



"DIP: tratamento, seguimento, complicações e particularidades da assistência "

Dra. Patrícia C. Nogueira

Ginecologista (TEGO 0311-2009) – CEDAP

CRM-BA 17870

RQE 9622 / RQE 24086



DEFINIÇÃO

É uma síndrome clínica atribuída a ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação, comprometendo o endométrio, tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas.

Esta propagação ocorre de forma direta do colo para os órgãos superiores, denominada de via canalicular.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;

Pelo fato de ser oligossintomática e não de notificação obrigatória, sua incidência no Brasil não é conhecida.

FATORES DE RISCO



- Fatores de risco:
 - Vida sexual ativa
 - Condição socioeconômica desfavorável
 - Sexo ≥ 6 /semana (risco 4x)
 - Jovem (idade < 25 anos)
 - Novas ou múltiplas parcerias (≥ 4 parceiros/semestre – risco em 5 a 20x)
 - Comportamento sexual de pessoas com maior vulnerabilidade para ISTs
 - História prévia ou presença de outra IST
 - Parceria com IST
 - Uso de método contraceptivo
 - Uso irregular de preservativos
 - Uso de tampões e duchas vaginais
 - Vaginites e vaginoses recorrentes

É uma das mais importantes complicações das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e um sério problema de saúde pública.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;



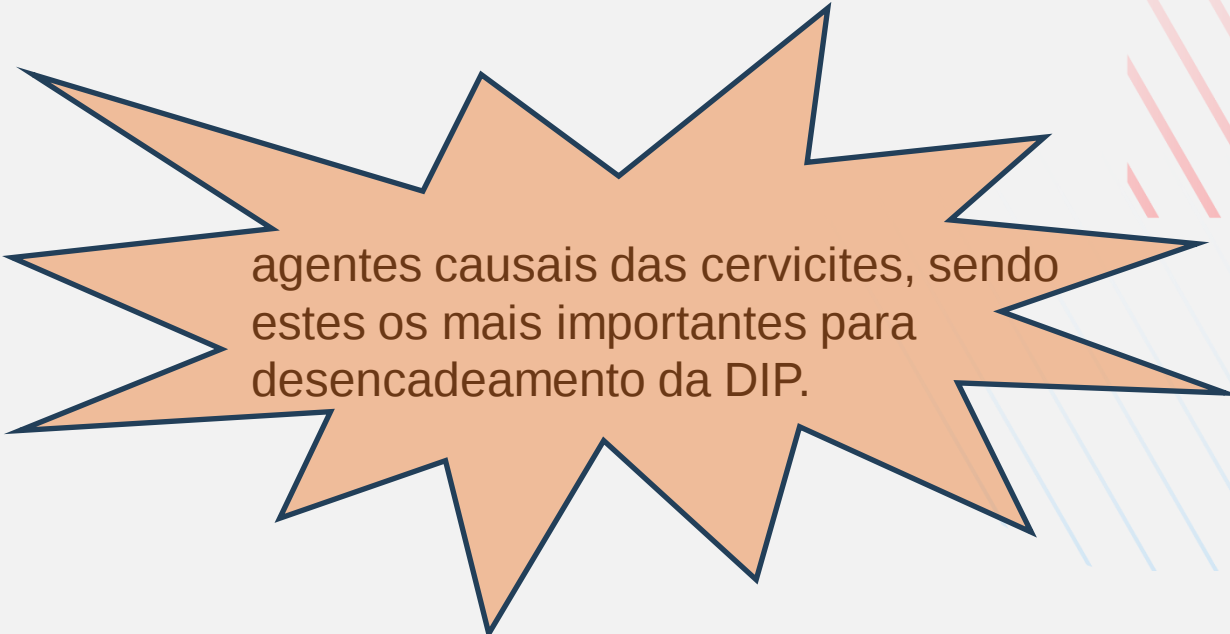
DIP/Cervicite: etiologias



Chlamydia trachomatis;
Neisseria gonorrhoeae;

Outros agentes:

Mycoplasma hominis,
Ureaplasma urealiticum,
bactérias aeróbicas e anaeróbicas:
Trichomonas vaginalis,
Herpes simplex vírus,
Citomegalovírus (CMV),
Adenovírus;



agentes causais das cervicites, sendo estes os mais importantes para desencadeamento da DIP.



DIP: fisiopatologia e aspectos etiológicos



Table 1. Clinical Classification of Pelvic Inflammatory Disease and Likely Microbial Causes.

Clinical Syndrome	Causes
Acute pelvic inflammatory disease (≤30 days' duration)	Cervical pathogens (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , and <i>Mycoplasma genitalium</i>) Bacterial vaginosis pathogens (peptostreptococcus species, bacteroides species, atopobium species, leptotrichia species, <i>M. hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , and clostridia species) Respiratory pathogens (<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , group A streptococci, and <i>Staphylococcus aureus</i>) Enteric pathogens (<i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , group B streptococci, and campylobacter species)
Subclinical pelvic inflammatory disease	<i>C. trachomatis</i> and <i>N. gonorrhoeae</i>
Chronic pelvic inflammatory disease (>30 days' duration)	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> and actinomyces species

- Agente causal >> Enzimas – degradação muco cervical – ascensão microrganismos.
- Redução de lactobacilos e superpopulação do complexo anaeróbio produtor de biofilme.

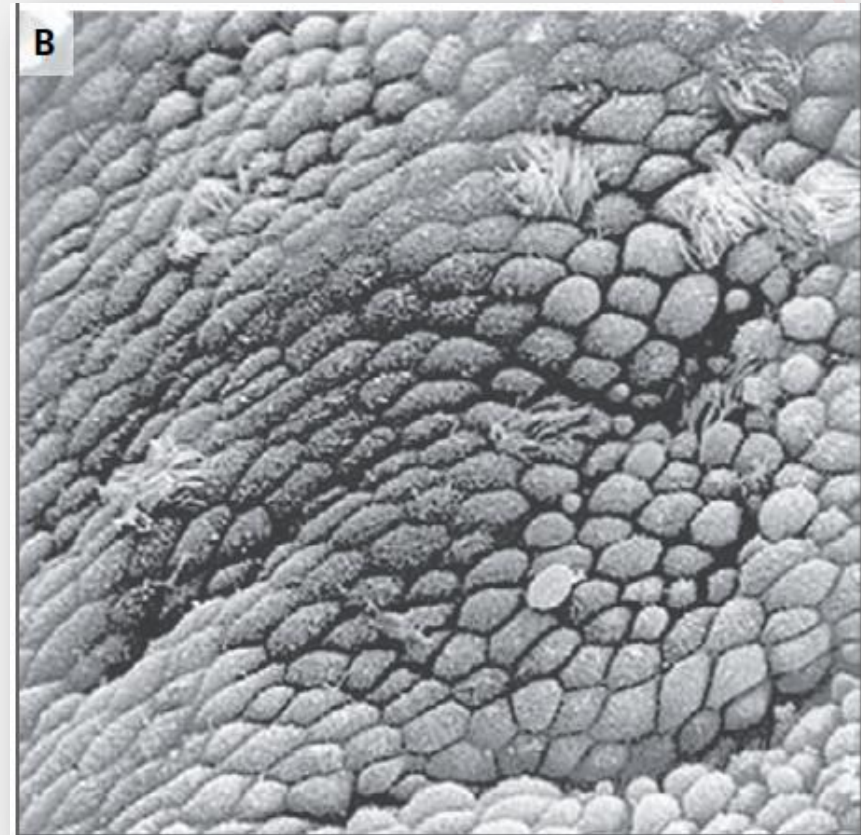


DIP: fisiopatologia e aspectos etiológicos



- Lesão fibrinosa ou supurativa — cicatrização, adesão e obstrução.
- Perda do epitélio ciliado.
- Adesão
 - No peritônio - dor
 - na tuba – infertilidade

DIP: fisiopatologia e aspectos etiológicos



Micrografia eletrônica: A) Epitélio tubário normal

B) Pós DIP



TelessaúdeBA



FESF+SUS
FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA



SECRETARIA
DA SAÚDE

ETIOLOGIA



85%

Sexualmente transmitidos ou associados a vaginose bacteriana;

15%

Não transmitidos sexualmente - germes entéricos, patógenos respiratórios ou os que colonizam o trato genital inferior;



Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;



ETIOLOGIA



MICROORGANISMOS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| > <i>Chlamydia trachomatis</i> | > Virus e protozoários (raro) |
| > <i>Mycoplasma genitalium</i> | > <i>Herpes simplex virus</i> |
| > <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | > <i>Trichomonas vaginalis</i> |

ORGANISMOS ENDÓGENOS

- > *Micoplasmas do trato genital:*
 - » *Mycoplasma genitalium**
 - » *Mycoplasma hominis*
 - » *Ureaplasma urealyticum*

BACTÉRIAS ANAERÓBICAS

- > *Bacteroides spp. e fragilis*
- > *Peptoestreptococcus spp.*
- > *Prevotella spp.*

BACTÉRIAS FACULTATIVAS (AERÓBICAS)

- > *Escherichia coli*
- > *Gardnerella vaginalis*
- > *Haemophilus influenzae*
- > *Streptococcus spp. e agalactiae*

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;





DIP: fisiopatologia

A ascensão dos microrganismos é favorecida por variações hormonais do ciclo menstrual.

O muco cervical durante o fluxo menstrual apresenta menor efeito bacteriostático e a menstruação retrograda pode favorecer a ascensão dos agentes.

Características imunológicas de cada indivíduo também podem contribuir para a disseminação da infecção.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;





DIP: fisiopatologia - Teoria de Monif

A progressão da infecção por agentes aeróbios determina maior consumo de oxigênio e diminuição do potencial de oxirredução local que, aliados a desvitalização de tecidos, proporcionam ambiente de microaerofilia ou mesmo de anaerobiose.

Nesse ambiente, os microrganismos normais passam a uma fase de crescimento lento e se desenvolvem agentes anaeróbios oportunistas.

Como resultado, obtém-se uma condição infecciosa polimicrobiana > DIP

Monif 1: Salpingite

Monif 2: Salpingite com peritonite

Monif 3: Oclusão tubária ou abscesso tubo ovariano

Monif 4: abscesso tubo ovariano roto



Esta Foto de Autor Desconhecido está licenciado em [CC BY-NC-ND](#)

Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deverá investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente.

DIP: aspectos clínicos



dor abdominal, em intensidade variável, é sintoma obrigatório

Caráter variável de dor.

Dor abdominal baixa, bilateral e raramente mais que 2 semanas.

Dor recente que piora com coito ou movimento brusco.

Dor no início, durante ou logo após a menstruação.

Na fossa ilíaca direita e associada com vômito.

Frequência urinária e fluxo vaginal anormal.

Somente minoria desenvolve peritonite ou abscesso pélvico.

ROSS J. et al. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate.**



DIP: aspectos clínicos em relação temporal



Doença inflamatória pélvica

Quadro 2. Estádios da DIP em função do tempo de evolução

0 - Cervicites (agentes presentes no colo uterino)

1a - Endometrite

1b - Salpingite sem peritonite

2 - Salpingite com peritonite

3 - Piossalpinge/Abscesso tubo-ovariano

4a - Abscesso tubo-ovariano roto

4b - Hidrossalpinge/Hidro Oforosalpinge



DIP: aspectos clínicos



Corrimento vaginal;
Sangramento intermenstrual ou pós-coito;
Dispareunia;
Disúria;
Polaciúria;
Dor pélvica crônica;

ASSINTOMÁTICAS



80%

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;

Anamnese:



Dor pélvica - não é severa, inicialmente um desconforto e progredindo com maior frequência bilateral;
Alterações do ciclo menstrual – relação dor com ciclo;
Sangramento vaginal anormal (spotting) >> principalmente nas usuárias de ACO;
Febre e o corrimento vaginal ou mesmo alteração do muco cervical podem ou não estar presentes;
Duração, curso e localização da dor devem ser caracterizados.



Anamnese:



- Inserção recente (<1 mês) de DIU ou curetagem ou parto;
- História prévia de apendicectomia, cálculo urinário ou endometriose.
- História prévia de episódio de DIP ou de gravidez ectópica;
- Risco de IST;
- Disfunção miccional ou sintomas intestinais alterados;



DIP: exame físico



- ✓ Verificação da temperatura;
- ✓ Palpação do abdome;
- ✓ Exame especular;
- ✓ Toque vaginal com mobilização do colo uterino;



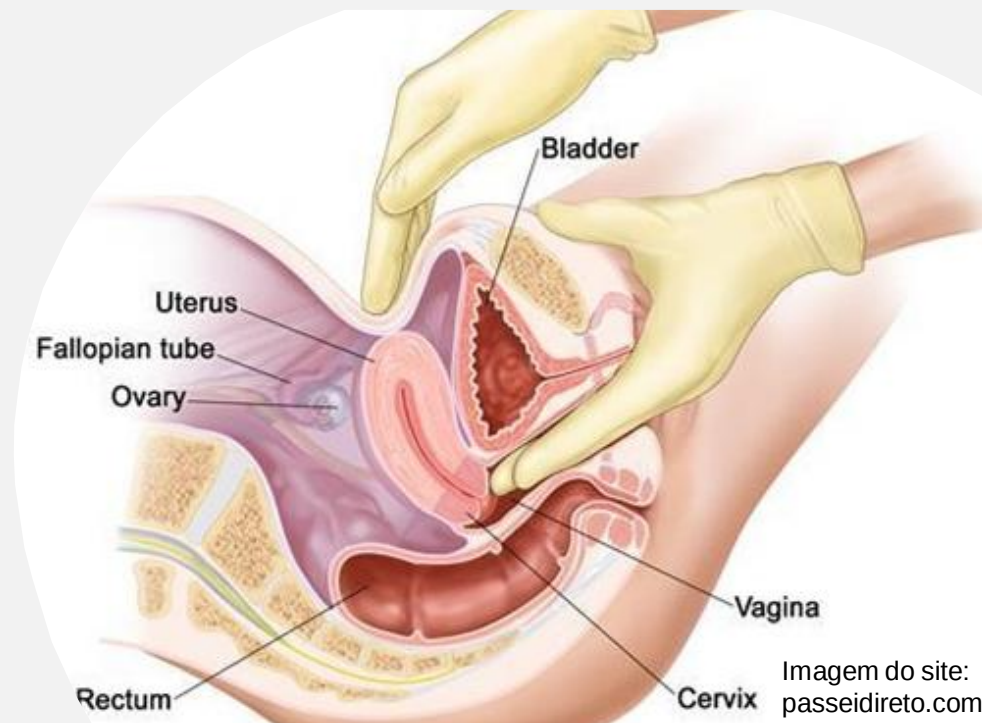
[Esta Foto](#) de Autor Desconhecido está licenciado em [CC BY-NC-ND](#)



DIP: exame físico

Podem estar presentes:

- dor a mobilização do colo uterino
- material mucopurulento no orifício externo do colo
- edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou *swab*.



Palpação do abdome tentando evidenciar dor à pressão na região pélvica, se é uni ou bilateral, bem como dor na descompressão súbita ou defesa muscular.

DIP: diagnóstico



Atentar a epidemiologia

Adolescentes sexualmente ativas

Comunidades com alta prevalência de clamídia e gonorréia

Trabalhadoras em clínicas de IST

Dor abdomem inferior

Sensibilidade à palpação de anexos

Sensibilidade uterina



Diagnóstico: exames complementares



Hemograma;

Exames de urina tipo I e urocultura;

Provas bioquímicas inflamatórias (VHS e proteína C reativa);

Exame bacterioscópico para rastreio de vaginose bacteriana;



Diagnóstico: exames complementares



Identificação do agente preferencialmente por provas de biologia molecular para diagnóstico de clamídia, gonococo e micoplasma

Cultura para gonococo e, se possível, com **antibiograma** e determinação de resistência;

Teste de gravidez;

Ultrassonografia transvaginal;

Tomografia computadorizada da pelve;



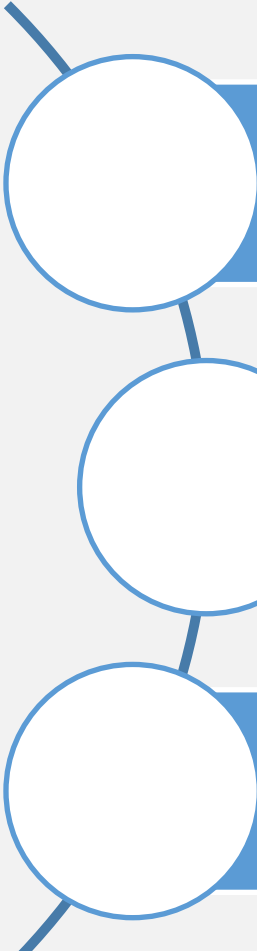
Diagnóstico: exames complementares



- Ressonância Magnética;
- Laparoscopia;
- Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para clamídia e gonococo e devem ser testadas para a infecção pelo HIV;
- Outros exames bioquímicos na dependência de cada caso e de sua gravidade: provas de função hepática e renal, avaliação hidroeletrolítica;



DIP: critérios maiores



Dor abdômem inferior

Sensibilidade uterina

Sensibilidade palpação dos anexos

DIP: critérios menores



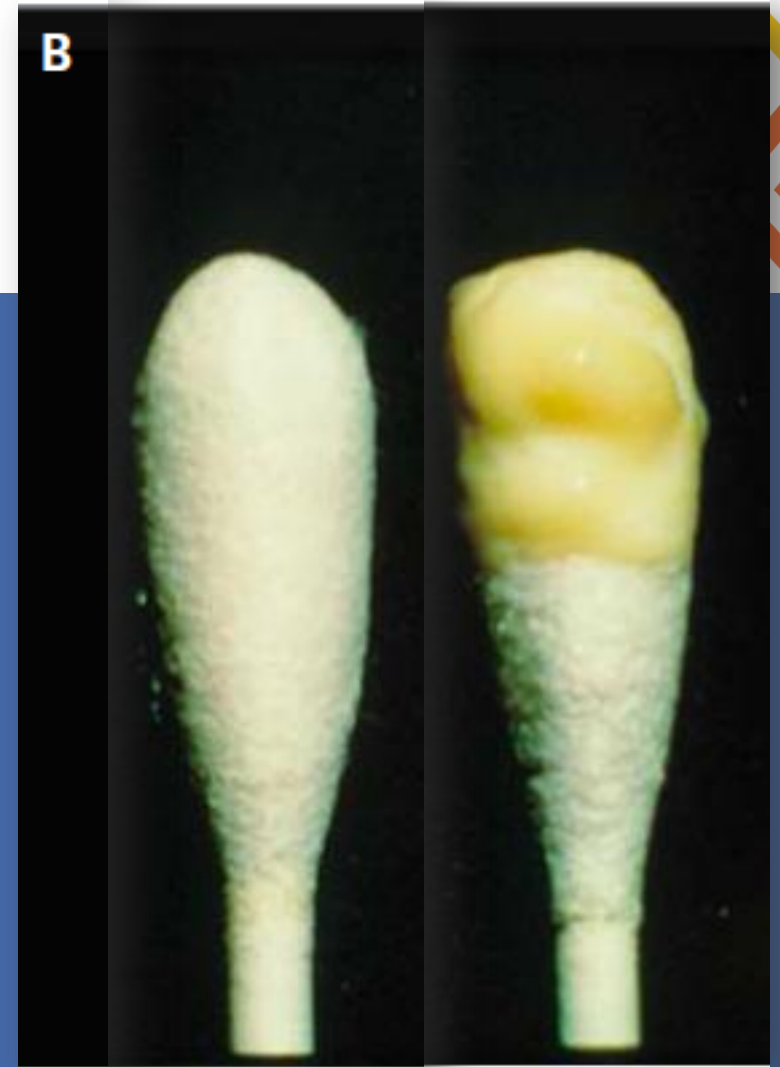
- Temperatura axilar $> 38,3^{\circ}\text{C}$
- Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
 - Aumento de leucócitos em secreção de endocervical
 - VHS aumentado
 - Proteína C reativa elevada
 - Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo Gonococo ou Chlamydia





Brunham RC et al. N Eng J Med 2015; 372(21): 2039-2048.

Exsudato da endocérviix:
 >> muco amarelo / verde
 >> em um cotonete
 colocado suavemente no
 orifício cervical ("teste do
 cotonete" positivo)
 >> friabilidade cervical
 (sangramento epitelial
 colunar facilmente induzido)
 durante a coleta



Brunham RC et al. N Eng J Med 2015; 372(21): 2039-2048.

DIP: diagnóstico laboratorial

Técnicas de Biologia Molecular:

- Reação em cadeia Polimerase (PCR) e detecção do DNA;
- Captura Híbrida;
- Mais sensíveis que a cultura para o diagnóstico de cervicite por CT/NG;

Cultura em meio de McCoy:

- Teste de referência para a detecção de CT;
- Sensibilidade pode ser prejudicada pela coleta e pelo transporte inadequados;

Bacterioscopia de secreção endocervical:

- *swab* endocervical disposto em esfregaço corado pelo Gram;

Cultura em meio de Tayer-Matin:

- Cultivar a secreção endocervical diretamente no meio ou usar meio de transporte apropriado (anaerobiose);



- **Imunofluorescência direta:**
 - o uso de anticorpos poli/monoclonais conjugados com substâncias fluorescentes, como a fluoresceína, identifica componentes da membrana externa da clamídia.
- **Métodos imunoenzimáticos:**
 - Os testes EIA e ELISA permitem a pesquisa de CT em grande número de amostras.
 - Menor sensibilidade que a cultura celular e os métodos de biologia molecular;
- **Detecção de anticorpos:**
 - Valor diagnóstico nas infecções complicadas (linfogranuloma venéreo, tracoma, endometrite, salpingite, perihepatite, síndrome de Reiter e pneumonia);



DIP: critérios elaborados

critérios específicos que
por si só definem a
presença de DIP

CRITERIOS ELABORADOS / específico:

Evidência histopatológica de endometrite

Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem

Laparoscopia com evidência de DIP

Para concluir o diagnóstico, deve-se ter a somatória dos três critérios mínimos ACRESCIDOS, ao menos, a um dos adicionais ou um critério elaborado.

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.



DIP: critérios diagnósticos

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;

Obrigatórios (maiores)

Dor em baixo ventre espontânea

- Dor à palpação anexial
- Dor à mobilização cervical

Adicionais (menores)

- Temperatura oral $> 38,3^{\circ} \text{C}$
- Secreção vaginal/cervical anormal
- VHS ou PCR aumentados
- Isolamento gonococo ou clamídia endocervical

Teste de gravidez.

Microscopia da descarga vaginal.

Teste de amplificação de ácido nucléico/PCR para gonococo e clamídia.

Screening HIV

Sorologia para sífilis

ROSS J. et al. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate.**

USG se suspeita de abscesso ou patologia anexial.

Microscopia da descarga vaginal.

Laparoscopia e biópsia são incomuns.

RNM ou TC têm recomendação limitada.

ROSS J. et al. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**.

DIP: diagnóstico



Ultrassonografia transvaginal (USTV): método de escolha para a avaliação inicial de dor pélvica, podendo mostrar imagem de:

- Espessamento da parede tubária > 5 mm (100% sensibilidade);
- Septos incompletos intratubários;
- Sinal da roda dentada (corte transversal) (95-99% especificidade);
- Espessamento e presença de líquido tubário;
- Abscesso Tubo Ovariano

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;



DIP: diagnóstico diferencial



Gravidez ectópica
Rotura cisto ovariano ou torção
Endometriose – endometrioma roto
Cistite – ITU
Litíase urinária
Apendicite
Diverticulite
Síndrome do intestino irritável
Dor funcional – cíclica ou não

Carvalho NS, et. al.: Doença inflamatória pélvica. 2018



Iniciar o mais breve possível após diagnóstico presuntivo.

Avaliar disponibilidade, custo e aceitação.

Decisão para tratamento intra-hospitalar:

Se risco de emergência cirúrgica.

Abscesso tubo-ovariano.

Gravidez.

Dor importante, náusea, vômito ou febre.

Baixa tolerabilidade ao tratamento oral.

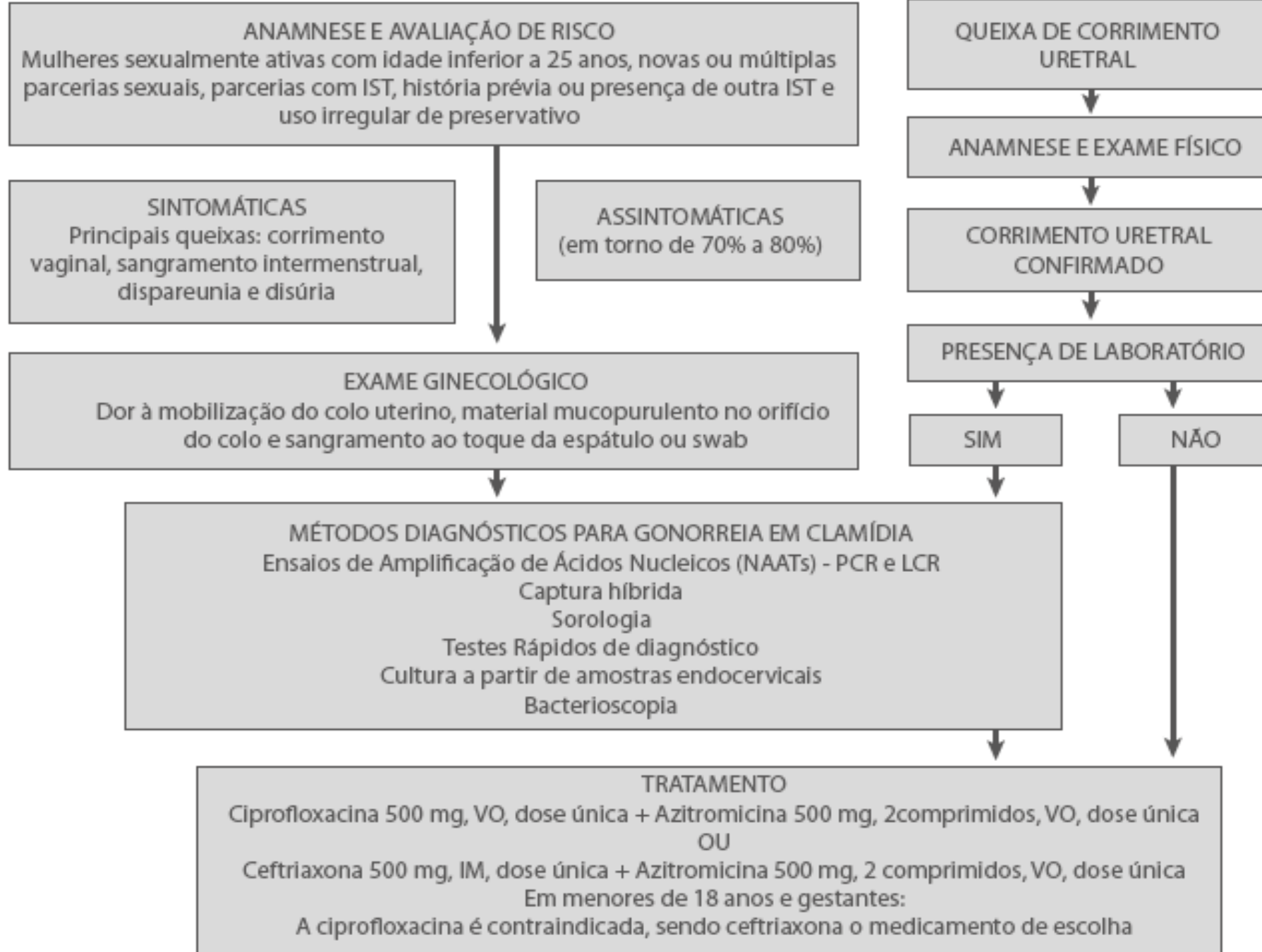
Sem resposta à terapia oral.

ROSS J. et al. Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis.



Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para clamídia e gonococo e devem ser testadas para a infecção pelo HIV;

Fluxograma Cervicite:



Nos casos de DIP leve ou moderada:



Tratamento oral ou parenteral parece apresentar eficácia semelhante.

A decisão de tratamento em âmbito ambulatorial ou hospitalar depende do julgamento médico e presença das seguintes situações:

- emergências cirúrgicas (por exemplo, apendicite)
- presença de ATO ou peritonite;
- HIV+ ou imunossuprimidas;
- uso de DIU;
- antibioticoterapia oral não tolerada ou não efetiva;
- estado tóxico e grave de início;
- gravidez

Nos casos de ruptura do abscesso tubo ovariano, a indicação cirúrgica é obrigatória.

Carvalho NS, et al. **Doença inflamatória pélvica.**
FEBRASGO; 2018

Nos casos de tratamento ambulatorial, acompanhar a paciente a cada 2 dias e instruí-la a retornar ao serviço caso haja piora dos sintomas.

- Tratamento em âmbito ambulatorial:⁽¹⁷⁻²⁰⁾

Primeira Escolha	Alternativa
*Ceftriaxona 250 mg IV DU + Azitromicina 1g VO DU + 500 mg/dia por 7 dias (1 g/semana por 2 semanas) OU Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias Com ou sem Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 12/12h, por 14 dias **lembrar da resistência do micoplasma a doxiciclina	**Ciprofloxacino 500 mg VO DU + Azitromicina 1g VO DU + 500 mg/dia por 7 dias (OU 1 g/semana por 2 semanas) OU Doxiciclina 100 mg VO 12/12h por 14 dias Com ou sem Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 12/12h, por 14 dias ** na suspeita de gonococo, lembrar da possibilidade de resistência às quinolonas

*Segundo alguns protocolos, o aumento da dose do ceftriaxona de 250 para 500 mg diminui a chance de resistência do gonococo.⁽²¹⁾

- Tratamento em âmbito hospitalar:

Esquema 1	Esquema 2	Esquema 3
Ceftriaxone 1 g EV 12/12h MAIS Metronidazol 500 mg EV 8/8h OU Clindamicina 900 mg EV 8/8h	Ciprofloxacina 400 mg EV 12/12h MAIS Metronidazol 500 mg EV 8/8h OU Clindamicina 900 mg EV 8/8h	Clindamicina 900 mg EV 8/8h MAIS Gentamicina 2 mg/kg EV ou IM + 1,5 mg/kg 8/8h

- Regime parenteral alternativo

Ampicilina/Sulbactam 3 g EV 6/6h + Doxíciclina 100 mg VO
ou EV 12/12h.

>> avaliação clínica de 2x/dia no mínimo

>> mínimo de internamento de 24 horas

>> melhorando..>> esquema pode ser trocado para VO

a clindamicina (450 mg VO 6/6h) ou o metronidazol (500 mg VO 12/12h) por 14 dias + doxíciclina
presença de ATO >> azitromicina 500 mg/dia (ou doxíciclina 100 mg cada 12/12h)

+ metronidazol 500 mg cada 12/12 horas prolongado por mais 3 semanas

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	—
Hospitalar	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 14 dias MAIS Doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 400mg, IV, de 12/12h	Clindamicina 900mg, IV, 3x/dia, por 14 dias MAIS Gentamicina (IV ou IM): 3–5 mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias MAIS Doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias

- Dor pélvica crônica;
- Doença Inflamatória Pélvica;
- Gravidez ectópica;
- Infertilidade;

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;

Durante a gravidez:

- Partos pré-termo;
- Ruptura prematura de membranas;
- Perdas fetais;
- Retardo de crescimento intrauterino;
- Endometrite puerperal;

No Recém Nascido:

- Conjuntivite;
- Pneumonia;

Grávidas com suspeita de DIP tem alto risco de abortamento e corioamnionite.

Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro.

Doxiciclina e quinolonas é contraindicado na gestação.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;

DIP: particularidades >> em usuária de DIU



Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção do dispositivo, porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico ou 6 horas do esquema ATB.

Carvalho NS, et al. **Doença inflamatória pélvica**. FEBRASGO; 2018



DIP: particularidades >> em pacientes imunossupressas



Tem comportamento similar as pacientes com imunidade normal, apenas com a ressalva de que desenvolvem mais facilmente abscesso tubo-ovariano, merecendo portanto maior cuidado, sem necessidade de internação devendo ser individualizado cada caso.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com ISTs/Ministério da Saúde. 2020;



A melhora clínica devera acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano;

A cura e baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas;

Se a avaliação for feita com critérios bacteriológicos após 30 dias, 40% das mulheres ainda persistem com a presença de um ou mais agentes bacterianos;

A paciente devera retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar, observando abstinência sexual até a cura clínica.

DIP: particularidades



Em casos de não evidência de melhora:

avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica

possibilidade de existência de foco de abscessos em outros locais abdominais (goteiras parietocólicas, subfrênico, peri-hepático na Síndrome de Fritz Hugh Curtis, etc.)

resistência ao esquema ou dose dos antibióticos inicialmente utilizados

Carvalho NS, et al. **Doença inflamatória pélvica**. FEBRASGO; 2018



Rastreamento e tratamento dos agentes das cervicites de mulheres sexualmente ativas reduz risco para DIP.

- CDC. **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. 2015.
- BRASIL/MS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: MS, 2015.
- BRUNHAM RC; GOTTLIEB RL; PAAVONEN J. **N Eng J Med**.372(21): 2039-2048, 2015.
- FEBRÔNIO EM; ROSAS GQ; D'IPPOLITO. Doença inflamatória pélvica aguda: ensaio iconográfico com enfoque em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. **Radiol Bras**. 45(6):345–350, 2012.
- Gonçalves AK, Eleutério Junior J, Costa AP, Giraldo PC. **Cervicites e uretrites**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 2/Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.
- Carvalho NS, Carvalho BF, Linsingen RV, Takimura M. **Doença inflamatória pélvica**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 25/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).



Contatos:

Site: drapatriciacnogueira.com.br

E-mail: drapatriciacarneiro@gmail.com.br

Instagram: @abcdaintimidade

Obrigada!





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

