

Errata

doi: 10.1590/S1679-4974202100020.esp1

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: abordagem às pessoas com vida sexual ativa**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100003.esp1, Figura 3 – Indicação de rastreamento para infecção sexualmente transmissível de acordo com subgrupos populacionais, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-10, na página 5:

Onde se lia:

Subgrupos	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
	Periodicidade			
Adolescentes, jovens	Anual		Frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais abaixo	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);		Na primeira consulta do pré-natal (para gestantes ≤30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) ^f
	No início do 3º trimestre (28ª semana);			Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal
	No momento do parto, independentemente de exames anteriores.			
	Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.			
Gays e homens que fazem sexo com homens	Semestral	-	Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Profissionais do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de infecção sexualmente transmissível		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoa vivendo com HIV	Semestral		No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		No atendimento inicial, 3 e 6 meses após a exposição

Continua



Continuação

Subgrupos	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
	Periodicidade			
Pessoas em uso de profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP)	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de profilaxia pós-exposição à infecção pelo HIV (PEP)	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

Leia-se:

Subgrupos	Periodicidade			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Adolescentes, jovens	Anual		Frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais abaixo	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);		Na primeira consulta do pré-natal (para gestantes ≤30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) ^f
	No início do 3º trimestre (28ª semana);			Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal
	No momento do parto, independentemente de exames anteriores.			
	Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.			
Gays e homens que fazem sexo com homens	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Profissionais do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de infecção sexualmente transmissível	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de infecção sexualmente transmissível		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	–	–	–
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	–	–	–
Pessoa vivendo com HIV	–	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	–	Semestral
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		No atendimento inicial, 3 e 6 meses após a exposição

Continua

Continuação

Subgrupos	Periodicidade			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Pessoas em uso de profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP)	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de profilaxia pós-exposição à infecção pelo HIV (PEP)	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100004.esp1, Figura 2 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis e Figura 3 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-12, nas páginas 4 e 5:

Figura 2 – Testes imunológicos para diagnóstico de sífilis

Onde se lia:

Testes imunológicos	Tipos	Observações
Treponêmicos	Teste rápido (ex.: imunocromatográficos)	São os primeiros a se tornar reagentes.
	Teste de imunofluorescência indireta - <i>fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Permanecem reagentes na maioria dos casos de sífilis durante toda a vida, independentemente do tratamento.
	Ensaio imunoenzimáticos - <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA) e suas variações, como os ensaios de quimioluminescência	São importantes para diagnóstico, mas não estão indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.
	Testes de hemaglutinação - <i>Treponema Pallidum Haemagglutination Test</i> (TPHA) e de aglutinação de partículas - <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA); ensaios de micro-hemaglutinação - <i>micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	
Não treponêmicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro.
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	O resultado final desses testes reagentes deve ser expresso em títulos, conforme a última diluição que apresentar reatividade (1:2, 1:4, 1:8 etc.).
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	São importantes para diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

Leia-se:

Testes imunológicos	Tipos	Observações
Treponêmicos	Teste rápido (ex.: imunocromatográficos)	São os primeiros a se tornarem reagentes.
	Teste de imunofluorescência indireta - <i>fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Permanecem reagentes na maioria dos casos de sífilis durante toda a vida, independentemente do tratamento.
	Ensaios imunoenzimáticos - <i>enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA) e suas variações, como os ensaios de quimioluminescência	São importantes para diagnóstico, mas não estão indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.
	Testes de hemaglutinação - <i>Treponema Pallidum Haemagglutination Test</i> (TPHA) e de aglutinação de partículas - <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA); ensaios de micro-hemaglutinação - <i>micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	
Não treponêmicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro.
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	O resultado final desses testes reagentes deve ser expresso em títulos, conforme a última diluição que apresentar reatividade (1:2, 1:4, 1:8 etc.).
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	São importantes para diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

Figura 3 – Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta

Onde se lia:

Primeiro teste ^a + teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico reagente ou Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico reagente	- Diagnóstico de sífilis	• Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento.
	- Cicatriz sorológica ^b	- Quando for sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.
Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico não reagente ou Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico não reagente	- Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do treponêmico realizado.	• Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica.
		• Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.
	- Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	- Quando for sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.
	- Cicatriz sorológica ^b	- Quando for confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
Teste não treponêmico ou treponêmico não reagente + não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	- Ausência de infecção ou período de janela imunológica ^c de sífilis recente.	- Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
		- Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.
		- Evitar retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Leia-se:

Primeiro teste ^a + teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico reagente ou Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico reagente	- Diagnóstico de sífilis	- Quando for sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. - Quando for confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
	- Cicatriz sorológica ^b	
Teste não treponêmico reagente + teste treponêmico não reagente ou Teste treponêmico reagente + teste não treponêmico não reagente	- Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do treponêmico realizado.	- Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
	- Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.	
	- Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. - Cicatriz sorológica ^b	
Teste não treponêmico ou treponêmico não reagente + não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	- Ausência de infecção ou período de janela imunológica ^c de sífilis recente.	- Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. - Evitar retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1, Figura 1 – Testes imunológicos utilizados para o diagnóstico de sífilis, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-13, na página 4:

Onde se lia:

Testes imunológicos	Tipos	Observações
Não treponêmicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8).
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	

Continua

Continuação

Testes imunológicos	Tipos	Observações
Treponêmicos	Testes rápidos	São os primeiros a se tornarem reagentes.
	Teste de imunofluorescência indireta – <i>Fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
	Ensaio imunoenzimático – <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA)	São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
	Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações – <i>Electrochemiluminescence</i> (EQL) e <i>Chemiluminescent magnetic immunoassay</i> (CMIA)	
	Teste de hemaglutinação – <i>T. pallidum haemagglutination test</i> (TPHA)	
	Teste de aglutinação de partículas – <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA)	
	Ensaio de micro-hemaglutinação – <i>Micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	

Leia-se:

Testes imunológicos	Tipos	Observações
Não treponêmicos	<i>Venereal disease research laboratory</i> (VDRL)	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8).
	<i>Rapid plasma reagin</i> (RPR)	Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	<i>Toluidine red unheated serum test</i> (TRUST)	
	<i>Unheated-serum reagin</i> (USR)	
Treponêmicos	Testes rápidos	São os primeiros a se tornarem reagentes.
	Teste de imunofluorescência indireta – <i>Fluorescent treponemal antibody-absorption</i> (FTA-Abs)	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
	Ensaio imunoenzimático – <i>Enzyme-linked immunosorbent assay</i> (ELISA)	São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
	Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações – <i>Electrochemiluminescence</i> (EQL) e <i>Chemiluminescent magnetic immunoassay</i> (CMIA)	
	Teste de hemaglutinação – <i>T. pallidum haemagglutination test</i> (TPHA)	
	Teste de aglutinação de partículas – <i>T. pallidum particle agglutination assay</i> (TPPA)	
	Ensaio de micro-hemaglutinação – <i>Micro-haemagglutination assay</i> (MHA-TP)	

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100006.esp1, Figura 2 – Algoritmo com abordagem clássica para diagnóstico de sífilis (iniciando-se com teste não treponêmico) e Figura 3 – Algoritmo com abordagem reversa para diagnóstico de sífilis (iniciando-se com teste treponêmico), publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-12, na página 6:

Figura 2 – Algoritmo com abordagem clássica para diagnóstico de sífilis (iniciando-se com teste não treponêmico)

Onde se lia:

Amostra reagente para anticorpos não treponêmicos com título e para anticorpos treponêmicos^e

Leia-se:

Amostra reagente para anticorpos não treponêmicos com título e para anticorpos treponêmicos^e

Figura 3 – Algoritmo com abordagem reversa para diagnóstico de sífilis (iniciando-se com teste treponêmico)

Onde se lia:

Realizar teste treponêmico^a (rápido ou laboratorial)

Leia-se:

Realizar teste treponêmico (rápido ou laboratorial)

Onde se lia:

Amostra reagente para anticorpos treponêmicos e não reagente para anticorpos treponêmicos^e

Leia-se:

Amostra reagente para anticorpos treponêmicos e não reagente para anticorpos não treponêmicos^e

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam cervicite**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100008.esp1, Figura 2 – Tratamento de gonorreia e clamídia, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-12, na página 5:

Onde se lia:

Gonorreia/clamídia	Tratamento
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, intramuscular (IM), dose única mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g, IM OU intravenoso (IV), ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção por clamídia ou micoplasma	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 7 dias (exceto gestantes) ^a
	Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU miconazol óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
Oftalmia neonatal	Tratamento
Prevenção da oftalmia neonatal	Nitrato de prata a 1% (método de Crede), aplicação única, na primeira hora após o nascimento; OU tetraciclina a 1% (colírio), aplicação única, na primeira hora após o nascimento
Tratamento da oftalmia ^b neonatal	Ceftriaxona 25-50mg/kg/dia, IM, no máximo 125mg em dose única

Leia-se:

Gonorreia/clamídia	Tratamento
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, intramuscular (IM), dose única mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g, IM OU intravenoso (IV), ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção por clamídia ou micoplasma	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única; OU doxiciclina 100mg, VO, 2 vezes ao dia, por 7 dias (exceto gestantes) ^a
Oftalmia neonatal	Tratamento
Prevenção da oftalmia neonatal	Nitrato de prata a 1% (método de Crede), aplicação única, na primeira hora após o nascimento; OU tetraciclina a 1% (colírio), aplicação única, na primeira hora após o nascimento
Tratamento da oftalmia ^b neonatal	Ceftriaxona 25-50mg/kg/dia, IM, no máximo 125mg em dose única

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento uretral**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100009.esp1, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-13, nas páginas 7 e 9:

Onde se lia:

Figura 3 – Tratamento e seguimento de casos de sífilis e neurosífilis

Leia-se:

Figura 3 – Tratamento de uretrites

Onde se lia:

A moxifloxacina permanece altamente ativa contra a maioria dos *M. genitalium* resistentes a macrolídeos.

No entanto, foram publicados os primeiros casos clínicos de falha do tratamento com moxifloxacina.

Leia-se:

O moxifloxacino permanece altamente ativo contra a maioria dos *M. genitalium* resistentes a macrolídeos.

No entanto, foram publicados os primeiros casos clínicos de falha do tratamento com moxifloxacino.

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam úlcera genital**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100010.esp1, Figura 1 – Recomendações para manejo de infecções que causam úlcera genital e Figura 3 – Tratamento de úlceras genitais com diagnóstico de sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo ou donovanose, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 30(Esp.1):1-12, nas páginas 6 e 8:

Figura 1 – Recomendações para manejo de infecções que causam úlcera genital

Onde se lia:

Visualização de treponemas móveis na microscopia de campo?

Leia-se:

Visualização de treponemas móveis na microscopia de campo escuro?

Figura 3 – Tratamento de úlceras genitais com diagnóstico de sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo ou donovanose

Onde se lia:

Infecção sexualmente transmissível	Primeira opção	Alternativa	Comentários
Sífilis (cancro duro)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina ^a 100mg, 12/12h, via oral (VO), por 15 dias	Tratamento para sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução).
			Se considerada sífilis tardia: tratar com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões UI, IM). Alternativa: doxiciclina ^a 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.
			O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia.
			A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ^a 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) ou sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, endovenoso, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.
			Em pessoas vivendo com HIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.
			As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.

Leia-se:

Infecção sexualmente transmissível	Primeira opção	Alternativa	Comentários
Sífilis (cancro duro)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM), dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina ^a 100mg, 12/12h, via oral (VO), por 15 dias	Tratamento para sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução).
			Se considerada sífilis tardia: tratar com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões UI, IM). Alternativa: doxiciclina ^a 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.

Continua

Continuação

Infecção sexualmente transmissível	Primeira opção	Alternativa	Comentários
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina ^a 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) ou sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, endovenoso, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em pessoas vivendo com HIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: doença inflamatória pélvica**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100011.esp1, Figura 1 – Agentes etiológicos de doença inflamatória pélvica, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-14, na página 3:

Onde se lia:

Manifestações clínicas de imunodeficiência moderada	Agentes etiológicos
Microrganismos sexualmente transmissíveis	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Mycoplasma genitalium</i>
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Microrganismos não sexualmente transmissíveis	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
	<i>Bacteroides spp. e fragilis</i>
	<i>Peptoestreptococcus spp.</i>
	<i>Prevotella spp.</i>
	<i>Escherichia coli</i>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>
	<i>Haemophilus influenzae</i>
	<i>Streptococcus spp. e agalactiae</i>
<i>Atopobium vaginae</i>	

Leia-se:

Origem dos microrganismos	Agentes etiológicos
Microrganismos sexualmente transmissíveis	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Mycoplasma genitalium</i>
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Microrganismos não sexualmente transmissíveis	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
	<i>Bacteroides spp. e fragilis</i>
	<i>Peptostreptococcus spp.</i>
	<i>Prevotella spp.</i>
	<i>Escherichia coli</i>
	<i>Gardnerella vaginalis</i>
	<i>Haemophilus influenzae</i>
	<i>Streptococcus spp. e agalactiae</i>
<i>Atopobium vaginae</i>	

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções entéricas sexualmente transmissíveis**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100012.esp1, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-11, na página 1:

Onde se lia:

thereza.mareco@aids.gov.br

Leia-se:

thereza.csm@hotmail.com

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100013.esp1, Figura 3 – Testes diagnósticos para detecção da infecção pelo HIV e Figura 4 – Exames complementares iniciais e de seguimento clínico de pessoas com HIV, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-13, nas páginas 5 e 6:

Figura 3 – Testes diagnósticos para detecção da infecção pelo HIV

Onde se lia:

Primeiro teste	Segundo teste	Diagnóstico
ELISA ^a quarta geração (+)	Carga viral HIV (PCR ^b) (+)	Infecção pelo HIV
ELISA terceira geração (+)	Carga viral HIV (PCR) (+)	Infecção pelo HIV
ELISA terceira geração (+)	WesternBlot HIV (+)	Infecção pelo HIV
TR ^c 1(+) + TR ^c 2 (+)	Carga viral (PCR) (+)	Infecção pelo HIV

Leia-se:

Primeiro teste	Segundo teste	Diagnóstico
ELISA ^a quarta geração (+)	Carga viral HIV (PCR ^b) (+)	Infecção pelo HIV
ELISA ^a terceira geração (+)	Carga viral HIV (PCR ^b) (+)	Infecção pelo HIV
ELISA ^a terceira geração (+)	WesternBlot HIV (+)	Infecção pelo HIV
TR ^c 1(+) + TR ^c 2 (+)	Carga viral (PCR ^b) (+)	Infecção pelo HIV

Figura 4 – Exames complementares iniciais e de seguimento clínico de pessoas com HIV

Onde se lia:

Exame	Pré-TARV ^a	Seguimento	Observação
Hemograma completo	Sim	6-12 meses	Repetir em 2-8 semanas se início ou troca de TARV com AZT ^b .
Creatinina sérica e TFGe ^c	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 meses se uso de TDFd ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe<60ml/min ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).
Exame básico de urina	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 meses se uso de TDF ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe<60ml/min, proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).
AST ^e , ALT ^f , FAG, BT ^h e frações	Sim	Anual	Intervalos mais frequentes em caso de uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeções com HCV ⁱ ou HBV ^j .
CT ^k , LDL ^l , HDL ^m e TGL ⁿ	Sim	Anual	Intervalo de 6 meses se alterado na última análise.
Glicemia de jejum	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL.
PT/PPD ^o	Sim	Anual se LTp-CD4+ ≥350 céls/mm ³	Se LT-CD4+<350 céls/mm ³ e excluída tuberculose (TB) ativa, iniciar tratamento para infecção latente (ILTb) sem necessidade de realização de PPD. Se tratamento prévio para TB ou ILTB, não há indicação de repetição – RX de tórax recomendado na consulta pré-TARV.
Teste imunológico para sífilis	Sim	Semestral/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição.
Anti-HCV	Sim	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição. Solicitar carga viral de HCV se anti-HCV positivo ou suspeita de infecção aguda.
Triagem HBV (HBsAg ^q , antiHBs ^r , anti-HBc total ^s)	Sim	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição. Vacinar pessoas não imunizadas. Pessoas imunizadas (anti-HBS positivo) não necessitam nova triagem para HBV.
IgG para toxoplasmose, sorologia para HTLV-1 ^t e Chagas	Sim	-	Recomendado IgG toxoplasmose em todos. Sorologia para HTLV-1 e Chagas em áreas endêmicas.
Rastreamento das alterações ósseas	Não	2-3 anos	>40 anos ou fatores de risco. Avaliar pela "Ferramenta de avaliação de risco de fratura" – FRAX Brasil. ^u
Avaliação cardiovascular (escala de risco de Framingham)	Sim	Anual	Frequências maiores conforme risco inicial e TARV em uso.
Rastreamento de neoplasias	-	-	Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.
Imunizações	-	-	Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.

Continua

Continuação

Exame	Pré-TARV ^a	Seguimento	Observação
Contagem LT-CD4/CD8	Sim	6/6 meses	Com CV-HIV indetectável em 2 exames e LT-CD4 \geq 350, não há necessidade de monitorar.
Carga viral HIV	Sim	4-8 semanas após início ou troca e 6/6 meses	Repetir se falha virológica.
Genotipagem HIV	-	-	Indicada para gestantes, crianças e adolescentes, casos de HIV-TB, pessoas infectadas por parceiros em uso de TARV e falha virológica confirmada.

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2018.²²

Notas: a) TARV: terapia antirretroviral; b) AZT: zidovudina; c) TFGe: taxa de filtração glomerular estimada; d) TDF: tenofovir; e) AST: aspartatoaminotransferase; f) ALT: alanina aminotransferase; g) FA: fosfatase alcalina; h)BT: bilirrubina total; i) HCV: vírus da hepatite C; j) HBV: vírus da hepatite B; k)CT: colesterol total; l) LDL: *low density lipoprotein*; m) HDL: *high density lipoprotein*; n) TGL: triglicerídeos; o) PT/PPD: teste tuberculínico; p) LT: linfócitos T; q) HBsAg: antígeno de superfície da hepatite B; r) Anti-HBs: anticorpos contra antígeno de superfície da hepatite B; s) Anti-HBc total: anticorpos totais contra o antígeno do núcleo da hepatite B; t) HTLV: vírus T-linfotrófico humano; u) Acessível pelo link: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=55>. Ao usar a calculadora FRAX, deve-se clicar na caixa de causa secundária de osteoporose (campo "10. Osteoporose secundária").

Leia-se:

Exame	Pré-TARV ^a	Seguimento	Observação
Hemograma completo	Sim	6-12 meses	Repetir em 2-8 semanas se início ou troca de TARV ^a com AZT ^b .
Creatinina sérica e TFGe ^c	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 meses se uso de TDF ^d ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe ^c <60ml/min ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).
Exame básico de urina	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 meses se uso de TDF ^d ou outras drogas nefrotóxicas, TFGe ^c <60ml/min, proteinúria ou risco aumentado para doença renal (ex.: diabetes, hipertensão).
AST ^e , ALT ^f , FA ^g , BT ^h e frações	Sim	Anual	Intervalos mais frequentes em caso de uso de drogas hepatotóxicas, doença hepática ou coinfeções com HCV ⁱ ou HBV ^j .
CT ^k , LDL ^l , HDL ^m e TGL ⁿ	Sim	Anual	Intervalo de 6 meses se alterado na última análise.
Glicemia de jejum	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância à glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125mg/dL.
PT/PPD ^o	Sim	Anual se LT ^p -CD4+ \geq 350 céls/mm ³	Se LT ^p -CD4+ <350 células/mm ³ e excluída tuberculose (TB) ativa, iniciar tratamento para infecção latente (ILT) sem necessidade de realização de PT/PPD ^o . Se tratamento prévio para TB ou ILTB, não há indicação de repetição; raio-X de tórax recomendado na consulta pré-TARV ^a .
Teste imunológico para sífilis	Sim	Semestral/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição.
Anti-HCV ⁱ	Sim	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição. Solicitar carga viral de HCV ⁱ se anti-HCV ⁱ positivo ou suspeita de infecção aguda.
Triagem HBV ^j (HBsAg ^q , antiHBs ^r , anti-HBc total ^s)	Sim	Anual/conforme indicação	Considerar maior frequência de triagem se risco ou exposição. Vacinar pessoas não imunizadas. Pessoas imunizadas (anti-HBs ^r positivo) não necessitam nova triagem para HBV ^j .
IgG para toxoplasmose, sorologia para HTLV1 ^t e Chagas	Sim	-	Recomendado IgG toxoplasmose em todos. Sorologia para HTLV-1 ^t e Chagas em áreas endêmicas.
Rastreamento das alterações ósseas	Não	2-3 anos	>40 anos ou fatores de risco. Avaliar pela "Ferramenta de avaliação de risco de fratura" - FRAX Brasil ^u .

Continua

Continuação

Exame	Pré-TARV ^a	Seguimento	Observação
Avaliação cardiovascular (escala de risco de Framingham)	Sim	Anual	Frequências maiores conforme risco inicial e TARV ^a em uso.
Rastreamento de neoplasias	-	-	Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.
Imunizações	-	-	Abordar no diagnóstico e conforme indicação específica.
Contagem LP ^b -CD4 ⁺ /CD8 ⁺	Sim	6/6 meses	Com carga viral de HIV (CV-HIV) indetectável em 2 exames e LP ^b -CD4 ⁺ \geq 350, não há necessidade de monitorar.
Carga viral de HIV	Sim	4-8 semanas após início ou troca e 6/6 meses	Repetir se falha virológica.
Genotipagem de HIV	-	-	Indicada para gestantes, crianças e adolescentes, casos de HIV-tuberculose (HIV-TB), pessoas infectadas por parceiros em uso de TARV ^a e falha virológica confirmada.

Fonte: adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2018²²

Notas: a) TARV: terapia antirretroviral; b) AZT: zidovudina; c) TFG: taxa de filtração glomerular estimada; d) TDF: tenofovir; e) AST: aspartato aminotransferase; f) ALT: alanina aminotransferase; g) FA: fosfatase alcalina; h) BT: bilirrubina total; i) HCV: vírus da hepatite C; j) HBV: vírus da hepatite B; k) CT: colesterol total; l) LDL: *low density lipoprotein*; m) HDL: *high density lipoprotein*; n) TGL: triglicerídeos; o) PT/PPD: teste tuberculínico; p) LT: linfócitos T; q) HBsAg: antígeno de superfície da hepatite B; r) Anti-HBs: anticorpos contra antígeno de superfície da hepatite B; s) Anti-HBc total: anticorpos totais contra o antígeno do núcleo da hepatite B; t) HTLV: vírus T-linfotrófico humano; u) Acessível pelo link: <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=55>. Ao usar a calculadora FRAX, deve-se clicar na caixa de causa secundária de osteoporose (campo "10. Osteoporose secundária").

No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo papilomavírus humano (HPV)**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100014.esp1, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-10, nas páginas 2, 3 e 5:

Onde se lia:

O documento foi aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec),¹ sendo atualizado pelo grupo de especialistas em IST em 2020.

Leia-se:

O documento foi aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) e atualizado pelo grupo de especialistas do PCDT-IST em 2020.¹

Onde se lia:

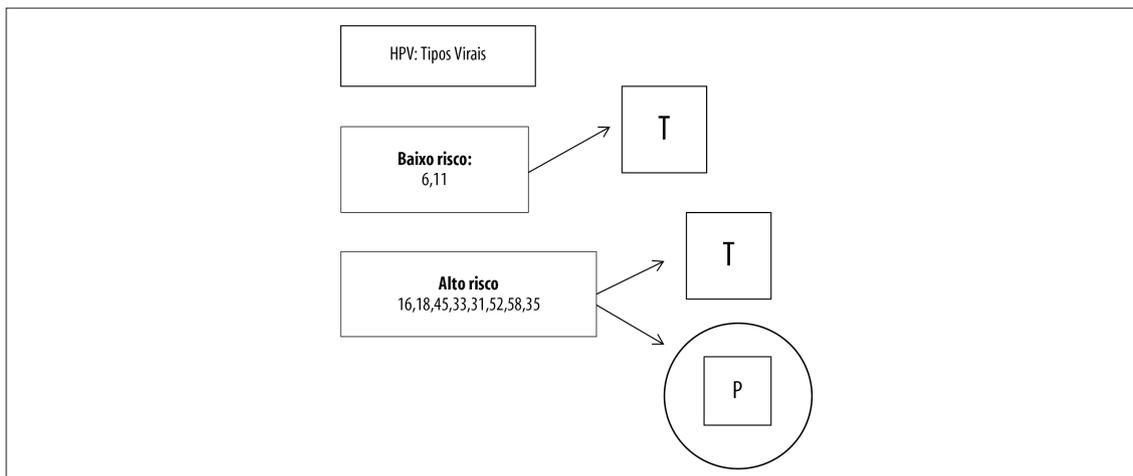
Todavia, resta a incerteza quanto à frequência da resolução espontânea das lesões, com relatos de proporções de depuração sem tratamento em até 50% das pessoas afetadas.

Leia-se:

Entretanto, há incerteza quanto à frequência da resolução espontânea das lesões, com relatos de proporções de depuração sem tratamento variando entre 0% e 50% das pessoas afetadas.

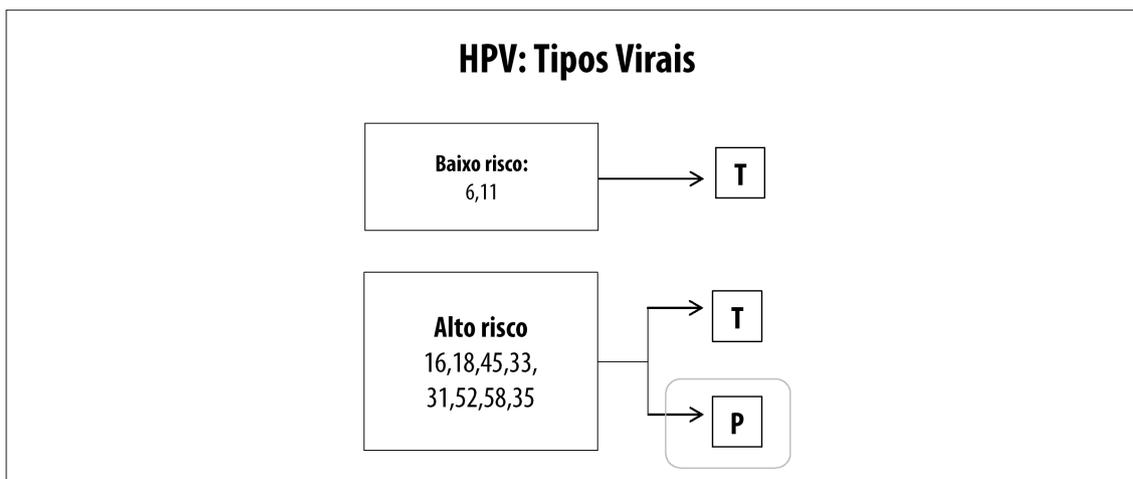
Onde se lia:

Figura 1 – Prevalência dos grupos virais do papilomavírus humano de baixo e alto risco oncogênico e capacidade de persistência no organismo humano



Leia-se:

Figura 1 – Prevalência dos grupos virais do papilomavírus humano de baixo e alto risco oncogênico e capacidade de persistência no organismo humano (T: Transitórios; P: Persistentes)



No artigo “**Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100018.esp1, Figura 1 – Esquema profilático para infecções sexualmente transmissíveis não virais em situações de violência sexual, publicado no periódico **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30(Esp.1):1-11, na página 4:

Onde se lia:

Infecção sexualmente transmissível	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg, inclusive gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM) em dose única (dividida em duas injeções)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola, IM, dose única	+ / + + +
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^{a,b}	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Leia-se:

Infecção sexualmente transmissível	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45kg, inclusive gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões de unidades internacionais (UI), intramuscular (IM) em dose única (dividida em duas injeções)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola, IM, dose única mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única (dose total: 1g)	Ceftriaxona 125mg, IM, dose única mais azitromicina 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^{a,b}	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)