

Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência

Consulta confidencial e limites do sigilo, rastreio com testes rápidos no SUS, tratamento sindrômico e etiológico pelo PCDT IST, parcerias, PrEP a partir de 15 anos e IST na criança como sinal de abuso

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Todo adolescente tem direito a **consulta confidencial**, com tempo a sós e limites do sigilo explicados no início (SBP 2019): o sigilo se quebra em **violência (inclusive sexual), risco de suicídio, dependência química, gravidez, HIV positivo e não adesão que ponha alguém em risco**. Ao adolescente sexualmente ativo, ofereça **testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C** pelo menos uma vez por ano (PCDT IST 2022). No **corrimento uretral ou cervicite**, **ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO, dose única**; na **sífilis recente**, **penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM** (≥ 45 kg; abaixo, 50.000 UI/kg). As **parcerias** são tratadas e a sífilis adquirida é de **notificação obrigatória (compulsória)**. A maioria dos casos se trata no consultório (●/●). **Doença inflamatória pélvica com febre, vômitos ou peritonite, suspeita de gravidez ectópica**, herpes primário com retenção urinária e **violência sexual recente** vão ao **pronto-socorro ou serviço de referência** (●). IST em criança pré-púbere é suspeita de abuso sexual: **notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar**.

1. O que é e como se apresenta

Adolescentes concentram risco: início sexual precoce, preservativo irregular, parcerias múltiplas, álcool e drogas e menor acesso a serviços (SBP 2018). Pelo PeNSE 2015, 27,5% dos escolares do 9º ano já tinham tido relação sexual e só 61,2% usaram preservativo na primeira vez. Clamídia, gonococo, HPV e sífilis latente são em geral **assintomáticos** — daí o rastreio.

Síndromes do PCDT IST:

- **Corrimento uretral:** gonococo e clamídia (menos *Mycoplasma genitalium* e *Trichomonas*); secreção, disúria, prurido.
- **Cervicite e corrimento vaginal:** cervicite por gonococo ou clamídia (colo friável, sangramento pós-coito, muco purulento); vaginose, candidíase e tricomoníase (ver Vulvovaginites).
- **Úlcera genital:** sífilis primária (úlceras únicas, indolor, endurecida, com adenopatia) e herpes (vesículas agrupadas e úlceras dolorosas; a primoinfecção traz febre, disúria e às vezes retenção urinária); raros cancroide, linfogranuloma venéreo e donovanose.
- **Doença inflamatória pélvica (DIP):** dor abdominal baixa, dor à mobilização do colo e anexial, febre, corrimento cervical; sequelas: infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica.
- **Verrugas anogenitais (HPV):** lesões exofíticas "em couve-flor".

- **Sífilis secundária:** exantema palmoplantar, lesões orais, condiloma plano, alopecia em clareiras, adenomegalia, febre.

IST na criança: gonorreia, sífilis, clamídia, tricomoníase e HIV adquiridos **após o período perinatal** indicam fortemente abuso sexual; herpes e verrugas anogenitais exigem considerá-lo (CDC 2021; NICE CG89). Abaixo de 14 anos, a relação sexual configura estupro de vulnerável (Código Penal, art. 217-A).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Rastreio em assintomático; uretrite ou cervicite sem dor pélvica nem febre; sífilis recente; herpes recorrente; tricomoníase; verrugas pequenas	Tratamento no consultório pelo PCDT (dose IM aplicada na unidade); testes rápidos; parcerias; notificação; retorno programado
● Moderada	DIP leve (afebril, sem vômitos nem peritonite, aceita via oral, gravidez excluída); herpes primário doloroso, urinando; sífilis tardia ou de duração ignorada; verrugas extensas; falha ou reinfeção; < 14 anos ou suspeita de coerção sem violência recente	Tratamento ambulatorial e reavaliação em 48–72 h (DIP em 72 h, PCDT); encaminhar ao ginecologista da adolescência, ao infectologista pediátrico ou ao serviço de IST; notificação e Conselho Tutelar se houver suspeita de violência
● Grave	DIP com febre, náuseas e vômitos, toxemia, peritonite, abscesso tubo-ovariano, gravidez, dúvida com apendicite ou ectópica , ou sem melhora em 72 h; herpes com retenção urinária, sinais meníngeos ou imunossupressão; gonococcia disseminada; suspeita de neurosífilis ou sífilis ocular; violência sexual recente	Pronto-socorro ou serviço de referência no mesmo dia ; antibiótico IV na DIP grave; na violência, profilaxias (PEP até 72 h, PCDT PEP 2024)

Fatores que elevam a gravidade: idade < 14 anos, coerção ou grande diferença de idade com a parceria, troca de sexo por dinheiro ou drogas, gravidez, HIV ou imunossupressão, IST prévia, parceria com IST, dificuldade de seguimento ou de adesão.

3. Diagnóstico no consultório

Consulta confidencial (SBP, Manual de Orientação nº 10, 2019):

- Três momentos (família e adolescente, adolescente a sós, fechamento); explicar no início a confidencialidade e seus limites.
- **Mantém-se o sigilo** sobre iniciação sexual sem violência, orientação sexual, contracepção e IST tratável, afastada a violência e com maturidade para aderir.

- **Quebra-se o sigilo**, avisando antes o adolescente, em violência, dependência química, ideação suicida, gravidez, **HIV positivo** (comunicar família e parceria, segundo a SBP) e não adesão com risco.
- O Código de Ética Médica (art. 74) veda revelar segredo do menor com discernimento, salvo risco de dano. A SBP considera que, **a partir de 12 anos**, os testes rápidos e seus resultados seguem a autonomia do adolescente; pelo PCDT PrEP 2025, a partir de 15 anos o atendimento dispensa presença ou autorização dos responsáveis.

Rastreio (PCDT IST 2022):

- **HIV e sífilis anualmente** até 30 anos com vida sexual ativa; a cada 6 meses em HSH, pessoas trans, profissionais do sexo e uso de drogas; a cada 3 meses em PrEP.
- **Hepatites B e C** conforme o risco, com revisão da vacina contra hepatite B; **clamídia e gonococo** por teste molecular, onde disponível, conforme subgrupo e práticas (AAP e CDC: anual em toda adolescente sexualmente ativa).
- **Sempre testar** após sexo sem preservativo, violência sexual, outra IST ou parceria com sífilis.
- **Testes rápidos no SUS** (HIV, sífilis, hepatites B e C): punção digital na UBS, resultado em até 30 minutos, com tratamento na mesma consulta.

Exames por síndrome:

- **Uretrite:** Gram (diplococos Gram-negativos intracelulares) e teste molecular — **não atrasam o tratamento**.
- **Cervicite:** exame especular, teste molecular, pH e microscopia vaginal.
- **Úlcera:** teste rápido treponêmico e VDRL ou RPR com título; PCR para herpes se disponível. **Úlcera sem diagnóstico é tratada para sífilis e herpes** (fluxograma do PCDT).
- **DIP:** teste de gravidez, hemograma, PCR, urina, teste molecular e ultrassom pélvico.
- **Toda IST:** HIV, sífilis e hepatites no diagnóstico, com novo HIV em 4–6 semanas (PCDT).

Diferencial que não pode passar: gravidez ectópica, apendicite e torção ovariana na dor pélvica; infecção urinária na disúria; úlceras não infecciosas (aftas, Behçet, Crohn, úlcera de Lipschütz).

4. Tratamento e seguimento

O pediatra trata as síndromes e as IST confirmadas, aplica a dose IM na unidade, testa, trata as parcerias, notifica e vacina. **Do especialista:** DIP grave, neurosífilis, gonococcia disseminada, falha terapêutica, verrugas extensas, gestante, imunossuprimido, HIV positivo (SAE) e violência sexual.

Doses (adolescente ≥ 45 kg; < 45 kg indicado na observação):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona + azitromicina (uretrite, cervicite, gonorreia não complicada)	500 mg IM + 1 g VO	—	Dose única	PCDT IST 2022 (SBP 2018: 250 mg — divergência); alternativa à azitromicina: doxiciclina 100 mg 12/12 h por 7 dias; < 45 kg: ceftriaxona 125 mg IM + azitromicina 20 mg/kg (máx. 1 g) (SBP 2018; PCDT, Quadro 50)
Azitromicina (clamídia)	1 g VO	—	Dose única	PCDT IST 2022; ou doxiciclina 100 mg 12/12 h por 7 dias; < 45 kg: 20 mg/kg (SBP 2018)
Penicilina G benzatina (sífilis recente)	2,4 milhões UI IM (1,2 milhão em cada glúteo)	—	Dose única	PCDT IST 2022; < 45 kg: 50.000 UI/kg, máx. 2,4 milhões UI (SBP 2018; PCDT)
Penicilina G benzatina (sífilis tardia ou de duração ignorada)	2,4 milhões UI IM	Semanal	3 semanas (7,2 milhões UI)	PCDT IST 2022; intervalo > 14 dias obriga reiniciar; alergia (não gestante): doxiciclina 100 mg 12/12 h, 15 dias (recente) ou 30 dias (tardia)
Aciclovir (herpes, 1º episódio)	400 mg VO	8/8 h	7 dias (até 10 se a cicatrização for incompleta)	SBP 2018; PCDT IST 2022: 7–10 dias, ou 200 mg 5x/dia; < 45 kg: 80 mg/kg/dia 6/6 h por 7 dias (SBP 2018), sem passar da dose do adolescente
Aciclovir (recorrência)	400 mg ou 800 mg VO	8/8 h ou 12/12 h	5 dias	PCDT IST 2022; supressão (≥ 6 episódios/ano): 400 mg 12/12 h por até 6 meses (até 2 anos)
Metronidazol (tricomoníase)	2 g VO, ou 500 mg VO	Dose única, ou 12/12 h	1 ou 7 dias	PCDT IST 2022; < 45 kg: 15 mg/kg/dia 8/8 h por 7 dias (PCDT; SBP 2018)
DIP ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg IM + doxiciclina 100 mg VO + metronidazol 500 mg VO	Ceftriaxona dose única; demais 12/12 h	14 dias	PCDT IST 2022; reavaliar em 72 h

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Verrugas anogenitais	Imiquimode (autoaplicado) ou ácido tricloroacético 80–90% (consultório)	Conforme bula	Até resolução	PCDT IST 2022; imiquimode acima de 12 anos (SBP)

Por que 2,4 milhões UI: o padrão do site (< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI) é o da **faringoamigdalite estreptocócica e da profilaxia da febre reumática**. Na **sífilis adquirida**, PCDT e SBP usam **2,4 milhões UI** no adolescente e no adulto (50.000 UI/kg abaixo de 45 kg); 1,2 milhão UI na sífilis é subtratamento. Com teste rápido reagente sem tratamento prévio, aplica-se a dose **na mesma consulta** e colhe-se VDRL (PCDT). Anafilaxia é rara: adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg no adolescente), pelo protocolo do site.

Parcerias: gonorreia, clamídia e tricomoníase — tratar com o mesmo esquema, mesmo assintomáticas; sífilis — tratar como sífilis recente as parcerias dos últimos 3 meses, mesmo com teste não reagente; abstinência de sexo desprotegido até 7 dias após a dose única e o tratamento de todos (PCDT). A comunicação à parceria respeita a confidencialidade do adolescente.

Seguimento: sífilis — VDRL ou RPR trimestral; resposta = queda de 2 diluições em 3 meses ou 4 em 6 meses; aumento de 2 diluições = reinfecção. Uretrite — sintomas podem levar até 7 dias para ceder (PCDT); persistindo, pensar em falha, reinfecção ou parceria não tratada. Herpes — retorno em uma semana. DIP — reavaliação em 72 h; sem melhora, internar.

Prevenção combinada:

- **Preservativo** em toda relação, inclusive oral e anal; dupla proteção com contraceptivo (SBP).
- **HPV:** a SBP prefere **HPV9 em 2 doses dos 9 aos 19 anos**; o PNI dá **HPV4 dose única dos 9 aos 14 anos**, com resgate dos 15 aos 19 anos até 31/12/2026; imunossuprimidos, 3 doses (CRIE). **Hepatite B** para não vacinados.
- **PrEP oral (PCDT PrEP 2025): a partir de 15 anos e ≥ 35 kg**, em vulnerabilidade ao HIV, sem consentimento dos responsáveis se houver compreensão. TDF 300 mg + entricitabina 200 mg **diária** (2 comprimidos no 1º dia, depois 1 ao dia) ou **sob demanda 2 + 1 + 1** em grupos elegíveis (homens cis, travestis e mulheres trans sem estradiol). Exige HIV negativo e rastreio de IST a cada 3 meses no serviço de PrEP.
- **PEP:** após exposição de risco ou violência sexual, o mais cedo possível, até 72 h, por 28 dias (PCDT PEP 2024).
- **DoxiPEP:** doxiciclina 100 mg como PEP de clamídia e sífilis, ampliada no SUS pela Portaria SCTIE/MS nº 16, de 10/03/2026, na população a ser definida em PCDT (nos estudos, HSH,

travestis e mulheres trans com IST bacteriana no último ano). **Não indicar abaixo de 18 anos:** não há recomendação localizada para essa idade.

Não fazer: quinolonas na gonorreia e na DIP; monoterapia na DIP; 1,2 milhão UI na sífilis; esquecer as parcerias; esperar exame para tratar; exigir autorização dos pais para testar ou tratar o adolescente com maturidade.

Notificação obrigatória (compulsória): sífilis adquirida, HIV/aids, hepatites virais e violência sexual (SINAN).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- DIP com **febre, náuseas e vômitos, estado geral comprometido, peritonite**, abscesso tubo-ovariano, gravidez, intolerância à via oral, sem melhora em 72 h ou dúvida com emergência cirúrgica (PCDT; a adolescente não interna só pela idade).
- Suspeita de **gravidez ectópica** (dor pélvica com atraso menstrual ou teste positivo, sangramento, hipotensão).
- **Herpes primário** com retenção urinária, sinais meníngeos, lesões disseminadas ou imunossupressão (aciclovir IV no hospital).
- **Gonococcia disseminada** (febre, artrite, pústulas acrais) e suspeita de **neurossífilis ou sífilis ocular**.
- **Violência sexual recente:** serviço de referência **no mesmo dia** — PEP até 72 h, profilaxia de IST, hepatite B, contracepção de emergência, coleta de vestígios (PCDT PEP 2024; Lei 12.845/2013); não depende de boletim de ocorrência.

Como encaminhar:

1. DIP grave ou suspeita de ectópica: acesso venoso, cristalóide se hipotensão, analgesia, jejum; oxigênio para manter SpO₂ ≥ 94% se choque.
2. Teste de gravidez, se não atrasar.
3. Ceftriaxona IM pode ser aplicada se a remoção demorar, informando o serviço.
4. Violência sexual: não repetir a entrevista (Lei 13.431/2017); notificar e comunicar o Conselho Tutelar (ECA, art. 13).
5. Contato prévio e relatório (exames, doses aplicadas, vacinas), combinando com o adolescente o que será compartilhado com a família.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

Combine com o adolescente o que será dito aos responsáveis.

- "Use preservativo em todas as relações até o fim do tratamento seu e da sua parceria."

- "Sua parceria precisa ser tratada, mesmo sem sintomas; senão a infecção volta."
- "Na sífilis, o exame de sangue é repetido a cada 3 meses; não falte."
- "Você pode voltar sozinho(a) e fazer os testes de HIV e sífilis na UBS."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** dor forte no pé da barriga, febre, vômitos, desmaio, sangramento com atraso menstrual, feridas genitais com dificuldade para urinar, dor de cabeça forte com alteração da visão, juntas inchadas com febre, ou após relação forçada.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Sigilo	Confidencial; quebra em violência, risco, HIV positivo (2019)	≥ 15 anos sem responsáveis (PCDT PrEP 2025)	Confidencialidade como base (2022)	Serviços acessíveis e confidenciais (NG221)	Sem posição específica localizada	Pathway de IST (2025) localizado, não acessível	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Rastreio	Conforme risco (2018)	HIV e sífilis anuais até 30 anos	HIV ao menos 1 vez a partir de 15 anos	Ampliar acesso a testes	Clamídia e gonococo anuais na adolescente; HIV e sífilis aos 15	—	—	Segue o NICE
Gonorreia	Ceftriaxona 250 mg + azitromicina 1 g (2018)	Ceftriaxona 500 mg + azitromicina 1 g	CDC 2021: ceftriaxona 500 mg isolada	Sem esquema (BASHH)	Ceftriaxona 500 mg	—	—	Segue o NICE
Clamídia	Azitromicina 1 g	Azitromicina 1 g ou doxiciclina	CDC 2021: doxiciclina 7 dias	—	Doxiciclina; azitromicina no adolescente	—	—	Segue o NICE
Sífilis recente	Benzatina 2,4 milhões UI; < 45 kg 50.000 UI/kg	Idem, na mesma consulta	CDC 2021: 2,4 milhões UI	—	2,4 milhões UI	—	—	Segue o NICE
DIP	Ambulatorial ou hospitalar	Ambulatorial se leve	CDC 2021: tríplice por 14 dias	—	Ceftriaxona 1 g IM + esquema	—	—	Segue o NICE
Prevenção	Preservativo, HPV, hepatite B	PrEP ≥ 15 anos e ≥ 35 kg	PrEP de rotina no risco	PrEP; notificação de parcerias	HPV a partir de 9 anos	—	—	Segue o NICE

Leitura: há convergência na consulta confidencial, no rastreio, na ceftriaxona como base contra o gonococo, na benzatina 2,4 milhões UI na sífilis recente, no tratamento das parcerias e na prevenção combinada. As divergências são de esquema: o **CDC 2021** retirou a azitromicina da gonorreia e pôs a doxiciclina como 1ª linha na clamídia; o **consenso espanhol (2026)** prefere a doxiciclina, mas aceita a azitromicina no adolescente pela adesão, como AEP e SEIP; o **Ministério da Saúde** mantém ceftriaxona + azitromicina. Na tricomoníase da mulher, o CDC prefere 7 dias; o PCDT aceita 2 g em dose única. O **Guia da SBP (2018)** seguia o PCDT de 2015 (ceftriaxona 250 mg); por ser anterior e apoiado no próprio protocolo do Ministério, o site segue a SBP na consulta confidencial, no sigilo e nas doses abaixo de 45 kg, e o **PCDT IST**

2022 na gonorreia (500 mg; os 250 mg da SBP ficam como divergência) e na sífilis adquirida. O NICE não traz esquemas (no Reino Unido, BASHH); Oxford e Cambridge seguem o NICE.

PONTOS PRÁTICOS

1. Explique o sigilo e seus limites antes das perguntas sensíveis.
2. Adolescente sexualmente ativo: testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites ao menos anualmente, tratando na mesma consulta se reagente.
3. Corrimento uretral ou cervicite: ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO, dose única, sem esperar exame.
4. Sífilis ≥ 45 kg: benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhão é a dose da faringoamigdalite); parcerias e notificação.
5. Dor pélvica com febre, vômitos ou suspeita de ectópica: pronto-socorro; DIP leve: ambulatorial com reavaliação em 72 h.
6. IST em criança ou violência sexual: notificação obrigatória (compulsória), Conselho Tutelar e serviço de referência no mesmo dia se recente.

Veja também, nesta Biblioteca: **HIV na criança — exposição vertical e criança vivendo com HIV** (nesta área); **Vulvovaginites, sinéquia de pequenos lábios e sinais de abuso sexual e Molusco contagioso e verrugas** (Patologias do consultório); **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança** (Saúde mental); **Sífilis congênita** (Temas atualizados em Neonatologia); **Profilaxia pós-exposição** (Imunizações).

8. Fontes

- SBP, Departamentos de Adolescência e Infectologia. Infecções sexualmente transmissíveis na adolescência (Guia Prático de Atualização nº 6), 2018. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Adolescência. Consulta do adolescente — abordagem clínica, orientações éticas e legais (Manual de Orientação nº 10), 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST, 2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV, 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT para PEP de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 16, de 10 de março de 2026 (doxiciclina como PEP de IST bacterianas). in.gov.br

- AAP. Hsu KK, Rakhmanina NY. Adolescents and Young Adults — The Pediatrician's Role in HIV Testing and Pre- and Postexposure HIV Prophylaxis. Pediatrics, 2022. [PubMed](#)
- CDC. STI Treatment Guidelines, 2021 — resumo na AAFP, 2022. [aafp.org](#)
- NICE. Reducing sexually transmitted infections (NG221), 2022. [nice.org.uk](#)
- Ministerio de Sanidad e SEIMC. Diagnóstico y tratamiento de las ITS en adultos, niños y adolescentes — documento de consenso, abril de 2026. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.