



**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**ATENÇÃO ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS
HIV/HEPATITES B E C**

Mato Grosso do Sul
2020

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, cujo tema é Atenção às infecções sexualmente transmissíveis/HIV/hepatites B e C, reúne boas práticas que poderão guiar o cuidado de enfermagem baseado em princípios científicos.

Autorizada a reprodução, desde que citada a fonte e respeitadas as legislações que regem as normas de utilização de materiais bibliográficos. Proibida a comercialização.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolo de enfermagem na atenção primária à
saúde [livro eletrônico] : infecções sexualmente
transmissíveis (HIV/HEPATITES B E C) /
[organização] Conselho Regional de Enfermagem
de Mato Grosso do Sul. -- Campo Grande, MS :
Coren-MS, 2020.
PDF

Vários colaboradores.
Bibliografia
ISBN 978-65-89521-03-7

1. Atenção primária à saúde (APS) 2. Doenças
sexualmente transmissíveis 3. Enfermagem
4. Enfermagem - Cuidados 5. HIV (Vírus) - Prevenção
6. Hepatites virais 7. Protocolos médicos 8. Serviços
de atenção primária I. Conselho Regional de
Enfermagem de Mato Grosso do Sul.

21-72331

CDD-610.733

Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à
saúde : Ciências médicas 610.733

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Plenário do Coren-MS/GESTÃO 2018-2020

Relação de membros

Alisson Daniel Fernandes da Silva
Aparecido Vieira Carvalho
Carolina Lopes de Moraes
Cleberson dos Santos Paião
Lucyana Conceição Lemes Justino
Gismaire Aparecida da Costa Vacchiano
Nivea Lorena Torres
Rodrigo Alexandre Teixeira
Sebastião Junior Henrique Duarte
Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand

ORGANIZADORES

**COMISSÃO PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM DO
COREN-MS – PORTARIA N. 551 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2018 /
PORTARIA N. 184 DE 8 DE ABRIL DE 2019**

INTEGRANTES

Nivea Lorena Torres, Coren-MS n. 91377 ENF (Coordenadora).
Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Lucyana Conceição Lemes Justino, Coren-MS n. 147399 ENF (Membro).
Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Coren-MS n. 181764 ENF (Membro).
Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand, Coren-MS n. 96606 ENF (Membro).
Enfermeira. Mestre em Saúde Pública

AUTORES

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand¹; Douglas Gomes Morilha²; Eliane Maria da Silva²; Fabiane Marque Neves Dittmar Duarte²; Frederico Jorge de Moraes³; Gabriela Alves Cesar²; Hérica Montenegro Braz Gomes^{2,4}; Indianara de Oliveira Moraes Alexandre Leite²; Isabelle Mendes de Oliveira²; Larissa de Oliveira Cassol Leite²; Luciana Comunian³; Lucyana Conceição Lemes Justino¹; Nivea Lorena Torres¹; Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹; Sheila Zaleski dos Santos².

¹ Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (Coren-MS), Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian (HUMAP) e Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS

² Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS

³ Distrito Sanitário Especial Indígena – Mato Grosso do Sul

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

⁵ Ministério da Saúde/UFRN - Projeto Sífilis Não

APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul apresenta à sociedade uma produção elaborada por enfermeiros idealistas e vocacionados em compartilhar experiências no campo da atenção às infecções sexualmente transmissíveis/HIV/hepatites B e C, que visa melhorar o processo de trabalho em enfermagem.

Os conteúdos são voltados para o cuidado centrado nas IST e englobam os clientes e os profissionais que prestam a assistência alicerçada em evidências e nos princípios éticos e legais no contexto da atenção primária à saúde.

As evidências reunidas nesse material instrucional, embora robustas, não pretendem esgotar o universo de possibilidades de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. É importante ressaltar a autonomia e o compromisso da Enfermagem na efetivação de políticas públicas, em especial no manejo às ações requeridas na atenção às IST.

Assim, o Protocolo de Enfermagem na Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV/hepatites B e C na Atenção Primária à Saúde reúne boas práticas que poderão guiar o cuidado de enfermagem baseado em princípios científicos.

Sebastião Junior Henrique Duarte

Presidente do Coren-MS - Gestão 2018 - 2020

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
ALT	Alanina Aminotransferase
AP	Aparecida
APS	Atenção Primária à Saúde
AST	Aspartato Aminotransferase
BEG	Bom Estado Geral
Bpm	Batimentos por minuto
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CELS	Células
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMV	Citomegalovírus
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/MS	Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul
CTA	Câmara Técnica de Assistência
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTAS	Câmara Técnica de Assistência à Saúde
CTLN	Câmara Técnica de Legislação e Normas
CV	Carga Viral
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DP	Duplo Percurso
DPP	Data Provável do Parto
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DUM	Data da Última Menstruação
FO	Fluido Oral
g	Gramma
g/dl	Gramma por decilitro
GT-Mulher	Grupo Técnico em Saúde da Mulher
h	Hora
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCV	Vírus da Hepatite C
HSV	Herpes Simplex Vírus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HV	Hepatites Virais
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPED/APAE	Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
ITR	Infecções do Trato Reprodutivo
ITU	Infecção do Trato Urinário
Kg	Quilograma
MAX	Máximo
MIN	Mínimo
mmHg	Milímetro de Mercúrio

MS	Ministério da Saúde
n°	Número
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Obs	Observação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PPA	Plano Plurianual
PrPE	Profilaxia Pré-exposição
RCV	Risco Cardiovascular
REG	Regular Estado Geral
RN	Recém-nascido
SC	Sífilis Congênita
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SK	Sarcoma de Kaposi
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Teste
TR	Teste Rápido
TRG	Teste Rápido de Gravidez
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	Vírus da Hepatite B

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** Mandala da prevenção combinada
- Quadro 1** Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV
- Quadro 2** Descrição do tratamento da criança com sífilis congênita
- Quadro 3** Apresentação dos testes para a criança exposta à sífilis que devem ser realizados no seguimento clínico e laboratorial
- Quadro 4** Orientações para estratificação de risco da pessoa vivendo com HIV – PVHIV
- Quadro 5** Orientações para tratamento de corrimento vaginal
- Quadro 6** Orientações para tratamento de úlcera genital
- Quadro 7** Orientações para tratamento domiciliar e ambulatorial das verrugas anogenitais

LISTA DE FLUXOGRAMAS

4.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis Adquirida	34
5.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis em Gestante	37
6.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis Congênita	41
7.2.1	Fluxograma das Hepatite B	48
7.2.2	Fluxograma das Hepatite C	49
8.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Soro conversão pós vacina HBV	54
9.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos novos de HIV	59
10.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de corrimento uretral	65
11.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de corrimento vaginal e cervicite	69
12.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Úlcera Genital	74
13.2.1	Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Verruga Anogenital	79

SUMÁRIO

1	LEGISLAÇÃO.....	14
2	INTRODUÇÃO.....	16
3	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/AIDS/HEPATITES VIRAIS	20
	CAPÍTULO 1	
4	SÍFILIS ADQUIRIDA	31
4.1	Introdução.....	31
4.2	Fluxograma.....	34
4.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com sífilis adquirida	35
5	SÍFILIS EM GESTANTE.....	36
5.1	Introdução.....	36
5.2	Fluxograma.....	37
5.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à gestante com sífilis....	38
6	SÍFILIS CONGÊNITA.....	39
6.1	Introdução.....	39
6.2	Fluxograma.....	41
6.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com sífilis.....	42
	CAPÍTULO 2	
7	HEPATITE B e C.....	46
7.1	Introdução.....	46
7.2	Fluxogramas.....	48
7.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com Hepatites B e C	50
8	SOROCONVERSÃO.....	52
8.1	Introdução.....	52
8.2	Fluxograma.....	54
8.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com Hepatites B e C	55
	CAPÍTULO 3	
9	HIV/AIDS.....	57
9.1	Introdução.....	57
9.2	Fluxograma.....	59
9.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com HIV e/ou AIDS.....	60
	CAPÍTULO 4	
10	CORRIMENTO URETRAL.....	63
10.1	Introdução.....	63
10.2	Fluxograma.....	65
10.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com corrimento uretral.....	66
11	CORRIMENTO VAGINAL.....	67
11.1	Introdução.....	67
11.2	Fluxograma.....	69

11.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à mulher com corrimento vaginal.....	70
12	ÚLCERA GENITAL	73
12.1	Introdução.....	73
12.2	Fluxograma.....	74
12.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com úlcera genital.....	75
13	VERRUGA ANOGENITAL	77
13.1	Introdução.....	77
13.2	Fluxograma.....	79
13.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com verruga anogenital.....	80
	CAPÍTULO 5	
14	PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE	86
15	REFERÊNCIAS.....	88

1 LEGISLAÇÃO

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/COREN-MS (Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul) que se vincula à Atenção Básica na atenção às IST/HIV/Aids/Hepatite B e C:

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

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

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

Resolução COFEN nº 564/2017. *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

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

Resolução COFEN nº 381/2011. *Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolau.*

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

Resolução COFEN nº 487/2015. *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

Resolução COFEN nº 509/2016. *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

Resolução COFEN nº 514/2016. *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

PARECERES DO COFEN:

Parecer n. 17/2010/COFEN/CTLN: *Viabilidade dos enfermeiros realizarem procedimentos com medicamentos e insumos para planejamento familiar e reprodutivo.*

Parecer n. 33/2014/COFEN/CTLN: *Legalidade da aplicação de ácido tricloacético na concentração de 50 a 80% em lesões condilomatosas, por enfermeiro.*

Parecer n. 14/2015/ CTAS/COFEN: *Tempo mínimo da consulta de enfermagem.*

Parecer de Relator n. 190/2015/CTAS/COFEN: *Trata da coleta de materiais para a realização de exame Papanicolau pela enfermagem.*

Parecer n, 05/2015/CTAS/COFEN: *Aceitação da prescrição de medicamentos por enfermeiros nas farmácias populares.*

Decisão COFEN n. 244/2016: *Competência do enfermeiro para realizar teste rápido para detecção de HIV, Sífilis e outros agravos.*

Parecer Normativo n. 01/2016: *Parecer sobre a administração de medicamentos fabricados e adquiridos no Paraguai a partir de consulta à ANVISA pelo Coren-MS.*

Parecer n. 10/2019/CTLN/COFEN: *Normatização do referenciamento de pacientes por enfermeiros.*

PARECERES: CTA E GRUPO TÉCNICO DE SAÚDE DA MULHER / COREN-MS:

Parecer Técnico CTA/Coren-MS n. 14/2017: *Transcrição de receita médica e prescrição de medicamentos em Programas de Saúde pelo Enfermeiro na Atenção Primária.*

Parecer Técnico CTA/Coren-MS n. 04/2018: *Atendimento a paciente menor de idade desacompanhado dos pais para realização de consulta pré-natal, testes rápidos de HIV e Sífilis e outros procedimentos de enfermagem.*

Parecer Técnico GT Mulher/Coren-MS n. 04/2018: *Assistência à mulher no período gravídico e puerperal.*

Parecer Normativo CTA/Coren-MS n. 01/2019: *Suspensão das atividades de enfermagem por insuficiência de recursos humanos em Unidade Básica de Saúde.*

2 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos. A principal via de transmissão é contato sexual, oral, vaginal e/ou anal, sem o uso de preservativo, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. De maneira menos comum, as IST também podem ser transmitidas por meio não sexual, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas, e mais raramente ainda, por meio de transfusão de sangue.

No Brasil, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) pauta a resposta aos agravos associados às IST, ao HIV e às hepatites virais (HV) com base em evidências científicas (PEREIRA, et al., 2019).

No Brasil e no mundo, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) persiste, apresentando crescimento no número de pessoas infectadas, em especial entre jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, população-chave (gays e outros HSH, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadora/es sexual/is); e prioritária (população jovem, negra, indígena e em situação de rua). com tendência de concentração dos casos de HIV em regiões metropolitanas e municípios com mais de 100 mil habitantes (BRASIL, 2018a).

Conjuntamente com ações para maximizar os efeitos preventivos do tratamento do HIV, fazem-se necessários esforços urgentes para intensificar outras estratégias essenciais como a Prevenção Combinada e Sexo Seguro como ferramentas colaboradoras para a gestão de risco de cada pessoa.

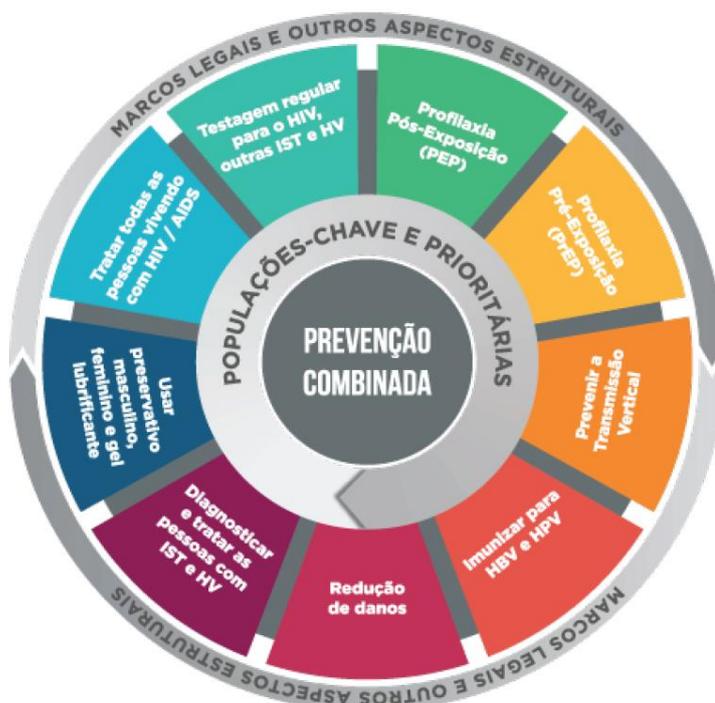
Prevenção combinada pressupõe a conjugação de diferentes ações de prevenção de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais (IST/HIV/HV) e seus fatores associados (BRASIL, 2020). Trata-se de uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção biomédica, comportamental e socioestrutural, aplicadas em múltiplos níveis: individual, nas parcerias/relacionamentos, comunitário, social (BRASIL, 2017a).

As Intervenções biomédicas são ações voltadas à redução do risco de exposição mediante intervenção na interação entre o HIV e a pessoa passível de infecção; as Intervenções Comportamentais são ações que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV e para sua conseqüente redução, mediante incentivos a mudanças de comportamento do indivíduo e da comunidade ou grupo social em que está inserido; as Intervenções Estruturais são ações voltadas aos fatores e condições socioculturais. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo “Prevenção Combinada”.

Quanto ao sexo seguro, em geral, está associado ao uso exclusivo de preservativos que, embora seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, possui limitações. Dessa maneira, outras medidas de prevenção são importantes e complementares para uma prática sexual segura, como por exemplo a adoção à imunização para HAV, HBV e HPV, realização de exame colpocitologia oncótica, tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV, dentre outros (BRASIL, 2020).

A mandala da prevenção combinada (figura 1) representa a combinação e a ideia de diferentes estratégias de prevenção. Essa combinação deve ser centrada nas pessoas, nos grupos, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos. A mandala deve ser usada nas orientações sobre prevenção às pessoas sob risco de IST/HIV/HV.

Figura 1 – Mandala da prevenção combinada.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Para implementar uma resposta abrangente para acabar com a epidemia, serão necessários esforços concentrados para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a meta 90/90/90, cujo objetivo é que até o ano de 2020 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saibam que têm o vírus, que 90% das pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada recebam terapia antirretroviral ininterruptamente e que 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral tenham supressão viral. Todas essas medidas visam nada menos que o fim da epidemia de AIDS até 2030 (BRASIL, 2020).

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado e do Município de Campo Grande, em Mato Grosso do Sul, o Conselho Regional de Enfermagem acredita no fortalecimento de estratégias para

garantir uma profunda mudança na atenção à saúde das IST, mais voltadas para a prevenção, promoção e vigilância aos indivíduos expostos às mesmas.

As ações realizadas pelos enfermeiros com enfoque na atenção às IST/HIV/HV são realizadas por medidas de prevenção, tratamento e cuidados de forma integral ao indivíduo e sua(s) parceria(s), na visita domiciliar, nos grupos educativos e na consulta de enfermagem.

Os testes rápidos (TR) são imunoensaios simples, com resultados em até 30 minutos, realizados preferencialmente de forma presencial em ambiente não laboratorial com amostra de sangue total obtida por punção digital ou amostra de fluido oral. Os TR estão disponíveis em vários formatos, porém os mais frequentemente utilizados são os dispositivos (ou tiras) de imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de duplo percurso (DPP) e imunoconcentração (BRASIL, 2018).

Os testes rápidos de punção digital devem ser realizados, preferencialmente, no âmbito dos serviços de saúde e os testes rápidos com fluido oral (FO) são um recurso a ser utilizado em ações extramuros por sua característica minimamente invasiva (BRASIL, 2016). A coleta do FO simplifica a testagem do HIV, pois não é invasiva, reduz o risco biológico e, sobretudo, amplia o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV nas populações prioritárias e populações-chave (BRASIL, 2018).

Os testes rápidos para sífilis, e para as Hepatites B e C são exames de triagem sorológica, ou seja, há necessidade de exames laboratoriais complementares para o diagnóstico. No caso do teste rápido de HIV o mesmo define o diagnóstico (BRASIL, 2013), sendo necessário a utilização de dois testes (T1 e T2) de laboratórios diferentes e atentar que o T2 sempre deverá ser um teste de capilaridade, ou seja, neste caso não pode ser utilizado teste de fluido oral.

Os testes rápidos devem ser realizados por pessoal capacitado, sendo recomendado o aconselhamento concomitante à testagem. Este consiste em uma tecnologia de cuidado relacionada principalmente ao gerenciamento de risco no contexto das IST, e sua oferta deve ser flexível e sem obrigatoriedade, permitindo que cada indivíduo possa decidir se deseja ou não se submeter à intervenção. Durante o aconselhamento, é preciso observar a autonomia do usuário para dialogar sobre suas práticas de risco, escolhas dos métodos de prevenção, dúvidas sobre o tratamento, enfrentamento de estigma e discriminação e outras necessidades. No combate à epidemia de IST/HIV/Hepatites Virais B e C, o aconselhamento de alta qualidade e a testagem são vitais, pois reduzem o comportamento de risco e impedem novas infecções (BARBOSA et al., 2016).

Nos casos de testes reagentes, deve-se conversar sobre compartilhamento do resultado e considerar os projetos terapêuticos singulares. Os aspectos da dinâmica da vida das pessoas são importantes para que as orientações de prevenção sejam pertinentes e efetivas, por exemplo, deve-se considerar as práticas sexuais com intuito de orientar a redução de riscos (BRASIL, 2017b).

Quanto à capacitação para realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais, o mesmo pode ser feito presencial ou a distância, pela plataforma Telelab, disponibilizada pelo

Ministério da Saúde. Todo profissional de Enfermagem pode fazer o curso e realizar o teste, sendo privativo do Enfermeiro, no âmbito da enfermagem, a emissão do laudo e o aconselhamento pós-teste. Lembrando que todo o trabalho do nível médio da Enfermagem deve ser realizado sob supervisão do Enfermeiro.

Este documento faz uso de quadros explicativos no intuito de facilitar a visualização de condutas e atribuições da equipe de enfermagem. Os temas abordados neste documento foram escolhidos, por um grupo colegiado, pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e tem-se certeza que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, reforçam-se os aspectos de relevância, mas que podem passar despercebidos na prática cotidiana do enfermeiro, sempre embasados nas melhores e mais recentes evidências científicas. Para maiores detalhamentos ou aprofundamentos teóricos sobre os temas aqui abordados, continuamos recomendando livros textos, os Cadernos de Atenção Básica e PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) e artigos científicos específicos, muitos desses descritos nas referências deste protocolo.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto Regulamentador nº 94.406/1987 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

Este protocolo tem o objetivo de direcionar as ações do enfermeiro voltadas à atenção às IST/HIV/Hepatites Virais no indivíduo dentro do contexto da atenção primária à saúde, contemplando a consulta de enfermagem, o fluxograma de atendimento, os principais diagnósticos e intervenções (farmacológicas e não farmacológicas) de enfermagem embasados no sistema do e-SUS.

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, este protocolo traz as principais atribuições do Enfermeiro, da Equipe de Enfermagem e da Equipe de Saúde da APS (Atenção Primária à Saúde). Cabe destacar que no âmbito do trabalho em equipe, o Enfermeiro é o responsável pela Equipe de Enfermagem e todos compõem a Equipe de Saúde. No que tange as atividades laborais se faz cada vez mais importante que as equipes de saúde tenham conhecimento das práticas comuns, específicas e colaborativas entre os diversos profissionais que prestam a assistência à saúde, a fim de otimizá-la, qualificá-la de modo a garantir sua integralidade.

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV/HEPATITES VIRAIS

Na Consulta de Enfermagem em IST o profissional deve orientar, esclarecer as dúvidas e sensibilizar os indivíduos para atitudes seguras, para que assim haja redução dos riscos de contaminação, promovendo, desse modo, hábitos e comportamentos saudáveis. Para tal, torna-se relevante que o profissional de Enfermagem busque conhecer e compreender as práticas sexuais do usuário, bem como quais práticas sexuais aumentam o risco de contaminação, por exposição e/ou contato com os fluidos.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentamos como sugestão para registro das atividades/procedimentos/consultas, o método SOAP também utilizado no prontuário eletrônico do cidadão (PEC e-SUS).

	S ubjetivo	O bjetivo	A valiação	P lano
CIPE	Histórico de enfermagem	Exame Físico	Diagnóstico de Enfermagem Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem Prescrições farmacológicas
CIAP	Código de queixa principal	Exames	Código do Problema e/ou condição detectada	Código de Intervenções e/ou procedimentos

Segue abaixo sugestão de roteiro de consulta de enfermagem na atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis para a 1ª consulta e seguimentos, disponibiliza-se um instrumento para impressão se o profissional desejar.

3.1 SUBJETIVO: Histórico de Enfermagem/motivo da consulta (queixa):

- Dados de identificação: nome, idade, raça/cor, naturalidade, filiação, escolaridade, estado civil, procedência, endereço atual, unidade de referência;
- Antecedentes pessoais;
- Antecedentes familiares;
- Hábitos atuais: fumo (nº de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Medicamentos usados;
- Antecedentes patológicos, em especial as IST/HIV/HV;

- Antecedentes de tratamento para IST/HIV/HV;
- Histórico de vacina para HPV e Hepatite B;
- Início da atividade sexual (idade da primeira relação); dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); práticas sexuais; nº de parcerias; uso de preservativo masculino ou feminino (uso correto? Uso habitual?);
 - Se gestante com sífilis: Nº de gestações; Nº de abortamentos – espontâneos, provocados; Nº de recém-nascidos pré-termo (antes da 37ª semana); Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g); Nº de natimortos – morte intraútero e idade gestacional em que ocorreu; tratamento prévio; comprovação do tratamento com penicilina; VDRL inicial e de seguimento;
 - Se criança com sífilis: histórico de tratamento da mãe; tratamento anterior da própria criança (hospitalar e ambulatorial); histórico de exames (testes treponêmicos e não treponêmicos, RX de ossos longos, hemograma e líquido), seguimento da criança até dois anos de idade (acompanhamento neurológico, oftalmológico e audiológico);
 - Presença de queixas relacionadas a corrimentos vaginais/uretrais. A queixa deve ser avaliada no momento do exame e tratada quando necessário, não descartando a oportunidade de realizar a coleta do material para o exame colpocitológico na mulher, se houver possibilidade. No entanto, em alguns casos, como na suspeita de tricomoníase, recomenda-se tratar a mulher e reagendar a coleta do material cervical em 3 meses, pelo risco de prejuízo da amostra. Presença de queixas sobre presença de feridas, gânglios infartados, alopecia, febre, mal estar, dentre outros sintomas devem ser considerados como indicativo de IST.

3.2 OBJETIVO: Exame físico:

Inicia-se a primeira fase do exame, preferencialmente acompanhado por um profissional de saúde assistente, expondo somente a região a ser examinada. Sob boa iluminação, observa-se atentamente, os órgãos genitais externos, prestando-se atenção à distribuição dos pelos; se mulher à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios; se homem pênis, glândula, prepúcio, bolsa escrotal; em ambos a presença de corrimentos vaginais/uretrais, sinais de inflamação e outras lesões como úlceras, fissuras, verrugas e tumorações.

Na presença de corrimento vaginal anormal, efetuar coleta para análise laboratorial e tratar de acordo com abordagem sindrômica. Proceder de igual maneira ao identificar presença de feridas e outras alterações para IST. Seguir a rotina e rastreamento citológico nas mulheres, independentemente desta abordagem.

Segue abaixo instrumento sugestivo para consulta de enfermagem na atenção às IST/HIV/HV.

Instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	Nome social: _____
DN: ____ / ____ / ____ Idade: ____	CNS: _____ Telefone: _____
Filiação (Mãe/Pai): _____	
Escolaridade: () Nenhuma () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior	
Estado Civil: () União estável () Casado (a) () Solteiro (a)	
Parceria: _____	
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – SUBJETIVO	
Faz uso de Método contraceptivo? () não () sim. Se sim, qual?	
Parceria fixa () Múltiplas parcerias ()	
Atividade sexual ativa: () não () sim Uso de preservativo: () não () sim Sabe como usar corretamente? () Sim () Não	
Práticas sexuais () oral () vaginal () anal () outro. Especificar: _____ Usa PrEP () Sim () Não	
Tem ou teve sangramento após relação sexual? () não () sim Dispareunia: () não () sim	
Já teve alguma IST? () não () sim. Qual: _____	
Realizou tratamento? () não () sim. Qual: _____	
Parceria (s) tratou também? () não () sim. Qual o tratamento: _____	
Antecedentes Patológicos e Agravos: () DIABETES () OBESIDADE () TABAGISMO () ETILISMO () HAS () USO DE DROGAS () DEFICIÊNCIA MENTAL () HIPOTIREOIDISMO () VIOLÊNCIA: _____ () Outros: _____	
Faz uso de medicação de uso contínuo? (Medicamento e posologia) _____	
Tem alguma alergia? () não () sim. Especifique: _____	
Histórico Vacinal de Hepatite B: () não () sim Histórico Vacinal de HPV: () não () sim	
Nº de parcerias sexuais recentes (últimos 90 dias): _____	
SE GESTANTE COM SÍFILIS – SUBJETIVO	
Nº gestações: _____ Nº nascidos vivos: _____ Nº abortos: _____ Nº óbitos fetais: _____	
Tipo: () Parto Vaginal () Parto Cesárea	
Histórico da Gravidez: () Risco Habitual () Alto Risco. Qual Comorbidade? _____	
Teve diagnóstico de sífilis em gestações anteriores? () não () sim.	
() Tratamento adequado () Tratamento inadequado Registro das doses da penicilina no cartão da gestante () não () sim	
Sífilis na gestação atual. Qual o teste realizado: () TR () IPED/APAE () VDRL () Outro. Qual: _____	
VDRL mensal (data e resultado): _____	
Tratamento da (s) parceria (s) () não () sim.	
EXAME FÍSICO – OBJETIVO	
Estado Geral: BEG () REG () PEG () Outros: _____	
Peso (kg): _____ Estatura: _____ IMC: _____ Classificação Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Sobrepeso () Obesidade: Grau: _____	
Frequência respiratória: ____ rpm () eupnéico () dispnéico () taquipnéico () bradipnéico Ausculta: _____	
Frequência cardíaca: ____ bpm () normocárdico () bradicárdico () taquicárdico Pressão arterial: ____ x ____ mmHg Ausculta: _____	
Temperatura ____ °C Tem apresentado febre? () não () sim Intolerância ao frio: () não () sim	
Condições da pele/mucosas: () íntegra () seca () acne () queda de cabelo () lesões Tipo e Local: _____	
() corada () pálida () icterícia () cianótica	
Nutrição: () boa () regular () ruim () perda de peso () ganho de peso	
Abdômem: () inalterado () distendido () doloroso ()	
Urina: () normal () alterado () não sabe informar Eliminação Intestinal: () Diária () Irregular __ dias sem evacuar	
Higiene corporal: () boa () precária () péssima	
Genitália feminina/Períneo/Vulva: () hiperemia () prurido () irritação vulvar () sangramento () edema () inalterada () dor () secreções , se sim: Quantidade, coloração, aspecto, odor: _____	
() Feridas, se sim: Quantidade, descrição, localização: _____	
Genitália masculina: () hiperemia () prurido () irritação () sangramento () edema () inalterada () dor () secreções, se sim: Quantidade, coloração, aspecto, odor: _____	
() Feridas, se sim: Quantidade, descrição/aspecto, localização: _____	
Região Anal: () normal () alterado () lesão () Outros (). Descreva: _____	
Mutilação () não () sim. Qual? _____	
Padrão do sono: () normal () diminuído () aumentado Tem dificuldade para dormir? () não () sim. Especifique: _____	
Vícios e hábitos: () uso de drogas () tabagismo () alcoolismo () automedicação () nega vícios e hábitos	
Reações/comportamentos: () medo () agressividade () ansiedade () frustração () aflita/chorosa () agitação () incapacidade () tranquila () Outros: _____	
OBSERVAÇÕES: _____	

3.3 AVALIAÇÃO:

Elencar os principais diagnósticos de Enfermagem CIPE e CIAP, conforme a descrição dos quadros específicos para cada IST distribuídos ao longo desse protocolo.

3.4 PLANO:

Elencar as principais intervenções de enfermagem, solicitação de exames, encaminhamentos, prescrições medicamentosas, se necessário conforme a descrição dos quadros específicos para cada IST, distribuídos ao longo desse protocolo.

Quadro 1 – Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao **indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Adesão à teste diagnóstico; Conhecimento sobre teste diagnóstico; Ansiedade relacionada a coleta e ou resultado de exame; Adesão ao regime terapêutico prescrito; Adesão ao regime medicamentoso; Resultado de teste sorológico ou teste rápido alterado; Resultado alterado de exame; Acompanhamento de rastreamento iniciado; Acompanhamento de rastreamento interrompido.	P01 Sensação de ansiedade/nervosismo; P02 Reação aguda de stress; P29 Sinais/sintomas psicológicos (outros).	Realizar orientação individual e coletiva sobre a infecção pelas IST; Orientar sobre a possibilidade de reinfeção se não aderir aos métodos de prevenção (prevenção combinada); Encorajar a verbalização dos sentimentos, percepções e medos; Realizar visita domiciliar de acompanhamento; Encorajar busca ativa da(s) parceria(s); Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e sua (s) parceria (s) sexual(is); Orientar quanto ao uso de preservativo sempre; Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por IST; Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/HV; Realizar reforço positivo sobre a iniciativa da busca pela adesão ao teste diagnóstico;	Prescrever conforme avaliação sintômica.	Ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites Virais.

		<p>Oferecer apoio e esclarecer dúvidas sobre os resultados de exames;</p> <p>Solicitar exames de testagem da(s) parceria(s) sexuais;</p> <p>Orientar sobre os riscos de automedicação;</p> <p>Orientar e agendar retorno;</p> <p>Solicitar apoio da equipe multiprofissional se necessário;</p> <p>Avaliar situação social e solicitar apoio da rede, se necessário;</p> <p>Realizar busca dos indivíduos faltosos com resultado de exame alterado;</p> <p>Facilitar o acesso ao serviço de saúde, em especial aos diagnósticos clínicos;</p> <p>Encaminhar para suporte psicológico;</p> <p>Encaminhar, se necessário, os casos que necessitem de avaliação dos serviços de referência de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação ambulatorial municipal.</p>		
<p>Risco de infertilidade;</p> <p>Processo do sistema reprodutivo prejudicado;</p> <p>Infertilidade presente;</p> <p>Fertilidade masculina prejudicada;</p> <p>Fertilidade feminina prejudicada;</p> <p>Função do sistema reprodutivo eficaz.</p>	<p>W15 Infertilidade/ subfertilidade;</p> <p>Y10 Infertilidade/ subfertilidade;</p>	<p>Investigar a história clínica do casal;</p> <p>Avaliar história reprodutiva anterior;</p> <p>Orientar acerca dos serviços disponíveis na rede;</p> <p>Orientar sobre fatores relacionados à infertilidade;</p> <p>Apoiar o indivíduo pelo histórico de infertilidade e avaliação, reconhecendo o estresse normalmente sentido durante a avaliação e obtenção de um histórico detalhado e processos de tratamentos longos;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica.</p>	-	<p>Ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites Virais;</p>
<p>Processo sexual prejudicado;</p>	<p>P07 Diminuição desejo sexual;</p>	<p>Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;</p>	<p>Indicar lubrificante à base de água</p>	<p>Ofertar testes rápidos</p>

Relação sexual prejudicada;	P08 Diminuição da satisfação sexual;	Promover ambiente de privacidade e confidencialidade;	para uso nas práticas sexuais, quando necessário.	para HIV, sífilis e Hepatites Virais;
Relação sexual ausente;	P09 Preocupação com a preferência sexual;	Investigar a história clínica do casal;	Prescrever conforme avaliação sintomática.	
Relação sexual presente;		Orientar acerca dos serviços disponíveis na rede;		
Relação sexual;	X01 Dor genital;	Orientar sobre fatores que interferem na atividade sexual;		
Comportamento sexual inadequado;	X04 Relação sexual dolorosa na mulher;	Esclarecer dúvidas referentes à atividade sexual e diminuição da libido;		
Conhecimento sobre o comportamento sexual prejudicado;	X29 Sinais sintomas aparelho genital feminino;	Identificar a importância do afeto;		
Comportamento sexual prejudicado;	X24 Medo disfunção sexual;	Encorajar a verbalização de sentimentos e percepções e medos;		
Relação sexual ineficaz;	Y25 Medo doença transmissão sexual;	Incentivar a responsabilidade relativa ao comportamento sexual;		
Desempenho sexual prejudicado;		Investigar fatores que interferem na relação sexual;		
Satisfação conjugal prejudicada;	Y28 Limitação funcional/incapacidade;	Orientar sobre a importância das consultas ginecológicas/urológicas periódicas;		
Atividade sexual insatisfatória;	Z12 Problema relacional com parceiro.	Estimular o diálogo sobre a situação com parceria(s);		
Dispareunia atual;		Oferecer folder educativo (quando disponível) sobre atividade sexual;		
Padrão de sexualidade ineficaz;		Estimular a aquisição de informações sobre sexualidade (livros, revistas etc.);		
Funcionamento sexual ineficaz;		Avaliar a presença de fatores clínicos ou psíquicos que necessitem de abordagem médica;		
Desempenho sexual prejudicado;		Estimular a prática de sexo seguro durante todas as relações sexuais;		
Desconforto;		Aconselhar considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus;		
Disfunção sexual; Impotência;		Ensinar técnicas alternativas de estimulação sexual do(a) parceiro(a);		
Risco de Violência sexual;		Ensinar técnicas de autoestimulação sexual;		
Abuso sexual;				
Potencial para violência sexual;				
Violência sexual presente;				
Negligência de cuidado;				
Risco de agressão;				

<p>Riscos de ferimentos;</p> <p>Proteção ineficaz;</p> <p>Habilidade defensiva baixa;</p> <p>Vítima de violência de parceiro íntimo;</p> <p>Processo familiar interrompido;</p> <p>Isolamento social;</p> <p>Comportamento sexual satisfatório;</p> <p>Conhecimento sobre o comportamento sexual melhorado.</p>		<p>Orientar técnicas alternativas de satisfação da sexualidade;</p> <p>Esclarecer que situações de estresse, adoecimento, uso de medicamentos e processo de envelhecimento interferem na função sexual;</p> <p>Orientar o uso de lubrificantes à base d'água na relação sexual;</p> <p>Orientar sobre violência sexual;</p> <p>Demonstrar técnica de relaxamento;</p> <p>Seguir protocolo de anticoncepção de emergência – Saúde da mulher para casos de Violência sexual; ruptura do preservativo; relação sexual sem uso de método contraceptivo ou uso inadequado do método contraceptivo (ver Protocolo Saúde da Mulher);</p> <p>Investigar situação violência sexual, se afirmativo realizar notificação e encaminhamento ao serviço de urgência para realização da PEP.</p> <p>Acolher cliente conforme suas necessidades e assegurar os direitos;</p> <p>Comunicar e notificar situações de violência para autoridades competentes;</p> <p>Monitorar tratamento por meio das visitas domiciliares;</p> <p>Apoiar vítima de violência;</p> <p>Evitar exposição da vítima;</p> <p>Seguir protocolo de violência.</p> <p>Encaminhar para avaliação psicológica, quando necessário;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica quando necessário.</p>		
<p>Adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Adesão ao regime terapêutico;</p>	<p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.</p>	<p>Realizar reforço positivo das práticas sexuais seguras, com foco na redução de danos;</p> <p>Testar regular para o HIV, outras IST e HV;</p>	<p>-</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites Virais;</p>

<p>Autocuidado melhorado;</p> <p>Autocuidado preservado.</p>		<p>Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS;</p> <p>Usar preservativo masculino e feminino e gel lubrificante;</p> <p>Diagnosticar e tratar as pessoas com IST e HV;</p> <p>Imunizar para Hepatite B e HPV;</p> <p>Prevenir a transmissão vertical;</p> <p>Ofertar profilaxia pré-exposição (PrEP) para os grupos de alta vulnerabilidade sexual;</p> <p>Ofertar profilaxia pós exposição (acidente com material biológico; exposição sexual consentida; violência sexual);</p> <p>Estabelecer uma relação de confiança com os profissionais de saúde;</p> <p>Estimular reflexão sobre a importância do autocuidado;</p> <p>Estabelecer hábitos diários de autocuidado;</p> <p>Identificar a rede de apoio familiar e comunitária;</p> <p>Orientar sobre a disponibilidade e gratuidade do preservativo;</p> <p>Facilitar o acesso ao serviço de saúde, em especial aos tratamentos.</p>		
<p>Autoimagem, negativa;</p> <p>Baixa autoestima;</p> <p>Ansiedade presente;</p> <p>Condição psicológica, prejudicada;</p> <p>Agitação;</p> <p>Sobrecarga ao estresse;</p> <p>Esgotamento;</p> <p>Estresse;</p>	<p>P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão;</p> <p>P02 Reação aguda stress;</p> <p>P03 Sensação de depressão;</p> <p>P04 Sentir/comportar forma irritável/zangada;</p> <p>P29 Sinais/Sintomas psicológicos, outros;</p>	<p>Obter dados sobre condição psicológica;</p> <p>Obter dados sobre o processo familiar e serviços comunitários;</p> <p>Orientar indivíduo/família sobre condição psicológica e comportamento;</p> <p>Orientar indivíduo e parceria(s) quanto adesão ao tratamento e uso de preservativo;</p> <p>Encaminhar para o serviço de referência (CAPS, NASF, CTA entre outros), conforme fluxo municipal;</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

<p>Medo;</p> <p>Vergonha;</p> <p>Tristeza;</p> <p>Tristeza Crônica;</p> <p>Humor deprimido;</p> <p>Raiva;</p> <p>Sofrimento;</p> <p>Socialização prejudicada;</p> <p>Sono prejudicado;</p> <p>Comportamento violento;</p> <p>Falta de apoio familiar;</p> <p>Risco de Violência Doméstica;</p> <p>Violência doméstica presente;</p> <p>Processo familiar eficaz;</p> <p>Sobrecarga de estresse presente;</p> <p>Risco de suicídio;</p> <p>Risco de suicídio diminuído;</p> <p>Risco de depressão;</p> <p>Depressão presente;</p> <p>Qualidade de vida prejudicada.</p>	<p>P76 Perturbações depressivas;</p> <p>P77 Suicídio/tentativa a suicídio.</p>	<p>Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;</p> <p>Envolver família ou pessoa significativa no apoio ao processo de aceitação da condição de saúde;</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitário;</p> <p>Realizar visitas domiciliares;</p> <p>Adotar abordagens educativas para desenvolvimento de enfrentamento da condição de saúde;</p> <p>Apoiar o indivíduo na resolução de suas dúvidas em relação ao atendimento recebido;</p> <p>Avaliar o conhecimento e as expectativas quanto às IST/HIV/HV;</p> <p>Valorizar a presença de situações de estresse e a resposta a elas, como parte da avaliação de rotina;</p> <p>Estimular a participação em atividades sociais;</p> <p>Orientar deitar-se e levantar-se sempre nos mesmos horários diariamente, mesmo nos fins de semana;</p> <p>Promover ambiente seguro e de confiança;</p> <p>Monitorar tratamento por meio das visitas domiciliares;</p> <p>Orientar família a retirar do ambiente domiciliar objetos que possam oferecer risco ao indivíduo e ou ser meio para o suicídio;</p> <p>Promover hábitos saudáveis de estilo de vida;</p> <p>Considerar necessidade de tratamento para depressão e ansiedade a ser prescrito pelo médico quando necessário e/ou encaminhamento à psicologia.</p>		
<p>Adesão ao Regime de Imunização;</p> <p>Estado vacinal completo para idade;</p>	<p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.</p>	<p>Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia;</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

<p>Não Adesão ao Regime de Imunização.</p>		<p>Impulsionar comportamento positivo pelo esquema de vacinação atualizado;</p> <p>Orientar sobre vacina, em especial Hep B para todas as pessoas em todas as faixas etárias e HPV para meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14 anos; pessoas de 9 a 26 anos se vivendo com HIV com prescrição de enfermagem/médica; pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos;</p> <p>Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal;</p> <p>Agendar próximas doses e orientar retorno;</p> <p>Realizar busca ativa dos faltosos.</p>		
---	--	---	--	--

Na sequência serão apresentadas os capítulos com as principais abordagens para as IST/HIV/HV de interesse na APS, na seguinte ordem: sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, Hepatites B e C, Soroconversão, HIV/Aids, corrimento uretral, corrimento vaginal, úlcera genital e verruga anogenital.

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**SÍFIIS ADQUIRIDA
SÍFILIS EM GESTANTE
SÍFILIS CONGÊNITA**

4 SÍFILIS ADQUIRIDA

4.1 Introdução

A sífilis é uma IST milenar e persistente. Atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde, apesar do fácil diagnóstico e o baixo custo e eficácia do tratamento (AVELLEIRA; BOTTINO, 2019). Em 2016, a sífilis foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2019).

A sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, cujo patógeno é exclusivo do ser humano, apesar de, quando inoculado, causar infecções experimentais em macacos e ratos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2019).

Trata-se de uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e que pode evoluir para estágios de gravidade variada podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. A principal via de transmissão é a sexual, contudo pode ser transmitida ao feto durante a gestação quando a mãe não for tratada ou tratada de forma inadequada. Há a possibilidade, ainda que menos frequente, da transmissão por meio do contato com as lesões, acidente ocupacional e transfusão sanguínea.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas, sendo que quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais (BRASIL, 2019).

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e monitoramento, conforme segue (WHO, 2016): sífilis recente (primária, secundária e latente recente): até dois anos de evolução; sífilis tardia (latente tardia e terciária): mais de dois anos de evolução (BRASIL, 2019).

Sífilis primária

O tempo de incubação é de 10 a 90 dias, em média três semanas. A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”. A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar muito, em geral de três a oito semanas, e seu desaparecimento independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla (BRASIL, 2019).

Sífilis secundária

Ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo possam ocorrer em um

período de até dois anos. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria (BRASIL, 2019).

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas, eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa (BRASIL, 2019).

Podem ser identificados condilomas planos nas dobras das mucosas, especialmente na área anogenital. Estas são lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão (BRASIL, 2019).

Sífilis latente

Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até dois anos de infecção) e latente tardia (mais de dois anos de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante um a dois anos da infecção (BRASIL, 2019).

Sífilis terciária

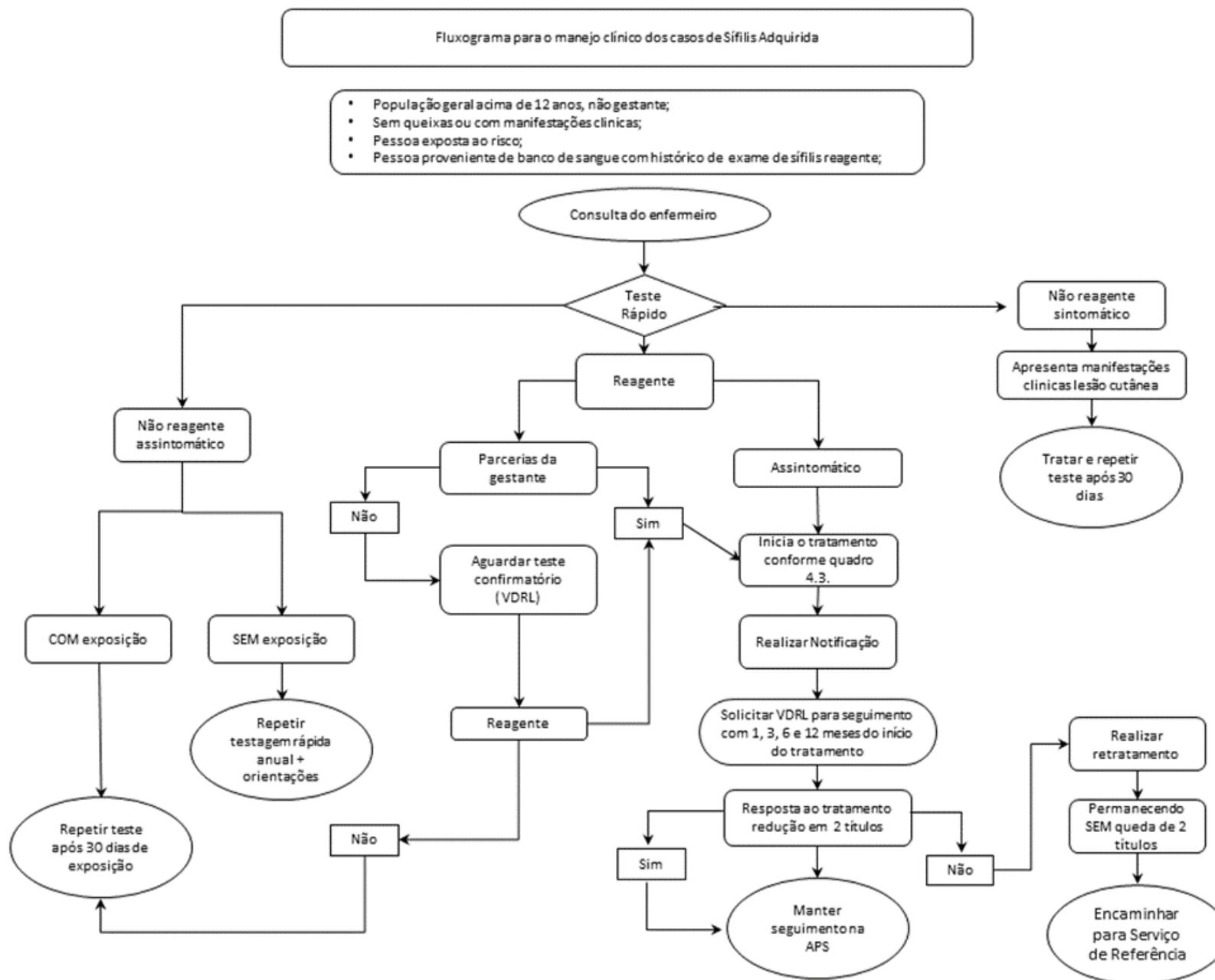
Ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre dois e 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

4.2 Fluxograma

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao tratamento do indivíduo com sífilis adquirida.

4.2.1 Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis Adquirida



4.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao **indivíduo com sífilis adquirida**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Presença de ferida em membrana mucosa;</p> <p>Integridade da pele prejudicada;</p> <p>Infecção presente;</p> <p>Ferida.</p>	<p>D 01 Dor anal/retal;</p> <p>D05 Irritação perianal;</p> <p>D20 Sinais/sintomas boca/língua/lábios;</p> <p>D83 Doença boca/língua/lábios;</p> <p>X70 Sífilis feminina;</p> <p>Y99 Doença genital masculina;</p> <p>Y70 Sífilis masculina.</p>	<p>Realizar higiene adequada no local da ferida, com água e sabão;</p> <p>Esclarecer sobre os três estágios da doença e as implicações de cada uma para o organismo;</p> <p>Realizar exame ginecológico e urológico conforme necessidade;</p> <p>Na impossibilidade de realizar o estadiamento da sífilis (ausência de sintomas), preferencialmente realizar tratamento como sífilis tardia;</p> <p>Orientar uso de preservativo durante todo o tratamento;</p> <p>Orientar a possibilidade dos testes treponêmicos realizados posteriormente ao tratamento serem quase sempre reagentes, o que pode ser chamado de cicatriz sorológica se o tratamento for realizado adequadamente;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica, se houver necessidade;</p> <p>Encaminhar, se necessário, os casos que necessitarem de avaliação dos serviços de referência (se não baixar dois títulos após 01 ano de tratamento) de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação ambulatorial municipal;</p> <p>Realizar notificação de todos os casos de sífilis adquirida.</p> <p>Se paciente em situação de rua, comunicar o consultório de rua, quando houver disponível no município.</p>	<p>Sífilis primária, secundária e latente recente (com até 01 ano de evolução): tratar com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo)</p> <p>ou</p> <p>Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias</p> <p>Sífilis tardia (com mais de 01 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: tratar com penicilina benzatina, 3 aplicações IM de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), com intervalo rigoroso de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI</p> <p>ou</p> <p>Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV e Hepatites Virais;</p> <p>Solicitar VDRL no momento do diagnóstico e para seguimento com 1, 3, 6 e 12 meses do início do tratamento.</p>
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</p>				

5 SÍFILIS EM GESTANTE

5.1 Introdução

Durante o período da gestação a sífilis leva a mais de 300 mil ocorrências de morte fetal e neonatal por ano e leva a um aumento dos casos de mortes prematuras em 215.000 mil crianças. Nos últimos 10 anos pode-se observar um aumento do número de notificações de casos de sífilis em gestante, congênita e adquirida e isso pode ser atribuído em parte ao aprimoramento do sistema de vigilância e a ampliação da oferta dos testes rápidos (BRASIL, 2018).

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical, sendo o risco desta Infecção sexualmente transmissível relacionado diretamente as lesões sifilíticas mucocutâneas comum nas fases primárias e secundárias. A transmissão vertical ocorre geralmente na fase intraútero, mas também pode ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, na presença de lesão ativa. A probabilidade de ocorrência de sífilis congênita, tem influencias frente ao estadiamento da mãe e o período de exposição fetal, sendo maior de 70 a 100% nos casos em que a gestante apresenta sífilis primária ou secundária (BRASIL, 2018).

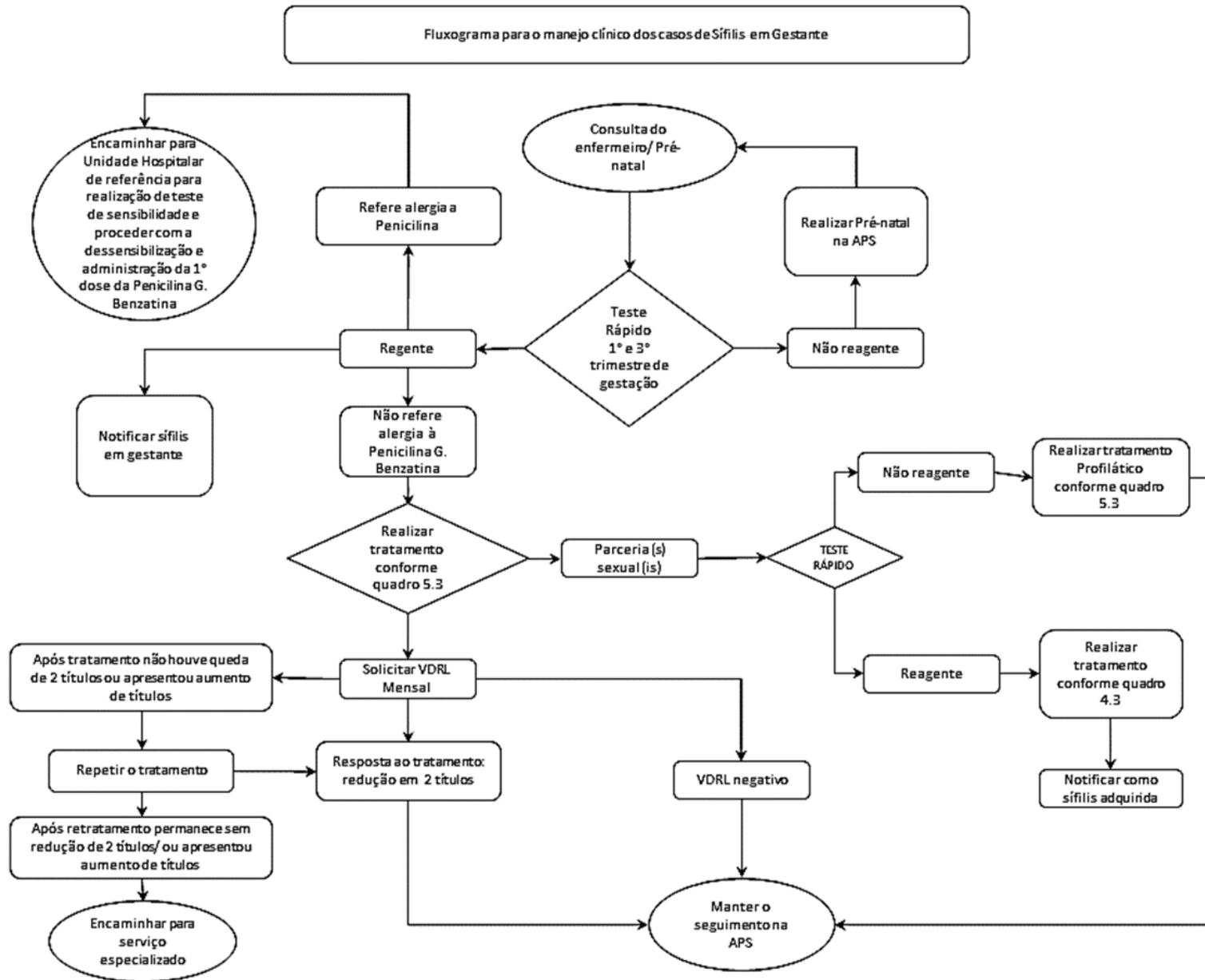
A consequência da sífilis na gestação pode levar ao aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações congênitas precoces ou tardias. Não existe vacinação para sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. A sífilis congênita é passível de prevenção quando a gestante infectada com sífilis é tratada adequadamente (BRASIL, 2018).

A infecção pela sífilis é dividida em estágios baseados em achados clínicos que norteiam o seu tratamento bem como o seguimento dos infectados. Na gestação as manifestações clínicas da sífilis são semelhantes ao da sífilis adquirida que acomete a população geral. Na gestação a sífilis latente é o principal estágio de diagnóstico, que ocorre durante realização dos exames preconizados durante este período e nem sempre a cronologia do tempo de infecção é bem determinada. Deste modo, uma gestante com diagnóstico confirmado na gestação e que não é possível inferir o período de duração (sífilis de duração ignorada) é classificada e tratada como Latente Tardia (BRASIL, 2018).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

5.2 Fluxograma

5.2.1 Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis em Gestante



5.2 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **gestante com sífilis**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Risco para abandono de tratamento terapêutico;</p> <p>Risco de não adesão ao tratamento;</p> <p>Risco de Abortamento/ Natimorto;</p> <p>Risco de Prematuridade;</p> <p>Risco de complicações durante a gravidez;</p> <p>Risco de infecção (reinfecção);</p> <p>Aborto</p>	<p>X70 Sífilis feminina;</p> <p>W82 Aborto espontâneo</p> <p>W71 Infecções que complicam a gravidez</p> <p>W91 Parto sem complicação de nascido morto</p> <p>W93 Parto com complicação de nascido morto</p> <p>W99 Outros prob. gravidez/parto</p>	<p>Monitorar para realização do tratamento adequado;</p> <p>Promover adesão ao tratamento;</p> <p>Promover adesão ao pré-natal;</p> <p>Orientar gestante sobre desenvolvimento fetal;</p> <p>Orientar/sensibilizar parceria (s) para tratamento;</p> <p>Orientar planejamento familiar;</p> <p>Solicitar VDRL mensalmente;</p> <p>Encaminhar para referência se os títulos de VDRL não baixarem dois títulos após realização do segundo tratamento, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação ambulatorial municipal.</p> <p>Orientar sobre a possibilidade de reinfecção se não aderir aos métodos de prevenção (uso de preservativo);</p> <p>Na impossibilidade de realizar o estadiamento da sífilis (ausência de sintomas), preferencialmente realizar tratamento como sífilis tardia;</p> <p>Registrar dose administrada da Penicilina Benzatina no prontuário e na carteira da gestante;</p> <p>Convocar parceria (s) para testagem;</p> <p>Convocar parceria (s) para tratamento;</p> <p>Realizar notificação de todos os casos de gestante com sífilis.</p>	<p><u>Sífilis primária, secundária e latente recente</u> (com até 01 ano de evolução): tratar com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo).</p> <p><u>Sífilis tardia</u> (com mais de 01 ano de evolução) ou <u>latente com duração ignorada e sífilis terciária</u>: tratar com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada glúteo), com intervalo rigoroso de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Tratar parceria (s) com teste não reagente para sífilis e assintomático com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada glúteo). Para parceria com teste reagente ver fluxograma de sífilis adquirida.</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV e Hepatites Virais;</p> <p>Solicitar VDRL mensal para seguimento e na hora do parto.</p>
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</p>				

Obs. Se a gestante não for tratada com penicilina, considerar inadequadamente tratada.

6 SÍFILIS CONGÊNITA

6.1 Introdução

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo (WHO, 2014), levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, sífilis congênita e sífilis adquirida. Esse aumento pode ser atribuído, em parte, a elevação nos números de testagem, decorrente da disseminação dos testes rápidos, mas também a diminuição do uso de preservativos, a redução na administração da penicilina na Atenção Básica e ao desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (BRASIL, 2019).

O combate ao agravo com prevenção da transmissão vertical da Sífilis que ocorre no período da gestação é uma das prioridades do Plano Plurianual (PPA), sendo que o Brasil é signatário nos compromissos internacionais para eliminação da sífilis congênita desde 1992 (BRASIL, 2018).

A sífilis congênita (SC) é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacental ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal ou porque recebeu tratamento não adequado para sífilis antes ou durante a gestação (BRASIL, 2019).

A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (BRASIL, 2019).

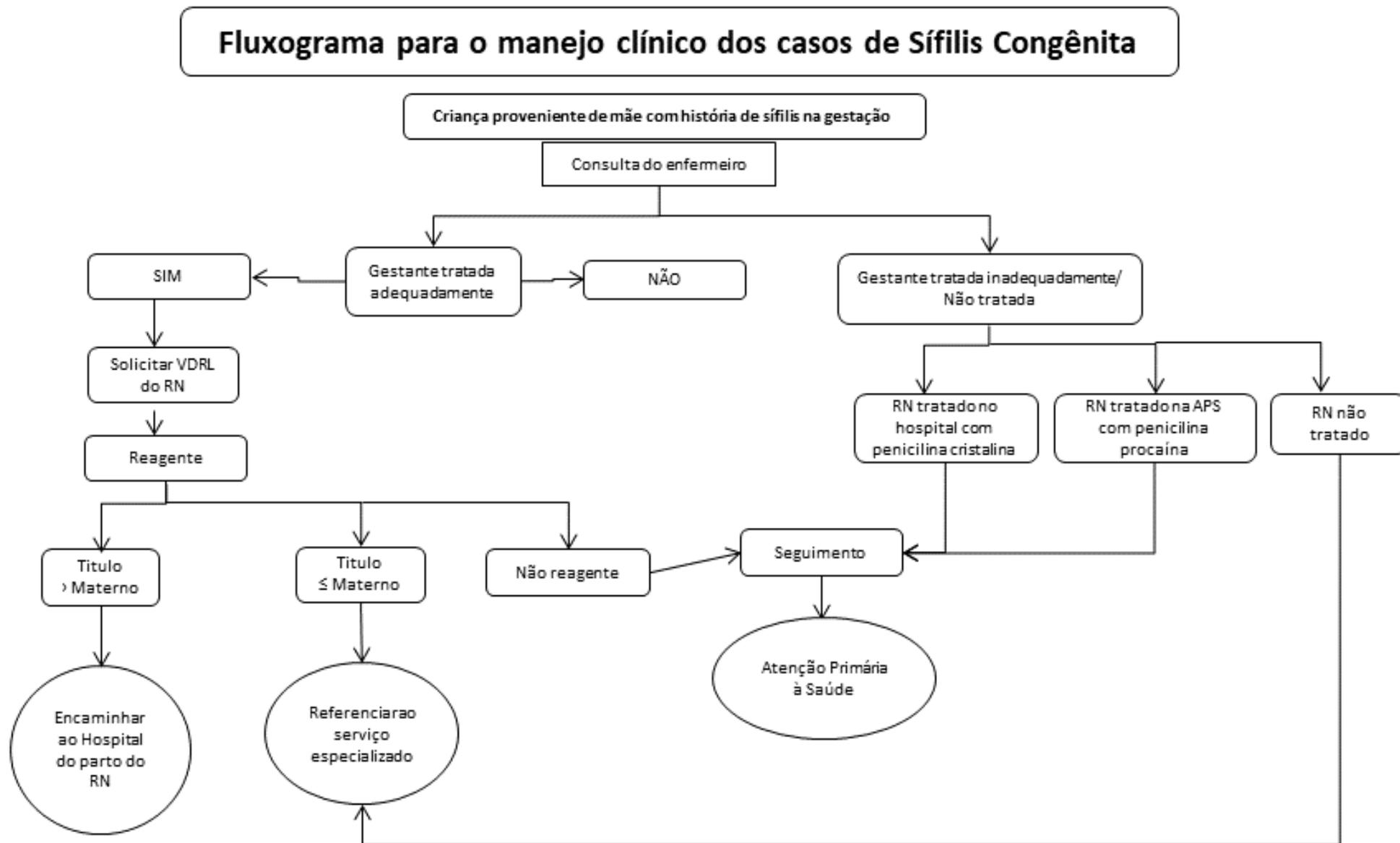
A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos (RN) que apresentarão sinais sugestivos de Sífilis Congênita. Portanto, trata-se de uma doença que pode ser prevenida, sendo possível alcançar a eliminação por meio

da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2019).

Na criança exposta à sífilis, para exclusão da possibilidade de sífilis congênita, o exame físico deve ser completamente normal; o achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação complementar, e a sífilis congênita será incluída no diagnóstico diferencial. Vale lembrar que os sinais e sintomas de sífilis são inespecíficos e podem ser encontrados em outras síndromes congênitas, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus (CMV), herpes vírus simplex (HSV), sepse neonatal, hepatite neonatal, hidropisia fetal, entre outros (BRASIL, 2020).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

6.2.1 Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Sífilis Congênita



6.2 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com sífilis.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Baixo peso ao Nascer;</p> <p>Risco de óbito;</p> <p>Cardiopatia;</p> <p>Risco de complicações cardiológicas, oftalmológicas e neurológicas;</p> <p>Complicações sistêmicas;</p> <p>Lesão de pele;</p> <p>Atraso no desenvolvimento infantil;</p> <p>Padrão respiratório ineficaz;</p> <p>Anemia;</p> <p>Edema;</p> <p>Alterações músculo-esqueléticas.</p>	<p>B82 Outras anemias NE; F81 Outras malformações congênitas do olho;</p> <p>K01 Dor atribuída coração;</p> <p>L82 Malfor. cong. ap. músculo-esquelético;</p> <p>N85 Malformações congênitas;</p> <p>R02 Dificuldade respiratória, dispneia;</p> <p>R03 Respiração ruidosa;</p> <p>R04 Outros problemas respiratórios;</p> <p>R05 Tosse;</p> <p>R06 Hemorragia nasal/epistáxis;</p> <p>R07 Espirro/congestão nasal;</p> <p>S99 Outras doenças da pele.</p>	<p>Verificar histórico de tratamento hospitalar ou ambulatorial;</p> <p>Verificar histórico de exames (testes treponêmicos e não treponêmicos, RX de osso longos, RX de tórax e líquor)</p> <p>Realizar seguimento habitual na rotina da puericultura: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares. O seguimento pode ser intercalado com o médico;</p> <p>Realizada busca ativa de sinais e sintomas de sífilis a cada retorno da criança: febre, Hepatomegalia; Esplenomegalia; Linfadenomegalia generalizada; Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; anemia; edema, Rinite sífilítica ou corrimento nasal; Rash maculopapular; Condiloma lata; icterícia; Pneumonia/pneumonite/ esforço respiratório, dentre outros;</p> <p>Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor;</p> <p>Monitorar a realização dos exames de VDRL;</p> <p>Encaminhar para avaliação/seguimento oftalmológico, neurológico e audiológico semestralmente até completar 2 anos;</p> <p>Encaminhar para referência se os títulos de</p>	<p>O medicamento para tratamento de crianças com sífilis congênita é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos/laboratoriais da criança. Veja detalhes no quadro 2.</p>	<p>Teste não treponêmico: realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.</p> <p>Teste treponêmico: não é obrigatório, mas pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.</p> <p>Veja detalhes no quadro 3.</p>

		<p>VDRL não baixarem dois títulos após realização do segundo tratamento;</p> <p>Investigar a criança para SC se não houver esse declínio do teste não treponêmico, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica. Observar que idealmente, o exame, deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório;</p> <p>Realizar notificação de todos os casos de SC;</p> <p>Considerar falha no tratamento quando houver persistência da titulação reagente do teste não treponêmico aos seis meses de idade; e/ou aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após);</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno;</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</p>				

Quadro 2 – Descrição do tratamento da criança com sífilis congênita.

A única situação em que não é necessário tratamento é a da criança exposta à sífilis (aquela nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno). Essas crianças não são notificadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas na Atenção Básica, com seguimento clínico e laboratorial.	
Crianças cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento.	Prescrever benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única.
Crianças cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, e que apresentem alguma alteração no exame físico ou nos exames complementares ou teste não treponêmico reagente ao nascimento, MAS que apresenta exame de líquido sem alteração.	Prescrever Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias. Obs.: é necessário reiniciar o tratamento se houver atraso de mais de 24 horas na dose.
Criança com sífilis congênita COM neurosífilis.	Devem ser tratadas com benzilpenicilina cristalina, por 10 dias, em ambiente hospitalar, com prescrição médica.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2020.

Quadro 3 – Apresentação dos testes para a criança exposta à sífilis que devem ser realizados no seguimento clínico e laboratorial.

TIPO DE TESTE DE SÍFILIS	QUANDO REALIZAR	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.	Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: 1:4 e materno 1:2): baixo risco de SC. Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada.
Teste treponêmico	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de sífilis congênita.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2020.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

HEPATITES B E C

7 HEPATITES B E C

7.1 Introdução

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites A, B, C ou Delta e E) são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e que constituem um enorme desafio à saúde pública em todo o mundo. Tais infecções são responsáveis por cerca de 1,4 milhões de óbitos a cada ano, decorrente de complicações das formas agudas graves e das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma. Apesar de clinicamente semelhantes, o agente etiológico destas infecções tem diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão que lhes conferem epidemiologia distinta (BRASIL, 2019).

A maior parte dos pacientes que possuem infecção pelas hepatites virais desconhecem seu diagnóstico, e devido às taxas de prevalência, cronicidade e potencial de transmissibilidade e complicações, as hepatites B e C, são agravos de extrema importância para a saúde pública, sendo que possui um índice de mortalidade semelhante ao da Tuberculose e maior que o HIV (BRASIL, 2019).

O vírus da Hepatite B (VHB) tem sua transmissão através do contato com fluídos corporais infectados, o sangue é um veículo importante, porém outros fluídos podem transmitir o VHB, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são perinatal, sexual e parenteral/percutâneo. As rotas de transmissão predominantes variam de acordo com a endemicidade da infecção pelo HBV. Em áreas com alta endemicidade, a via perinatal é a principal forma de transmissão do vírus. Entretanto, em áreas com baixa endemicidade, o contato sexual entre adultos com alto comportamento de risco é a via predominante (BRASIL, 2019).

O VHB pode sobreviver fora do organismo humano por períodos prolongados, o que facilita a transmissão por meio do contato direto ou por meio de fomites, trata-se de uma infecção assintomática e menos de 5% dos casos adquiridos na fase adulta tornam-se crônicos. O vírus da Hepatite Delta (VHD) acomete apenas pessoas que possuem o VHB. É recomendado a vacinação para todas as pessoas independente da faixa etária com aplicação do esquema completo de três doses (BRASIL, 2019).

A forma mais eficaz de transmissão do vírus da hepatite C (HCV) ocorre por meio da exposição percutânea repetida, ou mediante grandes volumes de sangue infectado, porém desde 1993 com a padronização dos processos de triagem pré-doação houve redução significativa nos casos de transmissão transfusional, além destes meios a transmissão no VHC pode ocorrer por hemodiálise, procedimentos de manicure, pedicure, inserção de piercings e

confeção de tatuagens, tratamentos odontológicos e procedimentos endoscópicos (caso não sigam as normas de boas práticas de esterilização e desinfecção de materiais reutilizáveis e/ou produtos descartáveis), além da transmissão vertical e transmissão sexual, principalmente em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2019).

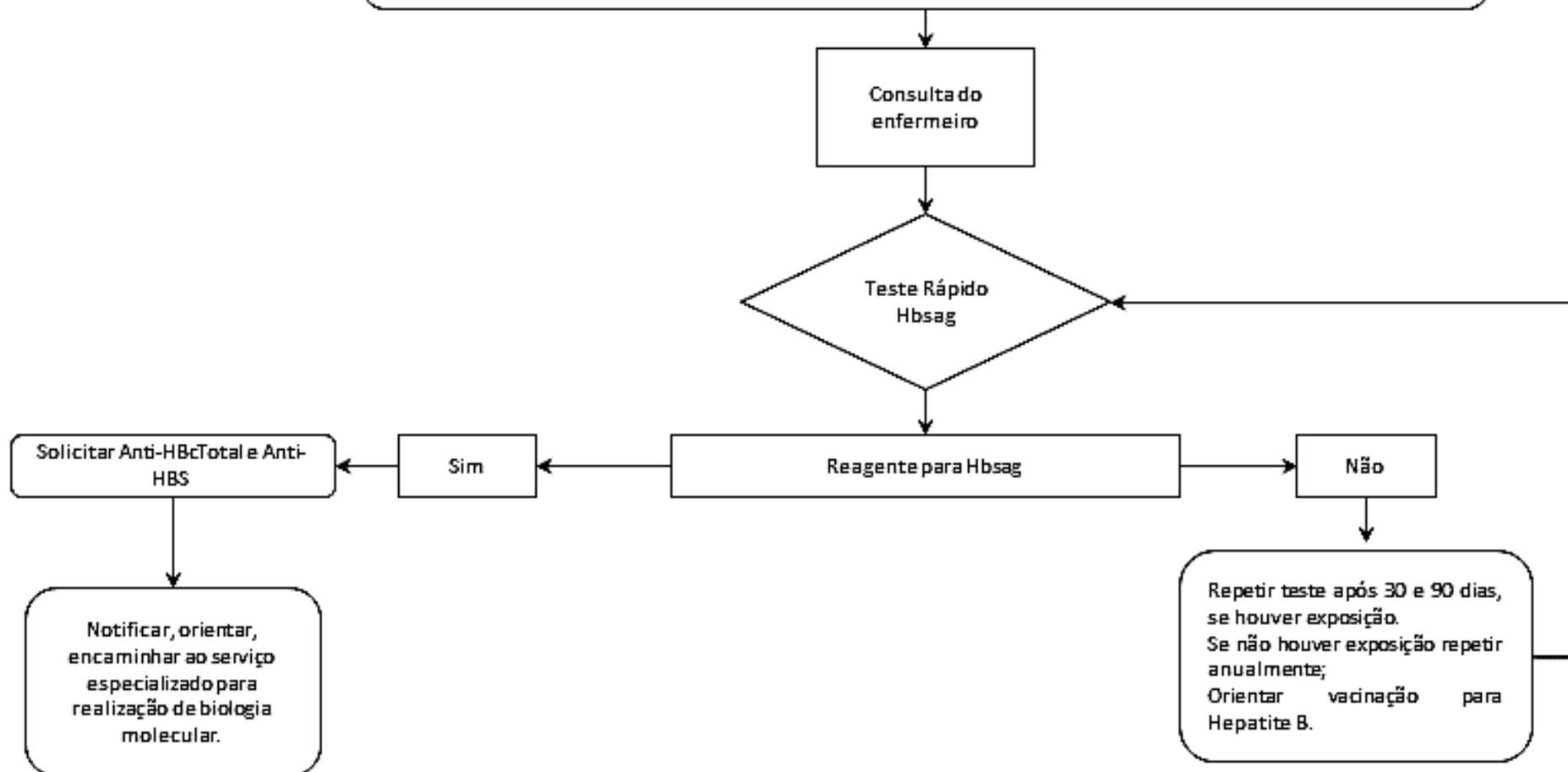
A história natural da Hepatite C é marcada por uma evolução silenciosa, sendo o diagnóstico realizado anos depois da infecção e os sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado, manifestando-se apenas em fases mais avançadas da doença. A via sexual é a menos frequente de transmissão quando comparado ao VHB, ocorrendo em pessoas com múltiplas parcerias sexuais e que têm relações sem uso de preservativo. Como em outras infecções de transmissão sexual, a presença de uma IST, como lesões ulceradas em região anogenital, e práticas sexuais de risco para aquisição de IST/HIV/HV constituem um importante facilitador de transmissão, particularmente na população HSH (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

7.2.1 Fluxograma das Hepatite B

Fluxograma para o manejo clínico dos casos suspeitos de Hepatite B

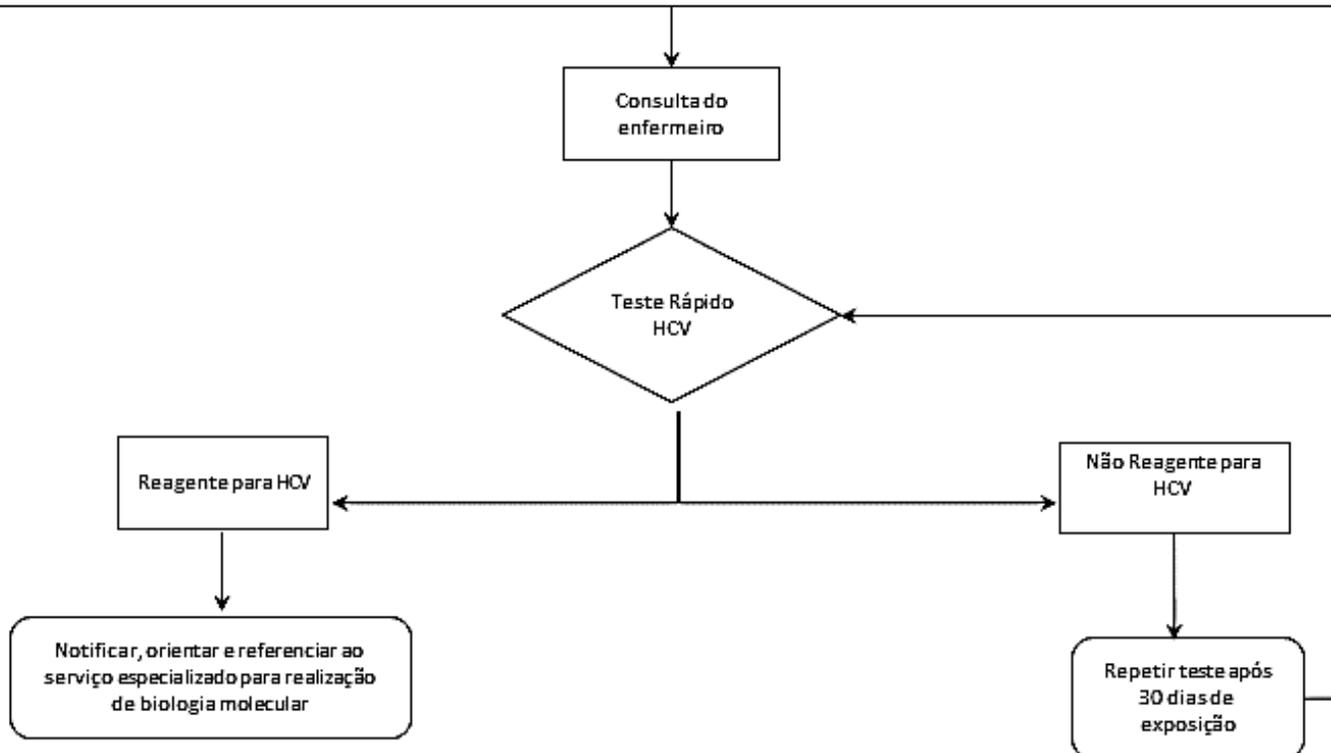
- População geral acima de 18 meses (se menor de 12 anos com autorização dos pais/responsáveis); Gestantes;
- Sem queixas ou com manifestações clínicas; Pessoa exposta ao risco;
- Pessoa proveniente de banco de sangue com histórico de exame reagente para Hepatite B;



7.2.2 Fluxograma das Hepatite C

Fluxograma para o manejo clínico dos casos suspeitos de Hepatite C

1. Gestante; 2. Pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) – PVHIV; 3. Pessoas sexualmente ativas prestes a iniciar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV (a indicação de testagem seguirá o protocolo de PrEP); 4. Pessoas com múltiplas parcerias sexuais ou com múltiplas ISTs; 5. Pessoas trans; 6. Trabalhadores(as) do sexo; 7. Pessoas em situação de rua; 8. Pessoas com idade igual ou superior a 40 anos; 9. Pacientes ou profissionais de saúde que tenham frequentado ambientes de hemodiálise em qualquer época; 10. Pessoas que usam álcool e outras drogas; 11. Pessoas com antecedente de uso de drogas injetáveis em qualquer época, incluindo aquelas que as utilizaram apenas uma vez; 12. Pessoas privadas de liberdade; 13. Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993 ou transplantes em qualquer época; 14. Pessoas com antecedente de exposição percutânea/parenteral a sangue ou outros materiais biológicos em locais que não obedecem às normas da vigilância sanitária (ambientes de assistência à saúde, realização de tatuagens, escarificações, piercing, manicure, uso de lâminas de barbear ou outros instrumentos perfuro cortantes); 15. Pessoas com antecedente ou em risco de exposição a sangue ou outros materiais biológicos contaminados: profissionais de saúde, cuidadores de pacientes, bombeiros, policiais, etc.; 16. Crianças nascidas de mães que vivem com o HCV; 17. Familiares ou outros contatos íntimos (comunicantes), incluindo parceiros sexuais, de pessoas que vivem com ou têm antecedente de infecção pelo HCV; 18. Pessoas com antecedente de uso, em qualquer época, de agulhas, seringas de vidro ou seringas não adequadamente esterilizadas, ou de uso compartilhado, para aplicação de medicamentos intravenosos ou outras substâncias lícitas ou ilícitas recreativas (vitamínicos, estimulantes em ex-atletas, etc.); 19. Pacientes com diagnóstico de diabetes, doenças cardiovasculares, antecedentes psiquiátricos, histórico de patologia hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST, antecedente de doença renal ou de imunodepressão, a qualquer tempo.



7.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com hepatites B e C.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Fadiga; Náuseas; Vômito; Febre; Dor abdominal; Perda de apetite; Perda de peso.	A03 Febre; A04; Debilidade/cansaço geral/fadiga; B82 Outras anemias NE; D01 Dor abdominal generalizada/cólicas; D09 Náusea; D10 Vômito; D11 Diarreia; D13 Icterícia; D18 Alterações nas fezes/mov. Intestinais; D72 Hepatite viral; T03 Perda apetite; T08 Perda peso.	<p>Orientar para não compartilhar agulhas, lâminas de barbear ou escovas de dente;</p> <p>Orientar quanto aos riscos de exposição à material biológico, perfurocortante, colocação de piercing, compartilhamento de agulhas dentre outros afins;</p> <p>Orientar uso de preservativo em todas as relações sexuais;</p> <p>Avaliar o conhecimento e as expectativas quanto às IST/HIV/HV;</p> <p>Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;</p> <p>Realizar orientações específicas sobre a dieta ao indivíduo e sua família;</p> <p>Orientar a importância de evitar o álcool;</p> <p>Realizar aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais;</p> <p>Contribuir para que a pessoa a reconheça e minimizar os riscos de infecção por uma IST;</p> <p>Informar sobre a possibilidade de realizar Prevenção Combinada para IST/HIV/HV;</p> <p>Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e sua (s) parceria(s) sexual(is);</p> <p>Notificar o caso, quando indicado;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica, quando necessário;</p>		Ofertar testes rápidos para HIV e sífilis.

		Encaminhar, se necessário, os casos que necessitem de avaliação dos serviços de atendimento para os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação Ambulatorial Municipal.		
Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).				

8 SOROCONVERSÃO

8.1 Introdução

O Vírus da hepatite B é transmitido por meio de contato com fluidos corpóreos infectados. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos também podem transmitir o HBV, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são perinatal, sexual e parenteral/percutâneo (BRASIL, 2019).

Podem estar presentes no sangue de indivíduos infectados três tipos de partículas relacionadas ao vírus. Duas delas, formadas por envelope lipoproteico, não infecciosas, sendo, no entanto, imunogênicas. A terceira, denominada partícula de Dane, constitui o *virion* completo do HBV. Esta contém um núcleo composto pelo HBcAg, HBeAg, uma molécula individual de DNA, parcialmente duplicada e seu próprio DNA polimerase. O núcleo é envolvido por um envelope de fosfolípido contendo os principais determinantes antigênicos de superfície – HbsAg (VIEIRA, 2006).

O HBV invade preferencialmente os hepatócitos, não sendo diretamente citopático. A resposta imune desencadeada na eliminação do hepatócito infectado é a responsável pelo surgimento das manifestações clínicas e modificações histopatológicas. O antígeno (HBsAg) induz a produção de anticorpos protetores, anti-HBs, pelos linfócitos B. Esses anticorpos são protetores enquanto o HBV permanece extracelular. Uma vez que o vírus entra na célula, os mecanismos de defesa celular são mais cientes (linfócitos T). Linfócitos T citotóxicos são capazes de destruir as células infectadas através da citólise (VIEIRA, 2006).

A vacinação é a principal medida de prevenção contra a hepatite B, sendo extremamente eficaz e segura. A gestação e a lactação não representam contraindicações para imunização. A vacinação contra hepatite B no BRASIL é indicada para todas as faixas etárias desde 2016, sendo que três doses de vacina contra a hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10 UI/mL) em mais de 90% dos adultos e dos jovens saudáveis, e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2019).

A imunização ativa contra hepatite B iniciou com a utilização de uma vacina constituída de antígeno de superfície (HBsAg) – obtido do plasma de portadores crônicos do HBV – submetido a um processo de purificação e inativação viral (vacina de plasma humano). No processo de desenvolvimento de vacinas surgiram as primeiras vacinas contra hepatite B, utilizando DNA recombinante derivado de leveduras (VIEIRA, 2006).

A resposta máxima à vacina ocorre cerca de seis semanas após a terceira dose e existe correlação direta desses títulos com a persistência do anti-HBs após a imunização. Garante-se a imunidade quando se atinge níveis superiores a 10 mUI/ml, mas pode, ainda, persistir após o desaparecimento do anti-HBs ao longo dos anos. Tal fenômeno é explicado pela memória

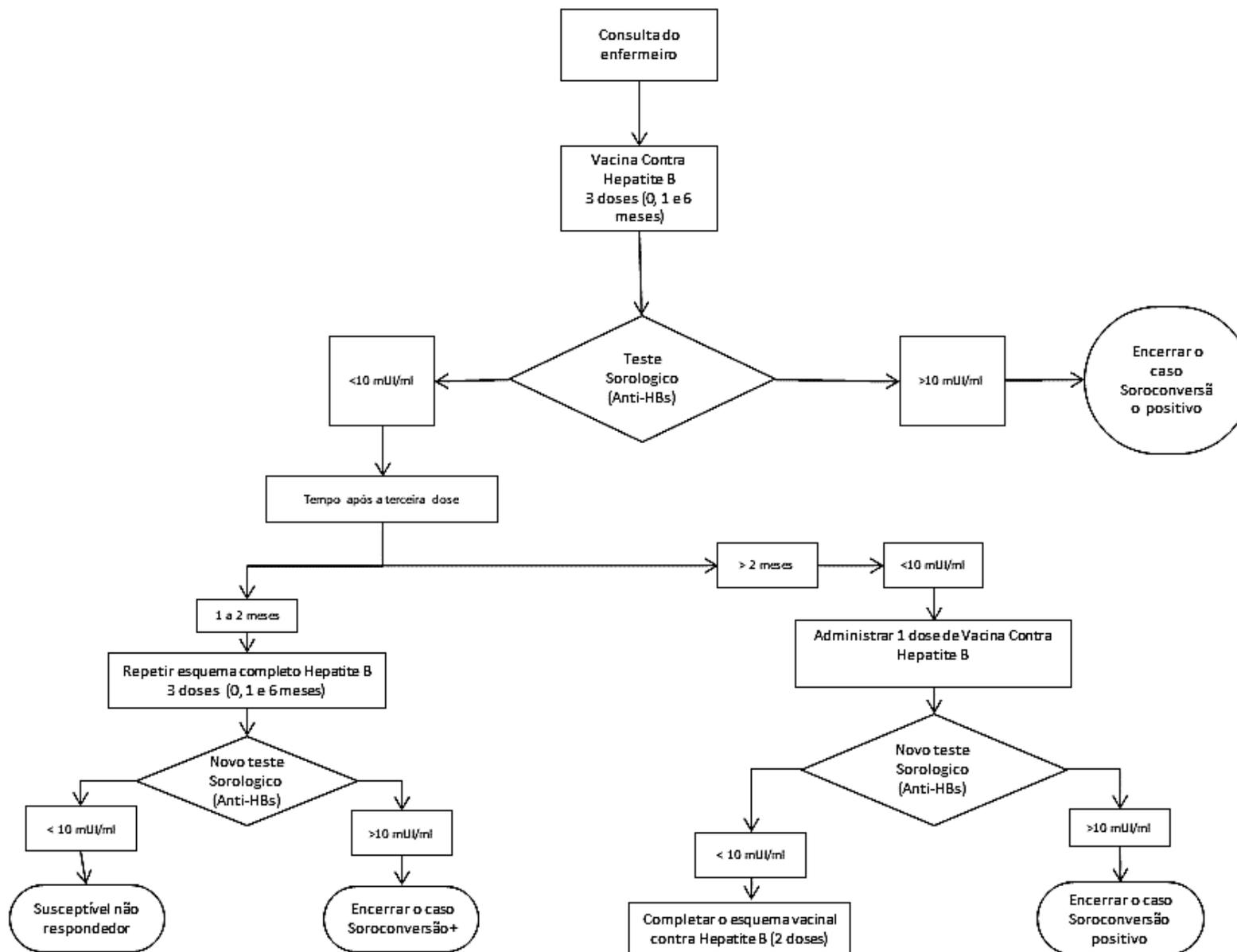
imunológica e é corroborado pela elevação dos níveis de anti-HBs em pacientes previamente vacinados com subsequente exposição ao vírus da hepatite B. Por esse motivo, não se recomenda em adultos imunocompetentes novas dose de reforço da vacina (VIEIRA, 2006).

A soroconversão do HBsAg em anti-HBe caracteriza a interrupção da replicação viral e a não progressão da doença hepática. Quando a soroconversão tarda a ocorrer pode haver episódios de reativação e remissão da infecção com risco maior de progressão para hepatite crônica e cirrose. A resposta do anticorpo (anti-HBs) é determinada de um a três meses após a última dose da vacina em pessoas com fatores de risco para falta de resposta (pessoas acima de 30 anos, obesos e imunodeficientes) ou em pessoas com risco elevado para exposição de sangue ou líquidos corporais. Para se obter uma resposta adequada à vacina, após as três doses, deve-se obter taxas de soroproteção, anti-HBs, maior que 10 mUI/ml (VIEIRA, 2006).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página **XX**.

8.2.1 Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Soro conversão pós vacina HBV

Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Soroconversão pós vacina HBV



8.2 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo em situação de soroconversão.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Ausência de esquema vacinal para Hepatite B;</p> <p>Esquema vacinal incompleto;</p> <p>Não adesão ao regime de imunização;</p> <p>Esquema vacinal completo sem soroconversão;</p> <p>Ausência de resposta à imunização;</p> <p>Adesão ao Regime de Imunização.</p>	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.	<p>Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia;</p> <p>Impulsionar comportamento positivo pelo esquema de vacinação atualizado;</p> <p>Orientar sobre vacina, em especial Hep B para todas as pessoas em todas as faixas etárias e HPV para meninas de 9 a 14 anos; meninos de 11 a 14; pessoas de 9 a 26 anos se vivendo com HIV com prescrição de enfermagem/médica; pessoas transplantadas de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos;</p> <p>Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal;</p> <p>Agendar próximas doses e orientar retorno;</p> <p>Realizar busca ativa dos faltosos.</p>	-	Ofertar testes rápidos para Hepatites virais, HIV e sífilis.
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</p>				

CAPÍTULO 3

ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

HIV/AIDS

9 HIV/AIDS

9.1 Introdução

A infecção pelo HIV, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. Nas primeiras semanas da infecção pelo HIV ocorre a infecção aguda, quando o vírus está sendo replicado intensivamente aos tecidos linfoides. Neste período o indivíduo torna-se altamente infectante, nesta fase a carga viral elevada e níveis decrescentes de linfócitos em especial os LT - CD4+, uma vez que estes são recrutados para a reprodução viral (BRASIL, 2018).

A Síndrome Retroviral Aguda (SRA), assim como em outras infecções a infecção pelo HIV é acompanhada de manifestações clínicas, sendo que os principais achados da SRA incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. A SRA pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão, sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes. A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas. Linfadenopatia, letargia e astenia podem persistir por vários meses. A presença de manifestações clínicas mais intensas e prolongadas (por período superior a 14 dias) pode estar associada a progressão mais rápida da doença (BRASIL, 2018).

Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA, por serem muito semelhantes aos de outras infecções virais, são habitualmente atribuídos a outra etiologia e a infecção pelo HIV comumente deixa de ser diagnosticada nessa fase inicial ou aguda. A sorologia para a infecção pelo HIV pode variar bastante nessa fase, dependendo do ensaio utilizado. Em média, a janela diagnóstica dos imunoenaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias. O diagnóstico da infecção aguda pelo HIV pode ser realizado mediante a detecção da CV-HIV (BRASIL, 2018).

Latência clínica e fase sintomática

Na fase de latência clínica, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, sendo a plaquetopenia um achado comum, embora sem repercussão clínica na maioria dos casos. Enquanto a contagem de LT-CD4+ permanece acima de 350 cels/mm³, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose (BRASIL, 2018).

À medida que a infecção progride, sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, tornam-se mais

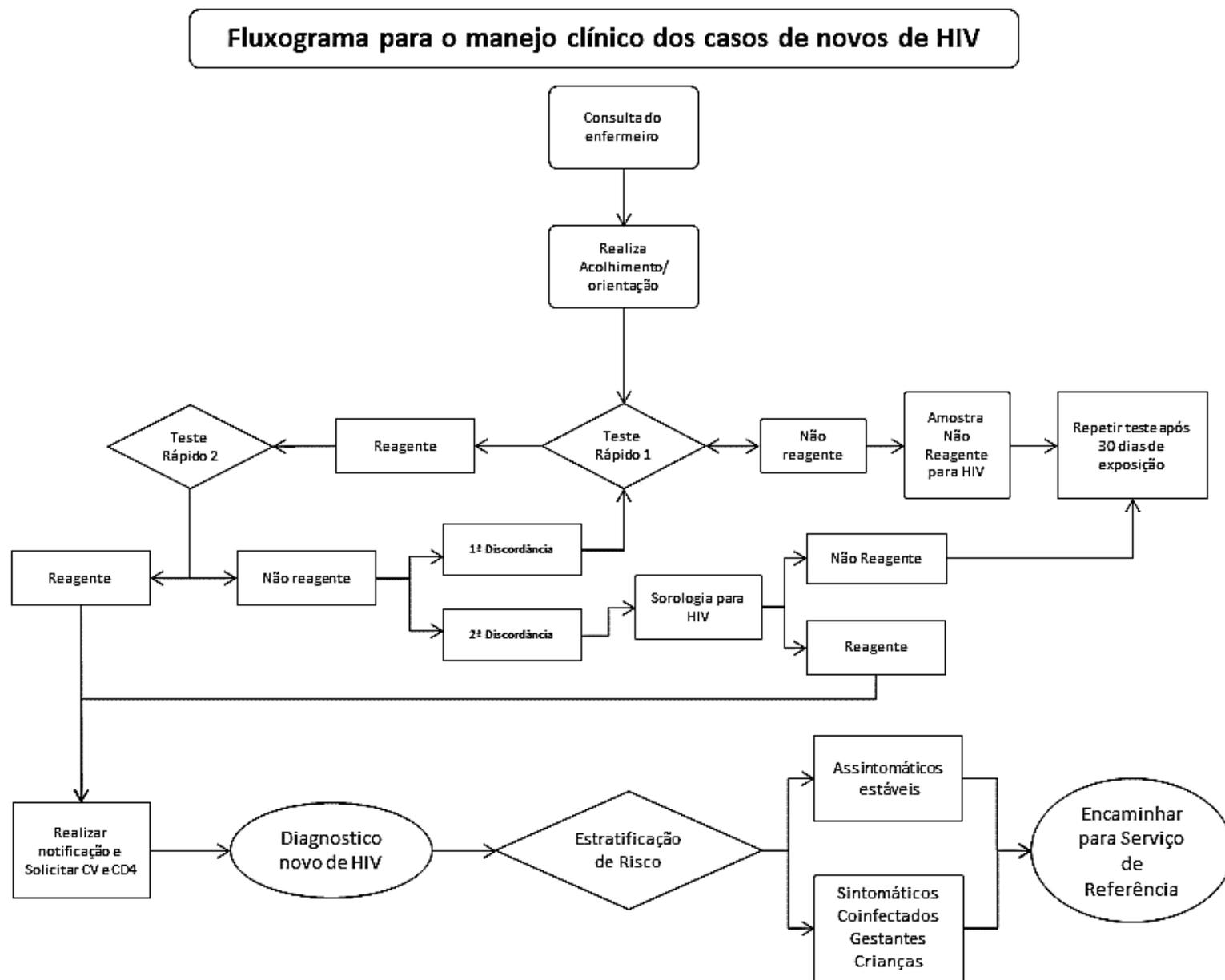
frequentes, além do herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 cels/mm³. A candidíase oral é um marcador clínico precoce de imunodepressão grave, e foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*. Diarreia crônica e febre de origem indeterminada, bem como a leucoplasia oral pilosa, também são preditores de evolução para AIDS (BRASIL, 2018).

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

O aparecimento de infecções oportunistas (IO) e neoplasias é definidor da AIDS. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se abaixo de 200 cels/mm³, na maioria das vezes. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

9.2.1 Fluxograma para o manejo clínico dos casos novos de HIV.



Observação: No caso do teste rápido de HIV o mesmo define o diagnóstico (BRASIL, 2013), sendo necessário a utilização de dois testes (T1 e T2) de laboratórios diferentes e atentar que o T2 sempre deverá ser um teste de capilaridade, ou seja, neste caso não pode ser utilizado teste de fluido oral.

9.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com HIV/Aids.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Febre alta; Fraqueza; Dor de cabeça; Mialgia; Falta de apetite; Náusea; Edema linfático cervical anterior e posterior, submandibular, occipital, axilar; Exantema; Suor em nível aumentado; Sistema gastrointestinal prejudicado; Perda de peso; Úlceras em cavidade oral; Sistema Imunológico Prejudicado; Deficiência Imunológica; Presença de lesão cutânea por herpes-zóster; Presença de Infecções Bacterianas; Consciência prejudicada.	A03 Febre; A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga; B25 Medo de SIDA/VIH; B29 Out. sinais /sint. sist. imunitário/ linfático; B90 Infecção VIH/SIDA; D09 Náusea; D10 Vômito; D11 Diarreia; D83 Doença boca/língua/lábios; N01 Cefaleia; S29 Sinais/sintomas pele, outros; S70 Herpes zoster; T03 Perda apetite; T08 Perda peso.	Avaliar o conhecimento e as expectativas quanto às IST/HIV/HV; Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais; Realizar orientações específicas sobre a dieta ao indivíduo e sua família; Orientar a importância de evitar o álcool; Realizar aconselhamento centrado na pessoa e suas práticas sexuais; Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize os riscos de infecção por uma IST; Informar sobre a possibilidade de realizar Prevenção Combinada para IST/HIV/Aids/hepatites virais; Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e sua(s) parceria(s) sexual(is); Notificar o caso, quando indicado; Encaminhar para avaliação médica e equipe multiprofissional, quando necessário; Encaminhar, se necessário, os casos que precisarem de avaliação dos serviços de referência atentando para os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação Ambulatorial Municipal.	-	Ofertar testes rápidos para Hepatites virais e sífilis.
Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).				

Quadro 4 – Orientações para estratificação de risco da pessoa vivendo com HIV - PVHIV.

Assistência na Atenção Primária	Encaminhamento para o Serviços de Referência
<p><i>Diagnostico novo de HIV;</i></p> <p><i>Contagem de linfócitos T CD4+ ACIMA de 350 cel/mm³;</i></p> <p><i>Ausência de comorbidades associadas à imunodeficiência;</i></p>	<p>PVHIV já inserido no serviço de referência;</p> <p>Gestantes;</p> <p>Crianças;</p> <p>Contagem de linfócitos T CD4+ MENOR que 350 cel/mm³;</p> <p>Presença de comorbidades associadas à imunodeficiência *;</p> <p>Coinfecção com hepatite B e Hepatite C;</p> <p>Tuberculose Pulmonar;</p> <p>Tuberculose extrapulmonar;</p> <p>Candidíase exofageama;</p> <p>Diarreia Crônica;</p> <p>Perda de peso;</p> <p>Herpes Zoster;</p> <p>Dermatite Persistente;</p> <p>Linfadenopatia;</p> <p>Entre outros oportunistas.</p>

Fonte: adaptado de BRASIL, 2020.

CAPÍTULO 4

ATENÇÃO ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

CORRIMENTO URETRAL

CORRIMENTO VAGINAL

ÚLCERA GENITAL

VERRUGA ANOGENITAL

10 CORRIMENTO URETRAL

10.1 Introdução

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O Corrimento uretral costuma ser de volume variável, com aspecto que varia de mucoide a purulento, estando associado à disúria, prurido uretral, eritema em meato uretral, prurido e dor uretral independente da micção. Dentre os fatores de risco associados a uretrite podemos destacar a idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias, histórico de IST e uso irregular de preservativos (BRASIL, 2019).

Os agentes etiológicos mais frequentes das uretrites são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *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 das uretrites (BRASIL, 2019).

A uretrite gonocócica é um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado pela *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram-negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é, em média, 50% por ato sexual. Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra (uretrite), endocérvice (cervivite), reto (proctite), faringe (faringite) e conjuntiva (conjuntivite). A infecção uretral no homem é assintomática em menos de 10% das ocorrências. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e de disúria em mais de 50%. O período de incubação costuma ser de dois a cinco dias após a infecção. Nas mulheres, a uretrite gonocócica é frequentemente assintomática. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente (BRASIL, 2019).

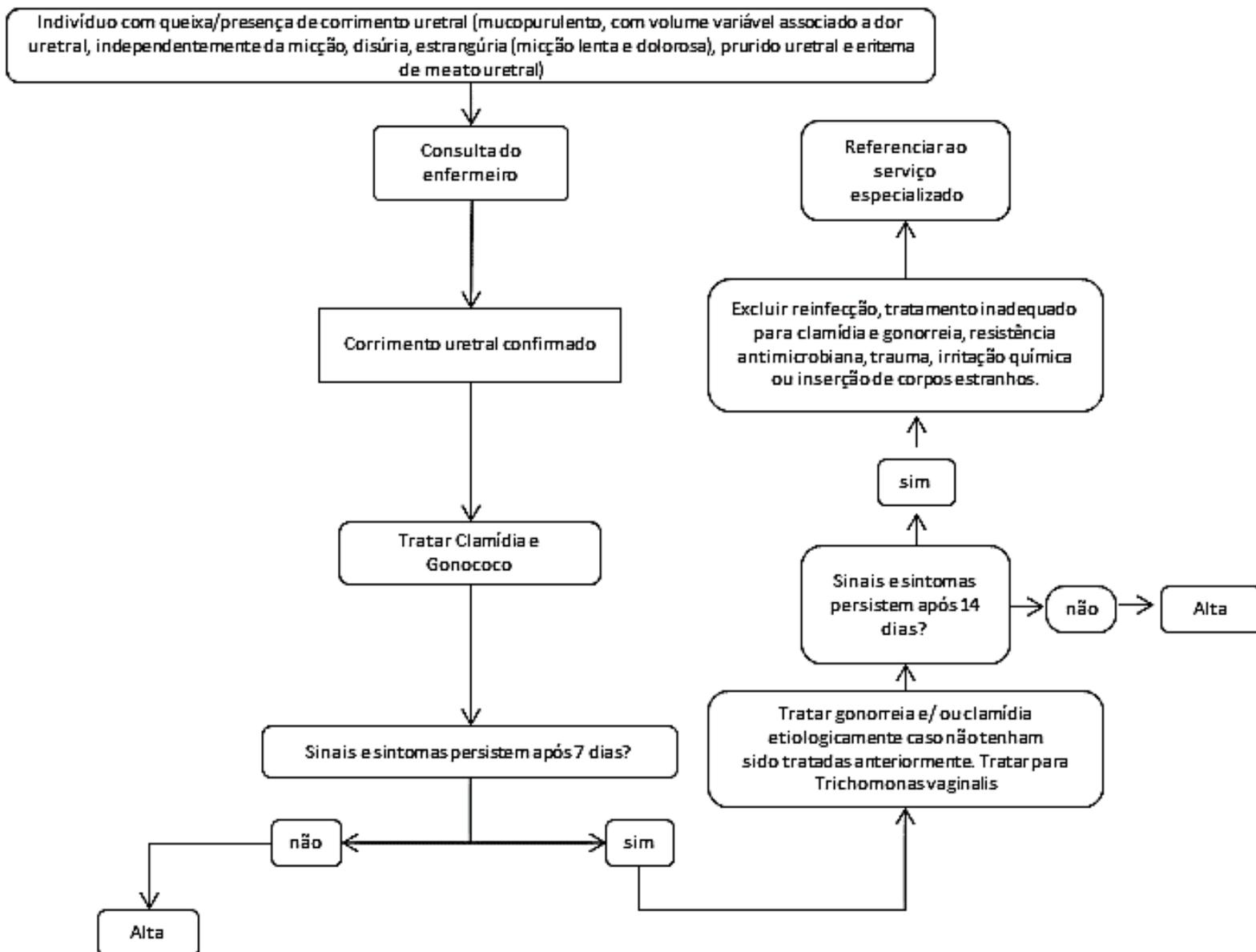
Uretrite não gonocócica: é a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram, cultura e detecção de material genético por biologia molecular são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros (GAYDOS et al., 2009, DALEY et al., 2014; LIS et al., 2015). A infecção por clamídia no homem é responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não gonocócica. A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parcerias femininas estáveis de homens com uretrite não gonocócica hospedem a *C. trachomatis* na endocérvice. Elas podem reinfectar sua(s) parceria(s) sexual(ais) e desenvolver quadro de doença inflamatória pélvica (DIP) se permanecerem sem tratamento. A uretrite não gonocócica caracteriza-se,

habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente (BRASIL, 2019).

Uretrites persistentes: Os pacientes com diagnóstico de uretrite devem retornar ao serviço de saúde entre sete e dez dias após o término do tratamento. Sendo que os sintomas podem persistir devido a fatores como: reexposição a parceria sexual não tratada; infecção adquirida de outra parceria sexual; medicamentos não tomados corretamente ou esquemas não completados; infecção por outros patógeno; presença de organismos resistentes e outras causas (por exemplo, infecção do trato urinário, prostatite, fimose, irritação química, estenoses uretrais, tumores) (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Corrimento Uretral



10.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao **indivíduo com corrimento uretral**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p><i>Inflamação em componente do sistema reprodutivo e urinário;</i></p> <p><i>Infecção em componente do sistema reprodutivo e urinário;</i></p> <p><i>Trauma relacionado à relação sexual (corpo estranho);</i></p> <p><i>Disúria;</i></p> <p><i>Prurido uretral;</i></p> <p><i>Eritema em meato uretral;</i></p> <p><i>Dor uretral contínua;</i></p> <p><i>Promiscuidade;</i></p> <p><i>Integridade tissular prejudicada;</i></p> <p><i>Integridade da pele prejudicada;</i></p> <p><i>Infecção em mucosa uretral;</i></p> <p><i>Infecção em mucosa retal;</i></p> <p><i>Integridade da conjuntiva prejudicada;</i></p> <p><i>Secreção mucopurulenta em colo do útero;</i></p> <p><i>Secreção mucopurulenta em meato uretral.</i></p>	<p>Y01 Dor no pênis; Y03 Secreção ureteral; Y04 Sinais/sintomas pênis, outros; Y71 Gonorreia masculina; U01 Disúria/micção dolorosa; U72 Uretrite; X01 Dor genital; X04 Relação sexual dolorosa na mulher; X23 Medo doença transmissão sexual; X71 Gonorreia feminina.</p>	<p>Enfatizar importância da higiene íntima; Avaliar se a pessoa apresenta os principais fatores de risco para IST: idade abaixo de 30 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia/presença de outra IST; uso irregular de preservativo; Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais; Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST; Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado; Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/HV; Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.</p>	<p>Tratar uretrite sem isolamento do agente etiológico com</p> <p>Primeira opção Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Azitromicina 500mg 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Segunda opção Ceftriaxona 500mg, IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV Hepatites virais e sífilis.</p>
<p><i>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</i></p>				

11 CORRIMENTO VAGINAL

11.1 Introdução

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Entre as gestantes trata-se do primeiro ou segundo motivo de consulta, após a verruga anogenital. Dentre as características não infecciosas do corrimento vaginal podemos elencar: a drenagem excessiva de material mucoide fisiológico, vaginite atrófica (em mulheres na pós-menopausa), vaginite inflamatória descamativa ou a presença de corpo estranho. Outras patologias podem levar ao prurido vulvovaginal sem corrimento como dermatites alérgicas ou irritativas ou doenças de pele (líquen, psoríase) (BRASIL, 2019).

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em: Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana); infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto); IST (tricomoníase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*). Sendo que a mulher pode apresentar mais de um sintoma concomitante, ocasionando corrimento de aspecto inespecífico. A vulvovaginite e a vaginose são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico. São afecções do epitélio estratificado da vulva e/ou vagina, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, principalmente a *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial a *Gardnerella vaginalis*; e o protozoário *Trichomonas vaginalis* (BRASIL, 2019).

A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento, prurido, e/ ou alteração do odor, sendo necessário a investigação sobre a presença de prurido, consistência, cor e alteração no odor, irritação local e deve-se realizar uma investigação abrangente sobre comportamento e práticas sexuais, data da última menstruação, prática de higiene vaginal, uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos e uso de outros potenciais agentes irritantes. A orientação das mulheres com queixa de corrimento vaginal deve abordar as diferenças entre as IST e suas implicações no caso do tratamento das parcerias sexuais, e a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal (BRASIL, 2019).

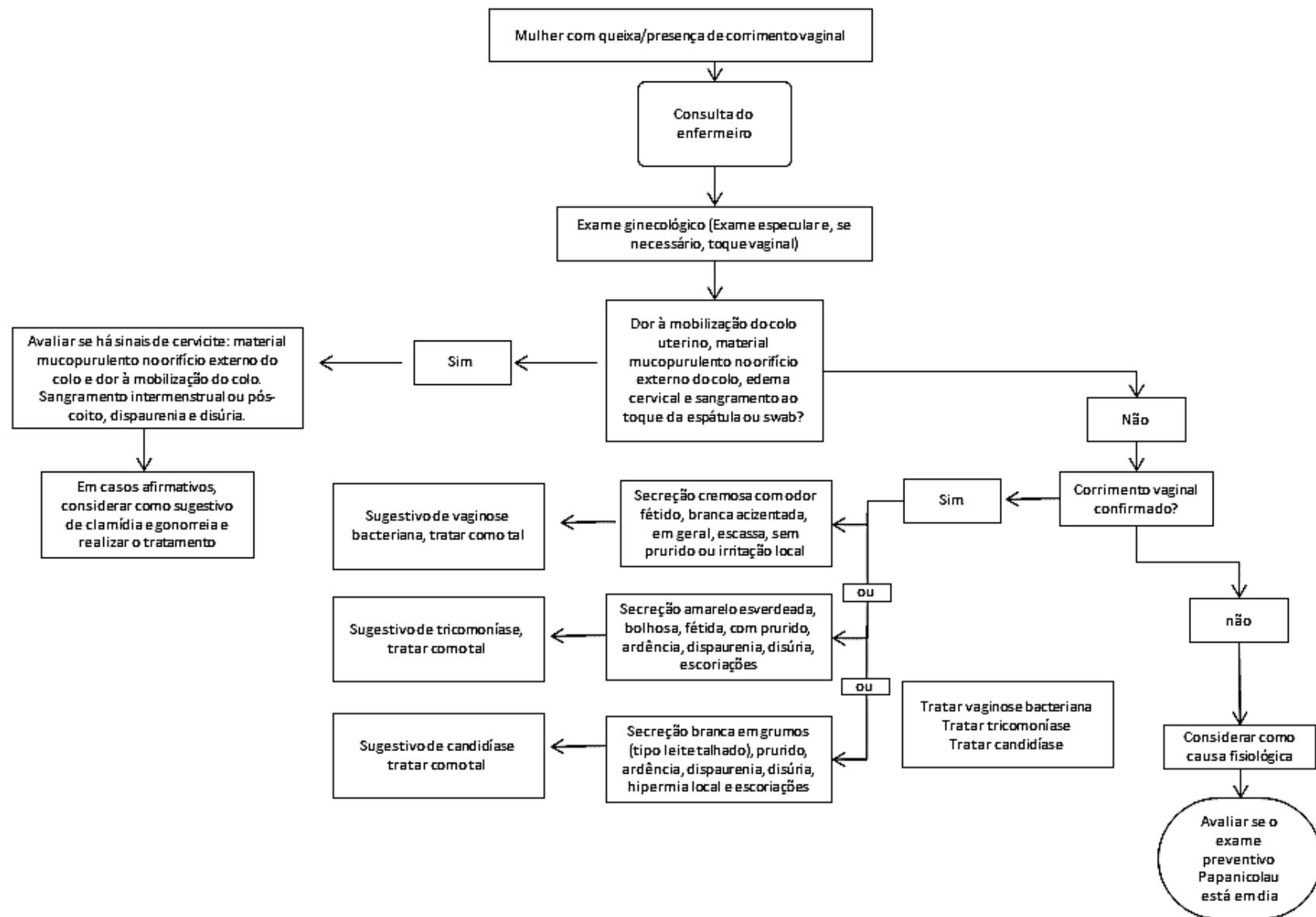
As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica. Os principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Sendo que os fatores associados à prevalência são: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST e uso irregular de preservativo (BRASIL, 2019).

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou *swab*. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

11.2.1 Fluxograma

Fluxograma para o manejo clínico dos casos de Corrimento Vaginal e cervicite



11.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à mulher com corrimento vaginal.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição o farmacológica	Solicitação de exames
<p><i>Prurido Vulvovaginal;</i></p> <p><i>Candidíase presente;</i></p> <p><i>Prurido vaginal presente;</i></p> <p><i>Inflamação presente em região vulvar e vagina;</i></p> <p><i>Presença de lesão;</i></p> <p><i>Secreção vaginal anormal;</i></p> <p><i>Secreção fisiológica em nível alto;</i></p> <p><i>Odor fétido de secreção vaginal;</i></p> <p><i>Dispaurenia;</i></p> <p><i>Lesão em mucosa vaginal;</i></p> <p><i>Secreção fisiológica normal;</i></p> <p><i>Sangramento após relação sexual;</i></p> <p><i>Sangramento intermenstrual;</i></p> <p><i>Disúria;</i></p> <p><i>Micção anormalmente frequente;</i></p> <p><i>Dor pélvica crônica;</i></p> <p><i>Promiscuidade;</i></p> <p><i>Secreção mucopurulenta em região cervical;</i></p> <p><i>Infecção em componente do sistema reprodutivo;</i></p> <p><i>Inflamação em componente do sistema reprodutivo;</i></p>	<p>X01 Dor genital;</p> <p>X04 Relação sexual dolorosa na mulher;</p> <p>X14 Secreção vaginal;</p> <p>X15 Sinais/sintomas vagina;</p> <p>X16 – sinais/sintomas da vulva;</p> <p>X17- Sinais e sintomas/pélvis feminina;</p> <p>X23 Medo doença transmissão sexual;</p> <p>X71 – gonorreia feminina;</p> <p>X72 – candidíase feminina;</p> <p>X73 – tricomoníase feminina;</p> <p>X74 – Doença inflamatória pélvica;</p> <p>X84 – vaginite/vulvite;</p> <p>X92 – infecção por clamídia;</p> <p>X99 – doença genital feminina.</p>	<p>Coletar dados sobre: data da última menstruação, práticas de higiene vaginal, uso de medicamentos e/ou outros potenciais agentes irritantes locais (produtos e/ou objetos na prática sexual);</p> <p>Investigar causas patológicas (e IST) que possam causar as dores nas relações sexuais (DIP);</p> <p>Associar a secreção vaginal ao ciclo menstrual, atividade sexual, estado imunológico, aspectos emocionais e condições de higiene;</p> <p>Avaliar se a pessoa apresenta os principais fatores de risco para IST: idade abaixo de 30 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia/presença de outra IST; uso irregular de preservativo;</p> <p>Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;</p> <p>Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST;</p> <p>Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado;</p> <p>Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/HV;</p>	<p>Seguir o recomendado no quadro 5.</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV Hepatites virais e sífilis;</p> <p>Realizar exame especular.</p>

<p><i>Risco de gestação fora do útero;</i></p> <p><i>Risco de infertilidade;</i></p> <p><i>Trauma relacionado à relação sexual (corpo estranho).</i></p>		<p>Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.</p>		
<p><i>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</i></p>				

Quadro 5 – Orientações para tratamento de corrimento vaginal.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<p>Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias</p>	<p>Fluconazol 150mg, VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia</p>	<p>As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas;</p> <p>É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período;</p> <p>Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.</p>
<p>Recidiva</p>	<p>Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias</p> <p>OU</p> <p>Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias</p>	<p>O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).</p>
VAGINOSE BACTERIANA		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<p>Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias</p>	<p>Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias</p>	<p>Tratar gestantes, lactantes e puérperas somente com a primeira opção;</p> <p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p>
TRICOMONÍASE		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<p>Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias</p>	<p>-</p>	<p>Tratar gestantes, lactantes e puérperas com a mesma posologia;</p> <p>As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.</p> <p>Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”);</p> <p>Suspender as relações sexuais durante o tratamento;</p> <p>Manter o tratamento durante a menstruação.</p>

12 ÚLCERA GENITAL

12.1 Introdução

As úlceras genitais embora frequentemente associadas às IST na população sexualmente ativa, em particular adultos e jovens, não são uma exclusividade das IST e podem estar associada a infecções inespecíficas por fungos, vírus e bactérias, por exemplo: dermatoses bolhosas, como o pêfigo, o eritema multiforme e a dermatite de contato; líquen plano erosivo; aftas; lesões traumáticas; erupção fixa por drogas e até mesmo lesões malignas, como o carcinoma espinocelular (BRASIL, 2019).

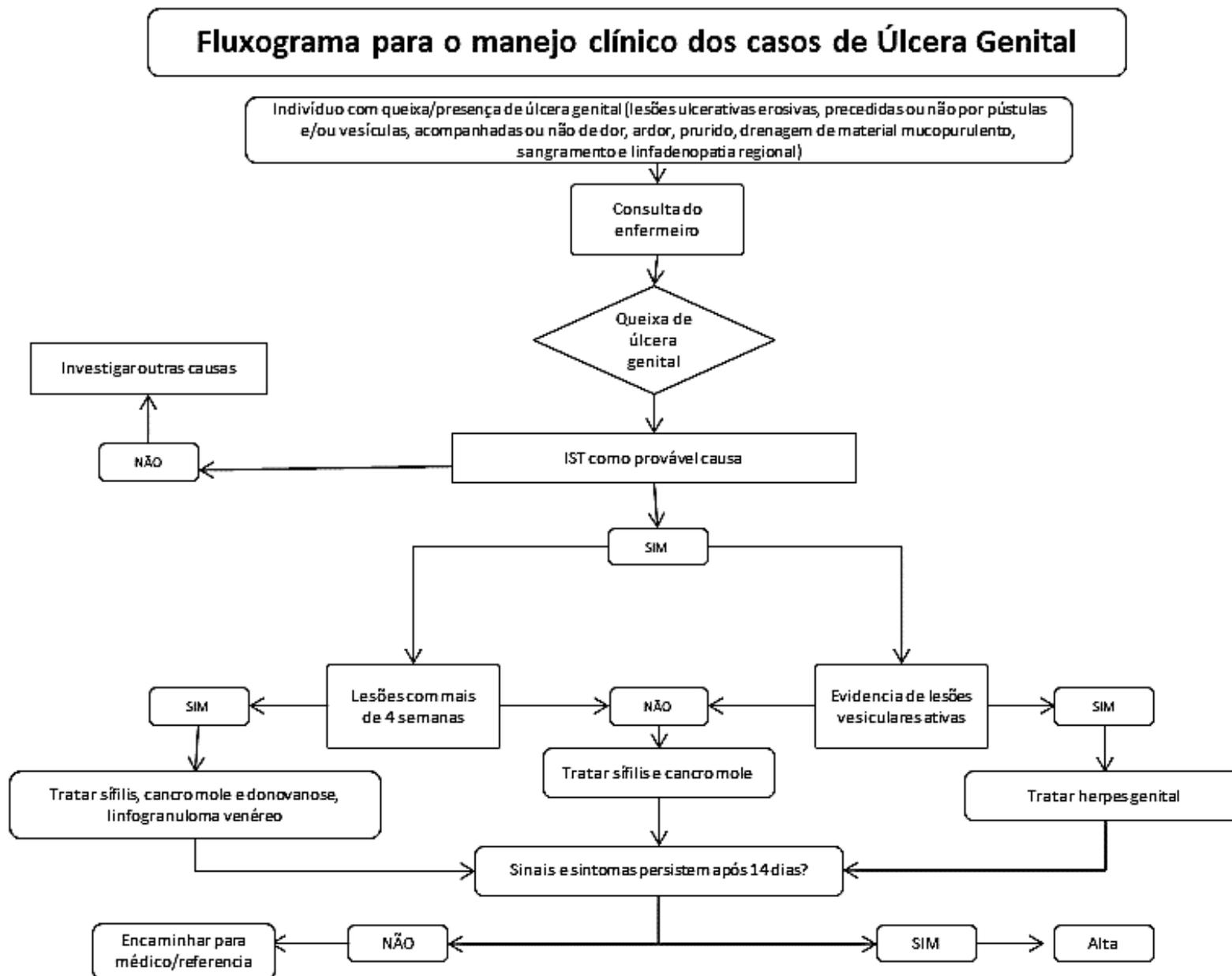
As úlceras genitais representam síndrome clínica, sendo muitas vezes causadas por IST, e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional (BRASIL, 2019).

Em relação as IST que se manifestam clinicamente com ulceramento genital em alguma fase da doença podemos destacar os agentes etiológicos infecciosos mais comuns como: *Treponema pallidum* (sífilis); HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente); *Haemophilus ducreyi* (cancroide); *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV); *Klebsiella granulomatis* (donovanose). Sendo que esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, como, por exemplo, úlcera genital por *Treponema pallidum* e HSV-2 (BRASIL, 2019).

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 desse vírus nas populações de maior vulnerabilidade, portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia do HIV (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

12.2 Fluxograma



12.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com úlcera genital.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p><i>Presença de Úlcera Genital;</i> <i>Dor em úlcera genital;</i> <i>Ardor em região genital;</i> <i>Prurido em região genital;</i> <i>Edema linfático regional;</i> <i>Secreção mucopurulenta em região genital;</i> <i>Sangramento em região genital;</i> <i>Presença de lesão;</i> <i>Dispaurenia;</i> <i>Lesão em mucosa vaginal;</i> <i>Promiscuidade;</i> <i>Infecção em componente do sistema reprodutivo;</i> <i>Inflamação em componente do sistema reprodutivo.</i></p>	<p>X01 Dor genital; X04 Relação sexual dolorosa na mulher; X14 Secreção vaginal; X15 Sinais/sintomas vagina; X16 – sinais/sintomas da vulva; X17- Sinais e sintomas/ pélvis feminina; X23 Medo doença transmissão sexual; X74 – Doença inflamatória pélvica; X84 – vaginite/vulvite; X99 – doença genital feminina; Y01 Dor no pênis; Y02 Dor escroto/testículos; Y04 Sinais/sintomas pênis, outros; Y05 Sinais/sintomas escroto/testículos, outros; Y99 Doença genital masculina, outra.</p>	<p>Orientar tratamento local com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões; Agendar retorno em uma semana para reavaliação das lesões; Abordar 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; Mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer; Avaliar se a pessoa apresenta os principais fatores de risco para IST: idade abaixo de 30 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia/presença de outra IST; uso irregular de preservativo; Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais; Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST; Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e para HPV, quando indicado; Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/HV; Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.</p>	<p>Seguir o recomendado no quadro 6.</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV Hepatites virais e sífilis.</p>
<p><i>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</i></p>				

Quadro 6 – Orientações para tratamento de úlcera genital.

HERPES GENITAL		
CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	ORIENTAÇÕES
<i>Primeiro episódio</i>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
<i>Recidiva</i>	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
CANCROIDE		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<i>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</i>	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento da(s) parceria(s) sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.
LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<i>Doxiciclina 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia.

DONOVANOSE		
PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	ORIENTAÇÕES
<p><i>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões</i></p>	<p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões</p> <p>OU</p> <p>Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg)</p> <p>OU</p> <p>Sulfametoxazoltrimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se encaminhar para avaliação médica;</p> <p>PVHIV encaminhar para avaliação médica;</p> <p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita.</p> <p>As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.</p> <p>Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais</p>

Fonte: adaptado de BRASIL, 2020.

13 VERRUGA ANOGENITAL

13.1 Introdução

O papiloma Vírus Humano é um DNA – vírus de cadeia dupla, não encapsulado, membro da família *Papillomaviridae*. Infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. São identificados atualmente cerca de 200 tipos de HPV dos quais cerca de 40 tipos acometem o trato genital. A transmissão se dá por qualquer tipo de atividade sexual, e excepcionalmente durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara (BRASIL, 2019).

As lesões do HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado, de tamanho variado (de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros). As lesões costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral, são

assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV (BRASIL, 2019).

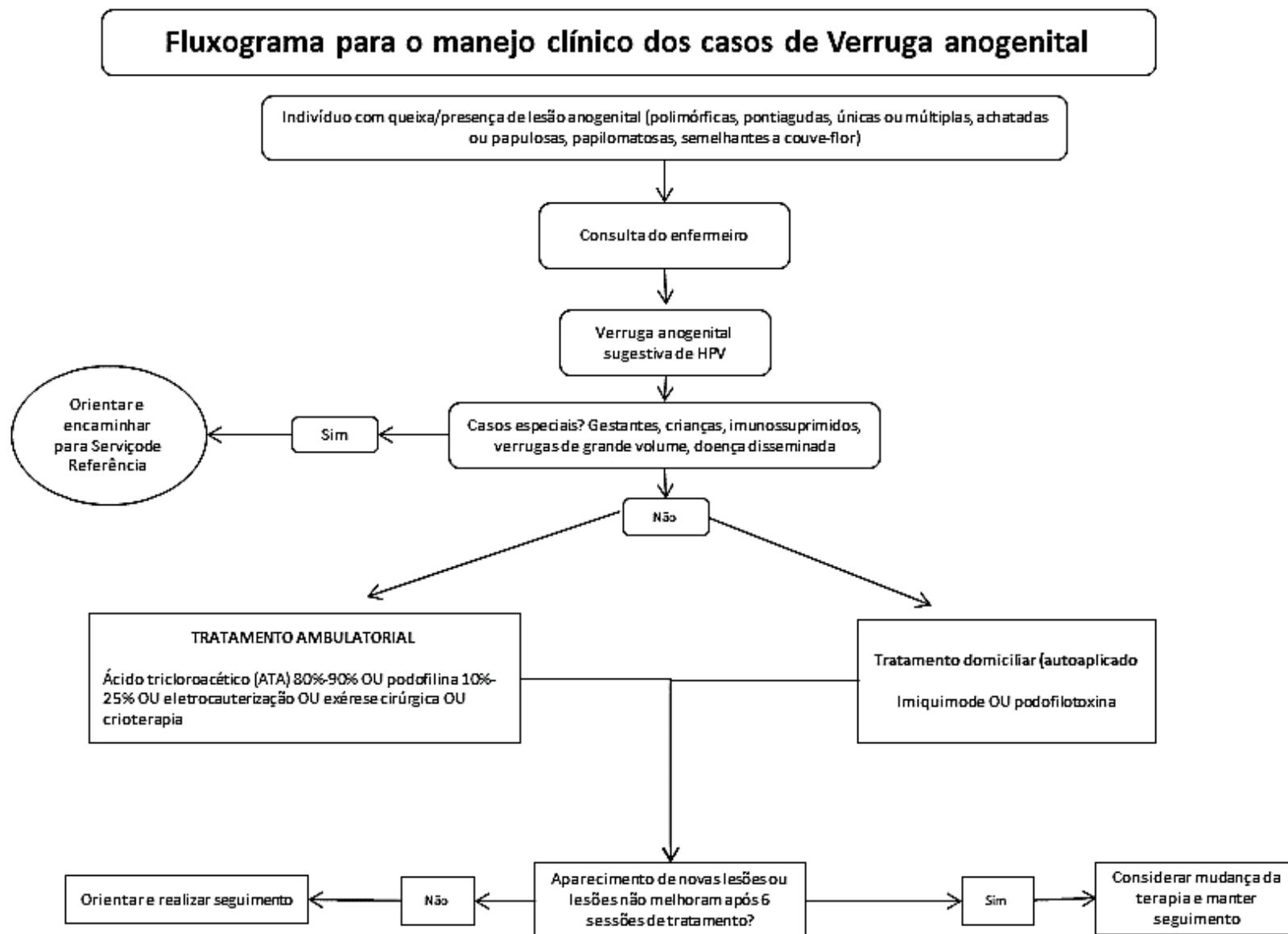
Aproximadamente 1 a 2% das mulheres apresentam verrugas anogenitais, sendo que de 2 a 5% mostram alterações no exame preventivo de colo do útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses. No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálano-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto (BRASIL, 2019).

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Há indicação de biópsia para estudo histopatológico. Contudo, em situações onde há dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças, lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos, e lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras – há indicação de biópsia para estudo histopatológico casos em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade (BRASIL, 2019).

As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com anoscopia e toque retal. O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis. Apesar de haver recomendação de tratamento, não há evidência de que os tratamentos disponíveis modifiquem a história natural da infecção pelo HPV. Independentemente da instituição de tratamentos, as lesões podem desaparecer, permanecer inalteradas ou aumentar em número e/ou volume. Recidivas são frequentes em tempo bastante variável, podendo ocorrer após meses ou anos. As situações de imunodeficiência não modificam as recomendações terapêuticas, porém devido as condições de saúde os pacientes nestas condições tendem a apresentar piores respostas ao tratamento e requerem maior cuidado quanto ao risco de complicações (BRASIL, 2019).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão de instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção às IST/HIV/HV, disponível na página 22.

13.2.1 Fluxograma



Quadro 13.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao **indivíduo com verruga anogenital**.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Presença de lesão cutaneomucosa com prurido, dor ou sangramento;</p> <p>Presença de Verruga em órgãos genitais e região perianal;</p> <p>Ardor em região genital;</p> <p>Prurido em região genital;</p> <p>Edema linfático regional;</p> <p>Presença de lesão;</p> <p>Dispaurenia;</p> <p>Promiscuidade;</p> <p>Infecção em componente do sistema reprodutivo;</p> <p>Inflamação em componente do sistema reprodutivo.</p>	<p>X01 Dor genital;</p> <p>X04 Relação sexual dolorosa na mulher;</p> <p>X15 Sinais/sintomas vagina;</p> <p>X16 – sinais/sintomas da vulva;</p> <p>X17- Sinais e sintomas/ pélvis feminina;</p> <p>X23 Medo doença transmissão sexual;</p> <p>X74 – Doença inflamatória pélvica;</p> <p>X84 – vaginite/vulvite;</p> <p>X99 – doença genital feminina;</p> <p>X90 – herpes genital feminino;</p> <p>X91 – condiloma acuminado feminino;</p> <p>Y76 Condiloma acuminado.</p>	<p>Orientar sobre evolução da infecção por HPV</p> <p>Orientar sobre recidivas e surgimento de novas verrugas durante o tratamento;</p> <p>Orientar cuidados de higiene após realização de cauterização das verrugas;</p> <p>Avaliar se a pessoa apresenta os principais fatores de risco para IST: idade abaixo de 30 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia/presença de outra IST; uso irregular de preservativo;</p> <p>Comunicar o usuário de que o tratamento pode ser doloroso e demorado;</p> <p>Comunicar que o tratamento pode produzir bolhas, úlceras e cicatrizes;</p> <p>Orientar o usuário quanto à possibilidade de infecção secundária e seus sinais de alerta;</p> <p>Evitar exposição da pele à luz solar (inclusive ao bronzamento artificial) durante o tratamento, em razão do aumento da sensibilidade cutânea a queimaduras;</p> <p>Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;</p> <p>Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST;</p> <p>Oferecer vacinação para hepatite A e hepatite B, e</p>	<p>Tratamento domiciliar:</p> <p>1) Imiquimode 50mg/g creme. Aplicar nas verrugas externas genitais/anais em dias alternados até o desaparecimento das verrugas ou por um período máximo de 16 semanas a cada episódio de verrugas</p> <p>Ou</p> <p>2) Podofilotoxina. Aplicar 2X ao dia, pela manhã e à noite, por três dias consecutivos (dias 1, 2 e 3), seguida por um período de quatro dias sem aplicação (um ciclo de tratamento). Caso haja qualquer verruga remanescente após sete dias de aplicação, outro ciclo de tratamento pode ser feito. Recomenda-se, no máximo, quatro ciclos de tratamento.</p> <p>Tratamento ambulatorial:</p> <p>1) Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução. Aplicar nas lesões.</p> <p>2) Podofilina 10%-25% em solução. Aplicar nas lesões.</p>	<p>Ofertar testes rápidos para HIV hepatites virais e sífilis.</p>

		<p>para HPV, quando indicado;</p> <p>Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST/HIV/HV;</p> <p>Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais.</p>	<p>3) Remoção das verrugas com Eletrocauterizaçã o ou Exérese cirúrgica ou Crioterapia</p> <p>Obs. Para todos os tratamentos considerar as orientações do quadro 7.</p>	
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem no atendimento ao indivíduo com qualquer tipo de IST/HIV/HV (Quadro 1).</p>				

Quadro 7 – Orientações para tratamento domiciliar e ambulatorial das verrugas anogenitais.

TRATAMENTO DOMICILIAR

Imiquimode	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de se deitar, lavar as mãos e a área a ser tratada com água e sabonete neutro. Secar bem a área limpa. Abrir um sachê novo de imiquimode e espremê-lo, a fim de liberar o creme na ponta do dedo indicador; 2. Aplicar uma camada fina de imiquimode sobre a região afetada e massagear suavemente até o creme desaparecer; 3. Após a aplicação, jogar fora o sachê e lavar as mãos com água e sabão; 4. Deixar o creme agir por seis a dez horas sobre as verrugas genitais externas; 5. Durante esse período, evitar qualquer banho ou ducha; 6. Após esse período, lavar a região tratada com água e sabonete suave. Abrir sempre um novo sachê a cada aplicação do produto; 7. Após o uso, sempre jogar fora o sachê; 8. Nunca guardar a sobra do sachê para usá-la posteriormente. Doses maiores que as recomendadas podem levar a um aumento de reações adversas no local de aplicação.
Podofilotoxina	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de aplicar o creme, lavar as áreas afetadas com água e sabão e secar completamente; 2. Utilizando a ponta dos dedos, aplicar quantidade de creme suficiente para cobrir cada verruga, permanecendo com as pernas afastadas uma em relação a outra até que o creme seja totalmente absorvido; 3. Se o creme entrar em contato com a pele sadia, ele deve ser retirado com água e sabão;

4. O contato prolongado com a pele sadia deve ser evitado.
5. As mãos devem ser completamente lavadas após cada aplicação

TRATAMENTO AMBULATORIAL

Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução

Aplicar uma pequena quantidade com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões;

A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais;

É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação;

Não prescrever para uso domiciliar, frente ao potencial dano aos tecidos e suas complicações.

Podofilina 10%-25% em solução

Aplicar a podofilina sobre as verrugas e aguardar a secagem, evitando o contato com o tecido são;

A frequência e o número de sessões variam conforme a resposta ao tratamento, sendo adequado iniciar com aplicações semanais;

Em cada sessão, limitar o volume utilizado a 0,5mL e a área tratada a 10cm²;

Além de irritação local, a absorção de grande quantidade da substância pode acarretar cardio, neuro e nefrotoxicidade;

É contraindicada na gestação;

Eletrocauterização

Exige que o enfermeiro tenha treinamento específico;

Exige equipamento específico e anestesia local;

É apropriada para o caso de lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas.

Permite a destruição de todas as lesões em uma sessão;

Os resultados dependem da experiência do operador; o uso inadequado da técnica pode resultar em cicatrizes desfigurantes e, excepcionalmente, estenose ou fístulas em estruturas tubulares, como uretra, canal anal e vaginal.

Exérese cirúrgica

Exige que o enfermeiro tenha treinamento específico;

Requer anestesia local;

A exérese tangencial (*shaving*) com tesoura delicada ou lâmina é um excelente método, vez que, além da remoção completa das lesões, permite o estudo histopatológico dos fragmentos;

É adequada para lesões volumosas, especialmente as pedunculadas.

	Em geral, não é necessário realizar sutura ou procedimento para hemostasia, sendo suficiente a compressão do local operado.
Crioterapia	<p>Exige que o enfermeiro tenha treinamento específico;</p> <p>Pode ser utilizada por meio de sondas, aplicadores de algodão ou, em sua forma mais prática, em spray, mediante equipamento específico;</p> <p>Pode ser utilizada na gestação;</p> <p>É muito apropriada em caso de lesões isoladas e queratinizadas;</p> <p>Pode, excepcionalmente, requerer anestesia;</p> <p>A frequência e o número de sessões variam conforme a resposta ao tratamento, sendo adequado iniciar com aplicações semanais.</p>

CAPÍTULO 5

PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE

14 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, este protocolo traz as principais atribuições do Enfermeiro, da Equipe de Enfermagem e da Equipe de Saúde. Cabe destacar que no âmbito do trabalho em equipe, o Enfermeiro é o responsável pela Equipe de Enfermagem e todos compõem a Equipe de Saúde. No que tange as atividades laborais se faz cada vez mais importante que as equipes de saúde tenham conhecimento das práticas comuns, específicas e colaborativas entre os diversos profissionais que prestam a assistência à saúde, a fim de otimizar, qualificá-la de modo a garantir sua integralidade.

Enfermeiro

- Realizar a consulta de enfermagem;
- Avaliar resultados de exames e dar laudo dos testes rápidos de gravidez, HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
- Realizar cuidados de maior complexidade que exijam os conhecimentos científicos para a tomada de decisões;
- Incentivar e realizar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), quando detentor de formação especializada;
- Efetuar a referência e contra referência dos usuários.

Equipe de enfermagem

- Realizar os testes rápidos de gravidez, HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
- Avaliar situação vacinal para Hepatite, A, B e HPV, quando indicado;
- Atualizar calendário vacinal de acordo com a faixa etária;
- Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados de maior complexidade técnica;
- Participar de atividades grupais junto aos demais profissionais da equipe de saúde;
- Participar dos cuidados gerais dos pacientes.

Profissionais de saúde

- Realizar orientações de cuidados, enfatizando a importâncias das práticas sexuais seguras;
- Realizar a convocação/busca ativa dos indivíduos com exames alterados para respectivas condutas em tempo oportuno;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);

- Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
- Realizar visitas domiciliares;
- Registrar as informações de seguimento no prontuário;
- Realizar notificação compulsória dos agravos;
- Participar das discussões dos casos clínicos de IST/HV/HV com elaboração dos PTS;
- Participar dos grupos terapêuticos.
- Conduzir e coordenar grupos terapêuticos (profissionais de nível superior).

15 REFERÊNCIAS

Avelleira JCR, Bottino G. **Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle.** *An Bras Dermatol.* 2006;81(2):111-26. Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na atenção básica** – Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Barbosa, Thiago Luis de Andrade et al. **Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas Gerais, 2015-2016.** *Minas Gerais, 2016.* Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100015>>. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100015>. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016A.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, DF; 2018A.

BRASIL, **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos,** Brasília – DF 2018B.

BRASIL. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças.** Brasília – DF 2018C.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis,** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde 3 Volume 49, Nº 45, Out. Brasília – DF 2018.D

BRASIL. **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília – DF 2019.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Atenção Integral Às Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília – DF 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CIPE. **Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem**. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em 15 maio 2020.

COREN/PB. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba**. 2 ed. João Pessoa, 2015.

COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. **SAÚDE DA MULHER: Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida**. Florianópolis – SC, 2017.

COREN/SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**. Módulo 1: Saúde da Mulher. São Paulo – SP, 2019.

PRIMO, C.C., et al. **Subconjuntos terminológicos da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. Sistematização da Assistência de Enfermagem- SESAU**. Versão 0. Subconjunto de Terminologia Gravidez. Outubro/2015.

SANTOS, K.H., MARQUES, D. **Diagnósticos de Enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem, vol.15, n. 2, pág 108-113, dezembro, 2015.

Viera, Taisa Biscaglia et al. **Soroconversão após a vacinação para hepatite B em acadêmicos da área da saúde**. *Disc. Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 7, n. 1, p. 13-21, 2006.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**ATENÇÃO ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
HIV/HEPATITES B E C**

Organização: COREN/MS
Diagramação: Everton Ferreira Lemos -
Enfermeiro – Câmara Técnica Educação e
Pesquisa do Coren-MS.

Sede:

Campo Grande - MS
Av. Monte Castelo, 269 - Monte Castelo, Campo Grande - MS, 79010-400

Subseções:

Dourados: Rua Ciro Melo, 1374 - Jardim Central, Dourados - MS, 79805-031
Três Lagoas: Rua Engenheiro, R. Elviro Mario Mancini, 1420 - Vila Nova, Três Lagoas - MS, 79601-060



Coren^{MS}
Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul