Doenças Infecciosas e Parasitárias
Edição XII

Capítulo 21

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: MANEJO CLÍNICO, TRATAMENTO E PREVENÇÃO

BÁRBARA REZENDE VELOSO[1]
BEATRIZ OLIVEIRA SECCHI[1]
FERNANDO GONÇALVES DA SILVA PETRONIO[1]
FRANCISCO ALEXANDRE DE OLIVEIRA JÚNIOR[1]
GIOVANNA BRAGA FERREIRA[1]
GUILHERME CARDOSO DA SILVA[1]
HELENA REGINA GUELPA QUERINO[1]
LARA FERNANDA CAPPI[1]
LUANA KAROLINE FERREIRA REIS[1]
OTÁVIO BRANDÃO PAREDES[1]
VITÓRIA ALVIM ROCHITI[1]

1. Discente – Medicina na Universidade de Marília.

Doi 10.59290/978-65-6029-129-4.21

Palavras-chave:
Infecções sexualmente transmissíveis, Epidemiologia; Saúde pública.

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Apesar do desenvolvimento técnico-científico-informacional nas últimas décadas na área da saúde, as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ainda têm um expressivo impacto negativo no cenário mundial e, por isso, demandam medidas e estratégias de saúde pública eficazes a fim de combatê-las. São transmitidas, principalmente, por meio de contato sexual (oral, vaginal ou anal) sem o uso de preservativo com um indivíduo que esteja infectado. As ISTs podem ser causadas por bactérias, vírus ou outros microrganismos (SANTOS *et al*., 2015).

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de ISTs curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade, dentre os quais destacaram-se 127,2 milhões de casos de clamídia, 86,9 milhões de casos de gonorreia e 6,3 milhões de casos de sífilis. Nas Américas, estima-se 29,8 milhões de casos de clamídia, 13,8 milhões de casos de gonorreia e 2 milhões de casos de sífilis (MIRANDA *et al*., 2021).

No Brasil, somada às ISTs curáveis, mencionadas anteriormente, temos a infecção sexual transmissível pelo papilomavírus humano (HPV), que também configura uma problemática de saúde pública. Em um estudo realizado em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que incluiu 6.387 mulheres com idade média de 21,6 anos, identificou-se prevalência de HPV de 53,6% (CARVALHO *et al*., 2021).

O manejo das ISTs parte da premissa do conhecimento sobre a frequência dos agentes etiológicos e das diferentes manifestações clínicas. Esses estudos de etiologia, componentes fundamentais e necessários da vigilância epidemiológica das ISTs, devem ser realizados regularmente em cada região (BRASIL, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como uma rede integrada de ações e serviços com objetivo de prover acesso ao direito constitucional à saúde e o faz por meio de políticas públicas executadas pelos gestores federais, estaduais e municipais. Este sistema é organizado com base em princípios e diretrizes: é descentralizado, regionalizado e hierarquizado. A hierarquização pressupõe níveis crescentes de complexidade nos serviços ofertados à população. A porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde, que agrega unidades que oferecem atendimentos de baixa complexidade, focados em prevenção e promoção à saúde, sendo o primeiro contato do indivíduo com o SUS (SANTOS, 2017).

A utilização do termo Atenção Primária à Saúde (APS) expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados (LAVRAS, 2011).

Dessa forma, é evidente a importância da APS quanto à promoção de saúde ao realizar diagnóstico, manejo clínico, tratamento e prevenção das ISTs. Por ser a porta de entrada do SUS, no dia a dia dos serviços de APS, os profissionais acolhem e atendem pessoas com queixas relacionadas a ISTs.

Dentre as ISTs que podem ser diagnosticadas e tratadas na APS, destacam-se as infecções por clamídia, gonorreia e pelo HPV e a sífilis adquirida.

A *Chlamydia trachomatis* é a bactéria causadora da infecção sexualmente transmissível mais prevalente no mundo. A *C. trachomatis* é um patógeno intracelular obrigatório, classificado como coco gram-negativo, com um genoma de aproximadamente um milhão de pares de bases e com capacidade de codificar mais de 600 proteínas. Foram descritos 18 sorotipos distintos, sendo os responsáveis por infecções do trato genital os sorotipos D e K1 (VALLADÃO *et al*., 2011; KIGUEN *et al*., 2019).

A infecção por gonococos, conhecida como gonorreia, também é uma IST tratável. Essa doença tem como agente etiológico a bactéria gram-negativa *Neisseria gonorrhoeae*, um microrganismo restrito aos seres humanos. Por se apresentar como uma infecção frequente, a *N. gonorrhoeae* evidencia uma extraordinária capacidade de desenvolver resistência a múltiplas classes de antibióticos, tornando-se um agente patológico de extrema importância e preocupação da saúde pública (ARAÚJO *et al*., 2021).

A sífilis é uma IST curável e exclusiva do ser humano, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20 μm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2 μm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária). Nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior (AVELLEIRA *et al*., 2006; BRASIL, 2024).

A IST causada pelo papilomavírus humano (HPV) da família *Papilloma viridae* é popularmente conhecida como crista de galo. Entre os mais de 100 tipos de HPV existentes, 36 subtipos desses vírus podem afetar as áreas genitais de ambos os sexos masculino e feminino causando lesões benignas, como verrugas genitais ou neoplasias como câncer no colo do útero (PANOBIANCO *et al.*, 2013).

O objetivo desse artigo é sistematizar as principais informações sobre as IST mais comuns no cenário da APS, constituindo um guia prático para profissionais de saúde que trabalham na linha de frente, destacando as estratégias mais eficazes para lidar com essas infecções.

MÉTODO

O presente estudo é uma revisão bibliográfica sobre as ISTs de maior relevância epidemiológica na população brasileira, bem como sobre seu tratamento e prevenção na atenção primária à saúde.

A pesquisa foi realizada nos meses de abril e maio de 2024, nas bases de dados: Ministério da Saúde, SciELO, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde. Os artigos e manuais incluídos na pesquisa foram publicados entre os anos de 1990 e 2023 e disponibilizados na íntegra. Trabalhos incompletos e que não abordaram o tema proposto foram excluídos.

Após minuciosa leitura e coleta de dados, os resultados sobre as ISTs mais relevantes e prevalentes foram apresentados de forma descritiva e abordados por patologias, sendo elas: sífilis adquirida, papilomavírus humano (HPV), infecção por gononocos e clamídia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Clamídia

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), coletados entre 2005 e 2012, a prevalência global de infecção por

Chlamydia trachomatis (CT) em mulheres entre 15-49 anos é da ordem de 4,2% (IC 95% = 3,7-4,7%). Nos homens, a prevalência estimada foi de 2,7% (IC 95% = 2.0–3.6%). Em 2012 a incidência de novos casos de CT no mundo foi de 131 milhões de novos casos (LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Pesquisas epidemiológicas de ISTs no Brasil, realizadas com dados coletados de atendimentos de mulheres que participaram de consultas ginecológicas, de planejamento familiar e pré-natal em unidades de saúde, tiveram uma prevalência de 2,1-27,1% para infecções genitais por *C. trachomatis* (MIRANDA *et al*., 2021; LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Quando ocorre a exposição à CT de uma pessoa por via sexual, dentro de alguns dias a várias semanas após a infecção, surge uma pequena pápula ou vesícula evanescente em qualquer parte da genitália externa, ânus, reto ou outro local. A lesão pode sofrer ulceração; todavia, é de hábito passar despercebida, cicatrizando em poucos dias (LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Os linfonodos inguinais, nos homens, são mais comumente afetados tanto acima quanto abaixo do ligamento de Poupart, e a pele quase invariavelmente ganha uma tonalidade purpúrea à proporção que os linfonodos supuram e, por fim, eliminam pus por meio de múltiplos tratos sinusais (LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Nas mulheres e nos homens homossexuais, os linfonodos perirretais são mais afetados, com proctite e corrimento anal mucopurulento e sanguinolento. Durante o estágio de linfadenite ativa, verifica-se quase sempre o aparecimento de sintomas sistêmicos pronunciados, incluindo febre, cefaleia, meningismo, conjuntivite, erupções cutâneas, náuseas, vômitos e artralgia. Raramente ocorre meningite, artrite ou pericardite (LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

O processo inflamatório crônico evolui para fibrose, obstrução linfática e estenose retal. A obstrução linfática pode resultar em elefantíase do pênis, escroto ou vulva. Já a proctite crônica de mulheres ou homens homossexuais pode resultar em estenose retal progressiva, obstrução retossigmoide e formação de fístulas (LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Para diagnóstico, podem ser utilizados cultura, esfregaços ou sorologia. A técnica de referência para o diagnóstico deste agente é o cultivo, que possui especificidade de quase 100%; no entanto, a sensibilidade não é muito boa. A sensibilidade deste método pode atingir um nível de cerca de 80-90% com meio de cultura especializada e condições de cultura, pessoal especializado e, pelo menos, 72 horas (SU *et al*, 2011; HERKENHOFF *et al*., 2012; LUCCHIARI & BOUÇAS, 2023).

Sobre o tratamento para infecção por clamídia, o Ministério da Saúde (2022) recomenda: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose ou Doxiciclina 100 mg, VO, 2 vezes ao dia, por 7 dias, exceto para gestantes (BRASIL, 2022).

Gonorreia

A infecção por gonococos é causada pela *Neisseria gonorrhoea,* uma bactéria diplococo gram-negativa. A maioria das pessoas infectadas é assintomática. Quando sintomática, a infecção possui um período de incubação de 1 a 10 dias após a contaminação. Os sintomas e sinais iniciam-se por um pródromo caracterizado por parestesia e prurido intrauretral, associado à disúria. Dois a três dias depois, surge fluxo uretral mucoso, que rapidamente se torna mucopurulento, com eliminação abundante e espontânea. As bordas do meato uretral ficam edemaciadas e a mucosa que a circunscreve apresenta-se eritematosa. No homem, a pele prepucial fica edemaciada, podendo apresentar

fimose inflamatória, onde se acumula secreção uretral. É nesta fase inicial (uretrite anterior aguda) que existe a possibilidade de um diagnóstico fácil, onde o médico deve intervir para evitar a evolução da infecção para uretra posterior, trato urinário superior e outras partes mais distantes, como próstata, deferentes e epidídimos (MORRIS, 2023).

Apesar da maioria das mulheres não relatarem sintomas quando estão com gonorreia, é possível surgir dor e ardor ao urinar, incontinência urinária, corrimento branco-amarelado e inflamação das glândulas de Bartholin. De 10 a 20% das mulheres infectadas pelo gonococo têm complicações decorrentes da ascensão do microrganismo pelo endométrio (causando endometrite), tubas uterinas (salpingite) e cavidade pélvica (doença inflamatória pélvica) (SILVA & SILVA JÚNIOR, 2019; MORRIS, 2023)

Infecções concomitantes por *Chlamydia trachomatis* ocorre em 35 a 50% das mulheres, gerando uma infecção gonocócica disseminada (IGD), que pode ocasionar pericardite, endocardite, meningite e hepatite. O quadro clínico agudo na mulher cursa com a presença de um corrimento de grande intensidade amarelo-esverdeado com odor ativo, produzindo uma vulvovaginite aguda (PASSOS *et al.*, 1990; FERNANDES *et al.*, 2018; SILVA & SILVA JÚNIOR, 2019; MORRIS, 2023).

Quanto ao tratamento, da infecção gonocócica não complicada, o tratamento consiste em Ceftriaxona 500 mg, IM, em dose única, mais Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Para infecção gonocócica disseminada, o tratamento consiste em Ceftriaxona 1 g IM ou IV ao dia, completando 7 dias de tratamento mais Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Por fim, para conjuntivite gonocócica em adultos, a recomendação de tratamento é Ceftriaxona 1 g, IM, dose única (BRASIL, 2022).

Se não for diagnosticada e tratada, a gonorreia pode evoluir para complicações sérias como: doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez ectópica, aborto, oftalmia neonatal, infertilidade e infecção gonocócica disseminada.

Sífilis adquirida

No período de 2012 a junho de 2023, 1.340.090 casos de sífilis adquirida foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), dos quais 50,0% ocorreram na região Sudeste, 22,3% no Sul, 14,2% no Nordeste, 7,2% no Centro-Oeste e 6,3% no Norte (BRASIL, 2023).

Em 2022, foram notificados 213.129 casos no Brasil. Observaram-se 101.909 (47,8%) casos na região Sudeste, 46.291 (21,7%) na região Sul, 32.084 (15,0%) na região Nordeste, 16.327 (7,7%) na região Norte e 16.518 (7,8%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2023).

A maioria das pessoas com sífilis é assimtomática, o que contribui para manter a cadeia de transmissão. Se não tratada, a doença pode evoluir para complicações sistêmicas graves, após vários anos da infecção inicial (HOOK, 2015; PEELING *et al.*, 2017; FREITAS *et al.*, 2021). Para orientar o tratamento e o seguimento clínico-laboratorial, a infecção sifilítica é dividida nos estágios sífilis recente (primária, secundária e latente recente) com um ano de evolução, e sífilis tardia (latente tardia e terciária), com mais de um ano (WORKOWSKI & BOLAN, 2015; FREITAS *et al.*, 2021).

- Sífilis primária: ferida, geralmente única, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele), denominada de “cancro”. Essa lesão é rica em bactérias do *Treponema palllidum*. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas (BRASIL, 2024).

- Sífilis secundária: os sinais e sintomas surgem em média entre seis semanas e seis me-

ses após a infecção, e duram em média entre quatro e 12 semanas. Podem ocorrer manchas no corpo, que geralmente não coçam, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, além de febre, mal-estar, dor de cabeça e ínguas pelo corpo (BRASIL, 2024).

- Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico da sífilis. É dividida em sífilis latente recente (menos de dois anos de infecção) e sífilis latente tardia (mais de dois anos de infecção). A duração é variável, podendo ser interrompida pelo surgimento de sinais e sintomas da forma secundária ou terciária (BRASIL, 2024).

- Sífilis terciária: pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. Costuma apresentar sinais e sintomas, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte (BRASIL, 2024).

O diagnóstico de sífilis é complicado porque o *T. Pallidum* é um dos poucos agentes patogênicos de humanos que não podem ser cultivados em meio artificial. O diagnóstico laboratorial depende da sua fase de infecção. Os exames disponíveis se dividem basicamente em duas categorias: exames diretos e indiretos (LARSEN *et al.*, 1995; SCHOLZ *et al.*, 2023). Os exames diretos são aqueles que buscam encontrar a bactéria na amostra a ser analisada. As técnicas de diagnóstico direto são aplicáveis apenas no estágio inicial da infecção (sífilis primária e secundária), uma vez que as lesões dessas fases contêm um grande número de bactérias, especialmente o cancro. Atualmente, são utilizadas três técnicas principais: microscopia de campo escuro, imunofluorescência direta e técnicas de amplificação genômica (ASLAZAR *et al.*, 2002; SCHOLZ *et al.*, 2023).

Os exames indiretos são o método padrão para identificar a infecção assintomática e confirmar o diagnóstico clínico. Eles detectam o anticorpo produzido pelo próprio organismo após a infecção. Embora o tempo de surgimento dos anticorpos seja variável, na grande maioria dos casos, podem ser detectados a partir de dez dias do aparecimento da lesão primária. A sororreatividade está presente em todos os estágios da doença, mas não pode ser usada para distinguir entre os estágios. Esses testes podem ser divididos em dois grupos: os testes não treponêmicos, que são aqueles que detectam anticorpos anticardiolipina, não sendo específicos para os antígenos do *T. pallidum*; e os testes treponêmicos, que, por sua vez, detectam anticorpos específicos para os antígenos do *T. pallidum* (YI *et al.*, 2019; SCHOLZ *et al.*, 2023). Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados são teste RPR (*Rapid Reagin Test*) e VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*). Os anticorpos não treponêmicos aparecem de 4 a 8 semanas após a infecção. A serorreatividade está presente em 70% dos pacientes duas semanas após a erupção de um cancro e em 100% dos pacientes com doença secundária e latente. Nenhum teste imunológico não treponêmico é reativo nas primeiras semanas de infecção (ROMANOWSKI, 1991; SCHOLZ *et al.*, 2023).

O tratamento da sífilis requer, primeiramente, o diagnóstico de qual fase da infecção o indivíduo se encontra. Após o diagnóstico, o Ministério da Saúde (2022) recomenda para sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução), Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Para sífilis tardia, sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, a recomendação é Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas, com dose total equivalente a 7,2 milhões UI, IM. Para neurossífilis, o protocolo

consiste em Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias (BRASIL, 2022). Todavia, há outras opções de medicamentos que podem ser usados para tratamento da sífilis, como é o caso da doxiciclina, eritromicina e ceftriaxona, porém, não possuem a mesma eficácia e somente devem ser indicados frente à impossibilidade absoluta do uso de penicilina. Nos protocolos atuais, indica-se realizar a dessensibilização dos pacientes alérgicos à penicilina para logo serem tratados com essa medicação (KLEIN *et al.*, 2015; SCHOLZ *et al.*, 2023).

HPV

As lesões clínicas se apresentam como verrugas na região genital e no ânus (denominadas tecnicamente de condilomas acuminados e popularmente conhecidas como "crista de galo", "figueira" ou "cavalo de crista"). Podem ser únicas ou múltiplas, de tamanhos variáveis, achatadas ou papulosas (elevadas e sólidas). Em geral, são assintomáticas, mas podem causar coceira no local. Essas verrugas, geralmente, são causadas por tipos de HPV não cancerígenos. As lesões subclínicas (não visíveis ao olho nu) podem ser encontradas nos mesmos locais das lesões clínicas e não apresentam sinal/sintoma. As lesões subclínicas podem ser causadas por tipos de HPV de baixo e de alto risco para desenvolver câncer. Podem acometer vulva, vagina, colo do útero, região perianal, ânus, pênis (geralmente na glande), bolsa escrotal e/ou região pubiana. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea (BRASIL, 2024).

O diagnóstico das verrugas anogenitais é clínico. A biópsia para estudo histopatológico deve ser realizada quando há dúvida diagnóstica (suspeita de neoplasias ou outras doenças), na presença de lesões atípicas ou que não respondem adequadamente aos tratamentos, e em lesões suspeitas ou muito volumosas em pessoas com imunodeficiências. No caso de mulheres com verrugas anogenitais, é necessária a realização de um exame ginecológico que inclua a citologia cervical para rastreamento do câncer de colo uterino e, na presença de alterações citológicas, colposcopia e biópsia, se necessário (SELLORS, 2004; CARVALHO *et al.*, 2021).

Vários tratamentos clínicos e cirúrgicos para as verrugas anogenitais estão disponíveis, entre os quais os seguintes medicamentos administrados pela via tópica: ácido tricloroacético de 60 a 80%; creme imiquimode a 5%; solução de podofilina de 10% a 25%; solução de podofilotoxina a 0,5%; e creme de podofilotoxina a 0,15%. Quanto à solução de podofilotoxina a 0,5%, embora não esteja disponível no Brasil, nem pelo SUS, nem pela rede privada, ela deve ser destacada por seus benefícios. O tratamento com imiquimode ou podofilotoxina apresenta a comodidade da autoaplicação, embora necessite de orientação e acompanhamento rigoroso devido à possibilidade de efeitos colaterais. Por sua vez, o ácido tricloroacético e a podofilina sempre devem ser aplicados pelo médico assistente e, da mesma forma, com acompanhamento rigoroso, pelos potenciais efeitos cáusticos. Existe consenso de que técnicas ablativas, como eletroterapia, crioterapia e laser, são altamente eficazes no tratamento das verrugas anogenitais. No entanto, a base de evidências sobre a eficácia clínica e a relação custo-benefício dos tratamentos utilizados em verrugas anogenitais é limitada (CARVALHO *et al.*, 2021).

Além dos tratamentos mencionados acima, existe uma medida profilática para algumas cepas do HPV, que é a vacinação. Vacinar-se contra o HPV é a medida mais eficaz de se

prevenir contra a infecção. A vacina é distribuída gratuitamente pelo SUS e é indicada para vítimas de abuso sexual de 9 a 14 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto administrar conforme a indicação da situação vacinal uma ou duas doses. Vítimas de abuso sexual de 15 a 45 anos (homens e umlheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto administrar conforme a indicação da situação vacinal completando três doses da vacina HPV (0,2,6 meses). Meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses. Adolescentes que receberem a primeira dose dessa vacina nessas idades poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassados os seis meses do intervalo preconizado, para não perder a chance de completar o seu esquema. Mulheres e homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0,2,6 meses), independentemente da idade. A vacina não previne infecções por todos os tipos de HPV, mas é dirigida para os tipos mais frequentes: 6, 11, 16 e 18 (BRASIL, 2024).

A taxa de infecção pelo HPV (papilomavírus humano) na genital atinge 54,4% das umlheres que já iniciaram a vida sexual e 41,6% dos homens. Os resultados são da pesquisa nacional sobre o tema, encomendada pelo Ministério da Saúde e feita por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Os números referem-se à modalidade de alto risco da doença. O cenário reforça a importância da vacinação, política pública em que a pasta vem redobrando investimentos desde o início da atual gestão (BRASIL, 2023).

Discussão

A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada para os serviços de saúde e desempenha um papel crucial de prevenção, detecção e manejo dessas doenças, incluindo gonorreia, sífilis, HPV e clamídia.

Na prevenção, podemos citar a educação em saúde, já que a APS deve oferecer orientações sobre práticas sexuais seguras, uso de preservativos e redução de comportamentos de risco. A vacinação também é um importante item na prevenção contra HPV e é uma estratégia preventiva essencial para evitar infecções por tipos oncogênicos do vírus. A APS deve garantir o acesso à vacina e promover a adesão à vacinação. Por fim, é importante oferecer testagem regular para ISTs em populações de risco e aconselhamento sobre prevenção e redução de riscos (BRASIL, 2022).

Quanto ao diagnóstico, há a testagem de rotina em que a APS deve oferecer testes para gonorreia, sífilis, clamídia e HPV, especialmente em pacientes com sintomas ou fatores de risco, além do rastreamento. A triagem de infecções assintomáticas é importante, especialmente para mulheres grávidas (no caso da sífilis e clamídia), para evitar complicações para a mãe e o feto. Além disso, também é relevante a identificação precoce, o que permite intervenções oportunas e reduz o risco de transmissão (BRASIL, 2022).

No protocolo de tratamento, a APS deve seguir protocolos atualizados para o tratamento de ISTs, incluindo a escolha adequada de antibióticos para gonorreia, sífilis e clamídia (BRASIL, 2022). O Ministério da Saúde recomenda que o tratamento concomitante, como *Chlamydia trachomatis* em pacientes com gonorreia, é essencial para garantir a eficácia da terapia e prevenir a reinfecção (BRASIL, 2010). Ademais, o acompanhamento dos pacientes é fundamental para garantir a eficácia do trata-

mento e detectar possíveis recaídas ou complicações (BRASIL, 2022).

A APS também deve oferecer apoio psicossocial e aconselhamento para lidar com os aspectos emocionais e psicológicos relacionados a uma IST, além do contato de parceiros em que a APS deve orientar os pacientes sobre a importância de notificar parceiros sexuais para que eles também possam ser testados e tratados. Em casos mais complexos, como infecções resistentes a antibióticos ou complicações graves, a APS deve ter um sistema eficiente de referência para especialistas e, posteriormente, contrarreferência para continuidade do cuidado (BRASIL, 2022).

A APS deve manter registros detalhados dos casos de ISTs para monitorar tendências e realizar vigilância epidemiológica. Além disso, algumas doenças são de notificação compulsória como sífilis. A sífilis adquirida foi incluída na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos em Saúde Pública, nos serviços de saúde pública e privada, conforme Portaria vigente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Em resumo, a APS é fundamental para prevenção, detecção e tratamento eficaz de ISTs, contribuindo para o controle dessas infecções na comunidade. Além disso, a APS pode promover a saúde sexual e reprodutiva de forma integral e acessível para todos os indivíduos.

CONCLUSÃO

As IST, por se tratar de doenças transmitidas pela via sexual, são doenças cercadas de estigma e preconceito. As pessoas afetadas tendem a demorar a buscar assistência à saúde, e, quando o fazem, têm receio de serem vítimas de preconceito e terem seu direito ao sigilo violado. A demora no diagnóstico compromete a saúde da pessoa infectada e contribui para a disseminação das IST sem tratamento na população.

Os serviços de atenção primária são a porta de entrada dos cidadãos ao Sistema Único de Saúde e, por isso, são os cenários ideais para acolher e prover atendimento aos portadores de IST.

A atenção primária à saúde pode promover informações na comunidade, atuando na prevenção e distribuição de insumos, como o preservativo masculino, além de oferecer atendimento médico para diagnóstico e tratamento para os casos captados, notificar os casos diagnosticados e realizar a busca ativa de parceiros sexuais.

A formação de profissionais de saúde que saibam identificar situações de risco aumentado para pessoas contraírem uma IST e que estejam aptos a agir na comunidade, na educação em saúde e prevenção, rastreio, atendimento, diagnóstico e tratamento quebra a cadeia de transmissão destes agravos, previne danos maiores e até irreversíveis à saúde dos indivíduos e, consequentemente, leva à redução do número de casos novos. Além disso, reduz o estigma e a discriminação por meio da informação e promove o direito universal à saúde ao incluir no SUS pessoas que se encontravam marginalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, D.D. *et al.* A resistência bacteriana frente a antibióticos utilizados no tratamento da gonorreia: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 10, e16710313127, 2021. doi: 10.33448/rsd-v10i3.13127.

AVELLEIRA, J.C.R. *et al.* Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 81, p. 111, 2006. doi: 10.1590/S0365-05962006000200002.

BLACK, M.C. Current methods of laboratory diagnosis of Chlamydia trachomatis infections. Clinical Microbiology Reviews, v. 1, p. 160, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota informativa n° 2-SEI/2017-.DIAHV/SVS/MS. 13 de outubro de 2017. Altera os Critérios de Definições de Casos para Notificação de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. Brasília DF., out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Taxa de HPV na genital atinge 54,4% das mulheres e 41,6% dos homens no Brasil, diz estudo. Ministério da Saúde, 15 dez. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/taxa-de-hpv-na-genital-atinge-54-4-das-mulheres-e-41-6-dos-homens-no-brasil-diz-estudo. Acesso em: 7 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2023. Brasília, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023. Acesso em: 7 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. HPV. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv. Acesso em: 7 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis. Acesso em: 7 maio 2024.

CARVALHO, N.S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV). Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, e2020790, 2021. doi: 10.1590/S1679-4974202100014.esp1.

FERNANDES, T. *et al*. Resistência de Neisseria gonorrhoeae a antimicrobianos na prática clínica: como está o Brasil? Femina, v. 46, p. 76, 2018.

FREITAS, L.S. *et al*. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, e2020616, 2021. doi: 10.1590/s1679-4974202100004.esp1.

HERKENHOFF, M.E. *et al.* Prevalência de Chlamydia trachomathis em amostras endocervicais de mulheres em São Paulo e Santa Catarina pela PCR. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 48, 2012. doi: 10.1590/S1676-24442012000500004.

KIGUEN, A.X. *et al.* Prevalence, risk factors and molecular characterization of chlamydia trachomatis in pregnant women from Cordoba, Argentina: a prospective study. PLoS One, v. 14, e0217245, 2019. doi: 10.1371/journal.pone.0217245.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde e Sociedade, v. 20, p. 867, 2011. doi: 10.1590/S0104-12902011000400005.

LUCCHIARI, B.C. & BOUÇAS, R.I. Clamídia: uma proposta de revisão de literatura. Revista Tema Online, v. 1, p. 21, 2023.

MIRANDA, A.E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 30, 2021. doi: 10.1590/S1679-4974202100019.esp1.

MORRIS, S.R. Gonorreia. MSDManuals, jan, 2023. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/infec%C3%A7%C3%B5es-sexualmente-transmiss%C3%ADveis/gonorreia. Acesso em: 09 maio 2024.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1281, 2017. doi: 10.1590/1413-81232017224.26392016.

SANTOS, L.A. *et al.* Avaliação do conhecimento de adultos e adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis - DSTs. Revista Adolescência e Saúde, v. 12, p. 23, 2015.

PANOBIANCO, M.S. *et al*. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, p. 201, 2013.

PASSOS, M.R.L. *et al*. Gonorreia. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 2, 1990.

PEELING, R. *et al.* Syphilis. Nature Reviews Disease Primers, v. 3, e17073, 2017. doi: 10.1038/nrdp.2017.73.

PENNA, G.O. *et al*. Gonorreia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 33, p. 451, 2000. doi: 10.1590/S0037-86822000000500007.

SELLORS, J.W. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes. Washington: OPAS, 2004.

SILVA, R.C. & SILVA JÚNIOR, G.G. Gonorreia e sua resistência a antibióticos: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 29, p. 124, 2019.

SU, W.H. *et al.* Diagnosis of Chlamydia infection in women. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 50, p. 261, 2011. doi: 10.1016/j.tjog.2011.07.001.

VALLADÃO, A.S. *et al*. Chlamydia trachomatis e suas implicações na reprodução humana. Revista do Instituto Adolfo Lutz, v. 70, p. 457, 2011. doi: 10.53393/rial.2011.v70.32500.

WORKOWSKI, K.A. & BOLAN, G.A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 64, p. 924, 2015.