



TOLEDO

PREFEITURA

Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS**

PROTOCOLO Nº 2

2ª EDIÇÃO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

**PROTOCOLO Nº 2
2ª EDIÇÃO**

TOLEDO, OUTUBRO DE 2020.

Prefeito

Lúcio de Marchi

Vice-Prefeito

João Batista C. de Souza Furlan

Secretário de Saúde

Denise Liell

Autores 1ª edição (Agosto de 2015)

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Autores 2ª edição

Andressa Caroline Silva Gottardi - Enfermeira

Carla Caroline Campanelli Moreira - Enfermeira

Claudia Bonifácio Andrade – Enfermeira

Claudia Terezinha Frohlich - Enfermeira

Diane Michely Cassaro – Enfermeira

Fernanda Bitencourtt - Enfermeira

Juliana Beux Konno – Enfermeira

Kiussa Taina Geteins Vidal Cintra – Enfermeira

Márcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira

Paula Franciele da Silva – Enfermeira

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira

Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

Revisores

Adriane Monteiro Santana - Farmacêutica

Ana Carolina Pasini De Oliveira – Enfermeira

Andreia Sincero De Sá - Ginecologista E Obstetra

Cristina Matter - Enfermeira

Eunice Manoela De Oliveira - Enfermeira



Fabio Oliveira De Freitas – Médico De Família E Comunidade

Fernando Pedrotti - Médico De Família E Comunidade

John Lennon Dos Santos Vektorato – Enfermeiro

Karla Dayanna de Almeida Lorensetti Roman - Enfermeira

Mariana Marassi – Ginecologista E Obstetra

Marcos Fernandes Soares - Enfermeiro

Melissa Rafaela Furtado Herrmann Contini - Enfermeira

Raquel Wammes Schwab - Enfermeira

Samantha Cindy Werkhauser Schrremberger – Enfermeira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVO GERAL	10
4. EQUIPE RESPONSÁVEL	10
5. POPULAÇÃO ALVO	10
6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO	11
7. PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO	11
7.1 O que é Prevenção Combinada?	11
7.2 O que é sexo seguro?	11
8. ADOLESCENTES	12
9. RASTREAMENTO DE IST	13
10. HISTÓRIA SEXUAL E AVALIAÇÃO DE RISCO	14
11. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM	15
11.1 Saúde sexual	15
11.2 Identificação	15
11.3 Parcerias	16
11.4 Práticas sexuais	16
11.5 História de IST	16
11.6 Proteção	16
11.7 Planejamento reprodutivo	16
11.8 Perguntas a serem feitas a todos os pacientes adolescentes	17
11.9 Exame físico	18
11.10 Exame genital masculino	18
11.11 Exame genital feminino	18
12. ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM IST	19
13. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	21
13.1 Candidíase vulvovaginal	22
13.1.1 Diagnóstico de candidíase vulvovaginal	22
13.2 Vaginose bacteriana	24
13.2.1 Diagnóstico de vaginose bacteriana	24
13.2.2 Tratamento	25
13.3 Tricomoníase	26

13.3.1 Diagnóstico da Tricomoníase.....	26
13.3.2 Tratamento	27
13.4 Cervicite	27
13.4.1 Tratamento das cervicites	28
14. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL	28
14.1 Uretrite gonocócica.....	28
14.2 Uretrite não gonocócica	29
14.3 Tratamento	30
15. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL	30
15.1.1 Manifestações clínicas de sífilis adquirida	31
15.1.3 Interpretação dos testes imunológicos e condutas	33
15.1.4 Tratamento e monitoramento da Sífilis	35
15.1.5 Monitoramento pós-tratamento.....	36
15.1.6 Parcerias Sexuais.....	37
15.2 Herpes genital.....	37
15.2.1 Tratamento	39
15.3 Cancroide.....	40
15.3.1 Tratamento	41
15.4 Linfogranuloma venéreo (LGV).....	41
15.4.1 Tratamento	42
15.5 Donovanose.....	42
15.5.1 Tratamento	43
16. INFECÇÃO PELO HPV	43
16.1 Apresentações subclínicas do HPV.....	43
16.2 Manifestações clínicas do HPV	44
16.3 Diagnóstico do HPV	44
16.4 Prevenção do HPV	45
16.5 Tratamento	46
17. HIV E HEPATITES VIRAIS	47
17.1 Pacientes HIV/AIDS	47
17.2 Pacientes HEPATITES VIRAIS	48
18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
19. FLUXOGRAMAS.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rastreamento de IST por subgrupo populacional	13
Quadro 2 - Tratamento da Candidíase Vulvovaginal.....	23
Quadro 3 - Tratamento da Vaginose Bacteriana.....	25
Quadro 4 - Tratamento da Tricomoníase	27
Quadro 5 - Tratamento das cervicites	28
Quadro 6 - Tratamento das Uretrites.....	30
Quadro 7 - Estágios e Manifestações clínicas da Sífilis Adquirida	31
Quadro 8 - Diagnóstico sífilis por testes imunológicos no município de Toledo	32
Quadro 9 - Resultados testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis.....	33
Quadro 10 - Tratamento e monitoramento da Sífilis	35
Quadro 11 - Tratamento da herpes genital.....	39
Quadro 12 - Indicação da vacina HPV.....	45
Quadro 13 – Tratamento dos condilomas.....	46

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Corrimento vaginal e cervicite.....	51
Fluxograma 2 - Corrimento uretral.....	52
Fluxograma 3 - Úlceras genitais.....	53

1. INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são a principal causa de morbidez no adulto, sendo responsáveis por inúmeras mortes em todo o mundo. Apesar da incidência, vários problemas envolvem seu manejo, dentre os quais se ressalta o desconhecimento da população quanto à forma de transmissão e prevenção, bem como a demora em iniciar o tratamento efetivo, possibilitando a disseminação da doença não tratada (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2020) a saúde sexual é uma estratégia para a promoção da saúde e do desenvolvimento humano e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor.

A sexualidade é definida como uma questão essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (BRASIL, 2020).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias disponíveis ofertadas pelos profissionais de saúde. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos, possibilitando que a própria pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2020).

Durante a consulta de enfermagem, o profissional enfermeiro deverá adotar alguns eixos norteadores no seu processo de trabalho para facilitar o raciocínio diagnóstico:

1. Anamnese completa e detalhada;
2. Exame clínico e genital minucioso;
3. Elucidação diagnóstica;
4. Tratamento;
5. Aconselhamento.

Entende-se que o aconselhamento deverá englobar orientações referentes à doença em questão, seus riscos e consequências, prevenção de outros agravos transmissíveis, identificação e tratamento das parcerias sexuais, além do esclarecimento e oferecimento de testagens para HIV, Sífilis e Hepatites virais.

Com base na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, ficou estabelecido que os **enfermeiros podem realizar a consulta de enfermagem, prescrever e administrar medicamentos de acordo com os protocolos pactuados e aprovados em programas de saúde pública**. As orientações sobre o ato de prescrever medicamentos ou solicitar exames laboratoriais foram divulgadas na Resolução COFEN 317/2007 (COFEN, 2007), devendo ser realizado mediante a elaboração efetiva da sistematização da assistência de enfermagem prevista na Resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009).

Para os tratamentos, a base será o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde, (2020).

2. JUSTIFICATIVA

O tratamento imediato e eficiente das IST é fundamental para o seu controle. Deve ter como princípios a cura da doença, a prevenção das complicações e sequelas e impedir a cadeia de transmissão.

3. OBJETIVO GERAL

Realizar em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados, com a finalidade de interromper a cadeia de transmissão e prevenir complicações e novas ocorrências das IST.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do município de Toledo-PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Todos os usuários do Sistema Único de Saúde atendidos nas unidades de saúde do município de Toledo-PR, com sinais, sintomas ou suspeita de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

6. FORMA DE ENTRADA NO SERVIÇO

Agendamento ou demanda espontânea.

7. PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

A percepção dos riscos de adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa, e sofre mudanças ao longo da vida. A prevenção dessas infecções impulsiona a continuidade de projetos pessoais, como relacionamentos, filhos(as) e vida sexual saudável. Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir de todos os avanços científicos existentes. A seguir, será detalhado o que é Prevenção Combinada e sexo seguro como ferramentas colaboradoras para a gestão de risco de cada pessoa. É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de ajudá-la a reconhecer e minimizar seu risco.

7.1 O que é Prevenção Combinada?

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo.

7.2 O que é sexo seguro?

Geralmente, o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos. Por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, ele possui limitações. Assim, outras medidas de prevenção são importantes e complementares para uma prática sexual segura, como as apresentadas a seguir:

- Usar preservativo;
- Imunizar para Hepatite A, Hepatite B e HPV;
- Conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is);
- Testar regularmente para HIV e outras IST;
- Tratar todas as pessoas vivendo com HIV – PVHIV
- Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncótica);
- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;

- Conhecer e ter acesso à anticoncepção e concepção;
- Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado.

Nesse sentido, é essencial ampliar as possibilidades de prevenção e tornar o cenário mais completo e efetivo.

8. ADOLESCENTES

A maneira como os adolescentes expressam e vivem a sexualidade é influenciada por vários fatores, como a qualidade de suas relações emocionais e afetivas, vividas com pessoas significativas na infância e na fase atual; a integração com seus pares; as transformações físicas, psicológicas, cognitivas e sociais em decorrência do crescimento e desenvolvimento; o início da capacidade reprodutiva; as crenças, normas morais, mitos e tabus; e as tradições da família e da sociedade na qual estão inseridos.

A abordagem ao adolescente deve respeitar sua autonomia, em conformidade com os princípios da confidencialidade e da privacidade, indispensáveis para estabelecer uma relação de confiança e respeito com os profissionais de saúde.

De acordo com a Nota Técnica nº 04/2017, do Departamento de ações programáticas estratégicas de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, sobre o direito de adolescentes serem atendidos nas UBS desacompanhados dos pais ou responsáveis e as ocasiões em que é necessária a presença de pais ou responsáveis e do Código de ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN 311/2007) no Art. 82, &4º - O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou risco ao mesmo.

Portanto, é imprescindível o acolhimento e escuta ativa desse adolescente pela equipe de saúde e fica a cargo de cada profissional as condutas pertinentes a cada caso (tratamentos e acompanhamentos) sem a presença do responsável, de acordo com a legislação vigente. Enfatizando que todas as atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem devem ser registradas em prontuário do usuário, de acordo com a resolução COFEN nº429/2012 (COFEN, 2012).

9. RASTREAMENTO DE IST

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado.

Diferentemente de outros rastreamentos, como a mamografia para câncer de mama, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão. Quando não identificado e tratado o agravo na(s) parceria(s), este se perpetua na comunidade e expõe o indivíduo à reinfecção, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos.

O Quadro 1 descreve o rastreamento de IST recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária.

Quadro 2 - Rastreamento de IST por subgrupo populacional

QUEM	QUANDO		
	HIV	SÍFILIS	HEPATITES B e C
Adolescentes e jovens (<= 30 anos)	Anual	Anual	Ver frequência conforme outros subgrupos ou práticas sexuais
Gays	Semestral		Semestral
Trabalhadores do sexo	Semestral		Semestral
Travestis/ Transexuais	Semestral		Semestral
Pessoas que usam álcool e outras drogas	Semestral		Semestral
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após		No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico		-----
Pessoas com diagnóstico de Tuberculose	No momento do diagnóstico		
PVHIV	-----	Semestral	Anual
Violência sexual	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial, aos 3 e 6 meses após exposição
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativo	Semestral		
Pessoas privadas de liberdade	Anual		Semestral

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

Os dois principais fatores de risco para IST são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade mais baixa. Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos. Por esse motivo, foram incluídas no rastreamento anual as pessoas de até 30 anos de idade com vida sexualmente ativa. Caso a pessoa de 30 anos ou mais pertença a algum outro subgrupo populacional, deve-se optar pelo que for mais representativo.

Para o restante da população, a testagem para sífilis e demais IST não inclusa no Quadro 1 dependerá da avaliação de risco, devendo fazer parte da abordagem de gerenciamento de risco.

10. HISTÓRIA SEXUAL E AVALIAÇÃO DE RISCO: HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA CLÍNICA

Somente por meio de uma avaliação adequada é que se pode identificar o risco de uma pessoa para IST. Hipóteses e inferências sobre o risco de IST podem ser imprecisas. O investimento exclusivo em diagnósticos e tratamentos não será suficiente se não falarmos de sexo. É necessário conhecer a temática para conversar e reduzir o estigma relacionado às práticas sexuais e às IST.

Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente, há uma tendência em subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, os pacientes querem discutir sua saúde sexual, querem que o profissional aborde essa dimensão de sua vida. É importante que o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais.

Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é preciso primeiro ganhar a confiança do paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns; porém, é preferível que o profissional de saúde faça uma aproximação mais gradual, com o objetivo de construir uma relação de confiança, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico.

Nesse sentido, recomenda-se avisar ao paciente que as perguntas que você está fazendo são feitas para todos os pacientes adultos, independentemente de idade ou de estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Igualmente necessária é a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões de cada pessoa, visto que estas também podem contribuir para suas vulnerabilizações, principalmente em se tratando da prostituição.

Ao iniciar o assunto de forma gradual, podem-se utilizar metáforas, mas será necessário avançar para uma comunicação transparente e clara, abordando os pontos mais importantes para a avaliação de risco. Nesse segundo momento, ou para usuários com quem o profissional já estabeleceu uma relação de confiança prévia, para os quais uma abordagem inicial mais direta pode funcionar, algumas perguntas abertas e diretas podem ser usadas para uma comunicação mais transparente.

11. ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Abaixo segue sugestão de perguntas norteadoras para a consulta de enfermagem, com algumas perguntas específicas que abordam os pontos mais importantes relacionados à vulnerabilidade em relação às IST. A partir das respostas, é possível ao profissional fazer uma avaliação de risco adequada e realizar o gerenciamento de risco junto com o paciente.

11.1 Saúde sexual

- “Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde sexual. Uma vez que a saúde sexual é muito importante para a saúde geral, sempre pergunto aos pacientes sobre isso. Se está tudo bem para você, eu vou fazer algumas perguntas sobre questões sexuais agora. Antes de começar, você tem dúvidas ou alguma preocupação em relação à sua saúde sexual que gostaria de discutir?”

11.2 Identificação

- O que você se considera ser (orientação sexual)? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
- “Qual é a sua identidade de gênero? Homem, mulher, homem trans, mulher trans, travesti, outra?”

11.3 Parcerias

- “Você já teve relações sexuais?”
- Se sim: “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?” (ou em outro período de tempo, de acordo com a avaliação clínica a ser realizada na consulta)
- “Você teve relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?”
- “Nos últimos três meses, você teve relações sexuais com alguém que não conhecia ou acabou de conhecer?”
- “Você já foi forçado(a) ou pressionado(a) a ter relações sexuais?”

11.4 Práticas sexuais

- “Nos últimos três meses, que tipos de sexo você teve? Anal? Vaginal? Oral? Receptivo (passivo), insertivo (ativo), ambos (passivo e ativo)?”
- “Você ou sua parceria usou álcool ou drogas quando você fez sexo?”
- “Você já trocou sexo por drogas ou dinheiro?”

11.5 História de IST

- “Você já teve uma IST?”
- Se sim: “Qual? Onde foi a infecção? Quando foi? Você tratou? Sua parceria tratou?”
- “Você já foi testado(a) para o HIV, sífilis, hepatite B/C?”
- Se sim: “Há quanto tempo foi esse teste? Qual foi o resultado?”

11.6 Proteção

- “O que você faz para se proteger das IST, incluindo o HIV?”
- “Quando você usa essa proteção? Com quais parcerias?”
- “Você foi vacinado contra hepatite B? HPV?”

11.7 Planejamento reprodutivo

- “Você tem algum desejo de ter (mais) filhos(as)?”
- Se sim: “Quantos filhos(as) você gostaria de ter? Quando você gostaria de ter um filho? O que você e sua parceria estão fazendo para evitar a gravidez até este momento?”

- Se não: “Você está fazendo alguma coisa para evitar a gravidez?” (Certifique-se de fazer as mesmas perguntas também a pacientes trans que ainda possuem órgãos reprodutivos femininos)

11.8 Perguntas a serem feitas uma vez por ano a todos os pacientes adolescentes

Explique ao pai/mãe/cuidador que você gostaria de ter uma parte de cada consulta sozinho com o(a) adolescente. O tempo sozinho com os adolescentes é fundamental para discutir tópicos sensíveis, como a saúde sexual, e os prepara para assumir a responsabilidade pelos seus cuidados de saúde. Certifique-se de que pai/mãe/cuidador será convidado de volta para completar a consulta.

Comece com tópicos menos ameaçadores, como escola ou atividades cotidianas, antes de avançar para tópicos mais sensíveis, como drogas e sexualidade. Faça perguntas abertas para facilitar a conversação.

- “Eu vou fazer algumas perguntas que eu pergunto a todos os meus pacientes. Essa informação é importante e me ajudará saber como melhor oferecer o cuidado para você. Suas respostas serão mantidas confidenciais; então, fale livremente. Pode ser que algumas vezes talvez seja necessário compartilhar essa informação com outras pessoas”.
- “Quais perguntas você tem sobre seu corpo e/ou sobre sexo?”
- “Seu corpo muda muito durante a adolescência e, embora isso seja normal, também pode ser confuso. Alguns dos pacientes sentem que são mais um menino ou uma menina, ou mesmo outra coisa, enquanto seu corpo muda de outra maneira. Como isso aconteceu com você?”
- “Como você descreveria sua orientação sexual? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
- “Você já teve relações sexuais com alguém? Por sexo, quero dizer sexo vaginal, oral ou anal”.

A partir do resultado da história sexual, é possível realizar uma adequada avaliação do estilo de vida do usuário. Nesse momento, é fundamental olhar para a Prevenção Combinada e, junto com o usuário, pactuar ações de prevenção individualizadas. A abordagem da história sexual deve ser repetida de acordo com o perfil do usuário e a pactuação das ações a cada consulta.

11.9 Exame físico

O Exame Físico, etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, busca avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Este exame deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido cefalocaudal.

Deve-se rotineiramente examinar pele, mucosas e palpar os gânglios de todos os segmentos corporais, observando particularmente a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e genitais.

Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada, etc.) no abdômen, dorso, couro cabeludo e principalmente na região perineal, deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão. O diagnóstico das IST não pode se basear em sinais isolados, mas sim em um conjunto de informações (anamnese completa) e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

11.10 Exame genital masculino

Para uma melhor inspeção, tanto na região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deverá estar em pé ou sentado em plano superior ao examinador, com as pernas afastadas. Para a região anorretal, o paciente deverá curvar-se para frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou deitado em decúbito lateral com leve ante flexão do tronco e da coxa não encostada na maca. Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras, etc. Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular ou processo inflamatório da bolsa escrotal e, se necessário realizar compressão da glândula buscando confirmar corrimento uretral.

11.11 Exame genital feminino

O examinador deverá descrever todos os procedimentos a serem realizados na usuária, ressaltando o fato de que todo o material a ser utilizado é esterilizado ou descartável. O exame deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica.

No exame estático deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações e ulcerações. Para o exame dinâmico deve-se colocar os dedos indicador e médio na região que corresponde as glândulas de Bartholin

(aproximadamente as 5 e 7 horas) e tracioná-las para baixo e para fora. Com isso pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta, solicitando-se à paciente para aumentar a pressão intra-abdominal, que pode ser conseguido através da solicitação para que a mesma tussa.

O exame especular deverá ser feito, após breve explicação sobre o instrumento a paciente. A coleta do exame citopatológico, deverá sempre ser o primeiro procedimento a ser realizado. Coloca-se o espéculo descartável sempre com uma inclinação de 75°, pressionando levemente a parede posterior da vagina, usando o dedo indicador e médio para expor o introito vaginal (evitando o traumatismo de uretra e bexiga); observar coloração e pregueamento vaginal, além do aspecto do colo uterino, principalmente do muco cervical; notar a presença ou não de secreções, tumorações, ulcerações, lacerações e roturas. A retirada do espéculo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espéculo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que causará dor e traumatismo uretral.

Se disponível na unidade, realizar durante o exame especular:

- Teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo);

OU

- Coleta de material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” – em uma lâmina ou chumaço de gaze, acrescentar uma gota de KOH 10% sobre o conteúdo vaginal coletado, sendo positivo se apresentar cheiro de peixe podre);

Não há indicação de rastreamento por meio destes testes em mulheres assintomáticas.

12. ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico são importantes elementos na abordagem das pessoas com IST. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para:

- Gonorreia;
- Clamídia;
- Sífilis;
- HIV;
- Hepatite B;

➤ Hepatite C.

As amostras para os exames rápidos devem ser colhidas no momento da primeira consulta e solicitados os exames laboratoriais, se necessários. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientações de tratamento, além da definição de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção no serviço. Para tanto, o profissional deve promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas (a maioria) ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST corretamente diagnosticada ou tratada. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a reinfecção ou a infecção de sua parceira sexual.

A duração e a transmissibilidade da infecção são maiores quando o acesso ao tratamento é menor. A vigilância epidemiológica e o manejo dos contatos sexuais também são estratégias para alcançar e tratar todas as pessoas infectadas.

Todas essas intervenções devem ser acompanhadas pela promoção da busca adequada aos serviços de saúde. Os demais passos estão ligados ao acesso a serviços de qualidade, envolvendo infraestrutura, equipamentos, insumos, recursos financeiros e humanos e educação permanente. Esses serviços devem ter condições mínimas de atendimento, além de estar inseridos em uma rede de atenção que possibilite o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.

O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato, com o menor tempo de espera possível, podendo esse período ser aproveitado para a realização de ações de informação/educação em saúde individual e coletiva. O atendimento imediato de uma pessoa com IST não é apenas uma ação curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes das infecções.

Vale ressaltar que o enfermeiro deve realizar o monitoramento do tratamento de todos os pacientes com IST, utilizando de instrumentos como planilhas, relatórios de CIAP, busca ativa, controle de dispensação de medicamentos, entre outros.

13. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Entre as causas não infecciosas do corrimento vaginal, incluem-se drenagem de excessivo material mucoide fisiológico, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa) ou presença de corpo estranho. Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (líquen, psoríase).

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- IST (tricomoniase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico.

As mulheres com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem orientadas sobre as diferenças entre as ITR. O diagnóstico de uma IST tem implicações que estão ausentes nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais. É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico.

A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. Daí a necessidade de indagar sobre:

- Consistência, cor e alterações no odor do corrimento;
- Presença de prurido; e/ou
- Irritação local.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, abrangendo informações sobre:

- Comportamentos e práticas sexuais;
- Data da última menstruação;
- Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos; e/ ou
- Outros potenciais agentes irritantes locais.

Orientações de enfermagem para corrimentos vaginais:

- Manter um estilo de vida saudável e reduzir o estresse;
- Evitar alimentos com alto teor de açúcar e manter atividades físicas;
- Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível;
- Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro;
- Evitar desodorantes e produtos perfumados na região íntima;
- Não realizar ducha vaginal;
- Evitar o uso de absorventes diários;
- Evitar roupas apertadas e de tecidos grossos por períodos prolongados;
- Atentar-se para as condições laborais (locais frios, úmidos, trabalho muito tempo sentada).

13.1 Candidíase Vulvovaginal

Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres serão colonizadas por *Candida spp.*, de forma assintomática, sem requerer tratamento. Fatores que predisõem à candidíase vulvovaginal:

- Gravidez;
- Obesidade;
- Diabetes mellitus (descompensado);
- Uso de corticoides;
- Uso de antibióticos;
- Uso de contraceptivos orais;
- Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência);
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);
- Infecção pelo HIV.

13.1.1 Diagnóstico de candidíase vulvovaginal

Clinicamente, a paciente pode referir os seguintes sinais e sintomas, diante de uma CVV clássica:

- Prurido;

- Ardência;
- Corrimento geralmente grumoso, sem odor;
- Dispareunia de introito vaginal; e
- Disúria externa.

Os sinais característicos são:

- Eritema e fissuras vulvares;
- Corrimento grumoso, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca;
- Edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes, pustulosas pelo ato de coçar.

13.1.2 Tratamento:

Quadro 3 - Tratamento da Candidíase Vulvovaginal

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	Miconazol creme a 2% via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 1 dia
CVV complicada ou recorrente (Recorrência em menos de 30 dias ou 4 episódios ou mais no ano)	Encaminhar para avaliação médica

Observações:

- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas;
- Tratamento de gestantes e lactantes: Vide Protocolo de Assistência de Enfermagem ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo;
- Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.2 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) é a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não) e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com predomínio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus* spp., *Mobiluncus curtisii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactiae* (grupo B).

13.2.1 Diagnóstico de vaginose bacteriana:

- Corrimento vaginal homogêneo;
- pH >4,5;
- Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

Não há indicação de rastreamento de vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas. O tratamento é recomendado para mulheres sintomáticas, especialmente aquelas com histórico de comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital).

A recorrência de VB após o tratamento é comum: 15% a 30% das mulheres apresentam VB sintomática 30 a 90 dias após a terapia com antibióticos, enquanto 70% das pacientes experimentam uma recorrência em nove meses.

Algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais; dentre elas, atividade sexual frequente sem uso de preservativos, duchas vaginais, utilização de DIU, inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos. Cepas de *Atopobium vaginae* resistentes ao metronidazol são identificadas em várias portadoras de vaginose bacteriana recorrente (VBR), contudo, esses bacilos são sensíveis à clindamicina e às cefalosporinas.

13.2.2 Tratamento

Quadro 4 - Tratamento da Vaginose Bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção	Metronidazol 250mg. 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias OU Metronidazol 400mg. 1 comprimidos VO, 8/8h, por 7 dias OU Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) 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 por dia, por 7 dias
Recorrentes	Encaminhar para consulta médica

Observações:

- O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado;
- Para o tratamento com Metronidazol 2g orientar o paciente em relação a intolerância gástrica;
- **Para tratamento das gestantes vide Protocolo de Enfermagem de Assistência ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo;**
- Durante o tratamento com Metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”);
- Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais;
- Manter o tratamento durante a menstruação.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.3 Tricomoníase

Vulvovaginite menos frequente nos dias atuais, é causada por um protozoário flagelado unicelular, o *Trichomonas vaginalis*, e parasita com mais frequência a genitália feminina que a masculina.

Seus sinais e sintomas característicos consistem em:

- Corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe);
- Prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção;
- Sinusiorragia (sangramento durante as relações sexuais);
- Dispareunia;
- Edema vulvar; e
- Sintomas urinários, como disúria.

Cerca de 30% dos casos são assintomáticos, mas algum sinal clínico pode aparecer. Não há complicações sérias na mulher na grande maioria dos casos, mas a tricomoníase pode propiciar a transmissão de outros agentes infecciosos agressivos, facilitar DIP, VB e, na gestação, quando não tratada, pode evoluir para rotura prematura das membranas.

13.3.1 Diagnóstico da Tricomoníase

No exame especular, percebem-se:

- Microulcerações no colo uterino, que dão um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”);
- Elevação do pH para 6,7 a 7,5;
- Odor fétido;
- Bolhas no corrimento vaginal purulento.

13.3.2 Tratamento

Quadro 5 - Tratamento da Tricomoníase

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x por dia, por 7 dias

Observações:

- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico;
- O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão;
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da **citologia oncológica**. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, **deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após seis meses**, para avaliar se as alterações persistem;
- **Para tratamento das gestantes vide Protocolo de Enfermagem de Assistência ao Pré-Natal de risco habitual e intermediário do município de Toledo.**

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

13.4 Cervicite

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Os principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Ao exame físico, podem estar presentes:

- Dor à mobilização do colo uterino;
- Material mucopurulento no orifício externo do colo;
- Edema cervical;
- Sangramento ao toque da espátula ou swab.

As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade.

Além disso, outros sintomas, como corrimento vaginal, febre, dor pélvica, dispareunia e disúria também podem estar associados.

13.4.1 Tratamento das cervicites

Quadro 6 - Tratamento das cervicites

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) E Infecção por clamídia	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única

Observações:

- O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

14. INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites 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, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

Entre os fatores associados às uretrites, foram encontrados: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos.

14.1 Uretrite gonocócica

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram-negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é, em média, 50% por ato sexual. Os sinais e sintomas são

determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra (uretrite), endocérvice (cervicite), reto(proctite), faringe (faringite) e conjuntiva (conjuntivite).

A infecção uretral no homem é assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e de disúria em mais de 50%. O período de incubação costuma ser de dois a cinco dias após a infecção. Nas mulheres, a uretrite gonocócica é frequentemente assintomática.

O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, edema, prurido, hiperemia da região prepucial, descamação da mucosa e, em alguns casos, material purulento e de odor desagradável no prepúcio). As complicações no homem ocorrem por infecção ascendente a partir da uretra, podendo ocasionar orquiepididimite, prostatite e estenose de uretra.

14.2 Uretrite não gonocócica

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram, cultura e detecção de material genético por biologia molecular são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros.

A infecção por clamídia no homem é responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não gonocócica. A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com uretrite não gonocócica hospedem a *C. trachomatis* na endocérvice. Elas podem reinfetar sua(s) parceria(s) sexual(ais) e desenvolver quadro de DIP se permanecerem sem tratamento.

A uretrite não gonocócica caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação em aproximadamente 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das uretrites não gonocócicas podem simular, clinicamente, os da gonorreia. As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para prostatite, epididimite, balanite, conjuntivite (por autoinoculação) e síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou síndrome de Reiter.

14.3 Tratamento

Quadro 7 - Tratamento das Uretrites

URETRITE SEM IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Primeira opção	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg. 2 comprimidos, VO, dose única
Segunda opção	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x por dia, por 7 dias

Observações:

- Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas encaminhar para avaliação médica;
- 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: Adaptado de BRASIL, 2020.

15. INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam síndrome clínica, sendo muitas vezes causadas por IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Nesta seção, serão abordadas as IST que se manifestam com úlceras genitais em alguma fase da doença, cujos agentes etiológicos infecciosos mais comuns são:

- *Treponema pallidum* (sífilis);
- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- *Haemophilus ducreyi* (cancroide);
- *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose).

15.1 Sífilis Adquirida

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/tardia)

15.1.1 Manifestações clínicas de sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença

Quadro 8 - Estágios e Manifestações clínicas da Sífilis Adquirida

ESTÁGIOS DE SÍFILIS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Terciária	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: BRASIL, 2020.

15.1.2 Diagnóstico da Sífilis

O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado.

Considerando a sensibilidade dos testes diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico (teste rápido). Com o resultado do teste rápido reagente o profissional deverá solicitar um teste não treponêmico (VDRL). O tratamento pode ser iniciado no momento do diagnóstico com o teste rápido (não é necessário aguardar o resultado do VDRL) de acordo com a história clínica, epidemiológica ou exame físico do paciente. No entanto a solicitação do VDRL inicial é imprescindível para o monitoramento da resposta ao tratamento.

Quadro 9 - Diagnóstico da sífilis por testes imunológicos disponíveis no município de Toledo

TESTES IMUNOLÓGICOS		OBSERVAÇÕES
Treponêmico	Teste Rápido (TR) FTA-Abs	São os primeiros a se tornarem reagentes; Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento; São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Não treponêmico	VDRL	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
------------------------	------	---

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.3 Interpretação dos testes imunológicos e condutas

Quadro 10 - Resultados de testes treponêmicos e não treponêmicos de sífilis, interpretação e conduta

PRIMEIRO TESTE	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste rápido REAGENTE	VDRL REAGENTE	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 rápido REAGENTE	VDRL NÃO REAGENTE	Realizar FTA-Abs: • Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. • Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. • Se terceiro teste treponêmico não	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

		disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.	concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
VDRL REAGENTE	Teste rápido NÃO REAGENTE	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 rápido 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 o início 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: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.4 Tratamento e monitoramento da Sífilis

Quadro 11 - Tratamento e monitoramento da Sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	SEGUIMENTO
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)	VDRL trimestral até o 12 ^o mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses); 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	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas. Dose total: 7,2	VDRL trimestral até o 12 ^o mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses); Em gestantes, o controle

terciária	milhões UI, IM	deve ser mensal.
Neurossífilis	Encaminhar para avaliação e conduta médica	

Observações:

- Caso necessário tratamento alternativo encaminhar para consulta médica;
- 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, exceto gestantes.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.1.5 Monitoramento pós-tratamento

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após um ano de seguimento pós tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST na população de pessoas curadas de sífilis.

Os testes não treponêmicos não são automatizados; portanto, pode haver diferença entre leituras em momentos diferentes e/ou quando realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) devem ser analisadas com cautela.

Atualmente, para definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica. São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

› Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU

› Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); **OU**

› Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Para esquema de retratamento encaminhar para consulta médica.

15.1.6 Parcerias Sexuais

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a esses parceiros sexuais (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.

A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

15.2 Herpes genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família Herpesviridae, da qual fazem parte o citomegalovírus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano 8. Todos são DNA-vírus que variam quanto à composição química e podem ser diferenciados por técnicas imunológicas. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões perorais.

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primoinfecção herpética e surtos recorrentes. Sabe-se que muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre as pessoas com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a serem dolorosas, atípicas e de maior duração.

A primoinfecção herpética tem um período de incubação médio de seis dias. Em geral, é uma manifestação mais severa, caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosas, muito dolorosas e de localização variável na região genital. O conteúdo dessas vesículas é geralmente citrino, raramente turvo.

O quadro local na primoinfecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.

Quando há acometimento do colo do útero, é comum o corrimento vaginal, que pode ser abundante. Entre os homens, o acometimento da uretra pode provocar corrimento e raramente é acompanhado de lesões extragenitais. O quadro pode durar de duas a três semanas.

Após a infecção genital, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais, penetra nos núcleos das células dos gânglios sensitivos e entra em um estado de latência. A ocorrência de infecção do gânglio sensitivo não é reduzida por qualquer medida terapêutica. Episódios de recorrência são bem mais frequentes entre pacientes que apresentam primoinfecção por HSV-2 que por HSV-1.

Após a infecção genital primária por HSV-2 ou HSV-1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação viral. Essa reativação deve-se a quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência.

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primoinfecção e pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

A recorrência tende a ser na mesma localização da lesão inicial, geralmente, em zonas inervadas pelos nervos sensitivos sacrais. As lesões podem ser cutâneas e/ ou mucosas. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Nas mucosas, é incomum a visualização das vesículas, uma vez que seus tetos rompem muito facilmente. Mais raramente, a ocorrência de lesões pode ser acompanhada de sintomas gerais. As lesões

têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.

Nos pacientes com imunodepressão, podem ocorrer manifestações atípicas, com lesões ulceradas ou hipertróficas de grandes dimensões, que persistem na ausência de tratamento local ou até mesmo sistêmico. Os diagnósticos diferenciais incluem o cancroide, a sífilis, o LGV, a donovanose e as ulcerações traumáticas.

15.2.1 Tratamento

Quadro 12 - Tratamento da herpes genital

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	OBSERVAÇÕES
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x por dia, (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h) por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível; O tratamento pode ser prorrogado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Lesões maiores: Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x por dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x por dia, por 5 dias Lesões menores: Aciclovir 50mg creme, 1 aplicação 5x ao dia	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano) OU Herpes genital em imunossuprimidos	Encaminhar para avaliação médica	

OU Gestação

Observações:

- O tratamento com antivirais é eficaz para redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente;
- O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões;
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões;
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados;
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

15.3 Cancroide

O cancroide é uma afecção provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Denomina-se também cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey. 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 é de 80%, mais frequente em homens.

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco balanoprepucial; na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos pacientes, a bactéria atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica.

A cicatrização pode ser desfigurante. A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos é indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação. São contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose e erosões traumáticas infectadas.

15.3.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

15.4 Linfogranuloma venéreo (LGV)

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, que são descritas a seguir:

› Fase de inoculação: inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa;

› Fase de disseminação linfática regional: no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação;

› Fase de sequelas: o comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa. A lesão da região anal pode levar a proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo. Os bubões que se tornarem flutuantes podem ser aspirados com agulha calibrosa, não devendo ser incisados cirurgicamente. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na

mulher é denominada estiomene. Além disso, podem ocorrer fístulas retais, vaginais e vesicais, além de estenose retal.

Mulheres com prática de coito anal ou HSH receptivos podem apresentar proctocolites como manifestação inicial. O uso de preservativos ou outros métodos de barreira para sexo oral, vaginal e anal previnem a infecção por *C. trachomatis*. Acessórios sexuais devem ser limpos antes de sua utilização, sendo necessariamente de uso individual.

O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal.

15.4.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

15.5 Donovanose

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente, ocorrendo na maioria das vezes em climas tropicais e subtropicais. A donovanose (granuloma inguinal) está frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam bem conhecidos, sendo a transmissibilidade baixa.

O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcerovegetante. As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais. Na mulher, a forma elefantiásica é uma sequela tardia, sendo observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos. A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

15.5.1 Tratamento

Encaminhar para avaliação médica.

16. INFECÇÃO PELO HPV

A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara.

O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas. Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações no exame preventivo de colo do útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses.

A infecção por um determinado tipo viral não impede a infecção por outros tipos de HPV, podendo ocorrer infecção múltipla. Os tipos que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. O tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento do câncer cervical é de aproximadamente 20 anos, de acordo com o tipo do vírus, sua carga viral, sua capacidade de persistência e o estado imunológico do hospedeiro. Tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo as causadas pela infecção pelo HIV, desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras são fatores predisponentes.

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação. O tempo de latência pode variar de meses a anos e, quando presentes, as manifestações podem ser subclínicas.

16.1 Apresentações subclínicas do HPV

As alterações são detectadas pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões

escamosas de baixo grau (low grade intraepithelial lesions – LSIL), equivalendo ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).

Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (high grade intraepithelial lesions – HSIL), correspondendo à histopatologia aos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma in situ – também denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais grau 2 (NIC 2) ou grau 3 (NIC 3). Esta última é considerada carcinoma in situ. Como mencionado, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasias intraepiteliais vaginais (NIVA), vulvares (NIV), perineais (NIPE), penianas (NIP) e anais (NIA).

16.2 Manifestações clínicas do HPV

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálano-prepucial ou na glande. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvix. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais. As manifestações perianais são mais frequentes, ainda que não exclusivas, em pessoas que tenham atividade sexual anal receptiva. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laríngea.

16.3 Diagnóstico do HPV

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Em situações especiais, há indicação de biópsia para estudo histopatológico:

- › Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;
- › Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;

› Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade.

As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com anoscopia e toque retal.

O estudo citológico de material colhido do canal anal ainda tem sua realização debatida, mas pode ter importância em populações especiais (HSH e pessoas com prática sexual anal receptiva), em razão de aumento da incidência de câncer anorretal.

Não são recomendados testes que identificam os diferentes tipos de HPV na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas com a finalidade de diagnosticar a infecção pelo HPV. Esses testes têm importância para o rastreio de câncer genital, como câncer de colo uterino e de pênis.

16.4 Prevenção do HPV

A vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. Existe robusta evidência do benefício individual e populacional, com demonstração de redução da ocorrência de lesões benignas e malignas.

A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas(os) antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos.

Quadro 132 - Indicação da vacina HPV

PÚBLICO ALVO	DOSES
Meninas de 9 a 14 anos Meninos de 11 a 14 anos	2 doses (0 e 6 meses)
PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos Mulheres e Homens de 9 a 26 anos	3 doses (0, 2 e 6 meses)

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

16.5 Tratamento

Quadro 143 – Tratamento dos condilomas

CONDILOMAS	TRATAMENTO
Lesões pequenas em pele e mucosa (Exceto canal vaginal, colo uterino, lábio interno, língua e outras mucosas internas)	Ácido Tricloroacético (ATA) 80% a 90% Aplicar nas lesões 1x por semana até o desaparecimento das mesmas (Na própria UBS/ESF)
Lesões extensas	Encaminhar para pequenos procedimentos no Mini-Hospital.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cuidados de enfermagem pré e pós cauterização química com ATA:

Pré-cauterização:

- Não estar menstruada;
- Cuidado ao se depilar para não cortar o condiloma;
- Não realizar depilação com cera quente;
- Realizar higiene íntima antes do procedimento;
- Evitar relação sexual antes do procedimento, pelo menos 2 dias;
- Não realizar duchas vaginais;
- Não estar fazendo uso de pomadas ou comprimidos vaginais.

Pós-cauterização:

- Evitar relação sexual até que esteja completamente cicatrizado;
- Evitar o uso de bebidas alcoólicas, de cigarro e outras drogas;
- Não compartilhar roupa íntima, toalha, sabonete, bucha de banho com outra pessoa;
- Melhorar ingestão hídrica, ingestão alimentar, aumentando consumo de alimentos ricos em vitamina C;
- Evitar roupa íntima muito apertada;
- Não utilizar métodos para alívio da dor sem consentimento médico;

- Não arrancar o condiloma que esteja se desgrudando da pele/mucosa, deixar cair naturalmente;
- Plano de cuidados pós-cauterização;

Cauterização:

- Anotar a quantidade de condilomas;
- Anotar local de inserção dos condilomas;
- Anotar quantos condilomas foram cauterizados;
- Anotar evolução do processo de cauterização dos condilomas.

17. HIV E HEPATITES VIRAIS

17.1 Pacientes HIV/AIDS

- Após a realização dos dois testes reagentes (o resultado reagente sempre deve ser confirmado com um segundo teste diferente, com base na especificidade dos testes de triagem, dois resultados reagentes são utilizados para o diagnóstico da infecção);
- Realizar a notificação;
- O paciente deve ser orientado sobre o diagnóstico, agravo. O acolhimento e o aconselhamento não devem ocorrer apenas no serviço de referência. O profissional capacitado para realização de teste rápido deste agravo, deve estar capacitado também para o acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste;
- Solicitar parceria sexual para testagem (parceria fixa ou parcerias dos últimos 12 meses);
- Ligar no serviço de referência CTA para realizar o agendamento.

Obs. Caso o primeiro teste apresente resultado reagente e o segundo não reagente, solicitar no sistema eletrônico municipal o exame: Pesquisa de Anticorpos Anti-HIV-1 + HIV-2 (Elisa).

A **PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV)** deverá seguir fluxo específico e está disponível para os seguintes casos:

- Violência sexual;
- Relação sexual desprotegida (sem uso de camisinha ou com rompimento da camisinha);

- Acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

17.2 Pacientes HEPATITES VIRAIS

Testes rápidos de Hepatite B não são exames confirmatórios, são testes de triagem, então precisam ser confirmados por testes sorológico. O Teste rápido de Hepatite C apesar de não ser teste confirmatório não necessita mais a realização do confirmatório pelo teste sorológico.

Se teste rápido Reagente para HBSAG

- Realizar a notificação;
- Solicitar HBSAG - em dados clínicos ou observação colocar: se reagente para HBSAG realizar demais marcadores virais. Anti-HBc IGM e IGG, Anti-HBs, Anti-HBe e HBeAg. (via LACEN-PR);
- Solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite B, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato);
- Se o resultado do PCR a carga viral for Menor que 2000 o paciente deve ser acompanhado pelo médico da unidade;
- Se for maior encaminhar para referência, entrando em contato com CTA via telefone para realizar o agendamento com infectologista;
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.

Se teste rápido Reagente para ANTIHCV

- Realizar a notificação;
- Confirmando o diagnóstico, Solicitar o PCR quantitativo por meio do Formulário de Solicitação de Carga Viral do Vírus da Hepatite B, que deverá ser preenchido corretamente, assinado pelo médico ou enfermeiro(a) e encaminhado a epidemiologia para o agendamento do mesmo (encaminhar via malote com a solicitação, notificação e cópias dos documentos do paciente – RG, CPF, SUS, Comprovante de residência e telefone para contato);

- Com o exame PCR pronto, realizar o agendamento com infectologista no CTA via telefone;
- Solicitar parceria sexual e todos os contatos domiciliares para testagem.

Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento:

CHECK LIST

- RG, CPF, Cartão SUS;
- Comprovante de endereço;
- Exame do diagnóstico do agravo (TR e marcadores sorológicos);
- Demais testes rápidos;
- Outros exames realizados recentemente;
- Encaminhamento;
- Se transferência de outro serviço, os documentos acima devem ser solicitados pelo município de residência do paciente, e posteriormente agendada consulta no serviço.

18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV.** São Paulo, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST),** 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 317/2007.

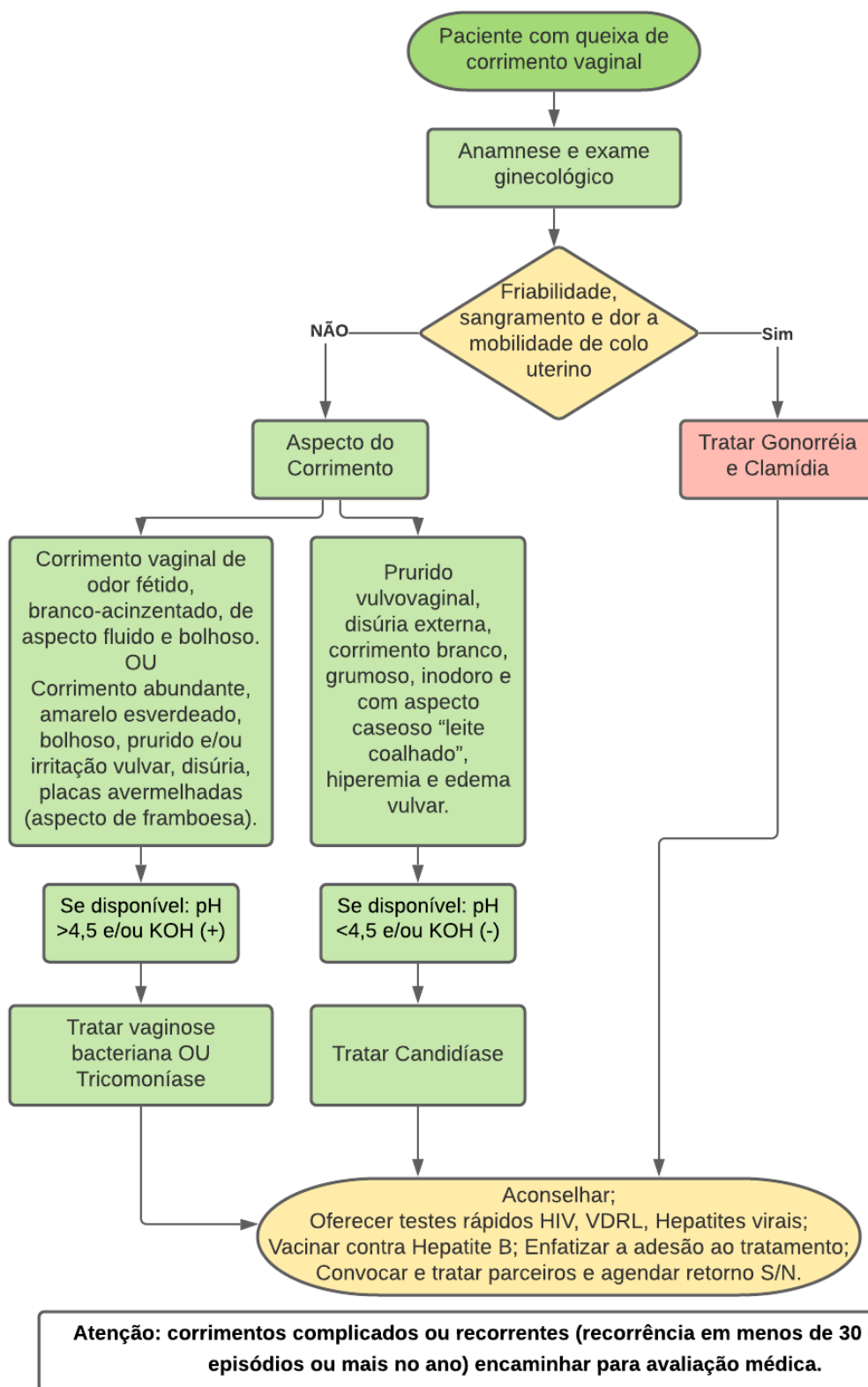
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358/2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 429/2012

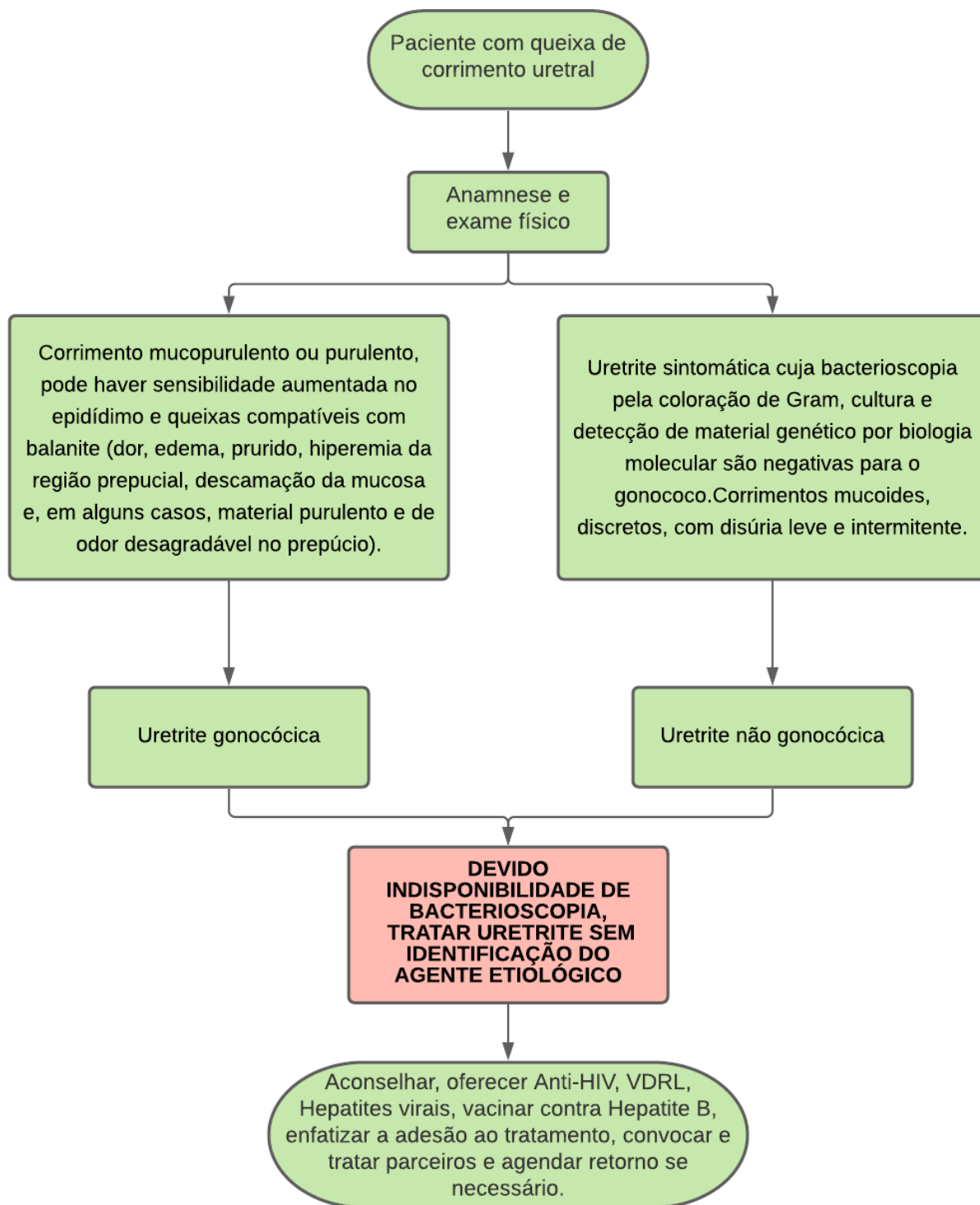
Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987.

19. FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Corrimento vaginal e cervicites



Fluxograma 2 – Corrimento uretral



Fluxograma 3 – Úlceras genitais

