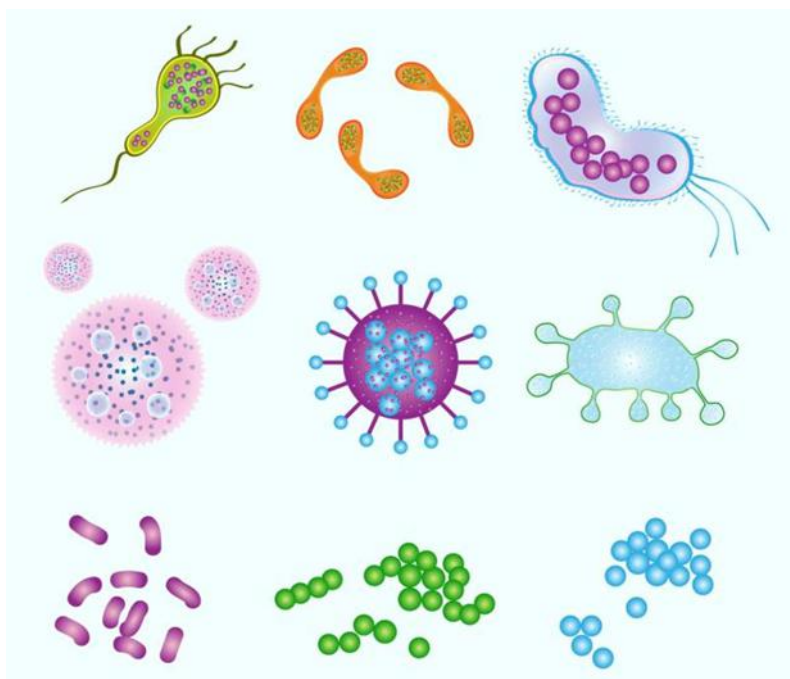




Prefeitura de Guarulhos
Secretaria de Saúde



PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENDIMENTO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



2023

COORDENAÇÃO

Gustavo Henric Costa

Prefeito

Ricardo Rui Rodrigues Rosa

Secretário de Saúde

Renan Marani Garcia

Departamento de Planejamento e Regulação em Saúde

Valeska Aubin Zanetti Mion

Departamento de Vigilância em Saúde

Raphael Sebastian De Souza Pinto

Departamento de Coordenação da Urgência e Emergência

Amanda Loos Agra Takada

Departamento de Assistência Integral à Saúde

COOPERAÇÃO TÉCNICA

Grupo Técnico Responsável pela Elaboração do Protocolo

Fernanda Nunes da Matta Carmo - Divisão Técnica de Desenvolvimento do Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais

Gabriela Xavier Ribeiro - Equipe Técnica Divisão Técnica de Regulação Ambulatorial e Hospitalar

Giselle Bartelotti Nunes - Divisão Técnica de Planejamento da Assistência de Farmácia

Heid Hungaro Noguti - Coordenadora de Ações de Vigilância - Violências

Juliana de Melo - Divisão Técnica de Serviço Especializado Ambulatorial

Ligia Ortolani dos Santos - Divisão Técnica Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas

Marina Nairismagi Alves - Coordenadora de Ações de Vigilância - Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais

Merilin Vieira de Oliveira Alencar - Divisão Técnica de Planejamento da Assistência de Enfermagem

Miguel Paghetti Sampaio - Equipe Técnica Divisão Técnica de Regulação Ambulatorial e Hospitalar

Miruna Melo - Divisão Técnica da Rede Cegonha

Paula Andrade Alvares - Médica Infectologista Pediátrica - Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais

Simone Lima - Divisão Técnica da Rede de Urgência e Emergência

Vivian Pedrosa da Cruz - Divisão Técnica da Rede Básica em Saúde

Vivian Stefani de Godoy Franchi - Gerente de Informação em Saúde do Departamento de Coordenação da Urgência e Emergência

SUMÁRIO

I. Objetivos.....	05
II. Abrangência	05
III. Conceitos	05
IV. Saúde Sexual.....	06
V. Prevenção combinada.....	07
VI. Manejo integral das infecções sexualmente transmissíveis sintomáticas (IST)...	08
VII. Rastreamento das IST.....	10
VIII. Sífilis.....	13
IX. Corrimento vaginal.....	18
X. Cervicite.....	22
XI. Corrimento uretral.....	25
XII. Doença inflamatória pélvica (DIPA).....	29
XIII. Úlceras genitais.....	31
XIV. Verrugas anogenitais e HPV.....	38
XV. Infecções entéricas.....	40
XVI. HIV.....	41
XVII. Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP).....	43
XVIII. Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP).....	46
XIX. Hepatites Virais.....	49
XX. Violência sexual.....	52
XXI. Referências.....	54

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

I. OBJETIVOS

1. Normatizar e institucionalizar as atividades assistenciais exercidas pelos enfermeiros e médicos aos usuários, conforme programas preconizados pelo Ministério da Saúde e Conselho Federal de Enfermagem, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento à saúde dos usuários com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST).
2. Uniformizar, padronizar, orientar e estabelecer fluxos das ações referentes à assistência prestada ao usuário com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST), de maneira adequada e integral, realizando a prescrição das medicações, bem como a realização e solicitação de exames para o diagnóstico precoce e acompanhamento das IST, a fim de respaldar os profissionais na prática cotidiana por meio das competências legais e técnicas qualificando a assistência prestada, além de contribuir para o controle das doenças.
3. Normatizar a vigilância epidemiológica das doenças, a fim de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

II. ABRANGÊNCIA

Unidades Básicas de Saúde do Município de Guarulhos, Serviços Especializados em HIV/AIDS e Hepatites Virais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs e PAs), Hospitais e demais unidades de saúde em que a demanda para atendimento à IST surgir.

III. CONCEITOS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. São transmitidas, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) sem o uso de preservativos masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

As IST persistem como um problema de Saúde Pública mundial. Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade, entre os quais destacaram-se 127,2 milhões de casos de clamídia, 86,9 milhões de casos de gonorreia e 6,3 milhões de casos

de sífilis. Na Região das Américas, estimaram-se 29,8 milhões de casos de clamídia, 13,8 milhões de casos de gonorreia e 2 milhões de casos de sífilis.

Tais estimativas indicam alta frequência das IST e justificam a estratégia global da OMS e a definição de ações prioritárias para alcançar as metas de eliminação das IST até 2030. Essa estratégia concentra esforços na resistência antimicrobiana do gonococo e no risco de coinfeção por clamídia, na eliminação da sífilis congênita, o que requer ampliação de testagem e tratamento de gestantes e populações específicas, e na infecção pelo papilomavírus humano (human papillomavirus, HPV), com ênfase em imunização para eliminação do câncer do colo de útero e verrugas anogenitais. (1)

O tratamento das pessoas com IST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS.

(1) World Health Organization - WHO. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2016 [cited 2020 Sep 10]. 64 p.

Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>

IV. SAÚDE SEXUAL: ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUAL ATIVA

Saúde sexual é uma estratégia para a promoção da saúde e do desenvolvimento humano (COLEMAN, 2011) e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (WHO, 1975).

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 (WHO, 2006).

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, 2010c).

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é suficiente para garantir os diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a Prevenção Combinada.

V. 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. A união dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades da Prevenção Combinada. O símbolo da mandala representa a combinação e a ideia de movimento de algumas das diferentes estratégias de prevenção. Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridas, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos. Para mais informações sobre as estratégias de Prevenção Combinada, consultar o documento “Prevenção Combinada: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (BRASIL, 2017e).



VI. MANEJO INTEGRAL DAS PESSOAS COM IST SINTOMÁTICOS

As principais manifestações clínicas das IST são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais. Embora possam variar segundo tempo e região, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas. Isso facilita a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico, a depender de cada manifestação.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do estabelecimento de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

Na situação em que não há rede laboratorial disponível, ocorre menor especificidade das condutas, existindo a possibilidade de tratamento desnecessário. A resistência da *Neisseria gonorrhoeae* é preocupação mundial (ALIROL et al., 2017; KAHLER, 2018), constando na lista de “patógenos prioritários” resistentes aos antibióticos da OMS (TACCONELLI et al., 2018). No Brasil, a realidade não é diferente. A rede nacional de vigilância para monitorar a resistência antimicrobiana da *N. gonorrhoeae*, o Projeto SenGono, constatou alta resistência desse patógeno à penicilina, à tetraciclina e ao ciprofloxacino; emergência de resistência à azitromicina; e total sensibilidade (de acordo com os critérios do CLSI) às cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefixima) (BAZZO, 2018). Diante disso, é fundamental melhorar nossa rede laboratorial para o diagnóstico da *Neisseria gonorrhoeae*, pois a correta identificação do patógeno proporciona o tratamento adequado. Outro ponto importante é o diagnóstico e tratamento da parceria sexual para a eliminação da bactéria em toda a rede sexual da pessoa, reduzindo assim, o risco de reinfecção (JENNESS et al., 2017).

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.

O manejo das IST parte da premissa do conhecimento sobre a frequência dos agentes etiológicos das diferentes manifestações clínicas. Esses estudos de etiologia – componentes fundamentais e necessários da vigilância epidemiológica das IST – devem ser realizados regularmente em cada região.

Existem situações, como o corrimento vaginal, em que o exame especular e testes mínimos são recomendados, sem os quais é impossível o adequado manejo do caso, com isenção de erros. Por outro lado, no manejo de doença inflamatória pélvica (DIP), considerando-se a urgência da intervenção, a conduta mais indicada é a instituição de tratamento imediato.

A infecção pelos diferentes agentes etiológicos causadores das manifestações clínicas também pode se apresentar de forma assintomática. Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve, idealmente, incluir também o diagnóstico de infecções assintomáticas (estratégias complementares), discutidas no capítulo 2 (Saúde sexual).

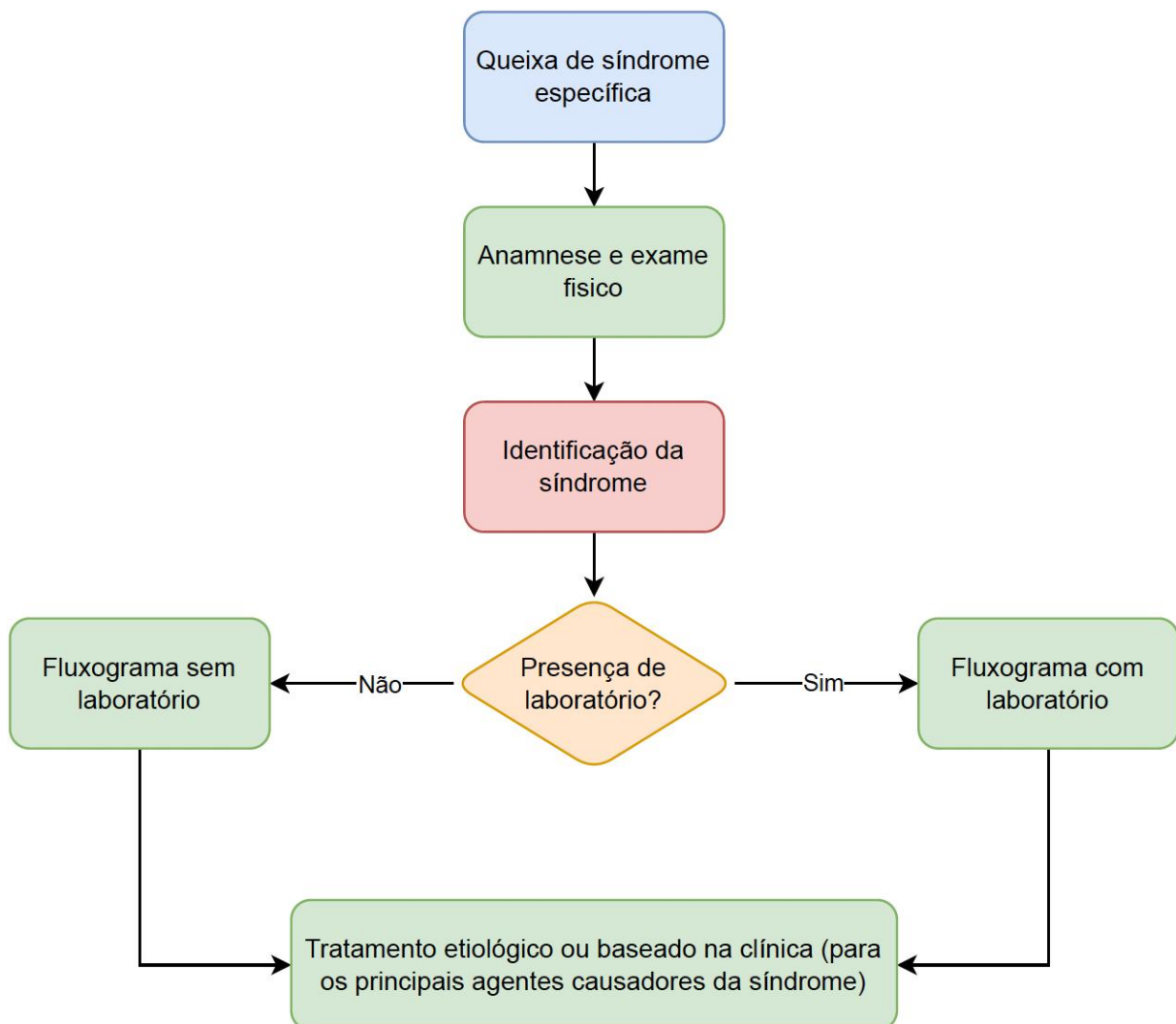
As condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, por causa de sua baixa sensibilidade e especificidade. O manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma, com e sem a utilização de testes laboratoriais, é apresentado ao longo deste

PCDT. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequados.

Manejo das IST sintomáticas com uso de fluxograma

As IST, quando sintomáticas, se manifestam pelos sinais e sintomas das DST, sendo os mais frequentes: o corrimento vaginal/cervical, o corrimento uretral, as úlceras genitais e as verrugas anogenitais, porém tem aparecido, no dia a dia dos serviços de IST, um grande número de indivíduos com lesões extragenitais de IST, notadamente a sífilis. Síndromes clínicas mais frequentes no atendimento das IST são: o corrimento uretral, a úlcera genital, o corrimento vaginal e/ou cervical (ao exame especular), o desconforto e a dor pélvica, e as verrugas genitais.

Fluxograma 1. Manejo clínico com e sem laboratório



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

VII. RASTREAMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Quem	Quando			
	HIV	Sífilis	Clamídia e Gonococo	Hepatites B e C
Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual		Frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal		No mesmo momento da realização da colpocitologia oncótica (após a 12 ^a semana de gestação) para gestantes ≤ 30 anos	Na primeira consulta do pré-natal
	No início do 2º trimestre			
	No início do 3º trimestre			
	No momento do parto			
	Em caso de aborto/natimorto			
Gays e HSH	Semestral	Frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral a anual	
Profissionais do sexo				
Travestis / transexuais				
Pessoas que fazem uso abusivo				

Quem	Quando			
	HIV	Sífilis	Clamídia e Gonococo	Hepatites B e C
de álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de outras IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	-	-	-
Pessoas vivendo com HIV (PVHIV)	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	
Violência sexual	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas após e 4 a 6 meses após a exposição

Quem	Quando			
	HIV	Sífilis	Clamídia e Gonococo	Hepatites B e C
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial, 4 a 6 semanas após e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição (exceto casos de acidente com material biológico)	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas após e 4 a 6 meses após a exposição

O rastreamento de infecções por clamídia e gonococo será realizado em todos os momentos através de cultura de secreção genital. A realização de testagem e rastreamento pode também ser realizada em outras situações a critério profissional.

VIII. SÍFILIS

A sífilis é a infecção causada pelo *Treponema pallidum*.

Classificação da Sífilis

Estágio da sífilis		Tempo de exposição	Manifestações clínicas
Recente	Primária	10 a 90 dias (média de 3 semanas)	Cancro duro Linfonodos regionais
	Secundária	6 semanas a 6 meses após a cicatrização do cancro duro	Lesões cutâneo-mucosas Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
	Latente recente	Até 1 ano	Assintomática
Tardia	Latente tardia	Mais de 1 ano	Assintomática
	Terciária	Entre 1 e 40 anos	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais

Interpretação dos testes imunológicos da Sífilis

Primeiro teste	Teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico reagente	Teste não treponêmico reagente	Diagnóstico de sífilis Cicatriz sorológica (tratamento anterior documentado com queda na titulação de pelo menos 2 diluições)	Sífilis: tratar, monitorar com teste não treponêmico e notificar. Cicatriz sorológica: orientar.
Teste treponêmico reagente	Teste não treponêmico não reagente	Realizar 3o teste treponêmico com metodologia diferente: - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica - Se não reagente: resultado falso reagente para o 1o teste	Sífilis: tratar, monitorar com teste não treponêmico e notificar. Cicatriz sorológica: orientar. Descartado sífilis: orientar.
Teste não treponêmico reagente	Teste treponêmico reagente	Diagnóstico de sífilis Cicatriz sorológica (tratamento anterior documentado com queda na titulação de pelo menos 2 diluições)	Sífilis: tratar, monitorar com teste não treponêmico e notificar. Cicatriz sorológica: orientar.
Teste não treponêmico reagente	Teste treponêmico não reagente	Realizar 3o teste treponêmico com metodologia diferente: - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica - Se não reagente: resultado falso reagente para o 1o teste	Sífilis: tratar, monitorar com teste não treponêmico e notificar. Cicatriz sorológica: orientar. Descartado sífilis: orientar.
Teste treponêmico ou não treponêmico não reagente	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente	Ausência de infecção ou período de janela imunológica.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica: solicitar nova amostra em 30 dias e tratar se o diagnóstico de sífilis for o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não seja garantido.

Tratamento da sífilis

Estadiamento	Manifestações clínicas / Estadiamento	Tratamento farmacológico	Orientações
Sífilis recente: primária, secundária e latente recente	<p>Sífilis primária: cancro duro</p> <p>Sífilis secundária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lesões cutâneo-mucosas - micropoliadenopatia, linfadenopatia generalizada - sinais constitucionais - quadros neurológicos, oculares, hepáticos <p>Sífilis latente recente: assintomática</p>	<p>1ª escolha: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)</p> <p>2ª escolha: Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h por 15 dias</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Recomendar o tratamento das parcerias sexuais.</p>
Sífilis tardia: latente tardia, latente com duração ignorada ou terciária	<p>Sífilis latente tardia: assintomática</p> <p>Sífilis terciária:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo - periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares - estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica 	<p>1ª escolha: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas</p> <p>2ª escolha: Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h por 30 dias</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Recomendar o tratamento das parcerias sexuais.</p>
Sífilis em gestante	<p>Sífilis recente: primária, secundária e latente recente (até 1 ano de evolução)</p>	<p>Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) 1 x/semana por 2 semanas</p> <p>Intervalo ideal entre as doses: 7 dias</p> <p>Dose total: 4,8 milhões UI</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Recomendar o tratamento das parcerias sexuais.</p> <p>Gestantes com intervalo entre</p>

Estadiamento	Manifestações clínicas / Estadiamento	Tratamento farmacológico	Orientações
	Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de 1 ano de evolução), latente com duração indeterminada ou terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) 1 x/semana por 3 semanas Intervalo ideal entre as doses: 7 dias Dose total: 7,2 milhões UI	as doses > 9 dias, em qualquer dose do tratamento, devem repetir o esquema terapêutico completo do início.
Neurossífilis	Meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral	1ª escolha: Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, EV, 4/4 horas por 14 dias 2ª escolha: Ceftriaxona 2g, EV, 1x/dia por 10-14 dias	Oferecer testagem para outras ISTs. Recomendar o tratamento das parcerias sexuais.

Para casos de sífilis congênita, consultar a Nota Informativa 06/2023 do Programa Municipal de IST/AIDS/Hepatites Virais e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, atualizado em 2022, disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf

Os casos de Sífilis devem ser notificados e encaminhados para a Vigilância Epidemiológica. Seguem links de acesso as Fichas de Investigação Epidemiológica:

Sífilis Adquirida: https://saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/fichas-de-notificacao/fichas/fin_sifadqadaptada_versao_2_31_05.pdf

Sífilis em Gestante: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf

Sífilis Congênita: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf

Monitoramento pós-tratamento

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, de preferência, com a mesma metodologia utilizada no diagnóstico.

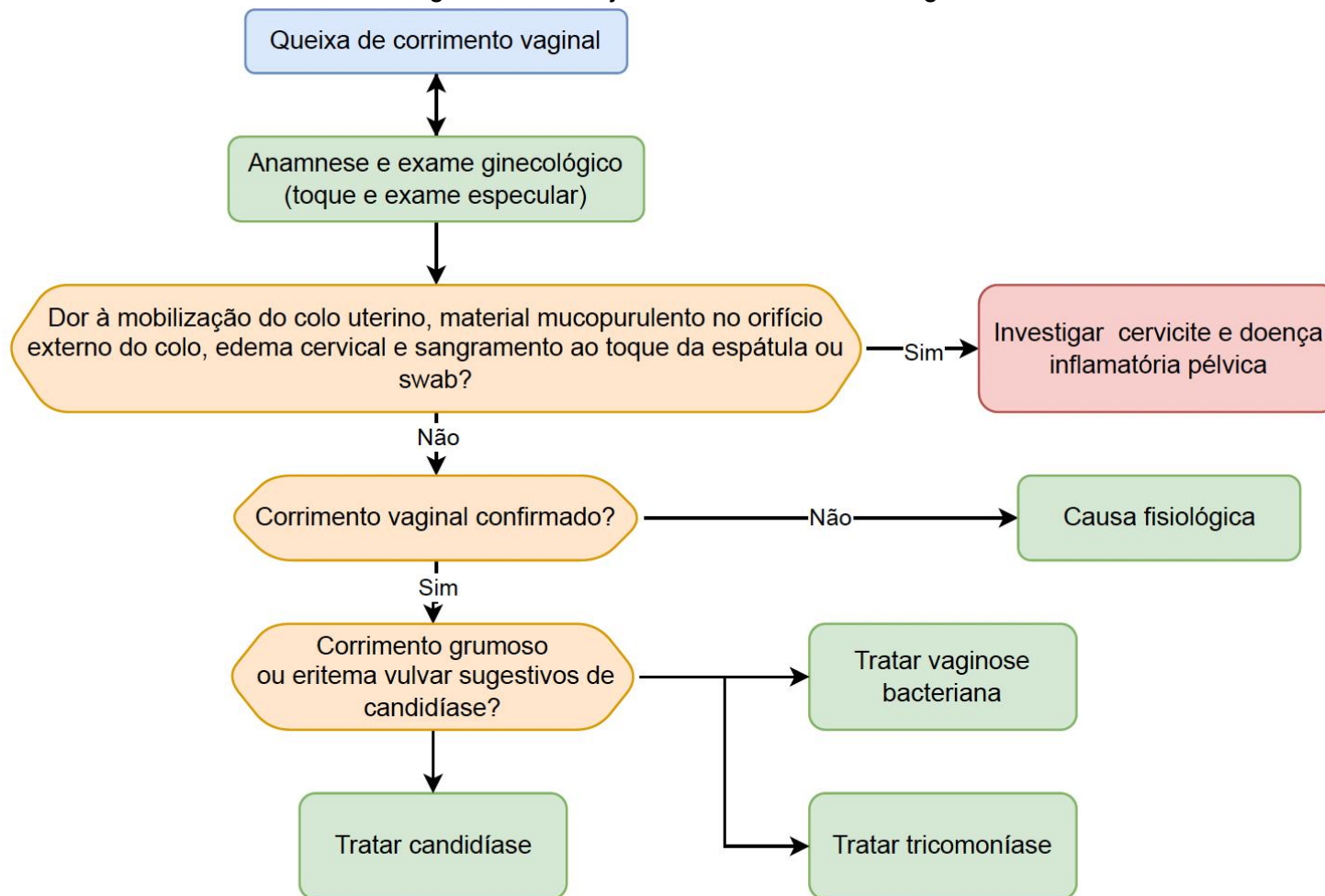
Público	Período
Gestantes	Mensal até o final da gestação
População não gestante	A cada 3 meses (3, 6, 9 e 12 meses)
Neurossífilis	Exame de LCR a cada 6 meses até a normalização da celularidade e VDRL não reagente

Critérios de retratamento

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após tratamento adequado ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos

IX. CORRIMENTO VAGINAL

Fluxograma 2. Manejo clínico de corrimento vaginal



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento das principais IST que se manifestam com corrimento vaginal

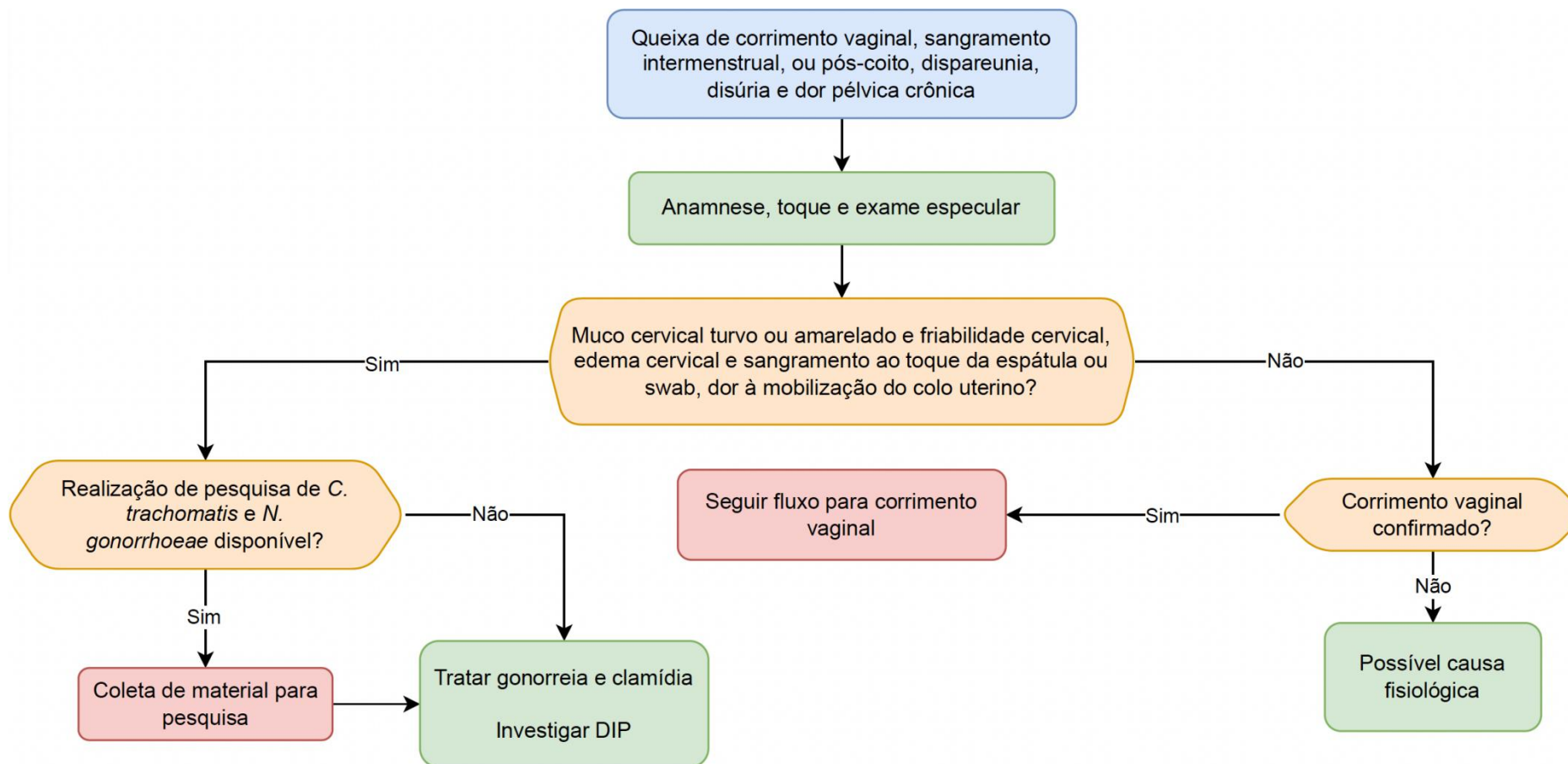
Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Orientações
<p>Candidíase vulvovaginal</p> <p>Agente etiológico: <i>Candida</i> spp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Secreção vaginal branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo uterino, sem odor - Prurido vaginal intenso - Edema de vulva - Dispareunia - Disúria 	<p>1ª escolha: Miconazol creme a 2%, 1 aplicador via vaginal à noite, por 7 dias</p> <p>2ª escolha: Fluconazol 150 mg VO dose única</p> <p>—</p> <p>Gestantes e nutrizes: o tratamento deve ser realizado somente via vaginal.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Se necessário, solicitar exame de urina 1 e urocultura.</p> <p>Parcerias sexuais <u>não</u> precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.</p> <p>Recomendar medidas higiênicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferir roupas íntimas de algodão - Higienização adequada das roupas íntimas (lavagem com sabão neutro e deixar secar em locais ventilados) - Evitar calças apertadas <p>Manter o tratamento durante a menstruação.</p> <p>Casos recorrentes ou de difícil manejo: investigar causas sistêmicas predisponentes.</p>

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Orientações
<p>Vaginose bacteriana</p> <p>Agentes etiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gardnerella vaginalis</i> - <i>Atopobium vaginae</i> - <i>Mobiluncus spp.</i> - <i>Bacteroides spp.</i> - <i>Prevotella spp.</i> - <i>Mycoplasma hominis</i> - <i>Ureaplasma urealyticum</i> - <i>Streptococcus agalactiae</i> (grupo B). 	<ul style="list-style-type: none"> - Irritação local - Secreção acinzentada, cremosa, de odor fétido, mais acentuada após o coito e durante o período menstrual - Dispareunia 	<p>1ª escolha: Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias ou Metronidazol gel vaginal, 1 aplicador via vaginal à noite, por 5 dias</p> <p>2ª escolha: Clindamicina 300 mg, VO de 12/12 horas, por 7 dias</p> <p>— Gestantes e nutrizes: recomenda-se o tratamento de 1ª opção.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>O tratamento de parcerias sexuais <u>não</u> é recomendado.</p> <p>Recomendar medidas higiênicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preferir roupas íntimas de algodão - Higienização adequada das roupas íntimas (lavagem com sabão neutro e deixar secar em locais ventilados) - Evitar calças apertadas <p>Manter o tratamento durante a menstruação.</p> <p>Orientar a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 24 horas após a última dose do metronidazol.</p>

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Orientações
<p>Tricomoniase</p> <p>Agente etiológico: <i>Trichomonas vaginalis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Secreção vaginal espumosa e bolhosa, amarelo-esverdeada e fétida - Queimação e prurido vulvovaginal intenso - Sangramento relacionado à atividade sexual - Dispareunia - Eritema vaginal - Edema vulvar - Colo uterino com petéquias com aspecto de morango ou framboesa 	<p>1ª escolha: Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única ou Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia por 7 dias</p> <p>—</p> <p>Gestantes e nutrizes: recomenda-se o tratamento de 1ª opção.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>Orientar o paciente e as parcerias sexuais a se absterem de relações desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).</p> <p>Manter o tratamento durante a menstruação.</p> <p>Orientar a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 24 horas após a última dose do metronidazol.</p>

X. CERVICITE

Fluxograma 3. Manejo clínico das cervicites



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento das principais IST que se manifestam com cervicite

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Orientações
Sem identificação de agente etiológico		1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única — Gestantes e nutrízes: mesmo tratamento indicado de 1ª escolha.	Oferecer testagem para outras ISTs. Orientar o paciente e as parcerias sexuais a se absterem de relações desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única). As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.
Gonocócica Agente etiológico: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	70-80% dos casos são assintomáticos Sinais e sintomas: - Corrimento vaginal - Sangramento intermenstrual - Sangramento pós-coito - Dispareunia - Disúria	1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única — Gestantes e nutrízes: mesmo tratamento indicado de 1ª escolha.	
Por clamídia Agente etiológico: <i>Chlamydia trachomatis</i>	Achados ao exame: - Edema cervical - Sangramento ao toque da espátula - Material mucopurulento no orifício externo do colo - Dor à mobilização do colo	1ª escolha: Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única 2ª escolha: Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 7 dias — Gestantes e nutrízes: mesmo tratamento indicado de 1ª escolha.	
Por <i>Mycoplasma genitalium</i>		Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO 2x/dia por 7 dia Gestantes e nutrízes: mesmo tratamento indicado de 1ª escolha.	

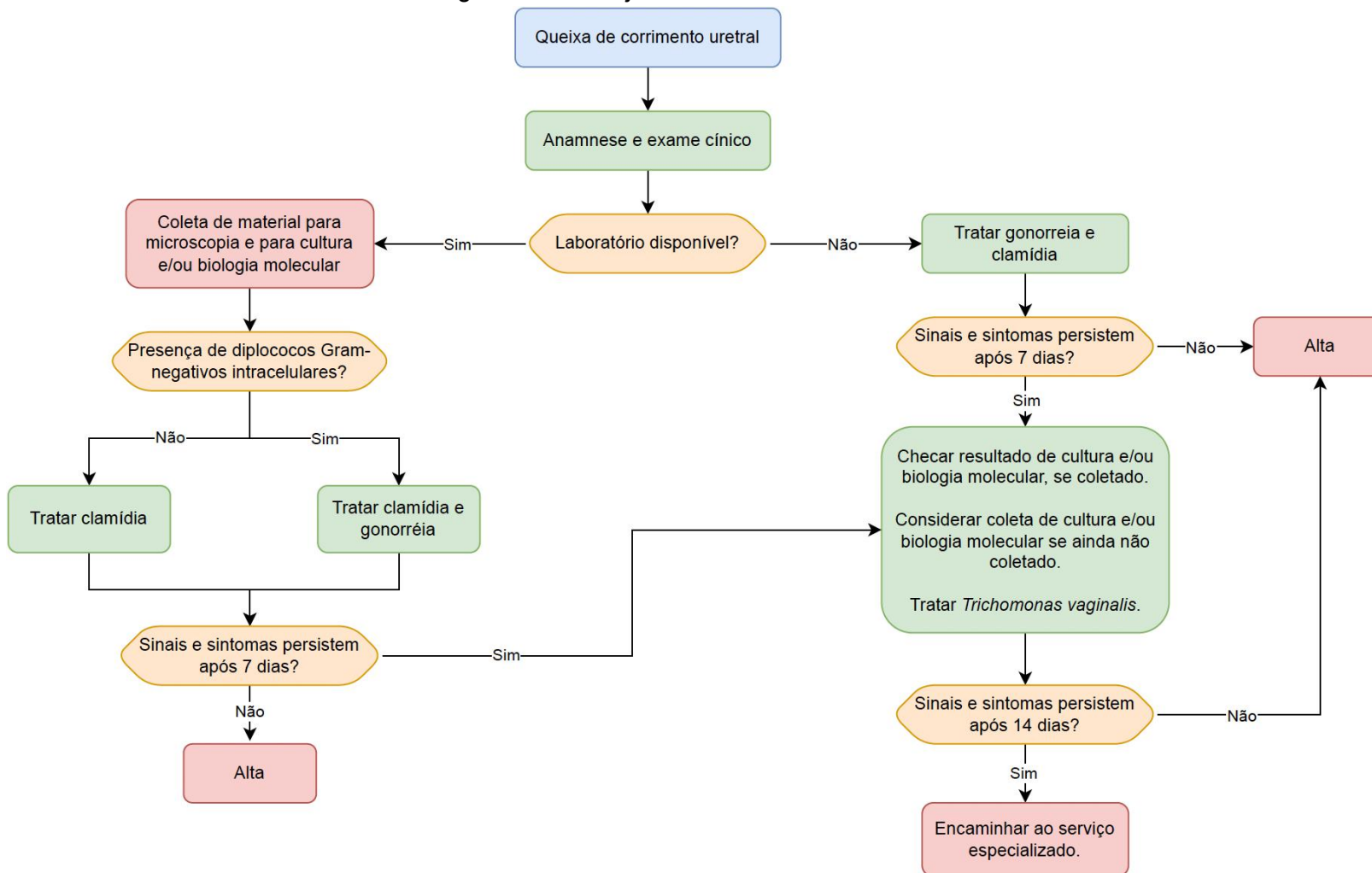
Tratamento das outras formas de infecção gonocócica

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico	Orientações
Outras infecções gonocócicas não complicadas (reto e faringe)	Retal: <ul style="list-style-type: none"> - Pode ser assintomática - Proctite - Desconforto perianal ou anal Faringe: <ul style="list-style-type: none"> - Assintomática na maior parte dos casos 	Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única	Oferecer testagem para outras ISTs. Orientar o paciente e as parcerias sexuais a se absterem de relações desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	<ul style="list-style-type: none"> - Febre - Lesões cutâneas - Artralgia, artrite e/ou tenossinovite sépticas 	1ª escolha: Ceftriaxona 1g IM/EV 1x/dia por 7 dias + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única	As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.
Conjuntivite gonocócica no adulto	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperemia conjuntival - Secreção purulenta ocular 	1ª escolha: Ceftriaxona 1g IM dose única	

Conforme parecer do COREN-SP nº 007/2022, a prescrição do ceftriaxona deve ser realizada por profissional médico, não fazendo parte do rol de medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro.

XI. CORRIMENTO URETRAL

Fluxograma 4. Manejo clínico dos corrimentos uretrais



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento das principais IST que se manifestam com corrimento uretral

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Orientações
Sem identificação de agente etiológico		<p>1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg VO 2 comprimidos dose única</p> <p>2ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 7 dias</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>Orientar o paciente e as parcerias sexuais a se absterem de relações desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).</p>
<p>Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas não complicadas</p> <p>Agente etiológico: - <i>Neisseria gonorrhoeae</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Corrimento uretral de aspecto mucoide a purulento, com volume variável, associado a dor uretral - Disúria - Prurido uretral - Eritema do meato uretral 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg VO 2 comprimidos dose única</p>	<p>Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).</p>
<p>Uretrite não gonocócica</p> <p>Agentes etiológicos: - <i>Chlamydia trachomatis</i> - <i>Mycoplasma genitalium</i> - <i>Ureaplasma urealyticum</i> - <i>Mycoplasma hominis</i></p>		<p>1ª escolha: Aзитromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única</p> <p>2ª escolha: Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 7 dias</p>	<p>Orientar pacientes com indicação de tratamento por <u>metronidazol</u> a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 24 horas após a última dose do metronidazol.</p> <p>No caso de uretrites não gonocócicas e por <i>Chlamydia</i></p>

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Orientações
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i> Agente etiológico: - <i>Trichomonas vaginalis</i>		1ª escolha: Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 2x/dia por 7 dias 2ª escolha: Clindamicina 300 mg VO 2x/dia por 7 dias	<i>trachomatis</i> , a resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.

Tratamento das outras formas de infecção gonocócica

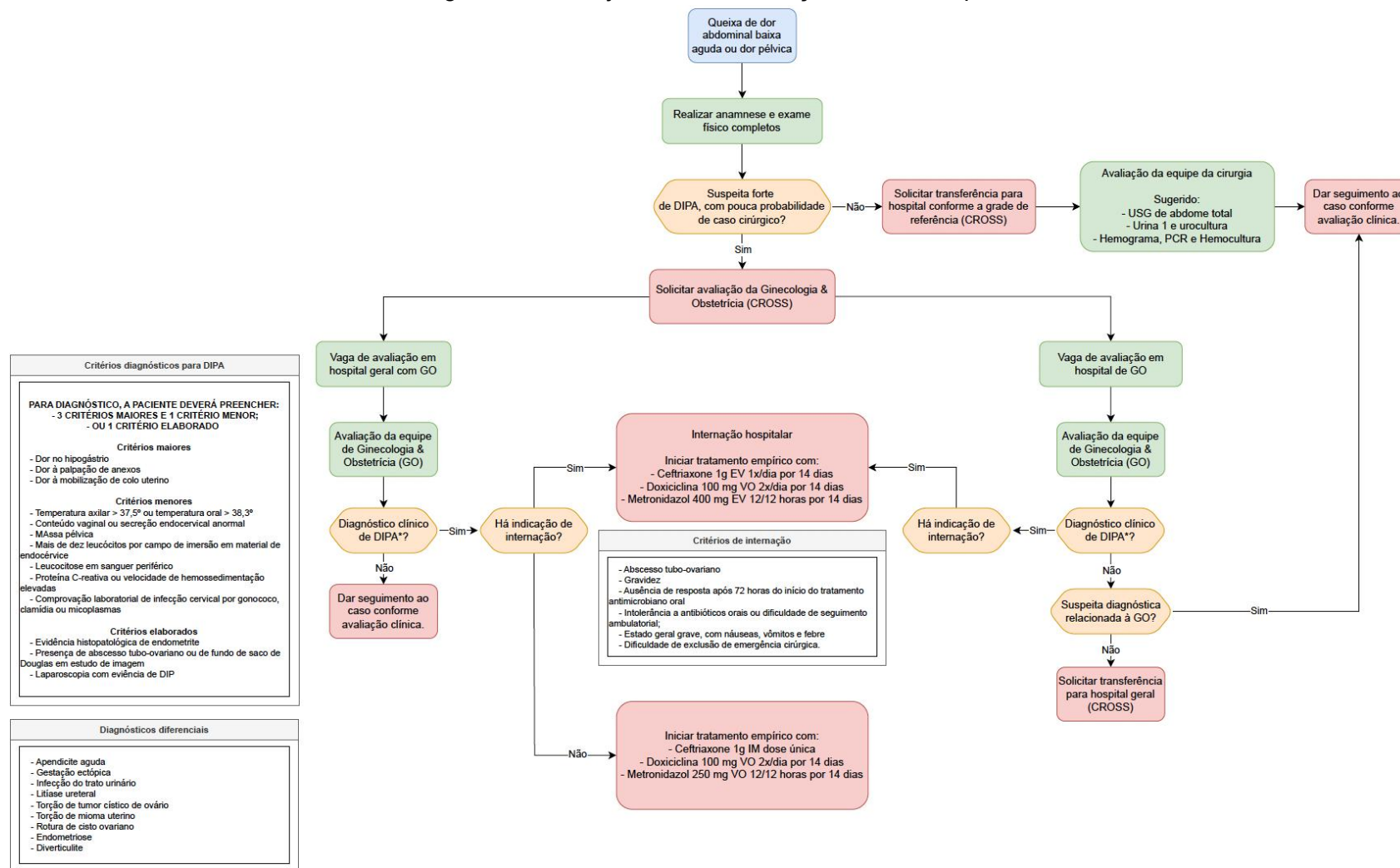
Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico	Orientações
Outras infecções gonocócicas não complicadas (reto e faringe)	Retal: - Pode ser assintomática - Proctite - Desconforto perianal ou anal Faringe: - Assintomática na maior parte dos casos	Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única	Oferecer testagem para outras ISTs. Orientar o paciente e as parcerias sexuais a se absterem de relações desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico	Orientações
Retratamento de infecções gonocócicas (falha de tratamento)	<ul style="list-style-type: none"> - Corrimento uretral de aspecto mucoide a purulento, com volume variável, associado a dor uretral - Disúria - Prurido uretral - Eritema do meato uretral 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Azitromicina 500 mg 4 comprimidos VO dose única</p> <p>2ª escolha: Gentamicina 240 mg IM + Azitromicina 500 mg 4 comprimidos VO dose única</p> <p>Observação: Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais.</p>	<p>terapia com dose única).</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).</p>
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	<ul style="list-style-type: none"> - Febre - Lesões cutâneas - Artralgia, artrite e/ou tenossinovite sépticas 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 1g IM/EV 1x/dia por 7 dias + Azitromicina 500 mg 2 comprimidos VO dose única</p>	
Conjuntivite gonocócica no adulto	<ul style="list-style-type: none"> - Hiperemia conjuntival - Secreção purulenta ocular 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 1g IM dose única</p>	

Conforme parecer do COREN-SP nº 007/2022, a prescrição do ceftriaxona deve ser realizada por profissional médico, não fazendo parte do rol de medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro.

XII. DIPA

Fluxograma 5. Manejo clínico da doença inflamatória pélvica



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento da doença inflamatória pélvica

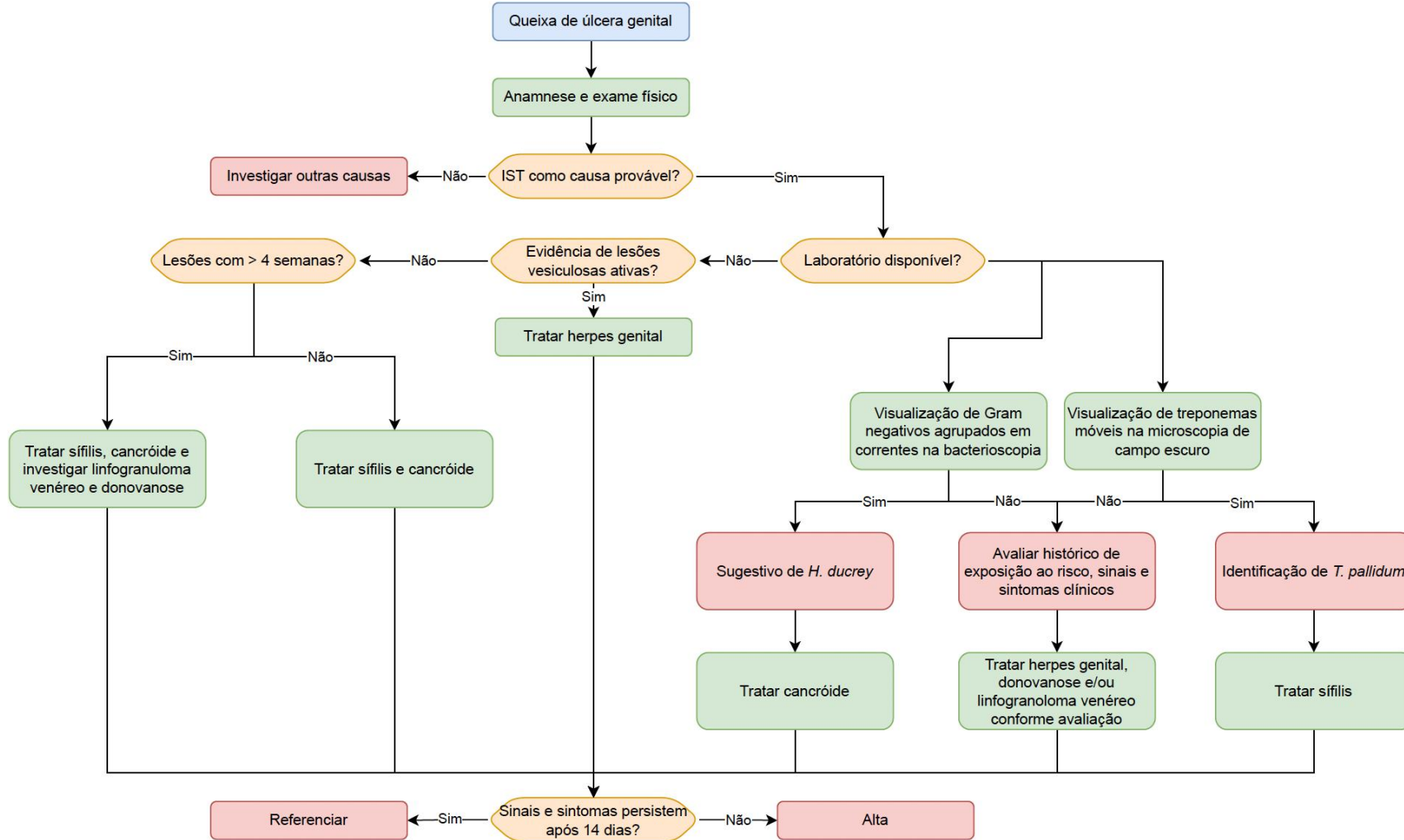
Tratamento	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Orientações
<p>Ambulatorial</p> <p>Agentes etiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Mycoplasma genitalium</i> - <i>Trichomonas vaginalis</i> - <i>Gardenerela vaginalis</i> - <i>Prevotella</i> spp. - <i>Peptoestreptococcus</i>spp. - <i>Bacteroides</i> spp. - <i>Escherichia coli</i> - <i>Streptococcus agalactiae</i> - <i>Campylobacter</i> spp. - <i>Haemophilus influenzae</i> - <i>Streptococcus pneumoniae</i> - <i>Staphylococcus aureus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Febre - Sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (<i>spotting</i>) - Dispareunia - Corrimento vaginal - Dor pélvica ou no abdome inferior - Dor à mobilização do colo do útero 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 14 dias + Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 2x/dia por 14 dias</p> <p>2ª escolha: Cefotaxima 500 mg IM dose única + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 14 dias + Metronidazol 250 mg 2 comprimidos VO 2x/dia por 14 dias</p> <p>Gestantes e nutrízes: Mulheres grávidas com suspeita de DIP têm alto risco de abortamento e corioamnionite. Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro. A doxiciclina é contraindicada na gestação.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Orientar a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 24 horas após a última dose do metronidazol.</p> <p>Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção do dispositivo; porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico.</p> <p>As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>. Recomenda-se ceftriaxona 500mg IM, associada a azitromicina 1g VO, ambas em dose única.</p>

Tratamento	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Orientações
<p>Hospitalar</p> <p>Agentes etiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Mycoplasma genitalium</i> - <i>Trichomonas vaginalis</i> - <i>Gardenerela vaginalis</i> - <i>Prevotella</i> spp. - <i>Peptoestreptococcus</i>spp. - <i>Bacteroides</i> spp. - <i>Escherichia coli</i> - <i>Streptococcus agalactiae</i> - <i>Campylobacter</i> spp. - <i>Haemophilus influenzae</i> - <i>Streptococcus pneumoniae</i> - <i>Staphylococcus aureus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Febre - Sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (<i>spotting</i>) - Dispareunia - Corrimento vaginal - Dor pélvica ou no abdome inferior - Dor à mobilização do colo do útero 	<p>1ª escolha: Ceftriaxona 1g EV 1x/dia por 14 dias + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 14 dias + Metronidazol 400 mg EV 12/12 horas por 14 dias</p> <p>2ª escolha: Clindamicina 900 mg EV 3x/dia por 14 dias + Gentamicina IM/EV 3-5 mg/kg 1x/dia por 14 dias</p> <p>3ª escolha: Ampicilina-sulbactam 3g EV 6/6 horas por 14 dias + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido VO 2x/dia por 14 dias</p> <p>Gestantes e nutrízes: Mulheres grávidas com suspeita de DIP têm alto risco de abortamento e corioamnionite. Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro. A doxiciclina é contraindicada na gestação.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Orientar a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento até 24 horas após a última dose do metronidazol.</p> <p>Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção; porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico.</p> <p>As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>. Recomenda-se ceftriaxona 500mg IM, associada a azitromicina 1g VO, ambas em dose única.</p> <p>O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e a continuação terapêutica</p>

Conforme parecer do COREN-SP nº 007/2022, a prescrição do ceftriaxona deve ser realizada por profissional médico, não fazendo parte do rol de medicamentos que podem ser prescritos pelo enfermeiro.



XIII. ÚLCERAS GENITAIS

Fluxograma 6. Manejo clínico das úlceras genitais





Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento das ISTs que se manifestam com úlceras genitais

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Observações
<p>Sífilis (cancro duro)</p> <p>Agente etiológico: <i>Treponema pallidum</i></p>  <p>Fonte: CDC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria, indolor, com base endurecida e fundo limpo. 	<p>1ª escolha: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM dose única (1,2 milhão de UI em cada glúteo)</p> <p>2ª escolha: Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 12/12 horas por 15 dias (exceto gestantes)</p> <p>Gestantes e nutrizes: Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo), 1 vez por semana por 3 semanas</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo que assintomáticas, com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM dose única (1,2 milhão de UI em cada glúteo).</p>
<p>Cancróide</p> <p>Agente etiológico: <i>Haemophilus ducreyi</i></p>  <p>Fonte: CDC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões, geralmente múltiplas, dolorosas, de borda irregular, apresentando contorno eritemato-edematoso e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. 	<p>1ª escolha: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, dose única</p> <p>2ª escolha: Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única ou Ciprofloxacino 500 mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 3 dias</p> <p>Gestantes e nutrizes: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, dose única</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene.</p> <p>O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas, com azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, dose única.</p>

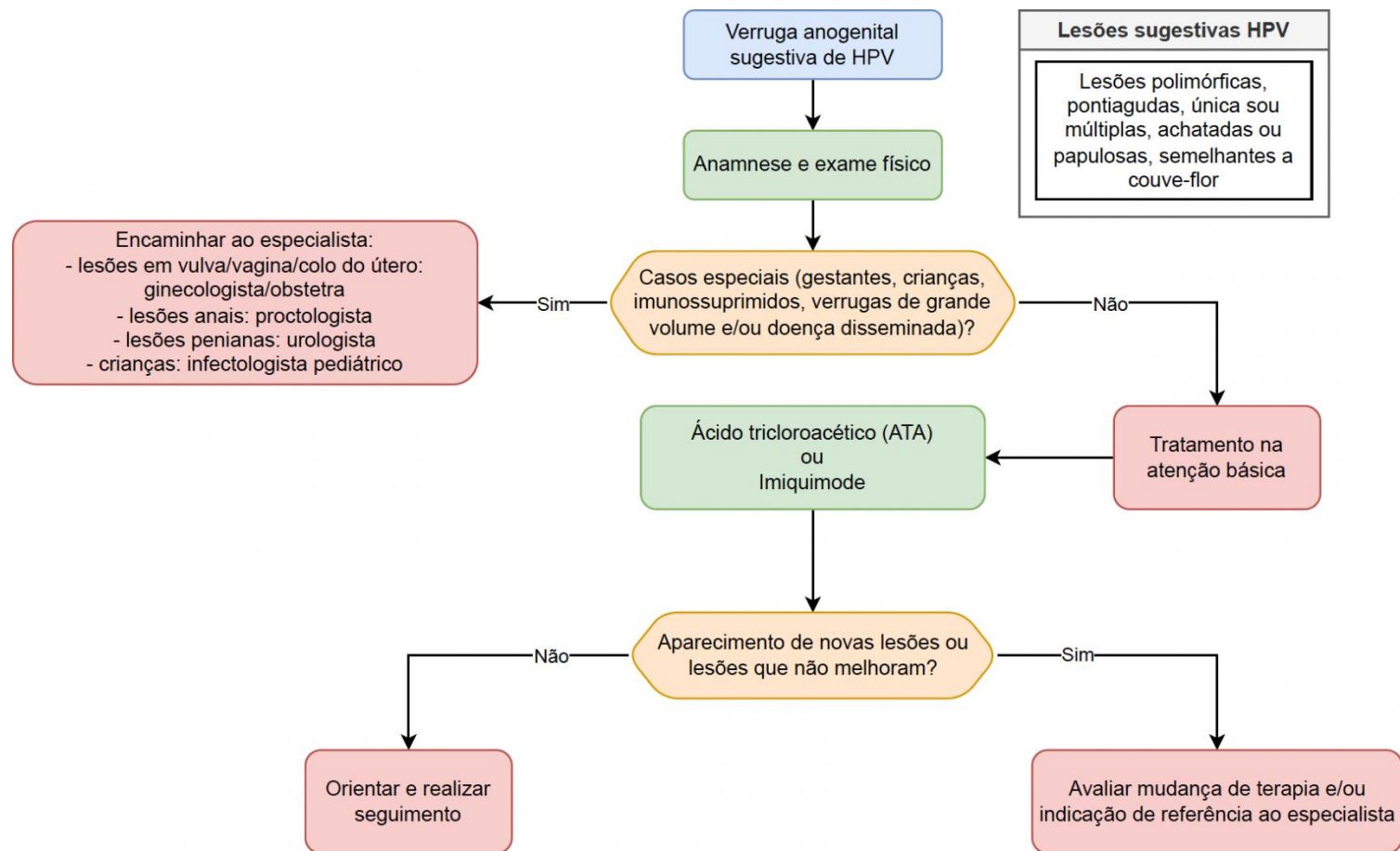
Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Observações
<p>Linfogranuloma venéreo</p> <p>Agente etiológico: <i>Chlamydia trachomatis</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Linfadenopatia inguinal e/ou femoral - Pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. 	<p>1ª escolha: Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2 x/dia, por 21 dias</p> <p>2ª escolha: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, 1x/semana, por 21 dias</p> <p>Gestantes e nutrizes: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas.</p> <p>Se parcerias assintomáticas, o tratamento recomendado é com azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, dose única; ou doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia por 7 dias.</p> <p>O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução dos sintomas.</p>

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Observações
<p style="text-align: center;">Donovanose</p> <p style="text-align: center;">Agente etiológico: <i>Klebsiella granulomatis</i></p>  <p style="text-align: center;">Fonte: CDC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ulcerações, geralmente múltiplas, 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 úlcera-vegetante. 	<p>1ª escolha: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, 1x/semana, por pelo menos 3 semanas ou até a cicatrização das lesões</p> <p>2ª escolha Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2 x/dia por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões; ou Ciprofloxacino 500 mg, VO, 1 e ½ comprimido, 2x/dia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões; ou Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80 mg), VO, 2 comprimidos, 2x/dia. por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões.</p> <p>Gestantes e nutrízes: Azitromicina 500 mg, VO, 2 comprimidos, 1x/semana, por pelo menos 3 semanas ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Não havendo resposta na aparência das lesões nos primeiros dias do tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, por pelo menos 3 semanas ou até a cicatrização das lesões.</p> <p>Não é necessário tratar as parcerias sexuais devido à baixa infectividade.</p> <p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão.</p>

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica e/ou de enfermagem)	Observações
<p style="text-align: center;">Herpes genital</p> <p>Agente etiológico: <i>Herpes simplex</i></p>  <p>Fonte: Wikipedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesões eritemato-papulosas de 1-3 mm, que rapidamente evoluem para vesículas, de conteúdo geralmente citrino, sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável. - Quando acomete o colo do útero pode provocar corrimento abundante. - A primoinfecção pode ser acompanhada de sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar, mialgia e disúria. - Linfonodomegalia regional dolorosa está presente em 50% dos casos. - Recorrências são menos intensas do que a primoinfecção. 	<p><u>Primeiro episódio:</u> Aciclovir 200 mg, VO, 2 comprimidos, 3x/dia por 7-10 dias; ou Aciclovir 200 mg, VO, 1 comprimido, 5x/dia por 7-10 dias.</p> <p><u>Recidiva:</u> Aciclovir 200 mg, VO, 2 comprimidos, 3x/dia por 5 dias; ou Aciclovir 300 mg, VO, 4 comprimidos, 2x/dia por 5 dias.</p> <p><u>Supressão de herpes genital (6 ou + episódios ao ano):</u> Aciclovir 200 mg, VO, 2 comprimidos, 2x/dia por até 6 meses (podendo prolongar por até 2 anos).</p> <p><u>Imunossuprimidos:</u> Aciclovir, EV, 5-10 mg/kg de peso, 8/8 horas por 5-7 dias ou até a resolução clínica.</p> <p>Gestantes e nutrizes: tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação como primeiro episódio; se primoinfecção na gestação ou recidivas frequentes, pode-se realizar a terapia supressiva a partir da 36ª semana com Aciclovir 400 mg, VO, 3x/dia.</p>	<p>Oferecer testagem para outras ISTs.</p> <p>Primeiro episódio: iniciar o tratamento o mais precoce possível</p> <p>Recidiva: iniciar o tratamento o mais precoce possível, preferencialmente no período prodrômico.</p> <p>Supressão: indicada avaliação periódica da função renal e hepática.</p> <p>O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa para higienização das lesões.</p>

XIV. VERRUGAS ANOGENITAIS E HPV

Fluxograma 6. Manejo clínico das verrugas anogenitais e HPV



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Tratamento ambulatorial do HPV

Condição clínica	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Observações
Verrugas anogenitais (HPV)	Lesões polimórficas, pontiagudas, únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, semelhantes a couve-flor	Ácido tricloroacético (ATA) 70 a 90% em solução: aplicações semanais na unidade de atendimento (APS)	Oferecer testagem para outras ISTs. Pode ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar.
		Imiquimode 50 mg/g: aplicações em dias alternados (3x/semana) – até o desaparecimento das verrugas ou até 16 semanas a cada episódio de verrugas (uso domiciliar)	Oferecer testagem para outras ISTs. Apenas pra uso externo – não usar na uretra, vagina, colo do útero ou na parte interna do ânus. A exposição da pele à luz solar durante o tratamento deve ser evitada. Não deve ser utilizado durante a gestação.

XV. INFECÇÕES ENTÉRICAS

Toda pessoa sintomática com epidemiologia positiva (prática sexual anal receptiva sem proteção de barreira) deve ser investigada por meio de exame físico, incluindo exame do abdome, inspeção estática e dinâmica do ânus, palpação da região perianal e toque retal.

Caso haja laboratório disponível, está recomendada a coleta de *swab* anal para realização de cultura e pesquisa de gonococo e clamídia por biologia molecular.

Recomenda-se para prevenção: uso de preservativo e gel lubrificante, uso de barreiras de látex, lavagem de mãos e região genital e anal, higienizar vibradores e plugs anais e vaginais.

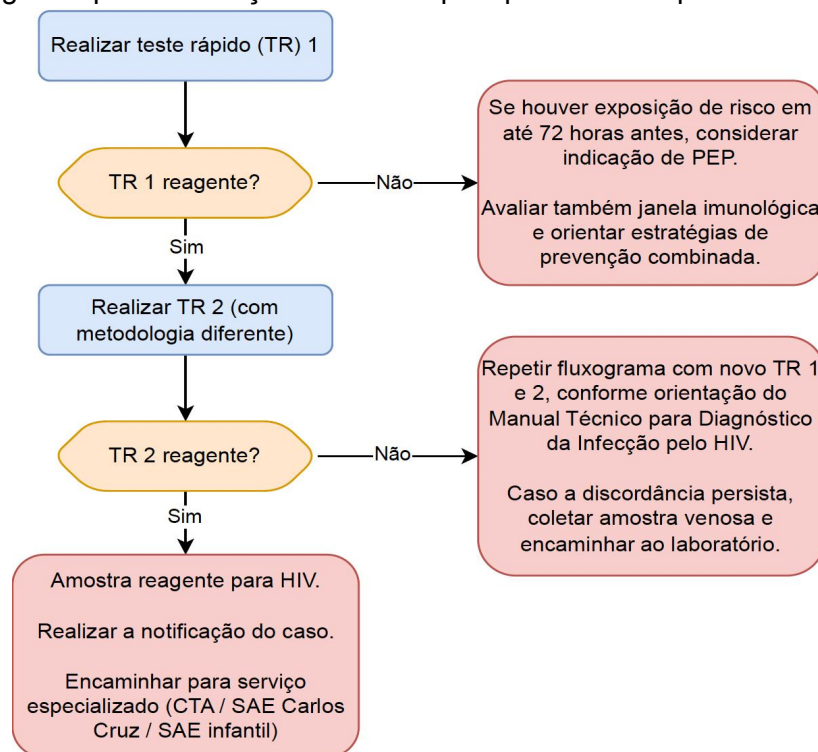
Tratamento das ISTs que se manifestam com infecções entéricas

Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo			
Diagnóstico	Manifestações clínicas	Tratamento farmacológico (prescrição médica)	Observações
Proctite Agentes etiológicos: <ul style="list-style-type: none">- <i>Neisseria gonorrhoeae</i>- <i>Chlamydia trachomatis</i>	<ul style="list-style-type: none">- Dor anal- Corrimento anal mucopurulento- Tenesmo- Hematoquezia	1ª escolha: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única 2ª escolha: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 10 dias	Oferecer testagem para outras ISTs. Recomendar medidas de prevenção para prática sexual anal, como uso de preservativo e gel lubrificante, higienizar as mãos e a região anal e genital antes e após o ato sexual, e higienizar vibradores, <i>plugs</i> anais e vaginais.

XVI. HIV

Fluxograma para realização de teste rápido para HIV

Fluxograma 7. Fluxograma para realização de teste rápido para HIV em pessoas com ≥ 12 anos de idade



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Para mais informações sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças, consultar o manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

Os casos confirmados de HIV, além de encaminhados para os serviços especializados, devem ser notificados e encaminhados para a Vigilância Epidemiológica. Seguem links de acesso para as Fichas de Investigação Epidemiológica:

HIV/aids em maior de 13 anos: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf

HIV/aids em menor de 13 anos: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsCrianca/Aids_crianca_v5.pdf

Gestante HIV: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf

Criança Exposta ao HIV: <https://www3.crt.saude.sp.gov.br/tvhiv/anexos/ANEXO3.pdf>

XVII. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO

A Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é uma proposta de uso de medicamentos antirretrovirais durante 28 dias por indivíduos que se expuseram a risco de adquirir a infecção pelo HIV por ter tido relações sexuais sem uso de preservativo ou com o rompimento deste, ter sido vítima de violência sexual ou nos casos de acidente com exposição a material biológico.

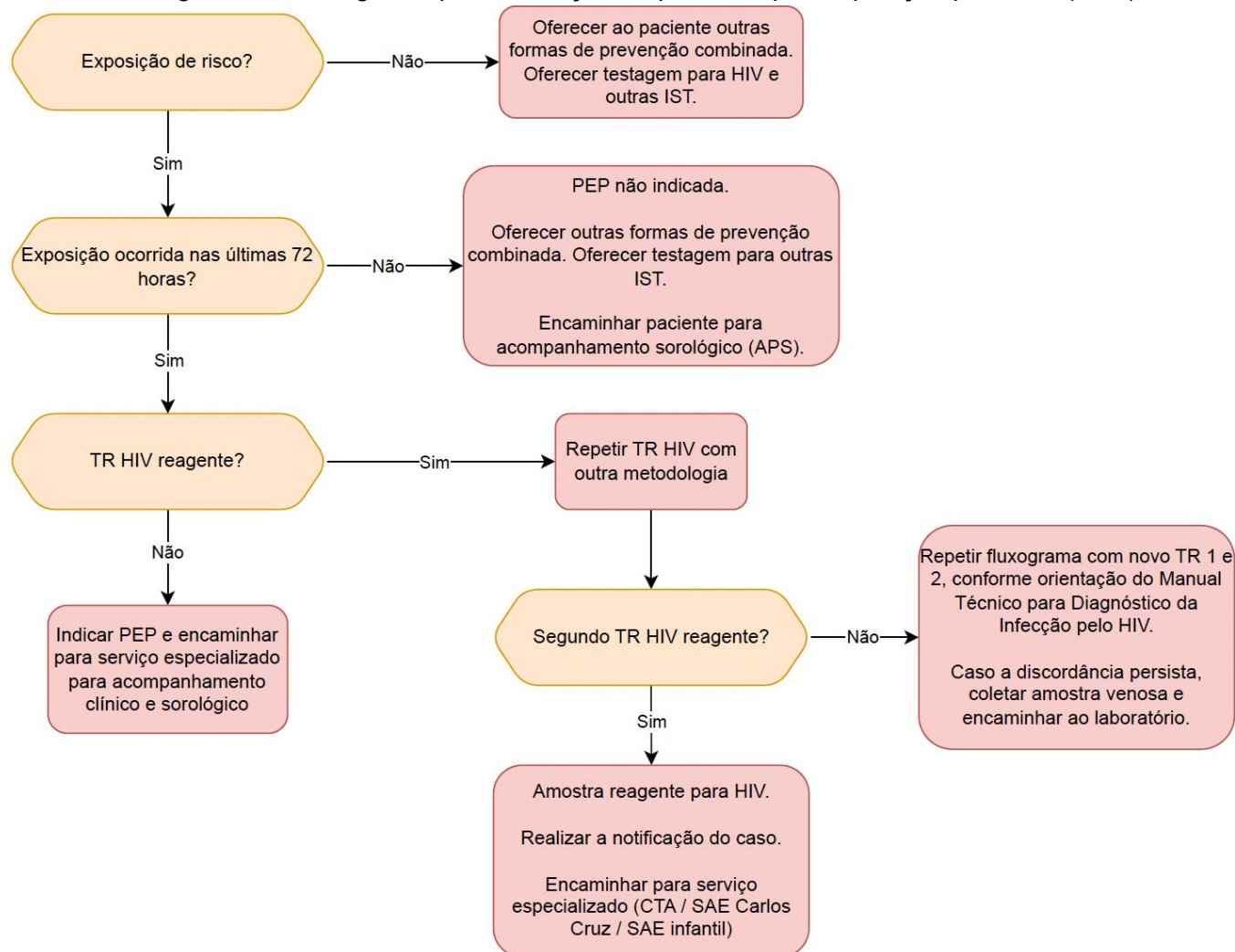
Pessoas que se expuseram ao HIV devem ser encaminhadas à uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA e PA) ou Pronto Socorro, de acordo com a Grade de Referência para Urgência e Emergência do município, o mais rápido possível para avaliação, prescrição e dispensação da medicação para os 28 dias de tratamento. A PEP é uma urgência médica e deve ser iniciada, idealmente, nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite às 72 horas subsequentes à exposição. Lembrando que quanto mais cedo iniciar o uso da medicação, maior a proteção.

Os casos de Acidente com Material Biológico e de Violência Sexual atendidos para a prescrição de PEP, devem ser notificados e encaminhados para a Vigilância. As fichas podem ser acessadas através dos links abaixo:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/DRT/DRT_Acidente_Trabalho_Biologico.pdf

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf

Fluxograma 8. Fluxograma para indicação da profilaxia pós-exposição para HIV (PEP)



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

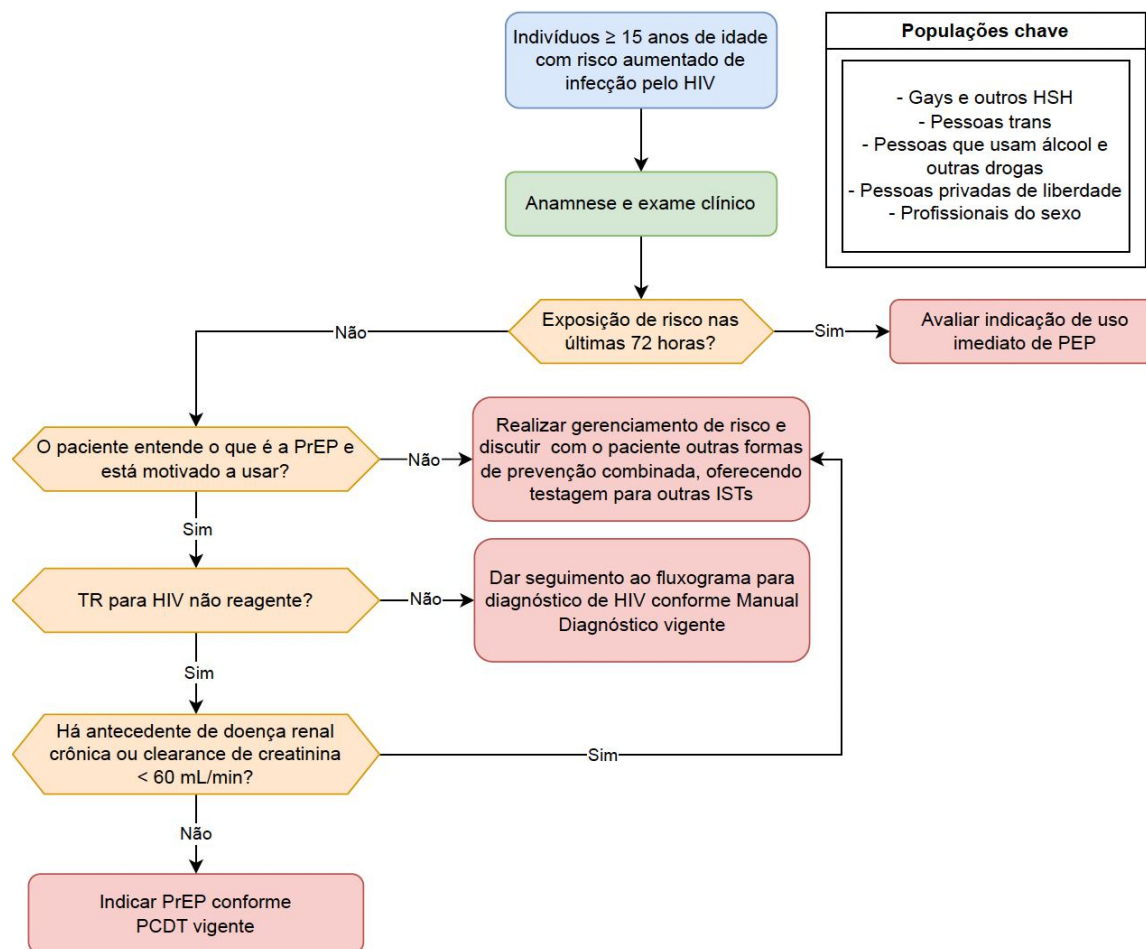
Profilaxia pós-exposição (PEP) para o HIV em indivíduos ≥ 12 anos

Prescrição médica ou de enfermagem			
Indicações	Medicamento	Posologia	Observações
Indivíduos com ≥ 12 anos de idade *Gestantes podem utilizar o mesmo esquema	Tenofovir + Lamivudina	Comprimido coformulado: - Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg: 1 comprimido VO 1x/dia por 28 dias	Tenofovir: contraindicado em pacientes com disfunção renal pré-existente.
		Comprimidos individuais: - Tenofovir 300 mg: 1 comprimido VO 1x/dia por 28 dias - Lamivudina 150 mg: 2 comprimidos VO 1x/dia por 28 dias	
	Dolutegravir	Dolutegravir 50 mg: 1 comprimido VO 1x/dia por 28 dias	Medicamentos ou suplementos que contenham cálcio, ferro ou alumínio devem ser administrados minimamente 6 horas antes ou 2 horas após a ingestão do Dolutegravir. Pode alterar a concentração plasmática da metformina - monitorar glicemia e ajustar dose do hipoglicemiante oral conforme necessário.

Para casos especiais (crianças < 12 anos e pacientes que não podem fazer uso dos medicamentos indicados, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_peg_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf

XVIII. PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO

Fluxograma 9. Fluxograma para indicação da profilaxia pré-exposição para HIV (PrEP)



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021 e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, MS, 2022

Profilaxia pré-exposição (PrEP) para o HIV em indivíduos ≥ 15 anos

Prescrição médica ou de enfermagem			
Indicações	Medicamento	Posologia	Observações
Indivíduos com ≥ 15 anos de idade *Gestantes podem utilizar o mesmo esquema	Tenofovir + Entricitabina	Comprimido coformulado: - Tenofovir 300 mg + Entricitabina 200 mg: 1 comprimido VO diariamente	Oferecer testagem para outras ISTs. Solicitar função renal antes de iniciar a profilaxia. Retorno em 30 dias para avaliar adesão, eventos adversos e função renal.

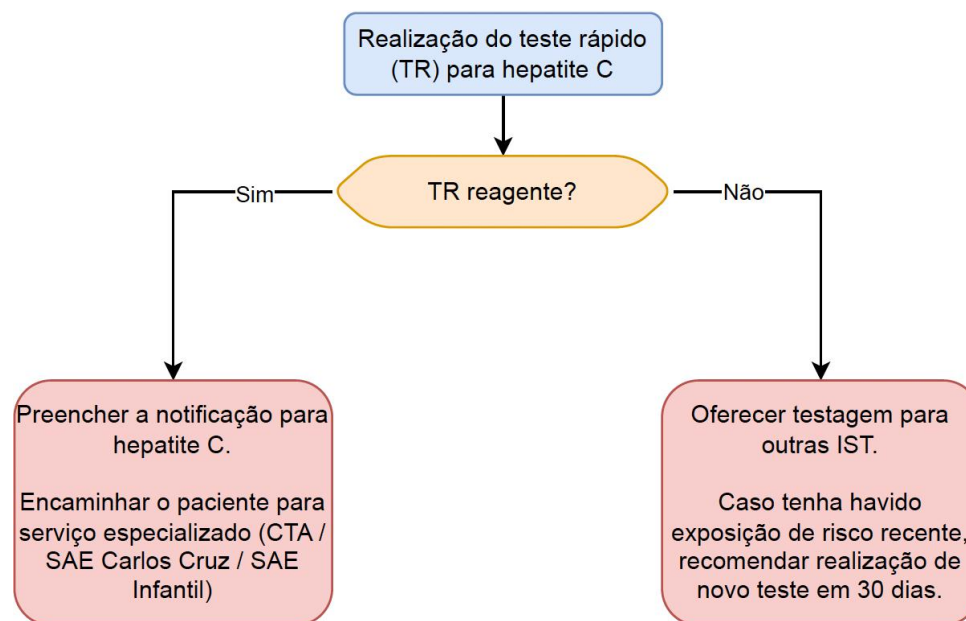
Seguimento de usuários de PrEP

Seguimento de usuários de PrEP	
Avaliações	Periodicidade
Avaliação clínica: - Sinais e sintomas de infecção aguda - Peso - Eventos adversos da PrEP - Adesão à PrEP - Exposições de risco	Trimestral
Avaliação da continuidade de PrEP	
Exames	Periodicidade
Teste para HIV	Após 1 mês do início da PrEP e a seguir trimestral
Teste para sífilis	Trimestral
Pesquisa de outras ISTs	Semestral
Teste para hepatite B	Anual
Teste para hepatite C	Trimestral
Monitoramento da função renal	Anual ou semestral (em caso de comorbidades)

Para informações adicionais referentes à PrEP, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/

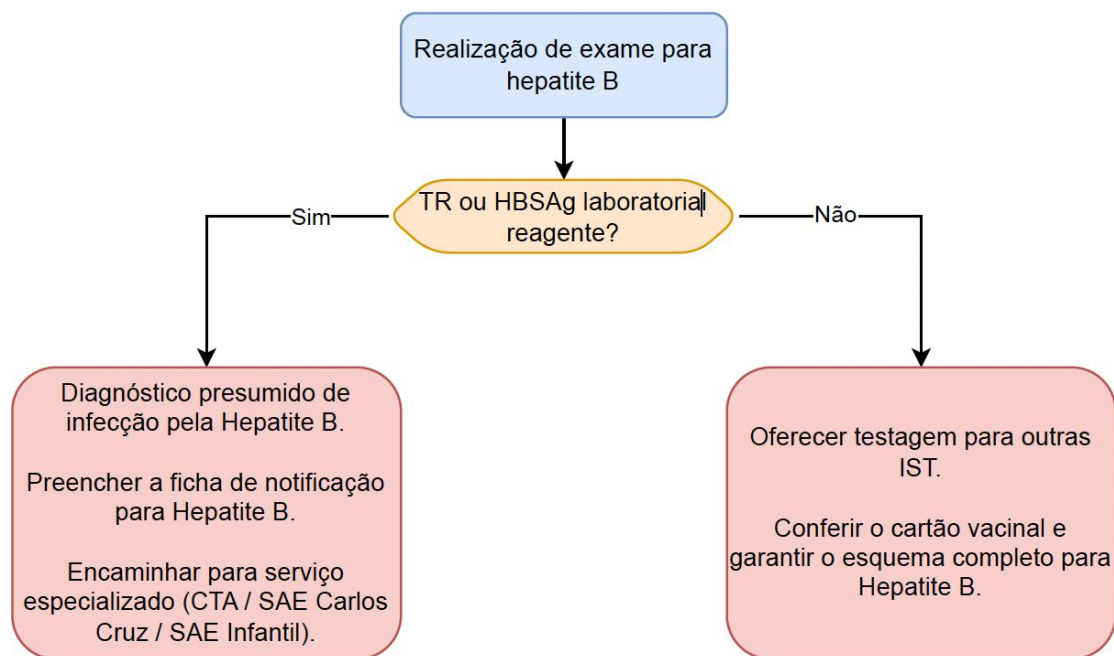
XIX. HEPATITES VIRAIS

Fluxograma 9. Fluxograma para realização de teste rápido para Hepatite C



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Fluxograma 10. Fluxograma para realização de teste rápido/HBsAg para Hepatite B



Adaptado de Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021

Interpretação dos resultados sorológicos para Hepatite B

Condição	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Período de incubação	(+/-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hepatite B aguda	(+)	(+)	(+)	(+/-)	(+/-)	(-)
Final da fase aguda	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Hepatite B crônica	(+)	(+)	(-)	(+/-)	(+/-)	(-)
Hepatite B curada	(-)	(+)	(-)	(-)	(+/-)	(+)
Imunização por vacinação	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Os casos de Hepatites Virais, além de serem encaminhados para os serviços especializados, devem ser notificados e encaminhados para a Vigilância Epidemiológica. Segue link de acesso à Ficha de Investigação Epidemiológica:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf

XX. VIOLÊNCIA SEXUAL

Em todo caso de violência sexual, deve ser avaliada a necessidade de profilaxia pós-exposição (PEP) para HIV, bem como vacinação e/ou imunoglobulina específica para hepatite B (IGHAHB), profilaxia para IST não virais e anticoncepção de emergência. Também oferecer a vacina contra hepatite A e HPV, quando indicado.

O caso deve ser notificado como violência sexual e a paciente deve ser orientada quanto à realização do boletim e ocorrência (BO). Caso a vítima seja menos de 14 anos, comunicar o Conselho Tutelar. Acessar o Protocolo Municipal de Violência Sexual vigente.

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada se tornou compulsória para todos os profissionais de saúde, atuantes em serviços públicos e privados. Em 2014, a Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho, conferiu caráter imediato às notificações de violência sexual e tentativa de suicídio.

A notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória por meio da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal à Vigilância Epidemiológica (VE) sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de violência e deve ser realizada em até 24h após o conhecimento do evento. A unidade de saúde notificante deve manter uma via da notificação no prontuário do paciente e a outra remeter por e-mail à VE, de acordo com o fluxo estabelecido.

O acesso eletrônico da Ficha de Notificação e do Manual Instrutivo poderá ser feito através dos links:

http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

Rastreamento das IST em situação de violência sexual

IST	Atendimento inicial	4-6 semanas após	4-6 meses após
HIV	Sim	Sim	Não
Sífilis	Sim	Sim	Não
Gonorreia e clamídia	Sim	Sim	Não
Hepatite B	Sim	*	*
Hepatite C	Sim	Sim	Sim

*Testar para HBsAg e Anti-HBs 1 a 2 meses após a última dose da vacina contra hepatite B e pelo menos 6 meses da última dose de IGHAB, se indicada ou utilizada.

Profilaxia das ISTs não virais em situação de violência sexual

IST	Tratamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com > 45 Kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com < 45 Kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões UI, IM, dose única	50.000 UI/Kg, IM, dose única (dose máxima de 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única + Azitromicina 20 mg/Kg, VO, dose única (dose máxima de 1g)
Clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	20 mg/Kg, VO, dose única (dose máxima de 1g)
Tricomoniase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	15 mg/Kg/dia, divididos de 8/8 horas, por 7 dias (dose máxima de 2g)

Apresentação e posologia da anticoncepção de emergência

Apresentação	Posologia
Comprimidos de 0,75 mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5 mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1ª opção: 1 comprimido 1,5 mg ou 2 comprimidos 0,75 mg, VO, dose única, até 5 dias após a relação sexual
	2ª opção: 1 comprimido de 0,75 mg, VO, de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual

Para maiores informações, consultar o Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual municipal vigente e/ou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_peg_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf

XXI - Referências bibliográficas:

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

Fluxograma para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, MS, 2021, disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fluxograma_manejo_clinico_ists.pdf

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, disponível em:

https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia pré-exposição (PrEp) de risco à infecção pelo HIV do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hiv-aids/pcdt-prep-versao-eletronica-22_09_2022.pdf/

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, atualizado em 2022, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf

Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças do Ministério da Saúde, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf

Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_hepatites_virais.pdf