

Rastreo de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes: qual o estado da arte

João Rocha Santos¹, Elisabete Gonçalves^{II}

SCREENING FOR NONVIRAL SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS: WHAT IS THE STATE OF ART

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STI) is a serious public health issue with highest rates among teenagers and young adults.

In developed countries, non-viral STI include *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* and *Trichomonas vaginalis*.

Early detection of non-viral STI have a positive impact not only on patients health but also on public health as it allows timely prescription of appropriate treatment, reduces transmission between partners and decreases long-term complications, including pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, ectopic pregnancy and infertility.

Several international medical societies published recommendations for screening of some non-viral STI in certain groups.

In Portugal, the rule of mandatory reporting of communicable diseases was updated by the Direção Geral de Saúde (DGS) in 2014 and includes gonorrhea, syphilis and *Chlamydia trachomatis* infection. Nevertheless, there are few studies on the epidemiology of STI in Portugal and only just recently the opportunistic screening of genital *Chlamydia trachomatis* infection was introduced in the National Health Plan 2011-2016.

General Practitioner through their holistic person-centered approach of the patients, their family and social context (focusing on personal background / risk behaviors) will necessarily have a decisive role in both the primary prevention and STI screening.

Keywords: Chlamydia Trachomatis; gonorrhea; pelvic inflammatory disease; sexually transmitted infections; syphilis; trichomoniasis

RESUMO

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) constituem um problema persistente de saúde pública, sendo os adolescentes e adultos jovens os que apresentam as taxas de prevalência mais elevadas para algumas IST.

As IST não víricas nos países desenvolvidos incluem a *Chlamydia Trachomatis*, a *Neisseria gonorrhoeae*, o *Treponema pallidum* a *Trichomonas vaginalis*.

A deteção precoce das IST não víricas tem impacto positivo a nível individual e na saúde pública: permite instituição atempada de tratamento adequado, a redução de transmissão entre parceiros, bem como reduzir as complicações a longo prazo, nomeadamente doença inflamatória pélvica, dor pélvica crónica, gravidez ectópica e infertilidade.

Várias sociedades médicas internacionais publicaram recomendações para o rastreio de algumas IST não víricas em determinados grupos.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) atualizou em 2014 a norma sobre a notificação obrigatória de doenças transmissíveis, que inclui a gonorreia, a sífilis e a infeção por *Chlamydia Trachomatis*. Não obstante, os estudos sobre a epidemiologia de IST são poucos em Portugal e apenas recentemente foi contemplado o rastreio oportunístico de infeção genital por *Chlamydia Trachomatis* no Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

O médico de família através da sua abordagem holística centrada na pessoa, no seu contexto familiar e social (focando antecedentes pessoais / comportamentos de risco) tem necessariamente um papel determinante na prevenção primária e no rastreio das IST.

Palavras-chave: *Chlamydia Trachomatis*; doença inflamatória pélvica; gonorreia; infeções sexualmente transmissíveis; sífilis; tricomoníase

Nascer e Crescer 2016; 25(3): 163-8

^I Medicina Geral e Familiar da USF Arquis Nova, Unidade Local de Saúde do Alto Minho. jfmupsantos@gmail.com

^{II} S. de Ginecologia e Obstetrícia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. 4901-858 Viana do Castelo, Portugal. elisabetegoncalvesms@yahoo.com

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um problema relevante na Saúde Pública.¹ O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que a incidência anual de IST nos Estados Unidos da América (EUA) seja de 19 milhões de casos, constituindo o grupo dos adolescentes e adultos jovens (15-24 anos) cerca de metade dos infetados.²

As IST não víricas nos países desenvolvidos incluem a *Chlamydia Trachomatis* (CT), a *Neisseria gonorrhoeae* (NG), o *Treponema pallidum* (TP) e a *Trichomonas vaginalis* (TV).

A deteção precoce das IST não víricas tem um impacto positivo a nível individual e a nível de saúde pública: permite a instituição de tratamento adequado, a redução de transmissão entre parceiros, assim como diminui o risco ou evita as complicações a longo prazo, nomeadamente a doença inflamatória pélvica (DIP), a dor pélvica crónica, a gravidez ectópica e a infertilidade.^{3,4}

No rastreio de IST os médicos devem considerar dois fatores fundamentais: a idade e os comportamentos que caracterizam os grupos de alto risco. Podem-se salientar os seguintes: múltiplos parceiros sexuais, novo parceiro sexual, parceiro anónimo, consumidores de estupefacientes, utilização inconsistente de preservativo, prostituição, pessoas detidas em estabelecimentos prisionais ou de correção e prática de relações sexuais sob efeito de álcool ou drogas.⁵

Os adolescentes e adultos jovens incorrem também num maior risco de infeção por NG e CT devido à imaturidade do sistema imunitário. Nas mulheres jovens, após a puberdade, cresce ainda o fato do epitélio colunar do colo uterino estar exposto ao ambiente vaginal (condicionando maior ectopia cervical) o que predispõe à ocorrência de várias IST, pois o epitélio colunar não tem a capacidade de defesa imunológica das células epiteliais. O sexo feminino é mais frequentemente atingido pelas infeções sexualmente transmissíveis e com maior tendência ao estado de portador crónico assintomático.⁵

A Medicina Geral e Familiar, como mencionado pela *World Organization of National Colleges and Academies* (WONCA Europa) em 2005, aborda o doente de uma forma holística, fundamentada no modelo biopsicossocial. Este modelo tem em consideração os aspetos culturais, familiares e biológicos do doente em causa.⁶ Utilizando estes conhecimentos, o especialista de Medicina Geral e Familiar tem um papel primordial na prevenção através da educação para saúde e explicitação de comportamentos sexuais de risco – prevenção primária ou no rastreio de IST – prevenção secundária.⁷

OBJETIVOS

Rever as normas e orientações relativas ao rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis não víricas nos adolescentes pelas diferentes entidades/ sociedades científicas nacionais e internacionais.

Atendendo ao seu impacto na Saúde Pública e potenciais complicações reprodutivas futuras, os autores pretendem trazer este tema à atualidade da prática clínica dos Médicos de Família.

DESENVOLVIMENTO

Chlamydia Trachomatis

A CT é a infeção de notificação obrigatória mais comum, tendo sido registados 1,3 milhões de casos pelo CDC em 2010, com prevalência aumentada entre os jovens dos 20-24 anos seguido da faixa etária 15-19 anos.^{1,4} Em 2011, o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) obteve 346 911 notificações de casos de CT entre 25 estados membros da União Europeia com 73% dos casos identificados no grupo de jovens entre os 15-24 anos.⁸

Globalmente, a tendência de registo desta infeção tem aumentado nos EUA e nos países da União Europeia, devido sobretudo à melhoria dos testes de diagnóstico e à promoção quer de programas de rastreio da CT quer de programas da sua notificação.

Portugal não reportou casos ao ECDC em 2011.⁸ No entanto, estima-se a prevalência de CT em cerca de 4,6%, sendo aproximadamente de 10% em grupos de alto risco.⁹ Porém, dados acerca das repercussões económicas desta infeção em Portugal não são conhecidos.⁹ Julga-se que o rastreio de CT é custo-efetivo a partir de valores de prevalência de cerca de 3,9%.⁹

A infeção por CT não tratada pode trazer graves consequências: 30% das mulheres infetadas podem desenvolver doença inflamatória pélvica, 20% destas incorrem no risco de infertilidade, 18% de dor pélvica crónica e nove por cento poderão ter uma gravidez ectópica tubar.¹ Na gravidez, a infeção por CT pode causar conjuntivite e pneumonia neonatal e endometrite materna no pós-parto.² No homem, a CT é responsável por uretrite, epididimite e infertilidade. Predispõe ainda ao risco aumentado de transmissão de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e pode associar-se a artrite reativa.^{2,4}

A infeção assintomática é comum em ambos os sexos, podendo persistir se não tratada. A sua deteção baseia-se pois em testes de rastreio.²

Rastreio: como efetuar

Na mulher, a infeção urogenital por CT pode ser detetada na urina ou no exsudado endocervical/ vaginal e no homem na urina ou no exsudado uretral. A colheita de exsudado retal está indicada para a pesquisa de CT nos recetores de sexo anal. O método de deteção ideal de CT é por NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test* - Amplificação de Ácidos Nucleicos), apresentando sensibilidade e especificidade elevada para amostras de urina, exsudados uretrais ou endocervicais.^{1,4} O CDC recomenda o rastreio no sexo feminino com colheita de exsudado vaginal e no sexo masculino com colheita da primeira urina da manhã. A cultura celular, a imunofluorescência direta e a hibridização de ácidos nucleicos (do exsudados vaginal ou uretral) são outras opções de deteção.² Evidência prévia sugeria que a colheita de amostras em citologia de meio líquido poderia ser adequada para o teste NAAT, contudo a sensibilidade de deteção nesta amostra parece ser inferior comparativamente à colheita de exsudado cervical ou vaginal.² Os testes serológicos não são recomendados para a pesquisa desta infeção.¹

Recomendações de rastreio

A *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF), a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a *American Academy of Family Physicians* (AAFP) e o CDC recomendam o rastreio anual dos adolescentes e adultos jovens do sexo feminino sexualmente ativos com idade inferior a 25 anos.^{5,4}

A USPSTF não recomenda o rastreio de CT nos jovens do sexo masculino, justificando a medida com o baixo risco de sequelas reprodutivas a longo prazo e a baixa adesão deste grupo aos cuidados de saúde, o que dificultaria o programa de rastreio.⁴

O CDC recomenda também o rastreio anual nos adolescentes e adultos jovens do sexo masculino que pertençam a grupos de alto risco, incluindo o rastreio retal entre os adolescentes e adultos jovens homossexuais.⁴

AAP recomenda o rastreio anual no sexo masculino quando pratiquem relações sexuais homossexuais e nos grupos de alto risco cada 3-6 meses.⁴

O CDC e a AAP preconizam ainda o rastreio nos adolescentes e adultos jovens expostos a parceiros infetados nos últimos 60 dias.^{2,4}

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 recomenda uma avaliação oportunista de 2 em 2 anos de todas as mulheres vigiadas em consultas de planeamento familiar ou no momento em que solicitam interrupção voluntária da gravidez.⁹

Neisseria gonorrhoeae

A NG é a segunda infeção mais notificada nos EUA, estimando-se em cerca de 820 000 novos casos anuais.^{2,4} O grupo do sexo feminino entre os 15-24 anos foi o maioritariamente afetado.⁴ Em 2011, foram reportados ao ECDC 39179 casos de gonorreia por 28 estados membros da União Europeia, atingindo em 42% o grupo de jovens entre os 15-24 anos. À semelhança da infeção por CT, registou-se um aumento do número de casos notificados, porém sobretudo entre grupos de homossexuais.⁸

De acordo com o relatório de Infeções Sexualmente Transmissíveis na Europa de 2011 emitido pela ECDC, Portugal foi dos países com menor taxa de notificação de casos de gonorreia com uma taxa inferior a 1.5/100000.⁸

A maioria das infeções por NG são assintomáticas; porém podem ser responsáveis por cervicite, uretrite, epididimite, faringite e conjuntivite.^{1,2,4} A NG geralmente cursa com uma resposta inflamatória mais intensa do que a CT causando doença inflamatória pélvica, aumentando o risco de gravidez ectópica e de infertilidade. Quando a infeção ocorre durante a gravidez, pode causar corioamnionite, rotura prematura de membranas, parto pré-termo e conjuntivite neonatal. Todos estes aspetos representam uma importante questão de saúde pública.^{1,4}

Rastreio: como efetuar

A deteção génito-urinária de NG pode ser realizada em amostras de urina, exsudado vaginal e endocervical e deve ser feita através de NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test* - Amplificação de Ácidos Nucleicos), no sexo feminino e masculino. Há testes disponíveis para a pesquisa combinada de NG e CT na

mesma amostra com alta sensibilidade e especificidade.¹

A deteção de NG por meios de cultura está indicada quando da falência ao tratamento adequado, necessidade de documentação de cura por ter sido administrado tratamento alternativo e em casos de violação infantil.¹

Recomendações de rastreio

A USPSTF, CDC, AAP e a AAFP recomendam o rastreio anual nas mulheres sexualmente ativas até aos 25 anos.^{2,4,5} O CDC considera ainda o rastreio em mulheres com mais de 25 anos se apresentarem fatores de risco.

A USPSTF recomenda o rastreio de NG nos grupos de alto risco e defende que não existe evidência que fundamente o rastreio de rotina no sexo masculino em indivíduos assintomáticos.⁵

O CDC e a AAP recomendam ainda o rastreio anual entre recetores de relações anais com pesquisa da NG anal. Ambas as entidades científicas preconizam a pesquisa de NG cada 3 a 6 meses entre os grupos homossexuais de alto risco.²⁻⁴ A pesquisa de NG está igualmente recomendada pelo CDC e AAP nos parceiros dos últimos 60 dias dos indivíduos infetados.^{2,4}

O CDC considera ainda que o rastreio de NG deva ser anual entre recetores de relações orais e que deve ser equacionado entre adolescentes do sexo masculino, de acordo com a epidemiologia de cada comunidade.²

Treponema pallidum

A sífilis é uma doença sistémica de notificação obrigatória causada por uma espiroqueta, o TP. A sua prevalência tem aumentado significativamente, nos EUA e União Europeia, principalmente no grupo de homossexuais masculinos e com maior predisposição na faixa etária entre os 20-24 anos.²

Nos EUA, no ano de 2002 a taxa de incidência de sífilis primária e secundária foi de 2,4 casos/100000 habitantes. Esta taxa tinha decrescido na década de 1990, mas desde 2001 que se verifica o seu aumento.⁵ Em 2011, foram reportados 200004 casos de sífilis ao ECDC por 29 estados membros da União Europeia, sendo 19% destes registados na faixa etária entre 15-24 anos.⁸ Em Portugal entre 2001 e 2012 foram registados 1471 casos de sífilis precoce e 169 casos de sífilis congénita, constando entre os países da União Europeia com maior taxa de sífilis congénita.^{8,10}

A transmissão da espiroqueta ocorre não só por via sexual, mas também por contacto com as lesões infetadas ou sangue; na gravidez atravessa a barreira placentária.

No adulto, quando não tratada adequadamente pode causar neurosífilis e complicações cardiovasculares; o espectro de manifestações clínicas da sífilis congénita pode incluir surdez, alterações hematológicas, cutâneas e ósseas.¹¹

Rastreio: como efetuar

O diagnóstico de sífilis deve envolver testes não-treponémicos e testes treponémicos. Numa avaliação inicial, está recomendado o uso de testes não-treponémicos como o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) ou o *Rapid Plasma Reagin* (RPR), aos quais se segue, em caso de positividade, o recurso a

testes confirmatórios como o *Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed* (FTA-ABS) ou *Treponema Pallidum Particle Agglutination* (TP-PA).⁵

Recomendações de rastreio

A USPSTF recomenda o rastreio de sífilis nos grupos de alto risco (sexo masculino e feminino), nos casos de exposição a indivíduos infetados e nas grávidas aquando da primeira consulta.⁵

O CDC e a AAP referem que o rastreio da sífilis deve ser considerado anualmente entre indivíduos homossexuais sexualmente ativos.^{2,4} A AAP recomenda também o rastreio de sífilis a cada 3-6 meses nos grupos de alto risco.⁴

A AAFP recomenda o rastreio anual apenas nas mulheres pertencentes a grupos de alto risco.⁴

A DGS preconiza o rastreio no primeiro e terceiro trimestres a todas as mulheres grávidas.¹²

A USPSTF e AAP não recomendam o rastreio universal a heterossexuais e mulheres não grávidas.^{4,5}

Trichomonas vaginalis

A TV não é uma infeção de notificação obrigatória, sendo este um dos motivos pelo qual escasseia a informação epidemiológica sobre esta infeção. Porém, atualmente considera-se que se trata da IST não vírica mais comum, estimando-se que afeta 3,7 milhões de indivíduos nos EUA.^{2,4}

Esta infeção, além de afetar a faixa etária dos adolescentes, atinge também mulheres de maior idade, com uma prevalência que pode atingir os 14%.⁴

Apesar de geralmente assintomática, a TV tem sido associada com vaginite, DIP, parto pré-termo e aumento de risco de transmissão de VIH. No homem, em cerca de 80% dos casos a infeção cursa de forma assintomática, mas pode causar uretrite, epididimite e prostatite.^{2,4}

Rastreio: como efetuar

O exame microscópico das secreções genitais a fresco, pela sua acessibilidade e relativo baixo custo poderia ser o método mais comum de diagnóstico de TV; porém apresenta baixa sensibilidade.² O achado incidental de TV na citologia cervical (convencional e meio líquido) não deverá ser considerado um teste diagnóstico para a tricomoníase.² Devem ser considerados testes com meios de culturas específicos para a TV, como o meio Diamond®. A tecnologia NAAT permite a deteção de TV em amostras cervicais, vaginais e uretrais. Esta técnica tem uma maior sensibilidade e especificidade de diagnóstico; porém não se encontra disponível em Portugal.⁴

Recomendações de rastreio

O CDC recomenda o rastreio de TV nas mulheres infetadas pelo VIH anualmente.

Quer o CDC, quer a AAP sugerem o rastreio em mulheres pertencendo ao grupo de alto risco de IST.^{2,4}

A AAP não recomenda o rastreio de rotina nas adolescentes assintomáticas e a USPSTF não tem recomendações acerca do rastreio de TV.^{4,5}

As recomendações de rastreio das IST não víricas pelas diferentes sociedades ou entidades científicas encontram-se sumariadas no Quadro 1.

CONCLUSÕES

As IST não víricas são um problema importante de saúde pública. A faixa etária dos adolescentes e dos adultos jovens apresentam taxas de incidência de IST mais elevadas comparativamente com outros grupos populacionais.⁴ A incapacidade de as diagnosticar e tratar numa fase inicial, pode ter como resultado complicações e sequelas graves, nomeadamente em termos de saúde reprodutiva, por exemplo, doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica.¹³

Os profissionais de saúde, principalmente os prestadores de cuidados de saúde primários, são responsáveis não só pela prevenção secundária mas particularmente pela prevenção primária. Neste âmbito, o especialista de Medicina Geral e Familiar tem a primazia no envolvimento na consulta de saúde infantil e de planeamento familiar com papel ativo na educação para a saúde. A modificação de comportamentos de risco (tais como a promoção da utilização consistente e correta do preservativo) terão um impacto positivo na transmissão da CT e outras IST, prevenindo as complicações da doença e reduzindo o impacto da doença na sociedade. Por outro lado, o tratamento adequado dos parceiros infetados é determinante para prevenir as infeções recorrentes e interromper o ciclo de transmissão da doença.¹⁴

Relativamente aos riscos e benefícios do rastreio de IST não víricas verifica-se que o rastreio de CT entre jovens do sexo feminino é considerado uma medida custo-efetiva e pouco considerada.^{5,9} Estudos randomizados mostram que o tratamento adequado destas reduziu a taxa de DIP.^{5,9}

O reconhecimento precoce de doentes infetados por NG possibilita o seu tratamento, prevenção de complicações e identificação de parceiros potencialmente infetados. Esta infeção pode ser um fator de risco para infeção VIH.

Os benefícios da deteção precoce do TP e subsequente tratamento consistem na eliminação de uma doença potencialmente multissistémica e a prevenção de casos de sífilis congénita. A evidência científica revela que o rastreio da sífilis é favorável também na gravidez.⁴

O benefício do rastreio de TV não está devidamente estabelecido. Não obstante, o rastreio em grupos de alto risco de IST poderá identificar e iniciar o tratamento adequado do indivíduo e seu parceiro.

A informação aos adolescentes e adultos jovens acerca da evicção de comportamentos sexuais risco, assim como garantir a sua adesão ao rastreio de IST devem ser objetivos fundamentais na prática diária dos profissionais de saúde. Estas medidas serão necessárias para reduzir as consequências adversas destas infeções em termos de saúde populacional.

Quadro 1 – Recomendações para o rastreio de IST não víricas

IST	United States Preventive Services Task Force	Centers for Disease Control	American Academy of Family Physicians	American Academy of Pediatrics	Plano Nacional de Saúde 2011-2016/Direção Geral de Saúde
Chlamydia trachomatis	Rastreio no sexo feminino: .idade inferior a 25 anos .restantes com risco aumentado	Rastreio de mulheres sexualmente ativas: .anualmente < 25 anos Considerar o rastreio de homens de grupos de risco	Rastreio no sexo feminino: .até aos 25 anos .restantes com risco aumentado	Rastreio de todas as mulheres sexualmente ativas <25anos (anualmente). Rastreio a cada 3-6 meses se risco aumentado	Rastreio oportunístico: . cada 2 anos a mulheres em consultas de planeamento familiar . mulheres que solicitam interrupção voluntária da gravidez
	Nível de Evidência A				
Neisseria gonorrhoeae	Rastreio no sexo feminino: .idade inferior a 25 anos .restantes com risco aumentado	Rastreio de mulheres sexualmente ativas: .anualmente < 25 anos Considerar o rastreio em grupos de risco	Rastreio no sexo feminino: .idade inferior a 25 anos .restantes com risco aumentado	Rastreio de todas as mulheres sexualmente ativas ≤25anos (anualmente) .Rastreio a cada 3-6 meses se risco aumentado	Sem recomendação
	Nível de Evidência B				
Treponema pallidum	Rastreio de mulheres de grupos de risco	Rastreio nas mulheres expostas a sífilis Grávidas Homens que têm sexo com homens	Rastreio de mulheres de grupos de risco	Rastreio no sexo feminino: grupo de risco anualmente ou a cada 3-6 meses	Rastreio nas grávidas: 1º e 3º trimestres
	Nível de Evidência A				
Trichomonas vaginalis	Sem recomendação	Rastreio de mulheres VIH positivas	Sem recomendação	Rastreio de mulheres de grupos de risco	Sem recomendação

Grupo de risco: múltiplos parceiros sexuais, utilização inconsistente de preservativo, relações sexuais sob influência de álcool/ drogas, novo parceiro sexual, homens que têm sexo com homens.

Níveis de Evidência: A - Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises; B - Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.

Resumo das recomendações de rastreio de IST pelas diferentes entidades/ sociedades científicas. Modificado de USPSTF Recommendations for STI Screening⁶

EM DESTAQUE

As IST não víricas são um problema importante de saúde pública, não só pelas consequências clínicas que acarretam para os doentes a curto prazo, mas também, pelas complicações e sequelas graves na saúde reprodutiva e ginecológica. Nomeadamente para a CT verificou-se que o rastreio entre jovens do sexo feminino é considerado uma medida custo-efetiva. Os autores consideram que este é um tema importante, que necessita de mais estudos nomeadamente de custo-efetividade, os quais serão fundamentais para a atividade clínica dos profissionais de saúde quer ao nível da prevenção primária e secundária.

HIGHLIGHTS

Non-viral STI is a major public health problem, not only for the clinical consequences that lead in short-term for the patients but also by the complications and serious sequelae in reproductive and gynecological health. In particular for CT the screening among young women is considered a cost-effective measure. The authors consider that this is an important topic that needs further study including cost-effectiveness, which will be critical to the clinical activity of health professionals at the primary and secondary prevention level.

LEGENDAS

AAFP	American Academy of Family Physicians
AAP	American Academy of Pediatrics
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CT	Chlamydia Trachomatis
DGS	Direção Geral de Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EUA	Estados Unidos da América
FTA-ABS	Fluorescent Treponemal Antibody Absorbed
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
NAAT	Nucleic Acid Amplification Test
NG	Neisseria gonorrhoeae
PT-PA	Treponema Pallidum Particle Agglutination
RPR	Rapid Plasma Reagin
STI	Sexually Transmitted Infections
TP	Treponema pallidum
TV	Trichomonas vaginalis
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Recommendations and Reports. Morbidity and Mortality Weekly Report. March, 2014. 63: 2.
2. CDC Sexually Transmitted Diseases: Treatment Guidelines 2015. June, 2015. Recommendations and Reports Vol 64. Nº 3. Disponível em URL: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>.
3. Medscape Medical News: Screening for Nonviral STIs: AAP Policy Statement. June, 2014. Disponível em URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/827551>.
4. American Academy of Pediatrics: Screening for Nonviral Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. Pediatrics 2014; 134: 302-11.
5. United States Preventive Services Task Force Recommendations for STI Screening. February 2014. Disponível em: URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/uspstf-recommendations-for-sti-screening>.
6. WONCA Europe. *European Academy of Teachers in General Practice*. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Versão Reduzida 2005. Acedido em: URL: http://www.apmgf.pt/ficheiros/Definicao_MGF-EURACT_2005.pdf.
7. Hespanhol A, Couto L, Martins C. A medicina preventiva. Rev Port Clín Geral 2008; 24: 49-64.
8. *European Centre for Disease Prevention and Control*. Surveillance Report: Sexually Transmitted Infections in Europe 2011. *Stockholm*, September 2013. Acedido em: URL: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/sexually-transmitted-infections-europe-2011.pdf>.
9. Miguel L, Sá A. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde. Lisboa. Novembro 2010.
10. Costa A, Nogueira P. Evolução da sífilis em Portugal 2001-2012. Direção-Geral da Saúde. 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical. Abril 2013.
11. Walker DG, Walker GJ. Forgotten but not gone: the continuing scourge of congenital syphilis. *Lancet Infect Dis*. 2002;2(7):432-6.
12. Direção-Geral da Saúde. Norma: Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco. 37/2011.
13. Orientações para o Tratamento de Infeções Sexualmente Transmissíveis. Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) - Biblioteca da OMS. Organização Mundial da Saúde 2005. ISBN 92 4 854626 9.
14. CDC Grand Rounds: Chlamydia Prevention: Challenges and Strategies for Reducing Disease Burden and Sequelae. Morbidity and Mortality Weekly Report. April, 2011/60(12); 370-3.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

João Rocha Santos
Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar Arquis Nova
Rua do Carreço, nº 42,
4905-437 Barrocelas, Viana do Castelo
Email: jfmupsantos@gmail.com

Recebido a 16.11.2015 | Aceite a 02.05.2016