



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Doença Inflamatória Pélvica Aguda

Área(s): Saúde da Mulher, Ginecologia e Obstetrícia

Portaria SES-DF N° 454, de 27 de setembro de 2024, publicada no DODF N° 188 de 01/10/2024.

LISTA DE ABREVIATURAS

Data da última menstruação (DUM)
Dispositivo intrauterino (DIU)
Doença inflamatória pélvica aguda (DIPA)
Infecção sexualmente transmissível (IST)
Proteína C reativa (PCR)
Ressonância nuclear magnética (RNM)
Tomografia computadorizada (TC)
Ultrassonografia transvaginal (USG-TV)
Velocidade de hemossedimentação (VHS)

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura.....	4
1.1. Bases de dados consultadas.....	4
1.2. Palavra(s) chave(s).....	4
1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	4
2. Introdução.....	4
3. Justificativa.....	6
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).....	7
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional	7
6. Critérios de Inclusão.....	10
7. Critérios de Exclusão	10
8. Conduta	10
8.1. Conduta Preventiva.....	12
8.2. Tratamento Não Farmacológico	12
8.3. Tratamento Farmacológico	12
9. Benefícios Esperados	14
10. Monitorização.....	15
11. Acompanhamento Pós-tratamento	15
12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER.....	15
13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor	15
14. Referências Bibliográficas.....	15

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

As bases de dados consultadas foram Medline/Pubmed, a plataforma Cochrane, Scielo, UpToDate, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde e o protocolo de Doença Inflamatória Pélvica da FEBRASGO.

1.2. Palavra(s) chaves(s)

Doença inflamatória pélvica, dor pélvica aguda, abscesso tubo-ovariano.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados 12 artigos relevantes entre os períodos de 2010 a 2022, incluindo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

2. INTRODUÇÃO

A doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) consiste numa infecção sexualmente transmissível (IST) e ascendente do trato genital feminino resultando em uma endometrite, salpingite e/ou ooforite¹.

Sua importância clínica reside na sua grande incidência. Estima-se que nos Estados Unidos ocorram aproximadamente 1 milhão de novos casos por ano. No Brasil, estima-se que ocorram 10 a 12 milhões de casos por ano, estatística de difícil comprovação por não se tratar de doença de notificação compulsória^{1,2,8}.

Por ser ligada à sexualidade, sua faixa etária predominante está entre os 15 e 39 anos, sendo que as adolescentes têm risco três vezes maior de contrair a infecção¹.

Embora tenha uma baixa mortalidade, a morbidade e as sequelas do problema são muito frequentes. As causas mais comuns de morte são a ruptura de abscesso tubo-ovariano, em cerca de 5 a 10% daquelas mulheres que chegam neste estágio, e a sepse¹.

As consequências mais comuns são: a dor pélvica crônica secundária a aderências pélvicas, o aumento do risco de uma futura gestação tubária e de recorrência da própria DIPA, bem como a infertilidade. Cada episódio de DIPA duplica o risco de infertilidade por fator tubário¹.

Cerca de 25% das mulheres com doença inflamatória pélvica terão dor pélvica crônica, 10% a 50% terão infertilidade e 15% a 60% terão gravidez ectópica, geralmente causada por cicatrizes e aderências nas trompas de Falópio. Essas proporções aumentam com o número de episódios de infecções, sendo muito altas em partes da África, Ásia e América do Sul, onde os serviços de saúde não são facilmente acessíveis. Há também relatos de que a doença inflamatória pélvica pode estar associada a um maior risco de acidente vascular cerebral, câncer de ovário e obstrução aguda do intestino delgado⁸.

Os casos mais graves podem evoluir para a Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis que, na fase aguda, apresenta exsudato purulento na cápsula de Glisson e, na fase crônica, é caracterizada por aderências peri-hepáticas do tipo “corda de violino”³.

Os fatores de risco para a DIPA incluem o início precoce da atividade sexual, múltiplas parcerias sexuais, o uso de duchas vaginais frequentes e de tampões vaginais, história prévia ou do parceiro com infecções sexualmente transmissíveis e nível socioeducativo mais baixo³. O uso de dispositivo intrauterino (DIU) foi considerado por muito tempo como fator de risco. Entretanto, as revisões mais recentes mostram que isso só ocorre nas primeiras três semanas após a inserção do dispositivo. Depois disso, a incidência e gravidade da DIPA é igual para usuárias e não usuárias de DIU⁷.

Os fatores protetores passam pelos fatores comportamentais, o uso de método contraceptivo de barreira e o uso de anticoncepcionais à base de progesterona (o qual provoca espessamento do muco cervical e redução do fluxo menstrual)¹.

A infecção habitualmente é por flora polimicrobiana. A Figura 1 mostra as principais bactérias relacionadas à DIPA⁴.

PATÓGENOS RELACIONADOS À DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	
MAIS COMUNS	
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Mycoplasma hominis</i>
OUTROS	
	<i>Trichomonas vaginalis</i>
	<i>Ureaplasma urealiticum</i>
	<i>Hemophilus influenzae</i>
	<i>Escherichia coli</i>
	<i>Streptococcus sp</i>
	<i>Pseudomonas sp</i>
	<i>Clostridium sp.</i>
	<i>Bacteroides sp</i>
	<i>Proteus mirabilis</i>

Figura 1. Patógenos comumente relacionados à doença inflamatória pélvica

3. JUSTIFICATIVA

Pela alta incidência da afecção e suas consequências imediatas e tardias, a abordagem correta da doença inflamatória pélvica gera impacto tanto no atendimento satisfatório das pacientes da rede pública, bem como nas consequências futuras da doença, trazendo benefícios à saúde individual e coletiva e reduzindo custos de tratamento.

Assim, a implantação deste protocolo é essencial para a melhoria do cuidado às pacientes com suspeita de doença inflamatória pélvica nos diversos níveis de assistência à saúde, desde as portas de entrada na Atenção Primária ou nos serviços de urgência e emergência, até o seguimento na Atenção Secundária e Terciária.

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

N70 – Salpingite e ooforite

N70.0 – Salpingite e ooforite agudas

N70.2 – Salpingite e ooforite não especificadas

N71 – Doença inflamatória do útero, exceto o colo

N71.1 – Doença inflamatória aguda do útero

N71.2 – Doença inflamatória não especificada do útero

N73 – Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas

N73.0 – Parametrite e celulite pélvicas agudas

N73.2 – Parametrite e celulite pélvicas não especificadas

N73.3 – Pelviperitonite aguda feminina

N73.5 – Pelviperitonite não especificada feminina

N73.6 - Aderências pelviperitoneais femininas

N73.8 – Outras doenças inflamatórias especificadas da pelve feminina

N73.9 – Doença inflamatória não especificada da pelve feminina

N74 – Transtornos inflamatórios da pelve feminina em doenças classificadas em outra parte

N74.0 – Tuberculose do colo do útero

N74.1 – Tuberculose da pelve feminina

N74.2 – Sífilis pélvica feminina

N74.3 – Infecção gonocócica da pelve feminina

N74.4 – Infecção pélvica feminina por clamídia

N74.8 – Inflamação pélvica feminina em outras doenças classificadas em outra parte

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

Toda paciente atendida na emergência com queixa de dor pélvica aguda deve ser submetida a anamnese detalhada com enfoque nos fatores de risco para a DIPA, nas características da dor e nas manifestações associadas como febre, hiporexia e presença de corrimento vaginal.

Pesquisar também a data da última menstruação (DUM) e uso de método contraceptivo, para diagnóstico diferencial com outras causas de dor³.

Na ectoscopia, avaliar estado geral da paciente, mucosas, hidratação, presença de sinais de sepse e nível de consciência. Aferir dados vitais: frequência cardíaca e respiratória, temperatura axilar, pressão arterial e oximetria, para detectar precocemente se há sinais de sepse³.

O exame abdominal visa identificar especialmente a localização da dor e sinais de irritação peritoneal, como dor à descompressão brusca, e se há massas pélvicas palpáveis¹.

O exame físico ginecológico é de fundamental importância para o diagnóstico, pois nele se encontram critérios maiores para o diagnóstico (ver Figura 2). Iniciar com exame especular à procura de secreção purulenta ou alterações vaginais ou do colo uterino⁸.

Depois, realizar toque vaginal bimanual pesquisando: posição, volume e mobilidade do útero, se há dor à sua palpação e mobilização, se há dor à palpação de fundo de saco vaginal, se há espessamento anexial ou massas anexiais palpáveis¹.

Depois disso, parte-se para a propedêutica laboratorial que inclui hemograma (para avaliação de leucocitose ou outros parâmetros de diagnóstico diferencial com outras causas de dor pélvica aguda), teste de gravidez, velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR)¹.

Após o diagnóstico da DIPA, é importante uma avaliação de imagem para estadiamento da doença. Tal avaliação pode ser feita através de ultrassonografia transvaginal (USG-TV), tomografia computadorizada (TC) pélvica ou ressonância nuclear magnética (RNM), conforme disponibilidade no serviço. Entretanto, o tratamento com antibióticos deve ser iniciado imediatamente e independentemente da avaliação imaginológica¹.

A Figura 2 mostra os critérios para o diagnóstico da DIPA¹. Como diagnósticos diferenciais devem ser considerados: apendicite, prenhez ectópica, endometriose, endometrite crônica, cistos ovarianos rotos ou hemorrágicos, torção ovariana, urolitíase e infecções do trato urinário⁹.

Após o diagnóstico da doença, deve-se realizar o seu estadiamento para direcionar o tratamento. A Figura 3 mostra o estadiamento da DIPA conforme suas características clínicas^{3,8}.

DIAGNÓSTICO DE DIPA: 03 CRITÉRIOS MAIORES + 01 CRITÉRIO MENOR OU 01 CRITÉRIO ELABORADO
CRITÉRIOS MAIORES (EXAME FÍSICO)
Dor no abdome inferior Dor à mobilização do colo uterino Dor à palpação anexial
CRITÉRIOS MENORES (MANIFESTAÇÕES INFLAMATÓRIAS INESPECÍFICAS)
Temperatura axilar ≥ 37,8 C Secreção vaginal / cervical anormal Massa pélvica Hemograma infeccioso PCR e VHS aumentadas Laboratório comprovando infecção por clamídia, gonococo ou micoplasma Mais de 05 leucócitos em campo de imersão de endocérvice
CRITÉRIOS ELABORADOS (VISUALIZAÇÃO DIRETA DA PATOLOGIA)
Exame de imagem sugestivo de abscesso tubo-ovariano ou em fundo de saco Laparoscopia evidenciando DIPA Evidência histopatológica de endometrite

Figura 2. Critérios diagnósticos para a Doença Inflamatória Pélvica aguda

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Estágio 1	Endometrite/Salpingite SEM peritonite
Estágio 2	Endometrite/Salpingite COM peritonite
Estágio 3	Endometrite/Salpingite com abscesso tubo-ovariano ÍNTEGRO
Estágio 4	Endometrite/Salpingite com abscesso tubo-ovariano ROTO

Figura 3. Estadiamento da doença inflamatória pélvica aguda

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todas as pacientes atendidas no âmbito da SES/DF com dor pélvica aguda devem ser investigadas para DIPA. Após excluídos os diagnósticos diferenciais, todas com a confirmação clínica devem ser incluídas no tratamento

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pacientes que tiveram o diagnóstico de DIPA descartado devem ter a terapêutica conforme a sua afecção.

8. CONDUTA

O tratamento da DIPA visa, a curto prazo, o controle dos sintomas e a erradicação do agente etiológico. A longo prazo, visa minimizar o dano tubário³.

Independentemente da avaliação de imagem, o tratamento deve ser iniciado imediatamente, pois uma demora de dois a três dias para a instituição da terapêutica triplica os riscos de sequelas de infertilidade⁹.

A terapêutica depende de seu estadiamento. Em caso de sepse, iniciar protocolo para tal, regulando e encaminhando a paciente à Unidade de Terapia Intensiva disponível. Iniciar o tratamento adequado e reestadiar a doença a cada 48 a 72 horas, reprogramando o tratamento de acordo com o novo estágio³. O tratamento para cada estágio encontra-se detalhado na Figura 4⁵.

ESTÁGIO	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
<p>Estágio 1 (Endometrite/Salpingite sem peritonite)</p> <p>Obs: se paciente HIV+ ou houver intolerância ao tratamento oral, tratar como estágio 2</p>	<p>AMBULATORIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoterapia - Medidas gerais - Observar febre e dor 	<p>REAVALIAÇÃO APÓS 72 HORAS.</p> <p>Se houver ausência de febre e alívio na dor, completar antibioticoterapia e encerrar o tratamento.</p> <p>Se houver piora na dor ou manutenção da febre após 48 horas do início do antibiótico, internação e antibioticoterapia intravenosa para o estágio 2</p>
<p>Estágio 2 (Endometrite/Salpingite com peritonite)</p>	<p>HOSPITALAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoterapia - Medidas gerais - Curva térmica de 4/4 horas - Observação do padrão de dor - Leucograma após 48 horas do início do antibiótico 	<p>AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA E REAVALIAÇÃO DO TRATAMENTO APÓS 48 HORAS.</p> <p>Se houver ausência de febre por 24 horas e alívio significativo na dor, programar alta com antibioticoterapia oral por 14 dias.</p> <p>Se houver piora na dor, febre após 48 horas do início do antibiótico ou piora no leucograma, trocar o esquema de antibiótico e considerar laparotomia ou laparoscopia para lavagem da cavidade pélvica (individualizar)</p>
<p>Estágio 3 (Abscesso íntegro)</p>	<p>HOSPITALAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antibioticoterapia - Medidas gerais - Curva térmica de 4/4 horas - Observação do padrão de dor - Leucograma após 48 horas do início do antibiótico 	<p>AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA E REAVALIAÇÃO DO TRATAMENTO APÓS 48 HORAS.</p> <p>Se houver ausência de febre por 24 horas e alívio significativo na dor, programar alta com antibioticoterapia oral por 14 dias.</p> <p>Se houver piora na dor, febre após 48 horas do início do antibiótico ou piora no leucograma, fazer laparotomia ou laparoscopia para drenagem do abscesso com retirada de estruturas acometidas se necessário e troca do esquema antibiótico.</p>
<p>Estágio 4 (Abscesso roto)</p>	<p>HOSPITALAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabilização hemodinâmica - Antibioticoterapia - Medidas gerais - Laparotomia ou laparoscopia imediata para drenagem do abscesso, controle de sangramento e retirada de estruturas acometidas, se necessário - Observação da curva térmica 	<p>AVALIAÇÃO CLÍNICA DIÁRIA E REAVALIAÇÃO DO TRATAMENTO A CADA 48 HORAS.</p> <p>Se houver ausência de febre por 24 horas e alívio significativo na dor, programar alta com antibioticoterapia oral por 14 dias.</p> <p>Se houver piora na dor, febre após 48 horas do início do antibiótico ou piora no leucograma, considerar reabordagem para nova lavagem da cavidade e troca do esquema antibiótico.</p>

Figura 4. Tratamento da DIPA conforme seu estágio clínico^{7,8,9,10}

8.1. Conduta Preventiva

A conduta preventiva nos casos de DIPA abrange prevenção primária e secundária.

Para a prevenção primária, sugerem-se ações educativas estimulando o uso de contraceptivos de barreira (em especial, condom), desencorajando as duchas vaginais e uso excessivo de tampões vaginais, bem como a visita rotineira ao médico para avaliação ginecológica^{2,8}.

Para a prevenção secundária, sugere-se o tratamento adequado da doença para prevenir suas sequelas, em especial, o dano tubário^{2,8}.

8.2. Tratamento Não Farmacológico

Para todos os pacientes, além das medidas farmacológicas, deve-se orientar as seguintes **medidas gerais**: repouso; abstinência sexual; retirada de DIU - se inserção recente (até 3 semanas) ou se não houver melhora com o tratamento.^{3,7}

Além disso, é importante o tratamento dos sintomas da DIPA, com analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não esteroides.^{3,7}

8.3. Tratamento Farmacológico

Conforme recomendações do Ministério da Saúde, os esquemas terapêuticos deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis*; agentes anaeróbios (que podem causar lesão tubária), em especial *Bacteroides fragilis*; vaginose bacteriana; bactérias Gram- negativas; bactérias facultativas e estreptococos, mesmo que esses patógenos não tenham sido confirmados nos exames laboratoriais.¹¹

Devido à diversidade de agentes etiológicos implicados na DIP, a melhor conduta é a associação de antibióticos. A monoterapia não é recomendada.¹¹

Devido à resistência emergente e em expansão de *N. gonorrhoeae* ao ciprofloxacino, não se recomenda tratamento empírico para DIP com quinolonas.¹¹

A Figura 5 mostra algumas opções de esquemas antibióticos para cada estágio da DIPA⁶. Nas opções de tratamento para o estágio 1 da doença, no caso de escolha por esquema combinado de 01 fármaco injetável (dose única) + fármacos de uso oral, administrar a dose injetável no momento do diagnóstico e dar alta à paciente com a prescrição do outro medicamento para casa.

ESTÁGIO	ESQUEMA DE ANTIBIOTICOTERAPIA	
Estágio 1	OPÇÃO 1	Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas por 14 dias + Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12 horas por 14 dias ¹¹
	OPÇÃO 2	Cefotaxima 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas por 14 dias + Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 12/12 horas por 14 dias ¹¹
Estágio 2	OPÇÃO 1	Ceftriaxona 1 g IV 1x/dia + Metronidazol 400 mg IV 12/12 horas + Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas ¹¹
	OPÇÃO 2	Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas + Gentamicina 3-5 mg/kg IV 1x/dia ¹¹
	OPÇÃO 3	Ampicilina /Sulbactam 3 g IV 6/6 horas + Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas ¹¹
	APÓS A ALTA	Clindamicina 300 mg 02 comprimidos VO 8/8 horas OU Doxiciclina 100 mg VO 12/12 horas ⁹ MANTER POR 14 DIAS
Estágio 3	IDEM ESTÁGIO II	
Estágio 4	IDEM ESTÁGIO II	

Figura 5. Opções de antibióticos para o tratamento da DIPA^{9,11}

O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e continuação terapêutica antimicrobiana por via oral deve se estender até 14 dias.

Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol, para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.

A paciente deve ser triada para outras IST e recomendada a manter abstinência sexual até o tratamento das parcerias sexuais. Além disso, deve ser devidamente orientada quanto às medidas de proteção para novas infecções de origem sexual⁹.

Como se trata de infecção majoritariamente sexualmente transmissível, para a quebra da cadeia de transmissão, a parceria sexual deve ser convocada em serviço de saúde e tratada⁶. A melhor opção terapêutica é o uso de Azitromicina 500 mg 02 comprimidos VO em dose única.

8.3.1. Fármaco(s)

A Figura 6 mostra os fármacos descritos no tratamento farmacológico conforme a relação de medicamentos padronizados na SES/DF.

MEDICAMENTO	CÓDIGO	APRESENTAÇÃO	NÍVEL DE ATENÇÃO
Ampicilina/ Sulbactan	90302	Pó para solução injetável (2000 mg + 1000 mg)/ frasco ampola	Uso hospitalar
Azitromicina	90106	Comprimidos 500 mg	UBS e uso hospitalar
Cefotaxima (sódica)	36518	Pó para solução injetável 1000 mg frasco ampola	Uso hospitalar
Ceftriaxona	90889	Pó para solução injetável 1g frasco ampola	UBS e uso hospitalar
Clindamicina (cloridrato)	90099	Cápsula 300 mg	UBS e uso hospitalar
Clindamicina	90104	Solução injetável 150 mg/ml ampola 4 ml	Uso hospitalar
Doxiciclina	90948	Drágea ou comprimido revestido 100 mg	UBS e uso hospitalar
Gentamicina	90894	Solução injetável 40 mg/ml ampola 2 ml	UBS e uso hospitalar
Metronidazol	90708	Comprimido 400 mg	UBS e uso hospitalar
Metronidazol	10278	Solução injetável 5 mg/ml bolsa ou frasco 100 ml Sistema fechado de infusão	Uso hospitalar

Figura 6. Relação dos medicamentos para o tratamento da Doença Inflamatória Pélvica conforme padronização na SES/DF e nível de atenção no qual a medicação é padronizada.

Fonte (modificado de): Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Coordenação de Atenção Especializada à Saúde, Diretoria de Assistência Farmacêutica, Relação dos Medicamentos Padronizados na SES/DF 2021¹²

Conferir lista completa no link: <http://www.saude.df.gov.br/reme-df/>.

8.3.2. Esquema de Administração

Ver Figura 5.

8.3.3. Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Ver item 8.2.

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Redução na morbimortalidade feminina e no impacto das sequelas da DIPA.

10. MONITORIZAÇÃO

Ver item 8.2.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

De acordo com o quadro clínico e características individuais, pacientes com diagnóstico de DIPA podem necessitar de seguimento ambulatorial, devendo ser reguladas conforme os critérios de encaminhamento para regulação e realização de consultas em Ginecologia na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) constantes na Nota Técnica N.º 11/2023 - SES/SAIS/CATES/DUAEC, 06 de julho de 2023. Assunto: Critérios de regulação para a realização de Consultas em Ginecologia na rede pública de saúde do DF.

12. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

Não se aplica.

13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A regulação e controle devem ser feitos através da avaliação dos indicadores de saúde de cada regional, como taxas de mortalidade feminina por doença inflamatória pélvica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic Inflammatory Disease. N Engl J Med. 2015 May 21;372(21):2039-48. doi: 10.1056/NEJMra1411426.
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de IST, Aids e Hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT): atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2015 (1ª edição): 58-63
3. Ross J, Judlin P, Nilas L. 2012 European Guideline for the Management of Pelvic Inflammatory Disease. Int J of STD&AIDS 2014
4. Tamarelle J, Thiébaud ACM, de Barbeyrac B, Bébéar C, Ravel J, Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papillomavirus, Chlamydia

- trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Mycoplasma genitalium infections: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2018 May 3. pii: S1198-743X(18)30359-8. doi: 10.1016/j.cmi.2018.04.019. [Epub ahead of print]
5. Loeper N1, Graspeuntner S1, Rupp J2 Microbiota changes impact on sexually transmitted infections and the development of pelvic inflammatory disease. *Microbes Infect.* 2018 Feb 13. pii: S1286-4579(18)30047-9. doi: 10.1016/j.micinf.2018.02.003. [Epub ahead of print]
 6. Savaris RS, et al. Treatment for pelvic inflammatory disease. Cochrane, 2017
 7. Center of Disease Control and Prevention. Pelvic Inflammatory Disease. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
 8. 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; 2015 [citado [citado 2020 out 2]]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
 9. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician.* 2019 Sep 15;100(6):357-364. PMID: 31524362.
 10. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Doença Inflamatória Pélvica – Protocolo FEBRASGO. *Ginecologia.* n25. 2018.
 11. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
 12. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES DF). Relação dos Medicamentos do Distrito Federal. 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2021/01/NAO-MODIFICAR-REME-PROF-251021.2.pdf>