

NOTA INFORMATIVA 001/2022

Síndrome do Corrimento Uretral em Homem

Assunto	Notificação e tratamento correto da Síndrome do Corrimento Uretral em Homens, quinto agravo mais notificado no município em 2021.
Objetivo	Orientar os profissionais de Saúde de Angra dos Reis sobre tal agravo, reforçar o protocolo assistencial e compulsoriedade da notificação dos casos.

1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO MUNICÍPIO

No ano de 2021 a Síndrome do Corrimento Uretral em Homem foi o quinto agravo mais notificado no município de Angra dos Reis, de acordo com o SINAN NET, com o total de 99 casos. Solicitamos aos profissionais que realizem, além do tratamento (página 5) e notificação dos caso (Anexo 1), a orientação quanto à comunicação, diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas), conforme orientação do Ministério da Saúde.

2 CARACTERÍSTICAS GERAIS

2.1 DESCRIÇÃO

A síndrome do corrimento uretral (mucoide, mucopurulento ou purulento) masculino define o diagnóstico de uretrite. A uretrite é uma inflamação da uretra, podendo ser dividida em dois grupos: uretrites gonocócicas e não gonocócicas, infecciosas ou não. Vários agentes podem causar uretrite infecciosa devido às práticas sexuais sem preservativos (UNEMO et al., 2017; BRASIL, 2020a).

2.2 AGENTE ETIOLÓGICO

As uretrites infecciosas podem ser classificadas de acordo com o agente etiológico (BUDER et al.; 2019; UNEMO et al., 2019; BRASIL, 2020):

- Uretrite gonocócica, causada por *Neisseria gonorrhoeae*.
- Uretrites não gonocócicas, causadas majoritariamente por *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium*. Outros patógenos menos

frequentes são: *Trichomonas vaginalis*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), vírus do herpes simples (herpes simplex vírus – HSV), adenovírus e *Candida sp.* A vigilância da susceptibilidade aos antimicrobianos é crucial para os patógenos com elevada capacidade de desenvolvimento de resistência, como é o caso de *Neisseria gonorrhoeae*, que já apresenta, em algumas regiões do mundo, resistência à última linha terapêutica disponível para seu tratamento, as cefalosporinas de terceira geração, e de *Mycoplasma genitalium*, que é uma preocupação mundial emergente devido à sua resistência aos macrolídeos e moxifloxacina (DILLON et al., 2001; WI et al., 2017; BAZZO et al., 2018; UNEMO et al., 2019; BRASIL, 2020b).

2.3 RESERVATÓRIO

O ser humano é o único hospedeiro (BRASIL, 2020a).

2.4 MODO DE TRANSMISSÃO

A principal forma de transmissão dos agentes infecciosos que causam uretrite, com conseqüente indução de corrimento uretral, é a relação sexual desprotegida com indivíduo infectado, seja essa relação oral, vaginal ou anal (BRASIL, 2020a).

2.5 PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O período de incubação da gonorreia urogenital varia de dois a cinco dias, variando de um a dez dias (UNEMO et al., 2019; BRASIL, 2020a). Para a clamídia, esse período é maior, de 14 a 21 dias (BRASIL, 2020a).

2.6 PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

Durante o sexo vaginal, as taxas de transmissão de homens para mulheres são maiores do que de mulheres para homens. A ejaculação do homem infectado contém milhões de cepas da gonorreia, que serão injetadas efetivamente no local anatômico receptor (mucosa vaginal, anal ou oral). Além disso, as mulheres infectadas por *N. gonorrhoeae* podem transmitir ao concepto durante o parto vaginal, mas não durante a gravidez. A oftalmia neonatal decorre da exposição da conjuntiva do recém-nascido durante sua passagem pelo canal de parto (EDWARDS; APICELLA, 2004; BRASIL, 2020a). No que diz respeito aos demais agentes etiológicos, a probabilidade de o homem se infectar em contato com parceira portadora de *C. trachomatis* é de

20% a 50% por ato sexual. Já a transmissão desse patógeno do homem para a mulher por coito vaginal varia de 10% a 39,5% (ALTHAUS; HEIJNE; LOW, 2012). Para o *M. genitalium*, ainda não se sabe ao certo a taxa de transmissibilidade, porém estima-se que seja diretamente dependente da carga do patógeno. Sendo assim, cargas mais altas de *M. genitalium* podem ser mais infecciosas do que homens com infecção assintomática (THURMAN et al., 2010; WALKER et al., 2011; ALTHAUS; HEIJNE; LOW, 2012; SMIESZEK; WHITE, 2016). Com relação a *T. vaginalis*, o risco de os homens se infectarem com parceiras infectadas varia de 22% a 72% (FRANCIS et al., 2008).

2.7 SUSCETIBILIDADE, VULNERABILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade à infecção é universal e os anticorpos produzidos em infecções anteriores não são protetores. O indivíduo pode adquirir doenças infecciosas de transmissão sexual que causam corrimento uretral masculino sempre que se expuser aos patógenos (BRASIL, 2020a).

2.8 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O corrimento uretral é uma síndrome clínica com identificação de um grupo de sintomas e de sinais comuns a determinadas infecções (síndromes), caracterizada por corrimento de aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, podendo estar associado a dor uretral (independentemente da micção), disuria, estranguria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema do meato uretral. O aspecto do corrimento uretral purulento corresponde a 75% das causadas por *N. gonorrhoeae* e 11% a 33% das uretrites não gonocócicas, e o aspecto mucoide corresponde a aproximadamente 25% dos casos de uretrite gonocócica e 50% dos casos das uretrites não gonocócicas. Para mais informações, consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020a).

3 DIAGNÓSTICO

Além da anamnese e da história clínica utilizadas na abordagem sindrômica (cuja sensibilidade varia entre 84% e 95%), testes diagnósticos podem ser utilizados para rastreamento de casos assintomáticos e para o diagnóstico etiológico de uretrites infecciosas que resultam em corrimento uretral (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; BRASIL, 2020a).

3.1 TESTES DIAGNÓSTICOS

Os testes de biologia molecular são os métodos de escolha para rastreamento dos casos assintomáticos com suspeita de infecção uretral, devido à elevada sensibilidade e à especificidade observadas nessas técnicas. Esses testes se baseiam na amplificação de ácidos nucleicos (nucleic acid amplification test – NAAT), que pode acontecer por meio da reação em cadeia da polimerase (polymerase chain reaction – PCR) ou da amplificação mediada por transcrição (transcription-mediated amplification – TMA). Essas técnicas permitem detectar simultaneamente e discriminar o(s) patógeno(s) presente(s) na amostra (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). Assim como para os casos assintomáticos, os testes de biologia molecular também podem ser utilizados para detectar o patógeno em amostras de corrimento uretral e/ou urina no diagnóstico de casos sintomáticos (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). Outros testes previstos no Sistema Único de Saúde (SUS) também podem ser úteis para a identificação do agente causador da infecção, como a bacterioscopia e a cultura (BRASIL, 2020b). Na bacterioscopia com coloração de Gram, que tem alta sensibilidade e especificidade em amostras de corrimento uretral masculino, é possível visualizar diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares sugestivos de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015). Essa bactéria também pode ser identificada por meio de cultura em meio seletivo (Thayer-Martin ou similar) que favoreça o crescimento de bactérias do gênero *Neisseria* sp. As colônias de bactérias Gram-negativas que crescerem nesse meio de cultura deverão ser submetidas aos testes de catalase e oxidase, que, quando positivos, são sugestivos de *Neisseria gonorrhoeae*. A identificação definitiva da espécie pode ser feita por meio da investigação das colônias em provas bioquímicas manuais ou automatizadas. O perfil de susceptibilidade de *Neisseria gonorrhoeae* aos antimicrobianos também pode ser investigado com as colônias obtidas no método de cultura (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; BAZZO et al., 2018; UNEMO et al., 2019). Testes complementares não específicos podem ser utilizados para determinação de infecção uretral, como, por exemplo, esterase leucocitária positiva ou mais de dez leucócitos polimorfonucleares/ campo no exame microscópico de sedimento urinário, ambos em urina de primeiro jato (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trauma, irritação química ou inserção de corpos estranhos na uretra (WHO, 2013; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; BRASIL, 2020a).

4 TRATAMENTO

Os esquemas terapêuticos podem ser consultados na publicação do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BRASIL, 2020a). No Quadro 1, pode ser visto o resumo dos esquemas terapêuticos para uretrite.

QUADRO 1 – Tratamento de uretrites

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240 mg, IM MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais.
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1 g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500 mg, quatro comprimidos, VO, dose única (dose total: 2 g). Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por sete dias após a terapia com dose única).			

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Portaria n.º 1.553, de 17 de junho de 2020, instituiu a Vigilância Sentinela da Síndrome do Corrimento Uretral Masculino (VSCUM). Diário Oficial da União, 18 de junho de 2020.

É de **notificação compulsória** todo caso de síndrome do corrimento uretral masculino identificado nas unidades (Ficha de Notificação – anexo 1)

As notificações devem ser enviadas via e-mail para epidemioangra@gmail.com

5.1 OBJETIVOS

- Monitorar perfil epidemiológico da síndrome do corrimento uretral masculino em unidades de saúde selecionadas (unidades sentinela).
- Identificar casos de síndrome do corrimento uretral masculino e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns.
- Produzir informações a respeito da síndrome do corrimento uretral masculino para subsidiar as ações de prevenção e controle.

6 DEFINIÇÃO DE CASO - SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO

Indivíduo com presença de corrimento uretral (mucoide, mucopurulento ou purulento), verificado com o prepúcio retraído e/ou pela compressão da base do pênis em direção à glândula, após contato sexual.

Observação: todos os casos de corrimento uretral identificados nas unidades sentinelas **DEVEM SER NOTIFICADOS**, independentemente da verificação do agente etiológico

7 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

7.1 ROTEIRO DA INVESTIGAÇÃO

- Identificação do paciente - Para corrimento uretral, os casos são identificados nas unidades sentinelas por meio de evidência clínica, conforme preconizado na definição de caso.
- Coleta de dados clínicos e epidemiológicos - Para a investigação de corrimento uretral, é indispensável o preenchimento de todos os campos das fichas do Sinan. As informações a serem coletadas durante a investigação incluem dados gerais da pessoa e do local de notificação do caso. Os dados de testes diagnósticos e de tratamento, a fim de encerramento dos casos, devem ser monitorados e registrados nas unidades sentinelas.
- Análise de dados - Para conhecimento dos casos com corrimento

uretral, recomenda-se que os dados gerados pelo Sinan sejam analisados pelo menos uma vez ao ano. Os dados referentes aos testes diagnósticos e de tratamento devem ser monitorados nas unidades sentinelas e nas esferas das unidades federativas.

8 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

8.1 OBJETIVOS

- Desenvolver ações para reduzir a morbimortalidade.
- Definir e indicar as medidas de controle da transmissão.
- Interromper a cadeia de transmissão.

8.2 ESTRATÉGIAS

- Realizar abordagem centrada na pessoa e em suas práticas sexuais.
- Contribuir para que a pessoa minimize o risco de infecção por uma IST.
- Anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico são importantes elementos na abordagem das pessoas com IST.
- Informar a pessoa sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/ hepatites virais.
- Oferecer testagem para investigação etiológica da síndrome do corrimento uretral masculino.
- Oferecer testagem (especialmente teste rápido) para HIV, sífilis e hepatites B e C.
- Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado. Consultar o calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde.
- Agendar o retorno da avaliação de persistência de sintomas pós-tratamento.
- Tratar, acompanhar e orientar todas as possíveis parcerias sexuais de pessoas com corrimento uretral durante as oito semanas anteriores.
- Oferecer preservativos (feminino/masculino) e orientar sobre o uso em todas as relações sexuais.
- Notificar e investigar o caso.

Anexo 1

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO		SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO			
Definição de caso: indivíduo com presença de corrimento uretral (mucóide, mucopurulento ou purulento), verificado com o prepúcio retraído e/ou pela compressão da base do pênis em direção à glande, após contato sexual					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL MASCULINO		R 36		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	6	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino	6 - Não se aplica	13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				
	Observações Adicionais				
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome		Função	Assinatura	
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO: Nenhum campo deverá ficar em branco. Para fins de vigilância no nível local atentar para: 1. Evidências de outras DST; 2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão; 3. Comportamento sexual: relações com homens e mulheres, relações só com homens, relações só com mulheres.					

Bibliografia

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
- 2 - Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento uretral. Publicado no periódico Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, 30(Esp.1):e2020633, 2021.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Elaboração:

Glauco F. Oliveira - Secretário de Saúde de Angra dos Reis
Josieli Cano Fernandes - Diretora de Saúde Coletiva
Karla Ribeiro de Lima - Coordenadora de Programas Especiais do Adulto e Idoso
Camila Lima Siqueira – Área Técnica de Saúde do Homem
Renan Moreira Reis - Assistente de Dados Vitais

Revisão:

Eduardo Estevam de Barros – Infectologista
Jéssica da Silva Furtado - Coordenadora de Vigilância Epidemiológica