que podem prevenir doenças hepáticas graves, mas frequentemente exigem tratamento vitalício (CDC, 2024).

- **HIV:** A terapia antirretroviral (TARV) potente, em combinação, é recomendada para todas as pessoas com HIV, iniciando o mais rápido possível. A TARV eficaz suprime o vírus, previne a progressão da doença e reduz a transmissão (WHO, 2023).

Tratamento de candidíase vaginal (infecção por fungos)

A candidíase vaginal (CVV), causada principalmente por *Candida albicans*, pode ser transmitida entre parceiros sexuais e seus sinto-

mas podem ser exacerbados pela atividade sexual. O tratamento de rotina para parceiros masculinos não é necessário, a menos que apresentem balanite (CDC, 2021).

Regimes de Tratamento

- **CVV Não Complicada:** Formulações tópicas de curta duração (dose única ou 1 a 3 dias) são eficazes, ou agente oral (Fluconazol 150 mg em dose única) (EDWARDS *et al.*, 2022).

- **Agentes Intravaginais de Venda Livre** (EDWARDS *et al.*, 2022) : Clotrimazol creme 1% (7–14 dias) ou 2% (3 dias); Miconazol creme 2% (7 dias) ou 4% (3 dias), ou supositório vaginal; Tioconazol pomada 6,5% (aplicação única).

- **Agentes Intravaginais com Prescrição:** Butoconazol creme 2% (dose única); Terconazol creme 0,4% (7 dias), 0,8% (3 dias) ou supositório vaginal.

- **CVV Complicada (recorrente, grave, espécies não-*albicans*):** Requer terapia mais intensiva. Cultura vaginal ou PCR para confirmar diagnóstico e identificar *Candida* não-*albicans*, que podem ser resistentes aos azóis. Ácido bórico pode ser útil para infecções por leveduras não-*albicans* (EDWARDS *et al.*, 2022).

- **CVV Recorrente:** Definida como ≥ 3 episódios em <1 ano. Terapia de manutenção supressiva pode ser considerada (ex: metronidazol tópico 2x/semana por 16 semanas).

Medidas Adjuvantes e Preventivas: Não há evidências substanciais para o uso de probióticos ou medicamentos homeopáticos no tratamento da CVV (CDC, 2021). Parceiros sexuais masculinos geralmente não necessitam de tratamento, a menos que apresentem balanite. Infecções fúngicas não tratadas podem levar a complicações (BONO & LESLIE, 2024).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONO, M.J. & LESLIE, S.W. Uncomplicated Urinary Tract Infections. In: STATPEARLS [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

BROTMAN, R.M. Vaginal microbiome and sexually transmitted infections: an epidemiologic perspective. *Journal of Clinical Investigation*, v. 121, n. 12, p. 4610-7, 2011. Doi: 10.1172/JCI57172.

CARDA-DIÉGUEZ, M. *et al.* Variations in vaginal, penile, and oral microbiota after sexual intercourse: a case report. *Frontiers in Medicine*, v. 6, p. 178, 2019. Doi: 10.3389/fmed.2019.00178.

CARVALHO, N.S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30 esp1, p. e2020593, 2021. Doi: 10.1590/S1679-4974202100007.esp1

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Treatment of Hepatitis B. [S.l.], 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hepatitis-b/treatment/index.html>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Summary of CDC STI Treatment Guidelines 2021. North Dakota Health and Human Services, 2021. Disponível em: <https://www.hhs.nd.gov/sites/www/files/documents/DOH%20Legacy/STITreatmentTable.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Urinary Tract Infection Basics. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/uti/about/index.html>. Acesso em: 1 jul. 2025

EDWARDS, J. *et al.* Vulvovaginal candidiasis: A review of the evidence for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention of Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. *Clinical Infectious Diseases*, v. 74, supl. 2, p. S162–S168, 2022.

FARAHANI, A. *et al.* The semen microbiome and its impact on sperm function and male fertility: a systematic review and meta-analysis. *Andrology*, v. 9, n. 1, p. 115-144, 2021. Doi: 10.1111/andr.12886.

FARIA, J.S. *et al.* Urinary tract infections in reproductive-age women: epidemiology, risk factors and sexual activity correlation. *Frontiers in Urology*, v. 3, 2024. Doi: 10.3389/fruro.2024.1487858.

FLORES-MIRELES, A.L. *et al.* Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nature Reviews Microbiology*, v. 13, n. 5, p. 269-84, 2015. Doi: 10.1038/nrmicro3432.

GUERRA DE OLIVEIRA NETO, J. *et al.* Infecção urinária no pré-natal: papel do enfermeiro de saúde pública. *Enfermagem*, v. 20, n. 64, p. 250–290, 2021. Doi: 10.6018/eglobal.466121

KOMYAKOV, B. K. *et al.* Assessment of sexual function and quality of life in women with postcoital cystitis. *Urologiia*, v. 2, p. 20-25, 2023.

LEMA, V.M. & LEMA, A.P.V. Sexual activity and the risk of acute uncomplicated urinary tract infection in premenopausal women: implications for reproductive health programming. *Obstetrics & Gynecology International Journal*, v. 9, n. 1, p. 49–55, 2018. Doi: 10.15406/ogij.2018.09.00303.

LEWIS, F.M.T. *et al.* Vaginal Microbiome and Its Relationship to Behavior, Sexual Health, and Sexually Transmitted Diseases. *Obstetrics & Gynecology*, v. 129, n. 4, p. 643-654, 2017. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001932.

MARTIN, D.H. & ERBELDING, E.J. Sexually Transmitted Infections: Updates From the 2021 CDC Guidelines. *American Family Physician*, [S.l.], v. 105, n. 5, p. 514–521, 2022.

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. <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100011.espl>

MNGOMEZULU, K. *et al.* Recent Semen Exposure Impacts the Cytokine Response and Bacterial Vaginosis in Women. *Frontiers in Immunology*, v. 12, p. 695201, 2021. Doi: 10.3389/fimmu.2021.695201.

NORVELL, M.K. *et al.* Investigation of microtrauma after sexual intercourse. *The Journal of Reproductive Medicine*, v. 29, n. 4, p. 269-71, 1984.

PLESNIARSKI, A. *et al.* The Microbiome as a key regulator of female genital tract barrier function. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 11, p. 790627, 2021. Doi: 10.3389/fcimb.2021.790627.

QUINTELA, J.M.C. *et al.* Capítulo 2 – Infecção pós-coito. In: FREITAS, G.B.L. (org.). *Ginecologia e Obstetrícia*. 14. ed. Irati (PR): Editora Pasteur, 2023.

SCHOR, N. & PFEFERMAN HEILBERG, I. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário: ITU. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2003. Doi: 10.1590/S0104-42302003000100043

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO RIO GRANDE DO SUL (SOGIRGS). Infecção do trato urinário. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 49/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Infeccao-do-trato-urinario-2021.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

SUJITH, S. *et al.* Comprehensive insights into UTIs: from pathophysiology to precision diagnosis and management. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 14, p. 1402941, 2024. Doi: 10.3389/fcimb.2024.1402941.

WITKIN, S.S. Immunological aspects of genital chlamydia infections. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 16, n. 6, p. 865–874, 2002. Doi: 10.1053/BEOG.2002.0326.

WHITESIDE, S. A. *et al.* The Vaginal Microbiota and Urinary Tract Infection. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, v. 5, p. 54, 2015. Doi: 10.3389/fcimb.2015.00054.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572659/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually transmitted infections (STIs). Geneva: WHO, 2023. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em: 1 jul. 2025.

WORKOWSKI, K.A. *et al.* Diagnosis and Management of Genital Herpes: Key Questions and Review of the Evidence for the 2021 Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. *Sexually Transmitted Diseases*, [S.l.], v. 49, n. 4, p. 231–238, 2022.