



Abordagem do Hiv/Aids

e outras infecções

sexualmente transmissíveis

na Atenção Básica (AB)

**Universidade Estadual de Londrina - UEL
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Departamento de Saúde Coletiva**

**Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Enfermagem - EPE
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

**———— Abordagem do Hiv/Aids e outras infecções ————
sexualmente transmissíveis na Atenção Básica (AB).**

Londrina - 2016



PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA

Prefeito
Alexandre Kireeff

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretário
Gilberto Berguio Martin

DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE

Diretor
Simone Rodrigues Gonçalves



Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA
Superintendência Municipal: Gilberto Berguio Martin
Diretoria de Ações em Saúde: Simone Rodrigues Gonçalves

Endereço:

Av. Jorge Casoni, 2350.

CEP: 86010-250

Telefone (43)3372-9828

E-mail: das@asms.londrina.pr.gov.br

Site: www.londrina.pr.gov.br/saude

1ª Edição. 2016

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A154 Abordagem do HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Básica (AB) [livro eletrônico] / [Organizadores: Flaviane Mello Lazarini e Edvilson Cristiano Lentine]. – Londrina : UEL/CCS-Depto. de Saúde Coletiva, 2016.
1 Livro digital : il.

Inclui bibliografia.

Disponível em:

http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/prot_ist.pdf

1. Infecções por HIV. 2. AIDS (Doença). 3. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. Cuidados primários de saúde. I. Lazarini, Flaviane Mello. II. Lentine, Edvilson Cristiano. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Coletiva. IV. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. V. Londrina. Secretaria Municipal da Saúde.

CDU 616.988-008.64

EQUIPE RESPONSÁVEL

Organizadores

Flaviane Mello Lazarini e Edvilson Cristiano Lentine

Revisores/Colaboradores

Christiane Lopes Barrancos Liberatti
Dulce Aparecida Barbosa
Juliana de Oliveira Marques de Moraes
Lilian de Fatima Macedo Nellessen
Luiz Carlos Baldo
Priscila Alexandra Colmiran
Natalia Maria Ninno Rissi
Roberto Kiyonori Matsumoto
Simone Garani Narciso
Tiago Aires Ferreira

Validadores

Dulce Aparecida Barbosa
Evanira Luisa Janjacomo Chiquetti
Jaqueline Dario Capobianco
Josiane Nunes Maia
Maria Elisa Wotzasek Cestari

Projeto gráfico e diagramação

Gabriele Manzano Silva

SUMÁRIO

1	Apresentação	8
2	Atendimento a pessoas com IST na AB	8
2.1	Definição de abordagem sindrômica	9
2.2	O papel do enfermeiro na abordagem sindrômica	10
2.3	Atribuições da equipe de atenção básica	10
3	Abordagem sindrômica das IST	11
3.1	Diagnóstico clínico: recomendações do ministério da saúde ^{1,2}	13
3.2	Exame físico	14
3.3	Abordagem dos parceiros sexuais	16
3.4	Princípios da convocação de parceiros segundo o ministério da saúde ^{1,5}	17
4	Manejo clínico das IST	17
5	Corrimento vaginal	17
5.1	Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma	20
6	Corrimento uretral	22
6.1	Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma	24
7	Úlcera genital	25
7.1	Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma	28
8	Doença inflamatória pélvica (DIP)	31
8.1	Manejo de DIP com uso de fluxograma	33
9	Verrugas anogenitais	34
9.1	Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma	36
10.	HIV/Aids: orientações para diagnóstico e manejo do HIV/Aids de acordo com a portaria nº 29, de 17 de Dezembro de 2013 - SVS - ministério de saúde, com o significado dos resultados	38
10.1	Primeira coleta sorológica	38
10.2	Segunda coleta	38
10.3	Quadro 10: transmissão	39
10.4	Como não se transmite o HIV	39
10.5	Uso correto de camisinha	39
10.6	Infecções sexualmente transmissíveis - IST	39
10.7	Aconselhamento pré-teste: orientação individual	39
10.8	Exames	39
10.9	Aconselhamento pós-teste	40
11	Fluxogramas HIV/Aids	43
11.1	Fluxograma da coleta do exame do HIV na USF	43
11.2.	Fluxo de resultados de exames do HIV para a população em geral na primeira amostra	44
11.3	Quanto à entrega do resultado do exame de HIV ao cliente nas USF	44
11.4	Fluxo de entrega de resultados de exames para a população em geral após coleta de sorologia para HIV da 2ª amostra	45
11.5	Fluxograma de realização do teste rápido de HIV	45

12	Violência sexual e IST _____	46
12.1	Prevenção das IST na violência sexual _____	46
13.	Sífilis adquirida _____	48
ANEXOS	Anexo I (para o paciente entregar à parceria sexual) _____	62
	Anexo II: CID _____	62

Abordagem do Hiv/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis na Atenção Básica (AB).

1. Apresentação

No mundo, estima-se a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem permanecer assintomáticas ou evoluir para doenças sintomáticas como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais^{1,2}. A gestão compartilhada do cuidado do portador do HIV entre a rede primária (a Unidade Básica de Saúde - UBS) e a rede secundária (o Serviço de Assistência Especializada - SAE) é a chave para melhorar a assistência das pessoas vivendo com HIV no Brasil. A única forma de aumentar o acesso tanto à assistência quanto ao diagnóstico do HIV é por meio da rede básica de saúde³.

Segundo o Ministério da Saúde (2015), a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) está sendo adotada a partir desse ano, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países. Nesse contexto, alerta-se a população sobre a possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva².

O último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, lançado em abril de 2015, reforça o impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais causado pelas IST. Nesse sentido, alerta também sobre a importância do rastreamento e tratamento das IST assintomáticas e manejo das IST sintomáticas com uso de fluxogramas².

Esse protocolo irá reforçar as recomendações nacionais, ajustando-as à realidade local do município de Londrina. O maior objetivo é facilitar o processo de diagnóstico e tratamento das pessoas com IST na Atenção Básica, bem como de suas parcerias sexuais e assim interromper a cadeia de transmissão, consequentemente prevenindo outras infecções e possíveis complicações.

Flaviane Mello Lazarini
Organizadora

2. Atendimento a pessoas com IST na AB

O profissional de saúde precisa ter em mente os seguintes objetivos ao fazer qualquer abordagem em pessoas com IST:

1. Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível;
2. Evitar as complicações advindas das IST assim como a transmissão do HIV;
3. A regressão imediata dos sintomas;
4. Evitar transmissão da doença para parcerias sexuais e para os conceptos no caso de gestantes.

A primeira consulta é muito importante, por isso busca-se o mais rápido possível fazer o

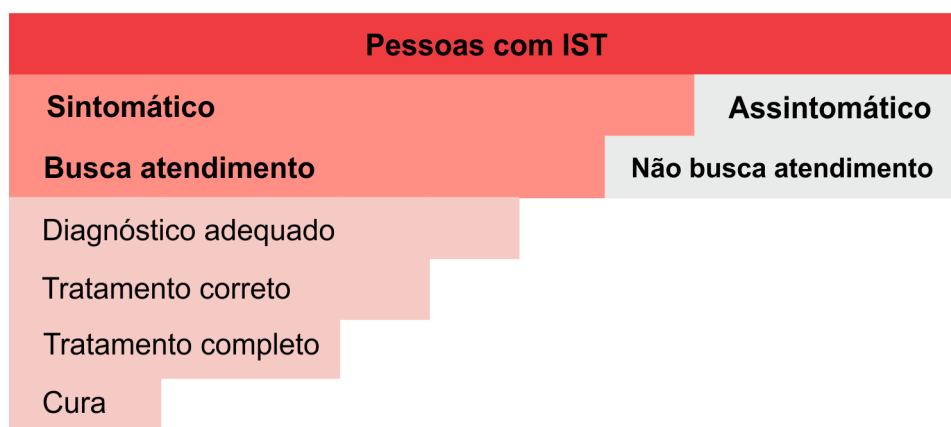
diagnóstico, para iniciar o tratamento e o aconselhamento adequados.

Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional estará habilitado a:

1. Fazer o diagnóstico sindrômico;
2. Iniciar o tratamento imediatamente;
3. Realizar o acolhimento para:
 - a) Oferecer os testes rápidos e/ou sorologias disponíveis: HIV (anti-HIV), Hepatites Virais (HBsAg, Anti-HBc e Anti-HBs) e sífilis (VDRL ou teste rápido conforme disponível na UBS);
 - b) Fortalecer a adesão ao tratamento;
 - c) Promover o uso de preservativos (masculino ou feminino) com vistas à redução de riscos de reinfecção e transmissão para o(s) parceiros(s) sexual(is);
 - d) Buscar o(s) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de IST e infecção pelo HIV.

Após a identificação do problema clínico, que se encontra no topo do fluxograma, o profissional deve seguir passo a passo, tomando as decisões necessárias, de acordo com os achados clínicos. Ao final de cada fluxograma são apresentadas as informações correspondentes a cada quadro de decisão e ação¹.

Figura 1 - Perda de oportunidades de tratamento entre os diferentes níveis da infecção à cura das IST².



Fonte: adaptado de OMS/RHR, 2005.

2.1 Definição de Abordagem Sindrômica

Esse método foi sugerido na segunda metade da década de 70 por pesquisadores e médicos de saúde pública que atuavam na África sub-sahariana, onde existia um grande número de acometidos pelas IST e em condições de pobreza extrema. Desde 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu o conceito de abordagem sindrômica para atendimento de portadores de IST nos países em desenvolvimento, o então Programa Nacional de IST e Aids (PNIST/Aids) recomendou a abordagem sindrômica para o manejo de pacientes com acometidos por estas doenças.

Essa abordagem consiste em incluir a doença dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, e instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios. A aceitação ocorreu pela rápida disseminação da HIV/Aids e pela aparente eficácia do método.

A abordagem sindrômica das IST tem como principais objetivos: classificar os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causadas; utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de síndromes; indicar o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes da síndrome; incluir a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos; incluir a oferta de sorologias (EVANGELISTA, 2012).

2.2 O papel do enfermeiro na Abordagem Sindrômica

Esse protocolo segue as diretrizes nacionais preconizadas pelo Ministério da Saúde (2016), que destaca o papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST, em consonância com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e estabelece, entre outras atribuições específicas do(a) enfermeiro(a), a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe ao(à) enfermeiro(a), como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Destaque para o artigo 4º da RDC nº 20/2011, em que fica claro que a prescrição medicamentosa é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado, não se tratando, portanto, de ato exclusivamente médico. Através desta Resolução da ANVISA, ficou estabelecido o que a legislação federal já previa, que o enfermeiro realiza prescrições de medicamentos pertencentes ao programa de saúde pública, tendo em vista também a relação de medicamentos certos e previstos no programa ou rotina da instituição.

Para finalizar, os Conselhos Federal de Enfermagem e o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, emitiram um parecer técnico “Parecer Oficial N°004/2014” a respeito da possibilidade de prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro conforme Protocolos do Ministério da Saúde, onde destaca o amparo legal para tal prática, desde que haja consulta de enfermagem e de que o profissional tenha conhecimento técnico/científico e habilidade necessária para os casos previstos na Lei.

2.3 Atribuições da equipe de atenção básica

Segundo o MS, as atribuições da equipe de Atenção Básica no atendimento aos portadores de HIV/Aids e outras IST se apoiam nas seguintes diretrizes:

1. Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolvem as questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas etc.
2. Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/Aids.
3. Aumentar a conscientização da população com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos.
4. Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções.

5. Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos.

6. Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (Casas de Apoio, Casas de Passagem etc.).

3. Abordagem sindrômica das IST

O Manejo de IST com uso de fluxograma abrange a detecção e o tratamento das IST que se apresentam sob a forma de úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal, DIP (doença inflamatória pélvica) e verrugas anogenitais. Nesse capítulo optamos também por inserir a abordagem ao HIV/Aids na AB. Os fluxogramas específicos foram desenvolvidos a partir dos resultados de sorologias e testes rápidos ofertados na UBS bem como da queixa principal que motivou o(a) usuário a buscar o atendimento, e pelos achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome e ajustados a partir de um estudo de validação nacional¹. Por isso, optamos por manter os utilizados pelo Ministério da Saúde, validando as medicações disponibilizadas pela Autarquia Municipal de Saúde. Há uma barreira ao controle de IST, que causa perdas das pessoas infectadas em diferentes níveis entre a infecção e a cura, conforme a figura abaixo:

Diante disso a estratégia da prevenção combinada das IST é a proposta atual que contempla diversas ações de prevenção e assistência, que são sintetizadas em três áreas estratégicas com componentes específicos, conforme sintetiza o Quadro 1. A oferta de diagnóstico e tratamento para IST assintomáticas é a estratégia para rastreamento e tratamento das seguintes IST assintomáticas: sífilis latente recente e tardia; infecções por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* em mulheres; e hepatite viral B.

Quadro 1- Estratégia de Atenção Integral às Pessoas com IS.

Prevenção Combinada		
Prevenção Individual e coletiva	Oferta de Diagnóstico e Tratamento para IST assintomáticas	Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxogramas com e sem laboratório
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Informação/Educação em saúde ♦ Preservativo masculino e feminino ♦ Gel lubrificante ♦ Busca adequada e acesso à serviços de saúde ♦ Prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis ♦ Vacinação para HBV e HPV ♦ Profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicado ♦ Redução de danos 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Rastreamento de clamídia para gestantes de 15 a 24 anos, quando disponível ♦ Rastreamento de sífilis, gonorreia, clamídia, HIV para pessoas com IST e para populações-chave (gays, HSH, profissionais do sexo, travestis, transexuais e usuários de drogas), quando disponíveis ♦ Testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto, quando disponíveis e recomendados, conforme o PCDT de transmissão vertical ♦ Tratamento de infecções identificadas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Condutas baseadas em fluxogramas: ♦ Queixa de síndrome específica ♦ Anamnese e exame físico ♦ Diagnóstico com e sem laboratório ♦ Tratamento etiológico ou baseado na clínica (para os principais agentes causadores da síndrome)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ênfase na adesão ao tratamento ♦ Comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos) ♦ Notificação das IST, conforme estabelecido. 		

Fonte:DDAHV/SVS/MS, 2015.

A infecção pelos diferentes agentes etiológicos causadores das manifestações clínicas também podem se apresentar de forma assintomática. Por essa razão, a atenção integral às pessoas com IST deve idealmente incluir também o rastreamento de infecções assintomáticas. O Quadro 2 a seguir mostra as principais síndromes e os respectivos agentes etiológicos²

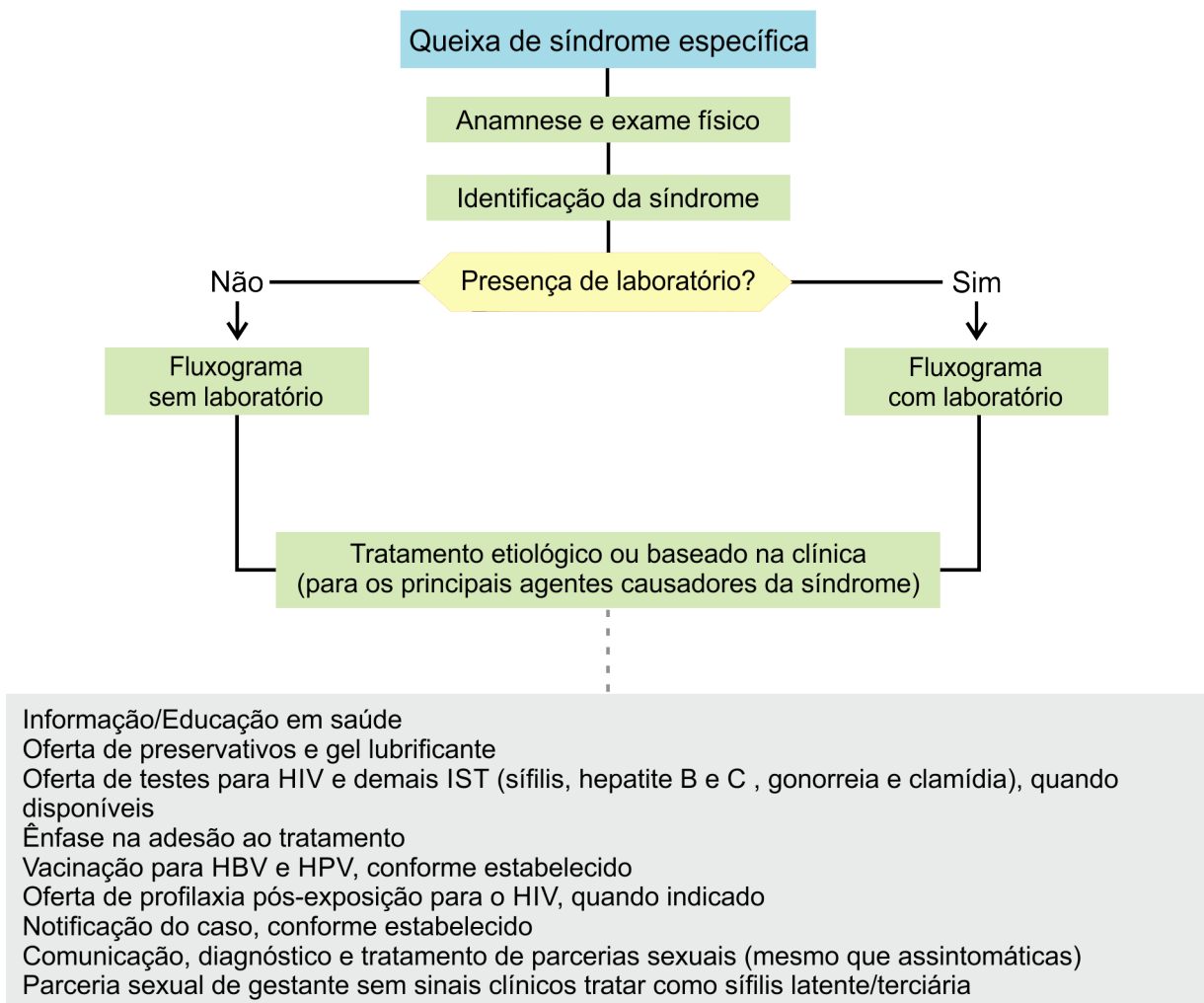
Quadro 2- Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos²

Síndrome - Úlcera anogenital	
Agente etiológico	Infecção
<i>Chlamydia granulomatis</i>	LGV
<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes Genital**
<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Síndrome - Corrimento uretral/vaginal	
Agente etiológico	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal*
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
Múltiplos agentes	Vaginose Bacteriana*
Síndrome - Verruga anogenital	
Agente etiológico	Infecção
Papilomavírus humano	Condiloma acuminado**
Notas: * não são infecções de transmissão sexual ** não são infecções curáveis, porém tratáveis	

Fonte:DDAHV/SVS/MS, 2015.

Ressalta-se que para o manejo adequado das IST é importante que o profissional de saúde conheça a frequência dos agentes etiológicos e as diferentes manifestações clínicas. O manejo das IST sintomáticas segue condutas baseadas em fluxogramas. Optamos por utilizar o Fluxograma indicado pelo Ministério da Saúde, 2015², conforme mostra a Figura 2.

Figura 2- Manejo de IST sintomáticas com uso de fluxograma



Fonte: Brasil, 2015.

3.1 Diagnóstico Clínico: Recomendações do Ministério da Saúde^{1,2}

A anamnese e o exame físico do(a) usuário constituem-se nos principais elementos diagnósticos das IST, mesmo quando disponíveis os recursos de laboratório. O profissional de saúde, conhecendo os principais aspectos anatômicos e funcionais, tanto do organismo masculino quanto do feminino, poderá associar os dados da anamnese e fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica).

Como falar em IST implica lidar com questões de foro íntimo, decorrentes do exercício da sexualidade, uma anamnese consistente e precisa implica a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o (a) usuário em atendimento. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo, apesar das diferenças. As equipes da Atenção Básica têm permanentemente a oportunidade de conversar sobre aspectos da intimidade da vida dos pacientes e, portanto, precisam ter clareza de que questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, violência, conceito de risco, de vulnerabilidade e outros, são apresentados das mais variadas formas, de acordo com a história de vida e os valores do profissional e do usuário. Ressalta-se a importância do sigilo e da postura ética diante de cada caso.

Caso essas condições não sejam garantidas, poderão ocorrer: a omissão de informações necessárias para a realização do diagnóstico; despreocupação ou superdimensionamento quanto

à gravidade da doença causando, dessa forma, angústias desnecessárias e, até mesmo, desajustes nos relacionamentos. Nesse sentido, o (a) paciente deverá ser visto(a) como um todo, com sentimentos, crenças e valores determinantes das práticas de risco e atitudes diante do tratamento prescrito.

É importante lembrar que outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências etc.), o estado nutricional, as associações entre as diferentes IST (coinfecções) e o uso de medicamentos, podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento da IST que motivou a consulta. Sendo assim, deverá ser realizado o exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outros agravos por meio de inspeção geral, controle de pressão arterial, toque retal etc. Nas mulheres, realizar a palpação das mamas e, quando houver indicação, a citologia oncótica do colo do útero. Lembre-se que: Uma queixa de corrimento vaginal pode não significar IST. Diversas IST podem apresentar-se de maneira assintomática na mulher, durante período variável de tempo, aumentando o risco de complicações graves.

3.2 Exame Físico

Observar pele e mucosas, particularmente couro cabeludo, orofaringe, palma das mãos, plantas dos pés e genitais. Palpar os gânglios de todos os segmentos corporais. Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada etc.) deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão. A sífilis é uma doença sistêmica, manifestando-se nos genitais e em outros locais, tais como orofaringe, couro cabeludo, sistema nervoso central etc. A gonorréia pode apresentar formas diferentes da enfermidade, abrangendo regiões não-genitais (faringite, osteoartrite, conjuntivite, periepatite etc.). O eritema multiforme e a cefaléia podem acompanhar o linfogranuloma venéreo. Assim, as IST não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

Exame genital feminino: Para a adequada realização do exame, o profissional necessitará contar com a cooperação da paciente. Para tanto, deverá captar sua confiança, descrevendo todos os procedimentos a serem realizados, ressaltando o fato de que o exame não é doloroso, mas depende do relaxamento da mulher, e que o material a ser utilizado é esterilizado. 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, ulcerações etc. Para o exame dinâmico, utilizar luvas de procedimento descartáveis. Deve-se colocar os dedos indicador e médio no intróito vaginal, na região que corresponde às glândulas de Bartholin (correspondendo à posição aproximada das “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 intraabdominal, facilitando a introdução do espelho.

O exame especular deverá ser feito após breve explicação à paciente sobre o procedimento, na seguinte ordem: 1. Colocar o espelho sempre com uma inclinação de 75°, pressionando a parede posterior da vagina, o evitando traumatismo de uretra e bexiga, exercendo rotação do espelho para a posição horizontal e abrindo-o até a exposição do colo do útero; 2. Observar a coloração e

o pagueamento vaginal, além do aspecto do colo do útero, principalmente da secreção cervical; 3. Não havendo secreção vaginal ou cervical anormal, ou após o tratamento das secreções ou lesões, coletar material para colpocitologia oncótica, quando houver indicação; 4. Quando em presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas, efetuar a coleta do material com técnica adequada para análise laboratorial, quando disponível na Unidade Básica de Saúde.

As pacientes sintomáticas devem ser tratadas imediatamente, de acordo com a abordagem síndrome descrita neste protocolo. Se por ocasião do retorno da paciente para resultado de exames ou controle de cura o problema persistir, encaminhar a paciente para o serviço de referência mais próximo, ou medicar segundo o resultado da análise laboratorial quando esta tiver sido realizada na Unidade Básica de Saúde e avaliar a necessidade de consulta médica e/ou encaminhamento da paciente para o serviço de referência (GO IST).

Realizar a coleta da citologia oncótica sempre que houver indicação e em tempo oportuno. Quando o profissional suspeitar da impossibilidade de retorno da usuária para a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, a coleta pode ser feita imediatamente.

As ações de controle do câncer do colo do útero estão disponíveis no Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, do Ministério da Saúde, 2013 e no Protocolo Municipal de Saúde da Mulher. A retirada do espécúlo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espécúlo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que poderá causar dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais.

Nota: as coletas dos materiais deverão ser feitas antes de qualquer lubrificação, devendo ser evitada, portanto, a colocação de vaselina no especulo. Se necessário realizar o toque vaginal, esse deve ser realizado somente por profissionais com conhecimento prático. Nesses casos, deverá ser previamente explicado à paciente e realizado com luva previamente lubrificada.

Deve-se usar inicialmente o dedo indicador para deprimir o períneo posterior, o que contribuirá para o relaxamento da musculatura. São introduzidos então o dedo médio e o indicador, procurando sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamentos, consistência e tamanho do colo e aberturas do canal cervical. Movendo-se o colo para um lado e outro, traciona-se os ligamentos cardinais e largo, podendo evidenciar-se a presença de dor, sugerindo processos inflamatórios, o que é fundamental para o diagnóstico de DIP.

Somente após todas essas manobras é que se deve tocar com a outra mão a parede abdominal da paciente, sempre respeitando os movimentos respiratórios e aproveitando a expiração para a palpação profunda. A mão vaginal empurra o colo e o útero para cima, de modo que o fundo possa ser palpado entre a mão abdominal e a vaginal. Durante a palpação, notar seu tamanho, a consistência, a mobilidade, a regularidade de sua forma, o ângulo em relação ao colo e à vagina e a possível sensibilidade da paciente. As regiões anexas são palpadas inserindo os dedos na vagina lateralmente ao colo, até o fundo do fórnix, e tracionando as estruturas na pelve com a mão abdominal. As estruturas anexas (ligamento largo, trompa e ovário) são palpadas entre as duas mãos. Essas estruturas podem não ser palpáveis, principalmente em mulheres após a menopausa ou obesas. Geralmente as trompas não são palpáveis, a menos que estejam aumentadas. Deve-se procurar por massas e alterações da sensibilidade. O tamanho, a forma, a consistência e a sensibilidade de qualquer massa também devem ser determinados. O toque retal, quando indicado, deverá ser

explicado para a paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir à paciente para fazer força abdominal (Manobra de Valsalva) durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de massas. Utilizando a mesma técnica abdomino-vaginal, as estruturas pélvicas são novamente palpadas. Deve-se prestar atenção especial ao septo retovaginal, aos ligamentos uterossacrais, ao fundo de saco de Douglas e ao fundo uterino posterior. É durante esse exame que melhor se encontram massas do fundo de saco.

Exame genital masculino: Para uma melhor inspeção, tanto da região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deverá estar em pé, com as pernas afastadas, e o profissional sentado à sua frente. Para a região anorretal, o paciente deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor ainda, deitado em decúbito lateral com leve anteflexão 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, processo inflamatório da bolsa escrotal. O toque retal, quando indicado, deverá ser previamente explicado ao paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir ao paciente para fazer força abdominal (Manobra de Valsalva) durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de tumorações e saliências, além de alterações da próstata.

3.3 Abordagem dos parceiros sexuais

Considera-se parceria sexual, para fins de comunicação ou convocação, os indivíduos com quem o usuário relacionou-se sexualmente entre 30 e 90 dias, segundo a tabela abaixo, excluindo-se os parceiros de mulheres com corrimento por vaginose bacteriana e candidíase. O uso de cartões para convocação de parceiros sexuais é recomendado, conforme (ANEXO I).

Tabela 1: Condições clínicas e tempo de contato sexual para comunicação aos parceiros⁵.

	Úlceras	Corrimento uretral ou infecção cervical	DIPA	Sífilis	Tricomoniase
Tempo do contato sexual	90 dias	60 dias	60 dias	Secundária= 6m Latente= 1 ano	Parceiro atual

Fonte: WHO, 2005.

O ideal é que os parceiros sejam trazidos para aconselhamento, diagnóstico e tratamento pelos próprios pacientes. No caso do não comparecimento dos parceiros convidados, outras atividades poderão ser desenvolvidas, de acordo com as possibilidades de cada serviço. Pode-se realizar a comunicação por correspondência ou busca consentida, por meio de profissionais habilitados, por equipe de vigilância epidemiológica ou de saúde da família da área de abrangência.

3.4 Princípios da convocação de parceiros segundo o Ministério da Saúde^{1,5}

Para que se rompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais dos indivíduos infectados sejam tratados. O profissional deve aconselhar ao usuário:

- A natureza confidencial de suas informações;
- A possibilidade de parceiros sem sintomas estarem infectados;
- A possibilidade de reinfeção se um parceiro permanece infectado;
- As consequências para o parceiro, se não tratado;
- As consequências para outros contatos do parceiro, se esse não for tratado;
- Formas de transmissão, risco da infecção e as consequências da transmissão vertical;
- A necessidade de pronto atendimento médico e os locais onde conseguiu-lo;
- A necessidade de evitar contato sexual até que seja tratado e/ou aconselhado;
- Na impossibilidade de evitar no contato sexual, a necessidade de uso do preservativo.

Qualquer que seja o método usado na comunicação, essa deve ser baseada nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação^{1,5}. Para facilitar o preenchimento do CID, esse capítulo traz a lista no ANEXO II.

4. Manejo Clínico das IST

A seguir apresentaremos os fluxogramas de diagnóstico de manejo clínico das principais manifestações clínicas das IST são: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas anogenitais, segundo a preconização do Ministério da Saúde².

5. Corrimento Vaginal

O corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. A história clínica deverá ser minuciosa, com 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.

Infecções por múltiplos agentes etiológicos podem ocorrer no corrimento vaginal. As três infecções frequentemente associadas são:

Vaginose Bacteriana – decorrente do desequilíbrio da microbiota vaginal e causada pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias (*Prevotella* sp., *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma* sp. e *Mycoplasma* sp.);

Candidíase vulvovaginal – causada por *Candida* sp. (geralmente *C. albicans* e por *C. glabrata*);

Tricomoníase – causada por *Trichomonas vaginalis*;

As causas não infecciosas do corrimento vaginal incluem: drenagem de material mucóide fisiológico excessivo, vaginite inflamatória descamativa, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa), presença de corpo estranho, entre outros. Outras patologias podem causar prurido vul-

vovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (ex: líquen, psoríase). A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico. O tratamento para os diferentes tipos de corrimento vaginal está especificado no Quadro 3.

Vaginose Bacteriana

É caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias anaeróbicas (*Prevotella* sp., *Mobiluncus* sp.), *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma* sp., *Mycoplasma* sp., e outros numerosos anaeróbios fastidiosos, associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (*Lactobacillus* spp.), que são os agentes predominantes na vagina normal. É a causa mais comum de corrimento vaginal, afetando cerca de 10-30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na AB. Em alguns casos, pode ser assintomática.

As características clínicas incluem: corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após a relação sexual, sem o uso do preservativo, e durante o período menstrual; corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso; dor à relação sexual (pouco frequente).

Não se trata de infecção de transmissão sexual, apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com o esperma, que por apresentar pH elevado, contribui para desequilibrar a flora vaginal em algumas mulheres suscetíveis. O uso de preservativo pode ter algum benefício nos casos recidivantes.

Candidíase vulvovaginal

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento. A relação sexual não é a principal forma de transmissão, visto que esses microorganismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas. Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans* e de 10 a 20% a outras espécies (*C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*).

Embora a candidíase vulvovaginal não seja transmitida sexualmente, é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual, provavelmente, devido a micro-organismos colonizadores que penetram no epitélio via microabrasões.

Os sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- ♦ Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- ♦ Disúria;
- ♦ Dispareunia;
- ♦ Corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- ♦ Hiperemia;
- ♦ Edema vulvar;
- ♦ Fissuras e maceração da vulva;
- ♦ Fissuras e maceração da pele;
- ♦ Vagina e colo uterino recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

Existem fatores que predispõem a infecção vaginal por *Candida* sp., entre os quais podemos destacar:

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

As parcerias sexuais de portadores de candidíase vulvovaginal não precisam ser tratadas, exceto os sintomáticos (uma minoria de parceiros sexuais do sexo masculino que podem apresentar balanite e/ou balanopostite, caracterizada por áreas eritematosas na glândula do pênis, prurido ou irritação, tendo indicação de tratamento com agentes tópicos).

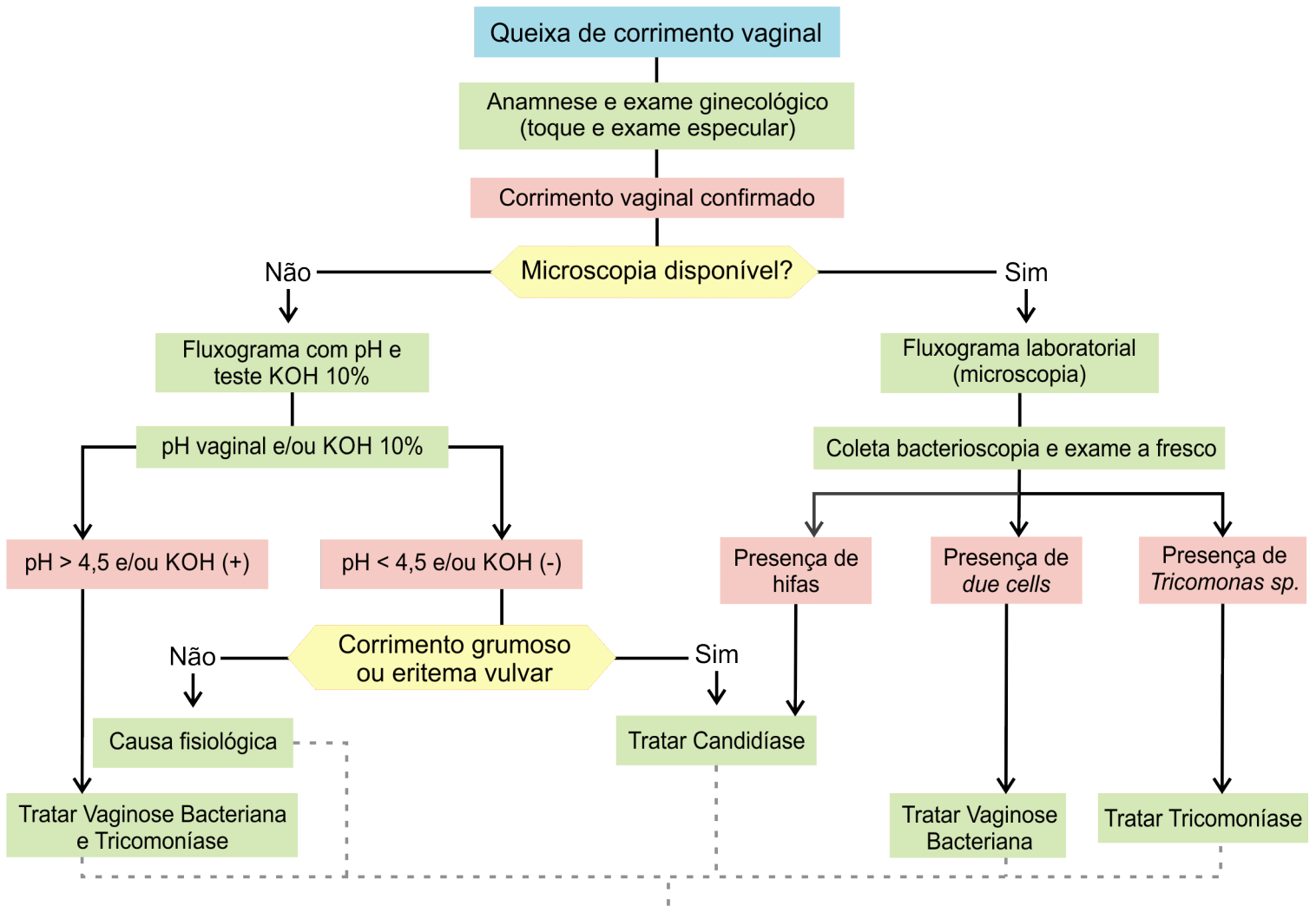
Tricomoníase

A Tricomoníase é causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra. A prevalência varia entre 10% a 35%, conforme a população estudada e o método diagnóstico. As características clínicas são:

- ♦ Corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;
- ♦ Prurido e/ou irritação vulvar;
- ♦ Dor pélvica (ocasionalmente);
- ♦ Sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- ♦ Hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa).

O diagnóstico laboratorial da Tricomoníase é feito através de visualização dos protozoários móveis em material de endocérvice, por meio de bacterioscopia. A Tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. No caso de mulheres com Tricomoníase e alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar a persistência das alterações.

5.1 Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



Informação/Educação em saúde
 Oferta de preservativos e gel lubrificante
 Oferta de testes para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B e C, gonorreia e clamídia), quando disponíveis
 Ênfase na adesão ao tratamento
 Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido
 Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado
 Notificação do caso, conforme estabelecido
 Comunicação, diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

Fonte: BRASIL, 2015.

Quadro 3 - Tratamento para corrimento vaginal

	1ª opção	2ª opção	Tratamento em gestantes	Casos recorrentes	Comentários
Candidíase vulvovaginal	Miconazol creme a 2%, um aplicador cheio a noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, dose única	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150 mg, VO, 1xdia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1xsemana, por 6 meses	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período
Vaginose Bacteriana	Metronizadol 250 mg, 2 comprimidos VO 2xdia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, a noite ao deitar-se por 5 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2xdia, por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias. Após primeiro trimestre; Metronizadol 250 mg, 1 comprimido VO, 3xdia, por 7 dias	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1xdia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado Para as puérperas recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes
Tricomoniase	Metronizadol 250 mg, 2 comprimidos VO 2xdia, por 7 dias OU dose única de Metronizadol, 8 comprimidos de 250 mg (total da dose 2g) 4 após o café da manhã ou almoço e 4 após o jantar	Metronizadol 250 mg, 1 comprimidos VO 3xdia, por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias. Após primeiro trimestre; Metronizadol 250 mg, 1 comprimido VO, 3xdia, por 7 dias		As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes

- ♦PVHIV devem ser tratadas com os mesmos esquemas terapêuticos recomendados acima;
- ♦Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo "efeito antabuse", caracterizado por mal-estar, náuseas e gosto metálico na boca
- ♦Cremes vaginais com metronidazol não são recomendados pela baixa eficácia;
- ♦Durante o tratamento devem ser suspensas as relações sexuais;
- ♦Manter o tratamento se a paciente menstruar.

6. Corrimento uretral

As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral, cujo aspecto varia de mucoide a purulento, tem volume variável e está associado à 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 ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso inconsistente de preservativos.

Os agentes etiológicos mais importantes do corrimento uretral são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Outros agentes, como *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, Enterobactérias (nas relações anais insertivas), *Mycoplasma genitalium*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês Herpes Simplex Virus), adenovírus e *Candida sp.* são menos frequentes.

Causas traumáticas (produtos e objetos utilizados na prática sexual) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de corrimento uretral.

Aspectos específicos do corrimento uretral

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 de 50% por ato sexual. Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva.

A gonorreia é frequentemente assintomática, especialmente, em mulheres e quando ocorre na faringe e no reto. A infecção uretral no homem pode ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% dos casos e/ou disúria (>50%), cerca de dois a cinco dias após a transmissão, que é o período de incubação. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, 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 (orqui-e-pididimite e prostatite). A infecção retal é usualmente assintomática, mas pode causar corrimento retal (12%) ou dor/desconforto perianal ou anal (7%). A infecção de faringe, tanto em homens como em mulheres, é usualmente assintomática (>90%). A infecção gonocócica disseminada é rara (<1%); resulta da disseminação hemática a partir das membranas mucosas infectadas e causa febre, lesões cutâneas, artralgia, artrite e tenossinovite sépticas. Pode também causar, raramente, endocardite aguda, pericardite, meningite e peri-hepatite. Acomete mais as mulheres, sendo associada à infecção assintomática persistente, e o maior risco é durante o período menstrual, gravidez e pós-parto imediato.

Uretrite Não Gonocócica

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

a principal manifestação da infecção por clamídia no homem, sendo 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.

Podem reinfectar seu parceiro sexual e desenvolver quadro de DIP se permanecerem sem tratamento. Caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação de cerca de 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.

O tratamento para os dois tipos de corrimento uretral está especificado no Quadro 4.

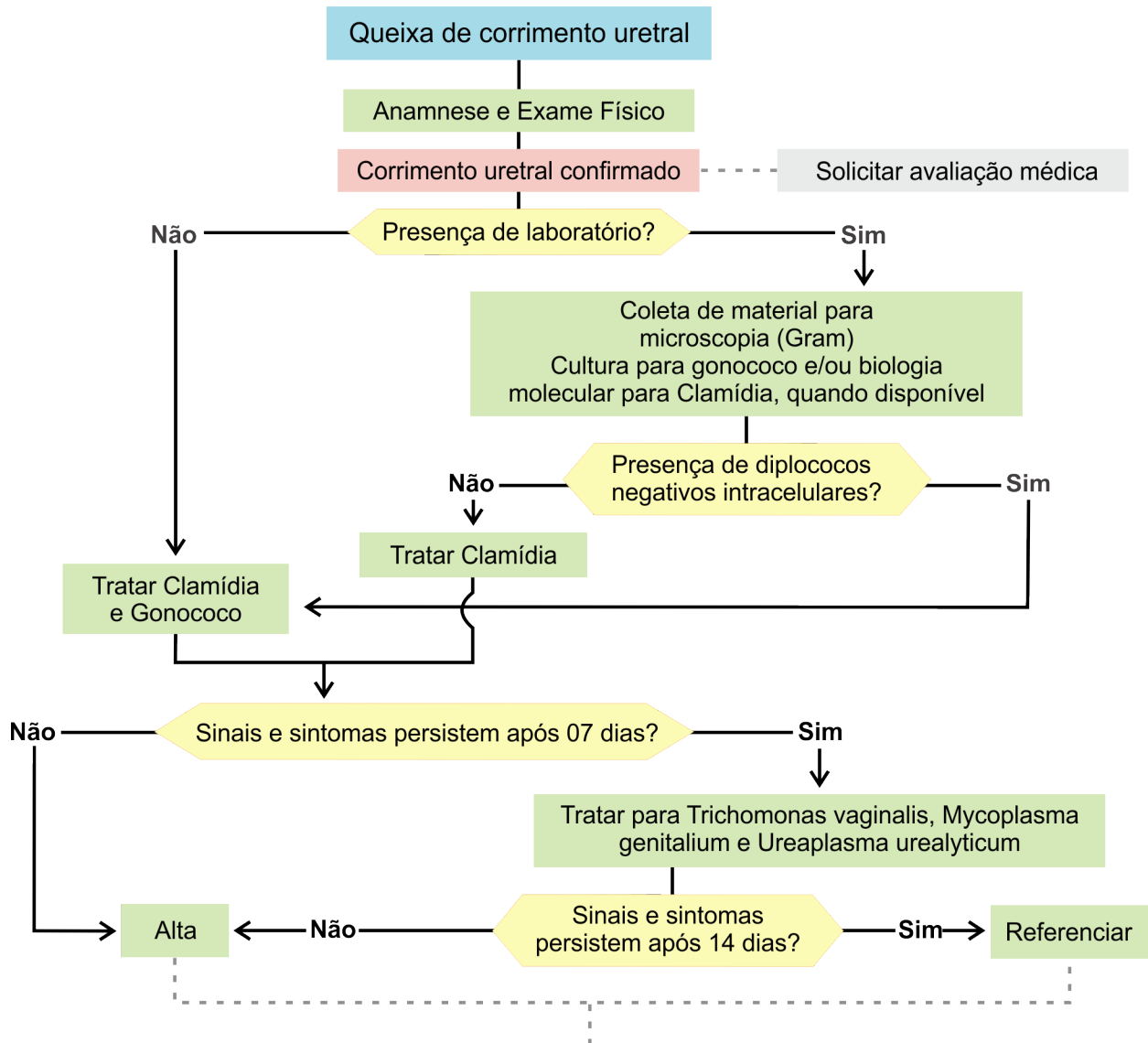
Diagnóstico laboratorial de uretrites

O diagnóstico das uretrites pode ser realizado com base em um dos seguintes sinais e sintomas ou achados laboratoriais:

- ♦Drenagem purulenta ou mucopurulenta ao exame físico;
- ♦Bacterioscopia pela coloração Gram de secreção uretral, apresentando > 5 polimorfonucleares (PMN) em lâmina de imersão. A coloração de Gram é preferível por se tratar de método rápido para o diagnóstico de gonorreia em homens sintomáticos com corrimento uretral. A infecção gonocócica é estabelecida pela presença de diplococos Gramnegativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares. Em mulheres, no entanto, o esfregaço de secreções cervicais detecta apenas 40-60% de espécimes com cultura positiva, o que pode refletir o número baixo de gonococos em mulheres. O rastreamento de indivíduos assintomáticos por microscopia não é recomendado; Teste de esterase leucocitária positivo na urina de primeiro jato ou exame microscópico de sedimento urinário de primeiro jato, apresentando > 10 PMN por campo. Se nenhum dos critérios acima estiverem presentes, a pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* pode ser realizada pelo NAAT5 , um método de biologia molecular, que tem importante vantagem prática sobre os demais e pode identificar essas infecções associadas.

A captura híbrida é outro método de biologia molecular que avalia qualitativamente a presença do patógeno. Se o resultado mostrar infecção por algum desses patógenos, o tratamento apropriado deve ser instituído, e as parcerias sexuais devem ser referidas para avaliação e tratamento. A cultura para a *N. gonorrhoeae* em meio seletivo de Thayer-Martin ou similar é fundamental, em especial, para estudos sentinela, em razão da possibilidade de realizar testes de susceptibilidade aos antimicrobianos.

6.1 Manejo de corrimento uretral com uso de fluxograma



Informação/Educação em saúde
 Oferta de preservativos e gel lubrificante
 Oferta de testes para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B e C, gonorreia e clamídia), quando disponíveis
 Ênfase na adesão ao tratamento
 Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido
 Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado
 Notificação do caso, conforme estabelecido
 Comunicação, diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

Quadro 4- Tratamento para corrimento uretral

	TRATAMENTO DE ESCOLHA
Uretrite gonocócica e por clamídia não complicadas (uretrite e proctite)	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única Ou Amoxicilina 500 mg, VO, 3x dia, por 7 dias
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única

7. Úlcera genital

As úlceras genitais representam síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Os agentes etiológicos infecciosos mais comuns nas úlceras genitais são:

- ♦ *Treponema pallidum* (Sífilis primária e secundária);
- ♦ HSV-1 e HSV-2 (Herpes perioral e genital, respectivamente);
- ♦ *Haemophilus ducreyi* (Cancroide);
- ♦ *Chlamydia trachomatis* sorotipo L1, L2 e L3 (LGV);
- ♦ *Klebsiella granulomatis* (Donovanose).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, por exemplo, úlcera genital por *Treponema pallidum* e HSV-2. A prevalência dos agentes etiológicos tem influência de fatores geográficos, socioeconômicos, gênero e número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros.

A presença de úlcera genital está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa para a difusão do vírus nas populações de maior vulnerabilidade, portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

Sífilis primária e secundária

A sífilis primária também é conhecida como “cancro duro”, ocorre após o contato sexual com o indivíduo infectado. O período de incubação é de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera, geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo limpo, sendo rica em treponemas, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). Esse estágio pode durar de duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, independente de tratamento. A sífilis secundária surge em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Maiores detalhes sobre diagnóstico e manejo da sífilis estão descritos no protocolo de abordagem sindrômica da sífilis adquirida.

Herpes Genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família Herpesviridae, da qual fazem parte o Citomegalovírus (CMV), o varicela zoster vírus, o Epstein-Barr vírus e o herpes vírus 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 periorais.

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primoinfecção herpética e surtos recidivantes. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser 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 e 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 sintomas 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 uretral 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. 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 pode ser devido 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.

Cancroide

O cancroide é uma afecção de transmissão exclusivamente sexual, provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Caracteriza-se por lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, mais frequentes no sexo masculino. Denomina-se também de 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 um intercursos sexual é de 80%.

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devido à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo irregular 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 bálano-prepucial; na mulher, náfúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30 a 50% dos pacientes, o bacilo atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase que 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 drenagem espontânea, quando ocorre, faz-se tipicamente por orifício único. A cicatrização pode ser desfigurante.

A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos pode ser 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, erosões traumáticas infectadas.

Linfogranuloma Venéreo (LGV)

O LGV é causado pela *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum do LGV é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que estes sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos. Os últimos surtos entre HSH estão relacionados ao HIV.

A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e de sequelas, que são descritas a seguir:

- **Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar seqüela. 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 desenvolve-se entre uma a seis semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos) e constituindo-se o 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 numa grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo. Aqueles 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, vesicais e estenose retal.

Donovanose

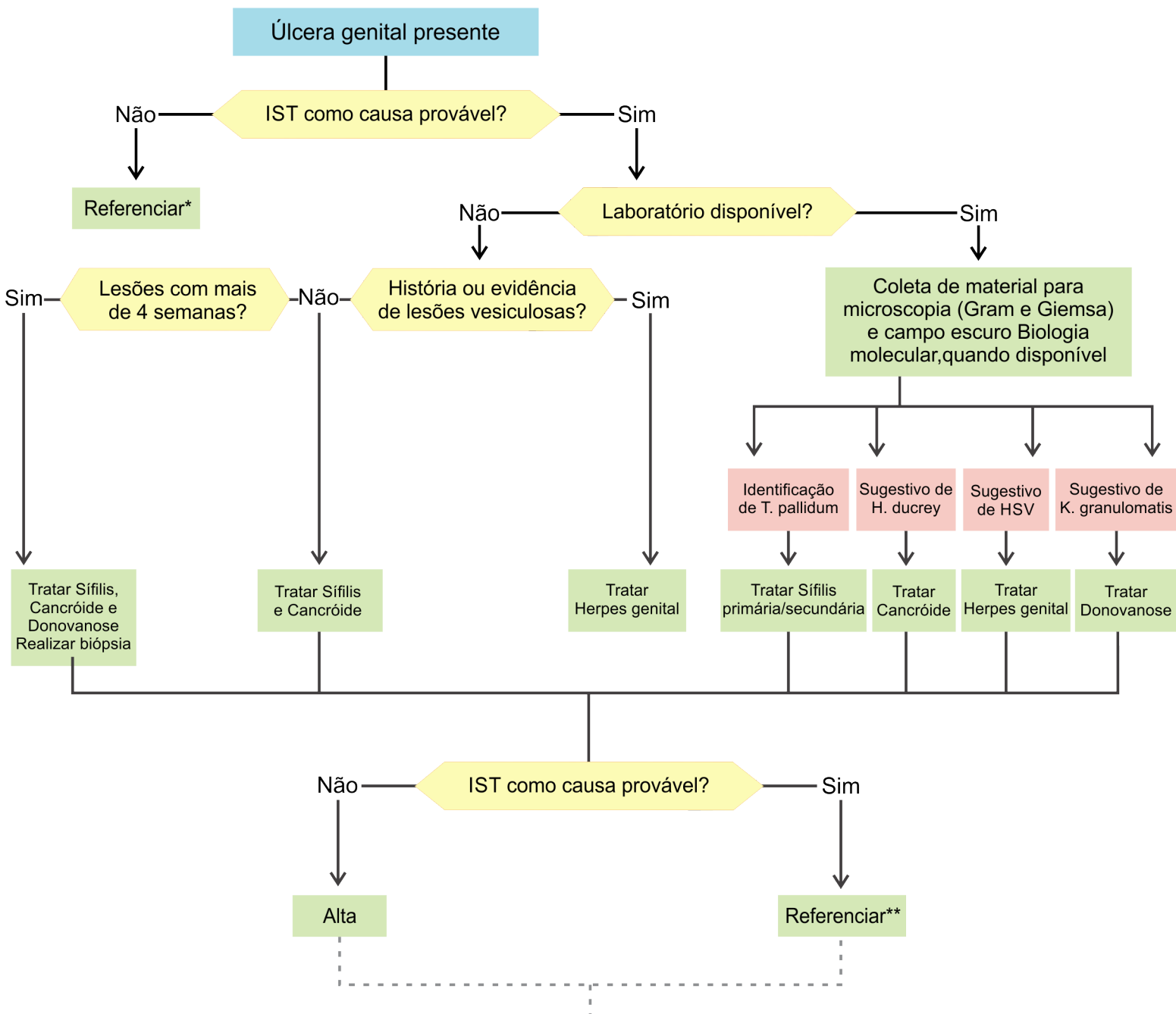
É uma IST crônica progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente e ocorre mais comumente em climas tropicais e subtropicais. A donovanose (granuloma inguinal) está frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam bem conhecidos, com 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 se tornar vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões podem ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho”, em 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 elefantíase é uma seqüela 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.

O tratamento para as úlceras genitais foi dividido em dois quadros. O Quadro 5 mostra o tratamento para herpes genital e o Quadro 6 para outras manifestações (Cancróide, LGV e donovanose).

7.1 Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Informação/Educação em saúde
 Oferta de preservativos e gel lubrificante
 Oferta de testes para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B e C, gonorreia e clamídia), quando disponíveis
 Ênfase na adesão ao tratamento
 Vacinação para HBV e HPV, conforme estabelecido
 Oferta de profilaxia pós-exposição para o HIV, quando indicado
 Notificação do caso, conforme estabelecido
 Comunicação, diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais (mesmo que assintomáticas)

* cirurgia ginecológica (feminino) e urologia (masculino)

** referenciar para urologia IST ou ginecologia IST (CIDI)

Quadro 5- Tratamento para ulcera genital

	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias)	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 (seis ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio.	

Notas:

- ♦ O tratamento com antivirais é eficaz para a redução da intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente;
 - ♦ O tratamento local pode ser realizado com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa para higienização das lesões;
 - ♦ O uso de pomadas com antibiótico pode estar indicado nos caso de infecção secundária;
 - ♦ Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário;
 - ♦ 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
 - ♦ PVHA com herpes genital devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento.
- ♦As apresentações orais de valaciclovir e famciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido; porém, o aciclovir é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).

Quadro 6- Tratamento Cancróide, LGV e donovanose

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

Notas:

- ♦Nesses casos, solicitar avaliação médica para tratamento
- ♦PVHA com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer em qualquer dos esquemas recomendados. A ciprofloxacina está contraindicada para gestantes, lactantes e crianças. A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

8. Doença Inflamatória Pélvica (DIP)

Entre os micro-organismos sexualmente transmissíveis, merecem destaque *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. No entanto, bactérias facultativas anaeróbicas (ex: *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus agalactiae*, entre outros), que compõem a flora vaginal, também têm sido associados com a DIP. Além disso, CMV, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum* podem ser associados com alguns casos de DIP.

Todas as mulheres que têm DIP aguda devem ser rastreadas para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* e devem ser testadas para a infecção pelo HIV. Os fatores de risco para DIP incluem:

- ♦ IST prévias ou atuais – pessoas com infecção por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado de DIP. A infecção por *C. trachomatis* tem a possibilidade de desenvolver infecção do trato genital superior a partir de cervicite, em até 30% dos casos. Pacientes com salpingite prévia têm uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso;

- ♦ Múltiplas parcerias sexuais e parceria sexual atual portadora de uretrite;

- ♦ Uso de método anticoncepcional – o DIU pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP, se a paciente for portadora de cervicite;

O quadro clínico da DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados, apresentados no Quadro 7.

Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de três critérios maiores MAIS um critério menor; OU, um critério elaborado.

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

Os sintomas de sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (spotting), dispareunia, descarga vaginal, dor pélvica ou dor em abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque podem estar presentes na DIP.

A ocorrência de spotting em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativo de DIP e deve ser investigado. Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito com: manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve ter um elevado nível de suspeição na presença de um ou mais critérios diagnósticos, com intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

Os diagnósticos diferenciais de DIP incluem: gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, ruptura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.

O tratamento para a DIP está descrito em regimes terapêuticos no Quadro 7. Os critérios para encaminhamento para tratamento hospitalar estão no Quadro 8.

Quadro 7- Critérios diagnósticos de DIP

Critérios Maiores
dor no hipogástrico
dor à palpação dos anexos
dor à mobilização de colo uterino
Critérios Menores
Temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura > 38,3°C
Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
Massa pélvica
Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
Leucositose em sangue periférico
Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada
Comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas
Critérios Elaborados
Evidência histopatológica de endometrite
Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem
Laparoscopia com evidência de DIP

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Diagnóstico laboratorial de DIP

Os exames laboratoriais e de imagens elencados abaixo são úteis para auxílio no diagnóstico de DIP:

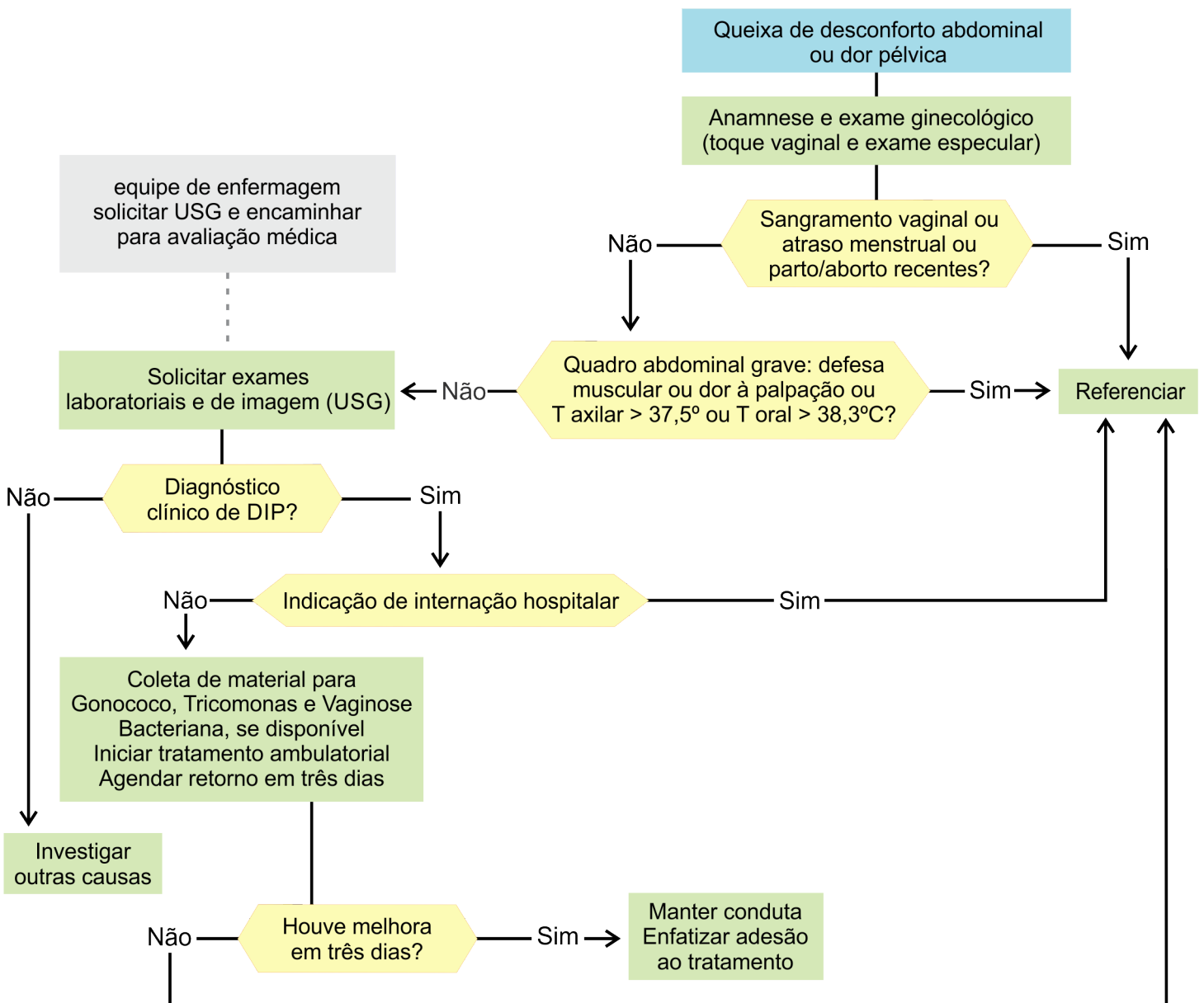
- ♦ Hemograma completo;
- ♦ VHS;
- ♦ Proteína Creativa;
- ♦ Exame bacterioscópico para Vaginose Bacteriana;
- ♦ Cultura de material de endocérvice com antibiograma ou NAAT para *Neisseria gonorrhoeae*;
- ♦ Pesquisa de Clamídia no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior;
- ♦ Exame qualitativo de urina e urocultura (para afastar hipótese de infecção do trato urinário);
- ♦ Hemocultura;
- ♦ Teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica);
- ♦ Exames de imagem – ultrassonografia transvaginal e pélvica – método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como por exemplo: abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos, torção de ovário. O principal achado ultrassonográfico na DIP é a presença de uma fina camada líquida, preenchendo a trompa, com ou sem a presença de líquido livre na pelve.

Cuidados Importantes

A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. Se houver piora do quadro, considerar outros exames de imagem, como ressonância nuclear magnética ou tomografia computadorizada axial, para diagnósticos diferenciais ou complicações de DIP.

A paciente deverá retornar ao ambulatório para seguimento na primeira semana após a alta hospitalar e deverá seguir abstinência sexual até a cura clínica. As pacientes que usam DIU não precisam remover o dispositivo. Caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Nesses casos, as pacientes devem ser orientadas sobre métodos alternativos de barreira, como diafragma, preservativo masculino e feminino. As duchas vaginais não estão recomendadas. As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

8.1 Manejo de DIP com uso de fluxograma



Quadro 8- Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por 14 dias	
Hospitalar	Cefoxitina 2 g, IV, 4xdia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias	Clindamicina 900 mg, IV, 3xdia, por 14 dias + Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias	Ampicillina/sulbactam 3 g, IV, 4xdia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias

Quadro 9- Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

Abscesso tubo-ovariano
Gravidez
Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral
Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial
Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre
Dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (ex., apendicite, gravidez ectópica)

9. Verrugas anogenitais

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital. Atualmente, há mais de 200 tipos de HPV descritos, sendo que aproximadamente 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos são associados ao carcinoma do colo uterino.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com o risco oncogênico e o tipo de lesão:

- ♦Baixo risco oncogênico: detectados em lesões anogenitais benignas e lesões intraepiteliais de baixo grau – tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, e Cp6108.

- ♦Alto risco oncogênico: detectados em lesões intraepiteliais de alto grau e, especialmente, nos carcinomas – tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82. Os tipos 26, 53 e 66 são provavelmente de alto risco oncogênico, e os tipos 34, 57 e 83 são de risco indeterminado.

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas, os chamados condilomas acuminados, verrugas genitais ou cristas de galo. Pode também assumir uma forma subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação (lentes) e após aplicação de reagentes, como o ácido acético.

A transmissão do HPV é considerada, preferencialmente, sexual. A via de transmissão vertical do HPV é corroborada pela ocorrência de papilomatose recorrente de laringe juvenil, em crianças com menos de dois anos de idade, e por relatos de casos de RN com condiloma genital ao nascimento. A transmissão por fômites é rara. O tempo de latência viral e os fatores associados não são conhecidos, o vírus pode permanecer quiescente por anos até o desenvolvimento de lesões.

Assim, não é possível estabelecer o intervalo mínimo entre a infecção e o desenvolvimento de lesões. A recidiva das lesões do HPV está mais provavelmente relacionada à ativação de reservatórios virais que à reinfecção pela parceria sexual. Os fatores que determinam a persistência da infecção e a progressão para neoplasias do sistema geniturinário incluem infecção por HPV de alto risco oncogênico, estado imunológico e tabagismo.

A infecção persistente por tipos oncogênicos de HPV está associada ao maior risco de desenvolver lesão intraepitelial escamosa (neoplasia intraepitelial do colo uterino – NIC) O HPV está envolvido em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical, sendo em percentual menor em outros locais: 85% de ânus, 40% de vulva, 70% de vagina e 50% de pênis, 35% de orofaringe 10% de laringe e 23% de boca.

O HPV pode se apresentar latente, quando as pessoas infectadas não apresentam qualquer lesão; de forma subclínica, diagnosticadas por meio de exame de Papanicolau e/ou colposcopia com biópsia; e clínica, a forma mais comum é conhecida como verruga genital ou condiloma acuminado.

Os tipos oncogênicos de HPV podem resultar em lesões precursoras do carcinoma escamoso da cervix uterina, divididas em: (i) lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) (NIC I/ displasia leve) e (ii) lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) (NIC II/ NIC III, displasia moderada, displasia severa, carcinoma in situ). Além disso, outros epitélios podem sofrer a ação oncogênica do vírus, originando neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA), vulvar (NIV), perineal (NIPE), peniana (PEIN) e anal (NIA).

Já a lesão macroscópica (clínica) manifesta-se pela presença de lesão exofítica, com superfície granulosa, únicas ou múltiplas, restritas ou disseminadas, da cor da pele, eritematosa ou hiperpigmentada e de tamanho variável. As lesões maiores assemelham-se à “couve-flor”, e as menores apresentam-se com aspecto de pápula, placa ou filiformes, em geral resultante da infecção por tipos não-oncogênicos. No homem, localiza-se na glande, sulco bálano-prepucial e região perianal. Na mulher, localiza-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo. Menos frequentemente podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosa nasal, oral e laríngea.

Diagnóstico laboratorial do HPV

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico e pode ser confirmado por biópsia. Entre as técnicas utilizadas para o diagnóstico das lesões anogenitais induzidas por HPV, recomendam-se os seguintes exames:

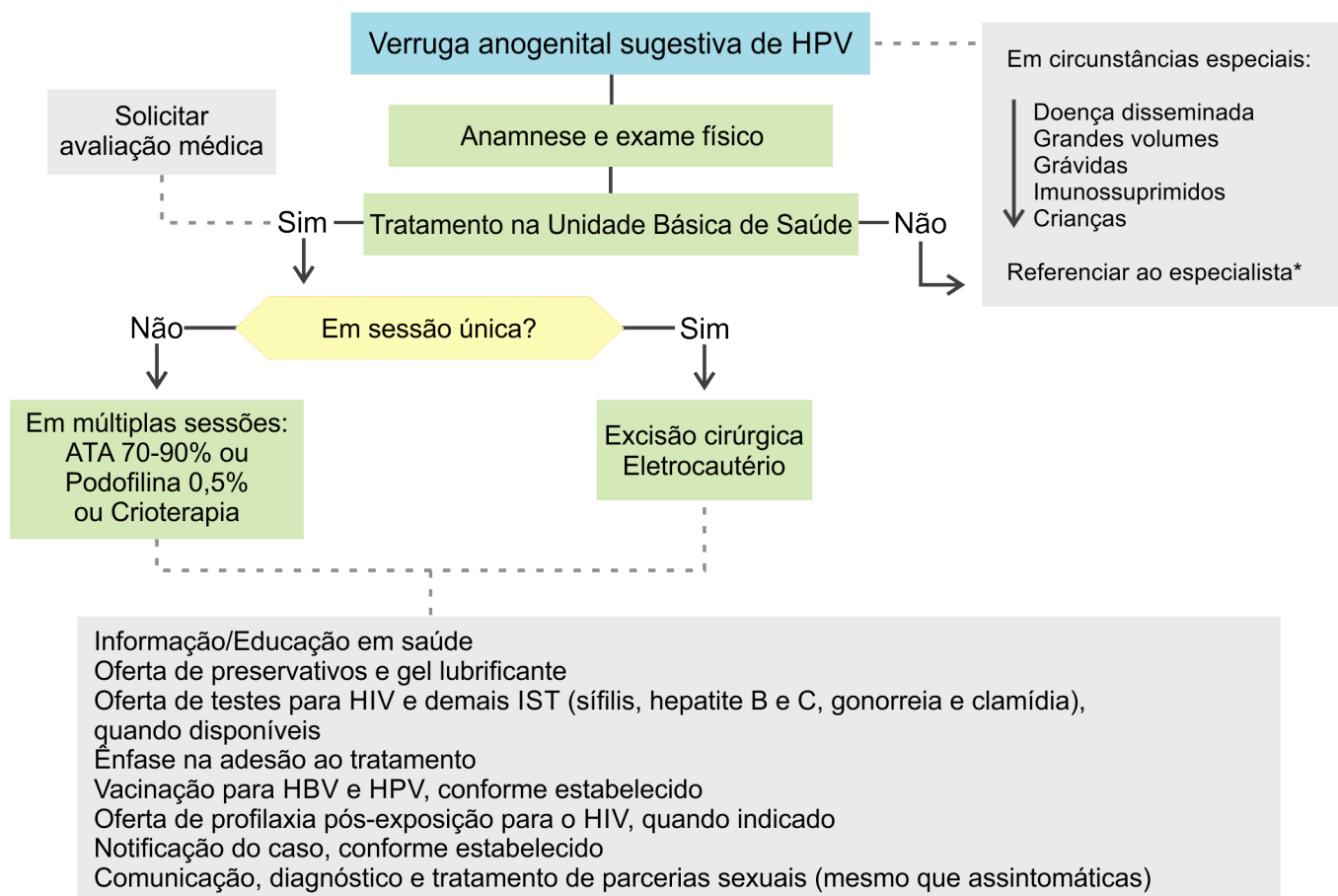
- ♦ Colpocitologia oncótica de colo uterino;
- ♦ Citologia oncótica anal;

- ♦Colposcopia;
- ♦Anuscopia;
- ♦Histopatologia.

Há testes que identificam vários tipos de HPV, mas não está claro seu valor na prática clínica e as decisões quanto às condutas clínicas não devem ser feitas com base nesses testes, mas sim em alterações celulares observadas pela colpocitologia oncótica. Assim, não é recomendável, na rotina, o rastreamento de infecção subclínica pelo HPV. A biópsia de lesões anogenitais sugestivas de HPV está indicada nos seguintes casos:

- ♦Existência de dúvida no diagnóstico da lesão anogenital;
- ♦Presença de lesão suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- ♦Ausência de resposta ao tratamento convencional;
- ♦Aumento das lesões durante o tratamento;
- ♦Pacientes com imunodeficiência (HIV, uso de drogas imunossupressoras, corticoide, entre outros).

9.1 Manejo clínico das verrugas anogenitais com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

* Referenciar para ginecologia no caso dos serviços que tiverem esse profissional. Na ausência de ginecologista referenciar para GO IST(CIDI) ou URO IST (CIDI), de acordo com cada caso.

Tratamento

As verrugas anogenitais localizadas em superfícies úmidas e/ou nas áreas intertriginosas respondem melhor à terapêutica tópica (ex. ácido tricloroacético (ATA), podofilina) que as verrugas em superfícies secas. Deve-se mudar de opção terapêutica quando um paciente não apresentar melhora significativa após três ou se não desaparecerem após seis sessões.

As opções terapêuticas disponíveis em Londrina para o tratamento das lesões anogenitais induzidas pelo HPV estão descritas a seguir:

a. Podofilina 10-25% (solução): contém uma série de substâncias com ação antimitótica. Aplicar em cada verruga, e deixar secar. Usar duas vezes ao dia, por três dias, seguidos de descanso de 4 dias. Repetir semanalmente, se necessário. Recomenda-se a utilização de até 0,5 mL em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm² por sessão. Além de irritação local, sua absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso. Contraindicada na gestação.

b. Ácido tricloroacético (ATA) a 80% (solução): é um agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. Usar uma vez por semana até oito a 10 semanas. Deve ser aplicada com cuidado, evitando que a solução se espalhe. Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco. Esse tratamento poderá ser prescrito durante a gestação. No entanto, em casos de lesões extensas, está indicada a exérese cirúrgica.

c. Imiquimode 50 mg (5%) creme dermatológico: é indicado para tratamento domiciliar, utilizar 1 a 3 vezes por semana, no máximo seis semanas. Não deve ser utilizado para lesões vaginais pelo risco de queimaduras extensas. Os principais efeitos colaterais incluem: irritação, eritema, queimação de menor intensidade, baixo risco para toxicidade sistêmica.

d. Eletrocauterização: utiliza um eletrocautério para remover lesões isoladas. Exige equipamento específico e anestesia local. Não está indicado nas lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo causar necrose tecidual extensa, com estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vaginal. Os principais efeitos colaterais incluem dor, sangramento, ulceração e cicatrizes deformantes.

e. Exérese cirúrgica: método apropriado para o tratamento de poucas lesões quando é desejável exame histopatológico do espécime. Os condilomas podem ser retirados por meio de incisão tangencial com tesoura delicada, bisturi ou cureta. A hemostasia pode ser obtida por eletro-coagulação. Normalmente a sutura não é necessária. Esse método traz maiores benefícios aos pacientes que tenham grande número de lesões ou extensa área acometida, ou ainda, em casos resistentes a outras formas de tratamento. Na presença de lesão vegetante no colo uterino, deve-se excluir a possibilidade de se tratar de uma neoplasia intraepitelial antes de iniciar o tratamento. Essas pacientes devem ser referidas a um serviço de colposcopia para diagnóstico diferencial e tratamento adequado. Dor local, sangramento e cicatrização deformante são os principais efeitos colaterais desse procedimento.

10. HIV/AIDS: ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO E MANEJO DO HIV/AIDS DE ACORDO COM A PORTARIA Nº 29, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2013 - SVS - MINISTÉRIO DE SAÚDE, COM O SIGNIFICADO DOS RESULTADOS:

10.1 PRIMEIRA COLETA SOROLÓGICA

Se a metodologia ELISA for “NÃO REAGENTE”: pode ser ausência de anticorpos para o HIV ou um resultado falso negativo, caso a pessoa esteja no período de janela imunológica. Explicar o período de janela sorológica ou imunológica. Caso a pessoa faça exame no período de janela imunológica e o resultado seja negativo, terá que ficar 30 dias sem se expor ao risco e repetir o teste após este período.

Se a metodologia ELISA for “SOLICITAÇÃO DE 2ª AMOSTRA”: significa resultado inconclusivo ou Reagente, ou seja, com a presença de anticorpos para o HIV. Porém, é necessário fazer nova coleta para repetir a metodologia ELISA, pois em certos casos pode ser um resultado falso positivo. Situações que causa falso-positivo: gravidez, mulher múltipara, lupus eritematoso sistêmico, hepatite, hanseníase, doenças reumáticas.

10.2 SEGUNDA COLETA

Na 2ª coleta será repetida a metodologia Elisa e se ele for Reagente, será feito teste confirmatório utilizando as metodologias Imunofluorescência Indireta (IFI) ou Imuno Blot Rápido (IB).

Se o resultado das metodologias IFI ou IB for Reagente, está confirmado o estado de portador do HIV.

Se o resultado da IFI ou IB for Não Reagente, deverá ser solicitada uma nova amostra em 30 dias.

Os indivíduos com resultados confirmados serão encaminhados para tratamento no Ambulatório de IST/Aids do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho.

Lembrar que a Aids é uma doença crônica que não tem cura, mas que se faz o controle como um diabetes, por exemplo.

10.3 QUADRO 10: TRANSMISSÃO

a) Sanguínea	<ul style="list-style-type: none">♦Transfusão/hemoderivados (auto-transfusão);♦Ferimento aberto;♦Compartilhamento de seringas e agulhas e outros pérfuro-cortantes com sangue;♦Risco ocupacional.
b) Sexual	<ul style="list-style-type: none">♦Oral;♦Vaginal;♦Anal. <p>Obs.: Lembrar que o preservativo deve ser utilizado em todos os tipos de relações sexuais e que o lubrificante, quando utilizado, deverá ser à base de água.</p>
b) Materno - Infantil	<ul style="list-style-type: none">♦Gravidez - Se for detectado o estado de portador do HIV durante a gravidez, na 14ª semana de gestação será iniciado o tratamento com Antiretroviral (ARV);♦Parto: Utilizar o AZT injetável na parturiente e xarope de AZT no RN, até a 6ª semana de vida.♦Amamentação: é contra indicada nos casos da mãe ser portadora do HIV (assintomática ou doente de Aids).

10.4 COMO NÃO SE TRANSMITE O HIV

Pelo beijo, abraço, aperto de mão, suor, talheres e copos, picadas de inseto, na piscina, entre outros.

10.5 USO CORRETO DE CAMISINHA

Fazer a demonstração e orientar como guardar, prazo de validade e selo do INMETRO.

10.6 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - IST

Vide os materiais, manual “Aprendendo sobre Aids e DST” e “Álbum Seriado”, ambos do Ministério da Saúde.

10.7 ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE: ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL

Avaliar situações de risco e se o paciente está em período de janela sorológica. Orientar a partir da necessidade do mesmo, verificando as informações que já possui. Orientar sobre o que é HIV/aids - (vide o roteiro para as orientações coletivas).

10.8 EXAMES

Orientar o paciente sobre o significado dos possíveis resultados do exame do HIV:

➤ **Não Reagente:**

Não é portador do HIV. Verificar e explicar a janela imunológica.

Solicitação de 2ª amostra:

Orientar que será realizada uma nova coleta de sangue, para confirmar o resultado. Pode indicar uma possível infecção pelo HIV.

➤ **Reagente:**

Após o teste confirmatório, indica que a pessoa é portadora do HIV.

Orientar o paciente que o resultado do exame do HIV será entregue pelo profissional aconselhador (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) em consulta individual.

OBS: Informar e garantir questões de privacidade, sigilo e confidencialidade do exame, principalmente do resultado.

OFERECER APOIO EMOCIONAL, CONFORME SITUAÇÃO APRESENTADA.

OBS: Pacientes com sintomas de Aids deverão ser encaminhados ao Ambulatório de IST /Aids do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, já com a consulta médica marcada, para agilização do tratamento.

10.9 ACONSELHAMENTO PÓS - TESTE

ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL

➤ **DIANTE DE RESULTADO: “NÃO REAGENTE”:**

- a) Certificar** que os dados do cabeçalho pertencem realmente ao paciente em questão;
- b) Fazer** leitura do conteúdo do resultado juntamente com o paciente;
- c) Permitir** ao paciente o tempo necessário para assimilar o impacto do resultado do exame e expressar seus sentimentos;
- d) Orientar** que um resultado Não Reagente “não” significa imunidade;
- e) Orientar** que um resultado Não Reagente significa que o paciente:
 - (1) não está infectado ou
 - (2) está infectado tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo exame;
- f) Avaliar** a possibilidade do paciente estar em Janela Imunológica (30 dias), em função de possíveis situações/comportamentos de risco (múltiplos parceiros, parceiro de múltiplos parceiros, parceiros bissexuais, usuário de drogas injetáveis, etc...) e a necessidade de uma nova coleta;
- g) Reforçar** as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo paciente frente ao HIV, conforme a situação de risco, **sugerir que o parceiro também realize o exame do HIV;**
- h) Esclarecer e oferecer oportunidade** para o paciente questionar e se expressar sobre o real significado do HIV/Aids, transmissão, prevenção, tratamento;
- i) Avaliar** possíveis dificuldades quanto à negociação do uso do preservativo (masculino ou feminino) e sua superação em relação ao (a) parceiro (a);
- j) Contribuir** para um plano de redução de riscos, levando em conta as questões de gênero.

➤ **DIANTE DE UM RESULTADO: “Solicitação de 2ª amostra»**

- a) Certificar** que os dados do cabeçalho pertencem realmente ao paciente em questão;

- b) Fazer** leitura do conteúdo do resultado juntamente com o paciente;
- c) Permitir** ao paciente o tempo necessário para assimilar o impacto do resultado do exame e expressar seus sentimentos;
- d) Orientar** que o laudo descrito é indicativo de um possível resultado Reagente para o exame do HIV, através da metodologia Elisa, na primeira amostra, porém o laboratório necessita de uma confirmação do mesmo, através da realização das metodologias Imunofluorescência Indireta ou Imuno Blot Rápido ou Western Blot, que deverá ser coletada na própria USF;
- e) Orientar** que o diagnóstico do HIV só será confirmado após o encaminhamento de todas as etapas do fluxograma seguindo a Portaria 29/ 2013;
- f) Conversar** sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- g) Atentar-se** para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- h) Reforçar** as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo paciente frente ao HIV, conforme a situação de risco e sugerir que o parceiro realize exame do HIV;
- i) Esclarecer e oferecer oportunidade** para o paciente questionar e se expressar sobre o real significado do HIV/Aids, transmissão, prevenção, etc;
- j) Orientar** o paciente que a entrega do resultado da segunda coleta de sangue será realizada na USF pelo profissional (médico, enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem) aconselhador;
- k) Encaminhar** o paciente conforme necessidade para apoio emocional no Ambulatório IST/Aids do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho;
- l) Desmistificar** sentimentos que associam HIV/Aids à culpa, à punição, à rejeição, à degenerescência, à morte e outros;
- m) Explicar** ao paciente, possíveis consequências para sua saúde e como podem ser minimizadas as chances de ocorrência das formas de transmissão;
- n) Oferecer** a possibilidade de retorno para apoio emocional ou outras informações quando necessário;

OBS: Estar sempre atento ao acolhimento e escuta ativa do paciente, percebendo o seu momento e a necessidade de maiores informações.

O QUE ORIENTAR NO ATO DA ENTREGA DO SEGUNDO RESULTADO DO EXAME DE HIV?

➤ **DIANTE DE UM RESULTADO: “REAGENTE”** Se na segunda coleta for Reagente o resultado virá da seguinte maneira:

- Elisa - primeira amostra - Reagente
- Elisa - Segunda amostra - Reagente
- IFI (Imunofluorescência Indireta) ou
- IB (Imuno Blot Rápido) ou
- WB (Western Blot)

REAGENTE

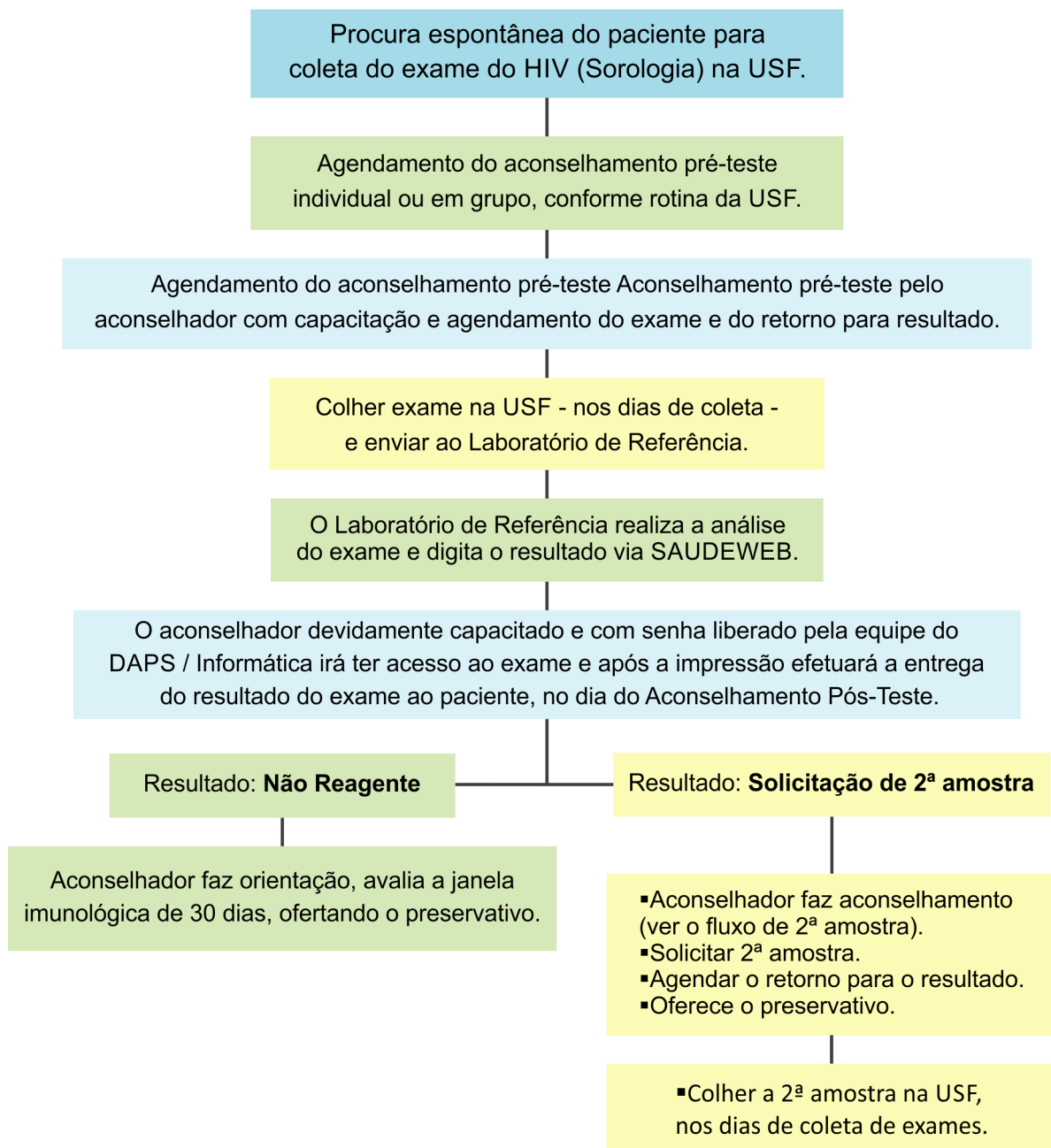
- Explicar o significado e dar espaço para manifestação de sentimentos;
- Questionar que sentimentos estão presentes (como raiva, culpa, tristeza, indiferença) e deixar falar dos mesmos;
- Oferecer orientações quando solicitadas ou como forma de clarear informações sobre a doença, o tratamento, a prevenção;
- Orientar o uso constante de preservativo, mesmo se o parceiro (a) for positivo (a). Se tiver parceiro fixo ele (a) deverá ser avisado (a) pelo paciente quanto à realização do teste e prevenção. Porém, é necessário respeitar o tempo emocional de cada um, e não o profissional impor esse tempo. Quando necessário o profissional pode auxiliar o paciente nessa comunicação. Desde que o mesmo se comprometa com a prevenção, o ambulatório do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho poderá trabalhar essa comunicação quando ele iniciar o tratamento.

➤ SE O RESULTADO DO CONFIRMATÓRIO IMUNOFLUORESCÊNCIA OU IMUNO BLOT RÁPIDO OU WESTERN BLOT FOR NÃO REAGENTE OU INDETERMINADO:

- Solicitar que a pessoa realize novamente o teste em 30 dias;
- Explicar que se a sorologia de HIV não foi confirmada, a pessoa pode ter sido infectada recentemente; estar em processo de soroconversão ou ser um resultado falso positivo, por outra infecção. Neste caso, aconselhar a investigação de que infecção é esta.

11. Fluxogramas HIV/AIDS

11.1 Fluxograma da coleta de sorologia para HIV na USF



- ♦ A procura espontânea se refere a todas as pessoas que procuram a UBS com a finalidade de realizar o exame;

OBS: Menores de 13 anos devem ser acompanhados pelo pai e/ou responsável.

- **SUGESTÃO:** criar um sistema de controle de exames coletados (ex: caderno);

➤ Exame do HIV será **colhido em tubo de tampa amarela**. A USF deverá acrescentar na etiqueta “HIV” e relacionar na planilha de exames. É necessário efetuar REQ EXAME;

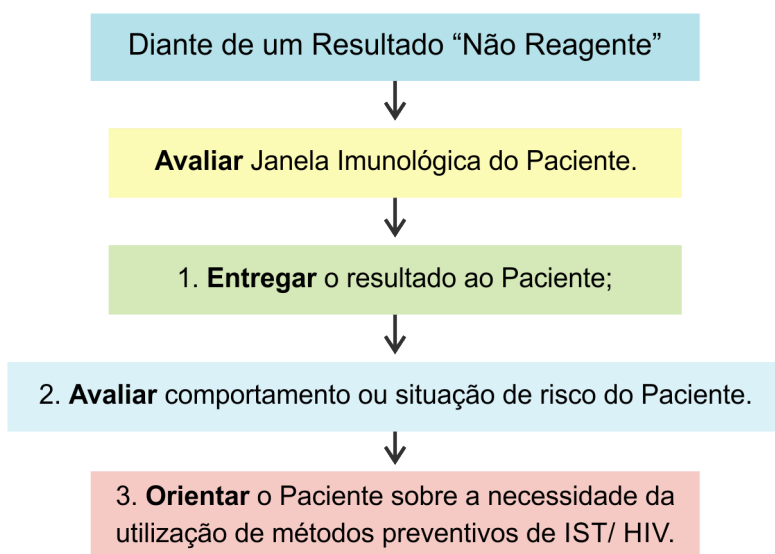
➤ Na solicitação de nova coleta (2ª amostra) também utilizar tubo de tampa amarela, identificando “Sorologia de HIV – 2ª amostra”;

➤ **SINTOMÁTICOS**: encaminhar para consulta médica no Ambulatório de IST/aids do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho, antes mesmo do confirmatório;

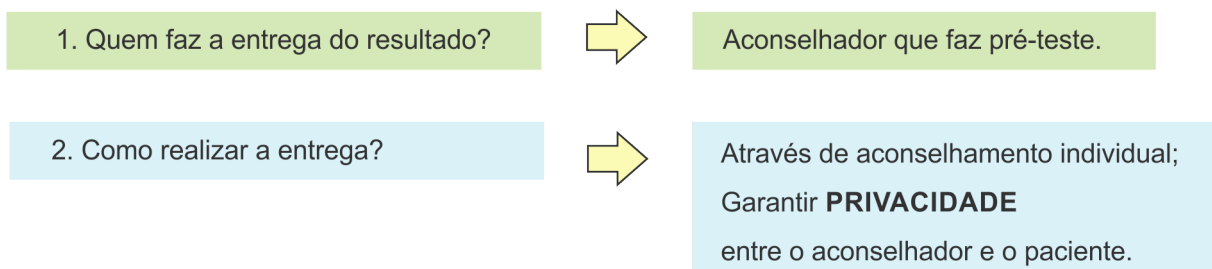
➤ Para agendamento de consulta médica no Ambulatório de IST/aids do Centro de Referência Dr. Bruno Piancastelli Filho entrar em contato pelos telefones 3379-0176/ 3379-0182 (das 07:00 às 17:00 horas);

➤ Lembrar que as gestantes possuem fluxograma próprio da oferta do exame durante o pré-natal.

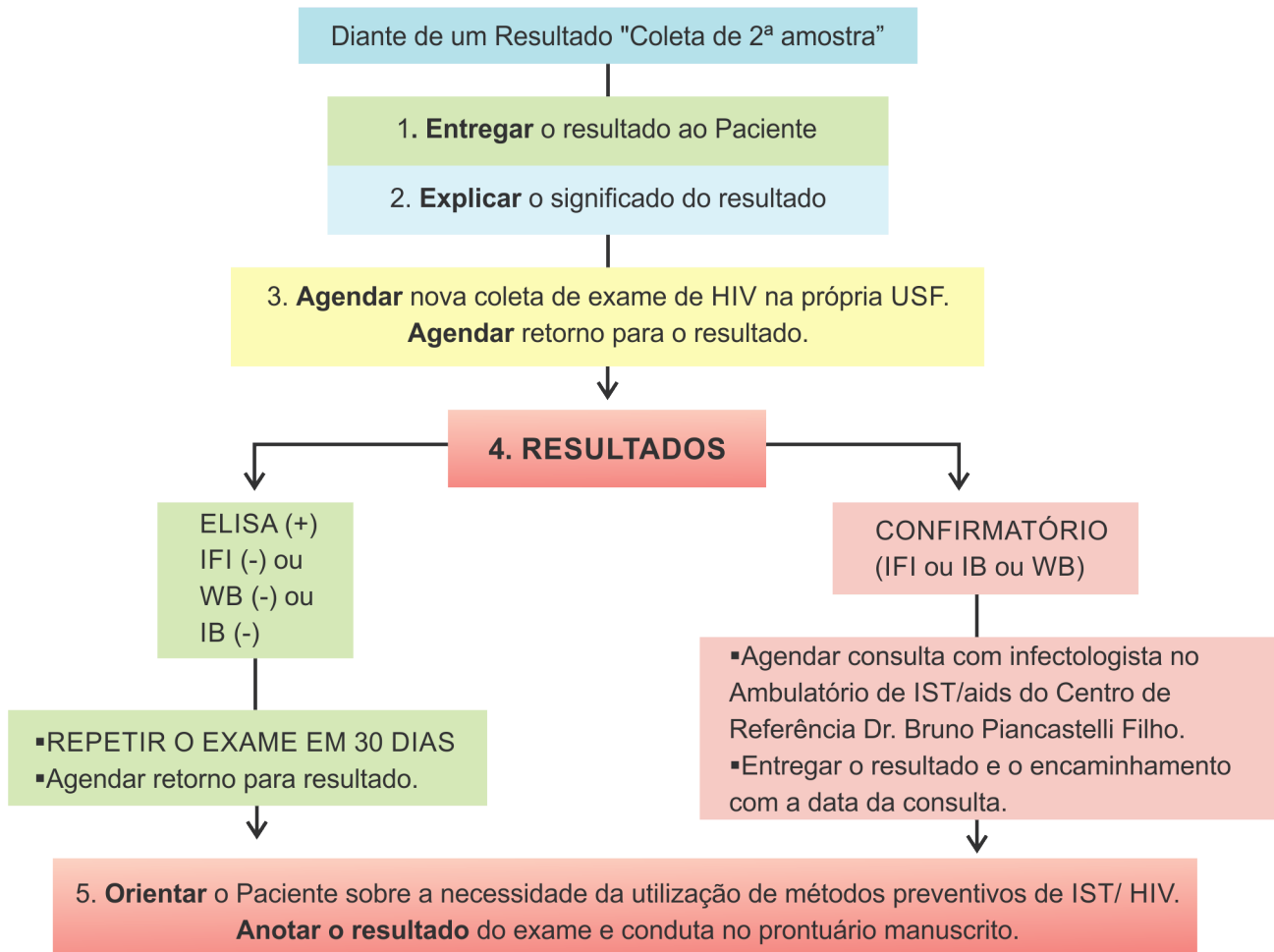
11.2. Fluxo de resultados de exames do HIV para a população em geral na primeira amostra



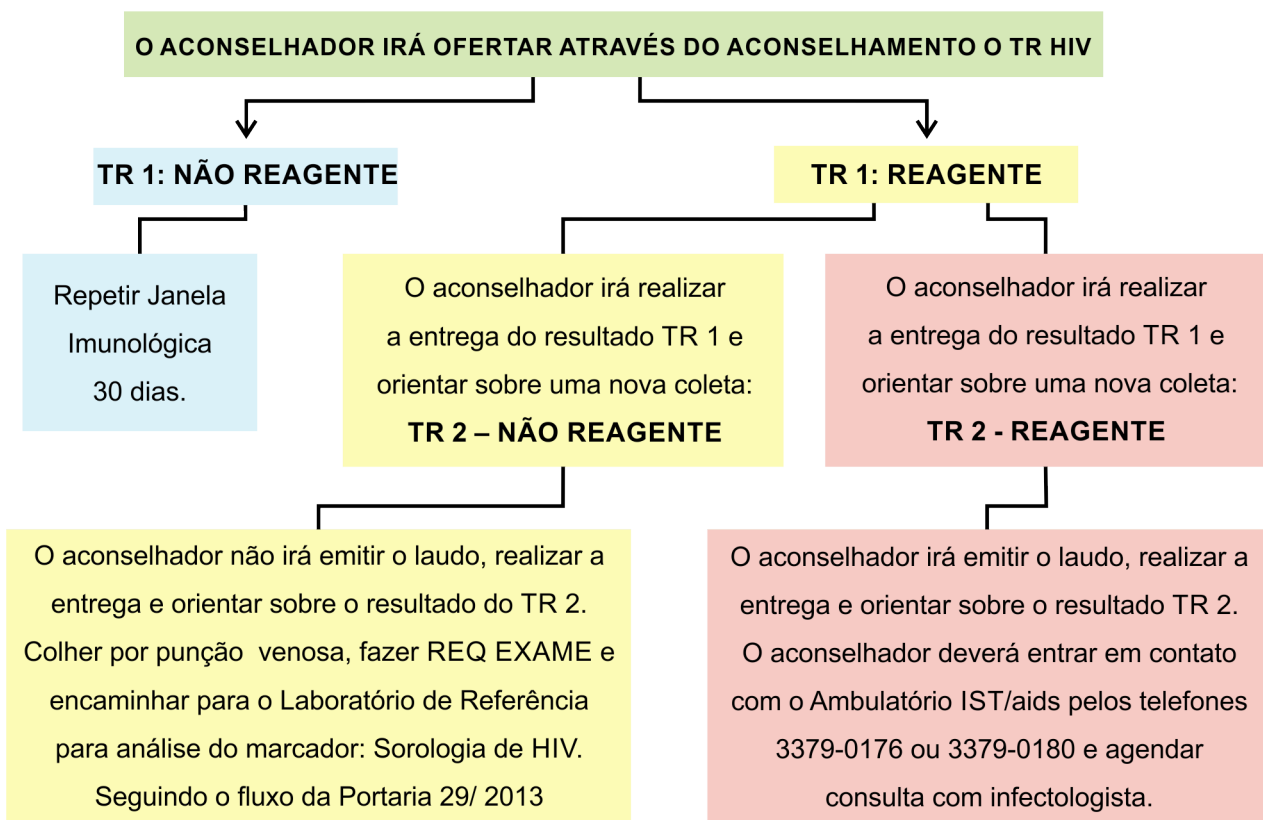
11.3 Quanto à entrega do resultado do exame de HIV ao cliente nas USF



11.4 Fluxo de entrega de resultados de exames para a população em geral após coleta de sorologia para HIV da 2ª amostra



11.5 Fluxograma de realização do teste rápido de HIV



12. Violência sexual e IST

A transmissão de determinadas IST, como sífilis e HPV, pode ocorrer mesmo com o uso correto e regular de preservativos. Por outro lado, a atividade sexual sem o uso do preservativo (ou no caso de falhas no uso) pode gerar ansiedade e risco de transmissão de HIV, IST e hepatites virais.

Destaca-se que a violência sexual, independentemente do sexo e da idade, deve ser considerada uma prioridade na assistência, devido aos danos psicossociais, à gravidez indesejada e ao risco de aquisição de HIV, IST e hepatites virais.

12.1 Prevenção das IST na violência sexual

Em âmbito nacional, destaca-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, e ainda as Leis de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, Lei nº 8.069/ 1990, Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros. O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro.

A real frequência desse ato criminoso é desconhecida, uma vez que as vítimas hesitam em informá-lo, devido à humilhação, medo, sentimento de culpa e desconhecimento das leis. O atendimento à vítima de estupro é complexo, necessitando idealmente de cuidados de uma equipe multidisciplinar familiarizada com casos similares. Quando praticado durante a gravidez, representa fator de risco para saúde da mulher e do feto, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e RN de baixo peso. O medo de ter contraído infecção pelo HIV aumenta a ansiedade das pessoas expostas.

Os pacientes devem ser informados sobre a necessidade de:

- ♦ Receber atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato;
- ♦ Buscar providências policiais e judiciais cabíveis (mas caso a vítima não o faça, não lhe pode ser negado atendimento);
- ♦ Receber profilaxia da gravidez, das IST não virais e do HIV; Receber vacinação e imunização passiva para HBV;
- ♦ Colher imediatamente material para avaliação do status sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV, para seguimento e conduta específica;
- ♦ Agendar retorno para seguimento sorológico após 30 dias e acompanhamento clínico-laboratorial, psicológico e social, se necessário.

A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e a susceptibilidade da mulher, a condição himenal e a presença de IST ou úlcera genital prévia. No atendimento à mulher, que corresponde à maioria dos casos de violência sexual, deve-se colher material de conteúdo vaginal para diagnóstico de tricomoníase, gonorreia e clamídia. Além disso, coletam-se outros materiais, como fragmentos das vestes, para comparação com o DNA do

agressor. A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancroide podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia.

Algumas IST virais, como as infecções por HSV e HPV, ainda não possuem profilaxias específicas. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão, mas se recomenda a sua realização imediata, sempre que possível.

Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida – situação comum em violência sexual intrafamiliar – ou quando ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST, devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser notificado e investigado. Destaca-se a existência do “Disque Direitos Humanos”, o Disque 100, serviço de ouvidoria da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), com a finalidade de proteção dos direitos humanos em todas as situações em que ocorrem violações.

O serviço de referência específico para esses atendimentos encontra-se na Maternidade Municipal de Londrina e funciona por meio do *Programa Rosa Viva*. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual encontra-se no Quadro 11. A profilaxia para as IST não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional. **Maiores informações no protocolo de violência sexual.**

Para manejo adequado nas situações de violência sexual consultar o material do "PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA" - Londrina 2016, disponível online

Quadro 11- PROFILAXIA DAS IST NÃO VIRAIS EM VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IST	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes	Cranças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg, 1 ampola, IM, dose única	125 mg, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20 mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Tricomoniase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g)	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

13. Sífilis Adquirida

Apresentação

A sífilis é uma infecção bacteriana, de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Conhecida há séculos, seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa do grupo das espiroquetas e apresenta 60% de risco de infecção em um intercurso sexual^{1,3}.

A sífilis também é transmitida da mãe para o filho durante a gestação, o que ocasiona a sífilis congênita, que apresenta até 40% de taxa de mortalidade fetal e infantil. Em mulheres não tratadas a transmissão é de 70 a 100% nas fases primária e secundária da doença materna^{2,4}.

A ficha de notificação da sífilis adquirida existe desde maio de 2010, mas a partir da portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2013 é que o Ministério da Saúde instituiu a notificação de todos os casos suspeitos e confirmados de sífilis no Brasil².

Como grande parte das pessoas com sífilis não apresentam sintomatologia, acabam não procurando assistência médica e transmitindo a doença para suas parcerias sexuais. Quando a sífilis não é tratada, acaba evoluindo para formas mais graves, podendo comprometer especialmente o sistema nervoso e o sistema cardiovascular³.

Acreditava-se que a sífilis por ser uma doença antiga e tratável com antibiótico simples, a Penicilina G Benzatina, não oferecia mais riscos à população. No entanto, dados epidemiológicos do Brasil e do mundo mostram o recrudescimento da doença e seu impacto tem resultado na epidemia de sífilis congênita, causando óbitos fetais e infantis anualmente. Em 2013, a taxa de incidência de sífilis congênita de nascidos de mães residentes em Londrina foi de 7,1 casos a cada mil nascidos vivos⁵, número elevado, considerando que a meta de eliminação da sífilis congênita da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 0,5 casos/1000 nascidos vivos⁶.

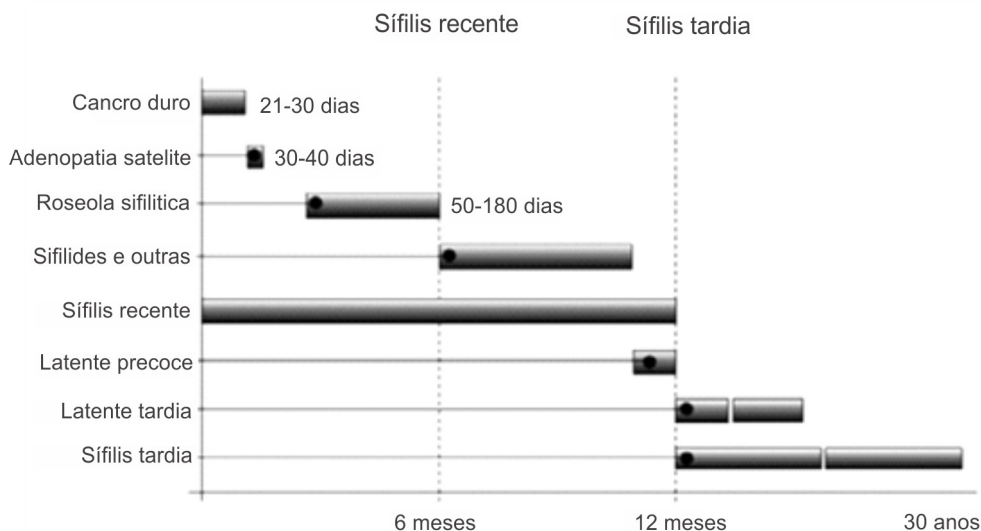
Esse protocolo tem o objetivo de auxiliar e apoiar as práticas assistenciais na Atenção Básica, possibilitando o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sífilis. É importante ressaltar a necessidade do entendimento de que a notificação da sífilis adquirida é faz parte do rompimento da cadeia de transmissão epidemiológica desse agravo. Além disso, para fins de gestão, é fundamental reduzir a subnotificação dos casos de sífilis para que a real magnitude desse agravo seja percebida pelas autoridades de saúde e as medidas de prevenção e controle se tornem mais efetivas.

Manifestações clínicas da sífilis

A sífilis adquirida pode ser classificada segundo duas fases clínicas. A primeira considera o tempo de infecção e a segunda, o tipo de manifestação clínica, conforme a descrição abaixo:

- a. Segundo o tempo de infecção: ♦ Sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução)
- ♦ Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução), conforme mostra a Figura 1;

Figura 3 - Fases clínicas da Sífilis Adquirida



b. Segundo as manifestações clínicas da sífilis adquirida: Primária, Secundária, Latente, Terciária e Neurosífilis, conforme descreveremos a seguir.

Sífilis Primária

Após o contato sexual infectante ocorre um período de incubação de 10 a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma erosão ou úlcera, no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). É denominada “cancro duro” e é geralmente única, indolor, com base endurecida, fundo limpo, sendo rica em treponemas e surgem no local que serviu de porta de entrada dos treponemas no organismo do paciente, conforme as imagens a seguir:



Imagens retiradas da internet, do google imagens e de artigos científicos referenciados ao final do capítulo.

Em geral as lesões são acompanhadas de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar de duas a seis semanas e desaparecer espontaneamente, independente de tratamento. Por esse motivo, muitas pessoas que apresentam essa fase acabam não procurando assistência médica,

principalmente nos casos de mulheres em que as lesões podem ocorrer próximas ao colo do útero, na parte interna da vagina, dificultando a visualização da ulcera.

Sífilis Secundária

Os sintomas surgem em média entre seis semanas e seis meses após a infecção. Podem ocorrer lesões cutâneo-mucosas e não-ulceradas, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. A sintomatologia pode desaparecer espontaneamente em poucas semanas. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático, quadros meníngeos e/ou até ocular, em geral como uveíte.

Nesse estágio, há a presença significativa da resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e permitem a identificação sorológica da infecção.

Esse estágio dura em média de quatro a 12 semanas, porém as lesões podem recrudescer em surtos contínuos por até dois anos. As lesões secundárias são ricas em treponemas. O Quadro 12 destaca as mais comuns:

Quadro 12- Principais apresentações clínicas das lesões comuns no estágio secundário da sífilis.

Nome da Lesão	Características
Erupção cutânea	Máculas (roséolas) e/ou pápulas principalmente no tronco.
<p data-bbox="220 1016 513 1055">Apresentação visual</p> 	
Eritemato-escamosas	Em geral apresentam-se na região palmo-plantar sugestivas de diagnóstico de sífilis secundária.
<p data-bbox="220 1583 513 1621">Apresentação visual</p> 	

Placas eritematosas	Lesões branco-acinzentadas nas mucosas, geralmente oral.
<p>Apresentação visual</p> 	
Pápulo-hipertróficas e pápulo-noculares	Lesões nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata e nodulares).
<p>Apresentação visual</p> 	
Alopecia e madarose	Queda de cabelo importante em clareira e perda da sobrancelha em especial do terço distal.
<p>Apresentação visual</p> 	

Fonte das imagens de lesões orais: NORONHA, 2006

Fonte demais imagens: retiradas da internet, acesso livre: www.especialista24.com/sifilis-fotos-imagens/

Sífilis Latente

Nesse estágio ocorrem a maioria dos diagnósticos, por ter alta reatividade nos testes sorológicos de detecção de anticorpos. Curiosamente, não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis. Pode ser dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Nos casos em que os indivíduos não recebem tratamento no primeiro ano de infecção, aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência. Quando o diagnóstico de sífilis é confirmado e não é possível inferir a duração da infecção (sífilis de duração ignorada) trata-se para sífilis latente tardia.

Sífilis Terciária

Cerca de 30% das infecções não tratadas evoluem para essa fase, que pode surgir de dois a 40 anos depois do início da infecção. A sífilis terciária é considerada rara devido ao fato de que a maioria da população recebe indiretamente, ao longo da vida, antibióticos com ação sobre o *T. Pallidum* e que levam a cura da infecção. Quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, é caracterizada por formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração, incapacidade e podem ser fatais. Para o diagnóstico, devem-se considerar as lesões conforme o Quadro 13:

Quadro 13 - Principais apresentações clínicas das lesões comuns no estágio terciário da sífilis.

Tipos de Lesão	Características
Cutâneas	Gomosas e nodulares, de caráter destrutivo
Ósseas	Periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justaarticulares.
Cardiovasculares	Aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias
Neurológicas	Meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craneano, paralisia geral, tabes dorsalis (degeneração de nervos dorsais e espinhais) e demência.

Fonte: BRASIL, 2015

Neurossífilis

O acometimento do sistema nervoso central (SNC) na sífilis ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados e pode ser observado nas fases iniciais da infecção. No entanto, na maioria das vezes ocorre de forma assintomática, e só pode ser diagnosticada pela sorologia do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% dos casos como meningite asséptica.

A seguir está o Quadro 14, com o resumo das manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução e estágios da doença.

Quadro 14- Manifestações clínicas da sífilis adquirida de acordo com a evolução e estágios da doença

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (menos de um ano de duração)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas. - A lesão desaparece sem cicatrizes duas a seis semanas com ou sem tratamento.	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada. - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.
	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato. - As lesões desaparecem sem cicatriz em quatro a 12 semanas. - Pode haver novos surtos.	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas ^a . - Sintomas gerais, micropoliadenopatia. - Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo).
	Latente recente^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
Sífilis tardia (mais de um ano de duração)	Latente tardia^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
	Terciária^c - Dois a 40 anos após contato.	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gemas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão. - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.

^a Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perca da sobrancelha).
^b A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.
^c Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), óssea (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Diagnóstico laboratorial da sífilis adquirida e na gestação

Em Londrina o SUS oferece dois tipos de testes para o diagnóstico de sífilis na Atenção Básica. Ambos os testes são considerados sorológicos e estão subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos^{10,11}.

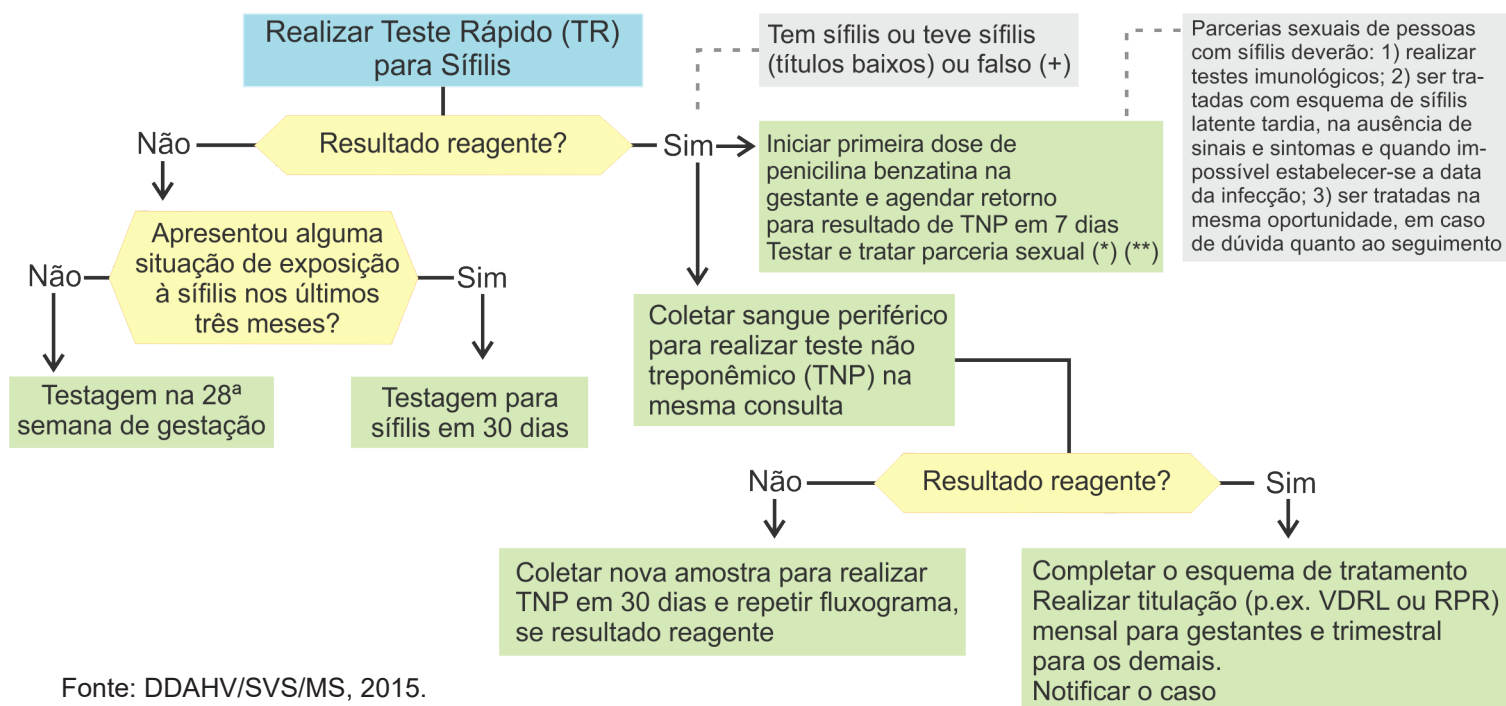
Testes treponêmicos são testes específicos contra os componentes celulares do *T.pallidum* e úteis para confirmação do diagnóstico. Atualmente também podem ser utilizados como estratégia de rastreio inicial (teste rápido). Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento (cicatriz sorológica). O mais utilizado em Londrina é o teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibodyabsorption). Vantagem dos testes rápidos serem treponêmicos é o diagnóstico imediato, que no caso de populações vulneráveis, como gestantes, favorece o início do esquema de tratamento e a busca das parcerias sexuais.

Testes não treponêmicos não reagem com componentes celulares dos *T.pallidum*. O mais comumente utilizado e disponível na Atenção Básica de Londrina utiliza a metodologia de floculação, conhecido como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, e assim por diante). O teste não-treponêmico torna-se reagente cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, títulos baixos (< 1:4) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida devem ser consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas³.

O VDRL também é o teste utilizado para controle de cura, por meio do acompanhamento da redução dos títulos durante e após o tratamento da sífilis, sendo realizado trimestralmente para a sífilis adquirida e mensalmente para gestantes com sífilis.

O fluxograma a seguir foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) para manejo da sífilis utilizando os testes treponêmico e não treponêmico:

Figura 4 - Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório.

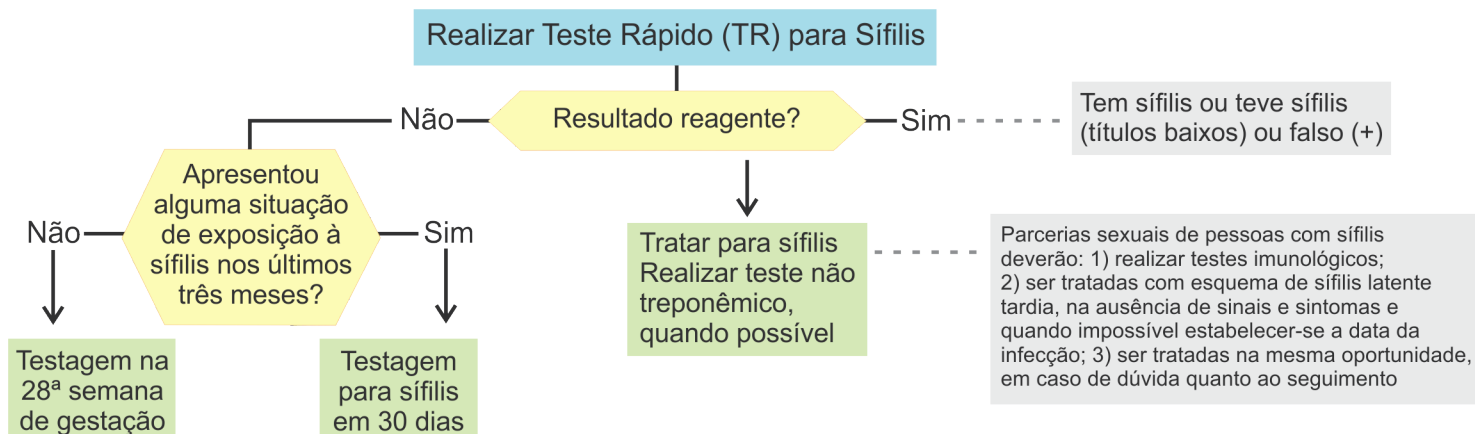


Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente. “ Parceiro de gestante tratar como sífilis latente. Iniciar tratamento concomitante.”

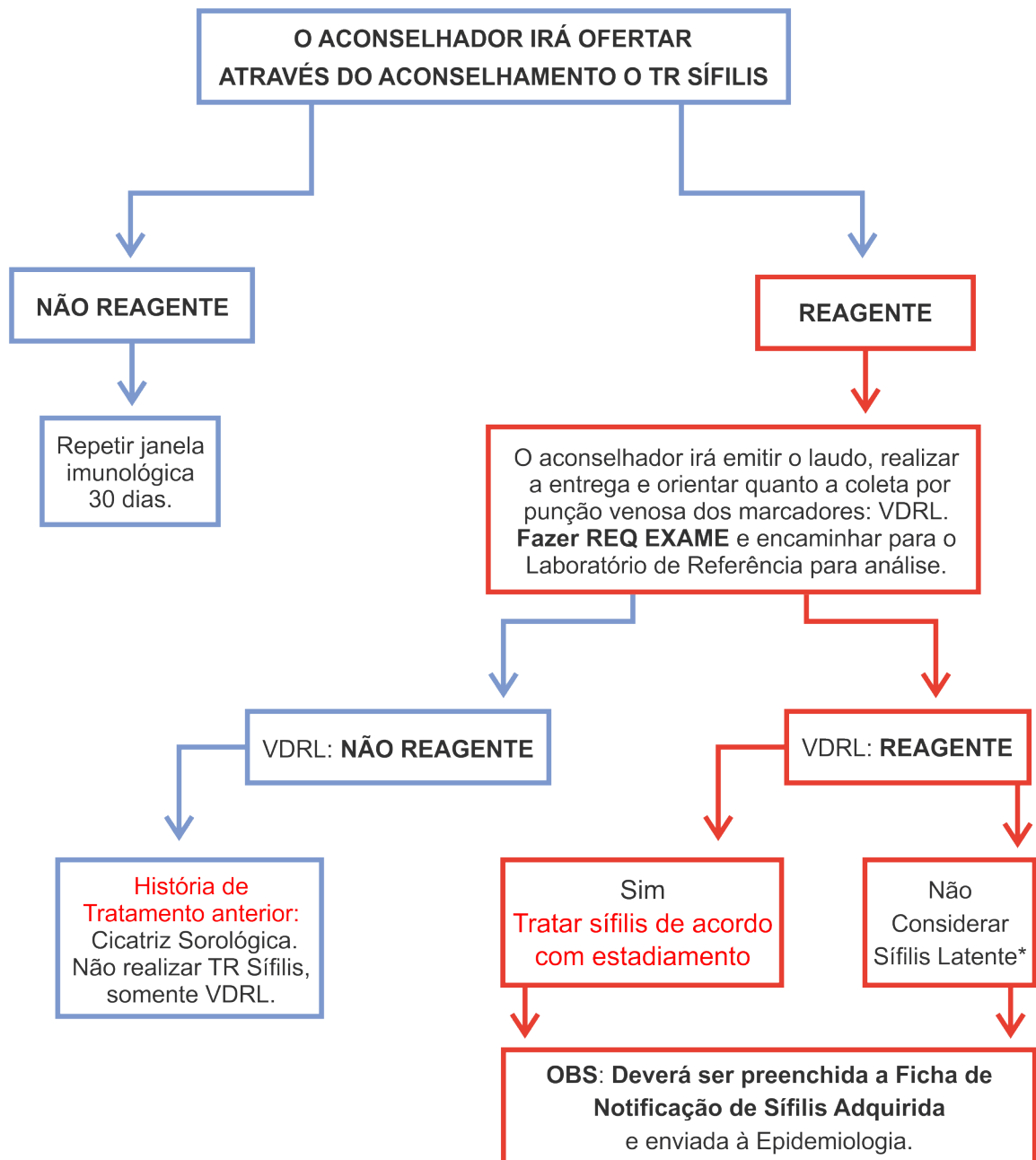
(**) As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI). “ após a profilaxia pós exposição para parceiros de gestantes que estejam com todos os resultados de exames não reagentes, manter tratamento completo porém repetir o teste treponêmico em um mês.”

Figura 5 - Fluxograma para manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Figura 6 - Fluxograma de realização de teste rápido de sífilis



*Sífilis Latente: testes não treponêmico podem apresentar resultado falso-negativos (não reagentes) no VDRL em 30% a 47% dos casos†. Se o teste treponêmico for reagente e não houver história anterior de tratamento considerar sífilis latente e tratar.

†BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. TELELAB. **Diagnóstico da Sífilis**. Universidade Federal de Santa, 2014. Disponível em: http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22192/mod_resource/content/1/S%C3%ADfilis%20-%20Manual%20Aula%201.pdf

IMPORTANTE

As parcerias sexuais de gestantes com teste rápido reagente positivo deverão realizar teste não treponêmico e tratar com esquema de sífilis latente tardia. O não tratamento da parceria sexual implica “**tratamento inadequado da mãe**” e implica em risco de reinfecção para a gestante tratada aumentando o risco de transmissão da sífilis para o concepto “**sífilis congênita**”.

Tratamento

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis. Níveis de penicilina maiores do que 0,018 mg por litro são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia. Para fins de tratamento o estadiamento foi dividido em sífilis primária; sífilis latente tardia e terciária; neurosífilis. A seguir estão as recomendações do MS que atingem esses padrões.

Figura 7 - Esquemas terapêuticos para sífilis em não gestantes ou não nutrízes e seguimento

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução).	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo) ^b .	Doxiciclina 100mg. VO 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes). OU Ceftriaxona ^c 1g. IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM.	Doxiciclina 100mg. VO 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes). OU Ceftriaxona ^c 1g. IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona ^d 2g. IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias.

^a Para gestantes com alergia confirmada à penicilina: como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clinicamente e laboratorialmente, conforme este PCDT. As situações de tratamento inadequado da gestante com sífilis, para fins de notificação da sífilis congênita, encontram-se descritas no item 2.3 (Vigilância epidemiológica das IST) deste protocolo.

^b Embora não existia evidência científica que em segunda dose de penicilina G benzatina traga benefício adicional ao tratamento para gestantes, alguns manuais a recomendam.

^c Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com testes não treponêmicos, considerado a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica.

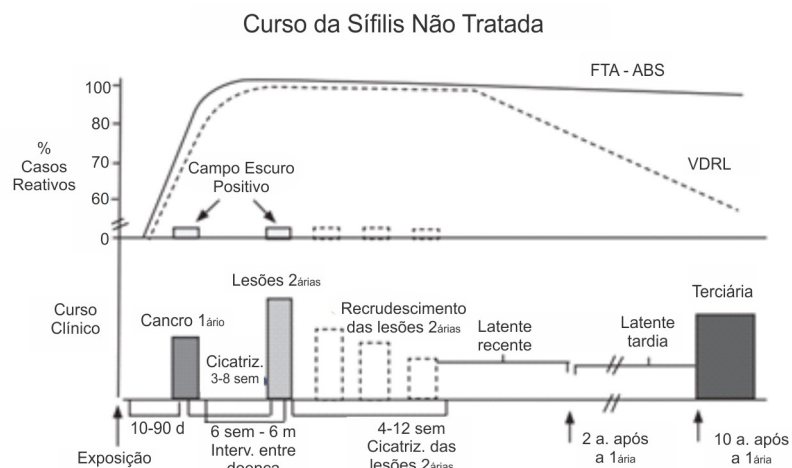
^d Os pacientes devem ser seguidos em intervalos mais curtos (a cada 60 dias) e avaliados quanto à necessidade de retratamento, devido à possibilidade de falha terapêutica.

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Exceções para início de tratamento

Após o diagnóstico o tratamento deve ser iniciado imediatamente para evitar o curso da sífilis não tratada, conforme mostra a Figura 6. Reforça-se nesse protocolo, que os casos diagnosticados em gestantes com VDRL $\geq 1:8$ e em parceiros sexuais de gestantes VDRL $\geq 1:4$ não precisam de teste confirmatório (FTA-Abs) para início do esquema terapêutico. O mesmo ocorre com teste rápido reagente positivo para sífilis em gestante, colhe-se a sorologia para VDRL, porém, não é preciso aguardar o resultado da titulação. Nesses casos inicia-se o tratamento e convoca-se as parcerias sexuais para testagem e aconselhamento. Parceiros de gestantes com TR reagente e sem história de tratamento anterior também devem ser tratados.

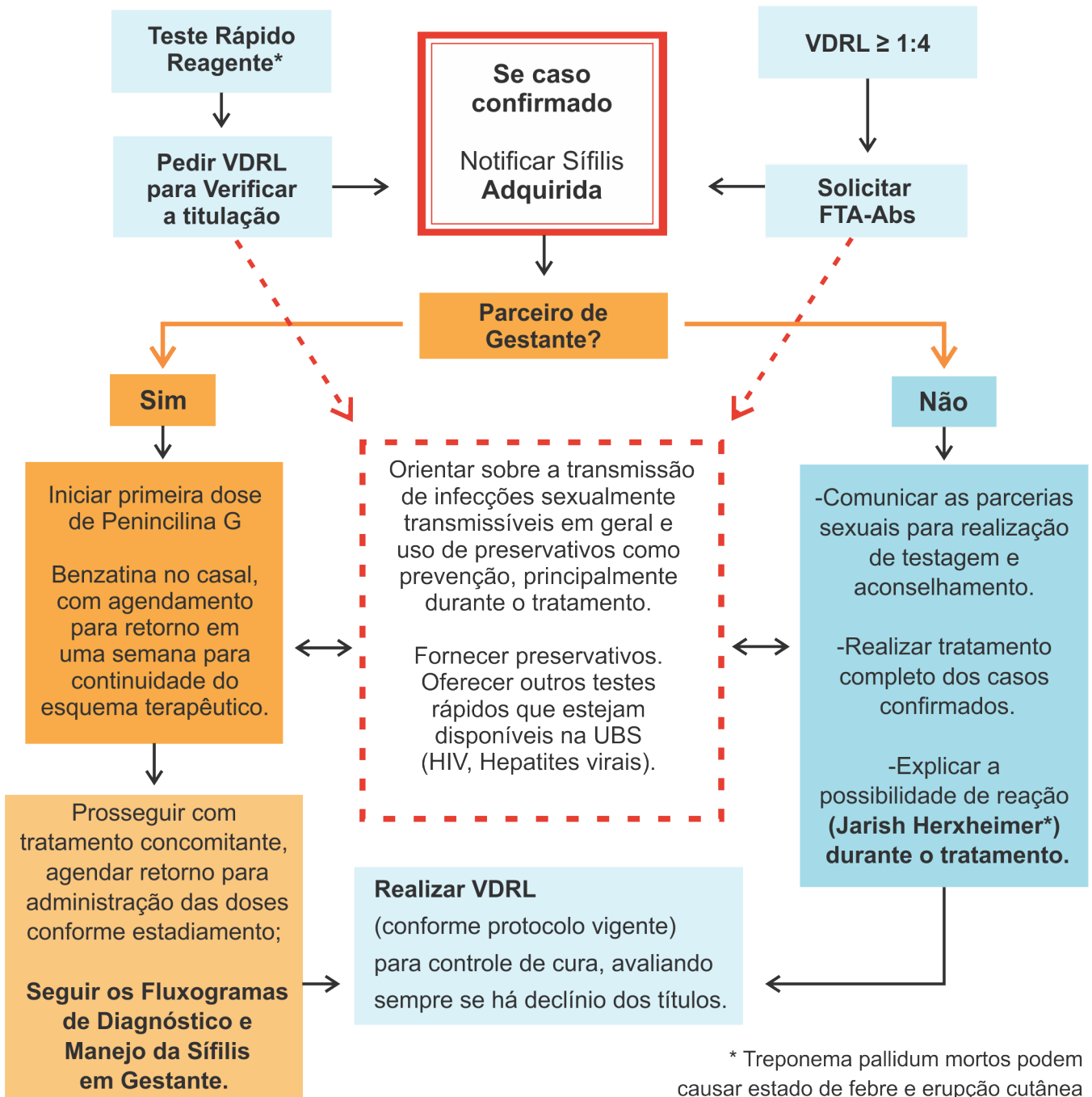
Figura 8 - Curso da Sífilis Não tratada



Fonte: Brasil, 2005¹²

É importante ressaltar a responsabilização de cada profissional de saúde pelos casos novos em seu território, especialmente momento atual, onde vivemos uma verdadeira epidemia de sífilis. Dados do Ministério da Saúde (2015) mostraram que a subnotificação da sífilis, tanto gestacional quanto congênita, tem maquiado as informações fundamentais para o entendimento da magnitude dessa epidemia em todo o Brasil¹³. Em Londrina, entre 2007 e 2014 somente 23,9% dos casos de sífilis diagnosticados no pré-natal receberam tratamento de acordo com o estadiamento da doença no momento do diagnóstico⁵. A Figura 7 mostra o fluxograma que resume o diagnóstico e manejo da sífilis adquirida.

Figura 9 - Fluxograma de Diagnóstico Manejo de Sífilis Adquirida



Controle de cura e seguimento

Durante o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, alguns pontos devem ser considerados:

a. Os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano;

Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais100

b. É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: se o título da amostra era de 1:32 e cai para 1:8, após três meses, ou, ainda, se era de 1:32 e cai para 1:4, após seis meses).

c. A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento.

d. A completa negatificação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após o secundarismo permaneçam com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida.

e. A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda. Indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral (JANIER et al., 2014) e um novo tratamento deve ser realizado se ocorrer nova exposição de risco.

f. Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (por exemplo, de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfecção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido às parcerias sexuais, quando necessário.

g. Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Esses testes não permitem a realização de titulação e espera-se que permaneçam reagentes por toda a vida do indivíduo, sem, contudo, indicar falha do tratamento.

h. Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Percentual de reatividade nos testes não treponêmicos no monitoramento do tratamento da sífilis.

Tempo	6 meses	12 meses	30 meses
Pacientes tratados com sífilis primária	16,5%	11,4%	6,6%
Pacientes tratados com sífilis secundária	27,6%	17,0%	8,4%

- Durante o monitoramento do tratamento, o **aumento de dois ou mais títulos** no teste sugere reinfecção ou tratamento inadequado

Nota: É importante ressaltar que na abordagem terapêutica da sífilis congênita e de sua notificação, considera-se tratamento inadequado da mãe:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; OU
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; OU
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU
- Finalização de tratamento no período de 30 dias que antecedem o parto; OU

Apenas parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente

Destacamos o ultimo ponto, uma vez que as abordagens para sífilis gestacional e congênita encontram-se MANUAL DO CUIDADO À GESTANTE E À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE, porém, é de fundamental importância o tratamento completo e adequado da sífilis adquirida, uma vez que ela tem grande impacto na epidemia de sífilis e na transmissão vertical desse agravo, ocasionando óbitos fetais e infantis bem como sequelas irreversíveis nas crianças.

Referências

1. Brasil. Boletim Epidemiológico – Sífilis Ano IV- nº 1. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015. Link: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de boas práticas para HIV/Aids na Atenção Básica. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Brasília, 2014. Link: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56264/_p_caderno_boas_praticas_pdf_p__32688.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção 1, p. 37, 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 180 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 1. Transmissão vertical (Aids). 2. Transmissão Perinatal. 3. Sífilis em Gestante. I. Título. II. Série. NLM WC 503.3.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf

11. BRASIL. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NetSINAN, 2015. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/tabnet?sinanet/sifilisc/bases/sifilisbrnet.def>

12. BRASIL. PORTARIA Nº 3.242, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 30 de dezembro de 2011.

13. Evangelista CB, Oliveira AMM, Ventura HN, Morais JMD, Freire MIGA. Abordagem Síndromica das doenças sexualmente Transmissíveis: Uma Pesquisa Documental. In: REFERENCES CONCLUSION Oliveira AWN, Galvão TRAF, Neves KTQ et al. Anais do 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2012, Fortaleza, Brasil [Internet]. CBCENF, 2012 [cited 2014 May 19]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I35886.E10.T8038.D6 AP.pdf>

14. NORONHA Augusto César C, et al. SÍFILIS SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO A PARTIR DAS LESÕES ORAIS. DST – J bras Doenças Sex Transm 18(3): 190-193, 2006. Link: http://www.dst.uff.br/revista18_32006/SIFILIS%20SECUNDARIA%20DIAGNOSTICO%20A%20PARTIR%20DAS%20LOS%20OES%20ORAIS.pdf

15. OLIVEIRA, Ederson Valei Lopes de et al. Sífilis secundária com acometimento pulmonar. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 82, n. 2, p. 163-167, Abr. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962007000200008>.

16. OMS. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana / ©Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2014. Capítulo Sífilis. Link: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57979/capitulo10_final_pdf_15222.pdf

17. VARGAS, ANTONIO PEDRO et al. Demência por neurosífilis: evolução clínica e neuropsicológica de um paciente. Arq. Neuro Psiquiatr., São Paulo, v. 58, n. 2B, p. 578-582, Jun 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2000000300029>.

18. WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems. 1. Syphilis – transmission. 2. Syphilis – prevention and control. 3. Syphilis, Congenital. 4. Infectious Disease Transmission, Vertical. 5. Infant, Newborn, Diseases, 2012. ISBN 978 92 4 150434 8. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75480/1/9789241504348_eng.pdf

19. World Health Organization - Sexually Transmitted and Other reproductive tract infections. A guide to essential practice. 2005.

ANEXO I (para o paciente entregar à parceria sexual)

Nº. prontuário		CID	
Endereço			UF
CEP _____-____		Telefone para contato () _____-_____	
<p>Solicitamos o seu comparecimento urgente à Unidade de Saúde indicada abaixo para tratar de assunto do seu interesse (traga este cartão com você), de segunda a sexta-feira, em horário comercial. Entregar na recepção</p> <p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do profissional</p>			
Responsável pelo preenchimento		Data __/__/__	
Nome: _____			
Assinatura: _____			

ANEXO II: CID

N48.5	Síndrome de úlcera genital (excluído herpes genital)
R36	Síndrome do corrimento uretral
N72	Síndrome do corrimento cervical (sintomático)
A53	Sífilis em adultos - Adquirida (excluída forma primária)
A60	Herpes genital (apenas primeiro episódio)
A63.0	Condiloma acuminado (verrugas anogenitais)
098.1	Sífilis na gestante