



CIM

À TARDE NA SOCIEDADE FARMACÊUTICA

Infeções Sexualmente Transmissíveis não HIV

Marta Mendes*, Idalina Freire*, Manuel Morgado*, Maria Olímpia Fonseca*,
António Maio**

*Farmacêutico Hospitalar, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

** Médico Infeciologista, Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

Conflito de interesses

Nada a reportar.



Infeções Sexualmente Transmissíveis não HIV

Índice - 1ª Parte

- Introdução
- Infecção por *Neisseria gonorrhoeae*
- Infecção por *Chlamydia trachomatis*
- Conclusões
- Bibliografia



Introdução

Infeções sexualmente transmissíveis (IST) - Definição

Conjunto de infeções e de síndromes clínicas causadas por agentes patogénicos que podem ser adquiridos ou transmitidos de pessoa a pessoa principalmente através das relações sexuais (sobretudo vaginais, orais ou anais).

De notar, no entanto, que alguns agentes patogénicos também podem ser adquiridos por outras vias (p.ex., partilha de seringas contaminadas ou picada acidental).

Mais de 30 espécies de agentes patogénicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas) podem ocasionar IST, sendo, epidemiologicamente, a via sexual a principal via de transmissão.



Sexually Transmitted Diseases

Disease	Associated Pathogens
Bacterial	
Gonorrhea	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>
Chancroid	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Granuloma inguinale	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>
Enteric disease	<i>Salmonella</i> spp., <i>Shigella</i> spp., <i>Campylobacter fetus</i>
<i>Campylobacter</i> infection	<i>Campylobacter jejuni</i>
Bacterial vaginosis	<i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Bacteroides</i> spp., <i>Mobiluncus</i> spp.
Group B streptococcal infections	Group B <i>Streptococcus</i>
Chlamydial	
Nongonococcal urethritis	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Lymphogranuloma venereum	<i>C. trachomatis</i> , type L



Viral

Acquired immunodeficiency syndrome	Human immunodeficiency virus
Herpes genitalis	Herpes simplex virus, types I and II
Viral hepatitis	Hepatitis A, B, C, and D viruses
Condylomata acuminata	Human papillomavirus

Molluscum contagiosum	Poxvirus
-----------------------	----------

Cytomegalovirus infection	Cytomegalovirus
---------------------------	-----------------

Mycoplasmal

Nongonococcal urethritis	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
--------------------------	-------------------------------

Protozoal

Trichomoniasis	<i>Trichomonas vaginalis</i>
----------------	------------------------------

Amebiasis	<i>Entamoeba histolytica</i>
-----------	------------------------------

Giardiasis	<i>Giardia lamblia</i>
------------	------------------------

Fungal

Vaginal candidiasis	<i>Candida albicans</i>
---------------------	-------------------------

Parasitic

Scabies	<i>Sarcoptes scabiei</i>
---------	--------------------------

Pediculosis pubis	<i>Phthirus pubis</i>
-------------------	-----------------------

Enterobiasis	<i>Enterobius vermicularis</i>
--------------	--------------------------------



**CIM
SOC**

Selected Syndromes Associated With Common Sexually Transmitted Pathogens

Syndrome	Commonly Implicated Pathogens	Common Clinical Manifestations ^a
Urethritis	<i>Chlamydia trachomatis</i> , herpes simplex virus, <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i>	Urethral discharge, dysuria
Epididymitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	Scrotal pain, inguinal pain, flank pain, urethral discharge
Cervicitis/ vulvovaginitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i> , herpes simplex virus, human papillomavirus, <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>T. vaginalis</i>	Abnormal vaginal discharge, vulvar itching/irritation, dysuria, dyspareunia
Genital ulcers (painful)	<i>Haemophilus ducreyi</i> , herpes simplex virus	Usually multiple vesicular/pustular (herpes) or papular/pustular (<i>H. ducreyi</i>) lesions that may coalesce; painful, tender lymphadenopathy ^b
Genital ulcers (painless)	<i>Treponema pallidum</i>	Usually single papular lesion



Genital/anal warts	Human papillomavirus	Multiple lesions ranging in size from small papular warts to large exophytic condylomas
Pharyngitis	<i>C. trachomatis</i> (?), herpes simplex virus, <i>N. gonorrhoeae</i>	Symptoms of acute pharyngitis, cervical lymphadenopathy, fever ^c
Proctitis	<i>C. trachomatis</i> , herpes simplex virus, <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>T. pallidum</i>	Constipation, anorectal discomfort, tenesmus, mucopurulent rectal discharge
Salpingitis	<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	Lower abdominal pain, purulent cervical or vaginal discharge, adnexal swelling, fever ^d

^aFor some syndromes, clinical manifestations may be minimal or absent.

^bRecurrent herpes infection may manifest as a single lesion.

^cMost cases of pharyngeal gonococcal infection are asymptomatic.

^dSalpingitis increases the risk of subsequent ectopic pregnancy and infertility.



Introdução

Epidemiologia das IST

De acordo com a OMS (relatório de Junho/2019), todos os dias se registam mais de 1 milhão de novos casos de IST curáveis nas pessoas entre os 15 e os 49 anos. Isto equivale a «mais de 376 milhões de novos casos anuais de **clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis**» (quatro infeções de transmissão sexual que são tratáveis).

Entre 2009 e 2016, verificou-se um aumento da incidência destas IST. «Estamos a assistir a uma falta de progresso preocupante no sentido de parar a transmissão de IST em todo o mundo», diz em comunicado Peter Salama, diretor executivo do Universal Health Coverage and Life-Course da OMS. «Isto é um alerta para a necessidade de um esforço conjunto que garanta que todos, em todos os lugares, possam aceder aos serviços de que necessitam para prevenir e tratar estas doenças debilitantes», reforçou o responsável.

A prática de sexo mais seguro é a melhor maneira de prevenir a infeção.



Introdução

Epidemiologia das IST

Publicado online no Boletim da OMS, a investigação mostra que entre homens e mulheres com idades entre os 15-49 anos, em 2016, registaram-se:

- 127 milhões de novos casos de **clamídia**
- 87 milhões de novos casos de **gonorreia**
- 6,3 milhões de novos casos de **sífilis**
- 156 milhões de novos casos de **tricomoníase**

Estima-se que a nível mundial:

- Mais de 500 milhões de pessoas estejam infetadas pelo **VHS**
- Mais de 300 milhões de mulheres estejam infetadas pelo **VPH**
- Cerca de 249 milhões de pessoas tenham **hepatite B crónica**



Introdução

Epidemiologia das IST

Na Europa, em 2017, foram reportados mais de:

- 400 mil casos de **clamídia**
- 89 mil casos de **gonorreia**
- 33 mil casos de **sífilis**

Em Portugal, no mesmo ano (2017), foram reportados:

- 265 casos de **clamídia**
- 391 casos de **gonorreia**
- 79 casos de **sífilis**

European Centre for Disease Prevention and Control. Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections. Stockholm; 2019.

European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report for 2017: Sexually Transmitted Diseases [Internet]. 2017 [acedido a 04-12-2020]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/presentation-annual-epidemiological-report-2017-sexually-transmitted-diseases>.



Introdução

Epidemiologia das IST

Em Portugal, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), implementado em 2014, permite verificar a tendência crescente da notificação de doenças de transmissão sexual de notificação obrigatória.

O aparente aumento da incidência de IST, é semelhante ao verificado em vários países da Europa e do mundo.

A título de exemplo, entre 2016 e 2017, a taxa de incidência da **gonorreia** em Portugal quase duplicou, passando de 2,82 para 4,43 por 100.000 habitantes.

Em termos de vigilância epidemiológica, no nosso país, integram a lista de doenças de declaração obrigatória as seguintes IST:

- **N. gonorrhoeae**
- **T. pallidum**
- **C. trachomatis**
- **VHB**
- **VIH**



Introdução

Causas do aumento das IST

- Início precoce das relações sexuais
- Múltiplos parceiros sexuais
- Não se utilizar preservativo
- A população jovem apenas conhece o VIH/Sida como IST
- Perda da perceção de risco
- Desconhecimento de que algumas práticas sexuais, como o sexo oral, apresentam risco de transmissão de IST



Introdução

Impacto das IST em termos individuais e de Saúde Pública

A OMS alerta que estas IST «têm um impacto profundo na saúde de adultos e crianças em todo o mundo» e que se não forem tratados, podem ter consequências graves e crónicas, nomeadamente:

- doenças neurológicas
- doenças cardiovasculares
- impacto negativo na saúde sexual e reprodutiva
 - infertilidade
 - gravidez ectópica
 - nados-mortos
 - transmissão materno-infantil
- aumento do risco de HIV
- aumento do risco de neoplasias (p.ex., VPH, VHB)

Só a **sífilis** causou cerca de 200.000 nados-mortos e mortes de recém-nascidos em 2016, tornando-se uma das principais causas da morte de bebés em todo o mundo.



Introdução

Impacto das IST em termos individuais e de Saúde Pública

As IST são uma importante causa de morbimortalidade, sendo, muitas vezes, o seu diagnóstico difícil e/ou tardio.

São doenças caracterizadas pela clínica inespecífica e pela evolução frequentemente assintomática, sendo fortemente estigmatizadas.

A **prevenção** e a **deteção** e o **tratamento precoces** tem um impacto positivo quer a nível individual, quer de saúde pública.



Introdução

Sinais / Sintomas das IST

Embora variando com o tipo de infeção em causa, de uma forma geral, os sinais/sintomas habitualmente descritos pelo doente com uma IST são:

- corrimento vaginal anormal, frequentemente com mau cheiro (nas mulheres)
- exsudado ou ardor uretral (nos homens)
- dores abdominais
- presença de úlceras genitais ou de verrugas anogenitais
- dor ou sensação de queimadura ao urinar
- sensação de dor ou queimadura aquando das relações sexuais
- febre

Com frequência, também, as pessoas com IST podem apresentar-se completamente assintomáticas.



Introdução

Prevenção e deteção precoce das IST – Aconselhamento

- A melhor estratégia para prevenir o aparecimento de uma IST é a **prática de sexo MAIS seguro**.
- O **preservativo** é o método mais eficaz para evitar uma IST.
- É fundamental estar consciente dos riscos, sobretudo quando se desconhece o comportamento e o estado clínico das/os parceiras/os sexuais; um maior número de parceiras/os não se traduz necessariamente em maior risco, desde que todas as pessoas adotem comportamentos de minimização do risco.
- É importante estar atento/a aos sinais / sintomas. Logo que se sintam sintomas/sinais incómodos ou se detetem lesões na zona genital, deve consultar-se um médico.



Introdução

Prevenção e deteção precoce das IST – Aconselhamento (cont.)

- Quando se diagnostica uma IST, devem informar-se as pessoas com quem se teve sexo nos últimos tempos. É essencial avaliar os contactos próximos para evitar propagação da doença ou reinfeção.
- Os exames periódicos são essenciais para despiste das IST, uma vez que os sintomas podem ser difíceis de detetar.
- A prevenção e a deteção precoce são a melhor maneira de evitar complicações de saúde mais graves.



Introdução

Resistências aos antimicrobianos

Tem-se verificado um aumento na resistência aos antimicrobianos, nomeadamente multirresistência.

A ameaça global de alguns casos de infecção por gonorreia que é resistente a todos os antibióticos mostra a importância de:

- investir na monitorização da prevalência e incidência destas infeções;
- emitir orientações e recomendações atualizadas para o diagnóstico e tratamento das IST.



Introdução

Objetivos a atingir

A OMS definiu metas para as IST, para 2030, de que se salientam:

- redução de 90% na incidência de infeções por **N. gonorrhoeae** e **T. pallidum**;
- redução para 50 ou menos casos de **sífilis congénita** por 100 mil nados vivos em 80% dos países;
- manter 90% de cobertura nacional de vacinação contra o **VPH**.

A nível nacional foi constituída pela DGS, em Nov/2019, uma “**Task-force para as IST**” com o objetivo de desenvolver:

- o Plano Estratégico Nacional para as IST;
- o Plano Operacional para Prevenção e Controlo das IST 2019-2021.



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

A **gonorreia** ou **blenorragia**, também popularmente chamada de "**esquentamento**", é uma infeção causada por uma bactéria (*Neisseria gonorrhoeae*, também conhecido como gonococo) que pode afetar o pénis, a vagina, o colo do útero, a uretra, o ânus ou a garganta.

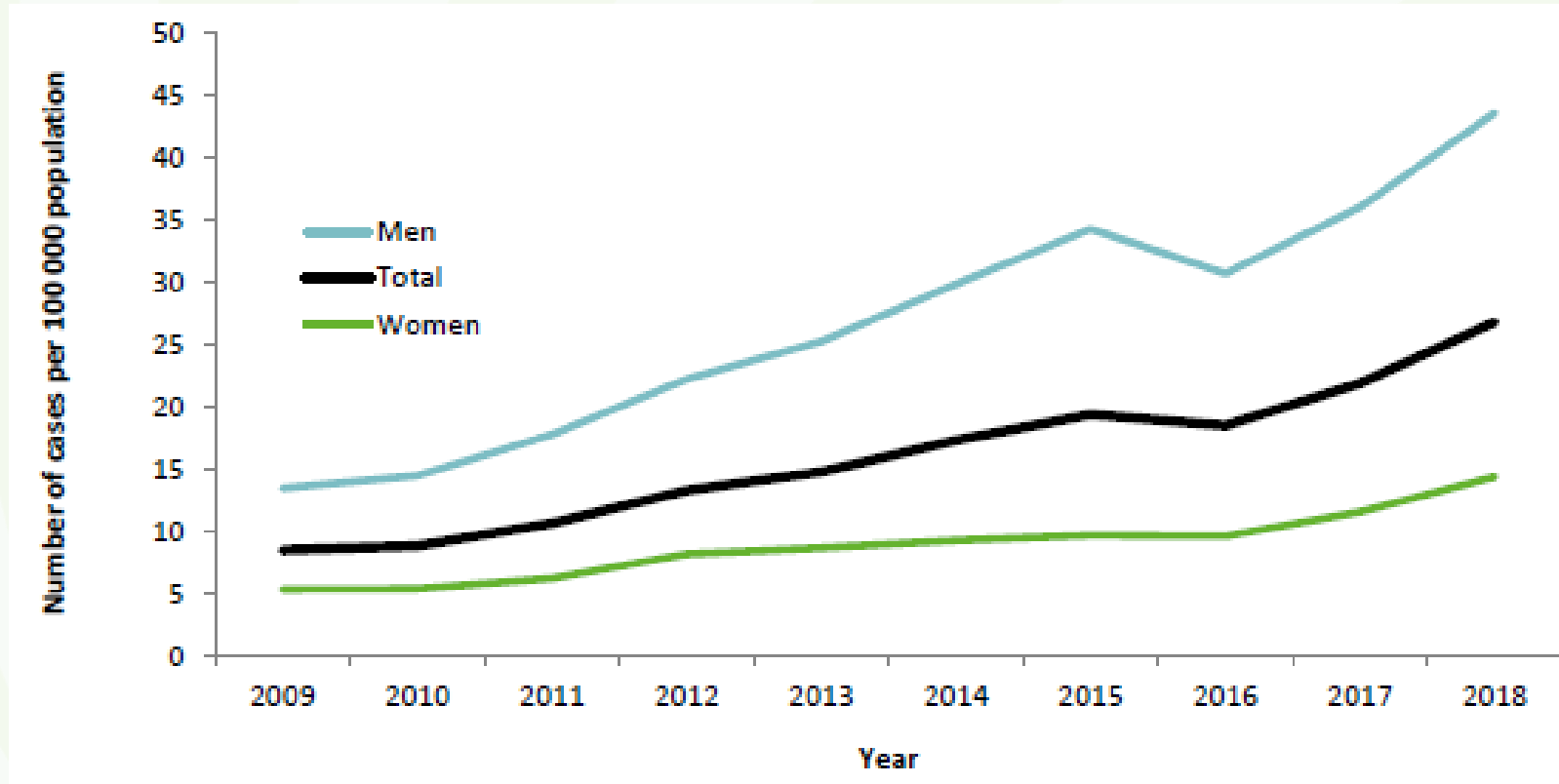
A sua via de transmissão principal é a **sexual**, através do contacto com uma pessoa infetada, mas pode ser também transmitida de **mãe para filho durante o parto**.



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica - Incidência

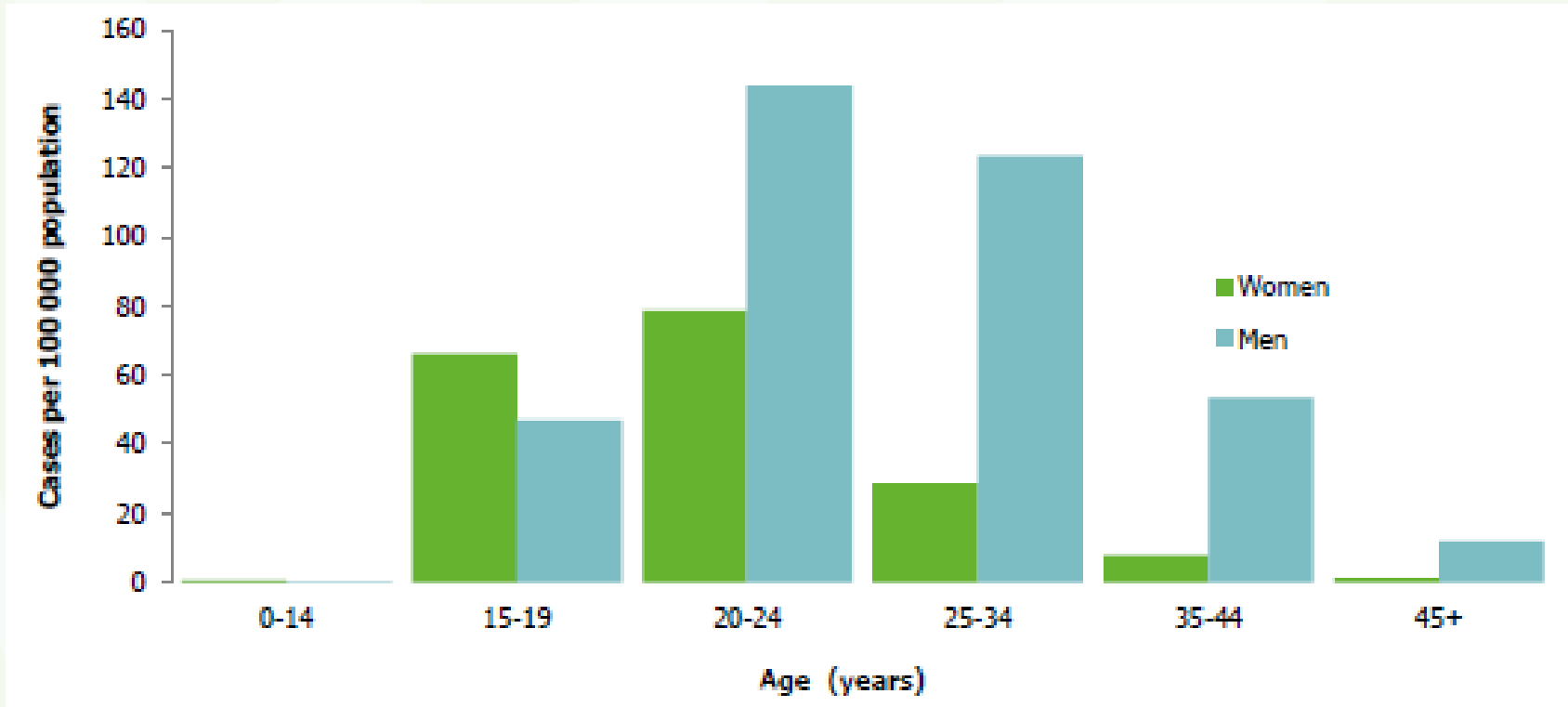
Taxas de incidência por 100.000 habitantes por género e ano. EU/EEA 2009-2018.



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica – Incidência (cont.)

Faixas etárias e género. Taxas de incidência por 100.000 habitantes. EU/EEA 2018.



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica - Etiopatogenia

- Agente etiológico: *Neisseria gonorrhoeae*
- Diplococo Gram negativo intracelular facultativo (grãos de café)
- Aeróbio ou anaeróbio facultativo
- Infeta o epitélio colunar ou cilíndrico (contacto íntimo):
 - Uretra
 - Endocérvix
 - Ânus
 - Faringe
 - Conjuntiva
- Doença de Declaração Obrigatória (DDO)



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica - Clínica

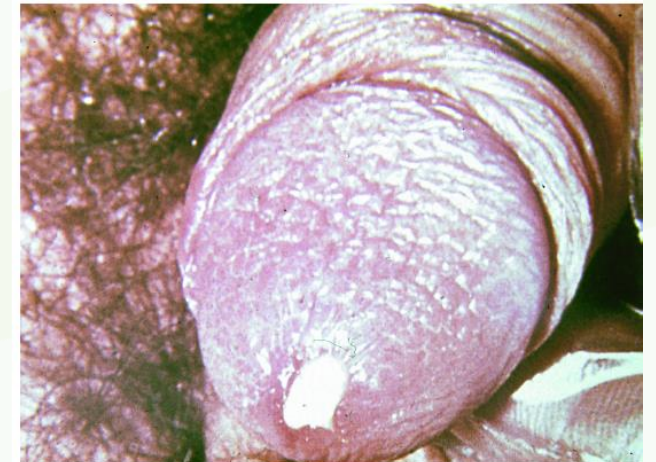
À semelhança de outras IST, a gonorreia pode ser **assintomática** ou **minimamente sintomática**, pelo que a ida ao médico para exames periódicos é fundamental para a sua deteção precoce. Quando existem, os sintomas são:

Na mulher

- dor pélvica
- hemorragia
- febre
- penetração dolorosa
- ardor ao urinar
- inflamação da vulva
- vómitos e mal-estar geral
- corrimento vaginal purulento
- urinar mais vezes e de forma mais frequente do que o habitual

No homem

- corrimento do pénis semelhante a pus através da uretra
- dor ou ardor ao urinar
- dor nos testículos



Glande inflamada e secreção uretral purulenta em doente com gonorreia.



Presentation of Gonorrhea Infections

	Men	Women
General	Incubation period 1–14 days Symptom onset in 2–8 days	Incubation period 1–14 days Symptom onset in 10 days
Site of infection	Most common—urethra Others—rectum (usually due to rectal intercourse in men who have sex with men), oropharynx, eye	Most common—endocervical canal Others—urethra, rectum (usually due to perineal contamination), oropharynx, eye
Symptoms	May be asymptomatic or minimally symptomatic Urethral infection—dysuria and urinary frequency Anorectal infection—asymptomatic to severe rectal pain Pharyngeal infection asymptomatic to mild pharyngitis	May be asymptomatic or minimally symptomatic Endocervical infection—usually asymptomatic or mildly symptomatic Urethral infection—dysuria, urinary frequency Anorectal and pharyngeal infection—symptoms same as for men
Signs	Purulent urethral or rectal discharge can be scant to profuse Anorectal—pruritus, mucopurulent discharge, bleeding	Abnormal vaginal discharge or uterine bleeding; purulent urethral or rectal discharge can be scant to profuse
Complications	Rare (epididymitis, prostatitis, inguinal lymphadenopathy, urethral stricture) Disseminated gonorrhea	Pelvic inflammatory disease and associated complications (ie, ectopic pregnancy, infertility) Disseminated gonorrhea (3 times more common than in men)

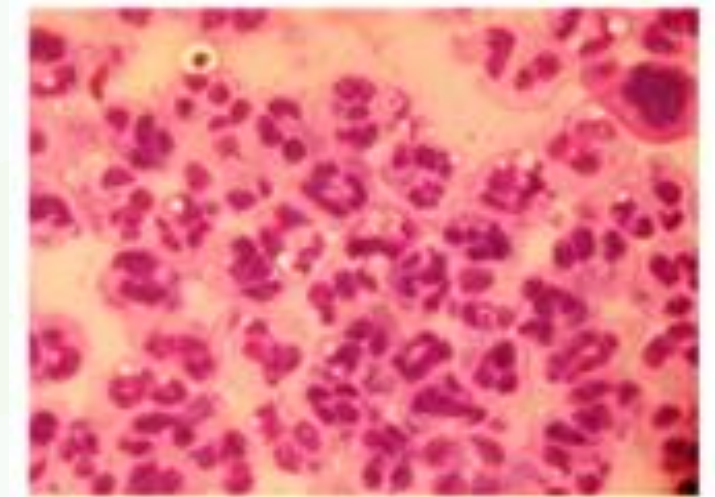


Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica - Diagnóstico

- Coloração de Gram do exsudado uretral ou cervical
- Cultura de gonococo (meio de agar Thayer-Martin) de amostra uretral, anal, cervical ou faríngea
- PCR de gonococo, de amostra uretral, anal, cervical ou faríngea

A sua presença é sempre considerada patogénica, mesmo em indivíduos com colonização assintomática.



Coloração de Gram
Diplococos intracelulares



Infeção por *Neisseria gonorrhoeae*

Infeção gonocócica – Terapêutica de eleição

- Terapêutica dual com **ceftriaxona 250 mg I.M.**, dose única e **azitromicina 1 g P.O.**, dose única

Em geral o(a) doente receberá também **azitromicina** que é tomado em forma de comprimido (via oral), para tratar qualquer infeção concomitante por clamídia (é comum que as pessoas tenham as duas infeções em simultâneo).

- O gonococo é uma bactéria que se foi tornando resistente a múltiplos antibióticos ao longo dos anos
- É importante rever regularmente as orientações para a terapêutica de eleição, os guias europeus ou os do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) em função dos resultados de PCR de gonococo, de amostra uretral, anal, cervical ou faríngea



Treatment of Gonorrhea

Type of Infection	Recommended Regimens ^a	Alternative Regimens ^a
Uncomplicated infections of the cervix, urethra, and rectum in adults	Ceftriaxone 250 mg IM once <i>plus</i> Azithromycin 1 g PO once, or doxycycline 100 mg PO twice daily for 7 days ^b	Cefixime 400 mg PO once <i>plus</i> Azithromycin 1 g PO once, or doxycycline 100 mg PO twice daily for 7 days (plus test of cure in 1 week) ^{c,d,e}
Uncomplicated infections of the pharynx	Ceftriaxone 250 mg IM once <i>plus</i> Azithromycin 1 g PO once, or doxycycline 100 mg PO twice daily for 7 days	Consult with infectious disease expert
Disseminated gonococcal infection in adults (>45 kg)	Ceftriaxone 1 g IM or IV every 24 hours ^f	Cefotaxime 1 g IV every 8 hours ^f or ceftizoxime 1 g IV every 8 hours ^f
Uncomplicated infections of the cervix, urethra, and rectum in children (≤45 kg)	Ceftriaxone 125 mg IM once	
Gonococcal conjunctivitis in adults	Ceftriaxone 1 g IM once ^g	
Ophthalmia neonatorum	Ceftriaxone 25–50 mg/kg IV or IM once (not to exceed 125 mg)	
Infants born to mothers with gonococcal infection (prophylaxis)	Erythromycin (0.5%) ophthalmic ointment in a single application ^h	Ceftriaxone 25–50 mg/kg IM or IV once (not to exceed 125 mg)

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; *C. trachomatis*, *Chlamydia trachomatis*; NAAT, Nucleic Acid Amplification Test; PO, orally.

^aRecommendations are those of the CDC.

^bTetracyclines are contraindicated during pregnancy. Pregnant women should be treated with recommended cephalosporin-based combination therapy. Women who cannot tolerate a cephalosporin should receive azithromycin 2 g PO once and have a test of cure 1 week later.

^cIdeally performed using culture; if culture is not available, use a NAAT for *N. gonorrhoeae*.

^dPatients who are treatment failures with alternative regimens should be treated with ceftriaxone 250 mg IM once plus azithromycin 2 g PO once in consultation with an infectious disease expert.

^eFor patients with severe cephalosporin allergy, azithromycin 2 g PO once is recommended plus a test of cure in a week.

^fParenteral treatment regimens should be continued for 24–48 hours after improvement begins; at this time therapy can be switched to cefixime 400 mg PO twice daily (tablet or suspension) to complete a 7-day course of treatment.

^gA single lavage of the infected eye with normal saline should be considered; empiric therapy for *C. trachomatis* is recommended.

^hEfficacy in preventing chlamydial ophthalmia is unclear.

Infeção por *Chlamydia trachomatis*

A Clamídia (*Chlamydia trachomatis*) é uma infeção bacteriana que pode afetar o pénis, a vagina, o colo do útero, o ânus, a uretra, a garganta ou os olhos.

É das IST mais comuns.

A infeção transmite-se por **via sexual** e também de **mãe para filho**.

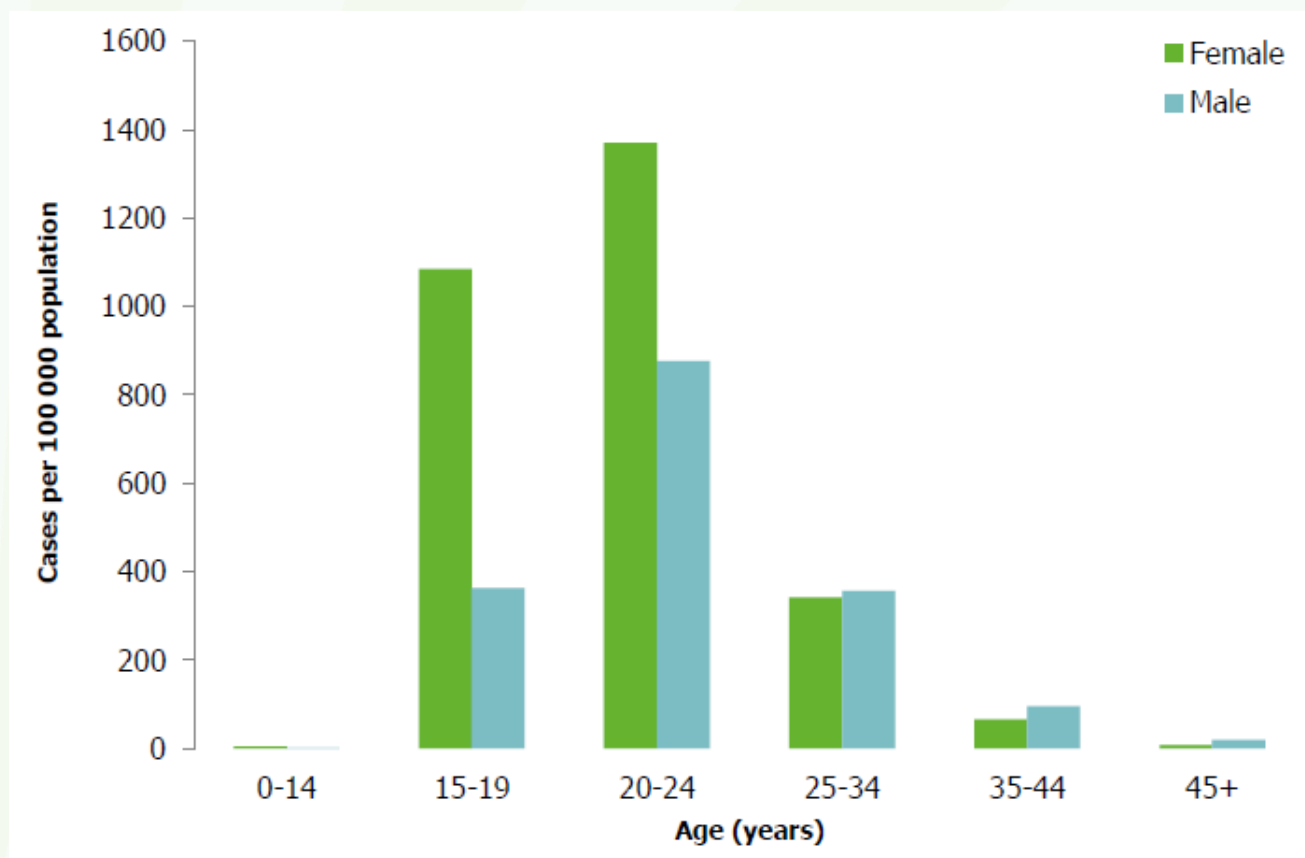
A *C. trachomatis* é um **parasita intracelular obrigatório** que possui algumas semelhanças com vírus e bactérias.



Infeção por *Chlamydia trachomatis*

Infeção por clamídia - Incidência

Distribuição de casos confirmados de clamídia por 100.000 habitantes, por idade e sexo. EU/EEA 2017.



- IST bacteriana mais frequente.

- Afeta, sobretudo, as faixas etárias mais jovens.

- Atinge predominantemente mulheres com ≤ 24 anos.



Infeção por *Chlamydia trachomatis*

Infeção por clamídia - Etiopatogenia

- Bactéria Gram negativa intracelular
- Infeta o epitélio colunar ou cilíndrico (contacto íntimo):
 - Endocérvix
 - Uretra
 - Faringe
 - Reto
 - Conjuntiva
- Doença de Declaração Obrigatória (DDO)



Infeção por *Chlamydia trachomatis*

Infeção por clamídia - Clínica

Na maioria dos casos não apresenta sintomas, no entanto, quando existem, podem ser:

Na mulher

dor pélvica
corrimento vaginal
dor durante a relação sexual ou ao urinar
hemorragia entre as menstruações (spotting)
poderá existir corrimento purulento (amarelo e espesso)

No homem

ardor ou dor ao urinar
pus ou corrimento proveniente do pénis
inchaço nos testículos ou no ânus

As formas de apresentação são semelhantes às encontradas na gonorreia, sendo de salientar adicionalmente a ocorrência da **síndrome de Reiter**, que é caracterizada por artrite, conjuntivite e uretrite. Pelas suas características e sobreposição de quadros nosológicos, ambas as infeções são investigadas concomitantemente.



Presentation of *Chlamydia* Infections

	Men	Women
General	Incubation period—35 days Symptom onset—7 to 21 days	Incubation period—7 to 35 days Usual symptom onset—7 to 21 days
Site of infection	Most common—urethra Others—rectum (receptive anal intercourse), oropharynx, eye	Most common—endocervical canal Others—urethra, rectum (usually due to perineal contamination), oropharynx, eye
Symptoms	More than 50% of urethral and rectal infections are asymptomatic Urethral infection—mild dysuria, discharge Pharyngeal infection—asymptomatic to mild pharyngitis	More than 66% of cervical infections are asymptomatic Urethral infection—usually subclinical; dysuria and frequency uncommon Rectal and pharyngeal infection—symptoms same as for men
Signs	Scant to profuse, mucoid to purulent urethral or rectal discharge Rectal infection—pain, discharge, bleeding	Abnormal vaginal discharge or uterine bleeding; purulent urethral or rectal discharge can be scant to profuse
Complications	Epididymitis, Reiter's syndrome (rare)	Pelvic inflammatory disease and associated complications (ie, ectopic pregnancy, infertility) Reiter syndrome (rare)

Costuma ser assintomática

Infeção por *Chlamydia trachomatis*

Infeção por clamídia - Diagnóstico

- Diagnóstico por exame PCR, para deteção do material genético exclusivo da bactéria (DNA), de amostra uretral, cervical, vaginal, anal ou faríngea. Para alguns tipos de testes, pode também, ser usada uma amostra de urina.
- Subdiagnosticada



Infeção por *Chlamydia trachomatis*

Infeção por clamídia – Terapêutica de eleição

- Azitromicina 1 g, P.O., dose única OU
- Doxiciclina 100 mg, P.O., 12/12 horas, 7 dias



Treatment of Chlamydial Infections

Infection	Recommended Regimens ^a	Alternative Regimen
Uncomplicated urethral, endocervical, or rectal infection in adults	Azithromycin 1 g orally once or doxycycline 100 mg orally twice daily for 7 days	Ofloxacin 300 mg orally twice daily for 7 days, or levofloxacin 500 mg orally once daily for 7 days, or erythromycin base 500 mg orally four times daily for 7 days, or erythromycin ethyl succinate 800 mg orally four times daily for 7 days
Urogenital infections during pregnancy	Azithromycin 1 g orally as a single dose or amoxicillin 500 mg orally three times daily for 7 days	Erythromycin base 500 mg orally four times daily for 7 days, or erythromycin base 250 mg orally four times daily for 14 days, or erythromycin ethyl succinate 800 mg orally four times daily for 7 days (or 400 mg orally four times daily for 14 days)
Conjunctivitis of the newborn or pneumonia in infants	Erythromycin base 50 mg/kg/day orally in four divided doses for 14 days ^b	—

^a Recommendations are those of the Centers for Disease Control and Prevention.

^b Topical therapy alone is inadequate and is unnecessary when systemic therapy is administered.

Pharmacotherapy Handbook. 10th Edition. Wells BG, DiPiro JT, Schwinghammer TL, DiPiro CV. 2017. McGraw-Hill Education. Cap. 46.



Infeções Sexualmente Transmissíveis

Considerações finais - Pontos-chave

- As IST constituem um importante problema de Saúde Pública.
- As IST estão a aumentar. Desde 2007 temos assistido a um aumento muito importante na sua incidência.
- Afetam principalmente os jovens.
- Muitas são assintomáticas; é necessário identificá-las.
- Tem ocorrido uma perda do medo das IST.
- O preservativo caiu em desuso.
- Os médicos / farmacêuticos / enfermeiros devem estar atualizados relativamente às IST mais frequentes e pensar na possibilidade da sua ocorrência.



Referências bibliográficas

Leroy C. Knodel, Bryson Duhon and Jacqueline Argamany, **Sexually Transmitted Diseases** (Chapter 46), In Pharmacotherapy Handbook. 10th Edition. Wells BG, DiPiro JT, Schwinghammer TL, DiPiro CV. 2017. McGraw-Hill Education.

U.S. Department of Health and Human Services. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines**, 2015. MMWR Recomm Reports. 2015; 64(3): 1–138.

World Health Organization. **Sexually transmitted infections (STIs)** [Internet]. 2019 [acedido a 04-12-2020]. 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))

World Health Organization. **Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus** [Internet]. World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2013 [acedido a 04-12-2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85343/9789241505840_eng.pdf?sequence=1

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. **Doenças Infeciosas** [Internet]. [acedido a 04-12-2020]. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/doencas-infeciosas/>

European Centre for Disease Prevention and Control. **Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections**. Stockholm; 2019.

European Centre for Disease Prevention and Control. **Annual Epidemiological Report for 2017: Sexually Transmitted Diseases** [Internet]. 2017 [acedido a 04-12-2020]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/presentation-annual-epidemiological-report-2017-sexually-transmitted-diseases>

European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report for 2017 (**Chlamydia infection - Annual Epidemiological Report for 2017**) and 2018 (**Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2018**) [acedido a 04-12-2020]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/annual-epidemiological-reports>

Direção-Geral da Saúde. Despacho nº 019/2019 - **Constituição de task-force para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** de 13/11/2019. 2019.



A top-down view of two hands held open against a dark blue background. The left hand holds a bright pink, textured heart-shaped object. The right hand holds a yellow condom. The text is overlaid on the lower part of the hands.

Infeções sexualmente transmissíveis

2ª Parte

Índice - 2ª Parte

1. O papel do farmacêutico e as IST

2. Sífilis

- Epidemiologia
- Vias de transmissão
- Grupos de risco
- História natural da doença
- Diagnóstico
- Tratamento
- Monitorização

3. Herpes genital

- Epidemiologia
- Vias de transmissão
- História natural da doença
- Diagnóstico
- Tratamento

4. Tricomoniase

1. Epidemiologia
2. Vias de transmissão
3. Ciclo de vida
4. História natural da doença
5. Diagnóstico
6. Tratamento
7. Monitorização



O papel do farmacêutico e as IST



Apoio aos doentes

- Contraceção
- Educação e prevenção
- Referenciação médica
- Explicação sobre posologia
- Adesão terapêutica

Apoio a profissionais

- Interações medicamentosas
- Esquemas alternativos
- Posologia mais adequada

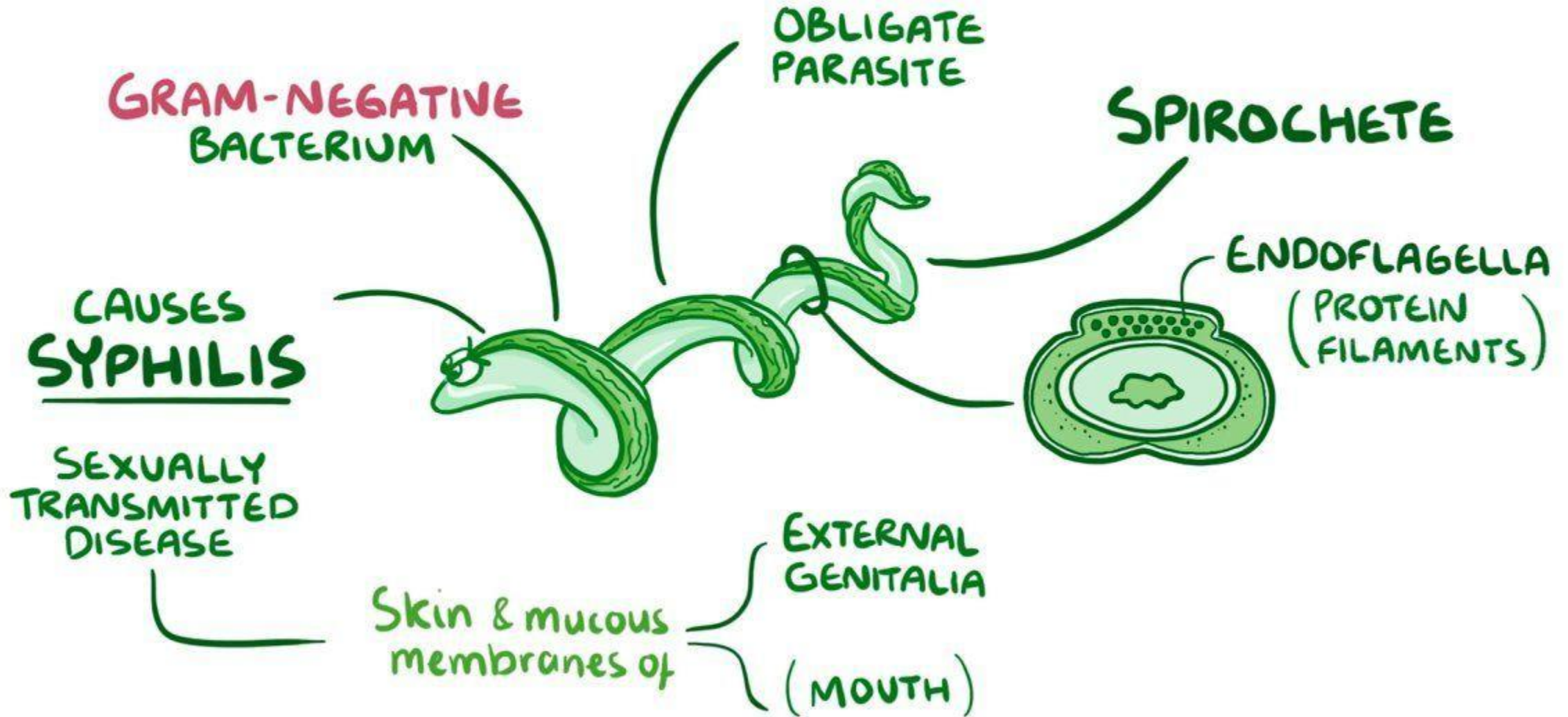


**CIM À TARDE NA
SOCIEDADE FARMACÊUTICA**



Sífilis

Treponema pallidum



Epidemiologia

Casos por 100 000 hab

2014: 101

2015: 43

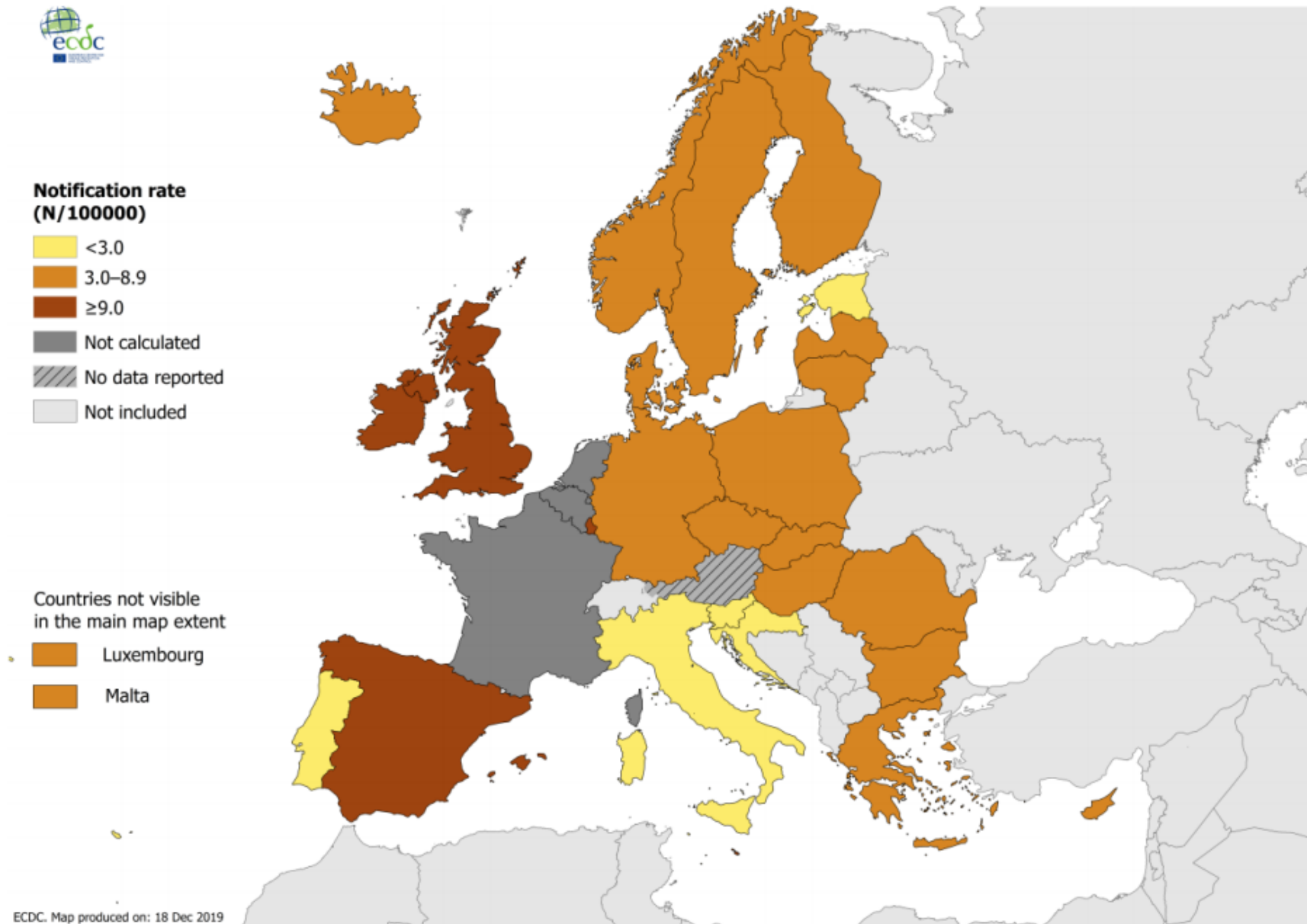
2016: 73

2017: 105

2018: 228

Fonte: ECDC

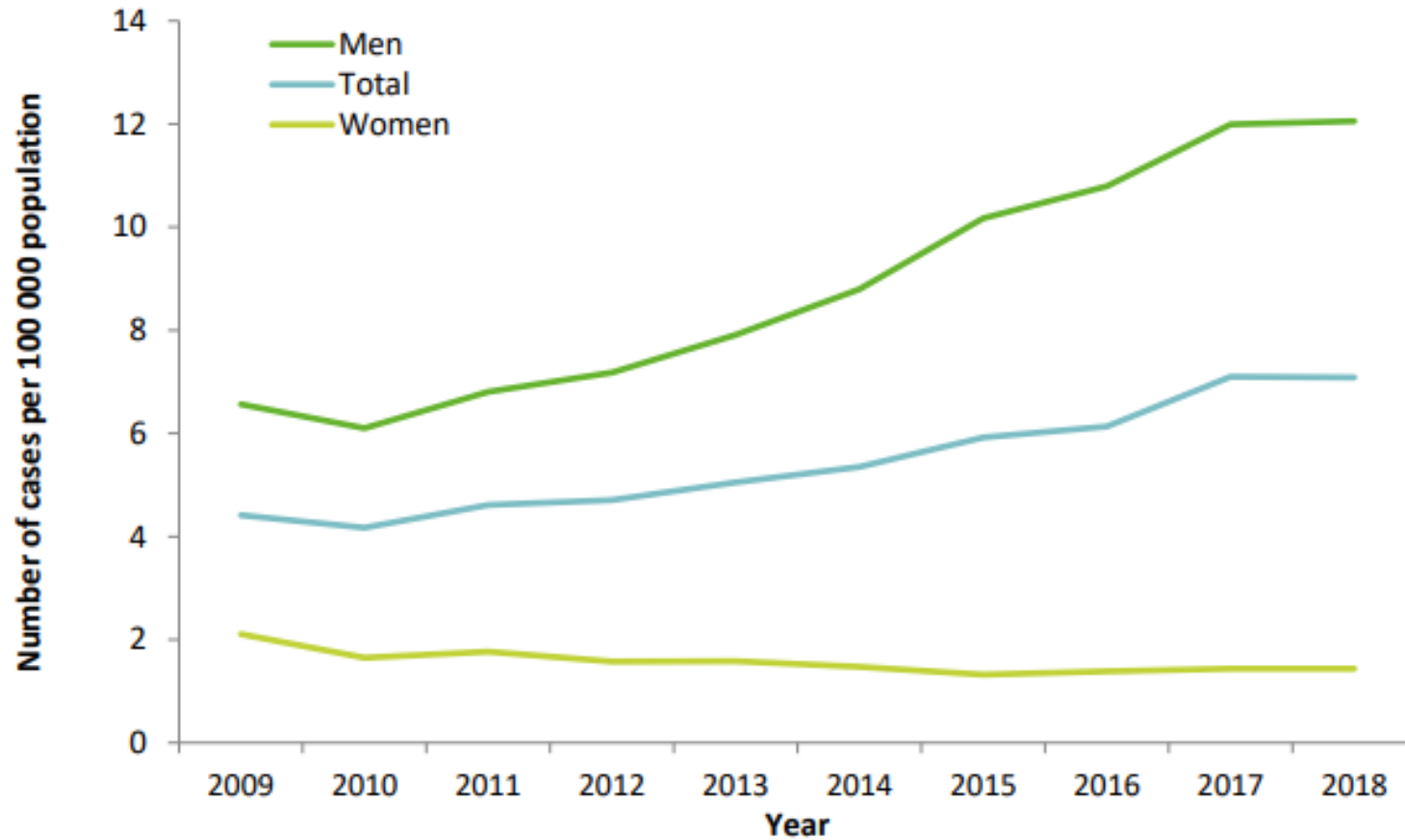
Figure 1. Distribution of confirmed syphilis cases per 100 000 population by country, EU/EEA, 2018



Source: Country reports from Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom. Rates not calculated for Belgium, France and the Netherlands, countries with sentinel systems.

Epidemiologia

Figure 6. Rate of confirmed syphilis cases per 100 000 population by gender and year, EU/EEA countries reporting consistently, 2009–2018



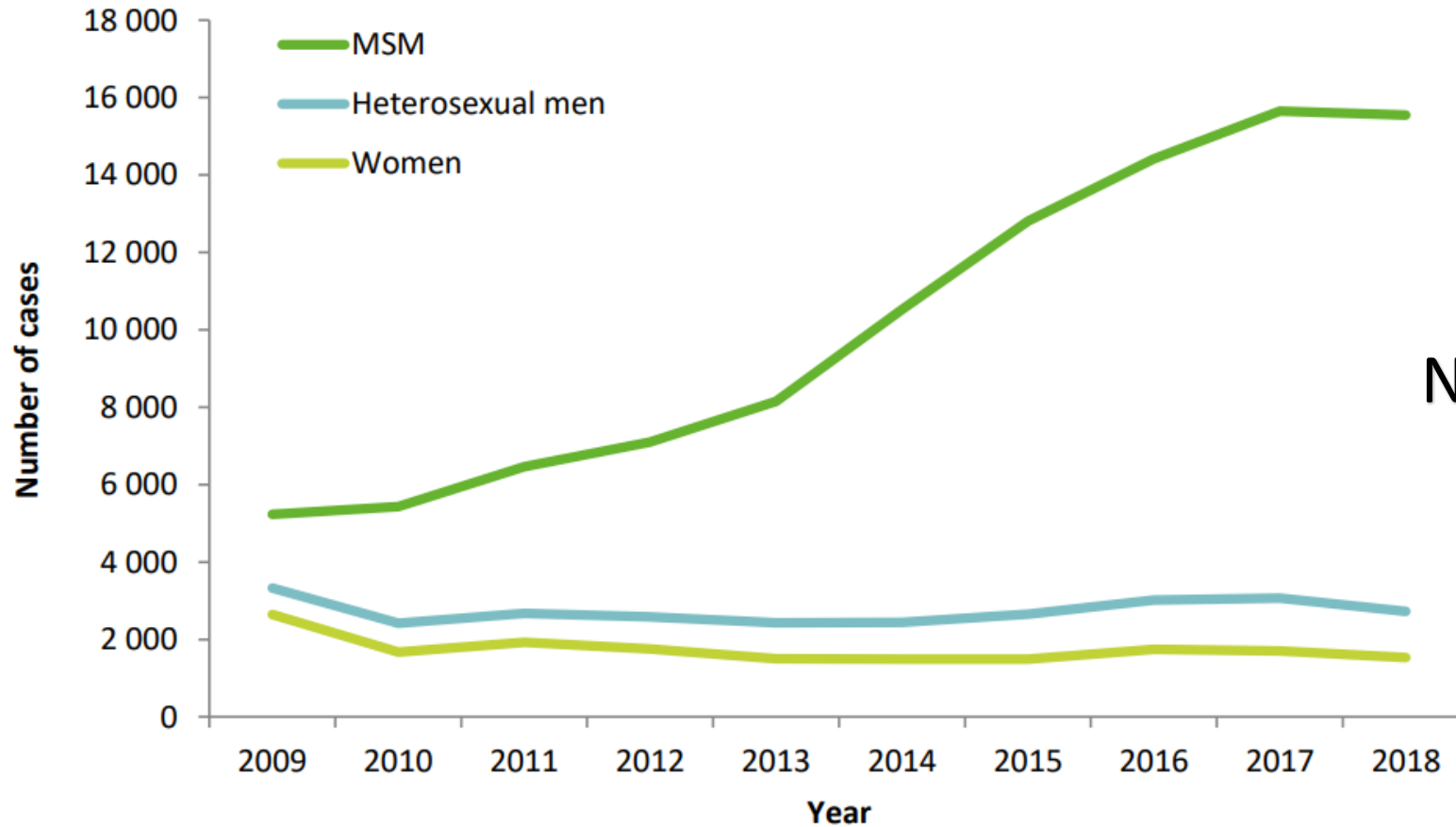
Número de casos é maior nos homens

Source: Country reports from Bulgaria, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the United Kingdom.

Fonte: ECDC

Epidemiologia

Figure 7. Number of confirmed syphilis cases by gender, transmission category and year, EU/EEA countries reporting consistently, EU/EEA, 2009–2018



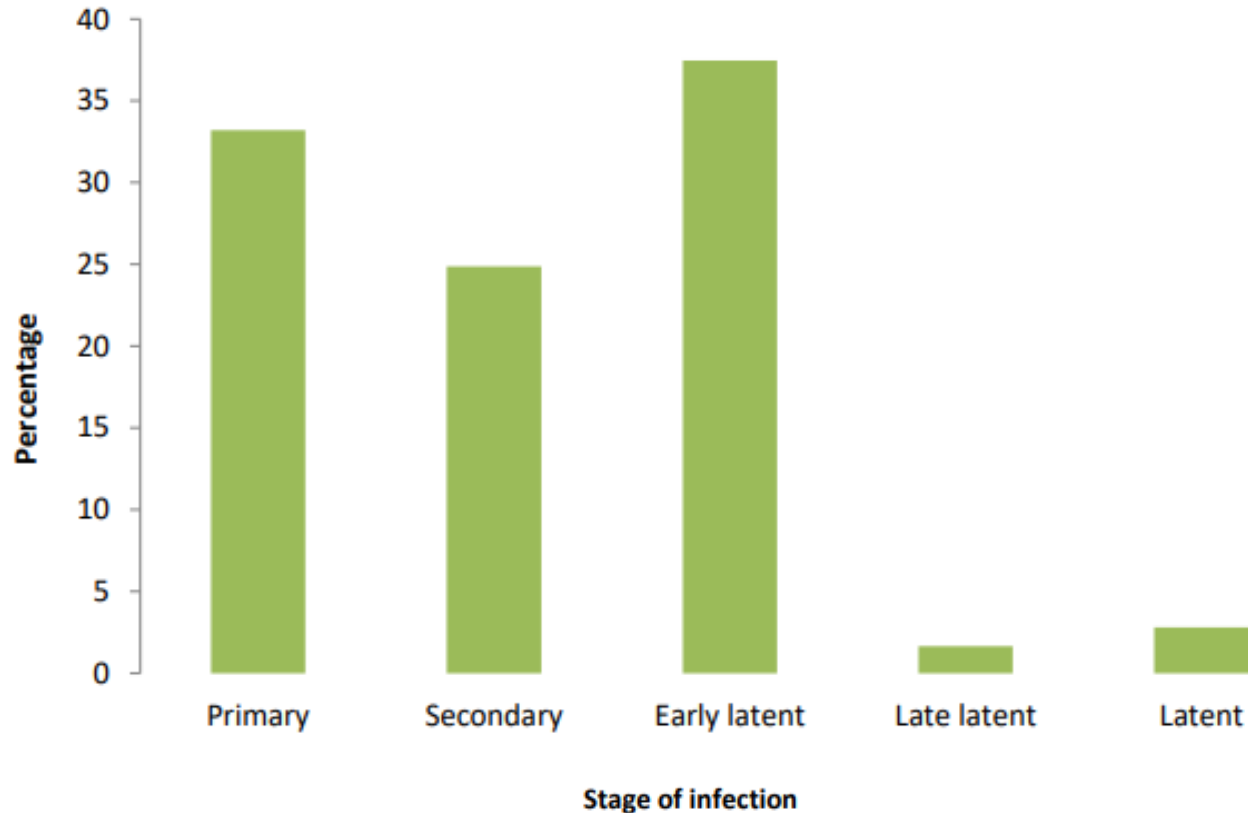
Número de casos a aumentar nos HSH

Source: Country reports from Czechia, Denmark, France, Germany, Greece, Ireland, Latvia, the Netherlands, Norway, Romania, Slovenia, Sweden and the United Kingdom.

Fonte: ECDC

Epidemiologia

Figure 5. Distribution of reported syphilis infection stages, EU/EEA, 2018



Infeção detetada maioritariamente nas fases iniciais de doença

Source: Country reports from Czechia, Estonia, France, Greece, Hungary, Latvia, Lithuania, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia and the United Kingdom.

Fonte: ECDC

Vias de Transmissão



Via sexual



Transfusão sanguínea



Vertical



Grupos de Risco



Infeção por VIH



Profissionais do sexo



Grávidas



HSH



UDEV

História natural da doença

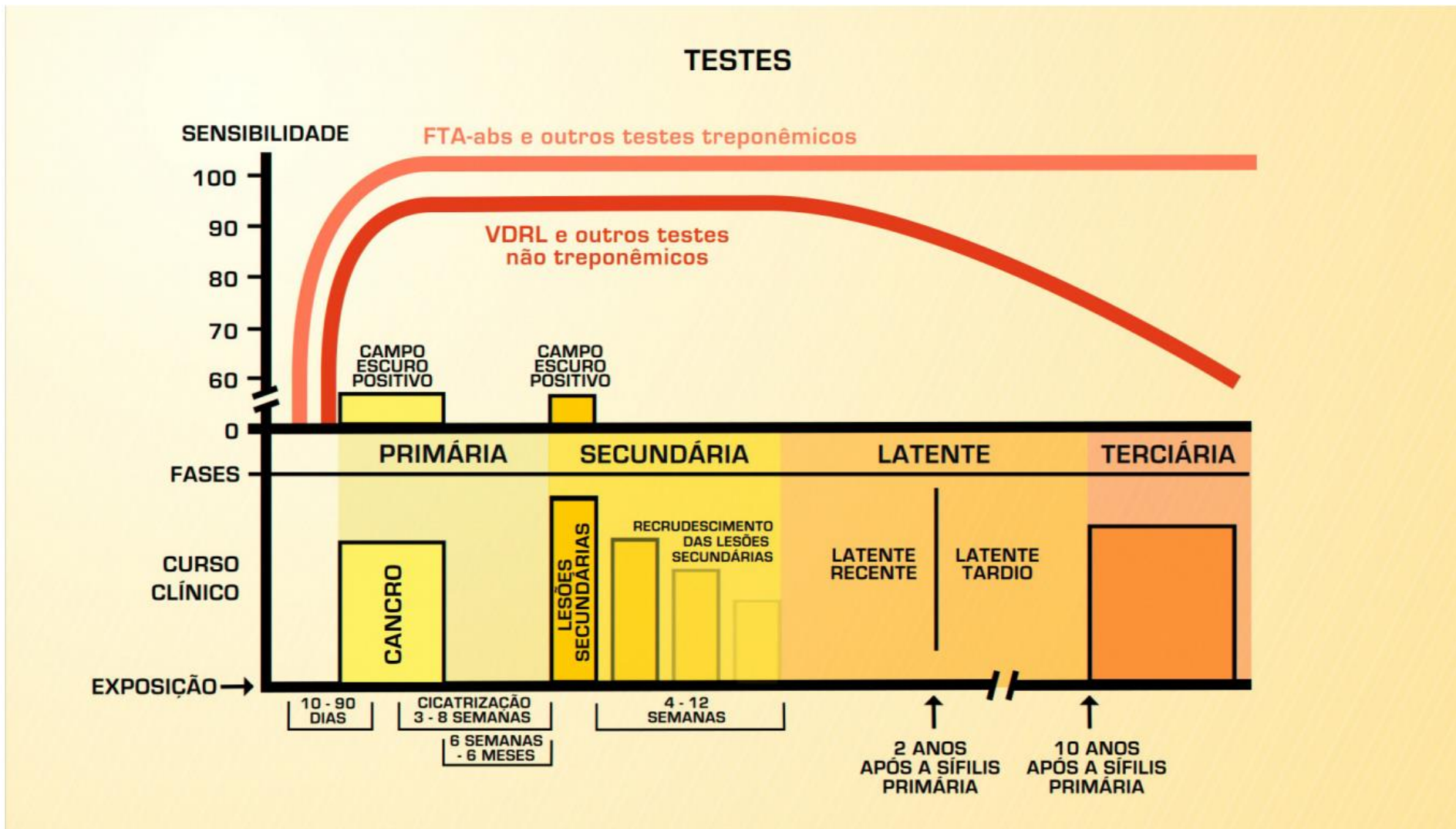


Gráfico 1 - Relação entre os testes para diagnóstico da Sífilis, as fases da doença, o curso clínico da infecção e o tempo.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil

Sífilis Primária

Sífilis Secundária

Sífilis Terciária



Habitualmente, com **nódulo único e indolor** no local de inoculação

Adenopatias associadas

Resolução espontânea habitualmente entre 4-6 semanas

Sífilis Primária

Sífilis Secundária

Sífilis Terciária

25% dos casos



Exantema maculopapular (atingimento das mãos e pés)

Alopécia em clareiras

Sintomatologia constitucional
(febre, cefaleias, mal-estar geral, anorexia)

Adenopatias generalizadas

Alterações hematológicas, musculoesqueléticas

Meningite aguda

GRANDE IMITADORA

Sífilis Primária

Sífilis Secundária

Sífilis Terciária



A. 94 AORTITE SIFILÍTICA



SÍFILIS TERCIÁRIA
GÔMA SIFILÍTICA



SÍFILIS TERCIÁRIA
GOMA SIFILÍTICA

Atingimento cardiovascular, cutâneo-mucoso, osteoarticular

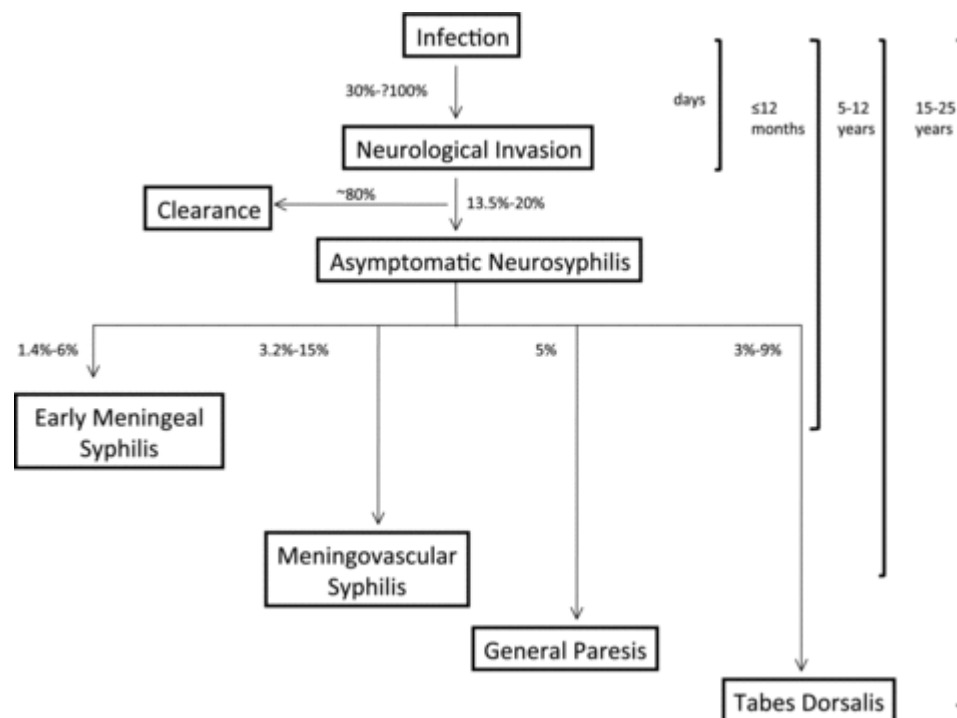
Anos após infecção primária

Neurossífilis

Neurossífilis

Neurossífilis

Pode haver atingimento do sistema nervoso central em qualquer fase



Neurossífilis

Neurossífilis

Neurossífilis

Table 1. Stages of Neurosyphilis According to Clinical Features and Associated Laboratory Test Results.

Stage	Clinical Features	Laboratory Testing*
Early		
Asymptomatic early neurosyphilis	Asymptomatic, with pleocytosis developing weeks after infection	Reactive serum and CSF VDRL test results [†]
Syphilitic meningitis	Headache, meningismus, photophobia, cranial-nerve palsies (including optic or auditory neuropathies [blindness, vertigo, deafness]), confusion, lethargy, seizures; symptoms occur weeks or months after infection [‡]	Reactive serum and CSF VDRL test results, reactive CSF FTA-ABS test result; CSF white-cell count, 10–400/mm ³ [†]
Early or late		
Meningovascular syphilis	Stroke, cranial-nerve palsies, meningismus, meningomyelitis with progressive myelopathy, including sphincter dysfunction	Reactive serum and CSF VDRL test results; CSF white-cell count, 5–100/mm ³ [†]
Late		
General paresis	Progressive dementia, psychiatric syndromes, personality change, manic delusions, tremor, dysarthria (characterized by halting and syllabic repetition), Argyll Robertson pupils in fewer than half of patients	Reactive serum VDRL test result in at least half of cases, reactive CSF VDRL test result, usually reactive CSF FTA-ABS test result; mild, chronic pleocytosis
Tabes dorsalis	Ataxic gait, prominent Romberg's sign, lightning pains in legs and trunk, greatly impaired deep and proprioceptive sensation, Charcot joints, Argyll Robertson pupils in most patients, paraparesis with leg areflexia, sphincter dysfunction [§]	Possibly nonreactive serum VDRL test result, reactive CSF VDRL test result, usually reactive CSF FTA-ABS test result; mild, chronic pleocytosis

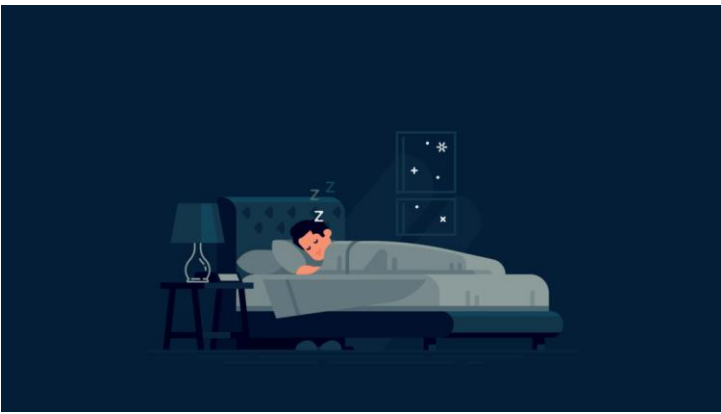
* The fluorescent treponemal-antibody absorption (FTA-ABS) test is not specific. CSF denotes cerebrospinal fluid, and VDRL Venereal Disease Research Laboratory.

[†] The serum VDRL test may not become reactive in the early, primary stage of syphilis.

[‡] Vision may also be impaired from syphilitic chorioretinitis or retinitis (ocular syphilis).

[§] Loss of deep sensation indicates the absence of a response to pressure on visceral structures such as muscles, tendons, testicles (Pitres's sign), or eyeballs. Charcot joints are also known as neuropathic arthropathy.

Formas mais tardias são muito raras atualmente



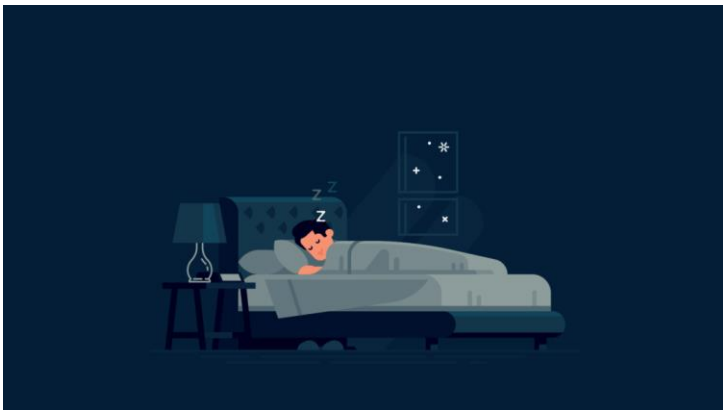
Sífilis latente precoce

Sífilis latente tardia

Assintomáticos

Evidência de infecção nos últimos 12 meses:

1. Aumento de 4 vezes no título de testes não treponémicos
2. Seroconversão de teste treponémico
3. Sintomas sugestivos de sífilis primária ou secundária
4. Parceiro com sífilis primária, secundária ou latente precoce



Sífilis latente precoce

Sífilis latente tardia

Assintomáticos

Evidência de infecção há mais de um ano ou sem qualquer conhecimento de infecção prévia

Diagnóstico



Biópsia de lesões

Microscopia de fundo escuro

Diagnóstico

Nos testes treponêmicos:

Técnica	Testes
Imunofluorescência indireta	FTA-abs (<i>Fluorescent treponemal antibody absorption</i>)
Hemaglutinação	MHA-TP (microhemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>)
Aglutinação de partículas	TPPA (<i>Treponema pallidum particle agglutination assay</i>)
Imunoenzimáticos e suas variações	ELISA (<i>Enzyme-linked immunossorbent assay</i>), CMIA (Ensaio imunológico quimioluminescente magnético)
Imunocromatografia e fluxo lateral	Testes rápidos
Testes moleculares	PCR

Quantitativo (1:2, 1:4, 1:8...)

Importantes para diagnóstico e monitorização do tratamento

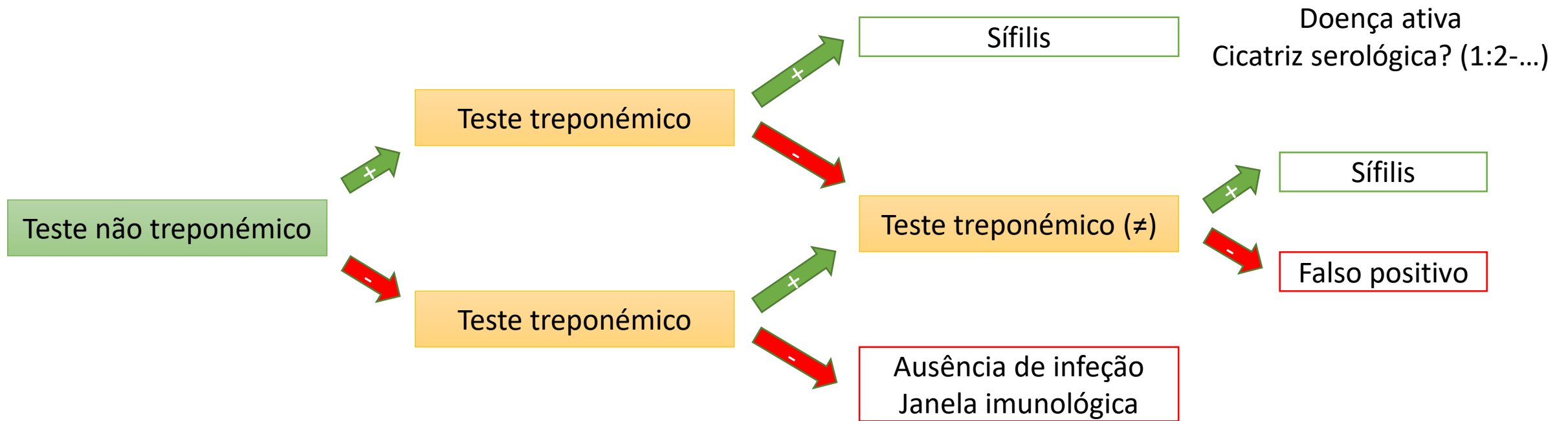
Permanecem reagentes mesmo após tratamento

Não permitem a monitorização da doença

Nos testes não treponêmicos:

Técnica	Testes
Floculação	VDRL (<i>Venereal Disease Laboratory</i>) RPR (<i>Rapid Test Reagin</i>) USR (<i>Unheated Serum Reagin</i>) TRUST (<i>Toluidine Red Unheated Serum Test</i>)
Aglutinação	Testes Rápidos – TR
Imunoenzimáticos (ELISA)	ELISA (<i>Enzyme – linked immunossorbent assay</i>)
Imunocromatográficos	Testes Rápidos – TR

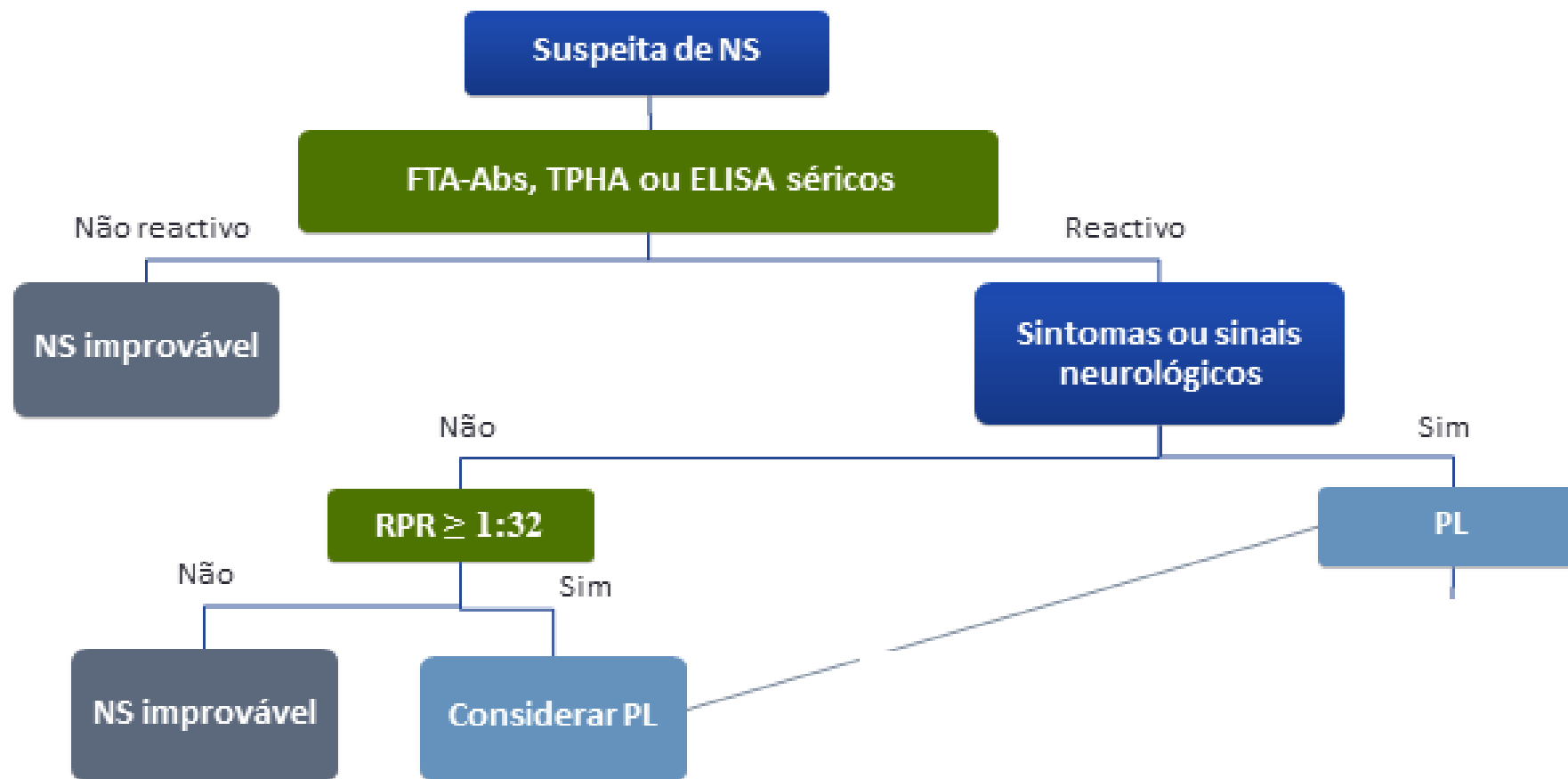
Diagnóstico



Outras estratégias:

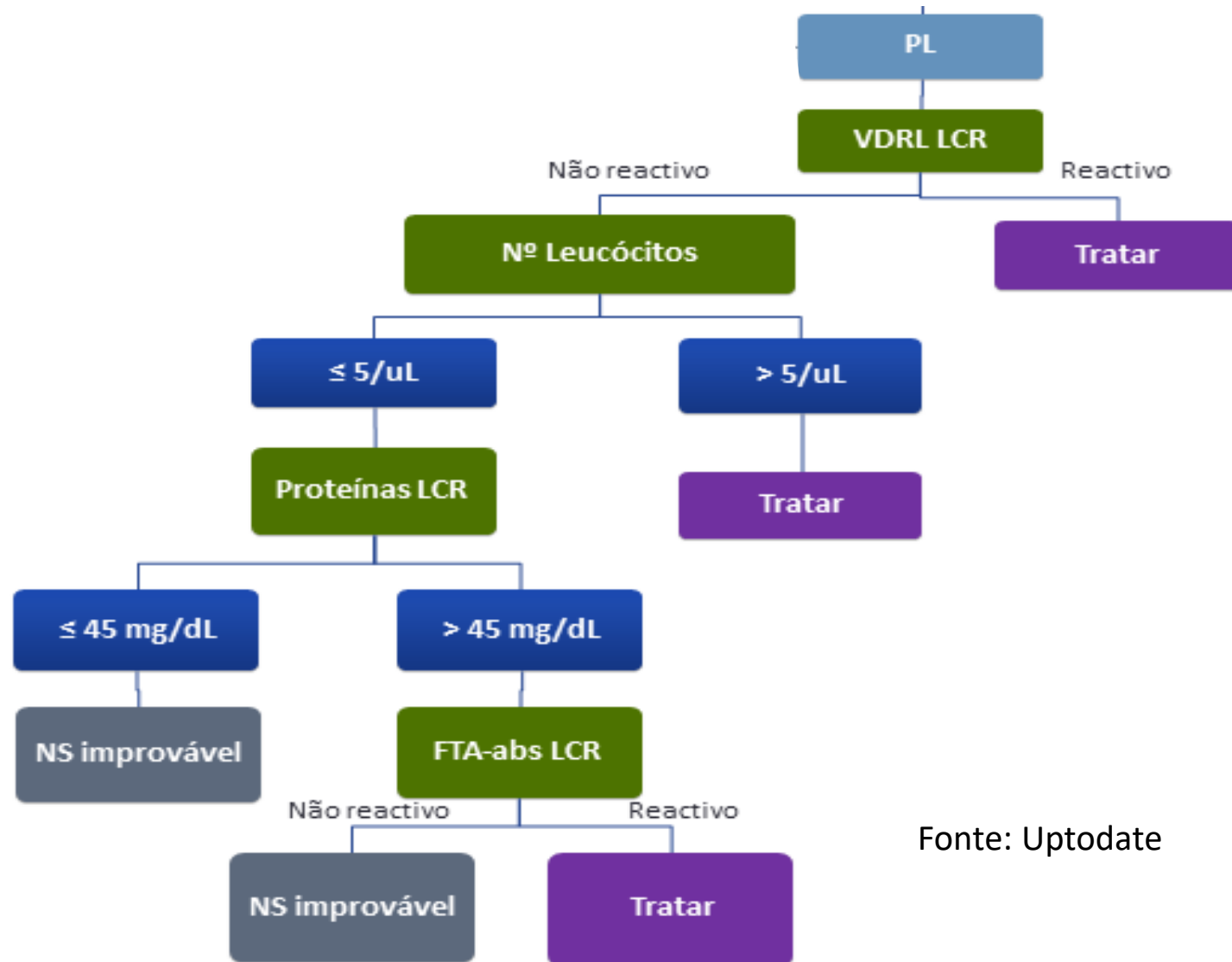
Começar por teste treponémico e fazer depois um não treponémico
Usar dois testes treponémicos diferentes

Diagnóstico - Neurosífilis



Fonte: Uptodate

Diagnóstico - Neurosífilis



Fonte: Uptodate

Tratamento

Tratar parceiros sexuais

Sífilis Primária

Sífilis
Secundária

Sífilis Terciária

Sífilis latente
precoce

Sífilis latente
tardia

Penicilina G benzatínica 2,4 M.U.I. IM em dose única.

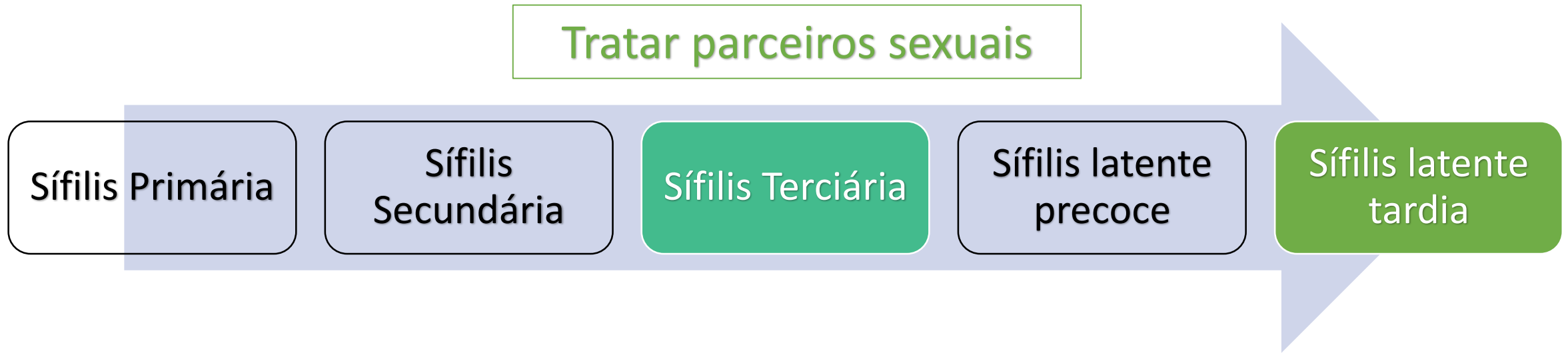
Eventualmente:

Doxiciclina 100 mg oral 12/12 horas durante 14 dias

Azitromicina 2g oral em dose única

Ceftriaxone 1g IM ou IV 1id durante 10-14 dias

Tratamento



Penicilina G benzatínica 2,4 M.U.I. IM semanalmente durante 3 semanas

Eventualmente:

Doxiciclina 100 mg pos 12/12 horas durante 28 dias
Ceftriaxone 1g IM ou IV 1id 10-14 dias (evidência limitada...)

Tratamento



Penicilina G 3-4 M.U.I. IV 4/4 horas durante 10 a 14 dias.

Eventualmente:

Ceftriaxone 2g IM ou IV 1id 14 dias (taxa de falha ~20%)

Tratamento



Usar apenas penicilina

Usar o esquema preconizado para cada fase da infecção.

Se alergia à penicilina -> dessensibilização

Monitorização



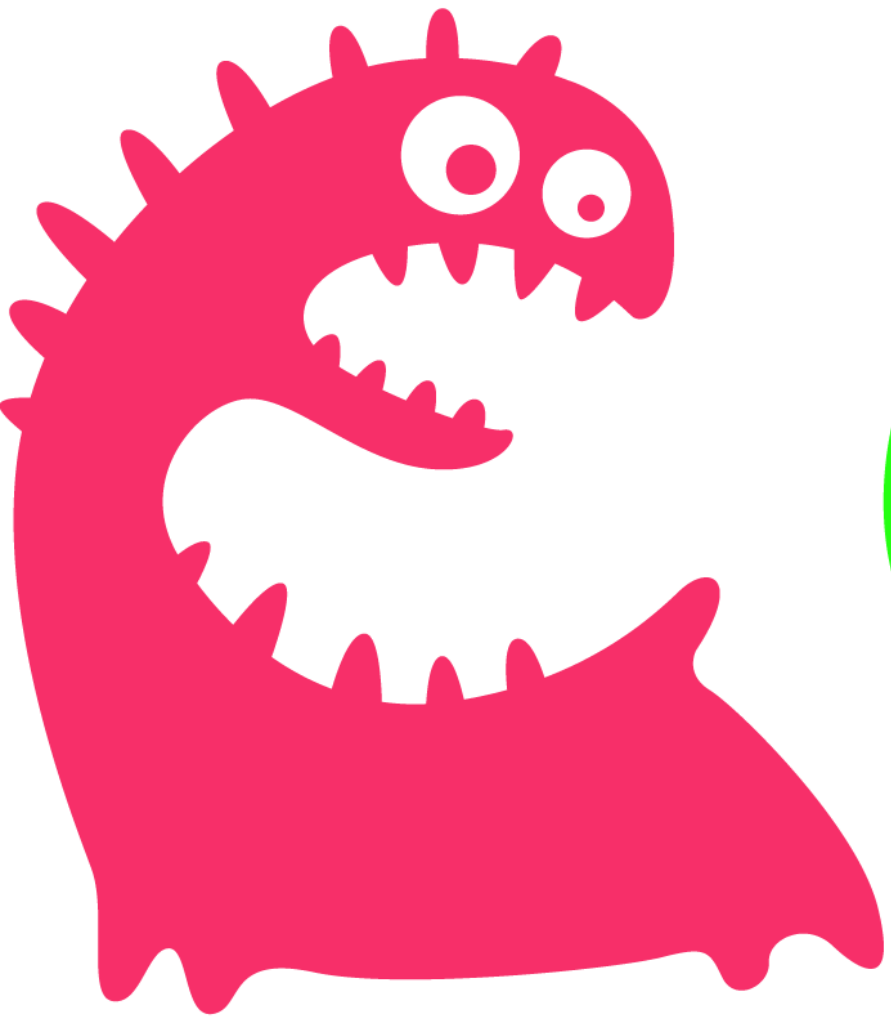
Reavaliação clínica e serológica
(3?, 6, 9?, 12, 24? meses)

Descida de pelos menos 4 títulos esperada
em 6-12 meses

Sinais de falência:

Persistência ou recorrência de sintomas

Manutenção ou subida de títulos de pelo menos 2 diluições



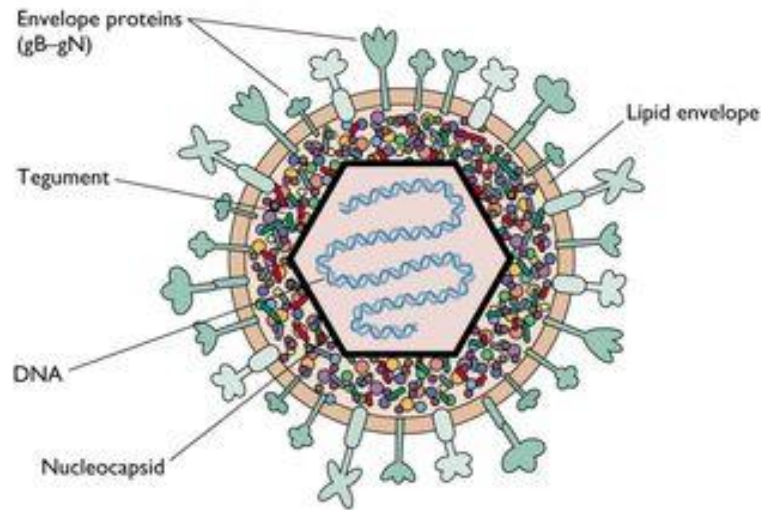
Herpes genital

Vírus herpes do tipo 1 e 2

Vírus ADN

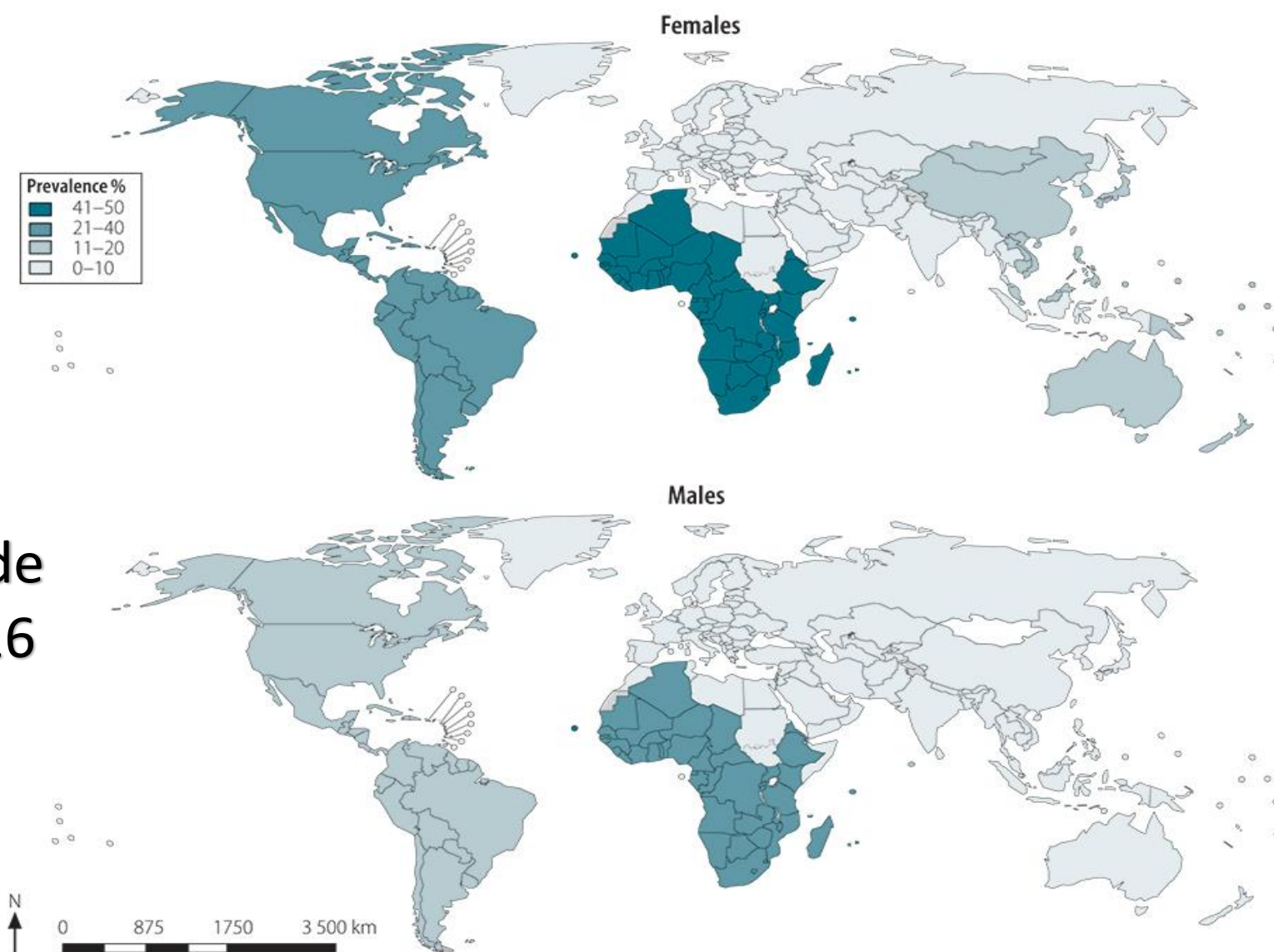
Mais habitualmente pelo VHS-2
(Maior afinidade para a mucosa genital)

Infeção para toda a vida



Epidemiologia

Estimativas da prevalência de pessoas com VHS-2 em 2016



	African Region	Region of the Americas	Eastern Mediterranean Region	European Region	South-East Asia Region	Western Pacific Region
Female						
Prevalence	43.9%	24.0%	7.6%	10.7%	9.6%	14.6%
Number	102.9 million	57.7 million	12.8 million	22.2 million	48.4 million	65.5 million
Male						
Prevalence	25.4%	11.6%	2.8%	5.3%	7.2%	7.1%
Number	59.3 million	28.0 million	5.1 million	11.1 million	38.5 million	36.0 million

Fonte: WHO. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bulletin of the World Health Organization* 2020;98:315-329.

Vias de transmissão



Contacto sexual



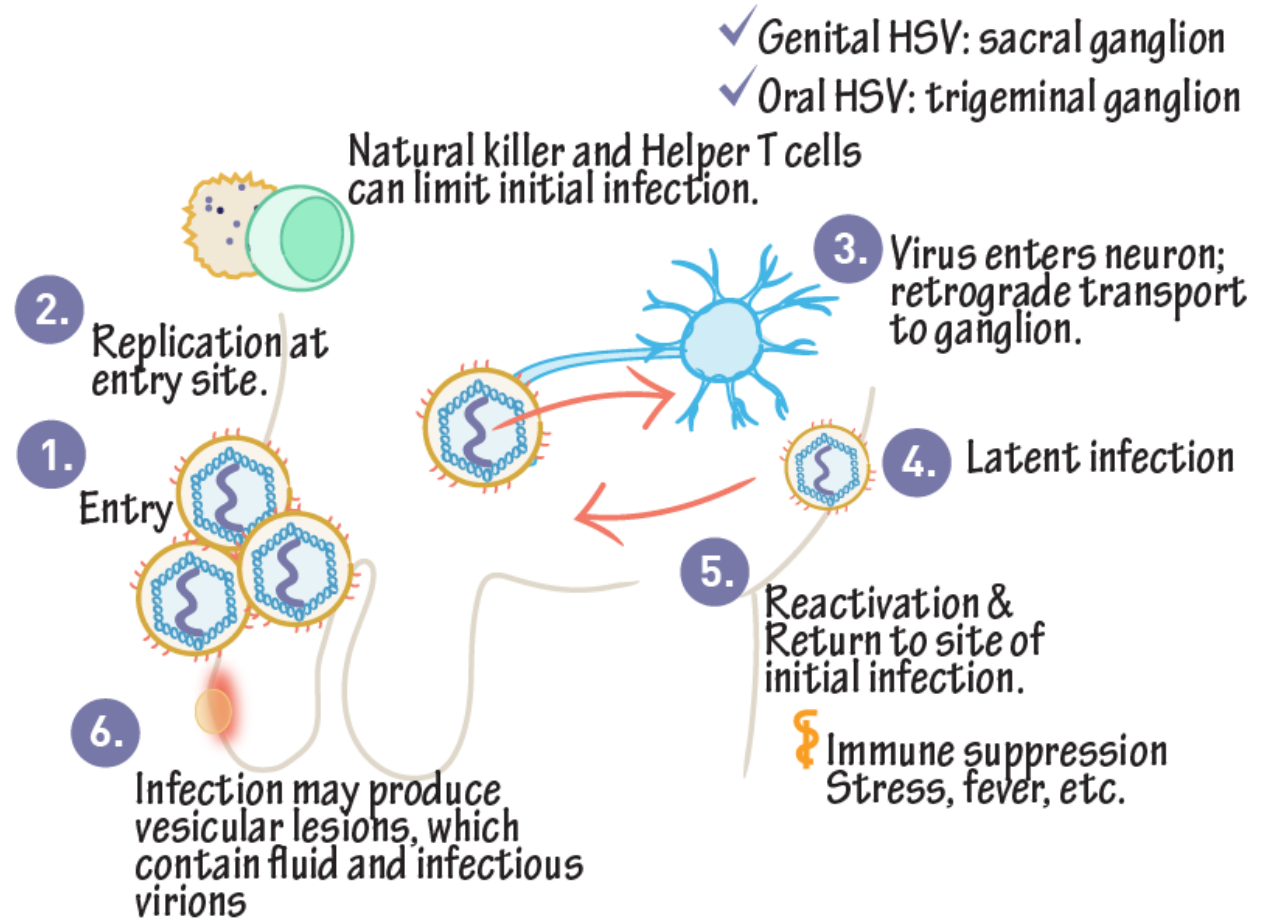
Vertical

Etiopatogenia

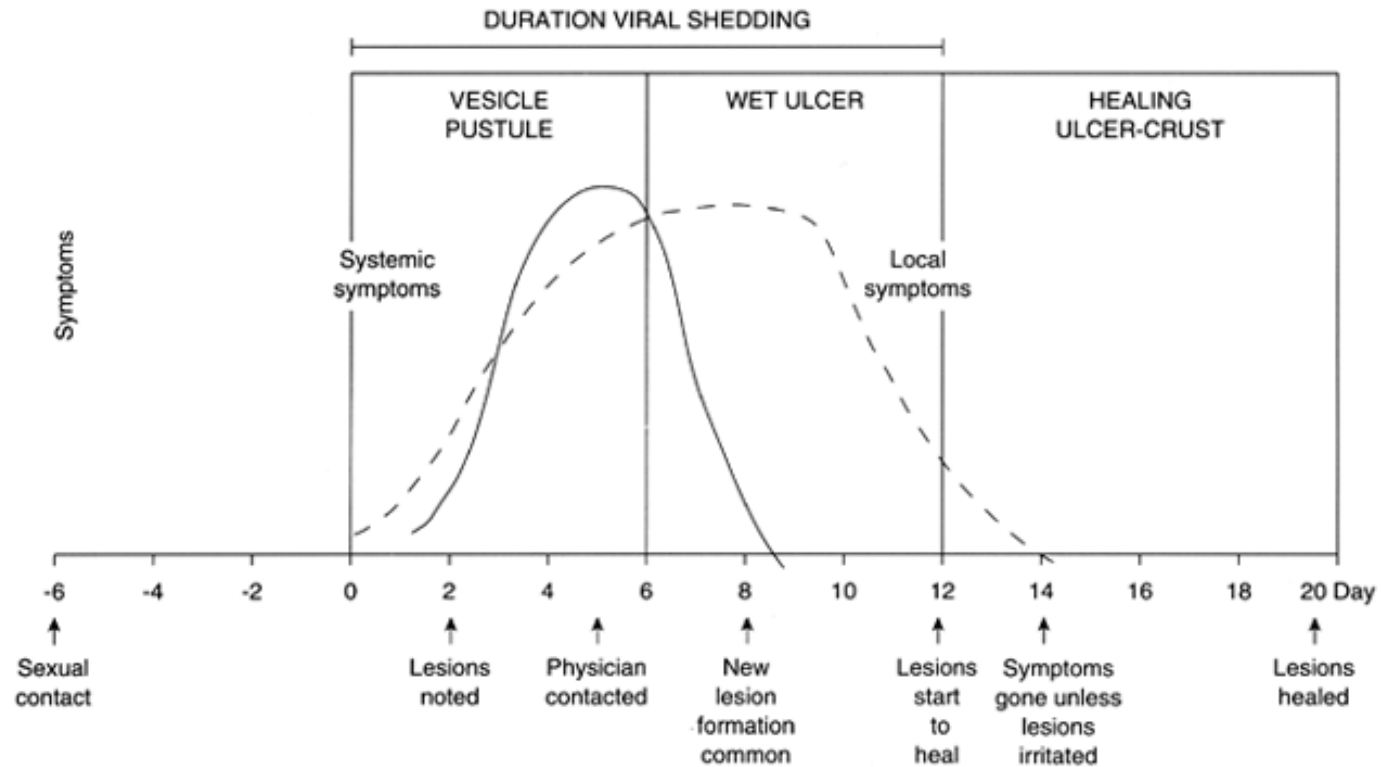
Herpes Simplex Virus: Pathogenesis

Reativação:

- Ansiedade
- Stress
- Febre
- Imunossupressão
- Menstruação
- Queimaduras
- Lesões traumáticas
- ...



História natural da doença



Período de incubação
2-20 dias (3-7 dias habitualmente)

História natural da doença



Prurido, ardor e dor locais



Múltiplas lesões vesiculares pruriginosas e/ou dolorosas
Adenopatia inguinal dolorosa



Evolução para úlceras (isoladas ou confluentes) e crostas

História natural da doença

Áreas mais atingidas:

Genitália externa

Área vaginal

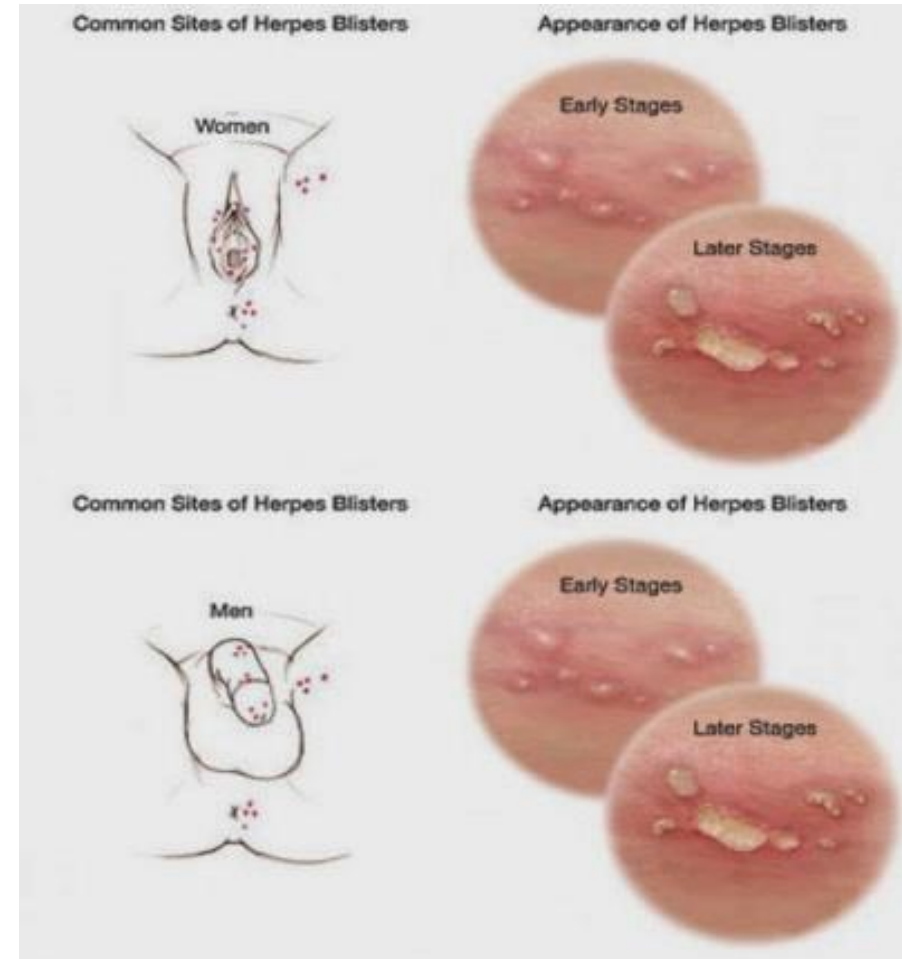
Colo do útero

Pênis

Região escrotal

Uretra

Coxas



História natural da doença



Pode haver sintomas constitucionais associados
(febre, cefaleias, mialgias, mal-estar geral,...)

Transmissão mesmo na ausência de sintomas

Autoinoculação possível

Diagnóstico



Na maioria das vezes é clínico

PCR, serologias, exame cultural,...

TABLE 57-4

Laboratory tests for diagnosis of herpes simplex virus infections

Diagnostic methods	Diagnostic features
Microscopy	
Tzanck smear	Presence of multinucleated giant cells with faceted nuclei and homogeneously stained ground glass chromatin (Tzanck cells)
Light microscopy	Eosinophilic intranuclear inclusions
Electron microscopy	Virus particle
Direct antigen detection	
Direct fluorescent antibody and direct enzyme immunoassay	HSV antigens directly in vesicular fluid, tissue smear, or biopsy
Cell culture	
Culture on HeLa cells, Hep-2 cells, and human embryonic fibroblasts	Cytopathic effects within 1–3 days
Serology	
ELISA, CFT, and neutralization test	Not useful for primary infection; only used for seroepidemiological studies
Molecular diagnosis	
DNA probe and PCR	Detects viral genome directly in vesicular fluid, skin scraping, CSF, and other specimens. Standard assay for specific diagnosis of HSV infections of the central nervous system

Tratamento

Iniciar precocemente

1º Episódio

Aciclovir 400 mg oral 8/8 h durante 5²-7¹ a 10 dias
Aciclovir 200 mg oral 5id durante 5²-7¹ a 10 dias
Valaciclovir 1g oral 12/12 h durante 7 a 10 dias¹
Valaciclovir 500 mg oral 12/12 h durante 5-10 dias²

Recurrências

Aciclovir 800 mg oral 8/8 h durante 2 dias^{1,2}
Aciclovir 800 mg oral 12/12 h durante 5 dias¹
Aciclovir 400 mg oral 8/8 h durante 5 dias^{1,2}
Aciclovir 200 mg oral 5id durante 3-5 dias²
Valaciclovir 1g oral 1id durante 5 dias¹
Valaciclovir 500 mg oral 12/12 h durante 3¹-5² dias

Tratamento

Supressão

≥6 episódios num ano

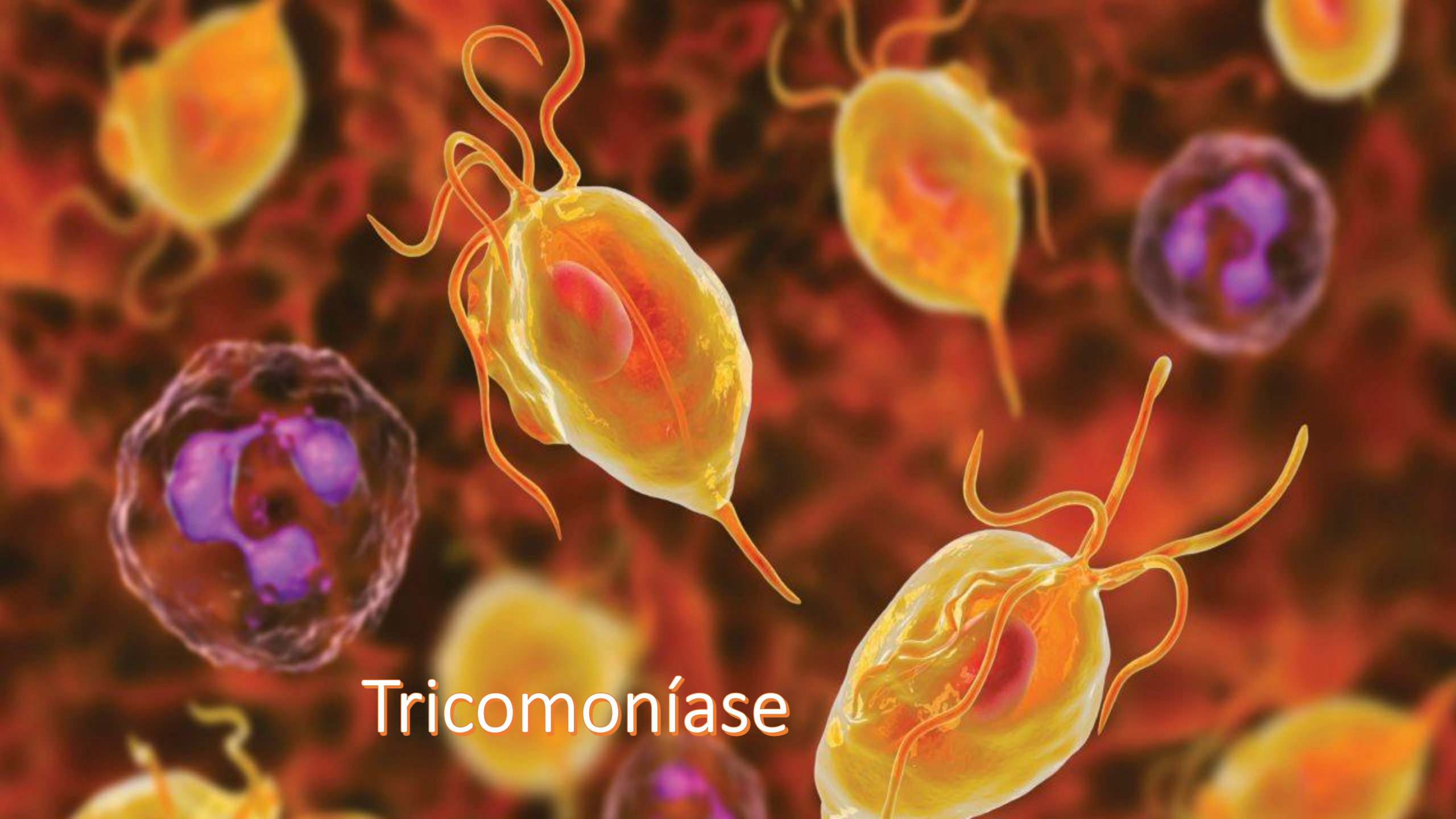
Aciclovir 400 mg oral 12/12 horas^{1,2} (ou 400-800 mg oral 2id ou 3id nos imunodeprimidos)

Aciclovir 200 mg oral 4id²

Valaciclovir 1g oral 1id^{1,2}

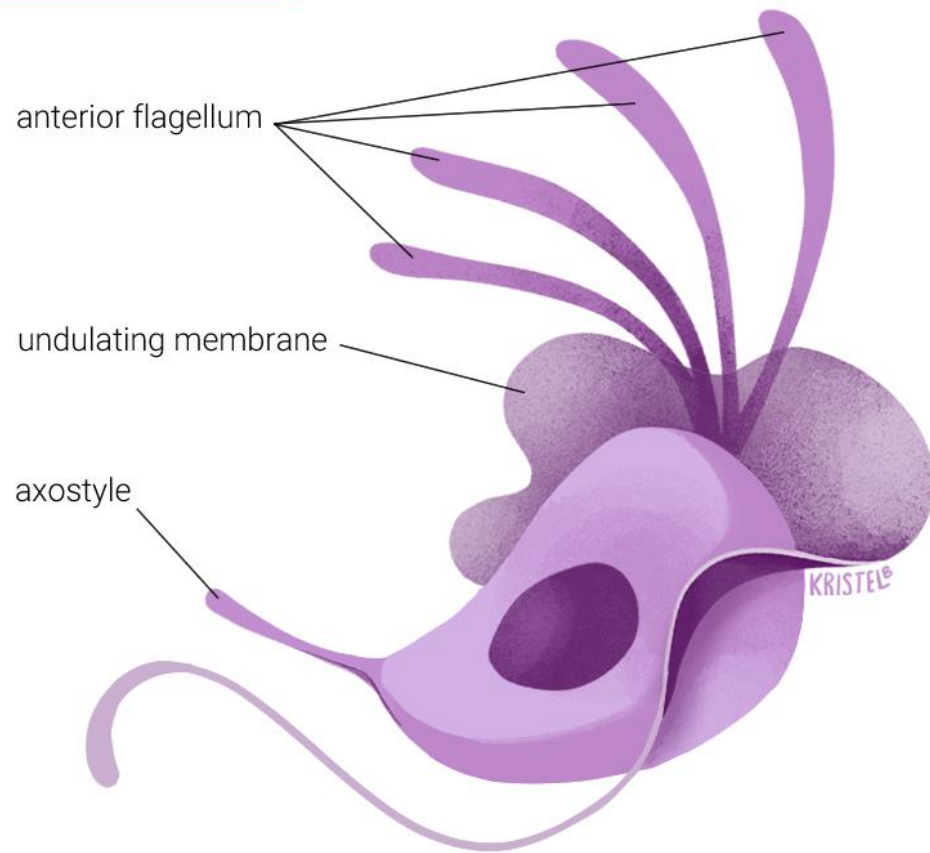
Valaciclovir 500 mg oral 1id ou 2id (imunodeprimidos)^{1,2}

6 meses a 2 anos...



Tricomoniase

T Vaginalis



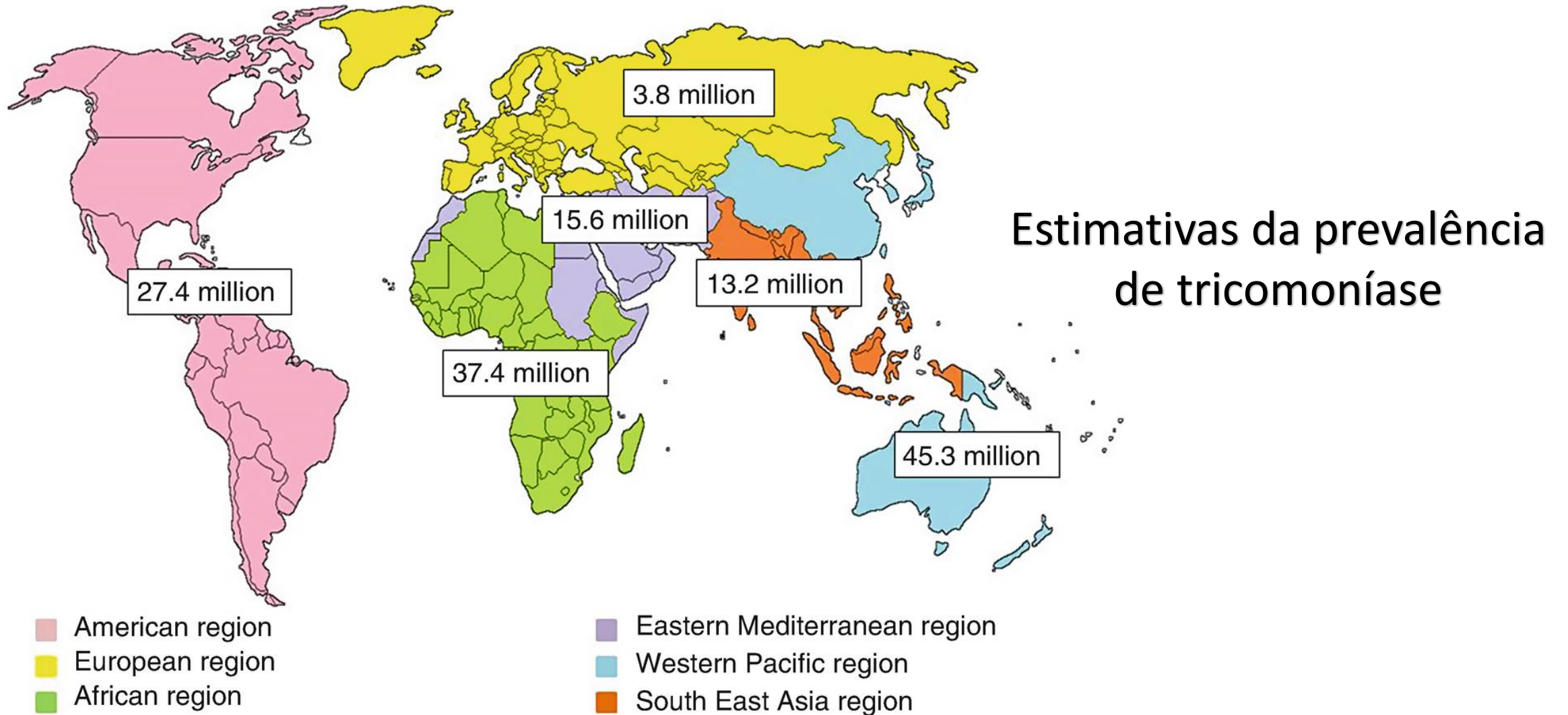
Trichomonas vaginalis

Protozoário flagelado

Infeta as células do epitélio do trato genital

Frequentemente encontrado em secreções vaginais e uretrais.

Epidemiologia



Vias de transmissão



Contacto sexual

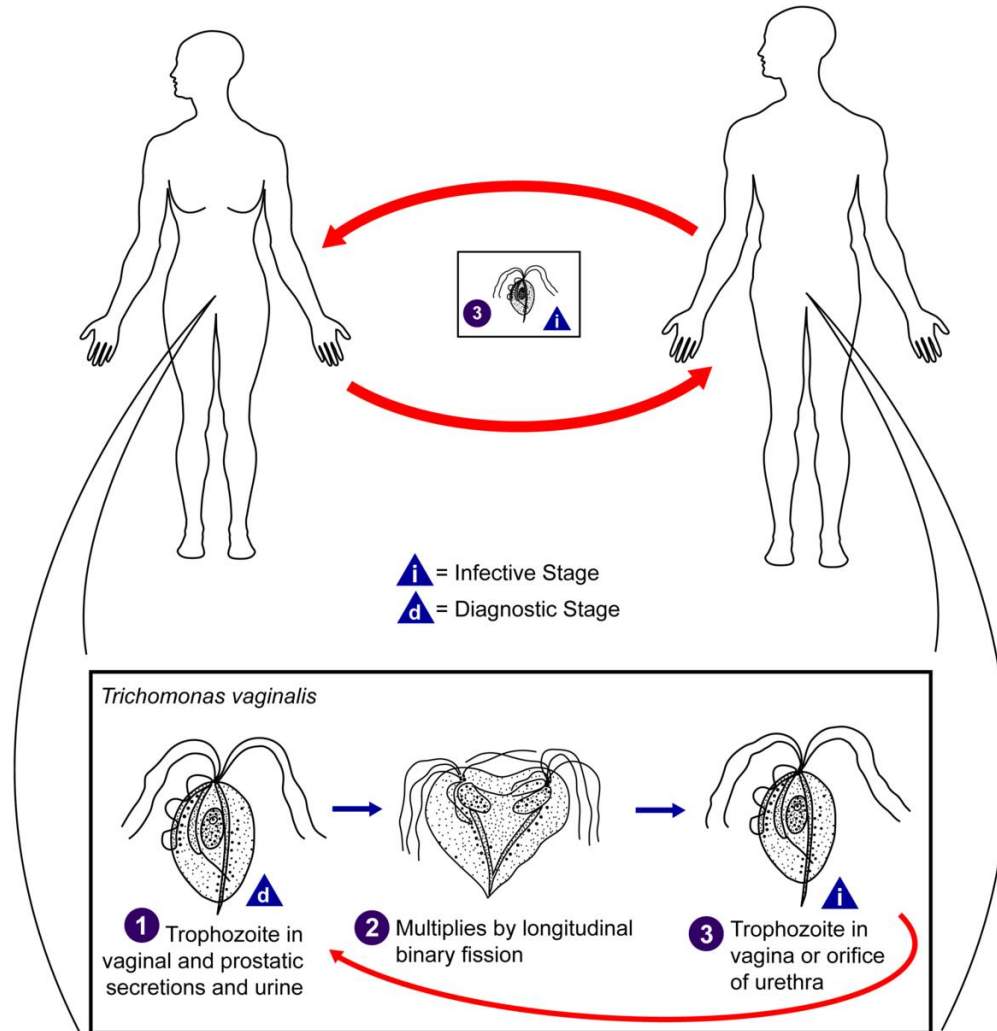


Vertical

Humanos são o único hospedeiro conhecido

Ciclo de vida

Trichomoniasis (*Trichomonas vaginalis*)



Fonte: Trichomoniasis. CDC.

Isolamento a partir de:

Mulher

- Secreções vaginais
- Colo do útero
- Uretra
- Bexiga
- Glândulas locais
- Reto?

Homem

- Uretra
- Próstata
- Epidídimo
- Sêmen
- Genitália externa
- Reto?

Ciclo de vida

Life Cycle of T Vaginalis

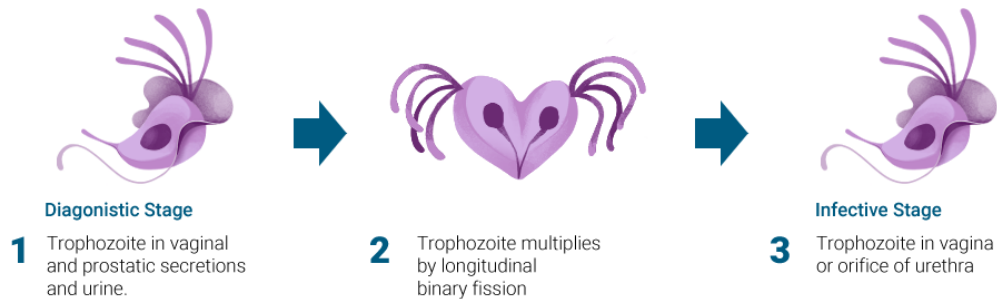


T vaginalis resides in the female lower genital tract

OR

it resides in the male urethra and prostate.

The parasite does not appear to have a cyst form and does not survive well in the external environment.



T vaginalis is transmitted among humans, the only known host, primarily via sexual intercourse.

Fonte: Trichomoniasis. Emedicine.

Aumento do pH vaginal (>4,5).

Ação local de leucócitos polimorfonucleares.

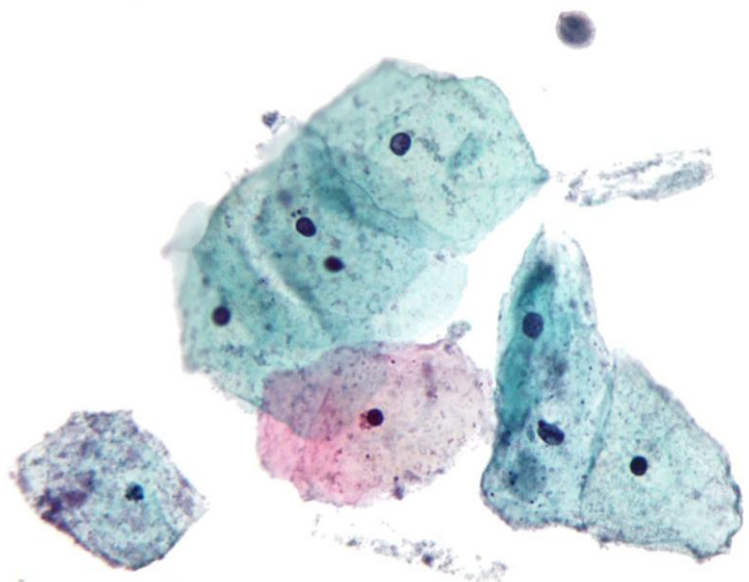
Imunidade apenas parcial.

História natural da doença

Tempo de incubação: 4-28 dias



Infeção pode persistir por meses a anos (M) ou cerca de 10 dias (H)



Maioria é assintomático

História natural da doença



Pode variar de ausência total de sintomas para
Doença Inflamatória Pélvica

História natural da doença

Disúria e outros sintomas urinários

Dores abdominais nos quadrantes inferiores



Dispareunia

Hemorragias pós-coitais

História natural da doença



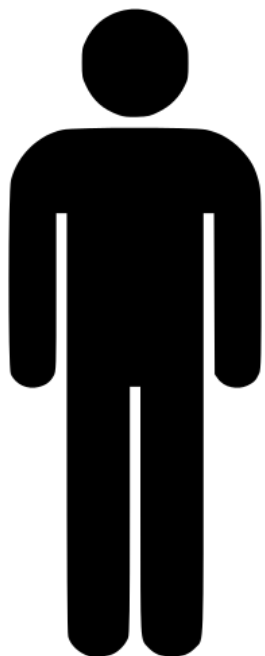
Secreções vaginais amarelo-esverdeadas, abundantes, espumosas, com odor fétido



Prurido, rubor ou sensação de queimadura na região vaginal

Vulvovaginite / cervicite

História natural da doença

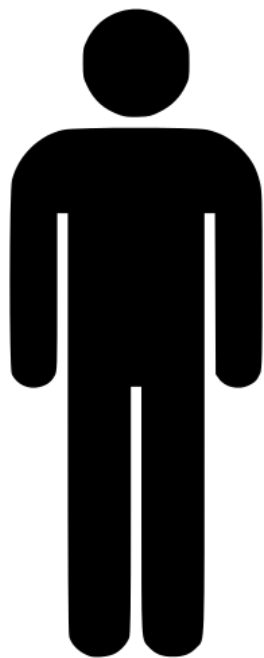


Maioritariamente assintomáticos

Quadros de resolução mais rápida

Pode haver uretrite ou prostatite

História natural da doença

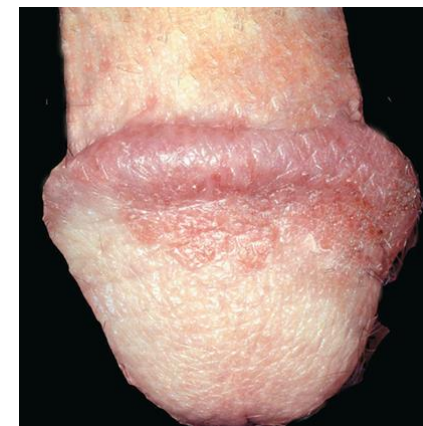


Dores abdominais nos quadrantes inferiores



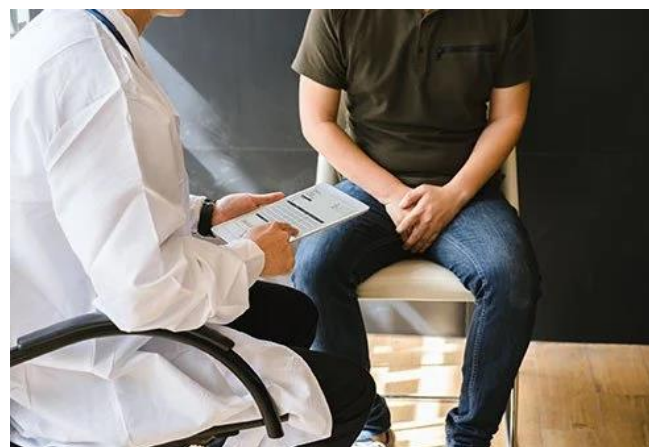
Disúria

Prurido uretral

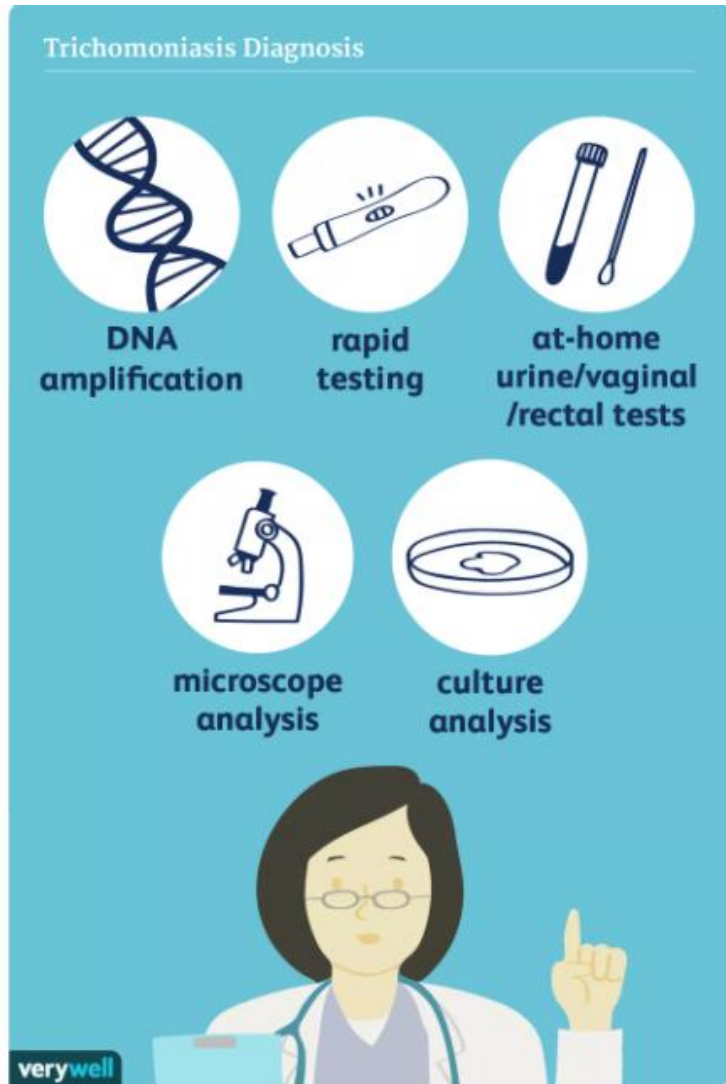


Balanite / Balanopostite
Orquite / Epididimite / Prostatite
Uretrite não gonocócica

Dor testicular



Diagnóstico



© Verywell, 2018

Importante excluir outras infeções

Amostra de secreção vaginal ou uretral ou de urina

Tratamento



Metronidazol 2g oral em dose única^{1,2}

Metronidazol 500 mg oral 12/12 horas durante 5¹-7 dias^{1,2}

Tinidazol 2g oral em dose única^{1,2}

Tratar parceiros sexuais (contacto nos últimos 60 dias)

Tratamento



Infeções recorrentes ou persistentes

Metronidazol 500 mg oral 12/12 horas durante 7 dias¹

Se falhar: Metronidazol 2 g oral 1xdia durante 7 dias¹

Monitorização



Reavaliação clínica e analítica aos 3 meses

Sem relações sexuais pelo menos até 1 semana após tratamento de ambos os parceiros e estarem assintomáticos



Sexually transmitted diseases

Diagnosis accuracy and diversity of modern treatment methods allow us to choose the most effective set of treatment for each patient. However, the most effective treatment is not toxic, has no contraindications to repeated use, and the drug was high compared with standard therapy.

Conclusões

O papel essencial do farmacêutico na prevenção e tratamento de Infecções sexualmente transmissíveis

A incidência e prevalência das IST tem aumentado nos últimos anos.

As IST partilham vias de transmissão e como tal os mesmos métodos preventivos.

Diagnóstico obriga a um importante grau de suspeição e a pesquisa simultânea de várias IST.

O tratamento deve preconizar preferencialmente esquemas simples e em dose única para aumentar o cumprimento terapêutico.

As resistências à terapêutica têm crescido nos últimos anos pelo que se devem aplicar esquemas adequados na dose adequada.







OBRIGADO!

Stock
Images™

Stock
by Getty Images™

Stock
by Getty Images™

Stock
by Getty Images™

QUESTIONÁRIO



**CIM À TARDE NA
SOCIEDADE FARMACÊUTICA**

Pergunta 1

No âmbito das infeções sexualmente transmissíveis (IST), assinale a afirmação INCORRETA:

- 1- As IST afetam os jovens e, em alguns casos, não apresentam sintomas.
- 2- A infeção por clamídia é a IST bacteriana mais frequente no nosso meio.
- 3- As IST têm vindo a aumentar no nosso país na última uma década.
- 4- Cada vez se usa mais o preservativo, devido ao aumento das IST.



Pergunta 2

Relativamente à infeção por gonococo, assinale a afirmação INCORRETA:

- 1- O gonococo pode infetar a faringe, a uretra, a cérvix e o reto.
- 2- É uma causa de uretrite em homens jovens.
- 3- O seu tratamento é fácil, é sensível a múltiplos fármacos há já muitos anos, desconhecendo-se a existência de resistências aos antibióticos.
- 4- Em Portugal afeta sobretudo homens jovens.



Pergunta 3

No âmbito das infeções sexualmente transmissíveis (IST), qual a IST que tem como tratamento recomendado a ceftriaxona IM/IV? (assinale a opção mais correta)

- 1- Clamídia
- 2- Gonorreia
- 3- Hepatite B
- 4- Herpes genital
- 5- Tricomoníase



Pergunta 4

No âmbito das infeções sexualmente transmissíveis (IST), qual das seguintes IST NÃO apresenta atualmente um tratamento disponível que conduza à cura definitiva? (assinale a opção correta)

- 1- Blenorragia
- 2- Clamídia
- 3- Herpes genital
- 4- Sífilis
- 5- Tricomoníase



Pergunta 5

No âmbito das infecções sexualmente transmissíveis (IST), qual das seguintes IST apresenta vacina disponível no mercado farmacêutico? (assinale a opção correta)

- 1- Blenorragia
- 2- Clamídia
- 3- Tricomoníase
- 4- VIH/SIDA
- 5- Vírus do Papiloma Humano-HPV



Pergunta 6

No âmbito das IST, qual das seguintes IST pode ser tratada com uma dose única de metronidazol 2 g por via oral? (assinale a opção correta)

- 1- Clamídia
- 2- Gonorreia
- 3- Hepatite B
- 4- Herpes genital
- 5- Tricomoníase



Pergunta 7

No âmbito das IST, o herpes genital (com lesões nos genitais e ânus) é uma IST provocada através do contacto sexual, mais habitualmente, por qual dos seguintes vírus? (assinale a opção correta)

- 1- Vírus da imunodeficiência humana
- 2- Vírus do papiloma humano
- 3- Vírus herpes simplex do tipo 1
- 4- Vírus herpes simplex do tipo 2
- 5- Vírus varicela zoster



Pergunta 8

No âmbito das IST, o aparecimento de condilomas ou verrugas anogenitais são característicos de qual das seguintes IST? (assinale a opção mais correta)

- 1- Blenorragia
- 2- Clamídia
- 3- Tricomoniase
- 4- VIH/SIDA
- 5- Vírus do Papiloma Humano-HPV



Pergunta 9

No âmbito das IST, qual a IST que pode ter como complicação a síndrome de Reiter, que é caracterizada por artrite, conjuntivite e uretrite? (assinale a opção mais correta)

- 1- Blenorragia
- 2- Clamídia
- 3- Tricomoniase
- 4- VIH/SIDA
- 5- Vírus do Papiloma Humano-HPV



Pergunta 10

No âmbito das IST, qual das seguintes IST tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*? (assinale a opção correta)

- 1- Blenorragia
- 2- Clamídia
- 3- Gonorreia
- 4- Sífilis
- 5- Tricomoniase



Soluções:

Pergunta	Resposta	Pergunta	Resposta
1-	4	6-	5
2-	3	7-	4
3-	2	8-	5
4-	3	9-	2
5-	5	10-	4

