

Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções entéricas sexualmente transmissíveis

doi: 10.1590/S1679-4974202100012.esp1

Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: sexually transmitted enteric infections

Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: infecciones entéricas de transmisión sexual

Edilbert Pellegrini Nahn Junior¹ –  orcid.org/0000-0003-1656-3441

Eduardo Campos de Oliveira² –  orcid.org/0000-0001-7066-9904

Marcelo Joaquim Barbosa³ –  orcid.org/0000-0002-0089-2366

Thereza Cristina de Souza Mareco⁴ –  orcid.org/0000-0003-3402-2470

Helena Andrade Brígido⁵ –  orcid.org/0000-0002-5065-4833

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Campus Macaé, RJ, Brasil

²Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

³Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

⁴Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil

⁵Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil

Resumo

O tema infecções entéricas sexualmente transmissíveis é um dos capítulos que compõem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2020. Tal documento foi elaborado com base em evidências científicas e validado em discussões com especialistas. Este artigo apresenta aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados a essas infecções, bem como orientações para os gestores quanto ao seu manejo programático e operacional. Objetiva-se auxiliar os profissionais de saúde na triagem, diagnóstico e tratamento das pessoas com infecções entéricas sexualmente transmissíveis e suas parcerias sexuais, além de subsidiar estratégias para ações de vigilância, prevenção e controle desses agravos.

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Diarreia; Comportamento Sexual; Tratamento Farmacológico.

Endereço para correspondência:

Thereza Cristina de Souza Mareco – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, SRTVN, Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, Brasília, DF, Brasil. CEP: 70719-040

E-mail: thereza.csm@hotmail.com



Apresentação

O presente artigo aborda as infecções entéricas sexualmente transmissíveis, tema que constitui capítulo do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil. Para a elaboração do PCDT, foram realizadas a seleção e a análise das evidências disponíveis na literatura e discussão em um painel de especialistas. O documento foi aprovado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) e atualizado pelo grupo de especialistas em IST em 2020.¹

A incidência de infecções sexualmente transmissíveis anorretais cresceu nos últimos anos, em decorrência, principalmente, do aumento da prática de relações sexuais receptivas anais desprotegidas.

Aspectos epidemiológicos

Patógenos entéricos e infecções anorretais podem ser transmitidos por várias práticas sexuais sem proteção de barreira no sexo anal receptivo ou oroanal.² A transmissão de vários agentes ocorre naturalmente pela via fecal-oral, em geral causada pelo consumo de comida ou água contaminada. A transmissão sexual é bem descrita e pode ocorrer por meio de práticas oro-anais diretas, ou, indiretamente, pelo sexo oral após o sexo com penetração anal ou pelo uso de dedos ou fômites.³

A incidência de IST anorretais cresceu nos últimos anos, em decorrência, principalmente, do aumento da prática de relações sexuais receptivas anais desprotegidas.⁴ O envolvimento anorretal é comum, embora sua prevalência exata permaneça desconhecida devido à ocorrência de infecções assintomáticas e à falta de dados epidemiológicos precisos. Normalmente, as pessoas com sintomas ou lesões anorretais são encaminhadas aos coloproctologistas para avaliação e manejo.⁵

Os riscos à saúde decorrentes do sexo anal parecem ser severamente subestimados por mulheres e homens

sexualmente ativos na América do Norte, América Latina, Ásia, África e outras regiões. Entre os heterossexuais, as prevalências relatadas de uso de preservativo são quase universalmente mais baixas no sexo anal do que no sexo vaginal.⁶

Os surtos de infecções entéricas sexualmente transmissíveis em homens que fazem sexo com homens (HSH) apresentam características amplamente semelhantes. Em geral, homens relatam ter múltiplos parceiros sexuais,⁷⁻¹⁰ frequentar locais específicos para encontros sexuais¹¹⁻¹² ou festas sexuais particulares e fazer uso recreativo de drogas, incluindo o *cbemsex*, ou “sexo químico”, prática sexual em que são utilizadas as drogas metanfetamina de cristal, gama-hidroxibutirato, gama-butirolactona ou mefedrona imediatamente antes ou durante o sexo.^{8,10} É comum haver também descrição do uso da internet⁷ ou de aplicativos de redes geoespaciais⁹⁻¹⁰ para encontrar parceiros casuais que facilitam comportamentos de maior risco.¹³

Entre as principais infecções entéricas associadas à transmissão sexual em HSH, podem ser citadas hepatite A, shigelose, protozooses intestinais, como a amebíase e a giardíase, e gastroenterite bacteriana causada por *Campylobacter spp.*¹⁴ O vírus do herpes simples (*herpes simplex vírus*, HSV) e a *Neisseria gonorrhoeae* também são agentes etiológicos de infecções anorretais transmitidas pela relação sexual anal.¹⁴

A hepatite A é uma doença infecciosa aguda e geralmente autolimitada, causada pelo vírus da hepatite A, transmitido por via fecal-oral por ingestão de água e alimentos contaminados e, ainda, pelo contato íntimo com pessoa infectada.¹⁵ Surtos associados à transmissão sexual em HSH são descritos desde 2016 pelo Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças.^{16,17} Os sintomas, após um período de incubação médio de quatro semanas, são mais comuns em adultos e incluem febre, mal-estar, náusea, anorexia, dor abdominal e icterícia. Podem ocorrer, ainda, hepatite recidivante e insuficiência hepática aguda.¹⁸ A shigelose causada pela bactéria Gram-negativa *Shigella spp.* é caracterizada por disenteria bacilar grave.^{19,20} Desde a década de 1970, há relatos de surtos regulares por transmissão sexual por *Shigella sonnei* e *Shigella flexneri* entre HSH.^{21,22} A shigelose sexualmente transmissível tem sido associada a vários comportamentos, incluindo utilização de ducha, uso recreativo de drogas e *fisting*, prática em que ocorre

a introdução da mão ou antebraço na vagina ou no ânus do parceiro.^{8-10,11}

A proctocolite está associada às doenças transmitidas por alimentos ou pela água, incluindo a *Shigella spp.*;²³ e é caracterizada por diarreia aquosa ou com sangue, dor abdominal, tenesmo e, ocasionalmente, febre e mal-estar por quatro a sete dias.^{24,25} Há relatos de disseminação de infecções por *Shigella spp.* multirresistentes por via sexual.²⁶⁻²⁸ As cepas de *Shigella spp.* entre HSH demonstraram crescente resistência a múltiplas drogas, principalmente a azitromicina e a ciprofloxacina.²⁹⁻³³

As principais protozooses intestinais de interesse, no escopo das IST, são a giardíase e a amebíase. Anualmente, milhões de pessoas desenvolvem essas infecções, no entanto, apenas 10% a 20% dos indivíduos infectados se tornam sintomáticos. O risco de óbito é maior com a amebíase, pelo seu caráter invasivo.³⁴ Caracteristicamente, essas protozooses têm maior prevalência em áreas em que as condições sanitárias são inadequadas, especialmente na África, no subcontinente indiano e em partes da América Central e do Sul. Pessoas que tenham viajado para países em desenvolvimento são possíveis vetores.³⁵ Geralmente, tais infecções são contraídas por via fecal-oral, por meio da ingestão de água ou alimentos contaminados.³⁶ A maior ocorrência de enterite por *Entamoeba histolytica* entre homens homossexuais parece ser atribuível à prática de sexo oral-anal^{37,38} direta, ou via brinquedos sexuais ou felação, e pode refletir comportamento sexual de alto risco e múltiplas exposições.¹¹ O subdiagnóstico da giardíase nesse contexto torna-se frequente, em razão da baixa suspeição dessa via de transmissão.^{39,40}

Na giardíase, os sintomas mais comuns incluem diarreia, fezes oleosas, flatulência e inchaço abdominal.^{41,42} Eventualmente, podem se apresentar como uma proctite.⁴³ O período de incubação médio da giardíase é de uma a duas semanas e a duração média dos sintomas é de três a dez semanas.⁴⁴ Na amebíase, o amplo espectro de infecção intestinal varia de inflamação intestinal assintomática a transitória, até uma colite fulminante, incluindo megacólon, peritonite e abscesso hepático.^{35,45} O período de incubação da amebíase intestinal é de uma a quatro semanas.⁴⁶

Campylobacter spp. é uma das causas mais comuns de gastroenterite bacteriana em todo o mundo.^{47,48} Vários surtos foram relatados, inclusive com

resistência a antimicrobianos como a ciprofloxacina e macrolídeos.⁴⁹ A infecção extra-gastrointestinal é rara, mas pode resultar em complicações, incluindo bacteremia, infecção pulmonar, meningite ou artrite reativa, particularmente em imunocomprometidos.^{47,48} Entre as principais formas de transmissão estão a ingestão de alimentos e água contaminados e o contato com animais domésticos. Há relatos de transmissão sexual fecal-oral em locais de encontros sexuais com uso de drogas recreativas.^{50,51}

A infecção pelo HSV é caracterizada pela cronicidade e recorrência, com períodos de latência variáveis. Existem duas cepas diferentes: o HSV-2, responsável por lesões genitais, e o HSV-1, pelas extragenitais, especialmente a orolabial.⁵² No entanto, é possível encontrar inversões nessa ordem, sem diferenças no espectro clínico. O HSV-1 é comumente adquirido na infância e juventude, enquanto o HSV-2 está ligado ao início da atividade sexual. O risco de infecção aumenta com o número de parcerias sexuais ao longo da vida.⁵³

A gonorreia é uma infecção bacteriana comum, transmitida quase exclusivamente por contato sexual ou perinatal, afetando principalmente as membranas mucosas da uretra e colo do útero e, com menor frequência, reto, orofaringe e conjuntivas.⁵⁴ A infecção retal por *N. gonorrhoeae* é adquirida por meio da relação anal receptiva em ambos os sexos e pela contaminação perineal por secreções cervicovaginais em algumas mulheres. Em torno de 35% das mulheres com cervicite gonocócica apresentarão uma infecção retal concomitante por disseminação contígua da infecção.⁵⁵

Aspectos clínicos

É indicativa de IST a presença de sangramento retal e de feridas ou lesões na região anal e perianal, que podem ter prurido e ser dolorosas ou produtoras de secreções.²³

Os patógenos entéricos causam gastroenterite, que pode se diferenciar em sintomas baixos (retais), tais como dor, corrimento anal mucopurulento, tenesmo e hematoquezia, e sintomatologias altas (colônicas), como diarreia de início repentino. Quando evolui com a perda da distensibilidade retal, o quadro diarreico torna-se mais intenso, e quando há comprometimento do duodeno, ocorrem vômitos e dores abdominais associadas a cólicas.^{56,57}

Em casos graves, morbidade significativa e mortalidade podem estar associadas a diarreia, desidratação, bacteremia, uremia hemolítica e síndrome de Guillain-Barré.⁵⁸⁻⁵⁹

As complicações mais importantes envolvem inflamação da mucosa retal que se estende ao cólon, sendo o sangramento um dos sinais mais significativos, além da diarreia, que promove a intensificação dos sintomas devido à perda de distensibilidade retal. Quando há comprometimento do duodeno, ocorrem vômitos e dores abdominais associadas a cólicas.⁵⁶

Diagnóstico

O diagnóstico baseado apenas nos aspectos clínicos carece, na maioria das vezes, de especificidade, requerendo, assim, a realização de exames laboratoriais que identifiquem o agente etiológico da infecção entérica e defina a sua transmissão sexual.

Os marcadores sorológicos – anticorpos IgM e IgG anti-HAV – são os exames específicos de diagnóstico laboratorial da hepatite A. Os inespecíficos são os achados de leucopenia, aminotransferases e bilirrubinas elevadas.⁶⁰

Para a identificação de *Shigella spp.*, é realizado isolamento da bactéria em cultivos, principalmente hemocultura e coprocultura, além de testes de sensibilidade a antimicrobianos para acompanhar possíveis casos de resistência e intervenção medicamentosa.⁶¹

O diagnóstico laboratorial da amebíase geralmente é baseado em métodos microscópicos e sorológicos, incluindo o ensaio imunoenzimático (*enzyme-linked immunosorbent assay*, ELISA), o ensaio de hemaglutinação indireta, a aglutinação do látex e os testes que se baseiam em amplificação de ácidos nucleicos.⁶² O diagnóstico de amebíase intestinal em muitos países depende geralmente do exame microscópico de amostras de fezes quanto à presença ou ausência de *E. histolytica* e *Giardia lamblia*. Não está claro qual proporção de pessoas infectadas por esses protozoários é assintomática.⁶² O diagnóstico deve ser confirmado pela detecção de antígeno específico para *E. histolytica* nas fezes, para diferenciá-lo de outras amebas não patogênicas. Testes sorológicos podem contribuir no diagnóstico de doenças invasivas, como a amebíase, mas a sua sensibilidade pode variar com o tipo e estágio da doença.⁶³ A eliminação dos cistos de *G. lamblia* pode ser intermitente e perdurar por

semanas; portanto, várias amostras devem ser coletadas para o diagnóstico. Idealmente, a coleta de três amostras em dias diferentes permite a identificação de cistos em mais de 90% dos casos, em oposição a 50% a 70% daqueles com amostra única. ELISA ou imunofluorescência direta de anticorpos podem ser usados para a identificação do parasita, com sensibilidade de 88% a 98% e especificidade de 87% a 100%.⁶⁴ Métodos endoscópicos com realização de aspirado e biópsia duodenal podem ser necessários em casos de maior dificuldade diagnóstica.^{64,65}

O diagnóstico de *Campylobacter spp.* é realizado por meio do isolamento do organismo a partir de amostras de fezes ou *swabs* retais usando meios seletivos, antes do início do tratamento com antibióticos. A cultura identifica o subtipo e a suscetibilidade aos antimicrobianos. Os testes rápidos para esses patógenos, incluindo testes de antígenos e testes baseados em ácidos nucleicos, não estão disponíveis no Brasil.⁶⁵

O diagnóstico da infecção herpética baseia-se no aspecto clínico, especialmente se a infecção é recorrente, e em exames laboratoriais, tais como cultura viral, detecção de antígenos e reação em cadeia da polimerase.⁵³ Para o diagnóstico e investigação laboratorial da gonorreia em casos sintomáticos, é indicado o *swab* anal para cultura, antibiograma e detecção por biologia molecular; já para os casos assintomáticos com prática anal receptiva sem uso de preservativo, recomenda-se o rastreamento semestral por meio de *swab* anal para detecção por biologia molecular, ressaltando-se, entretanto, que a cultura é menos sensível que as técnicas de biologia molecular. As amostras de materiais extragenitais, particularmente anais e faríngeas, e os testes de biologia molecular devem necessariamente estar validados para tais sítios de coleta.¹⁴

Tratamento

O tratamento desse grupo de infecções requer primariamente a identificação ou suspeição do agente etiológico e deve ser iniciado o mais precocemente possível, não apenas visando ao alívio dos sintomas clínicos, mas, como nas demais IST, também a redução do risco da transmissão para outros indivíduos. O tratamento inclui antibióticos e parasiticidas, além de medicamentos de suporte hidroeletrólítico e sintomáticos.

O tratamento inespecífico da hepatite A é realizado com hidratação e sintomáticos. A vacina é o meio mais eficaz de prevenir a transmissão, a qual pode ser também aplicada em pós-exposição acrescida de imunoglobulina em pessoas de alto risco.⁶⁶ Na prevenção em contato sexual, é orientado o uso de preservativo oral.⁶⁷

O tratamento primário para *Shigella spp.* não complicada é realizado com ciprofloxacina, incluindo azitromicina e ceftriaxona como terapias alternativas. A prevenção é feita com higiene das mãos e de alimentos para consumo, além de práticas sexuais com barreiras protetivas.⁶⁸⁻⁷¹ As pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus*, HIV) podem ter shigelose mais grave e prolongada, principalmente com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200 células/mm³. A terapia antimicrobiana poderá ser estendida para seis semanas.⁷² Ao mesmo tempo, as alterações de mucosas podem ser portas de entrada para o HIV.²⁵

Para o tratamento da amebíase e da giardíase, são indicados o uso dos derivados nitroimidazólicos, como metronidazol, tinidazol e secnidazol, com elevadas proporções de cura. O uso desses fármacos é contraindicado a mulheres no primeiro trimestre da gravidez, lactantes e portadores de distúrbios neurológicos.³⁵ O albendazol e a nitazoxanida são antiparasitários que possuem efetividade semelhante ao metronidazol contra a giardíase e podem ser utilizados como alternativa, em doses diárias, por cinco e três dias, respectivamente.⁷³ Na giardíase, os sintomas tipicamente melhoram em cinco a sete dias após o início do tratamento. Nas formas crônicas, a melhora pode ser mais lenta. Caso ocorra persistência da diarreia, pode-se solicitar exame parasitológico de fezes para descartar persistência da giardíase.^{74,75} As complicações incluem hipocalcemia, desnutrição, atraso no crescimento, déficits cognitivos, artrite, miopatia, síndrome do intestino irritável e fadiga crônica.^{76,77}

A infecção por *Campylobacter spp.* é autolimitada e leve. O tratamento se faz com hidratação oral ou parenteral, dependendo da gravidade da doença e do grau de desidratação. É necessário evitar agentes que induzam a motilidade intestinal, pois podem impedir a resolução da infecção.⁴⁹ Deve-se ainda considerar antibióticos para os casos de alto risco, como os imunocomprometidos e idosos e em quadros mais graves,

com febre, hematoquezia ou dor abdominal intensa.⁷⁸ A ocorrência de resistência a antibióticos, especialmente a resistência à fluoroquinolona, aumentou acentuadamente a partir da década de 1990. Vários surtos foram relatados, inclusive com resistência aos antimicrobianos como ciprofloxacina e macrolídeos.⁴⁸

O tratamento da infecção pelo HSV é baseado no uso de aciclovir e seus derivados valaciclovir e famciclovir, que apresentam melhor absorção por via oral e biodisponibilidade. O uso tópico de aciclovir ou outro antiviral não se mostra efetivo na redução dos sintomas, e o uso intravenoso de aciclovir está indicado em situações especiais como doença disseminada, quadros meningoencefalíticos e pneumonite. Já nos casos de ocorrência igual ou maior que seis episódios ao ano, indica-se a terapia supressiva. A duração do tratamento supressivo é variável, mas geralmente superior a seis meses.⁵⁰

Na confirmação da *N. gonorrhoeae* como o agente infeccioso, indica-se a ceftriaxona associada a azitromicina.¹⁴ O tratamento também pode ser feito a partir do diagnóstico presuntivo baseado na anamnese da história sexual anal receptiva sem proteção.⁷⁹

Vigilância, prevenção e controle

Por meio da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, todas as hepatites virais passaram a ser de notificação compulsória⁸⁰. Entretanto, a hepatite A é de notificação compulsória desde 2003.⁸¹ As fichas de notificação compulsória encontram-se disponíveis no *site* do Ministério da Saúde.⁸² Outras IST também são de notificação compulsória, e aquelas não compulsórias em nível federal podem ser incluídas na listagem de notificação do Distrito Federal, estados e municípios, por livre autonomia, vigilância e controle, desde que sejam cumpridas as normas sanitárias.

As doenças abordadas neste artigo são transmitidas pela prática de relações sexuais desprotegidas e pela ingestão de água e alimentos contaminados. Portanto, além do uso regular de preservativos e da não realização de atos sexuais que facilitem o contato direto com as fezes, impõem-se medidas básicas de prevenção e o saneamento básico das moradias.

As medidas básicas gerais de prevenção incluem a higienização frequente das mãos, especialmente no preparo de alimentos, antes das refeições e após utilizar o sanitário; a ingestão de água clorada e filtrada;

a higienização de frutas e vegetais; e a não ingestão de alimentos com suspeita de contaminação.^{83,84}

Entende-se como saneamento básico não apenas o conjunto de serviços de infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável e esgotamento sanitário, mas, também, a limpeza urbana com manejo dos resíduos sólidos e a drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, gerando melhores condições sanitárias para a população.

Acrescenta-se como efetiva medida de prevenção a vacinação contra a hepatite A, que, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações, está indicada em dose única para todas as crianças entre 15 meses e 5 anos de idade. A coinfeção com o vírus da hepatite A é frequente entre HSH infectados por HIV. Estudos sugerem que a vacinação prévia contra a hepatite A em pessoas vivendo com HIV pode não fornecer proteção confiável contra o desenvolvimento da infecção pelo vírus. Assim, a profilaxia pós-exposição, a aplicação de imunoglobulina e a vacina monovalente podem ser

consideradas em situação recente de alto risco para o vírus da hepatite A, independentemente da situação vacinal anterior.⁶⁶

O controle de cura das infecções entéricas sexualmente transmissíveis ocorre pelo seguimento clínico após o tratamento específico.

Contribuição dos autores

Nahn Jr. EP, Oliveira EC, Barbosa MJ, Mareco TCS e Brígido HA contribuíram com a concepção, delimitação, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Agradecimento

Os autores agradecem aos membros do grupo técnico de especialistas responsáveis pela elaboração do PCDT para Atenção Integral às Pessoas com IST em 2020 a contribuição para a realização deste trabalho.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SCITE n° 42, de 5 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 8 [citado 2020 set 21]; Seção I:88. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042_08_10_2018.html
2. Jawale R, Lai KK, Lamps IW. Sexually transmitted infections of the lower gastrointestinal tract. *Virchows Arch* [Internet]. 2017 Jan [cited 2020 May 31];472(1):149-58. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00428-017-2261-5>
3. Mitchell H, Hughes G. Recent epidemiology of sexually transmissible enteric infections in men who have sex with men. *Curr Opin Infect Dis* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 May 20];31(1):50-6. Available from: <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000423>
4. Wexner SD. Sexually transmitted diseases of the colon, rectum, and anus. The challenge of the nineties. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 1990 Dec [cited 2020 May 22]; 33(12):1048-62. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF02139224>
5. Assi R, Hashim PW, Reddy VB, Einarsdottir H, Longo WE. Sexually transmitted infections of the anus and rectum. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 Nov [cited 2020 Jun 12]; 20(41):15262-8. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i41.15262>
6. Halperin DT. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, part I. *AIDS Patient Care and STDS* [Internet]. 1999 Dec [cited 2020 May 21]; 13(12):717-30. Available from: <https://doi.org/10.1089/apc.1999.13.717>
7. Marcus U, Zucs P, Bremer V, Hamouda O, Prager R, Tschaep H, et al. Shigellosis – a re-emerging sexually transmitted infection: outbreak in men having sex with men in Berlin. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2004 Aug [cited 2020 May 22]; 15(8):533-7. Available from: <https://doi.org/10.1258/0956462041558221>
8. Mook P, McCormick J, Bains M, Cowley LA, Chattaway MA, Jenkins C, et al. ESBL-Producing and macrolide-resistant shigella sonnei infections among men who have sex with men, England. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 May 22]; 22(11):1948-52. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2211.160653>
9. Gilbert VL, Simms I, Jenkins C, Furegato M, Gobin M, Oliver I, et al. Sex, drugs and smart phone applications:

- findings from semistructured interviews with men who have sex with men diagnosed with *Shigella flexneri* 3a in England and Wales. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2015 Dec [cited 2020 May 22]; 91(8):598-602. Available from: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052014>
10. Simms I, Gilbert VL, Byrne L, Jenkins C, Adak GK, Hughes G, et al. Identification of verocytotoxin-producing *Escherichia coli* O117:H7 in men who have sex with men, England, November 2013 to August 2014. *Euro Surveill* [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 May 21]; 19(43):20946. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.43.20946>
 11. O'Sullivan B, Delpech V, Pontivivo G, Karagiannis T, Marriott D, Harkness J, et al. Shigellosis linked to sex venues, Australia. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2002 Aug [cited 2020 Jun 10]; 8(8):862-4. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid0808.010534>
 12. Leentvaar-Kuijpers A, Kool JL, Veugelers PJ, Coutinho RA, van Griensven GJ. An outbreak of hepatitis a among homosexual men in Amsterdam, 1991-1993. *Int J Epidemiol* [Internet]. 1995 Feb [cited 2020 May 19]; 24(1):218-22. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/24.1.218>
 13. McKenna KYA, Green AS, Smith PK. Demarginalizing the sexual self. *J Sex Res* [Internet]. 2001 Jan [cited 2020 May 19]; 38(4):302-11. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224490109552101>
 14. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 ago 28]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
 15. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mardh O, Varela C, Avellón A, et al. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis A outbreaks in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men: third update, 28 June 2017. Stockholm, 2017. *Euro Surveill* [Internet]. 2018 Aug [cited 2020 Jun 13]; 23(33):1700641. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.33.1700641>
 16. Stene-Johansen K, Tjon G, Schreier E, Bremer V, Bruisten S, Nguu SL, et al. Molecular epidemiological studies show that hepatitis A virus is endemic among active homosexual men in Europe. *J Med Virol* [Internet]. 2007 Apr [cited 2020 Jun 20]; 79(4):356-65. Available from: <https://doi.org/10.1002/jmv.20781>
 17. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Informe técnico: aumento de casos de hepatite A no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo: SES; 2017 [citado 2020 ago 29]. Disponível em: http://nhe.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2017/07/informe_tecnico_hepatite_a.pdf
 18. Koff RS. Clinical manifestations and diagnosis of hepatitis A virus infection. *Vaccine* [Internet]. 1992 [cited 2020 Jun 20]; 10(Suppl 1):S15-7. Available from: [https://doi.org/10.1016/0264-410x\(92\)90533-p](https://doi.org/10.1016/0264-410x(92)90533-p)
 19. Wilmer A, Romney MG, Gustafson R, Sandhu J, Chu T, Ng C, et al. *Shigella flexneri* serotype 1 infections in men who have sex with men in Vancouver, Canada. *HIV Med*. 2015 Feb [cited 2020 Jun 20]; 16(3):168-75. Available from: <https://doi.org/10.1111/hiv.12191>
 20. Cresswell FV, Ross S, Booth T, Nicolas OS, Eliza A, Jasmine B, et al. *Shigella flexneri*: a cause of significant morbidity and associated with sexually transmitted infections in men who have sex with men. *Sex Transm Dis* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Jun 22]; 42(6):344. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000295>
 21. Aragón TJ, Vugia DJ, Shallow S, Samuel MC, Reingold A, Ângulo FJ, et al. Case-control study of shigellosis in San Francisco: the role of sexual transmission and HIV infection. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2007 Feb [cited 2020 Jun 22]; 44(3):327-34. Available from: <https://doi.org/10.1086/510593>
 22. Wu HH, Shen YT, Chiou CS, Fang CT, Lo YC. Shigellosis outbreak among MSM living with HIV: a case-control study in Taiwan, 2015-2016. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2019 Feb [cited 2020 Jun 24]; 95(1):67-70. Available from: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2017-053410>
 23. Felt-Bersma RJ, Bartelsman JF. Haemorrhoids, rectal prolapse, anal fissure, peri-anal fistulae and sexually transmitted diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* [Internet]. 2009 Aug [cited 2020 Jun 22]; 23(4):575-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2009.04.010>
 24. Scallan E, Hoekstra RM, Angulo FJ, Tauxe RV, Widdowson MA, Roy SL, et al. Foodborne illness acquired in the United States--major pathogens. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2011 Jan [cited 2020 Jun 22]; 17(1):7-15. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid1701.p11101>

25. Surawicz, CM. Shigella: a sexually transmitted infection in men who have sex with men. *Gastroenterology* [Internet]. 2007 Nov [cited 2020 Jun 22]; 133(5):1737-8. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.09.044>
26. Borg ML, Modi A, Tostmann A, Gobin M, Cartwright J, Quigley C, et al. Ongoing outbreak of *Shigella flexneri* serotype 3a in men who have sex with men in England and Wales, data from 2009-2011. *Euro Surveill* [Internet]. 2012 Mar [cited 2020 Jun 21]; 17(13):20137. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22490381>
27. Bowen A, Eikmeier D, Talley P, Siston A, Smith S, Hud J, et al. Notes from the field: outbreaks of shigella sonnei infection with decreased susceptibility to azithromycin among men who have sex with Men – Chicago and Metropolitan Minneapolis – St. Paul, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Jun 21]; 64(21):597-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4584772>
28. Hines JZ, Pinsent T, Rees K, Vines J, Bown A, Hurd J, et al. Notes from the field: shigellosis outbreak among men who have sex with men and homeless persons – Oregon, 2015–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Jun 21]; 65(31):812-3. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6531a5.htm>
29. Bernstein K, Bowen VB, Kim CR, Counotte MJ, Kirkcaldy RD, Kara E, et al. Infecções sexualmente transmissíveis reemergentes e recentemente reconhecidas: as experiências anteriores podem esclarecer a identificação e o controle futuros? *PLoS Med* [Internet]. 2017 dez [citado 2020 jun 21]; 14(12):e1002474. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002474>
30. Ingle DJ, Easton M, Valcanis M, Seemann T, Kwong JC, Stephens N, et al. Co-circulation of multidrug-resistant *Shigella* among men who have sex with men in Australia. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 Jun 21]; 69(9):1535-44. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz005>
31. Murray K, Reddy V, Kornblum JS, Waechter H, Chicaiz LF, Rubinstein I, et al. Increasing antibiotic resistance in *Shigella* spp. from Infected New York City residents, New York, USA. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2017 Feb [cited 2020 Jun 18]; 23(2):332-5. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2302.161203>
32. Chiou CS, Izumiya H, Kawamura M, Liao YS, Su YS, Wu HH, et al. The worldwide spread of ciprofloxacin-resistant *Shigella sonnei* among HIV-infected men who have sex with men, Taiwan. *Clin Microbiol Infect* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Jun 18]; 22(4):383.e11-383.e16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2015.12.021>
33. Williamson D, Ingle D, Howden B. Extensively drug-resistant Shigellosis in Australia among men who have sex with men. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Jun 15]; 381(25):2477-9. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMc1910648>
34. Van Hal SJ, Stark DJ, Fotedar R, Marriott D, Ellis JT, Harkness JL. Amoebiasis: current status in Australia. *Med J Aust* [Internet]. 2007 Apr [cited 2020 Jul 23]; 186(8):412-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17437396>
35. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 Apr [cited 2020 Jul 23]; 348(16):1565-73. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra022710>
36. Escolà-Vergé L, Arando M, Vall M, Rovira R, Espasa M, Sulleiro E, et al. Outbreak of intestinal amoebiasis among men who have sex with men, Barcelona (Spain). *Euro Surveill* [Internet]. 2017 Jul [cited 2020 Jul 23]; 22(30):30581. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.30.30581>
37. Morán P, Ramos F, Ramiro M, Curiel O, Conzález E, Valadez A, et al. Infection by human immunodeficiency virus-1 is not a risk factor for amoebiasis. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2005 Aug [cited 2020 Jul 23]; 73(2):296-300. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16103593>
38. Ortega HB, Borchardt KA, Hamilton R, Ortega P, Mahood J. Enteric pathogenic protozoa in homosexual men from San Francisco. *Sex Transm Dis* [Internet]. 1984 Apr [cited 2020 Jul 12]; 11(2):59-63. Available from: <https://doi.org/10.1097/00007435-198404000-00001>
39. Escobedo AA, Almirall P, Alfonso M, Cimerman S, Chacín-Bonilla L. Sexual transmission of giardiasis: a neglected route of spread? *Acta Tropica* [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Jul 13]; 132:106-11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2013.12.025>
40. Kean BH, William DC, Luminais SK. Epidemic of amoebiasis and giardiasis in a biased population. *Br J Vener Dis* [Internet]. 1979 Oct [cited 2020 Jul 13]; 55(5):375-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1045685/pdf/brjvendis00035-0063.pdf>
41. Zylberberg HM, Green PH, Turner KO, Genta RM, Lebowitz B. Prevalence and predictors of giardia in the United States. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2017 Jan

- [cited 2020 Jul 10]; 62(2):432-40. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10620-016-4447-0>
42. Feng Y, Xiao L. Zoonotic potential and molecular epidemiology of *Giardia* species and giardiasis. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2011 Jan [cited 2020 Jul 15]; 24(1):110-40. Available from: <https://doi.org/10.1128/CMR.00033-10>
 43. Kacker PP. A case of *Giardia lamblia* proctitis presenting in a V.D. clinic. *Brit J Vener Dis* [Internet]. 1973 [cited 2020 Jul 15]; 49(3):318-9. Available from: <https://doi.org/10.1136/sti.49.3.318>
 44. Rosenthal PJ. Giardiasis. In: Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW. *Current medical diagnosis & treatment* [Internet]. 56th ed. [S.l.]:McGraw-Hill Education; 2017 [cited 2020 Jul 18]. Available from: <http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2683>
 45. Reed SL. Clinical manifestations and diagnosis. In: Ravdin JI, editor. *Amebiasis* [Internet]. London: Imperial College Press; 2000 [cited 2020 Jul 13]. p. 113-26. Available from: https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9781848160583_0005
 46. Healy GR, Garcia LS. Intestinal and urogenital protozoa. In: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenoer FC, Tenover RH, editors. *Manual of clinical microbiology* [Internet]. 6th ed. Washington, D.C.: ASM Press; 1995 [cited 2020 Jul 23]. p. 1204-28. Available from: <https://www.asmscience.org/content/book/10.1128/9781555817381>
 47. Kaakoush NO, Castaño-Rodríguez N, Mitchell HM, Man SM. Global epidemiology of campylobacter infection. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Jul 20]; 28(3):687-720. Available from: <https://doi.org/10.1128/CMR.00006-15>
 48. Man SM. The clinical importance of emerging campylobacter species. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2011 Oct [cited 2020 Jun 23]; 8(12):669-85. Available from: <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2011.191>
 49. Gaudreau C, Helferty M, Sylvestre JL, Allard R, Pilon PA, Poisson M, et al. *Campylobacter coli* outbreak in men who have sex with men, Quebec, Canada, 2010-2011. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2013 May [cited 2020 Jul 14]; 19(5):764-7. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid1905.121344>
 50. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR* [Internet]. 2015 Jun [cited 2020 Jul 15]; 64(3). Available from: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/tg-2015-print.pdf>
 51. Marchand-Sénécal X, Bekal S, Pilon PA, Sylvestre JL, Gaudreau C. *Campylobacter fetus* cluster among men who have sex with men, Montreal, Quebec, Canada, 2014-2016. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2017 Nov [cited 2020 Jul 14]; 65(10):1751-3. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/cix610>
 52. Lupi O. Herpes simples, em rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. In: Tavares W, Marinho LAC. *Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças*. São Paulo: Atheneu; 2005.
 53. Jin SS. herpes simplex virus. In: Kuritzkes DR, Eron Jr J, editors. *Practice hepatology and HIV. Physician continuing medical education (for Point of Care CME activities)* [Internet]. [S.l.]: inPractice; 2016 [cited 2020 Aug 28]. Available from: https://www.inpractice.com/textbooks/hiv/management_of_specific_disease_states/ch29_pt1_viral/chapter-pages/page-2.aspx?origin=2.
 54. Marrazzo JM, Apicella MA. Neisseria gonorrhoeae (Gonorrhea). In: Bennett JE, editors. *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 2608.
 55. Beck D. Sexually transmitted diseases. In: Steele SR, Hull TL, Read TR, Saclarides TJ, Senagore AJ, Whitlow CB, editors. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. 2nd ed. New York: Springer; 2011. p. 295-307.
 56. Quinn TC. Sexually transmitted enteric infections. In: Schlossberg D, editors. *Clinical infectious disease* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2017 [cited 2020 Jul 14] p. 352-6. Available from: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139855952.060>
 57. Clutterbuck D, Asboe D, Barber T, Emerson C, Field N, Gibson S, et al. 2016 United Kingdom national guideline on the sexual health care of men who have sex with men. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Aug 10]. Available from: <https://doi.org/10.1177/0956462417746897>
 58. Farthing M, Feldman R, Finch R, Fox R, Leen C, Mandal B, et al. The management of infective gastroenteritis in adults. A consensus statement by an expert panel convened by the British Society for the Study of Infection. *J Infect* [Internet]. 1996 Nov [cited 2020 Jul 14]; 33(3):143-52. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0163-4453\(96\)92057-5](https://doi.org/10.1016/s0163-4453(96)92057-5)
 59. DuPont HL. Acute infectious diarrhea in immunocompetent adults. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Jul 14]; 370(16):1532-40. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1301069>

60. Bensabath G, Conde SRSS, Dias Junior LB, Demachki S. Hepatites virais. In: Leão RNQ, coordenador. *Medicina tropical e infectologia da Amazônia*. Belém: Samauma Editorial; 2013. p 675-739.
61. Clinical and Laboratory Standards Institute. M100-S26: Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. 30th ed. [S.l.]: CLSI; 2016 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <http://clsi.org/m100/>
62. Krogstad DJ, Spencer HC Jr, Healy GR, Gleason NN, Sexton DJ, Herron CA. Amebiasis: epidemiologic studies in the United States, 1971-1974. *Ann Intern Med* [Internet]. 1978 Jan [cited 2020 Jun 27]; 88(1):89-97. Available from: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-1-89>
63. Abd-Alla MD, Jackson TG, Ravdin JI. Serum IgM antibody response to the galactose-inhibitable adherence lectin of *Entamoeba histolytica*. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 1998 Sep [cited 2020 Jul 17]; 59(3):431-4. Available from: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.1998.59.431>
64. Nagaty IM, Hegazi MM. Dot-ELISA copro-antigen and direct stool examination in diagnosis of giardiasis patients. *J Egypt Soc Parasitol* [Internet]. 2007 Aug [cited 2020 Jul 13]; 37(2):641-8. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/176718-workup>
65. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Yellow book 2020: health information for international travel. Washington, D.C.: CDC; 2020 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/campylobacteriosis>
66. Brennan J, Moore K, Sizemore L, Mathieson AS, Wester C, Dunn JR, et al. Notes from the field: acute hepatitis A virus infection among previously vaccinated persons with HIV infection – Tennessee, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Jun 20]; 68(14):328-9. Available from: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6814a3>
67. Ruscher C, Werber D, Thoullass J, Zimmermann R, Eckardt M, Winter C, et al. Dating apps and websites as tools to reach anonymous sexual contacts during an outbreak of hepatitis A among men who have sex with men, Berlin, 2017. *Euro Surveill* [Internet]. 2019 May [cited 2020 Jun 21]; 24(21):1800460. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.21.1800460>
68. World Health Organization - WHO. Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to *Shigella dysenteriae* type 1 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/cholera/publications/shigellosis/en/>
69. Bowen A, Grass J, Bicknese A, Campbell D, Hurd J, Kirkcaldy RD. Elevated risk for antimicrobial drug-resistant *Shigella* infection among men who have sex with men, United States, 2011-2015. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Jun 21]; 22(9):1613-6. Available from: <https://doi.org/10.3201/eid2209.160624>
70. Baker KS, Dallman TJ, Ashton PM, Day M, Hughes G, Crok PD, et al. Intercontinental dissemination of azithromycin-resistant shigellosis through sexual transmission: a cross-sectional study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2015 Apr [cited 2020 Jul 13]; 15(8):913-21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00002-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00002-X)
71. Wong MR, Reddy V, Hanson H, Johnson KM, Tsoi B, Coakes C, et al. Antimicrobial resistance trends of *Shigella* serotypes in New York City, 2006-2009. *Microb Drug Resist* [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 29]; 16(2):155-16. Available from: <https://doi.org/10.1089/mdr.2009.0130>
72. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. National Institutes of Health. HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. US Department of Health and Human Services. Panel on opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents [Internet]. Washington, D.C.: CDC; 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
73. Cimerman S, Cimerman B. Parasitoses intestinais: protozooses intestinais. In: Cimerman S, Cimerman B. *Conduta em infectologia* [Internet]. São Paulo: Atheneu; 2004 [citado 2020 jun 29]. p. 329-342. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-407428>
74. Hooshyar H, Rostamkhani P, Arbabi M, Delavari M. *Giardia lamblia* infection: review of current diagnostic strategies. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* [Internet]. 2019 Winter [cited 2020 Sep 22]; 12(1):3-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30949313/>
75. Busatti HG, Santos JF, Gomes MA. The old and new therapeutic approaches to the treatment of giardiasis: where are we? *Biologics* [Internet]. 2009 [cited 2020 Jun 30]; 3:273-287. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19707415>
76. Halliez MC, Buret AG. Extra-intestinal and long-term consequences of *Giardia duodenalis* infections.

- World J Gastroenterol [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Jun 29]; 19(47):8974-85. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i47.8974>
77. Munoz FM. Treatment and prevention of giardiasis. Waltham (MA): UpToDate; 2015 [cited 2020 Jun 29]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-giardiasis>
78. Ruiz-Palacios GM. The health burden of campylobacter infection and the impact of antimicrobial resistance: playing chicken. Clin Infect Dis [Internet]. 2007 Mar [cited 2020 Jun 22]; 44(5):701-3. Available from: <https://doi.org/10.1086/509936>
79. Shover CL, Beymer MR, Unger EM, Javanbakht M, Bolan RK. Accuracy of presumptive gonorrhea treatment for gay, bisexual, and other men who have sex with men: results from a large sexual health clinic in Los Angeles, California. LGBT Health. 2018 Mar [cited 2020 Jun 22]; 5(2):139-44. Available from: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0115>
80. Ministério da Saúde (BR). Nota Informativa nº 55/2019-CGAE/. DIAHV/SVS/MS. Orientações acerca dos critérios de definição de casos para notificação de hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 jun 20]. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Nota_Informativa_Hepatites_Virais.pdf
81. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003 dez 10 [citado 2020 jul 20]; Seção I:81. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2325_08_12_2003.html
82. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sinan-Net [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 jul 31]. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br>
83. Erickson MC, Ortega YR. Inactivation of protozoan parasites in food, water, and environmental systems. J Food Prot [Internet]. 2006 Nov [cited 2020 Jun 29]; 69(11):2786-808. Available from: <https://doi.org/10.4315/0362-028x-69.11.2786>
84. Shirley DAT, Farr L, Watanabe K, Moonah S. A Review of the global burden, new diagnostics, and current therapeutics for amebiasis. Open Forum Infect Dis [Internet]. 2018 Jul [cited 2020 Jun 29]; 5(7):ofy161. Available from: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy161>

Abstract

The topic of sexually transmitted enteric infections is one of the chapters of the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Comprehensive Care for People with Sexually Transmitted Infections, published by the Brazilian Ministry of Health in 2020. The document was developed based on scientific evidence and validated in discussions with specialists. This article presents epidemiological and clinical aspects related to these infections, as well as guidance for service managers on their programmatic and operational management. The aim is to assist health professionals with screening, diagnosis and treatment of people with sexually transmitted enteric infections and their sexual partners, in addition to supporting strategies for their surveillance, prevention and control.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases; Diarrhea; Sexual Behavior; Drug Therapy.

Resumen

El tema de las infecciones entéricas de transmisión sexual es uno de los capítulos del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, publicado por el Ministerio de Salud de Brasil en 2020. El documento fue desarrollado en base a evidencia científica y validado en discusiones con especialistas. Este artículo presenta aspectos epidemiológicos y clínicos relacionados a esas infecciones, así como pautas para los administradores en cuanto a su gestión programática y operativa. El objetivo es ayudar al personal de salud en la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con infecciones entéricas de transmisión sexual y sus parejas sexuales, además de contribuir con estrategias para acciones de monitoreo epidemiológico, prevención y control de esas enfermedades.

Palabras clave: Enfermedades de Transmisión Sexual; Diarrea; Conducta Sexual; Quimioterapia.

Recebido em 23/07/2020
Aprovado em 04/09/2020

| Errata

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