

12. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Marilia Belmira de Castro Rego¹

Maria Aparecida da Silva²

Vanessa Elias da Cunha³

Iohanna Maria Guimaraes Dias⁴

Gustavo Paulo de Almeida⁵

Marise Ramos de Souza⁶

Valéria Borba Florêncio⁷

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente.

Decisão COFEN nº 244/2016. Aprova o Parecer de Conselheiros nº 259/2016/Cofen e revoga expressamente o Parecer Normativo Cofen nº 001/2013.

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 568/2018 - Alterada pela Resolução COFEN nº 606/2019. Regulamenta o funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

¹ Enfermeira. Mestre em Medicina Tropical. Gerente de Agravos Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

² Enfermeira. Mestre. Professora da Escola de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - GO.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem no cuidado à saúde humana. Especialista em Infectologia pela Residência Multiprofissional.

⁴ Enfermeira. Especialista em Especialista em infectologia pela Residência Multiprofissional. Analista em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

⁵ Enfermeiro. Especialista em Serviço de Controle de Infecção e Segurança do Paciente. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Serra da Mesa.

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Jataí.

⁷ Enfermeira. Especialista em Vigilância em Saúde. Analista em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) exercem grande impacto na saúde sexual do indivíduo e, conseqüentemente na sua vida. Ante aos desdobramentos decorrentes de uma IST, elas merecem atenção especial e por isso são abordadas aqui de forma breve, quanto à alguns aspectos epidemiológicos e clínicos, que orientam a atuação do enfermeiro na triagem, no manejo clínico, preventivo, diagnóstico e tratamento das pessoas com IST, assim como de suas parcerias sexuais.

As IST são agravos à saúde causadas por vírus, bactérias, entre outros microrganismos, transmitidos, principalmente por meio do contato sexual desprotegido, seja por relações sexuais vaginais, sexo oral e anal, ou ainda da mãe para o filho durante a gestação, parto ou pela amamentação. Eventualmente, também pode ocorrer a transmissão por via sanguínea. Tais agravos são considerados problemas de saúde pública, já que, em geral, eles são reconhecidos como doenças mais comuns nas populações mundiais. As IST, além de acometer a saúde das pessoas, impactam, significativamente, na saúde reprodutiva e infantil, influenciam na fertilidade, causam complicações durante a gestação e o parto, e ainda predisõem à transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV), entre outros (DOMINGUES *et al.*, 2021; BRASIL, 2020; WHO, 2016).

As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam a ocorrência mundial de mais de um milhão de contaminações de IST por dia, evidenciando um problema de Saúde Pública global. Por outro lado, estima-se também a incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade. Dessa incidência, 127,2 milhões de casos são de clamídia, 86,9 milhões de gonorreia e 6,3 milhões de casos de sífilis. Somente nas Américas, a estimativa é de 29,8 milhões de casos de clamídia, 13,8 milhões de casos de gonorreia e dois milhões de sífilis, revelando cada vez mais a magnitude do problema (WHO, 2016; CRUZ *et al.*, 2020).

Na perspectiva de reduzir a ocorrência das IST nacionalmente e dar agilidade à resolução do problema, desde a década de 1980 o Ministério da Saúde (MS) têm implantado estratégias, estabelecido ações e implementado diretrizes nacionais, cujo objetivo é diagnosticar IST e aconselhar os indivíduos de maneira ética e resolutiva. Face à isso, a implantação (em 1980) dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), passam nos anos 1990, a ter suas ações compartilhadas com a Atenção Primária à Saúde (APS), levando a ampliação do espaço de atuação do enfermeiro nos últimos 20 anos, no que se refere ao manejo clínico de IST, com vistas à prevenção, diagnóstico e tratamento a partir da APS (BRASIL, 2017b).

A atuação desse profissional nesse espaço se deve à Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº 7.498/867) que assegura ao enfermeiro, a consulta de Enfermagem, a prescrição de medicamentos aprovados por protocolos institucionais. Nesse sentido, a Portaria nº 2.436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece, na consulta de Enfermagem, além de outras atribuições, a solicitação de exames complementares e a prescrição de medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou ainda outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, desde que observadas as disposições legais da profissão (COFEN, 2009; 2007).

Apesar dos avanços da saúde no controle das IST, o cenário atual ainda requer a necessidade de se qualificar ainda mais a assistência ao paciente na APS, para o enfrentamento das IST, a equipe de enfermagem pode e deve contribuir, significativamente, com a redução das IST no país. Para isso, as informações e os conteúdos, as figuras e os fluxogramas, servem de suporte para direcionar o enfermeiro e sua equipe na realização de triagem, diagnóstico e tratamento das IST que ainda carecem de investimentos e atuação profissional de qualidade.

2. ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS IST

Com o respaldo da Lei do Exercício Profissional (COFEN, 2017; 1986), o enfermeiro tem o compromisso de colaborar com a redução das IST. Para isso, é imprescindível a realização da consulta de enfermagem, a definição de diagnóstico e aplicação do tratamento, além da adoção de outros procedimentos e atividades individuais e coletivas, conforme previstos nos protocolos e/ou outras normativas técnicas, desde que sejam observadas as disposições legais da profissão. É preciso que a enfermagem aplique os seus conhecimentos, as suas experiências e a sua criatividade nas ações de intervenção para o controle das IST.

Frente a prevenção, diagnóstico e tratamento de IST, HIV, a equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), adequadamente capacitada, pode e deve exercer atribuições primordiais no manejo clínico das IST em qualquer ciclo da vida do paciente.

Ações do Enfermeiro

- Investigação e avaliação das IST em âmbito individual e coletivo;
- Consulta de enfermagem, dando prioridade às informações mais relevantes quanto às IST;
- Solicitação e realização de exames, conforme os protocolos vigentes;
- Escuta ao usuário/paciente com atenção e respeito, valorizando as suas queixas quanto às IST;
- Aconselhamento do usuário/paciente (antes, durante e após) a consulta de enfermagem;
- Transmissão de informações corretas, sem discriminação, sem constrangimento e sem julgamento;
- Prescrição de medicamentos estabelecidos nos protocolos vigentes e nas rotinas aprovados pelas instituições de saúde;
- Encaminhamento de usuários a outras unidades de saúde;
- Aplicação dos instrumentos e fluxos de informações do SVE;
- Monitoramento das pessoas suspeitas de IST e suas parcerias sexuais;
- Convocação de pacientes de risco e faltosos às ações programáticas;
- Notificação dos casos ou óbitos suspeitos e confirmados de agravos sob vigilância;
- Realização de ações educativas em saúde, conforme a realidade e especificidade de cada grupo;
- Respeito às diferenças de idade, estado civil, classe social, identidade de gênero, orientação sexual, credo ou religião;
- Valorização de cada atendimento como se fosse o mais importante do dia;

Ações do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realização de visitas domiciliares e convocação de pacientes de risco e faltosos às ações programáticas;
- Notificação dos casos ou óbitos suspeitos e confirmados de agravos;
- Realização de ações educativas em saúde para grupos específicos ou instituições; conforme a realidade e especificidade de cada grupo;
- Acompanhamento e supervisão de tratamento de pacientes e suas parcerias com IST.

Atribuições do Enfermeiro

De acordo com Brasil (2019c; 2020), o controle das hepatites virais, por exemplo, deve ser pautado nas ações de promoção da saúde, prevenção e rastreamento, diagnóstico e tratamento dos pa-

cientes, no âmbito da APS considerada a área estratégica para ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento dos usuários acometidos por esses agravos. É imprescindível o diagnóstico preciso e precoce para permitir tratamento em tempo oportuno para impactar diretamente na qualidade de vida das pessoas, além de prevenir complicações como cirrose avançada e câncer hepático, entre outras. Compete ao Enfermeiro:

- Realizar testes rápidos (sorologia) de diagnóstico para detecção do HIV, hepatite B, Hepatite C e Sífilis;
- Realizar aconselhamento pré e pós testes;
- Proceder à emissão de laudos;
- Encaminhar usuários/pacientes sob sua supervisão;
- Solicitar exames moleculares para pesquisa de CV dos vírus das hepatites HCV (HCV-RNA) e da HBV (HBV-DNA);
- Solicitar exames complementares/confirmatórios para o diagnóstico preciso e precoce das hepatites B e C;
- Elaborar laudos de resultados de testes rápidos para HBV e HCV;
- Ampliar o acesso e cuidado integral às populações-chave e/ou prioritárias para agravos como HIV, hepatites virais, entre outras IST;
- Vacinar o usuário contra hepatite A e B e HPV (conforme especificidade e calendário);
- Realizar ações de vigilância epidemiológica dos casos de hepatites virais, em todas os ciclos de vida;
- Identificar, diagnosticar e tratar as parcerias sexuais das pessoas com hepatites virais;
- Elaborar e implementar diretrizes de cuidados para a população sob seus cuidados;
- Elaborar e implementar ações de prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com hepatites virais, que possam ser discutidas com a população durante as visitas domiciliares;
- Realizar processos educativos individuais e coletivos (relacionados aos temas) de prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com hepatites virais, HIV, entre outras IST;
- Estabelecer diálogo permanente sobre as IST com os usuários no cotidiano dos serviços de saúde;
- Aplicar a estratégia de prevenção combinada para implementar ações que possam ampliar o acesso à prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos por algum desses agravos;
- Supervisionar técnicos e/ou auxiliares de enfermagem devidamente capacitados para a realização de testes rápidos para hepatites virais;
- Aconselhar no pré-teste e no pós-teste;
- Encaminhar as pessoas diagnosticadas com hepatite B ou C para o tratamento com o médico da APS ou Serviço de Assistência Especializada.

Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem (sob supervisão do enfermeiro):

- Realizar testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites virais;
- Encaminhar os usuários com resultados reagentes;
- Encaminhar os resultados de casos reagentes para o enfermeiro;
- Proceder aos registros e anotações sobre a realização do teste, resultados e intercorrências da testagem;

- Registrar o procedimento no prontuário, as orientações e os cuidados;
- Proceder à vacinação contra hepatites A e B e HPV, seguindo normas do programa nacional de imunização e calendário vacinal;
- Participar da busca ativa de novos casos de IST;
- Contribuir e participar de atividades de educação em saúde;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível da sua qualificação;
- Orientar os usuários na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem ou médicas;

O diagnóstico precoce das infecções por HIV, Sífilis e Hepatites Virais é fundamental para a redução da transmissão vertical. A realização de testes rápidos é uma estratégia de triagem adotada para identificar e reduzir as novas transmissões, proporcionando o encaminhamento para diagnóstico e tratamento (COFEN/CTLN, 2012; 2013).

3. MANEJO CLÍNICO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

3.1. Infecção pelo HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é classificado em HIV-1 e HIV-2, os quais são transmitidos por vias sexual: relação sexual vaginal, oral ou anal, sem uso de preservativo; parenteral: compartilhamento de agulhas, acidente com material perfurocortante); e vertical: placentária, parto ou amamentação. A infecção decorrente da presença do HIV passa por alguns estágios, que evoluem de forma lenta ou acelerada, a depender da resposta imune do indivíduo e da carga viral (CV). Conforme a redução ou aumento da CV, o agravo evolui e o paciente pode apresentar sinais e sintomas que vão desde leves a graves (esses, acentuados pelas infecções oportunistas, em maior ou menor grau) (BRASIL, 2018a).

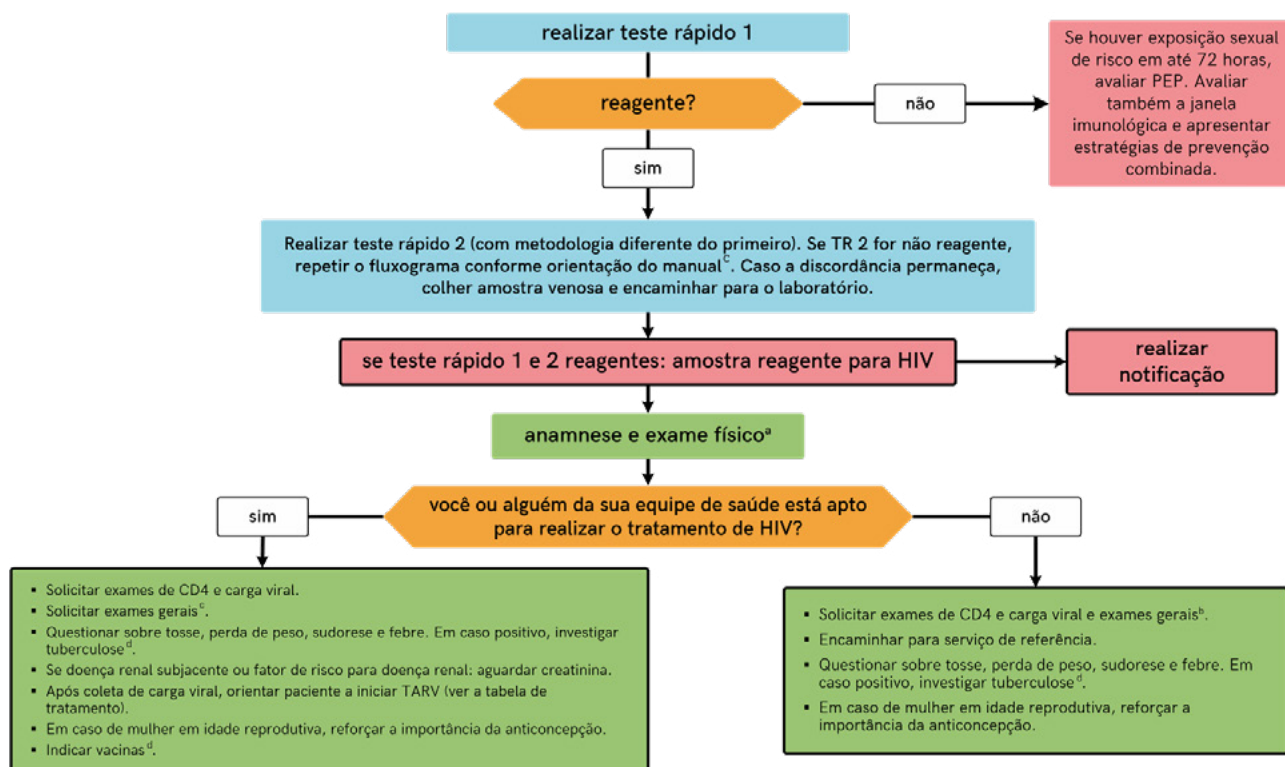
O alcance de resultados positivos das estratégias de prevenção para o enfrentamento ao HIV, tem como objetivo melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção recente pelo HIV e, concomitantemente, fornecer uma base racional que assegure um diagnóstico seguro e uma rápida conclusão (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2018a).

Várias estratégias de testagem para a detecção do HIV em um indivíduo podem ser aplicadas. Entre os diferentes tipos de diagnósticos (imunoensaios, testes rápidos, complementares, moleculares e de sangue seco em papel-filtro), alguns são mais utilizados na rotina dos serviços, como por exemplo, os testes de imunoensaio (IE), conhecidos também como testes de 1ª, 2ª, 3ª e 4ª gerações. Tais testes são realizados por meio de sorologia anti-HIV ou por testes rápidos (TR), podendo ser utilizada amostra de polpa digital ou fluído oral. Para confirmar o diagnóstico de HIV são necessários pelo menos dois testes sorológicos (com metodologias diferentes) ou dois testes rápidos (laboratórios diferentes) com resultados reagentes (BRASIL, 2016a; 2018a).

Com a normatização dos testes rápidos (TR) para o HIV pelo MS, em 2013, o diagnóstico do HIV foi ampliado para ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. A execução dos TR pode ser feita pelo enfermeiro, porém os técnicos e auxiliares de enfermagem, devidamente capacitado e sob a supervisão do enfermeiro podem realizar TR para triagem do HIV, sífilis, hepatites B e C, com encaminhamento para o enfermeiro, do paciente com resultado reagente (COFEN, 2016).

A realização de testes que permitem agilizar o diagnóstico da infecção e apresentar maior resolução, são os eleitos para nas situações nas quais estão recomendados. Para o diagnóstico mais precoce da infecção pelo HIV, recomenda-se as orientações contidas na Figura 1, como teste imunoensaio inicial capaz de detectar anticorpos anti-HIV.

FIGURA 1 - DIAGNÓSTICO DE HIV COM TESTE RÁPIDO PARA PESSOAS ≥ DE 12 ANOS DE IDADE



Fonte: Brasil (2021e).

SITUAÇÕES PARA PRIORIZAR A TESTAGEM

- pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- pessoas com diagnóstico de IST e hepatites virais;
- pessoas com resultado reagente em autoteste para HIV;
- gestantes;
- pessoas em situação de maior vulnerabilidade ao HIV;
- sinais e sintomas que podem estar relacionados à imunossupressão.

ENCAMINHAR COM PRIORIDADE

- gestante, criança, coinfeção (tuberculose, hepatite B ou C), sintomáticos, alto risco cardiovascular, insuficiência renal crônica;
- CD4 menor que 350 céls/mm³: iniciar TARV e encaminhar;
- CD4 menor que 200 céls/mm³: prescrever profilaxias e iniciar TARV.

^a Abordar o significado do diagnóstico. Reforçar a importância do tratamento. Explorar medos e expectativas.

^b Exames gerais: hemograma completo; glicemia de jejum; dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos); avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina); teste imunológico para sífilis; testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização); IgG para toxoplasmose; sorologia para HTLV I e II e Chagas (triagem para indivíduos oriundos de áreas endêmicas); prova tuberculínica (PT); radiografia de tórax.

^c Para mais informações: consultar o "Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças", disponível em aids.gov.br.

^d Para mais informações: consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos", disponível em <http://www.aids.gov.br/>.

A realização de testes em gestantes, para detecção do HIV, deve ser no primeiro trimestre de gravidez, preferencialmente, na primeira consulta, e no terceiro trimestre, podendo, no entanto, ser realizado a qualquer momento que a gestante tenha tido exposição de risco ou violência sexual. Os testes rápidos são uma excelente oferta de testagem para as gestantes, já que oportunizam o início precoce da terapia antirretroviral (TARV). O diagnóstico da infecção pelo HIV, em crianças, deve ser realizado conforme a faixa etária, pois a presença de anticorpos do tipo IgG anti-HIV, transmitidos via

placentária ao recém-nascido, podem persistir até os 18 meses de vida, não sendo, por este motivo, aconselhado a realização de exames de detecção anti-HIV (teste rápido), e sim a detecção do material genético do vírus, contagem de CV (BRASIL, 2018b).

A TARV deve ser iniciada imediatamente ao diagnóstico, sendo recomendada para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente, do seu estágio clínico e/ou imunológico. O esquema preferencial, em adultos, adotado no Brasil é o “2 em 1”, ou seja: Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC) + Dolutegravir 50mg. Porém, a indicação da TARV para crianças ≤ 12 anos, seguem esquemas preferenciais diferentes, conforme a idade, no entanto é aconselhável a coleta de material para o teste de genotipagem antes do início do tratamento -Figura 2- (BRASIL, 2019a; 2018a).

FIGURA 2 – TARV ANTI HIV PARA PESSOAS ≥ 12 ANOS DE IDADE NÃO GESTANTE

Terapia antirretroviral inicial preferencial	Cuidados	Contraindicações e comentários
<p>Tenofovir (TDF) 300mg (a)/ lamivudina (3TC) 300mg mais dolutegravir (DTG) 50mg (b) 1 vez ao dia</p>	<p>(a) O TDF</p> <ul style="list-style-type: none"> - É contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFG <60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, o ajuste de dose deve ser feito quando TFG <50mL/min. <p>(b) Dolutegravir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. - Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. - O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário (dose máxima: 1g/dia). - Insônia: utilizar DTG pela manhã. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em presença de quaisquer sinais ou sintomas de tuberculose, solicitar baciloscopia e cultura e aguardar ralo-x. Aguardar confirmação de diagnóstico para avaliar tratamento e encaminhamento. Para mais informações sobre o tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV, consultar aids.gov.br. - Se TFG <60 mL/min ou osteoporose/osteopenia, discutir com especialista e/ou encaminhar. - Em caso de gestação, solicitar os exames indicados + genotipagem pré-tratamento, discutir com especialista e/ou encaminhar com brevidade/via regulação, ou ver fluxogramas de manejo de gestante vivendo com HIV. - Em caso de mulher com planejamento reprodutivo, discutir/encaminhar. - Para pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital que não possam substituí-los ou interrompê-los, o DTG poderá ser associado na posologia de 50mg 2x/dia (1cp de 50mg de 12/12 horas). - Pacientes em uso de oxycarbamazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG, que não deve ser coadministrado com esses medicamentos. - Em caso de coinfeção com hepatite B ou C, encaminhar. - Se o paciente tiver menos de 12 anos, encaminhar com prioridade. - Se CD4 menor do que 350 céls/mm³, iniciar TARV e encaminhar com prioridade. Se CD4 menor do que 200 céls/mm³, iniciar TARV, prescrever profilaxias e encaminhar com prioridade. - Esquema indicado para pacientes que nunca utilizaram terapia antirretroviral antes. Para pacientes que já iniciaram tratamento para HIV em algum momento e o abandonaram, discutir e/ou encaminhar.

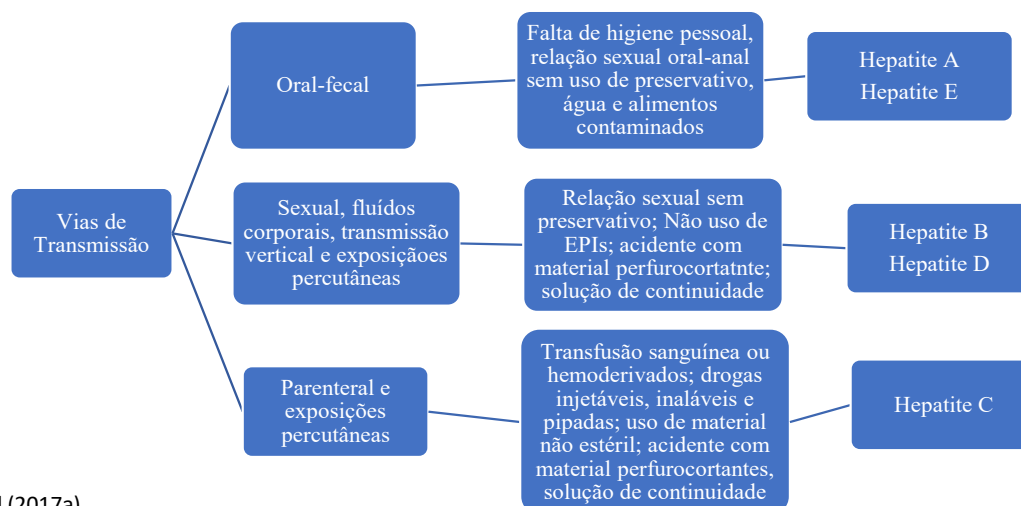
- Orientar retorno entre 7 e 15 dias do início da TARV com a equipe, para fortalecimento de vínculo e avaliação de efeitos adversos.
- A prescrição dos antirretrovirais deve ser feita em formulário específico, disponível em http://aids.gov.br/documentos/lista_doc.php Formulário de Dispensação de ARV – Tratamentd.
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <http://www.aids.gov.br>

Fonte: Brasil (2021d).

3.2. Infecção por Hepatites Virais

As hepatites virais (HV), sejam nas formas agudas ou crônicas, ainda são um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os agentes etiológicos são vírus hepatotrópicos, que se manifestam com características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com diferentes particularidades, que podem evoluir para formas assintomáticas, anictéricas e ictericas típicas, até a forma fulminante. Os agentes causadores das HV podem ser transmitidos por via fecal-oral, sexual, parenteral e vertical (Figura 3). Eles são classificados em: vírus da hepatite A (HAV - hepatitis A virus), o vírus da hepatite B (HBV - hepatitis B virus), o vírus da hepatite C (HCV - hepatitis C virus), o vírus da hepatite D (HDV - hepatitis D virus) e o vírus da hepatite E (HEV - hepatitis E virus). O diagnóstico das HV consiste na realização de exames em ambiente laboratorial e testes rápidos, a fim de caracterizar a doença e sua gravidade (BRASIL, 2016b).

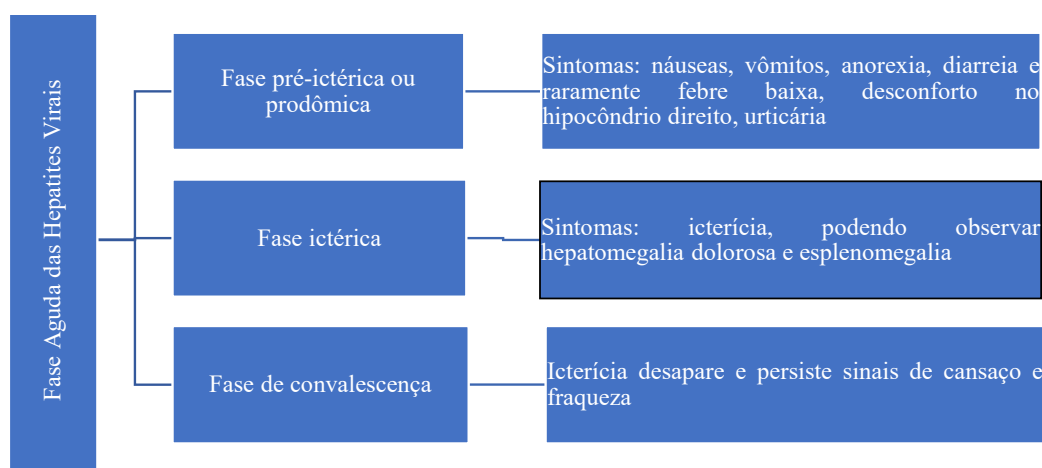
FIGURA 3 - VIAS DE TRANSMISSÃO POR TIPO DE HEPATITE VIRAL



Fonte: Brasil (2017a).

Esses hepatovírus se divergem quanto às formas de transmissão e as consequências clínicas advindas da infecção (Figura 4).

FIGURA 4 - CARACTERÍSTICAS DA FASE AGUDA DAS HEPATITES VIRAIS



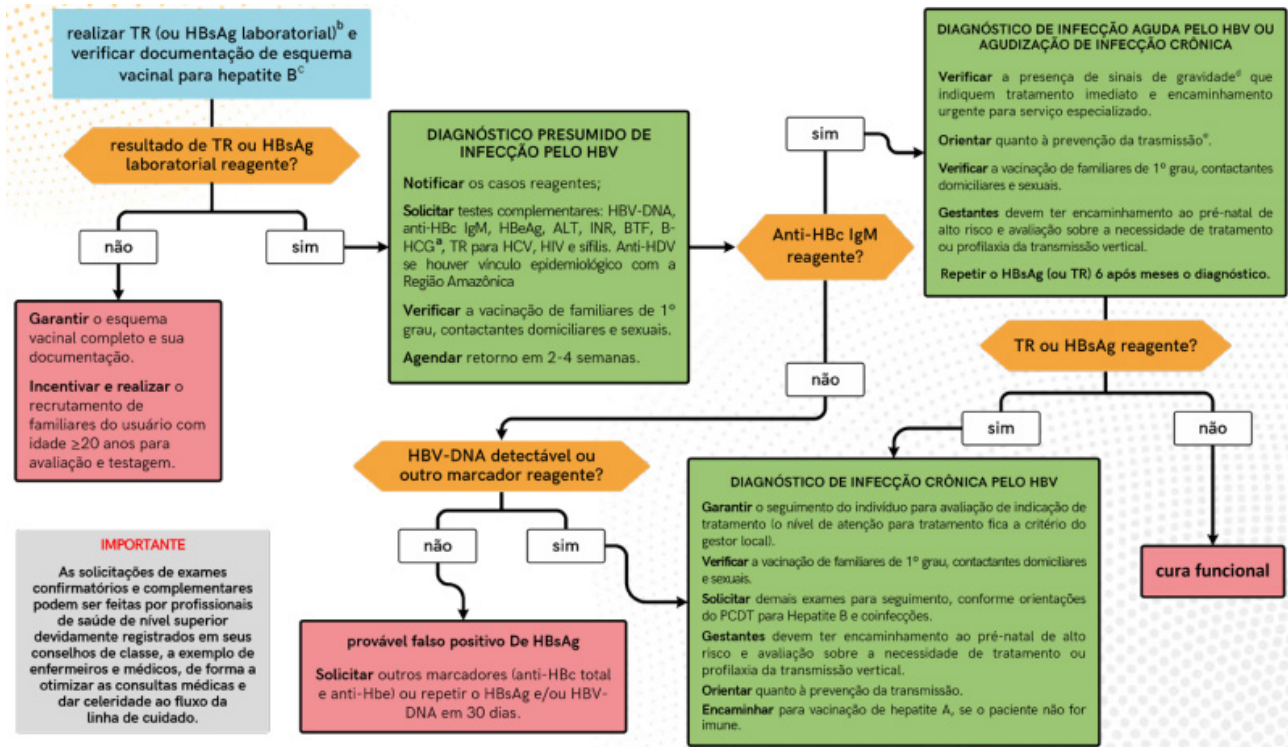
Fonte: Brasil (2021a).

A hepatite A é imunoprevenível, sendo recomendada uma dose para crianças maiores de 15 meses e menores de quatro anos de idade. Em 2018, o Ministério da Saúde ampliou a indicação do uso da vacina de hepatite A para pessoas com práticas sexuais oral-anal, especialmente para gays e homens que fazem sexo com homens (HSH). A hepatite B também imunoprevenível é indicada para toda a população geral, em qualquer idade, independente da vulnerabilidade, porém é recomendada para os recém-nascidos, preferencialmente, nas primeiras 12 horas de vida; gestantes em qualquer idade ou período gestacional (BRASIL, 2020; 2015).

Nas gestantes, a gravidade da infecção pelo HBV dependerá do período em que ocorrer a fase aguda do agravo. Se essa for no primeiro trimestre da gestação, o risco de transmissão para o feto é inferior a 10%, no entanto, se a fase aguda acontecer nos dois trimestres subsequentes da gestação, o risco de transmissão pode superar 60%. Os recém-nascidos de mães portadoras de hepatite B devem receber a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), preferencialmente, ainda nas primeiras 12 horas de vida (BRASIL, 2017a).

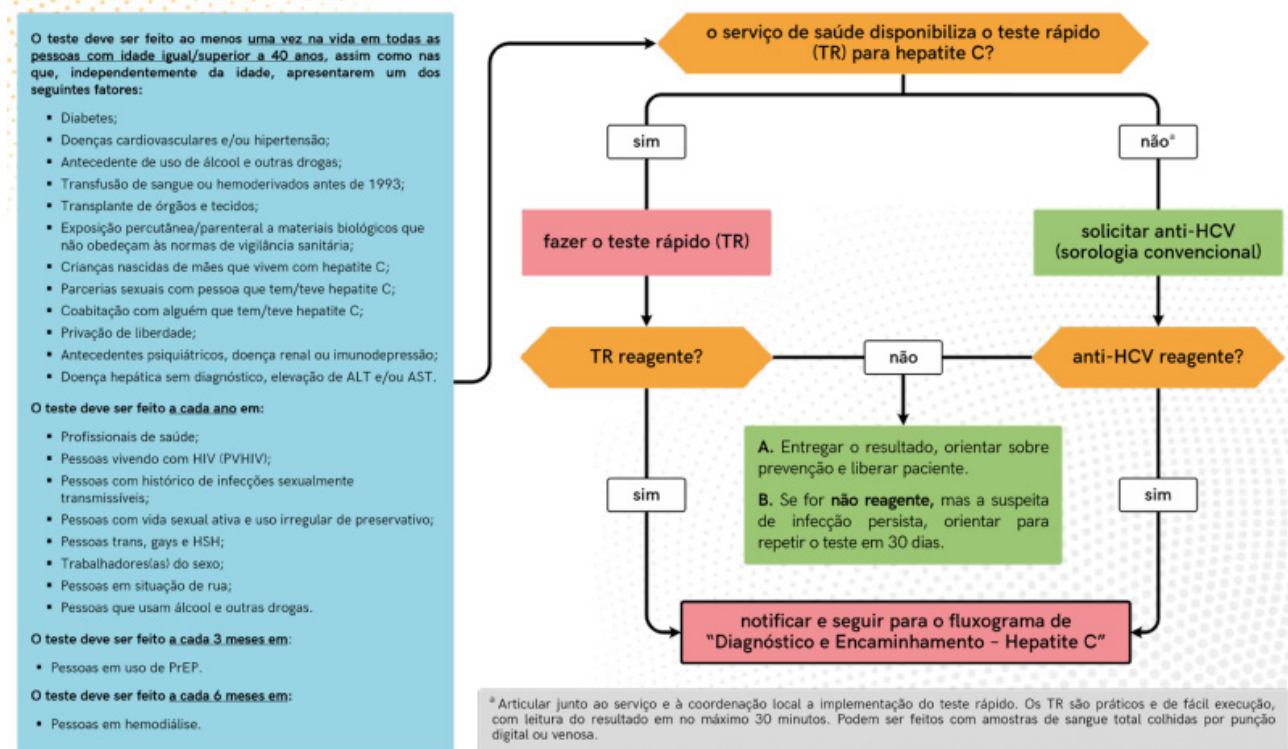
Os diagnósticos de Hepatite B e C podem ser realizados por meio de testes sorológicos ou testes rápidos, em ambos os casos. Há a necessidade, porém de exames complementares para confirmar diagnóstico, ou para estabelecer a fase da doença, se aguda ou crônica. Para direcionar a triagem, o diagnóstico de hepatite B e hepatite C, o tratamento e os encaminhamentos, veja Figuras 5, 6, 7 e 8.

FIGURA 5 - TRIAGEM PARA DIAGNÓSTICO DE HEPATITE B PARA PESSOAS ≥ DE 20 ANOS



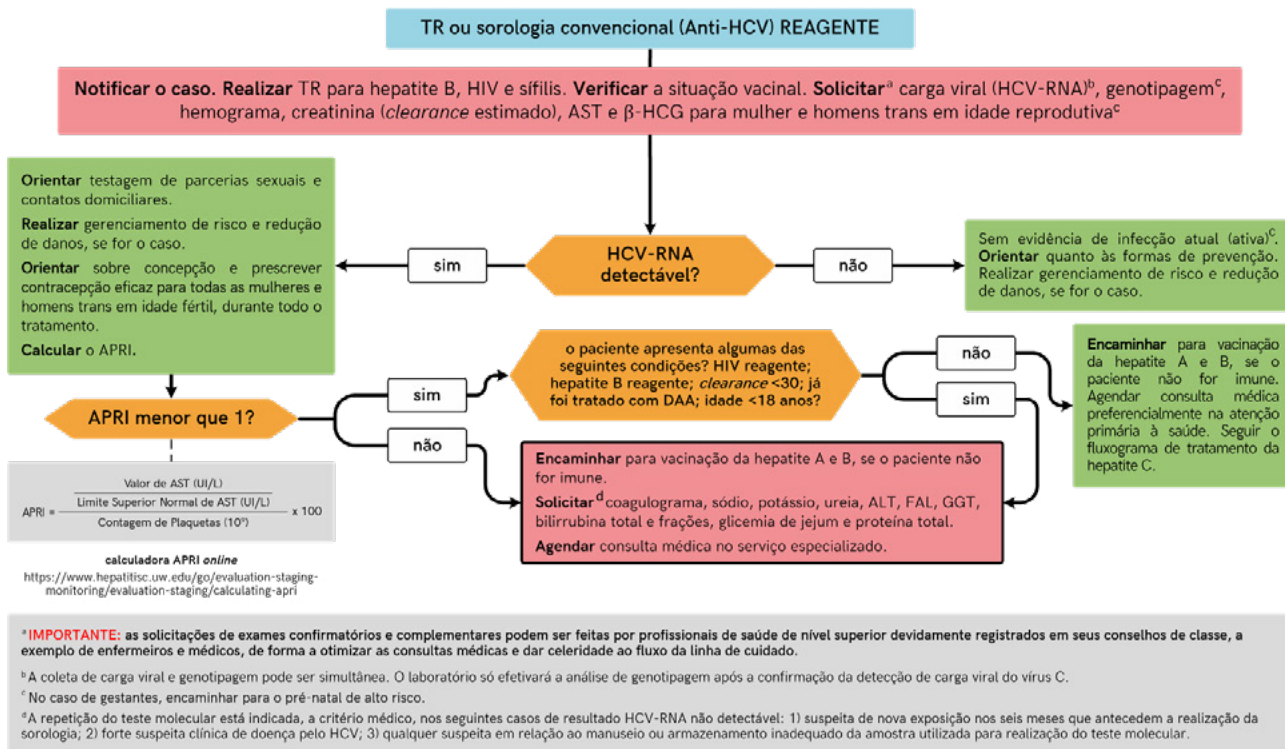
Fonte: Brasil (2021d).

FIGURA 6 - TRIAGEM PARA DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C



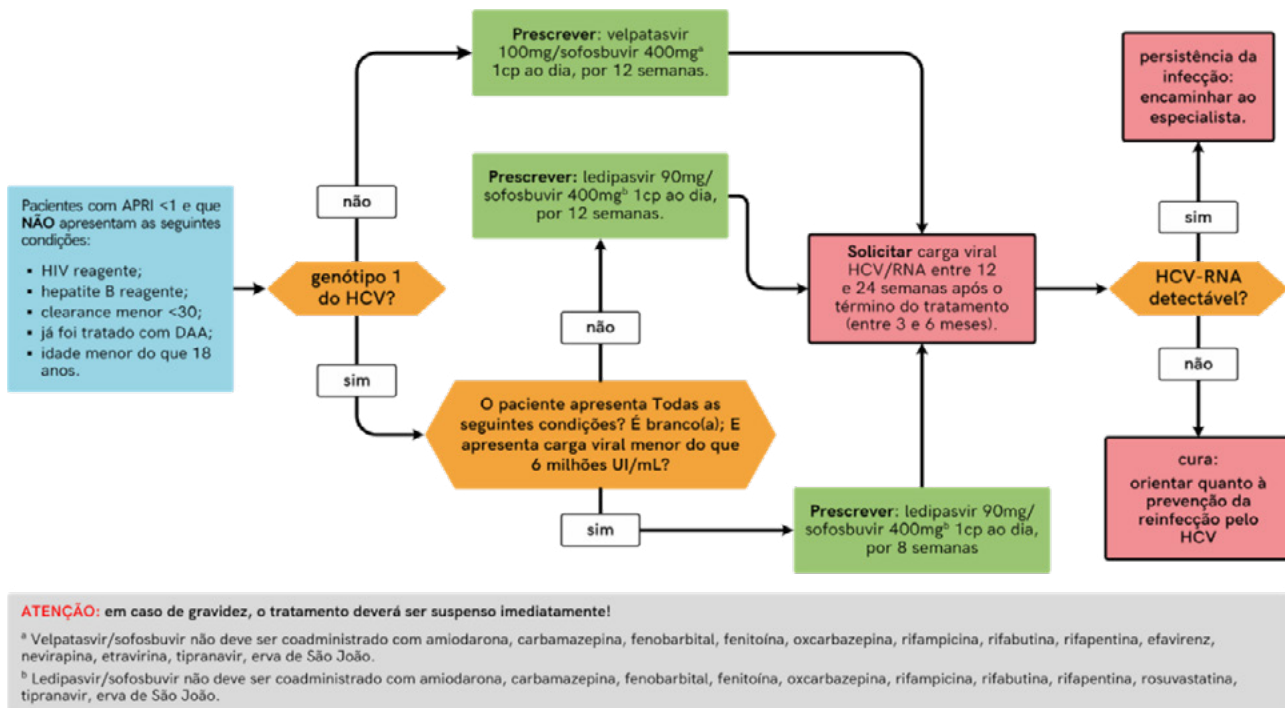
Fonte: Brasil (2021d).

FIGURA 7 - DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO DA HEPATITE C



Fonte: Brasil (2021d).

FIGURA 8 - TRATAMENTO DA HEPATITE C



Fonte: Brasil (2021d).

3.3. Prevenção combinada para controle do HIV, IST e Hepatites Virais B e C

A disseminação e o surgimento de uma IST dependem de elementos que colaboram para a subsistência, tais como: a capacidade da transmissão, variedade de parceria sexual, duração da infecção, aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais, somada à qualidade da rede de

atendimento e o acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto são incluídas também as pessoas em vulnerabilidade social (BRASIL, 2019c; 2015).

Realizar a prevenção combinada de agentes transmitidos sexualmente, significa aplicar um conjunto de ações e estratégias, ao indivíduo ou a coletividade, com o intuito de prevenir e controlar todas as IST baseadas em três eixos: biomédica, estrutural e comportamental. Não há um método único que dê conta, isoladamente, da prevenção e do controle de todas as IST, ou que seja a melhor estratégia para todos, mas sim aquela/s que promova/m a maior adesão das pessoas vulneráveis. Devido a sua dinamicidade, a prevenção combinada é representada por uma mandala com setas que indicam movimento e interações entre todas as estratégias, conforme mostra a Figura 9 (BRASIL, 2020).

A prevenção com a terapia antirretroviral (TARV) tem como finalidade manter a CV baixa e prolongar a vida do indivíduo infectado. Diante disso, os medicamentos ARV são adotados nas seguintes situações: tratamento da aids, profilaxia em situações de acidentes ocupacionais, profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV e, profilaxia após relação sexual (PEP).

Na prevenção combinada, as diversas ações e as estratégias articuladas entre si, devem ser centradas na pessoa com vida sexual ativa. Tais ações consistem em: testagem regular do HIV; prevenção da transmissão vertical (quando a gestante é soropositiva e pode haver risco de transmissão do vírus para o bebê); tratamento das IST e das hepatites virais; imunização contra HAV e HBV; redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; PrEP; PEP e; o tratamento para todos indivíduos que já vivem com HIV. Quando o paciente adere corretamente ao tratamento, os níveis de CV reduzem muito, por isso a chance de transmissão do HIV é quase nula e assim, a qualidade de vida da pessoa melhora (BRASIL, 2020).

Na prevenção combinada destacam-se: a PEP e a PrEP são estratégias adotadas com o principal objetivo de ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV. A PrEP, deve ser adotada pelo alto risco de infectar-se com o HIV; a PEP que consiste no uso profilático de ARV para evitar o risco de infecção pelo HIV dada a exposição do indivíduo ao HIV; as IST e; as HV (BRASIL, 2021c; 2021d).

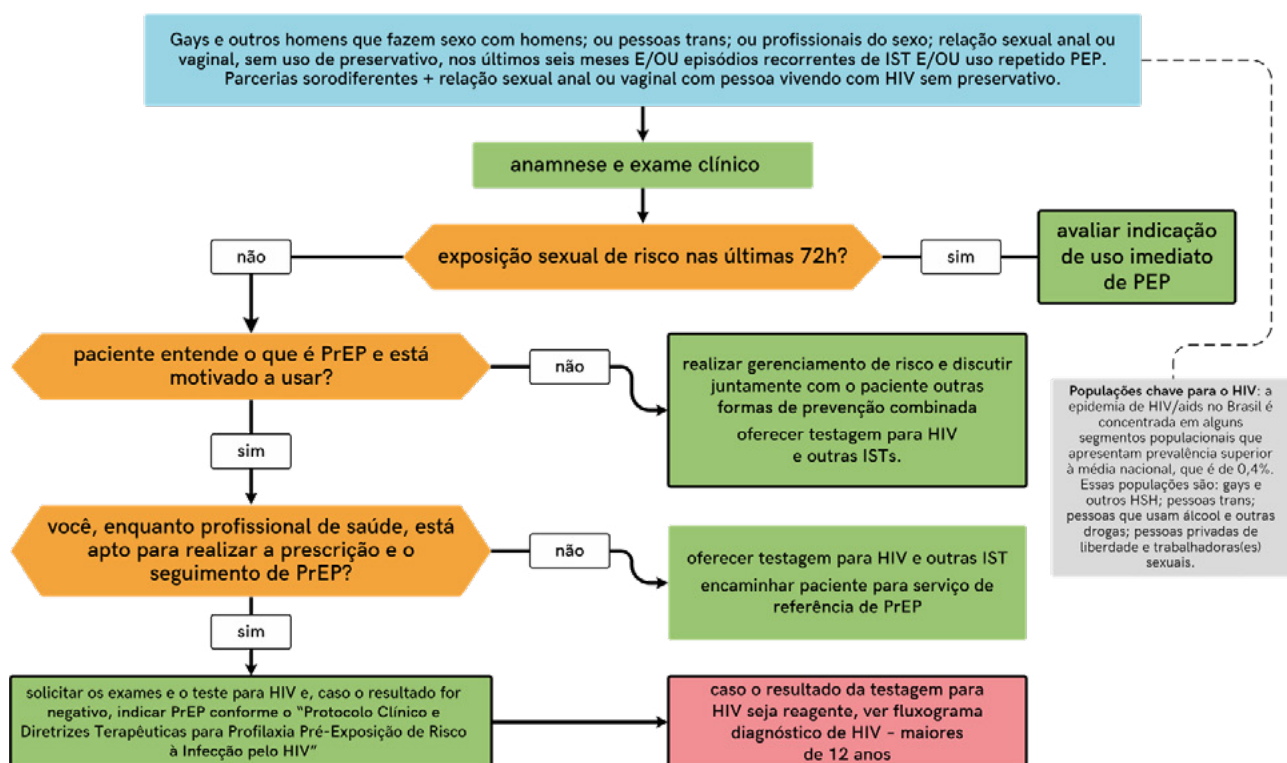
FIGURA 9 - MANDALA DA PREVENÇÃO COMBINADA DAS IST



Fonte: Brasil (2020).

No conjunto de ferramentas da prevenção combinada da PrEP (Figura 10), incluem-se também: testagem para o HIV; PEP; uso regular de preservativos; diagnóstico oportuno e tratamento adequado de IST; redução de danos; gerenciamento de vulnerabilidades; supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral e; Imunizações. O uso da PrEP é recomendada para indivíduos maiores de 18 anos, sendo altamente eficaz quando utilizada corretamente. A recomendação da PrEP leva em conta: a repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais com penetração sem o uso de preservativo; frequência das relações sexuais com parcerias eventuais; quantidade e diversidade de parcerias sexuais; histórico de episódios de IST; busca repetida por PEP, além dos contextos de troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia, entre outros (BRASIL, 2020).

FIGURA 10 - PROFILAXIA – PrE-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV

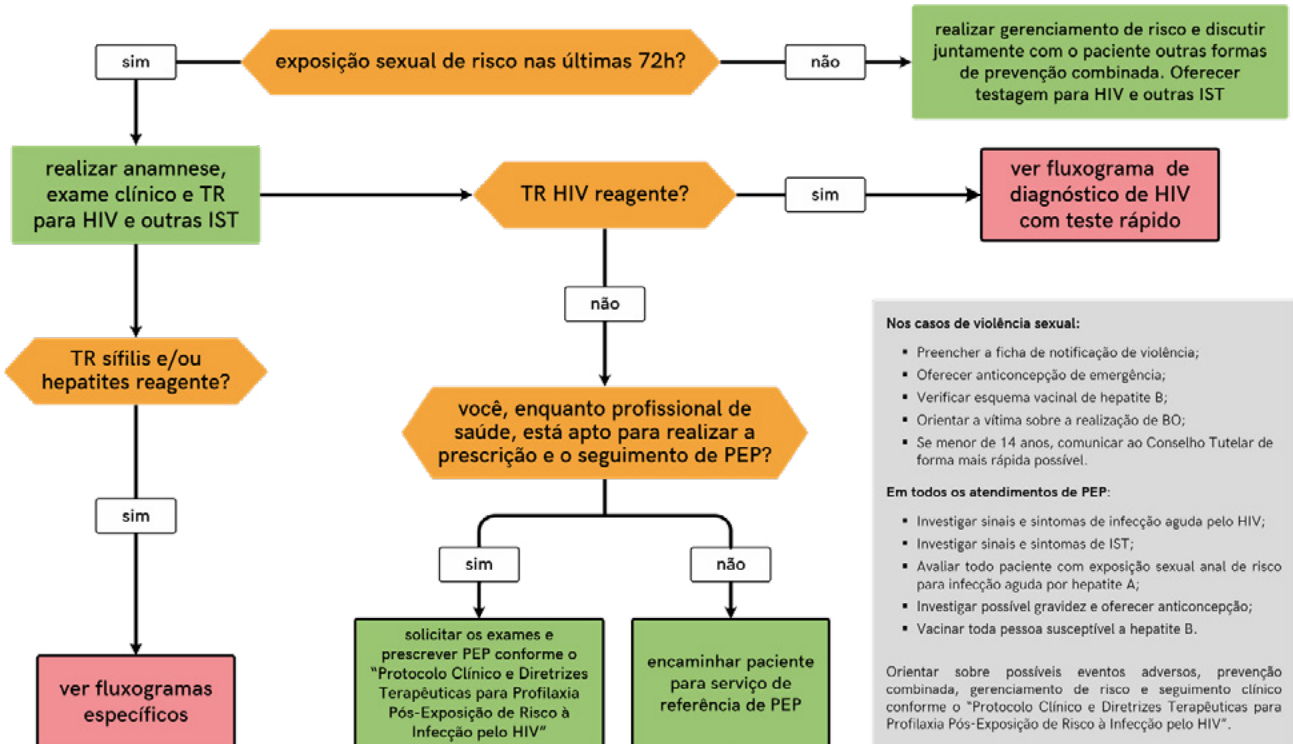


Fonte: Brasil (2021e).

A indicação da PEP deve ter como ponto de partida a urgência médica no primeiro atendimento logo após a exposição ao HIV. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas após a exposição, com limite de 72 horas subsequentes à exposição e deve ser mantida até 28 dias. São indicativos de uso da PEP: falha no uso do preservativo; não uso do preservativo; rompimento do preservativo e; violência sexual. Também devem ser respeitados alguns critérios, tais como: tipo de relação sexual; relação sexual com parceiro HIV (+) e; se a pessoa desconhece que tem HIV (Figuras 11 e 12).

Vale lembrar que o enfermeiro tem autonomia para prescrever os medicamentos que compõem as estratégias PrEP e a PEP, quando indicado e solicitado pelo paciente, além de solicitar os exames complementares (TGO, TGP, Creatinina, Clearance de creatinina, Urina tipo I. Vale lembrar que, para a execução destas intervenções é necessário apenas que as mesmas estejam estabelecidos em programas de saúde pública e nas rotinas aprovada pela instituição (BRASIL, 2018c; COFEN, 2020).

FIGURA 11 - PROFILAXIA PEP ANTE AO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV, HEPATITES VIRAIS E SÍFILIS



Fonte: Brasil (2021d).

FIGURA 12 - TARV CONTRA HIV PARA PESSOAS ≥ DE 12 ANOS DE IDADE E NÃO GESTANTE

Terapia antirretroviral HIV para pessoas ≥ 12 anos de idade não gestantes

Terapia antirretroviral inicial preferencial	Cuidados	Contraindicações e comentários
Tenofovir (TDF) 300mg (a)/ lamivudina (3TC) 300mg mais dolutegravir (DTG) 50mg (b) 1 vez ao dia	<p>(a) O TDF</p> <ul style="list-style-type: none"> - É contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente. TFGe <60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, o ajuste de dose deve ser feito quando TFGe <50mL/min. <p>(b) Dolutegravir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticídicos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. - Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. - O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário (dose máxima: 1g/dia). - Insônia: utilizar DTG pela manhã. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em presença de quaisquer sinais ou sintomas de tuberculose, solicitar baciloscopia e cultura e aguardar resultado. Aguardar confirmação de diagnóstico para avaliar tratamento e encaminhamento. Para mais informações sobre o tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV, consultar aids.gov.br. - Se TFGe <60 mL/min ou osteoporose/osteopenia, discutir com especialista e/ou encaminhar. - Em caso de gestação, solicitar os exames indicados + genotipagem pré tratamento, discutir com especialista e/ou encaminhar com brevidade/via regulação, ou ver fluxogramas de manejo de gestante vivendo com HIV. - Em caso de mulher com planejamento reprodutivo, discutir/encaminhar. - Para pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital que não possam substituí-los ou interrompê-los, o DTG poderá ser associado na posologia de 50mg 2x/dia (1cp de 50mg de 12/12 horas). - Pacientes em uso de oxycarbamazepina, dofetilida ou pilscainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG, que não deve ser coadministrado com esses medicamentos. - Em caso de coinfeção com hepatite B ou C, encaminhar. - Se o paciente tiver menos de 12 anos, encaminhar com prioridade. - Se CD4 menor do que 350 céls/mm³, iniciar TARV e encaminhar com prioridade. Se CD4 menor do que 200 céls/mm³, iniciar TARV, prescrever profilaxias¹ e encaminhar com prioridade. - Esquema indicado para pacientes que nunca utilizaram terapia antirretroviral antes. Para pacientes que já iniciaram tratamento para HIV em algum momento e o abandonaram, discutir e/ou encaminhar.

- Orientar retorno entre 7 e 15 dias do início da TARV com a equipe, para fortalecimento de vínculo e avaliação de efeitos adversos.
- A prescrição dos antirretrovirais deve ser feita em formulário específico, disponível em http://a1t.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php?Formulário de Dispensação de ARV - Tratament.d.
¹"Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos", disponível em <http://www.aids.gov.br>.

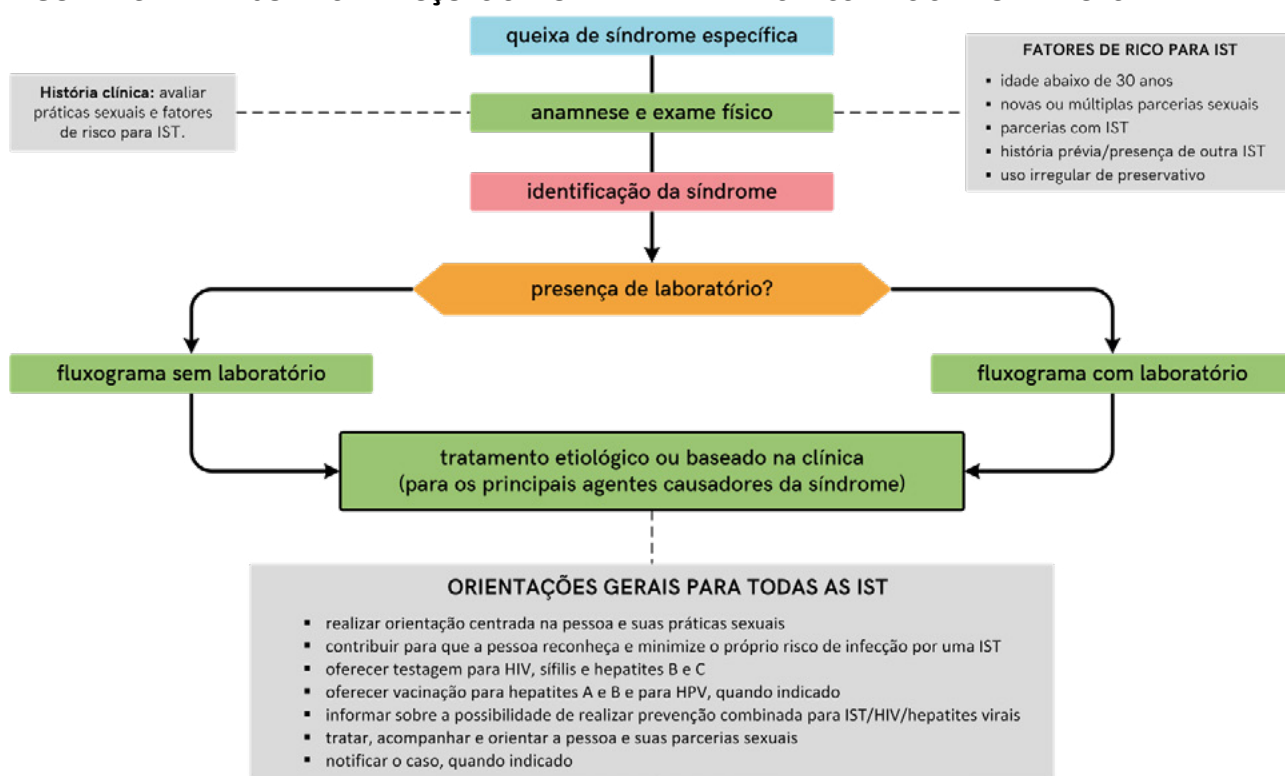
Fonte: Brasil (2021d).

5. MANEJO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SINTOMÁTICAS

Em geral, as IST se manifestam principalmente por corrimento vaginal e uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Apesar de haver variações, tais manifestações possuem etiologias bem estabelecidas, o que facilita a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico e tratamento. Na indicação de exames laboratoriais, o material deve coletado já na primeira consulta. A não disponibilidade imediata dos resultados, não deve ser limitante para a adoção da conduta terapêutica até que eles estejam disponíveis. Antes de encerrar a consulta é preciso prescrever e orientar a pessoa para o tratamento, além do estabelecer estratégias para a continuidade, bem como a atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, dentro da rotina de atendimento (BRASIL, 2020).

Brasil (2020) reforça que o manejo das IST parte da premissa do conhecimento sobre a frequência dos agentes etiológicos e das diferentes manifestações clínicas. Os diferentes microrganismos podem também se apresentar sob forma assintomática e é por isso que a atenção às pessoas com IST deve ser integral, incluindo-se o rastreamento e o diagnóstico de infecções assintomáticas. O manejo das IST sintomáticas segue condutas indicadas na Figura 13 (com e sem a utilização de testes laboratoriais).

FIGURA 13 - MANEJO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SINTOMÁTICAS



Fonte: Brasil (2021d).

6. MANEJO DA INFECÇÃO POR SÍFILIS

A infecção sífilítica tem como causa o *Treponema pallidum*, transmitido, principalmente pelo contato sexual, podendo ser assintomática, sintomática ou ainda evoluir para a forma crônica, porém curável. Normalmente, os indivíduos sintomáticos não percebem ou desvalorizam os sinais, cujo resultado é o tratamento tardio e, conseqüentemente a disseminação da bactéria para as suas parcerias sexuais. Durante a gestação, a chance de a mulher transmitir a bactéria ao feto por via placentária é cerca de 80%, além de ocorrer também durante o parto vaginal se existir lesão. O acometimento fetal depende do tempo de exposição à bactéria, podendo evoluir para parto prematuro, morte intrauterina ou neonatal -Figura 14- (BRASIL, 2019b).

FIGURA 14 - CLASSIFICAÇÃO DA SÍFILIS, SINTOMATOLOGIA CLÍNICA DE SÍFILIS ADQUIRIDA

Sífilis recente (com até dois anos de evolução)		
Classificação	P. Incubação	Manifestações Clínicas
Primária	De 10 a 90 dias (média de três semanas)	Início com lesão primária única e indolor, evoluindo em alguns casos para múltiplas lesões, podem estar acompanhadas de linfadenopatia regional. A lesão tem borda definida e regular, base endurecida e fundo limpo, (cancro duro) rica em treponemas, com duração de três a oito semanas e desaparece independente do tratamento, desse modo o indivíduo supõe estar curado.
Secundária	De 6 semanas até 6 meses após cicatrização da lesão inicial (podendo se estender por até 2 anos)	Lesões cutaneomucosas, (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) com erupção macular eritematosa discreta principalmente em tronco e raiz dos membros, progride para pápulas eritematosas acastanhadas na região plantar e palmar, linfadenopatia generalizada. Quadros neurológicos, oculares, hepáticos e sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia são comuns. Os sinais e sintomas desaparecem em algumas semanas, independente do tratamento trazendo errônea interpretação de cura.
Latente recente	-----	Assintomática, a maior parte dos diagnósticos ocorre por meio de exames laboratoriais. Tem evolução de até dois anos podendo apresentar lesões características de secundária (25% dos casos).
Sífilis tardia (com mais de dois anos de evolução)		
Latente tardia	Assintomática, os diagnósticos ocorrem após dois anos da infecção inicial e por meio de exames laboratoriais.	
Terciária	Entre 2 e 40 anos da infecção inicial (15 a 25%) dos casos não tratados. Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, tabes dorsalis e quadros demenciais como o da paralisia geral.	

Fonte: OMS (2016).

Para o diagnóstico de sífilis, são utilizados testes em duas categorias: o **direto**, com amostra da lesão e realizado por microscopia de campo escuro, no qual se faz a pesquisa direta de *T. Pallidum* da sífilis recente, primária ou secundária e; os **testes imunológicos**, classificados em duas categorias, os treponêmicos que detectarem anticorpos específicos do *T. Pallidum*, e os testes não-treponêmicos que identificam anticorpos não específicos.

Quanto aos testes treponêmicos, são os primeiros a se tornarem reagentes e, em 85% dos casos permanecerão reagentes por toda a vida do indivíduo mesmo que esse realize tratamento, assim sendo, não são indicados para monitorar a resposta ao tratamento. Para o fim de diagnóstico, há uma variedade de testes rápidos que aplicam, principalmente, a metodologia de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP); Hemaglutinação (TPHA); aglutinação de partículas (TPPA); micro-hemaglutinação (MHA); imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e os ensaios imunoenzimáticos (ELISA e CMIA). Tais testes são considerados mais simples de execução, podendo ser realizados no ato da consulta (BRASIL, 2019c).

Já os testes não treponêmicos, identificam anticorpos não específicos para o antígeno do *T. pallidum*, por meio da diluição em fator dois da amostra, até que não haja mais reatividade do teste. São expressos em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc.), utilizados como diagnóstico e, também para monitorar a resposta ao tratamento e controle da cura. A queda dos títulos indica sucesso no tratamento. São utilizados o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*) e USR (do inglês *Unheated-Serum Reagin*).

Os testes para sífilis podem ser utilizados para triagem de pessoas assintomáticas ou para diagnóstico em pessoas sintomáticas, nas quais a anamnese e o exame físico devem ser cuidadosos. Levando em conta que na atualidade o Brasil vive uma epidemia de sífilis, é recomendado que toda erupção cutânea sem causa determinada seja investigada com teste para sífilis, preferencialmente teste rápido (BRASIL, 2019b).

FIGURA 15 - RESULTADOS DE TESTES TREPONÊMICOS E NÃO TREPONÊMICOS DE SÍFILIS,

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis. - Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. 	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. - Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se não reagente, considerase resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. - Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis. - Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. 	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.

TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. - O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. - Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se não reagente, considerase resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. - Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE ou TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: Brasil (2020).

FIGURA 16 - TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
<p>*Atenção: A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. b A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO,2016).</p>			

Fonte: Brasil (2020).

Atenção Enfermeiro, quanto à Penicilina benzatina:

Os enfermeiros podem prescrevê-la, conforme protocolos estabelecidos pelo MS, SES, SMS, DF ou em rotina aprovada pela instituição de saúde, assim como administrada pela equipe de enfermagem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, mediante prescrição médica ou de enfermagem. A ausência do médico na unidade básica de saúde não configura motivo para não realização da administração oportuna da penicilina benzantina por profissionais de enfermagem (COFEN/CTLN, 2017).

6. MANEJO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

6.1. Tricomoníase

A tricomoníase é causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* (TV), que tem como localização o colo uterino, a vagina e a uretra. Na tricomoníase vaginal pode haver alterações morfológicas celulares, modificando a classe do exame citopatológico, o qual deve ser repetido três meses após o tratamento para avaliar a persistência das alterações. Grande parte dos casos são assintomáticos e os sintomáticos se manifestam por: corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso; prurido e/ou irritação vulvar; dor pélvica (ocasionalmente); sintomas urinários como disúria e polaciúria; hiperemia da mucosa -colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa- (NEVES, 2016).

O diagnóstico da tricomoníase é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice, por exame bacterioscópico a fresco, ou pela coloração de *Gram*, *Giemsa*, Papanicolaou, entre outras técnicas. Vale destacar que os parceiros devem receber a mesma terapia medicamentosa em dose única e simultaneamente ao paciente (BRASIL, 2020).

6.2. Candidíase vulvovaginal (CVV)

A *Cândida albicans* é o agente causador da candidíase vulvovaginal (CVV) em cerca de 80% a 92% dos casos, entre outras espécies não *albicans*. Em geral, durante a fase reprodutiva, em torno de 10% a 20% das mulheres passarão por episódios de Candidíase, sob a forma assintomática e sem necessitar de tratamento. A maioria dos casos não evoluem com complicações, respondendo às terapias medicamentosas adotadas (BRASIL, 2020).

Para efeito de diagnóstico utiliza-se soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10%, para viabilizar a presença de hifas e/ou esporos do fungo. Além disso, a CVV também está associada ao pH normal vaginal (<4,5). No diagnóstico diferencial deve-se considerar líquen escleroso, vulvovestibulite, dermatite vulvar, vulvodínea, vaginite citolítica, vaginite inflamatória descamativa, formas atípicas de herpes genital e reações de hipersensibilidade (BRASIL, 2020; SOBEL, 2017).

6.3. Vaginose bacteriana (VB)

Essa afecção é considerada uma infecção endógena, levando à uma desordem, mais frequente do trato genital inferior, principalmente entre as mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não) e ainda, é a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Ela está associada à diminuição de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, tais como os bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com predomínio de *Gardnerella vaginalis* (BRASIL, 2020).

A presença da VB aumenta o risco de adquirir uma IST, inclusive o HIV, além de desencadear complicações as cirurgias ginecológicas e a gravidez (quando associada com a corioamnionite, ruptura

prematura de membranas, endometrite pós-cesárea e prematuridade). De acordo com a literatura, não há indicação de rastreamento de vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas. Quanto ao tratamento (Figura 17), recomenda-se que ele seja, tanto para mulheres grávidas sintomáticas quanto as não sintomáticas e simultâneo ao procedimento, não havendo razão para sua suspensão ou adiamento (BRASIL, 2020).

FIGURA 17 - Tratamento para vaginose bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/ dia, por 7 dias
	OU Metronidazol gel vaginal 100mg/ g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300mg, VO, 2x/ dia, por 7 dias

continua

continuação

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Recorrentes	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/ dia, por 10- 14 dias
	OU Metronidazol gel vaginal 100mg/ g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/ g, 2x/ semana, por 4-6 meses
<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. • Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes. 	

Fonte: Brasil (2020).

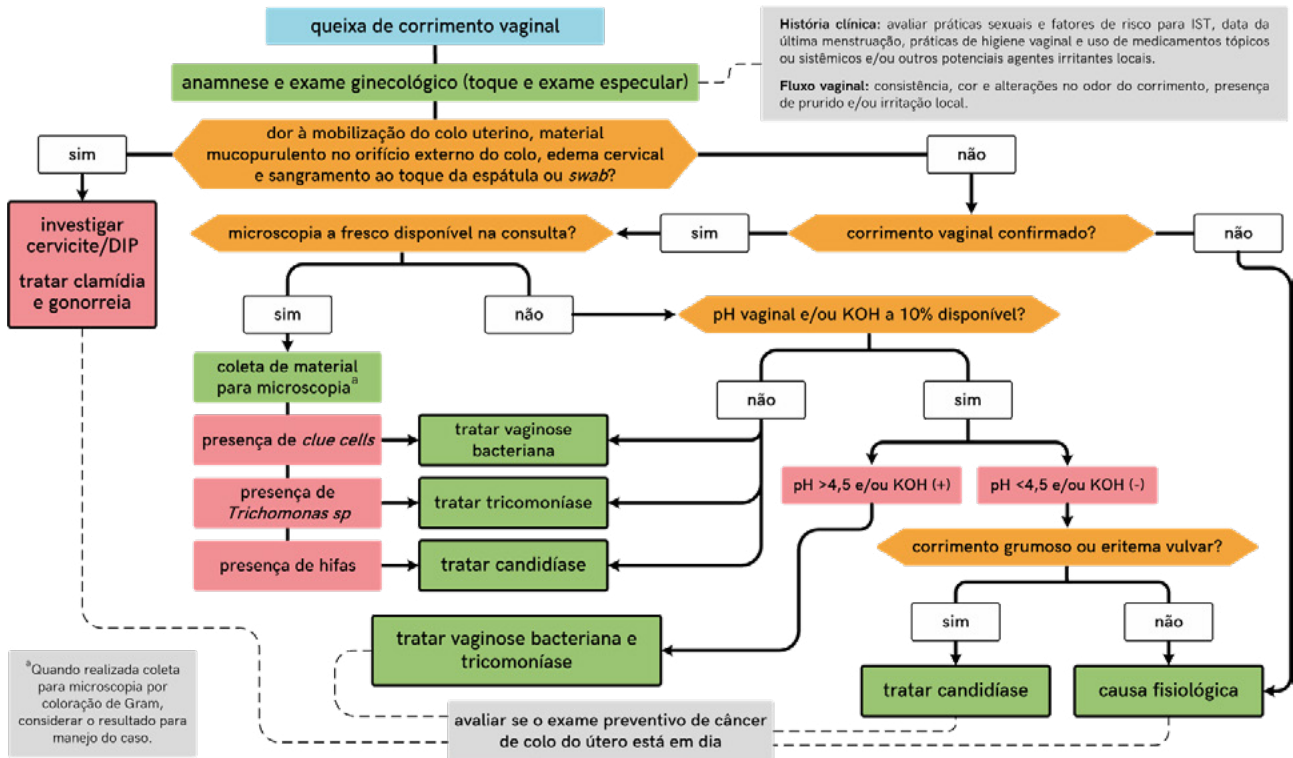
6.4. Cervicite por *Chlamydia trachomatis* (sorotipos d ao k) e *Neisseria gonorrhoeae*

A cervicite tem como principais agentes etiológicos a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*. Essa IST, também é conhecida como endocervicite e se manifesta por uma irritação e inflamação do colo uterino, sendo frequentemente, em torno de 70% a 80%, assintomáticas. Nos quadros sintomáticos, as queixas principais são sangramento intermenstrual ou pós-coito, corrimento menstrual, dispareunia, polaciúria, disúria e dor pélvica crônica. Quando não tratada, as complicações da cervicite por clamídia e gonorreia podem ser: a dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade (LUSK; KONECNY, 2020).

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres, frequentemente, não produzem corrimento vaginal; entretanto, se ao fazer o exame especular, for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite -inflamação da mucosa endocervical- (BRASIL, 2020)

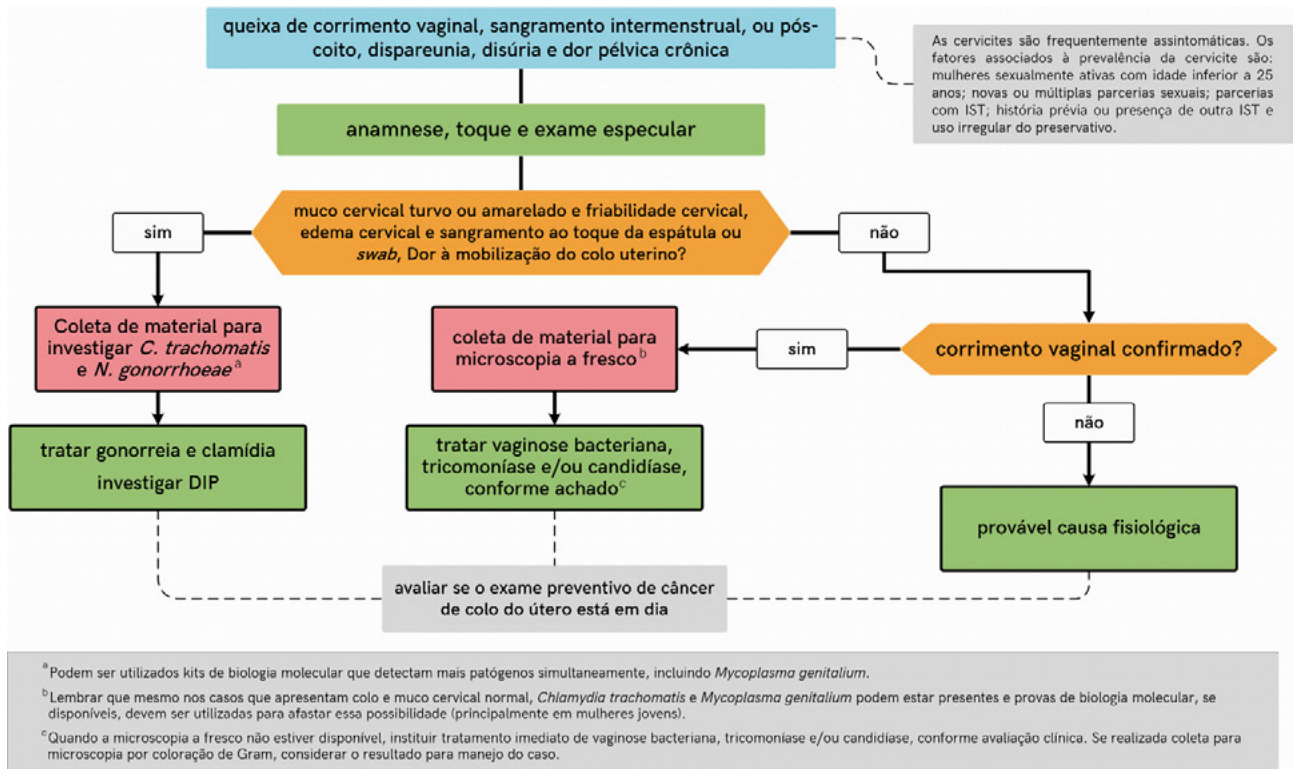
Brasil (2020) aponta alguns fatores associados à prevalência desse agravo, tais como: mulheres sexualmente ativas, com idade < 25 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia ou presença de outra IST e; uso irregular de preservativo. Como forma de controle é importante realizar o manejo clínico de corrimento vaginal e cervical (Figuras 18, 19 e 20).

FIGURA 18 - MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO VAGINAL



Fonte: Brasil (2021e).

FIGURA 19 - MANEJO CLÍNICO DE CERVICITE



Fonte: Brasil (2021e).

FIGURA 20 - TRATAMENTO DE CLAMÍDIA E GONORREIA

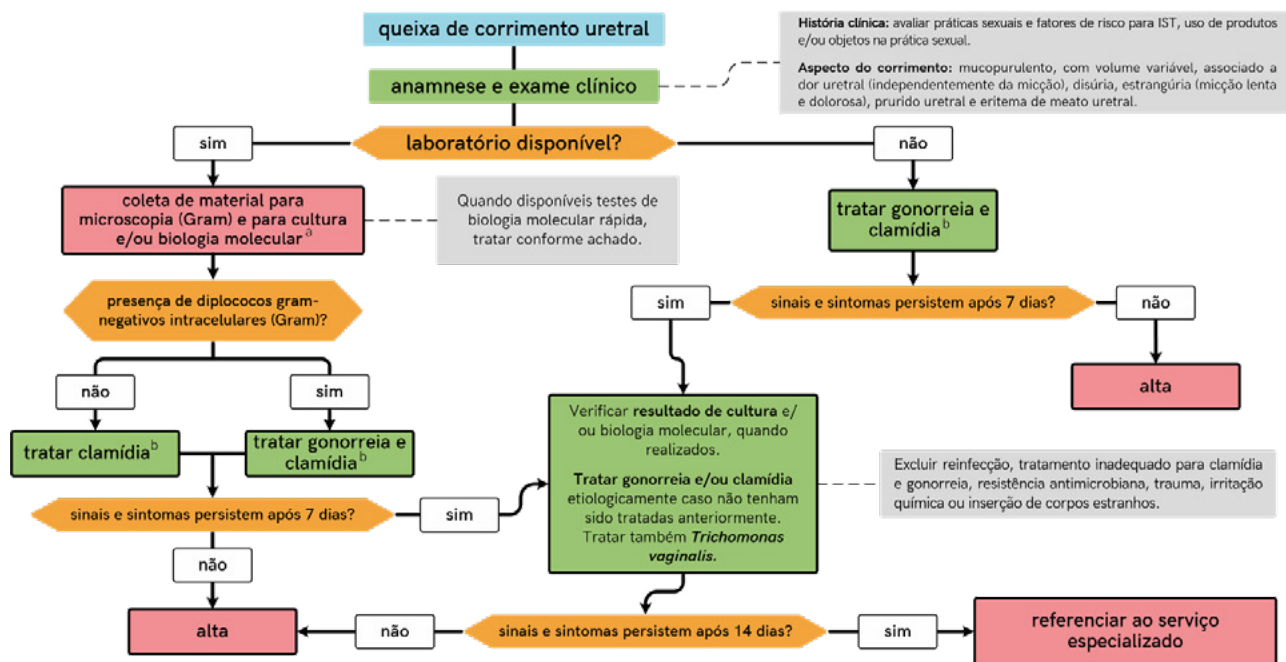
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
Infeção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infeção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infeção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Fonte: Brasil (2020).

7. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os microrganismos mais frequentes, entre eles: *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, *enterobacterias* (nas relações anais insertivas), *Mycoplasma genitalium*, vírus do herpes simples (HSV) são causadores das uretrites e podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral costuma ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, micção lenta e dolorosa, prurido uretral e eritema de meato uretral. Alguns fatores estão associados as uretrites, tais como: idade jovem, baixo nível socioeconômico, parcerias múltiplas ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos. Os agentes *N. gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* causam a infecção com menor frequência. Para o manejo clínico, veja Figura 21 (BRASIL, 2020).

FIGURA 21 - MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO URETRAL



¹ Existem kits de biologia molecular que detectam mais patógenos simultaneamente, além de clamídia e gonococo, e que também são úteis para o diagnóstico etiológico de uretrites, como *M. genitalium*.

² Esse esquema terapêutico também contempla o tratamento para *M. genitalium*.

Fonte: Brasil (2021e).

FIGURA 22 - TRATAMENTO DAS URETRITES

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias	-
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-	-
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 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 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 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 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfeções devem ser tratadas com as doses habituais

Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Atenção: - Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g). - 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 7 dias após a terapia com dose única).			

Fonte: Brasil (2020).

8. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERAS GENITAL

As úlceras genitais estão sempre associadas a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV, sendo consideradas as causas principais para a disseminação do vírus nas, principalmente, nas populações mais vulneráveis. Face à isso, diagnosticar e tratar imediatamente tais lesões, constituem medidas de controle e prevenção da epidemia de HIV e aids. Sobre o manejo clínico -Figura 23- (BRASIL, 2020).

Sempre que houver algum relato ou registro de que o paciente possui algum tipo de imunossupressão (HIV, aids, diabetes não controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outra terapia imunossupressora), o enfermeiro deve, além de auxiliar, referenciar o paciente para o atendimento médico (COREN-SP, 2019).

8.1. Cancróide (Cancro mole)

Também denominado de cancro mole, cancro de Ducrey ou cancro venéreo, o cancroide é uma afecção provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. O período de incubação é, geralmente, de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em uma relação sexual desprotegida é de 80%, e é mais comum em homens. Devido a autoinoculação, as lesões são dolorosas e geralmente múltiplas. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, apresentando exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, apresenta tecido de granulação friável (BRASIL, 2020).

8.2. Donovanose

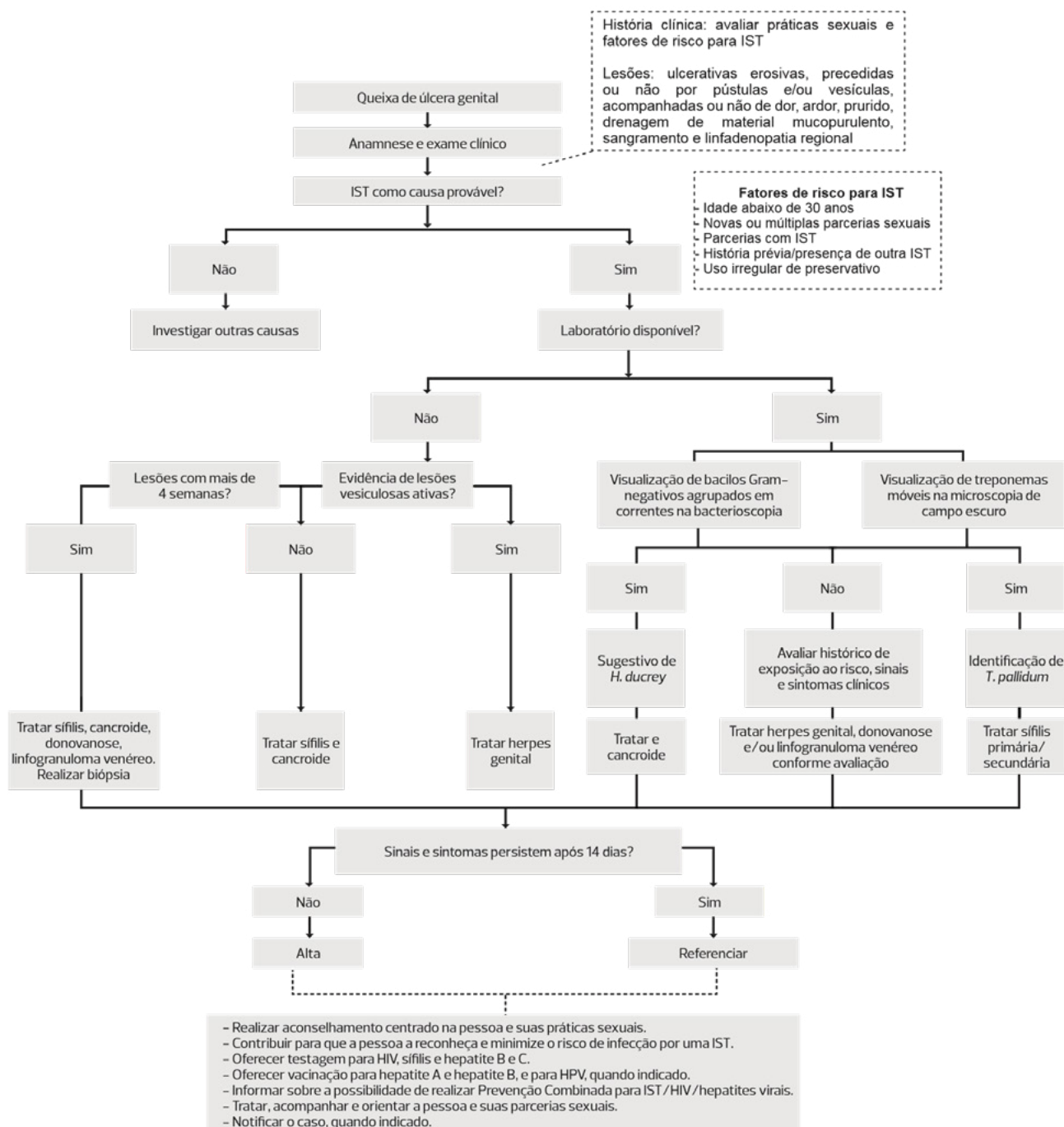
A donovanose, conhecida como granuloma inguinal, é mais associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam ainda bem conhecidos. Mas, é reconhecida como uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis* que acomete, principalmente, pele e mucosas das regiões inguiniais, genitais e perianais. A infecção apresenta baixa incidência, com ocorrência, na maioria das vezes, em climas subtropicais e tropicais. O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda hipertrófica ou plana, delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e friável. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante

ou ulcerovegetante. Vale ressaltar que o diagnóstico diferencial da donovanose inclui: sífilis, tuberculose cutânea, cancroide, neoplasias ulceradas, amebíase cutânea, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas (BRASIL, 2020).

8.3. Linfogramoma venéreo (LGV) - *Chlamydia trachomatis* (sorotipos L1/L2/L3)

O LGV é causado por *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que esses sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos. A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e sequelas. O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal (BRASIL, 2020).

FIGURA 24 - MANEJO DE ÚLCERA GENITAL



Fonte: Brasil (2020).

FIGURA 25 - TRATAMENTO PARA CANCRÓIDE, LGV E DONOVANOSE

IST	PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacina 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo (LGV)	Doxiciclinab 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/ dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclinab 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclinab 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões OU Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg) OU Sulfametoxazoltrimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacina, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/ kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.

Fonte: Brasil (2020).

Atenção:

PVHIV com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados.

^a O ciprofloxacina está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

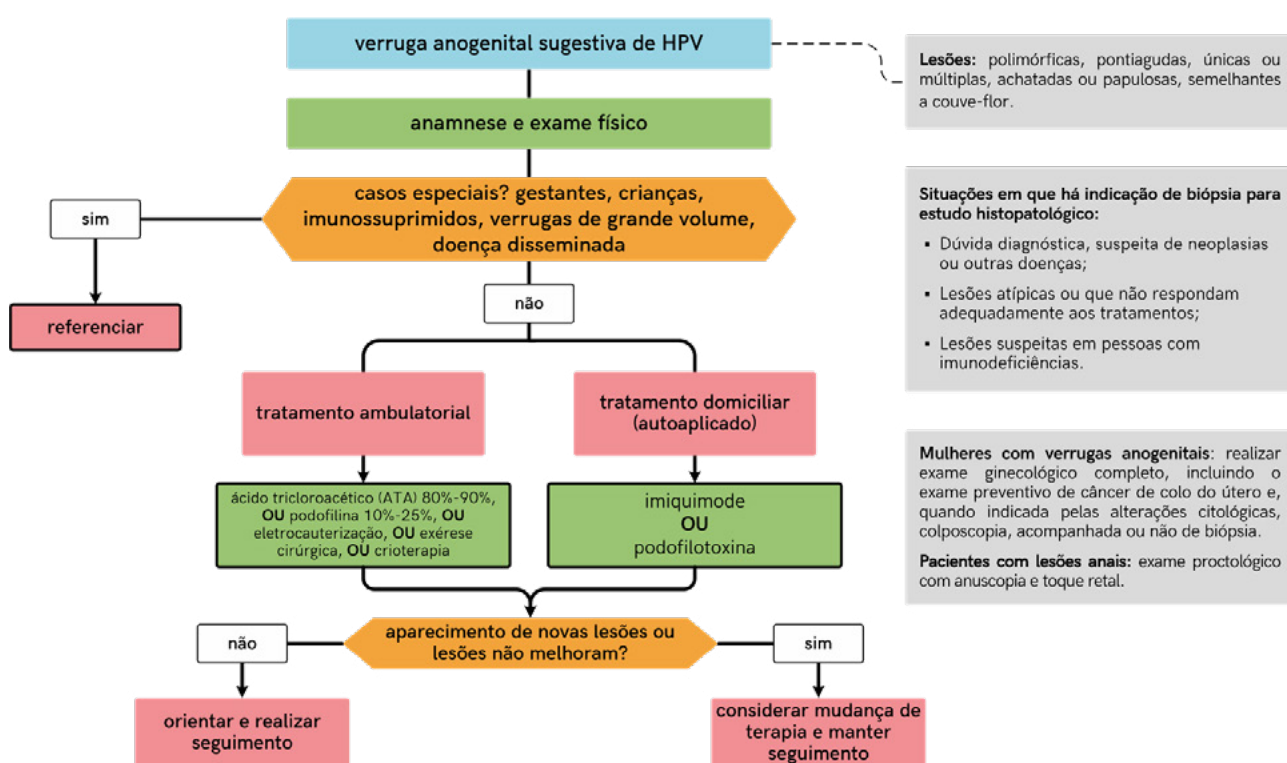
^b A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

9. INFECÇÕES PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

O Papilomavírus Humano (HPV), é um vírus que atinge as células epiteliais escamosas, cuja transmissão ocorre por relações sexuais e, raramente durante o parto. A principal manifestação clínica é a presença de lesões polimorfas, única ou múltiplas, denominadas de condiloma acuminado. Normalmente essas lesões são assintomáticas, podendo ser dolorosas, friáveis e sangrantes. O diagnóstico laboratorial é feito por meio da coleta de material para o exame Papanicolau, mas, o diagnóstico clínico é evidenciado pela presença das verrugas anogenitais. O tratamento consiste na destruição das lesões identificadas, não sendo, no entanto, garantido a cura da doença. Uma das consequências, a longo prazo, da infecção pelo HPV, é o desenvolvimento do câncer cervical ou peniano. O manejo clínico do HPV é apresentado na Figura 26 (BRASIL, 2020).

A infecção pelo HPV é uma doença imunoprevenível, e a vacina é indicada para adolescentes que não tiveram contato sexual (meninas com idade entre 9 a 14 anos e meninos com idade entre 11 a 14 anos) e pessoas que vivem com HIV (PVHIV), transplantados de órgãos sólidos, medula óssea e pacientes oncológicos com idade entre nove e 26 anos (BRASIL, 2020).

FIGURA 26 - MANEJO DE VERRUGAS ANOGENITAIS (HPV)



Fonte: Brasil (2021e).

Atenção:

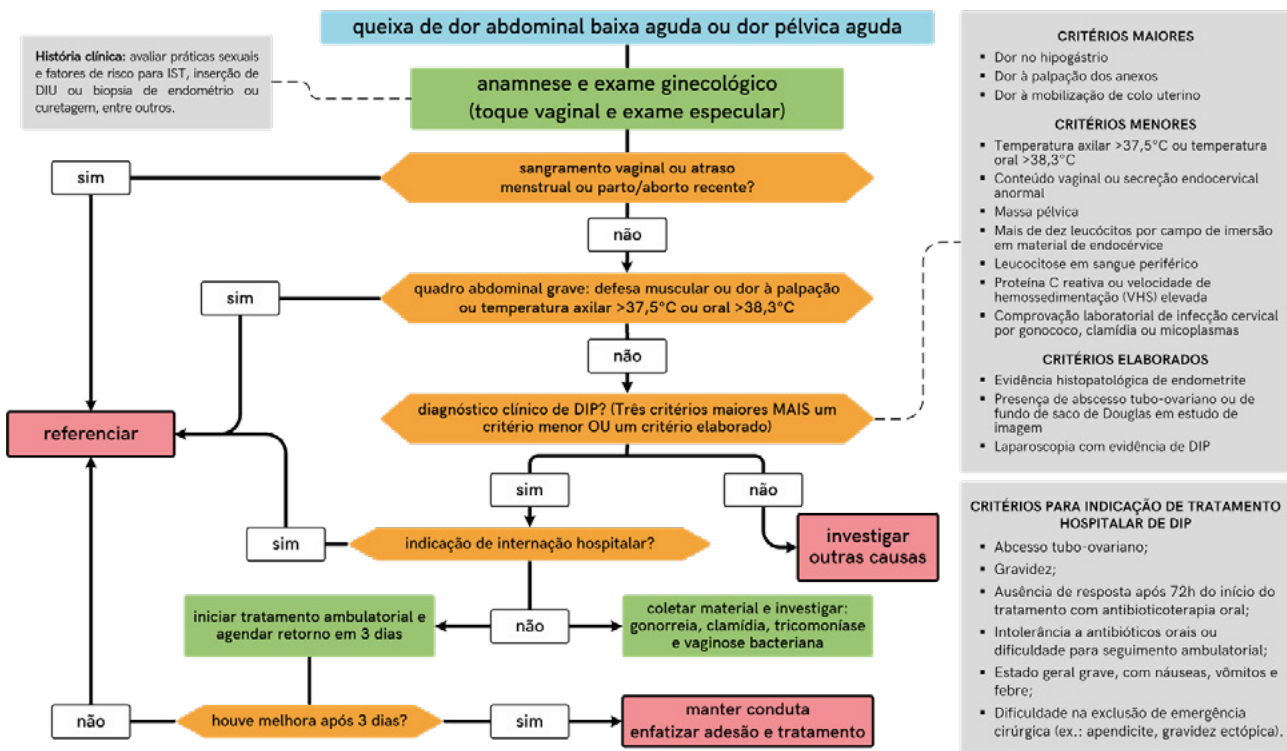
- Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais.
- Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST.
- Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatite B e C.
- Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado.
- Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/hepatites virais.
- Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.
- Notificar o caso, quando indicado.

10. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), trompas de Falópio, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite) e causando inflamações. Essa infecção pode ocorrer por meio de contato com as bactérias após a relação sexual desprotegida. A maioria dos casos ocorre em mulheres concomitantemente com outra IST, como por exemplo, a cervicite, causada principalmente gonorreia, e a infecção por clamídia, não tratadas. (BRASIL, 2020).

Ainda segundo Brasil (2020), enquanto problema de saúde pública a DIP constitui-se em uma das mais importantes complicações das IST. A infecção está associada a sequelas importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (em 18% dos casos). Entre os sinais mais evidentes da infecção são: dor na parte baixa do abdômen (no “pé da barriga” ou baixo ventre), e/ou durante a relação sexual; dor abdominal e nas costas; febre, fadiga e vômitos; corrimento vaginal, sangramento vaginal, dor ao urinar. Para o manejo clínico veja Figura 27.

FIGURA 27 – MANEJO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)



Fonte: Brasil (2021e)

FIGURA 28 – TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclinaa 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 Doxiciclinaa 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 Doxiciclinaa 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 Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias
Atenção: - O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e a 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 A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez.			

Fonte: Wiesenfeld, 2018; Duarte *et al.* 2015 apud Brasil, 2020.

11. INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS TRANSMITIDAS SEXUALMENTE

As infecções entéricas e intestinais transmitidas sexualmente, são aquelas que possuem mecanismos de transmissão e diferentes microrganismos, mas que são capazes de causar a infecção, tanto em vias retais quanto colônicas (Figura 29). Tais infecções podem evoluir para maior gravidade nas pessoas que vivem com HIV, com uma variabilidade maior de agentes etiológicos envolvidos (BRASIL, 2020).

As medidas de prevenção consistem no uso do preservativo, gel lubrificante, barreira de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado. Lavar as mãos, a região genital e a anal antes e depois do ato sexual, além de higienizar vibradores, plugs anais e vaginais, entre outros (BRASIL, 2019c).

Para melhor compreensão, verifique o Figuras 29, 30 e 31.

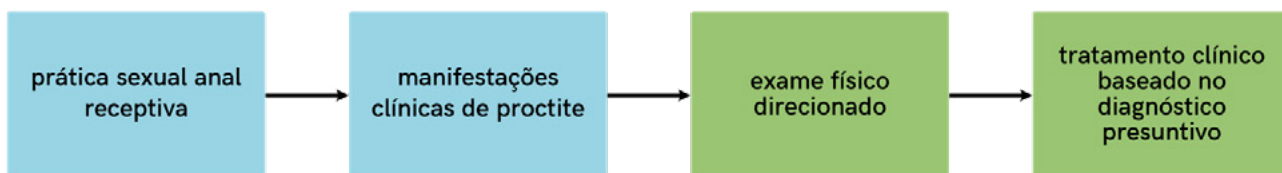
FIGURA 29 – INFECÇÕES DE MAIOR OCORRÊNCIA

IST	Agente Causal	Sinais e Sintomas	Recomendações e Cuidados
Proctite – inflamação da mucosa retal de forma direta durante relação sexual anal sem preservativo ou quando este se rompe.	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ; - <i>Chlamydia trachomatis</i> ; - <i>Treponema pallidum</i> ; - Herpes simples vírus.	- Hematoquezia (73%); - Dor anal (62%); - Corrimento anal mucopurulento (58%); - Tenesmo; - Constipação.	- Uso de preservativo e gel lubrificante; - Usar barreiras de látex durante sexo oral-anal, luvas de látex para dedilhado ou <i>fisting</i> ; - Lavagem de mãos e da região genital e anal antes e depois do ato sexual; - Higienização de vibradores, plugs anais e vaginais; - Anamnese com abordagem da historia

<p>Proctocolite – inflamação da mucosa retal e do cólon. A transmissão é frequentemente fecal-oral (contato direto ou indireto), estando relacionada a prática sexual que envolve boca-ânus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entamoeba histolytica</i>; - <i>Campylobacter species</i>; - <i>Salmonella species</i>; - <i>Shigella species</i>; - <i>Chlamydia trachomatis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor anal; - Tenesmo; - Constipação; - Hematoquezia; - Corrimento anal mucopurulento; - Diarreia; - Cólica; - Dor abdominal. 	<p>sexual,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame físico do abdome; - Inspeção estática e dinâmica do anus; - Palpação da região perianal; - Toque retal; - Para pacientes sintomáticos: Swab anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, para cultura (antibiograma) e detecção de <i>clamídia</i> e <i>gonococo</i> por biologia molecular; - Para pacientes assintomáticos: Rastreamento semestral por meio de Swab anal para detecção de <i>clamídia</i> e <i>gonococo</i> por biologia molecular, para todas pessoas com prática anal receptiva sem proteção de barreira.
<p>Enterite – inflamação do duodeno, jejuno e/ou íleo. A via de transmissão também é fecal-oral (contato direto ou indireto) relacionada a prática sexual boca-ânus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Giardia lamblia</i>; - <i>Hetatite A</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Diarreia; - Cólicas; - Dor abdominal 	

Fonte: COREN-SP (2019).

FIGURA 30 - DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DAS INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



Toda pessoa sintomática com epidemiologia positiva (prática sexual anal receptiva sem proteção de barreira) deve ser investigada por meio de exame físico, como segue:

- exame físico do abdômen;
- inspeção estática do ânus;
- inspeção dinâmica do ânus;
- palpação da região perianal;
- toque retal.

INDICAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DAS INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sintomáticos: swab anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, para cultura (antibiograma) e detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular.

Assintomáticos: rastreamento semestral por meio de swab anal para detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular com testes validados para esse tipo de amostra, para todas as pessoas com prática anal receptiva sem proteção de barreira.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA PRÁTICA SEXUAL ANAL

- Usar preservativo e gel lubrificante;
- Usar barreiras de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado ou "fisting";
- Lavar as mãos e a região genital e anal antes e depois do ato sexual;
- Higienizar vibradores e plugs anais e vaginais.

Fonte: Brasil (2021e).

FIGURA 31 – TRATAMENTO BASEADO NO DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO PREFERENCIAL	TRATAMENTO ALTERNATIVO
Proctite	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina ^a 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
^a A doxiciclina está contraindicada durante a gestação.		

Fonte: Brasil (2020).

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única MAIS Doxiciclinaa 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
Herpes simplex virus ^b	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8h, por 10 dias
<i>T. pallidum</i>	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 8/8h, por 7 dias

Fonte: Brasil (2020).

^a A doxiciclina está contraindicada durante a gestação.

^b A presença de vesículas no exame físico indica cobertura e tratamento para HSV.

12. INFECÇÕES CAUSADA PELO VÍRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS (HTLV)

O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV), são classificados em HTLV-1 e 2. O HTLV-1 infecta diversos tipos de células, mas principalmente os LT-CD4+. A infecção pelo HTLV pode levar a complicações como: mielopatias associadas ao HTLV-1 (HAM), a leucemia-linfoma de células T do adulto (ATLL), uveíte associada ao HTLV-1 (HAU), cegueira, alveolite, bronqueolite, dermatite infecciosa, escabiose grave, sarna norueguesa, bexiga neurogênica associada ao HTLV-1, obstrução intestinal ou incontinência fecal, devido ao comprometimento da medula espinhal, provocado pelo HTLV-1 e doenças inflamatórias reumatóides e autoimunes. Já a infecção pelo HTLV 2 é pouco prevalente e com menor importância epidemiológica nas Américas (BRASIL, 2021b).

O HTLV-1 e 2 têm transmissão via sanguínea (transfusão sanguínea, transplante de órgãos e tecidos), relação sexual sem preservativo e transmissão vertical (principalmente aleitamento materno). Daí a contraindicação deste do aleitamento materno, aleitamento cruzado, misto ou leite humano com pasteurização domiciliar, sendo recomendado a inibição da lactação e a utilização de fórmula láctea infantil (BRASIL, 2021b; 2019c).

Conforme recomendações de Brasil (2020), o teste de triagem do HTLV-1 e 2 recomendado é o de ensaio imunoenzimático (EIE) e o confirmatório mais utilizado, o Western blotting (WB), conforme se verifica no Figuras 32 e 33 para identificar as situações para testagem diagnóstica da infecção por HTLV-1 e 2 (BRASIL, 2021b).

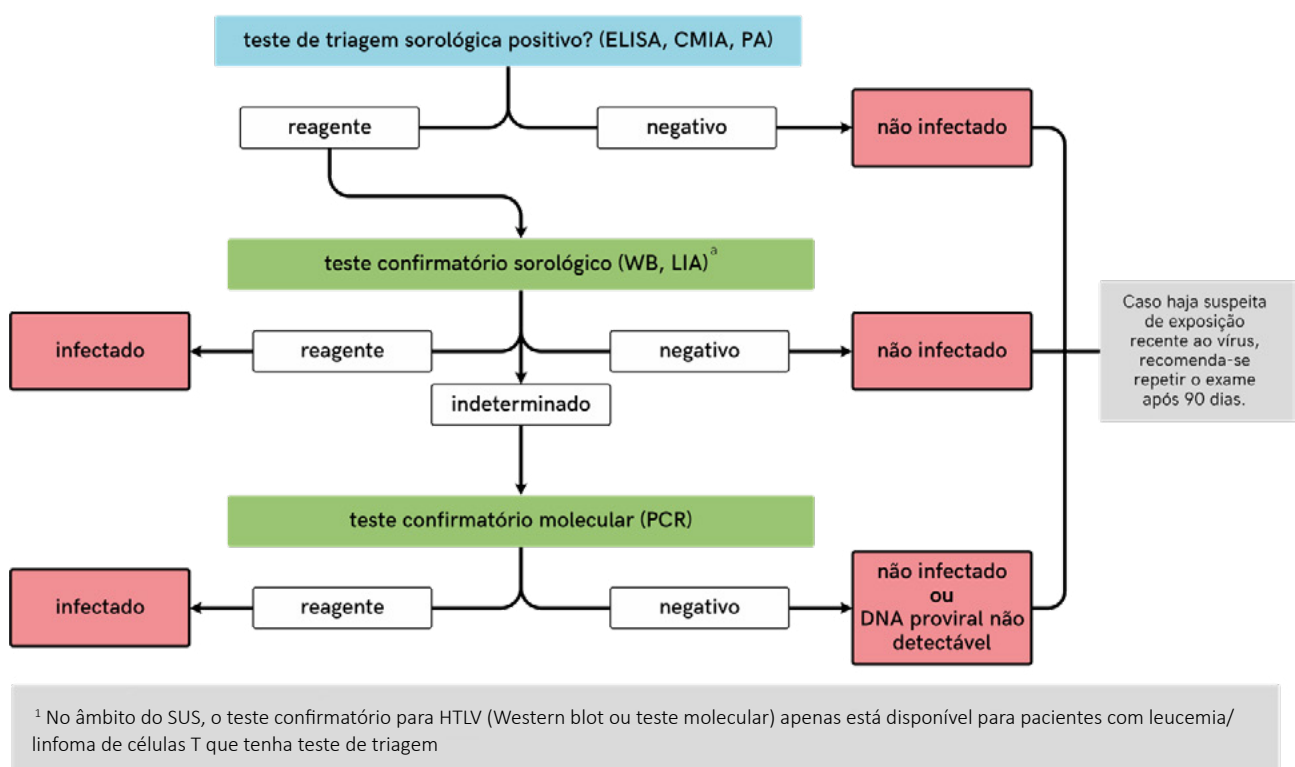
FIGURA 32 - SITUAÇÕES PARA TESTAGEM DIAGNÓSTICA DA INFECÇÃO POR HTLV-1/2

- Indivíduos com manifestações clínicas compatíveis com as doenças associadas ao HTLV-1, como uveítes, dermatites, bexiga neurogênica, síndrome de <i>Sjogren</i> , sintomas reumatológicos
- Diagnostico diferencial de mielopatias
- Doadores de sangue, órgãos ou tecidos e leite humano
- Receptores de órgãos ou tecidos
- Familiares e parcerias sexuais de pessoas vivendo com HTLV-1/2

- Indivíduos com infecções de transmissão sanguínea e sexual
- Gestantes
- Crianças expostas ao HTLV
- Usuários de drogas injetáveis
- Casos de exposição ocupacional a sangue ou material biológico, como acidente com material perfuro-cortante
- Pacientes infectados por <i>Strongyloides stercoralis</i>
- Pacientes infectados por <i>Mycobacterium tuberculosis</i>
- Pacientes com leucemia ou linfoma

Fonte: Brasil (2021b).

FIGURA 33 - DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO CAUSADA PELO HTLV-1 E 2



Fonte: Brasil (2021e).

13. ATENÇÃO CONTÍNUA

1. O manejo das IST deve ser integral, inclusive nas situações de violência sexual e de vulnerabilidade social, em qualquer ciclo da vida.
2. Para a complementação do manejo integral das IST, não abordadas neste protocolo, recomenda-se consultar os referenciais específicos do MS listados aqui.
3. Toda abordagem do indivíduo para o manejo das IST, deve contemplar: a triagem, o rastreamento e monitoramento, diagnóstico, tratamento, retratamento e encaminhamentos adequados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**, que informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016. 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-1492015>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume 2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 222 p.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Formulário de Solicitação de Medicamentos**. 2019a. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/F_Solicitacao_Medicamento.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. 1.126 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. 104p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/guia-de-manejo-clinico-da-infeccao-pelo-htlv>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 2018? 149 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 121 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ofício Circular Nº 31/2021/CGAHV/DCCI/SVS/MS**, que dispõe sobre a ampliação da dispensação de PrEP no SUS para o sistema privado de todos os estados e DF. 2021c. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/OFICIO_CIRCULAR_N_31_2021_CGAHV_DCCI_SVS_MS.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 412 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 218 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 120 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 68 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019c. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 12 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco>. Acesso em: 07 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d. 102p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 08 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxograma para manejo clínico das infecções sexualmente transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021e. 65p.: il. ISBN 978-65-5993-116-3. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 19 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decisão COFEN Nº 244/2016**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016_46254.html. Acesso em: 21 jul. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SÃO PAULO (COREN-SP). Assistência de enfermagem às infecções sexualmente transmissíveis. *In: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde*. Módulo 1: saúde da mulher. São Paulo: COREN-SP, 2019. ISBN 978-65-00-01087-9. Cap. 3, p. 88-112. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen Nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, out de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 18 de jul. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen n.º 564 de 06 de novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de novembro de 2017.

CRUZ G.; BRITO E. H.; FREITAS L.; MONTEIRO F. P. **Candidíase vulvovaginal na Atenção Primária à Saúde**. REAID [Internet]. 9dez.2020 [citado 26abr.2022];94(32):e-20074. Available from: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/viw/735>. Acesso em: 08 abr. 2022.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020: vigilância epidemiológica**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, [Online], v. 30, n. esp. 1, e2020549, 2021. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br>. Acesso em: 18 jul. 2022.

LAND J. A. *et al.* **Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening**. Hum Reprod Update [Internet]. 2010 Mar-Apr [cited 2020 Sep 28]; 16(2):189-204. Available from: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmp035>.

LUSK M. J.; KONECNY P. **Cervicitis: a review**. Curr Opin Infect Dis [Internet]. 2008 Feb [cited 2020 Sep 28]; 21(1):49-55. Available from: <https://doi.org/10.1097/qco.0b013e3282f3d988>.

NEVES, D. P. **Parasitologia humana**. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde - OMS. **Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis [Internet]**. Washington, D.C.: OPAS, OMS; 2016. 401p. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34077/CD-552017-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 jul. 2022.

SOBEL, J. D. Candida vulvovaginitis. **UpToDate**, [S.l.], maio 2017. Disponível em: <http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Candida%20vulvovaginitis.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 **[Internet]**. Genebra: World Health Organization; 2016. 64p. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>. Acesso em: 17 jul. 2022.