

Edição XXIII

Ginecologia e Obstetrícia

Capítulo 02

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNACIONES POR DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA NO BRASIL EM 2025

JOSIMARA BRUNYELLY XIMENES DE SOUSA¹

¹Discente – Medicina na Universidad Nacional de La Rioja

Palavras-chave: Fatores de Risco; Hospitalização; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

<http://doi.org/10.59290//5536207412>

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, seja espontânea ou decorrente de manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), o que compromete o endométrio (endometrite), tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite). Além disso, constitui uma das mais importantes complicações das IST e, conseqüentemente, um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida. Ademais, está associada a sequelas importantes a longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. As taxas variam na literatura entre 9% e 20% e, além disso aumentam com o número de episódios. Estima-se, portanto, um caso de DIP para cada oito a dez casos de pacientes com cervicite (BRASIL, 2022).

Sua importância clínica, portanto, reside na sua grande incidência. Por exemplo estima-se que nos Estados Unidos ocorram aproximadamente 1 milhão de novos casos por ano. No entanto, no Brasil, estima-se que ocorram 10 a 12 milhões de casos por ano, estatística de difícil comprovação, uma vez que não se trata de doença de notificação compulsória. Embora tenha uma baixa mortalidade, a morbidade e as sequelas do problema são muito frequentes, sendo que as causas mais comuns de morte são a ruptura de abscesso tubo-ovariano, em cerca de 5 a 10% daquelas mulheres que chegam neste estágio assim como a sepse. Além disso, a dor pélvica crônica secundária a aderências pélvicas, o aumento do risco de uma futura gestação tubária e de recorrência da própria DIPA, bem como a infertilidade (COMISSÃO PERMANENTE

DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2024).

O objetivo deste capítulo é analisar, de forma abrangente, a Doença Inflamatória Pélvica, com ênfase na epidemiologia recente das interações hospitalares no Brasil, buscando, assim, evidenciar os padrões regionais e etários da DIP, identificar os agentes etiológicos mais prevalentes, tais como *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e ainda discutir as complicações clínicas. Além disso, pretende-se reforçar a importância da detecção precoce, do tratamento adequado e das estratégias voltadas para populações de jovens sexualmente ativas.

EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, é difícil conhecer toda a magnitude da incidência de DIP, pois além de não ser uma doença de notificação compulsória, também não ocorre o rastreamento de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em pacientes assintomáticas. Os casos crônicos de DIP podem ter graves conseqüências, como a maior susceptibilidade à infecção e transmissão de Papilomavírus Humano (HPV) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em 2012, entre mulheres de 15 a 49 anos, a prevalência global estimada de infecção por *Chlamydia trachomatis* foi de 4,2% e por *Neisseria gonorrhoeae* 0,8%. Frequentemente tais infecções são assintomáticas, resultando em atraso no diagnóstico e postergando o tratamento adequado (PERCINEY *et al.*, 2022).

FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

O canal endocervical é considerado barreira protetora do trato genital superior. Portanto, a infecção endocervical com patógenos sexualmente transmissíveis rompe essa barreira e, conseqüentemente fornece às bactérias vaginais acesso aos órgãos genitais superiores, infectan-

do o endométrio, depois a endossalpinge, o córtex ovariano, o peritônio pélvico e o estroma subjacente. As razões pelas quais as bactérias do trato genital inferior causam doença inflamatória pélvica em apenas algumas mulheres não são totalmente conhecidas, mas podem estar relacionadas às variações genéticas, à menstruação retrógrada, à resposta imune, à carga bacteriana dos patógenos e às oscilações hormonais do ciclo menstrual, tendo em vista que o muco cervical menstrual tem menor efeito bacterios-tático (MENEZES *et al.*, 2021).

A maioria dos casos é decorrente de agentes patogênicos sexualmente transmitidos, como *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*. No entanto, uma minoria de casos agudos não são transmitidos sexualmente, mas associados a germes que colonizam o trato genital inferior ou entéricos, como *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum*, *Peptococcus spp.*, *Peptoestreptococcus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* e *Campylobacter spp.*, além de patógenos respiratórios (por exemplo, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, estreptococos do grupo A e *Staphylococcus aureus*). Os aeróbios facultativos da microbiota são considerados agentes causadores potenciais (MENEZES *et al.*, 2021).

CLASSIFICAÇÃO

Se divide em Estágio I, Estágio II, Estágio III e Estágio IV. Sendo assim, estágio I (Leve), definida por salpingite aguda sem irritação peritoneal; Estágio II (Moderada sem abscesso), designado por salpingite com irritação peritoneal; Estágio III (Moderada com abscesso), delimitada pela presença de salpingite com abscesso tubo-ovariano; Estágio IV (Grave), há uma exibição ATO rompida ou sinais de choque séptico (RIBEIRO *et al.*, 2022).

FATORES DE RISCO

Os fatores de risco para doença inflamatória pélvica incluem diversos aspectos inter-relacionados. Primeiramente, a faixa etária é relevante, pois adolescentes com múltiplos parceiros sexuais, devido a fatores biológicos e comportamentais próprios dessa fase, apresentam risco três vezes maior de desenvolver doença inflamatória pélvica aguda quando comparadas às mulheres acima de 25 anos, independentemente de escolaridade e renda familiar, comportamento sexual com parcerias múltiplas, início precoce das atividades sexuais e novas parcerias. Outro fator relevante é a utilização de DIU, já que mulheres usuárias desse dispositivo apresentam risco ligeiramente aumentado de doença inflamatória pélvica nos primeiros 20 dias da inserção, independentemente do tipo de DIU inserido, de cobre ou com liberação de levonorgestrel. No entanto, esse risco é reduzido nas mulheres tratadas para IST antes da inserção do DIU (MENEZES *et al.*, 2021).

QUADRO CLÍNICO

Na maioria dos casos a DIP é assintomático, portanto, é necessário que os médicos analisem os sintomas leves, tais como metrorragia, corrimento vaginal anômalo, sangramento pós coito e frequência urinária, considerando-os como possíveis sintomas pertinentes à doença, principalmente em mulheres com fatores de risco para infecção sexualmente transmissível (MAIA *et al.* 2021).

Além disso, a endometrite é frequentemente a primeira manifestação clínica. O processo infeccioso progride em direção às tubas, à cavidade peritoneal pélvica e, quando atinge o líquido peritoneal, o agente infeccioso pode progredir até o espaço infra-diafragmático direito e assim promover a Peri-hepatite ou síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (MENEZES *et al.*, 2021).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da doença inflamatória pélvica é clínico, portanto é realizado com base em critérios maiores, menores e elaborados. Para que ocorra a confirmação clínica de DIP, é necessário a presença de três critérios maiores e 1 critério menor, ou então apenas a presença de um critério elaborado. Além disso, exames laboratoriais e de imagem auxiliam no diagnóstico, na avaliação da gravidade, em casos de incerteza diagnóstica ou diante de preocupação com complicações, sendo, portanto, essenciais nos casos oligossintomáticos. É importante destacar que, em caso de alta suspeita clínica, o tratamento empírico deve ser iniciado com antibióticos, mesmo em pacientes que estejam levemente sintomáticos (KRZYUY *et al.*, 2021).

Por outro lado, em mulheres sintomáticas o exame clínico da doença inflamatória pélvica (DIP) deve incluir aferição de sinais vitais, exa-

me abdominal, exame especular vaginal com inspeção do colo uterino para avaliação da friabilidade e corrimento mucopurulento, bem como exame bimanual para avaliação do colo e anexos. Entre os sinais mais comuns, destaca-se *spotting*, dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou abdominal e dor à mobilização do colo, sendo que o *spotting* é frequente em usuárias de anticoncepcionais de baixa dosagem e sugestivo de DIP (MENEZES *et al.*, 2021).

Exames laboratoriais, como hemograma, VHS, PCR, cultura de endocérvice, detecção de clamídia e gonococo, exames de urina, hemocultura e teste de gravidez, assim como ultrassonografia transvaginal e pélvica, auxiliam na identificação da etiologia e na detecção de complicações, sendo que o achado ultrassonográfico típico é a presença de líquido na trompa, com ou sem líquido livre na pelve (MENEZES *et al.*, 2021) (**Figura 2.1**).

Figura 2.1 Critérios Diagnósticos

Figura 1: CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DIP	
CRITÉRIOS MAIORES	Dor no hipogástrio Dor à palpação dos anexos Dor à mobilização do colo uterino
CRITÉRIOS MENORES	Temperatura axilar >37,5°C ou temperatura retal >38,3°C Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal Massa pélvica Mais de 10 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice Leucocitose em sangue periférico Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação – VHS elevada Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas
CRITÉRIOS ELABORADOS	Evidência histopatológica de endometrite Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem Laparoscopia com evidência de DIP

Fonte: Adaptado do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)

COMPLICAÇÕES

Segundo Oliveira & Silveira (2024), as complicações da Doença Inflamatória Pélvica

(DIP) constituem uma das principais causas de morbidade reprodutiva em mulheres em idade fértil, uma vez que resultam em dor pélvica crônica, infertilidade e gravidez ectópica (GE).

Embora o tratamento antibiótico apresente elevadas taxas de resposta clínica, aproximadamente 18% das mulheres podem desenvolver infertilidade, enquanto que 0,6–2% podem apresentar GE e 30% podem manifestar dor pélvica crônica três anos após a intervenção. Além disso, estudos demonstram que mulheres com DIP apresentam risco significativamente maior de complicações reprodutivas, quando comparadas àquelas sem a doença. Por exemplo, um estudo sueco revelou que 74% das mulheres com suspeita clínica de DIP apresentavam salpingite, das quais 16% desenvolveram infertilidade e 9% tiveram GE subsequente.

De maneira consistente um outro estudo revela que cerca de 25% das mulheres com doença inflamatória pélvica terão dor pélvica crônica, 10% a 50% terão infertilidade e 15% a 60% terão gravidez ectópica, geralmente causada por cicatrizes e aderências nas trompas de Falópio. Além do mais, essas proporções aumentam com o número de episódios de infecções, sendo muito altas em partes da África, Ásia e América do Sul, onde os serviços de saúde não são facilmente acessíveis. Adicionalmente, também relatos de que a doença inflamatória pélvica pode estar associada a um maior risco de acidente vascular cerebral, câncer de ovário e obstrução aguda do intestino delgado. Nos casos mais graves podem evoluir para a Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis que, na fase aguda, apresenta exsudato purulento na cápsula de Glisson e, na fase crônica, é caracterizada por aderências peri-hepáticas do tipo “corda de violino”(COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – CPPAS 2024).

É importante destacar que o atraso no diagnóstico e tratamento da DIP está fortemente associado a piores desfechos reprodutivos. Além disso, a doença também tem sido relacionada a abortos espontâneos, corioamnionite, ruptura prematura de membranas, parto prematuro e na-

timorto. Diante disso, torna-se evidente que a prevenção da DIP e de suas sequelas é uma necessidade urgente, não apenas para a saúde das mulheres, mas também para o bem-estar de suas famílias e da sociedade (OLIVEIRA & SILVEIRA, 2024).

TRATAMENTO

Nos últimos anos, tem se observado uma evolução significativa nas abordagens terapêuticas da DIP, sobretudo com o desenvolvimento de novas estratégias que visam não apenas a resolução da infecção, mas também a preservação da fertilidade e a minimização de complicações a longo prazo. Nesse contexto, o tratamento da DIP envolve, geralmente, a administração de antibióticos de amplo espectro, que devem ser iniciados o mais precocemente possível, a fim de prevenir danos irreversíveis aos órgãos reprodutivos. Além disso, em casos graves ou quando há formação de abscessos, pode-se recorrer a intervenção cirúrgica (ARANTES *et al.*, 2024).

O Manejo terapêutico pode ser em nível ambulatorial e hospitalar, sendo a internação indicada em situações específicas, tais como em casos de gravidez, intolerância à terapia oral, febre alta, náusea, vômito, abscesso tubo ovariano ou quadro de emergência cirúrgica. Consequentemente, o seguimento do tratamento se difere nesses dois níveis de atenção, mediante as recomendações dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de 2015 (SCHEER *et al.*, 2021).

No nível ambulatorial, o tratamento da DIP é indicado para mulheres com quadro clínico leve e sem sinais de pelviperitonite ao exame abdominal e ginecológico. Nesse sentido, o início imediato da terapia é essencial para prevenir complicações tardias, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. Ademais,

além dos antibióticos, podem ser utilizados analgésicos e anti-inflamatórios para alívio dos sintomas. Em casos de desidratação, está indicada a reposição de fluidos por via intravenosa. Vale destacar que os esquemas terapêuticos devem oferecer cobertura ampla, mesmo quando não há confirmação laboratorial dos agentes, incluindo *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, bactérias anaeróbias (especialmente *Bacteroides fragilis*), agentes associados à vaginose bacteriana, bactérias Gram-negativas, bactérias facultativas e estreptococos (BRASIL, 2022).

Por outro lado, a internação hospitalar deve ser considerada para mulheres com manifestações moderadas a graves, incluindo paciente com sinais de peritonismo, náuseas e vômitos ou febre alta, pacientes com abscesso tubo-ovariano e gestantes, que exibem mais incidência de complicações. Bem como, em situações de emergências cirúrgicas não descartadas, ausência de resposta clínica ao tratamento antimicrobiano oral, intolerância ao tratamento oral, impossibilidade de seguimento ambulatorial ou de reavaliação em 72 horas (ROMANELLI *et al.*, 2013).

No que se refere ao tratamento, antibióticos de amplo espectro com atividade contra *N. Gonorrhoeae* e *C. trachomatis* incluem betalactâmicos, aminoglicosídeos, tetraciclina, lincosaminas e macrolídeos, sendo recomendada sua utilização em associação, por via parenteral ou oral. O uso parenteral pode ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas, enquanto a terapia antimicrobiana por via oral ou intramuscular deve prosseguir por até 14 dias. A doxiciclina é o agente de escolha para *C. trachomatis*, e a combinação de clindamicina e gentamicina apresenta atividade moderada contra ambos os patógenos *in vitro*. Por sua vez, cefalosporinas de segunda geração, como cefoxitina ou cefotetana, associadas à doxiciclina, apresentam ex-

celentes resultados *in vitro*, e a combinação ampicilina/sulbactam também é eficaz (ROMANELLI *et al.*, 2013).

Entretanto devido à alta resistência bacteriana, as quinolonas não são indicadas para *N. Gonorrhoeae* no Brasil. No caso da doença inflamatória pélvica, o PCDT recomenda a dose de 500mg de ceftriaxona, decisão baseada em avaliação de custo-benefício e impacto financeiro, enquanto protocolos internacionais utilizam 250mg, dependendo da disponibilidade e da susceptibilidade local da bactéria. A melhora clínica deve ocorrer em até três dias após o início do tratamento, e a cura é determinada pelo desaparecimento dos sinais e sintomas, juntamente com a normalização dos exames laboratoriais (MENEZES *et al.*, 2021).

Por fim, o tratamento cirúrgico deve ser reservado para situações específicas, como: falha do tratamento clínico, massa pélvica que persiste ou aumenta, apesar do tratamento clínico, suspeita de ruptura de abscesso tubo-ovariano, hemoperitônio o abscesso de fundo de saco de Douglas (ROMANELLI *et al.*, 2013).

SEGUIMENTO

Pacientes com DIP tratadas ambulatorialmente devem ser reavaliadas em até 72 horas e acompanhadas a cada 2 dias, sendo hospitalizadas se não houver melhora. Além disso, enquanto as internadas devem ser avaliadas duas vezes ao dia. Nesse contexto, a resposta à antibioticoterapia deve ser observada após 48–72 horas, considerando melhora do estado geral, redução da febre (aferida a cada 6 horas), diminuição da dor à palpação e ao toque vaginal, melhora dos marcadores inflamatórios (avaliados a cada 2 dias) e, nos casos de abscesso tubo-ovariano (ATO), estabilidade ou redução do tamanho à ultrassonografia seriada. Por outro lado, na ausência de melhora clínica, deve-se

avaliar intervenção cirúrgica, especialmente diante de abscessos abdominais ou falha terapêutica. De modo geral, a alta hospitalar ocorre após 5 a 7 dias, com melhora clínico-laboratorial e ausência de febre por pelo menos 2 dias. Após a alta, recomenda-se manter o antibiótico via oral e seguimento ambulatorial para orientação sobre fertilidade, risco de gravidez ectópica e prevenção de IST.

Ademais, cerca de 20% dos casos de ATO necessitam cirurgia, sendo mais provável quando o abscesso é maior que 10cm, rara quando menor que 5 cm, e obrigatória em caso de ruptura, como complicações tardias, destacam-se gravidez ectópica, infertilidade, dor pélvica crônica e recorrência, mais frequentes em adolescentes, em infecção por clamídia, atraso no tratamento e formação precoce de ATO (FEBRASGO, 2018).

METODOLOGIA

Este capítulo baseia-se em uma revisão descritiva e analítica da literatura científica sobre Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Para a análise epidemiológica, foram utilizados dados oficiais de internações do DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2025. Foram extraídas informações sobre: das Internações por faixa etária, abrangendo mulheres de 10 a 49 anos, consideradas em idade fértil; Internações por “outras doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos”; internações por salpingite e ooforite; internações por infecção gonocócica e internações por doenças causadas por clamídia transmitidas por via sexual.

Os dados foram analisados quanto à distribuição etária, regional e tipo de agente infeccioso, com atenção especial para adolescentes e jovens adultas, grupos de maior vulnerabilidade

para DIP, também foram revisadas publicações científicas sobre fatores de risco, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e seguimento da DIP, permitindo a integração entre informações clínicas e epidemiológicas para compreensão da magnitude e impacto dessa doença na saúde reprodutiva feminina.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliou-se, no ano de 2025, as internações por outras doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos incluindo doença inflamatória pélvica (DIP), salpingite, ooforite e infecções gonocócicas e por clamídia em mulheres de 10 a 49 anos, consideradas em idade fértil, em todas as regiões do Brasil. Observou-se variação importante no número de internações conforme a faixa etária e a região geográfica, com tendência geral de aumento dos casos nas faixas etárias mais elevadas, **Tabela 2.1**.

Nesse contexto, na faixa etária de 10 a 14 anos, os maiores números de internações foram registrados no Nordeste (128 casos) e no Sudeste (114 casos), seguidos pela região Norte (88 casos), Sul (53 casos) e Centro-Oeste (34 casos). Embora os valores absolutos sejam menores quando comparados às demais faixas etárias, esses dados chamam atenção por se tratar de adolescentes muito jovens, indicando ocorrência precoce de agravos inflamatórios pélvicos.

Em continuidade à análise, entre 15 e 19 anos, observa-se aumento expressivo das internações em todas as regiões. O Nordeste manteve o maior número de casos (626), seguido pelo Sudeste (593) e Norte (524). As regiões Sul e Centro-Oeste registraram 229 e 157 casos, respectivamente. Esse crescimento pode estar relacionado ao início da vida sexual nessa faixa etária, período em que muitas adolescentes tornam-se sexualmente ativas, aumentando a ex-

posição às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), importantes fatores que produzem DIP.

Posteriormente, na faixa de 20 a 29 anos, concentram-se os maiores números absolutos de internações. O Sudeste apresentou 2.072 casos, seguido pelo Nordeste (1.866), Norte (1.224), Sul (782) e Centro-Oeste (467). Esses dados reforçam que mulheres jovens adultas representam o grupo mais acometido, possivelmente devido à maior frequência de atividade sexual, múltiplos parceiros e menor adesão ao uso de preservativos em parte da população.

Na sequência, entre 30 e 39 anos, os números permanecem elevados, embora com discreta redução em algumas regiões: Sudeste (1.952), Nordeste (1.680), Norte (977), Sul (818) e Centro-Oeste (410). Já na faixa etária de 40 a 49 anos, observa-se redução em comparação às faixas anteriores, mas ainda com valores expressivos, especialmente no Sudeste (1.796) e Nordeste (1.393), seguidos por Norte (764), Sul (724) e Centro-Oeste (342). Portanto, ainda que haja tendência de declínio nas idades mais

avançadas, a magnitude dos casos permanece significativa.

De modo geral, o Sudeste e o Nordeste concentraram os maiores quantitativos de internações em praticamente todas as faixas etárias, o que pode refletir tanto maior densidade populacional quanto diferenças no acesso aos serviços de saúde e na notificação dos casos. Os aspectos socioeconômicos e estruturais, assim como a alta densidade populacional podem contribuir para tais disparidades nessas regiões.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, os achados reforçam que mulheres jovens, sexualmente ativas, especialmente entre 15 e 29 anos, constituem grupo de maior vulnerabilidade para doenças inflamatórias pélvicas. Pacientes com dor em baixo ventre, desconforto pélvico e histórico recente de infecção sexualmente transmissível ou de relações desprotegidas devem ser avaliadas com suspeita de DIP. Nesse sentido, a investigação diagnóstica precoce e o manejo adequado são fundamentais para prevenir complicações, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica, conforme descrito na literatura (GIRARDI *et al.*, 2025).

Tabela 2.1 Internações por outras doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos período de 2025

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Norte	88	524	1224	977	764
Nordeste	128	626	1866	1680	1393
Sudeste	114	593	2072	1952	1796
Sul	53	229	782	818	724
Centro-oeste	34	157	467	410	342

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A análise das internações por salpingite e ooforite no período de 2025 evidencia um padrão epidemiológico consistente com o perfil da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), **Tabela 2.2**. De modo geral, observa-se maior concentração de casos nas faixas etárias de 20 a 39 anos em todas as regiões do país, com destaque para o Nordeste e o Sudeste. Na faixa de 20 a

29 anos, o Nordeste apresentou 1.200 internações, seguido pelo Norte (1.042) e Sudeste (708). Já entre 30 e 39 anos, o Nordeste manteve os maiores números (1.297), seguido do Sudeste (840) e Norte (687). Nesse contexto, esses achados reforçam que a doença acomete predominantemente mulheres em idade reprodutiva, período caracterizado por maior atividade sexu-

al e, conseqüentemente, maior exposição às infecções sexualmente transmissíveis.

A salpingite e ooforite são infecções inflamatórias que afetam as tubas uterinas e os ovários, respectivamente, sendo condições clínicas significativas no contexto da saúde ginecológica feminina. A salpingite, geralmente é causada por agentes infecciosos como as bactérias *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, pode resultar em dor pélvica, febre e secreção vaginal anormal, já a ooforite, por sua vez, é a inflamação do ovário, frequentemente associada a infecções bacterianas (SILVA *et al.*, 2025).

No que se refere à distribuição regional, embora o Nordeste e o Sudeste apresentem os maiores números absolutos de internação, esses dados devem ser interpretados com cautela, considerando o contingente populacional dessas regiões e a maior disponibilidade de serviços hospitalares. A redução progressiva dos casos após os 40 anos, observada em todas as regiões, pode estar relacionada à diminuição da exposição a fatores de risco, mudanças hormonais e menor atividade reprodutiva, corroborando o comportamento epidemiológico clássico da DIP descrito na literatura. Contudo, ressalta-se que a análise baseada em números absolutos limita comparações mais precisas entre regiões,

sendo recomendada a utilização de taxas padronizadas por população feminina para uma interpretação mais robusta dos dados.

Sob outra perspectiva, mulheres com infecções genitais se não tratadas adequadamente, podem evoluir para salpingite aguda com ou sem endometrite e doença inflamatória pélvica (DIP), que causa infertilidade em 20% dos casos, podendo chegar a 50% entre as mulheres que apresentam 3 ou mais episódios de infecção, além de gravidez ectópica em 9% dos casos e dor pélvica em 18%. Nesse sentido, no Brasil, os dados epidemiológicos relacionados à DIP são poucos e subestimados tanto pela subnotificação quanto pelo subdiagnóstico (FERNANDES *et al.*, 2014).

Por fim, a salpingite e a ooforite quando não diagnosticadas e tratadas precocemente na atenção primária, essas infecções podem evoluir para quadros mais graves, exigindo hospitalização. Dessa forma, o elevado número de internações pode refletir tanto a incidência das infecções quanto possíveis falhas no diagnóstico precoce, no acesso aos serviços de saúde ou na adesão ao tratamento. Evidenciando a necessidade de fortalecimento das estratégias de prevenção, rastreamento e manejo adequado na atenção primária à saúde.

Tabela 2.2 Internações por Salpingite e ooforite no período 2025

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Norte	13	92	1042	687	185
Nordeste	27	115	1200	1297	408
Sudeste	20	123	708	840	402
Sul	10	62	263	311	178
Centro-oeste	7	21	89	94	72

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

As Doenças sexualmente transmissíveis (DST) causam impactos na saúde, em especial nos países em desenvolvimento, com graves consequências para a saúde reprodutiva da mulher. A população sexualmente ativa apre-

senta cerca de 92 milhões de casos por *Chlamydia trachomatis* (CT) e 62 milhões por *Neisseria gonorrhoeae* (NG) e a maioria ocorre principalmente em jovens de países em desenvolvimento. Esse tipo de infecção não é de

notificação compulsória no Brasil e diversos novos casos ocorrem a cada ano (FERNANDES *et al.*, 2014).

A *Neisseria gonorrhoeae*, é um patógeno humano estrito, responsável por uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mais prevalentes mundialmente, a gonorreia. A infecção pode acometer o trato geniturinário, reto, faringe e conjuntiva, apresentando um espectro clínico variado que vai desde quadros assintomáticos até infecções complicadas, como a doença inflamatória pélvica (DIP) (FIUZA *et al.*, 2025).

Segundo **Tabela 2.3**, em 2025, foram registradas 57 internações por infecção gonocócica distribuídas pelas diferentes regiões do Brasil. A região Sudeste apresentou o maior número de casos (n = 18), seguida pelo Nordeste (n = 17) e pelo Centro-Oeste (n = 15). A região Norte contabilizou 6 internações, enquanto a região Sul apresentou o menor número, com apenas 1 caso. É importante destacar que esses números podem não refletir a realidade completa, uma vez que a gonococose não é uma doença de notificação obrigatória, o que pode levar à subnotificação dos casos.

A análise da distribuição etária das internações por infecção gonocócica mostrou maior concentração entre indivíduos de 20 a 29 anos, seguido pelo grupo de 15 a 19 anos, enquanto as faixas etárias mais avançadas apresentaram menor número de casos. Esses achados estão em consonância com a literatura, como descrito por Fiuza *et al.* (2025), que destaca a gonorreia como uma das IST bacteriana-

nas mais notificadas globalmente, com aumento significativo da incidência nas últimas décadas. A maior incidência observada em adultos jovens, particularmente entre 15 e 34 anos, corrobora os resultados do presente estudo, evidenciando que essa população representa o principal grupo vulnerável para infecção por *Neisseria gonorrhoeae*. A similaridade entre os dados locais e os dados internacionais reforça a importância do foco em estratégias de prevenção e diagnóstico precoce para esses grupos etários, a fim de reduzir as complicações associadas, como a Doença Inflamatória Pélvica.

Ao analisar a distribuição regional por idade, observou-se que no Sudeste os casos concentraram-se principalmente nas faixas de 20 a 29 anos (n=5) e 40 a 49 anos (n=5). No Nordeste, houve maior frequência entre 20 a 29 anos (n=5), seguido das faixas de 15 a 19 anos (n=4) e de 30 a 39 anos (n=3). No Centro-Oeste, destacou-se a faixa de 20 a 29 anos (n=8), representando a maior concentração regional nessa categoria etária. Na região Norte, os registros distribuíram-se de forma mais homogênea entre 15 a 49 anos, enquanto na região Sul houve apenas um caso, registrado na faixa de 20 a 29 anos.

De modo geral, observa-se predominância das internações nas faixas etárias mais jovens, especialmente entre 15 e 29 anos, em praticamente todas as regiões do país. Assim, os resultados reforçam a necessidade de políticas públicas direcionadas a fim de minimizar a incidência e as complicações.

Tabela 2.3 Internações por infecção gonocócica no período de 2025

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Norte	-	3	1	1	1
Nordeste	2	4	5	3	3
Sudeste	-	4	5	4	5
Sul	-	-	1	-	-
Centro-oeste		2	8	3	2

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Já com relação a *Chlamydia trachomatis*, que é conhecida também como um dos principais agentes causadores de doenças do trato urogenital em ambos os sexos, mas seu maior impacto ocorre no sistema reprodutivo das mulheres. Estima-se que 10 a 15% das mulheres em idade reprodutiva teriam ao longo deste período, no mínimo, um episódio sintomático ou assintomático de doença inflamatória pélvica causada por essa bactéria (MELO NETO *et al.*, 2025).

Os dados de internações por doenças causadas por clamídia transmitida via sexual no ano de 2025 indicam uma maior incidência nas faixas etárias entre 15 e 39 anos, especialmente na faixa de 20 a 29 anos. Esta faixa etária concentra o maior número de casos na maioria das regiões brasileiras, refletindo o perfil epidemiológico esperado para infecções sexualmente transmissíveis, que geralmente afetam mais jovens adultos em idade reprodutiva, **Tabela 2.4**.

Regionalmente, observa-se que a região Norte apresenta o maior número absoluto de internações, com destaque para as faixas de 15 a 19 anos (5 casos) e 20 a 29 anos (9 casos). O Sudeste também apresenta números relevantes, especialmente nas faixas de 30 a 39 anos

e 40 a 49 anos, com quatro internações registradas em cada uma dessas faixas. Já a região Nordeste mostra uma incidência menor, com apenas 3 internações na faixa de 20 a 29 anos e 1 caso na faixa de 40 a 49 anos. A região Centro-Oeste apresenta um número reduzido de casos, concentrados principalmente entre 15 e 29 anos e na faixa de 40 a 49 anos.

A região Sul não apresentou registros de internações por clamídia para o período analisado, o que pode indicar uma menor incidência da doença ou possíveis falhas na notificação dos casos. Essa ausência ressalta a importância da vigilância epidemiológica para assegurar o monitoramento adequado da doença em todas as regiões.

Esses dados reforçam a necessidade de atenção especial às populações jovens adultas, principalmente entre 15 e 39 anos, grupo com maior vulnerabilidade à infecção por clamídia, que pode evoluir para doença inflamatória pélvica se não tratada adequadamente. Além disso, as diferenças regionais evidenciam a importância de estratégias específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento adaptadas às realidades locais para reduzir a carga dessa doença no Brasil.

Tabela 2.4 Internações por clamídias transmitidas por via sexual no período de 2025

	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos
Norte	-	5	9	2	2
Nordeste	-	-	3	-	1
Sudeste	-	3	6	4	4
Sul	-	-	-	-	-
Centro-oeste	-	1	2	-	2

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A DIP causada pela *N. gonorrhoeae* representa cerca de 40% de todos os casos e inicia-se comumente no colo uterino, local que marca a divisão entre o trato reprodutor inferior, composto por vagina e ectocérvice, e o trato reprodutor superior, constituído por útero, tubas ute-

rinas e ovários. Tais infecções cervicais podem ser sintomáticas ou assintomáticas, entretanto, na ausência de tratamento correto, até 20% delas podem adquirir caráter ascendente e acometer endométrio e tubas uterinas. Nesse último local, a bactéria causa um quadro significativo

de salpingite e, posteriormente, DIP. Após esse episódio, os riscos da mulher acometida ter uma gravidez ectópica passa de menos de 2% para importantes 9% e a infertilidade por fator tubário aumenta para cerca de 16%. Ademais, a dor pélvica crônica é relatada em mais de 35% das pacientes acometidas pelo microrganismo, tornando a afecção ainda mais severa, uma vez que, o aumento acentuado de gonococos resistentes a antibióticos tem causado preocupação durante os últimos anos (MELO *et al.*, 2021)

Paralelamente, a coinfeção de *Clamídia Tracomatis* com *Neisseria gonorrhoeae* é um fator complicador significativo. Até 20 a 40% dos indivíduos infectados com NG também estão coinfectados com CT, enquanto uma menor proporção de pessoas com *Clamídia Tracomatis* (0,6 – 10%) também têm NG. Nesse contexto, a presença de ambas as infecções pode intensificar a resposta inflamatória, aumentando o risco de DIP e, portanto, de infertilidade. Esta união pode exacerbar a inflamação e os danos aos tecidos reprodutivos, tornando o tratamento mais complexo e aumentando a probabilidade de complicações a longo prazo (PARANHOS *et al.*, 2024).

CONCLUSÃO

A análise dos dados epidemiológicos e clínicos evidencia que a Doença Inflamatória Pélvica permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, acometendo predominantemente mulheres jovens entre 15 e 29 anos, com maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste. As infecções por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* são os principais agentes etiológicos, sendo que a coinfeção entre eles aumenta o risco de complicações reprodutivas. Observa-se que a DIP muitas vezes se manifesta de forma assintomática ou com sintomas discretos, o que reforça a necessidade de vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e tratamento oportuno para prevenir internações e as consequências graves, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. O padrão de internações observado indica também a importância de políticas de saúde que fortaleçam a atenção primária, a educação sexual e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, reduzindo a morbidade e a recorrência dessa doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, J. P. *et al.* Tratamento da Doença Inflamatória Pélvica (DIP). *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 1811-1826, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p1811-1826>.

BAUMGARTEN, S. C. W. *et al.* Doença inflamatória pélvica. In: *Saúde da mulher: epidemiologia, intervenções, casos clínicos e políticas de saúde*. Edição XXI. Irati: Pasteur, 2025. Cap. 15. DOI: <https://doi.org/10.59290/978-65-6029-200-0.15>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 22 fev. 2026.

BRASIL. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde – CPPAS. Protocolo de Atenção à Saúde: Doença Inflamatória Pélvica Aguda. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2024. Portaria SES-DF nº 454, de 27 de setembro de 2024. Publicado no DODF nº 188, 01 out. 2024. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2026.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecção-Contagiosas. Doença Inflamatória Pélvica. Protocolos

FEBRASGO, n. 25, 2018. Disponível em: <https://www.febbrasgo.org.br/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

FERNANDES, L. B. *et al.* Infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*: fatores associados à infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 36, n. 8, p. 353-358, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320140005009>.

FIUZA, H. V. A. *et al.* Infecção gonocócica: da fisiopatologia ao tratamento – abordagem clínica. In: *Ginecologia e Obstetrícia – Edição XVIII*. Irati-PR: Editora Pasteur, 2025. Cap. 5. DOI: <https://doi.org/10.59290/978-65-6029-245-1.5>.

GIRALDO, P. C. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 30, Esp.1, e2020602, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100011.esp>.

KRZYUY, N. P. *et al.* Abordagem geral da Doença Inflamatória Pélvica (DIP): uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 1, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e9330.2021>.

MAIA, J. R. da S. *et al.* Fatores que determinam o desenvolvimento da doença inflamatória pélvica. *Dê Ciência em Foco*, v. 5, n. 1, p. 77-89, 2021.

MELO, G. H. R. *et al.* Doença inflamatória pélvica: fisiopatologia, investigação diagnóstica e manejo terapêutico. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 10, p. 98440-98453, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-251>.

MELO NETO, N. C. *et al.* Infecção urogenital por *Chlamydia trachomatis*. *Revista Contemporânea*, v. 5, n. 4, p. 01-15, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV5N4-092>.

OLIVEIRA, A. C. de & SILVEIRA, K. P. G. Doença Inflamatória Pélvica – Pelvic Inflammatory Disease – Enfermedad Inflamatoria Pélvica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, n. 6, e16568, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e16568.2024>.

PARANHOS, S. G. *et al.* A associação entre infecção por *Chlamydia trachomatis* e infertilidade feminina: uma revisão sistemática dos mecanismos patológicos e impactos clínicos. *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. XV, n. XLI, p. 5508–5519, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/levv15n41-046>.

PERCINEY, P. *et al.* Internações por doença inflamatória pélvica no Brasil: tendência temporal de 2000 a 2019. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 22, n. 4, p. 767–73, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040003>.

RIBEIRO, K. E. *et al.* Doenças inflamatórias pélvicas agudas: abordagem dos aspectos etiológicos e tratamento farmacológico. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, e111111032485, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32485>.

ROMANELLI, R. M. C. *et al.* Abordagem atual da doença inflamatória pélvica. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, n. 3, p. 347-355, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130055>.

SCHEER, I. O. *et al.* Abordagem da doença inflamatória pélvica: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 169-187, jan./fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-016>.

SILVA, L. L. F. da, *et al.* Salpingite e ooforite no Espírito Santo: análise de 2013 a 2024. *Revista Aracê, São José dos Pinhais*, v. 7, n. 5, p. 21350–21360, 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n5-021>.