Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

Outubro 2026

# Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

*Abordagem Prática em Medicina Geral e Familiar (MGF)*

## 1. Epidemiologia e fatores de risco

As IST são um problema de saúde pública com incidência crescente na Europa e Portugal não é exceção. Por serem frequentemente assintomáticas, o médico de MGF tem um papel central na sua deteção [1,2].

A **anamnese sexual** deve ser sistemática, direta e sem juízo de valor, abordando parceiros, práticas sexuais e traumatismo associado (que aumenta o risco de hepatite C), locais anatómicos de exposição — que orientam a colheita diagnóstica —, proteção de barreira e história prévia de IST.

**Tabela 1 — Avaliação de risco para IST**

| Fatores de risco comportamentais | Grupos de risco |
|---|---|
| Novo parceiro nos últimos 60 dias<br>Múltiplos parceiros ou parceiro com parceiros concorrentes<br>Parceiro recentemente diagnosticado com IST<br>Uso inconsistente/ausente de preservativo fora de monogamia<br>Troca de sexo por dinheiro/droga | Idade 15–24 anos<br>Homens que têm sexo com homens (HSH)<br>Trabalhadores(as) do sexo<br>História prévia de IST<br>Pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (PVVIH)<br>Grávidas<br>Reclusos ou uso de drogas ilícitas |

## 2. Rastreio e diagnóstico

Em Portugal, o rastreio laboratorial do vírus da imunodeficiência humana (VIH) está recomendado entre os 18 e os 64 anos, devendo ser efetuado independentemente da idade perante o diagnóstico de IST ou outros fatores de risco. O rastreio dirigido a outras IST está descrito na Tabela 2. O diagnóstico assenta em pesquisa por PCR (urina ou zaragatoa vaginal, retal ou orofaríngea) para clamídia e gonorreia, e em serologia para sífilis (VDRL/RPR e TPHA/FTA-ABS), hepatite B (AgHBs, anticorpos anti-HBc total e anticorpos anti-HBs) e hepatite C (anticorpos anti-VHC, com confirmação por RNA-VHC/PCR se positivo). Se houver risco de exposição ao vírus da hepatite A (VHA), acrescentar anticorpos anti-VHA total [3].

**Tabela 2 — Rastreio recomendado por grupo**

| Grupo | Rastreio | Frequência |
|---|---|---|
| Mulheres <25 anos | Clamídia, gonorreia, VIH, vírus da hepatite B (VHB), vírus da hepatite C (VHC) | Anual (clamídia/gonorreia) |
| Mulheres ≥25 anos | VIH, VHB, VHC universal<br>Restante conforme o risco | Conforme o risco |
| Grávidas | VIH, VHB, sífilis<br>(+clamídia/gonorreia se <25 anos ou risco) | VIH e sífilis: repetir no 3º trimestre;<br>Sífilis também no parto |
| HSH | VIH, sífilis, clamídia/gonorreia (genital, retal, orofaríngea), VHA, VHB, VHC | Anual; 3/3 meses se alto risco ou profilaxia pré-exposição (PrEP)/profilaxia pós-exposição com doxiciclina (doxi-PEP) |
| PVVIH | Gonorreia, clamídia, sífilis, VHA, VHB, VHC | Inicial + anual |

*Elaborado por Rosa Coelho, Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de São João (ULS São João), Porto, e Sandra Pires, Serviço de Gastrenterologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa*

## 3. Clamídia, Linfogranuloma venéreo (LGV) e Gonorreia

Suspeitar na presença de corrimento uretral/vaginal, disúria, dor pélvica ou proctite após contacto sexual de risco (maioria assintomática, sobretudo em mulheres). Pedir PCR de zaragatoa genital, retal ou orofaríngea (ou urina) para clamídia e gonorreia. Suspeitar de LGV perante proctite grave e persistente em HSH, que exige tratamento mais prolongado do que o esquema habitual para clamídia (tratamento em Tabela 3) [3,6].

**Tabela 3 — Clínica e tratamento**

| Doença | Clínica / Epidemiologia | Tratamento |
|---|---|---|
| Clamídia urogenital/retal | Maioria assintomática; sequelas se não tratada | Doxiciclina 100 mg 2×/dia, oral, 7 dias |
| Gonorreia | Prevalência de 15–20% em HSH; Resistência crescente à azitromicina | Ceftriaxona 500 mg intramuscular (IM) dose única (1 g se >150 kg) |
| LGV | Serotipos invasivos de *C. trachomatis*; proctite/proctocolite grave em HSH | Doxiciclina 100 mg 2×/dia, oral, 21 dias |

## 4. Sífilis

Suspeitar perante úlcera genital/anal indolor (cancro duro), exantema palmoplantar ou lesões mucocutâneas após contacto sexual de risco. Contudo, é frequentemente pouco sintomática nas fases iniciais, o que atrasa o diagnóstico. Pedir serologia (VDRL/RPR e TPHA/FTA-ABS). A apresentação clínica e o tratamento variam consoante o estadio da doença e encontram-se resumidos na Tabela 4 [3].

**Tabela 4 — Estadios e tratamento**

| Estadio | Clínica | Tratamento |
|---|---|---|
| Ativa inicial (primária, secundária, latente precoce) | Frequentemente pouco sintomática | Penicilina G benzatina 2,4 M UI IM, dose única |
| Latente tardia / duração desconhecida | Sem sintomas ativos | Penicilina G benzatina 2,4 M UI IM, semanalmente, durante 3 semanas |
| Neurossífilis | Complicação neurológica grave | Penicilina cristalina intravenosa (IV), 10–14 dias |

## 5. Hepatites virais como IST

As infeções por VHA, VHB e VHC são frequentemente assintomáticas ou pouco sintomáticas na fase aguda (podendo cursar com fadiga, icterícia ou elevação das transaminases), o que leva a subdiagnóstico persistente. A infeção não tratada transmite-se por via sexual, mas também por outras vias, pelo que o rastreio abrange populações mais alargadas do que apenas quem tem risco sexual. A transmissão sexual do VHC é pouco eficiente e rara em monogamia, mas está em ascensão em HSH, sobretudo com VIH concomitante e em contexto de *chemsex*. Recomenda-se o rastreio de VHB e VHC pelo menos uma vez na vida em todos os adultos e na primeira consulta pré-natal, com rastreio anual de VHC dirigido a HSH e a utilizadores de PrEP. Os esquemas de vacinação e os respetivos grupos de risco encontram-se descritos em baixo, na Tabela do capítulo 12 (Prevenção) [3,7,8].

## 6. VIH e manifestações gastrointestinais

O VIH aumenta o risco e a gravidade das IST, coinfeções e apresentações atípicas [4]. Em PVVIH , os sintomas gastrointestinais (diarreia crónica, dor abdominal), associados ou não a febre, perda ponderal ou adenopatias, podem resultar das seguintes etiologias:

- **Doença infeciosa oportunista** — *Citomegalovírus* (CMV), *Herpes simplex vírus* (HSV), candidíase, *Microsporidia, Cryptosporidium*, complexo *Mycobacterium avium*, tuberculose.

- **IST anorretal** — gonorreia, clamídia/LGV, sífilis, HSV, *Monkeypox vírus* (Mpox), vírus do papiloma humano (HPV).
- **Toxicidade terapêutica** — diarreia, náuseas.
- **Neoplasia** (carcinoma anal, linfoma, sarcoma de Kaposi) ou **doença inflamatória intestinal** (DII) coexistente.

## 7. HSV anogenital

Suspeitar na presença de vesículas e/ou úlceras anais dolorosas, disúria, proctalgia intensa ou proctite após contacto sexual ou mucocutâneo de risco (incubação: 2–12 dias). Pedir PCR HSV-1/HSV-2 de zaragatoa da base da vesícula/úlcera. Na primoinfeção: valaciclovir 1 g oral 12/12 h, 7 a 10 dias [6].

## 8. HPV anogenital

- Lesões sintomáticas (condilomas) e assintomáticas - lesões intraepiteliais de baixo e alto grau, só diagnosticadas por anuscopia de alta resolução.
- As lesões de alto grau são precursoras do cancro anal; o seu tratamento pode preveni-lo, sobretudo em PVVIH.
- Evitar destruir "verrugas" atípicas sem diagnóstico; referenciar se lesões extensas, recidivantes, pigmentadas, ulceradas, induradas ou em imunossuprimidos.
- Vacinar contra HPV quando elegível [5].

## 9. IST entéricas

Transmissão sobretudo fecal-oral em contexto sexual (sexo oral-anal, contacto digital-anal, brinquedos sexuais, *fisting*). Agentes habituais: *Shigella spp.*, *Campylobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Giardia duodenalis* e *Entamoeba histolytica*. Pedir PCR/coproculturas nos casos suspeitos. Tratamento sintomático e hidratação; evitar antibioterapia empírica salvo em caso de doença grave [6].

## 10. Mpox

Considerar perante proctalgia intensa e desproporcionada com lesões anogenitais/perianais, febre e adenopatias inguinais (por vezes tenesmo e hematoquézia), após exposição sexual de risco — período de incubação de 3 a 21 dias.

Pedir PCR de amostra de lesão. Tratamento sintomático (hidratação, analgesia, antipiréticos); referenciar a infeciologia/urgência se sintomas persistentes, lesões extensas, imunossupressão grave ou suspeita de complicação neurológica, pulmonar ou séptica.

## 11. Síndromes anorretais

Quadro combinado de apresentação, diagnóstico diferencial e abordagem inicial [4,6]:

| Síndrome | Sinais / agentes típicos | Diagnóstico diferencial | Abordagem inicial |
|---|---|---|---|
| Proctite | Dor, tenesmo, corrimento, hematoquézia.<br>Gonorreia, clamídia (incl. LGV) e HSV | Limitada aos últimos 10–15 cm do reto; resposta rápida a antibioterapia (vs. DII) | Zaragatoa retal PCR<br>Serologias VIH/sífilis |
| Úlcera perianal | Úlcera (indolor/dolorosa), disúria, adenopatias. HSV, sífilis, Mpox | — | Serologias VIH/sífilis<br>Avaliar imunossupressão |
| Verruga, lesão vegetante | Lesão verrucosa, prurido.<br>HPV, sífilis, neoplasia | Serologia sífilis<br>Rastrear outras IST | Inspeção cuidadosa,<br>Referenciar para biópsia se atípica |
| Massa, estenose | Lesão endurecida, hematoquézia, perda ponderal<br>LGV, sífilis, HPV, neoplasia | Excluir IST<br>(PCR, serologias) | Referenciar para endoscopia/biópsia<br>TAC e/ou RMN pélvica |
| Diarreia, proctocolite | Diarreia com muco/sangue, dor em cólica, febre | Envolvimento mais extenso; sobreposição | PCR entérica/coproculturas; hidratação; |

*Elaborado por Rosa Coelho, Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de São João (ULS São João), Porto, e Sandra Pires, Serviço de Gastrenterologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa*

| | | | |
|---|---|---|---|
| | IST entéricas, LGV avançado | com DII- anamnese sexual é chave | Referenciar se gravidade |

## 12. Prevenção

A prevenção das IST anorretais deve ser abordada como **prevenção combinada**, onde entram em jogo a transmissão sexual clássica e fecal-oral (sobretudo em grupos de risco), a reinfeção por parceiros não tratados e a vacinação.

### 12.1 Redução da transmissão sexual clássica e fecal-oral — recomendar:

- uso de preservativo no sexo anal; barreiras para sexo oral-anal
- lubrificante adequado para reduzir trauma mucoso
- evitar partilha de brinquedos sexuais ou usar preservativo novo entre utilizadores
- lavagem rigorosa das mãos, unhas e brinquedos sexuais
- evitar piscinas, saunas ou *spas* durante o período sintomático
- evitar sexo anal, oral-anal ou com contacto fecal até 7 dias após resolução de diarreia, proctite ativa ou lesões anogenitais

### 12.2 Rastreio periódico em grupos de risco sem seguimento em infeciologia

Em pessoas com sexo anal recetivo, múltiplos parceiros, IST recente, sob PrEP, práticas de *chemsex* ou sintomas recorrentes: rastreio a cada 3–6 meses de VIH, sífilis, gonorreia, clamídia/LGV, hepatites B e C, hepatite A se contexto epidemiológico, e enteropatógenos se diarreia/proctocolite.

### 12.3 Tratamento de parceiros e prevenção da reinfeção

Identificação de parceiros recentes, avaliação clínica e laboratorial, tratamento de acordo com o agente envolvido e abstinência sexual até conclusão terapêutica e resolução sintomática.

### 12.4 Vacinação

| Vacina | Grupos de risco |
|---|---|
| Hepatite B<br>Engerix B® (3 doses) | Todos os não imunes/não vacinados. |
| Hepatite A<br>Vaqta®/Havrix®<br>\|1 dose (Gratuita)\| | Em contexto de pré-exposição, pessoas não imunes, com pelo menos um dos seguintes critérios:<br>- com múltiplos parceiros sexuais e/ou história de práticas sexuais em grupo;<br>- com parceiros sexuais anónimos;<br>- história de práticas sexuais com uso de substâncias psicoativas (*chemsex*);<br>- pessoas envolvidas em prática de sexo comercial;<br>- funcionários(as) ou utilizadores(as) de espaços onde se pratique sexo em grupo ou sexo anónimo;<br>- diagnóstico recente de IST (últimos 6 meses);<br>- sob PrEP. |
| HPV Gardasil 9®<br>(2 doses: 0, 6 meses)<br>(3 doses: 0, 1-2, 6 meses se imunocomprometido) | - Homens e mulheres >10 e <27 anos que não cumpriram o esquema vacinal recomendado;<br>- Nos adultos dos 27 aos 45 anos não adequadamente vacinados, nomeadamente na presença de fatores associados a maior risco de exposição ao HPV, poderá ser ponderada vacinação após avaliação individual do risco/benefício. |
| Mpox (2 doses)<br>IMVANEX® (0, 28 dias) | HSH, sob PrEP, IST recente, trabalhadores(as) do sexo, *chemsex*, sexo em grupo ou com parceiros anónimos. |

## 13. Quando referenciar à especialidade

- **Gastrenterologia se:** diarreia crónica (>4 semanas), diarreia com sangue, hematoquézia, massa anal/retal, estenose anal/retal, úlcera anal/perianal persistente, febre/perda ponderal/anorexia, ausência de resposta ao tratamento empírico
- **Infeciologia se:** diagnóstico de LGV, Mpox, PVVIH, sífilis complicada, recidivas/surtos frequentes

## 14. Mensagens-chave e algoritmo de atuação

| Etapa | Ação |
|---|---|
| **Pensar em IST** | Perante proctite, úlcera, massa, verruga ou diarreia após exposição sexual. |
| **O que não fazer** | Diagnosticar uma IST pela aparência. |
| **Fazer** | História sexual breve e sem estigmas (práticas sexuais, parceiros, uso de preservativo, sintomas no parceiro, antecedentes de IST). |
| **Pedir** | Zaragatoa retal/lesão e serologias (VIH 4ª geração (Ag p24 e Ac VIH 1/2), VDRL/FTA-ABS/TPHA, AgHBs/AcHBs/AcHBc, Ac VHC, Ac VHA total). |
| **Tratar** | Clamídia retal — Doxiciclina 100 mg oral 12/12 h, 7 dias<br>LGV — Doxiciclina 100 mg oral 12/12 h, 21 dias<br>Gonorreia — Ceftriaxona 500 a 1000 mg IM dose única<br>Sífilis recente — Penicilina G benzatina 2,4 M UI IM dose única<br>HSV — Valaciclovir 1 g oral 12/12 h, 7–10 dias |
| **Parceiros** | Assegurar tratamento de parceiros. |
| **Vacinar** | Verificar boletim de vacinação e, se não imunizado, vacinar para Hepatite B + Hepatite A + HPV + Mpox, conforme idade, risco, estado imunitário e exposição. |
| **Notificar** | No Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) quando obrigatório. |
| **Referenciar** | Se lesões atípicas, massa/estenose, hemorragia persistente, perda ponderal, imunossupressão ou falência terapêutica. |

## Referências

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual Epidemiological Report 2024: Sexually Transmitted Infections. Stockholm: ECDC; 2026.

2. Direção-Geral da Saúde. Infeção por VIH e outras IST em Portugal — Relatório 2024. Lisboa: DGS; 2025.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.

4. Latt PM, Kong FYS, Khosropour CM, et al. Mechanisms, management and prevention of anorectal sexually transmitted infections. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2026. doi:10.1038/s41575-026-01232-6.

5. Coelho R, Ribeiro T, Abreu N, Gonçalves R, Macedo G. Infectious proctitis: what every gastroenterologist needs to know. Ann Gastroenterol. 2023;36(3):275-286. doi:10.20524/aog.2023.0799.

6. de Vries HJC, Nori AV, Larsen HK, et al. 2021 European guideline on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021. doi:10.1111/jdv.17269.

7. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: DGS; 2020.

*Elaborado por Rosa Coelho, Serviço de Gastrenterologia, Unidade Local de Saúde de São João (ULS São João), Porto, e Sandra Pires, Serviço de Gastrenterologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa*

8. Vargas-Accarino E, Rando-Segura A, Úbeda MA, et al. Beyond risk factors: rethinking hepatitis B and hepatitis C screening in primary care. Liver Int. 2025;45(10):e70330.