

# *Cartilha com orientações gerais sobre Infecções sexualmente transmissíveis*



**Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício**  
*Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> da Universidade Federal de Uberlândia*  
*Doutora em Enfermagem – UFRN*  
*Mestra em Enfermagem – UFPB*  
*Especialista em Saúde da Família*  
*Enfermeira*



**Marina Braga Ramalho Machado**  
*Enfermeira de Saúde da Família.*  
*Pós-graduada em Saúde Pública.*  
*Pós-graduada em Enfermagem em UTI.*

# *Percurso*

*Este material foi construído a partir da Live sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis, apresentada em comemoração a Semana de Enfermagem da Escola Técnica em Saúde, do Curso Técnico em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. O objetivo deste material é orientar e contribuir com orientações gerais sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis.*

*Serão abordadas IST's relacionadas a úlcera anogenital; corrimento uretral ou vaginal e verruga anogenital. O HIV está a parte desta divisão, mas vamos comentar um pouco sobre ele também.*

*Além de temáticas específicas estão elencados neste material questionamentos que surgiram durante a Live.*

*Esta cartilha apresenta, em sua maior parte, embasamentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, 2020.*

*Ótima leitura!*

# O que são Infecções Sexualmente Transmissíveis?

- ✓ São infecções transmitidas por via sexual.

- Um detalhe importante é que infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não são consideradas IST (vaginose e candidíase). Mas, iremos abordá-las.

## QUAL A DIFERENÇA ENTRE DST E IST? POR QUAL MOTIVO A NOMENCLATURA FOI MODIFICADA

- ✓ O termo “DST” refere-se a doença e sabe-se que esta nomenclatura envolve manifestações clínicas visíveis no indivíduo, entretanto, neste universo existem fases assintomáticas, sendo neste caso o termo ideal “IST”;
- ✓ As IST’s estão relacionadas a comportamentos vulneráveis, como: uso irregular do preservativo, multiplicidade de parceiros, história prévia de outras IST’s, idade, entre outros.

# Qual a periodicidade de rastreamento para IST's?

QUEM	QUANDO			
	HIV <sup>a</sup>	Sífilis <sup>b</sup>	Clamidia e gonococo <sup>c</sup>	Hepatites B <sup>d</sup> e C <sup>e</sup>
<b>Adolescentes e jovens (≤30 anos)</b>	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
<b>Gestantes</b>	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No inicio do 3º trimestre (28 <sup>a</sup> semana); No momento do parto, independentemente de exames anteriores; Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.	Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤30 anos)		Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) <sup>f</sup> Hepatite C: de acordo com o histórico de exposição de risco para HCV <sup>g</sup>
<b>Gays e HSH</b>	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
<b>Trabalhadores(as) do sexo</b>				
<b>Travestis/transsexuais</b>				
<b>Pessoas que usam álcool e outras drogas</b>				
<b>Pessoas com diagnóstico de IST</b>	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
<b>Pessoas com diagnóstico de hepatites virais</b>	No momento do diagnóstico	–	–	–
<b>Pessoas com diagnóstico de tuberculose</b>	No momento do diagnóstico	–	–	–
<b>PVHIV</b>	–	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
<b>Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos</b>	Semestral			
<b>Pessoas privadas de liberdade</b>	Anual	Semestral	–	Semestral
<b>Violência sexual</b>	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição
<b>Pessoas em uso de PrEP</b>	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
<b>Pessoas com indicação de PEP</b>	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

(BRASIL, 2020)

## ***O citológico e a Enfermagem***

- ✓ O citológico pode ser realizado pelo profissional enfermeiro segundo resolução COFEN 381/2011 e logo após alterada pela 385/2011;
- ✓ O técnico de enfermagem pode auxiliar em todo o procedimento;
- ✓ O enfermeiro pode realizar a coleta do citológico em clínicas particulares, respaldado também pela Resolução COFEN 358/2009 (SAE) e a Lei do exercício profissional 7498/86;
- ✓ Destaca-se que a equipe de enfermagem deve conhecer a técnica de coleta, armazenamento, materiais que serão utilizados, além de todas as orientações para realização do exame citológico, pois ao agendar uma consulta o paciente deve ser esclarecido sobre todos os cuidados prévios à coleta do citológico, como por exemplo: não utilizar ducha 48h antes do exame; medicamentos (creme, óvulo, lubrificantes): não utilizar 48h antes do exame; Exames intravaginais: não realizar 48h antes do exame; período correto para realizar: 5º dia após a menstruação. Realizar anualmente após o início da atividade sexual;
- ✓ Grávidas: pode ser realizado; Virgens: realizar com cotonete coletor; Menopausadas/hysterectomizadas: coleta do fundo do saco.

## **É apenas por via sexual que se transmite uma IST?**

- ✓ Além das vias sexuais (oral, vaginal e anal), pode acontecer durante gestação via mãe e feto, parto ou amamentação, transplante, transfusão, acidentes de trabalho por perfurocortantes e de maneira menos comum através de contato com mucosas ou pele não íntegra com secreções contaminadas (herpes, HPV, HIV).



# Úlcera Anogenital: Linfogranuloma venéreo

## Agente Etiológico

Chlamydia Trachomatis, sorotipos L1 L2 L3.

## Manifestações Clínicas

**Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênuo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa; **Fase de disseminação linfática regional:** no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação; › **Fase de sequelas:** o comprometimento ganglionar evolui com supuração e stulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa.

## Tempo de Incubação

7 a 30 dias.



## Diagnóstico

Clínico: Lesão genital de curta duração.



## Tratamento

Doxiciclinab 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)

PARCEIRA SINTOMATICA MESMO ESQUEMA, ASSINTOMATICA

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única

ou Doxiciclinab 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias .

# Úlcera Anogenital: Cancroide Cranco mole, venéreo ou Ducrey

## Agente Etiológico

Haemophilus ducreyi.

## Manifestações Clínicas

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



## Tempo de Incubação

3 a 5 dias ou até 14 dias.

## Diagnóstico

**Microscopia de material corado pela técnica de coloração de Gram:** visualização de bacilos Gram-negativos típicos de tamanho pequeno, agrupados. **Coleta de material biológico:** coleta do exsudato seroso da base da lesão, livre de eritrócitos.

## Tratamento

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, em dose única  
Ceftriaxona 250mg, IM, dose única **ou**  
Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 2x / dia por 03 dias.

# Úlcera Anogenital: Herpes genital

## Agente Etiológico

Vírus do Herpes simplex (HSV)

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família Herpesviridae, da qual fazem parte o citomegalovírus, vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano

## Manifestações Clínicas

**Primoinfecção herpética:** lesões eritemato-papulosas, evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável na região genital;

Pode causar: febre, mal-estar, mialgia e disúria.

**Surtos recorrentes:** Prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital; Vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. Apresentam regressão espontânea entre 7 – 10 dias.



(NAIDE et al., 2019)



(NAIDE et al., 2019)

## Tempo de Incubação

Na primoinfecção: em média 6 dias.

## Diagnóstico

Clínico e sorologia.

## Tratamento

1º episódio:

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

Recidiva:

Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias.

(BRASIL, 2020)

# Úlcera Anogenital: Danovanose

## Agente Etiológico

*Klebsiella granulomatis.*

## Manifestações Clínicas

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



<https://www.tuasaude.com/donovanose/>

## Tempo de Incubação

3 dias a 180 dias.

## Diagnóstico

**Clinico:** caroços e feridas de aspecto vermelho vivo e sangramento fácil.

## Tratamento

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/ semana, por pelo menos três semanas

Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias **ou** Ciprofloxacino 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias **ou** Sulfametoxazoltrimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas

# Úlcera Anogenital: Sífilis

## Agente Etiológico

Bactéria: Treponema Pallidum.

## Manifestações Clínicas

Primeira manifestação- sífilis primária: úlcera, indolor e única (normalmente), borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo “cancro duro. A lesão pode durar de 3 a 8 semanas e desaparece mesmo sem tratamento.

A sífilis tardia habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa; Pode ocorrer também micropoliadenopatia uveítes, mal estar, adinamia.

A sífilis terciária provoca destruição tecidual.

“A sífilis é classificada em recente (até 1 ano – envolve a sífilis latente recente, primária, secundária) e tardia (mais de 1 ano – envolve a sífilis latente tardia e terciária). Mas, isso é muito difícil porque se o paciente não apresentar lesões (o que chamamos de sífilis latente) é difícil saber se irá ser recente ou tardia, certo? Então: Toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.” (BRASIL, 2020)



(NEVES, 2019)



(BRASIL, 2018)



(LEÃO et al., 2020) adaptado Tortora et al 2012

## Tempo de Incubação

A sífilis primária incubação de 10 a 90 dias. Sífilis secundaria: ocorre em media entre seis semanas a seis meses apos a cicatrização do cancro. Sífilis terciária: pode surgir entre 1 e 40 anos depois do inicio da infecção.

## Diagnóstico

Método direto – coletado diretamente da lesão; - Testes imunológicos (treponêmicos 1º a ser reagente e têm-se também os não treponêmicos)

TREPONÊMICOS (exemplos): FTA-ABS, ELISA, TESTES RÁPIDOS \*Cicatriz sorológica em 85% dos casos

NÃO TREPONÊMICOS (exemplos): VDRL, PRP →

Ideais para acompanhamento!

- Sempre atentar para IGM (infecção) e IGG (imune)

“As crianças nascidas de mãe com cicatriz sorológica\* para sífilis antes da gestação não necessitam de avaliação ou tratamento na maternidade. No entanto, a testagem para sífilis deve ocorrer, conforme rotina preconizada no pré-natal (1º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos.

\*tratamento adequado com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex: antes, 1:16; depois, menor ou igual a 1:4).”

# Úlcera Anogenital: Sífilis

## Tratamento

Benzilpenicilina – tratamento de escolha

Via de administração; IM, VENTRO-GLÚTEA (preferencialmente).

### ATENÇÃO!

\*Prótese de Silicone no glúteo – não administrar penicilina

\*\*Atenção a ordem de prioridade: penicilina, doxiciclina, tetracilina, eritromicina

\*\*\*Atenção: as cefalosporinas (cefalexina, cefazolina, cefaclor, ceftriaxona, etc) podem ter reação cruzada com a penicilina.

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Trimestral
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas  Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Trimestral
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4h ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV ao dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização  (BRASIL, 2020)

### REAÇÃO PÓS PENICILINA

- ✓ Reação de Jarisch-Herxheimer - pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina;
- ✓ Exacerbação das lesões cutâneas – com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia;
  - ✓ Regridem espontaneamente após 12 a 24 horas;
  - ✓ Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade.

# Corrimento uretral/vaginal: Candidíase Vulvovaginal

## Agente Etiológico

Candida Albicans é a mais comum.

## Manifestações Clínicas

“Alguns fatores que predispõe a ter candidíase: gravidez, obesidade, hábitos de higiene, roupas apertadas que favorecem a umidade e calor local, contato com sabonetes ou substâncias irritantes que provocam alteração, entre outros.”  
(BRASIL, 2020)

Prurido, ardência, corrimento grumoso sem odor, dispareunia (dor no sexo), disúria.

## Tempo de Incubação

Desconhecido



## Diagnóstico

Clínico e citologia a fresco, utiliza-se soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10% a fim de visibilizar a presença de hifas e/ou esporos dos fungos. Coleta do citopatológico do colo uterino.

## Tratamento

Miconazol creme a 2% por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias Segunda opção Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia CVV complicada e CVV recorrentes Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses.

# Corrimento uretral/vaginal: Clamídia

## Agente Etiológico

Bactéria: Chlamydia trachomatis.

## Manifestações Clínicas

Corrimentos mucóides, discretos, com disúria leve e intermitente.



<https://www.ufjf.br/microbiologia/files/2013/05/Bact%e3%a9rias-associadas-%e3%a0s-DSTs1.pdf>



## Tempo de Incubação

14 a 21 dias.

## Diagnóstico

Detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular, através da bacterioscopia.

## Tratamento

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única **ou**  
Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes).

(BRASIL, 2020)

# Corrimento uretral/vaginal: Gonorreia

## Agente Etiológico

Bactéria: *Neisseria gonorrhoeae*.

## Manifestações Clínicas

Quando há clínica, surge: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

A infecção uretral no homem é assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e de disúria em mais de 50%.

Nas mulheres, a uretrite gonocócica é frequentemente assintomática.

Dor a manipulação do colo, muco cervical turvo ou amarelado e friabilidade cervical

Ao exame físico, podem estar presentes dor a mobilização do colo uterino, Material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou *swab*



## Tempo de Incubação

Dois a cinco dias após a infecção.

## Diagnóstico

Detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular.

Bacterioscopia: a coloração de Gram é um método rápido e possui bom desempenho para o diagnóstico de gonorreia em homens sintomáticos com corrimento uretral. A infecção gonocócica é estabelecida pela presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares.

Em mulheres, no entanto, o esfregaço de secreções cervicais detecta apenas 40% a 60% das infecções.

- Cultura (Os meios de cultura são vários e incluem o de Diamond, Trichosel e In Pouch TV)

\*\*Recomenda-se exames para gonorreia na 1ª consulta de pré-natal.

## Tratamento

**Infeccao gonococica NAO complicada (uretra, colo do utero, reto e faringe):** Ceftriaxona 500mg, IM, DU **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, DU

**Infeccao gonococica disseminada:** Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de Tratamento **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, DU.

(BRASIL, 2020)

# Corrimento uretral/vaginal: Tricomoníase

## Agente Etiológico

Protozoário: trichomonas vaginalis .

## Manifestações Clínicas

Corrimendo esverdeado, acinzentado, bolhoso;

Odor fétido (algumas vezes lembrando a peixe podre); disúria; prurido eventual; microulcerações no colo uterino; Teste de Schiller tigroide; Sinusorragia – sangramento durante relação sexual

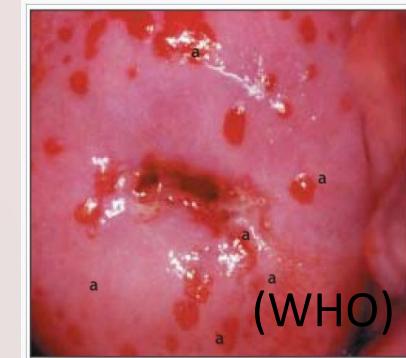
Aumento do pH para 6,5-7,5 tornando-o alcalino e o NORMAL varia entre 3,8 a 4,2 pH vaginal

Na gestação, quando não tratada, pode evoluir para rotura prematura das membranas.

## Tempo de Incubação

14 a 21 dias.

## Diagnóstico



“Em caso de alterações da citologia oncoética concomitantemente ao diagnóstico de tricomoníase, recomenda-se repetir a citologia após três meses, avaliando se as alterações permanecem”  
(BRASIL, 2020)

Exame à fresco através da gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico com observação do parasita em microscópio; bacteroscopia observando parasita gram-negativo; Cultura; Exame citológico; Teste de Schiller (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”); PH quase sempre >5; Teste de aminas/Whiff positivo (uma gota de KOH+ a 10% na secreção vaginal na lâmina – cheiro de peixe podre.

## Tratamento

Metronidazol 400mg, 5 comprimidos VO, DU OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO 2x/dia por 7 dias.

TRATAR parceiro sexual com o mesmo esquema escolhido.

Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.

Manter o tratamento durante a menstruação.

PVHIV: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para a interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos (dar um intervalo de 2horas).

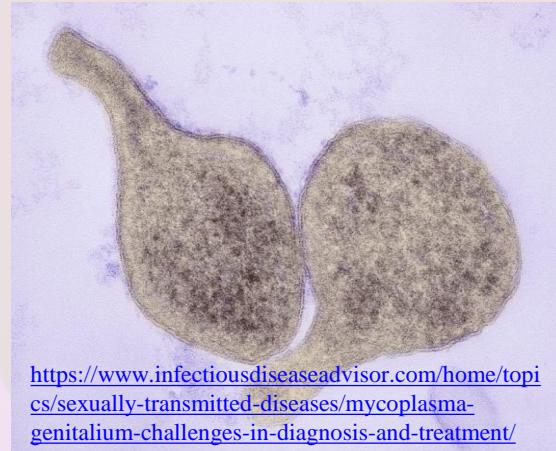
# Corrimento uretral/vaginal: Infecção causada por micoplasma

## Agente Etiológico

Mycoplasma genitalium.

## Manifestações Clínicas

Disúria, dispureunia, secreção na uretra (no caso dos homens) e corrimento discreto (em mulheres). Mas também pode ser assintomática.



## Tempo de Incubação

7 a 28 dias.

## Diagnóstico

Bacterioscopia com gram não negativo e urina após 4h de retenção.

## Tratamento

Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

# Corrimiento uretral/vaginal: Vaginose bacteriana

## Agente Etiológico

Causada por múltiplos agentes. Está associada a perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaerobicos, com predominio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtisii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactiae*

## Manifestações Clínicas

“O exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica) e a colposcopia não devem ser realizados com o intuito de diagnosticar vulvovaginite, vaginose e cervicite. Quando indicados (ex.: para rastreio de neoplasia intraepitelial cervical), devem preferencialmente ser realizados após tratamento.”  
(BRASIL, 2020)

Odor fétido, coloração branca ou acinzentada.

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

\*\*Não esquecer de realizar uma abordagem minuciosa: comportamentos e práticas sexuais; Data da última menstruação; Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos; e/ou Outros potenciais agentes irritantes locais. Durante o citológico observar todas as possíveis alterações desde a região inguinal, ao canal vaginal, como ulcerações, edema, eritema.

## Tempo de Incubação

Desconhecido.



## Diagnóstico

Se a microscopia estiver disponível, o diagnóstico é realizado na presença de pelo menos três critérios de Amsel: Corrimento vaginal homogêneo; pH >4,5; Presença de *clue cells* no exame de lamina a fresco; Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

Padrão-ouro é a coloração por Gram do fluido vaginal - BACTEROSCOPIA.

Existe um Sistema de Nugent que diagnóstica vaginose bacteriana quando o escore é igual ou superior a 7.

## Tratamento

Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, a noite ao deitar-se, por 5 dias

Segunda opção: Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias

\*\* O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.

ATENÇÃO: Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool devido ao efeito antabuse (depressão respiratória, arritmias cardíacas, convulsões), devido a interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”).

(BRASIL, 2020)

# Verruga anogenital: HPV

## Agente Etiológico

Papiloma vírus humano é um DNA-vírus de cadeia dupla, não encapsulado, membro da família Papovaviridae.

NIC I neoplasia intraepitelial cervical displasia leve e Grau 1

NIC II displasia moderada

NIC III grave ou carcinoma in situ

## Manifestações Clínicas

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

## Tempo de Incubação

60 a 240 dias.

## Diagnóstico

Clínico – verrugas e indicação de biopsia

Exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia

## Tratamento

Tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis.

**Tratamento domiciliar:** Imiquimode 50mg/g creme: é um modulador da resposta imunológica pela indução do interferon alfa e de outras citocinas. (4 meses); Podofilotoxina: é a forma purificada da podofilina e possui propriedades antimitóticas. A absorção sistêmica após a aplicação tópica é muito baixa. (4 semanas)

**Tratamento ambulatorial:** Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução; Podofilina 10%-25% (solução); Eletrocauterização; Exérese cirúrgica; Crioterapia;

\*A imunização para HPV é realizada por meio de vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), estando indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses.

# HIV

## Agente Etiológico

Vírus da Imunodeficiência Humana .

(BRASIL, 2018)

## Manifestações Clínicas

*“Perpassa por diversas fases, depende da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. As fases são: - Infecção: infecção aguda e o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos entre a primeira e terceira semana após a infecção. - Infecção assintomática: pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas.”*

Manifestações clínicas, denominadas de **Síndrome Retroviral Aguda (SRA)**: febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia.

Pode ocorrer também: sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso, úlceras orais.

Vamos acabar com estigma relacionado as pessoas que vivem com HIV/aids!

## Tempo de Incubação

É relativo, depende da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. No geral, varia entre uma semana a três semanas para o surgimento de sintomas inespecíficos.

## Diagnóstico

Teste rápido; Sorologia para HIV; Carga Viral-HIV ; Importante sempre verificar os linfócitos TCD4.

\*As gestantes devem testar para HIV na 1ª consulta pré-natal no 1º trimestre e no 3º trimestre (28ª semana);

\*\*A gestante HIV + deve realizar os exames na: 1ª consulta pré-natal, 2-4 semanas após início da TARV e a partir da 34ª semana. E para aquelas que estão iniciando a TARV deve-se solicitar a cada 3 meses.

HIV e aids são diferentes. A aids é a forma avançada!

Lembre-se que para auxiliar no diagnóstico da aids tem-se os **CRITÉRIOS DE CARACAS** que determinam critérios para definição da aids, como tuberculose, candidíase, sarcoma de kaposi, herpes zoster, disfunção do sistema nervoso central, dermatite, entre outros. Cada critério deste tem um escore, sendo o escore 10 somado ao diagnóstico de HIV, positivo para aids.

(BRASIL, 2020)

## Tratamento

Sempre associar dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosideos e Nucleotídeos (ITRN/ITRNt) + Inibidor de Integrase (INI)

Esquema inicial adulto TDF+3TC+DTG

TDF= tenofovir

3TC= lamivudina

DTG= dolutegravir

-Interessante saber que suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG.

- A TARV está indicada para todas as PVHIV, em especial as sintomáticas, independentemente da contagem de LT-CD4+, uma vez que a presença de sintomas já demonstra fragilidade imunológica e incapacidade de controle viral .
- Pessoas sintomáticas são aquelas que apresentam a imunodeficiência avançada ou moderada: perda involuntária de 10% do peso corporal, tuberculose, sarcoma de kaposi, leishmaniose, entre outros.
- O início precoce de TARV com contagens de LT-CD4+ iguais ou inferiores a 350 cels/mm<sup>3</sup> reduz significativamente a mortalidade, a progressão da doença.
- Toda pessoa com exposição sexual de risco ou diagnosticada com IST deve ser testada para HIV.
- É imprescindível uma alimentação saudável, pois irá contribuir até mesmo para a absorção dos medicamentos. Além disso, deve-se realizar a prática de atividade física, pois aumentam a disposição, autoestima e reduzem os impactos da lipodistrofia.

## Vamos falar um pouco sobre PREP e PEP?

PREP – profilaxia pré exposição – é necessário observar as práticas sexuais, as parcerias sexuais e contextos específicos – repetição de práticas sexuais anais e/ou vaginais sem preservativo, parceiro sexual eventual, multiplicidade de parceiros, histórico de IST prévia, busca repetida pela profilaxia pós exposição, sexo transacional (troca de dinheiro ou outros bens). Para a indicação do uso de PrEP, deve-se excluir o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV, uma vez que a introdução da PrEP em quem já está infectado pode ocasionar a seleção de cepas resistentes. Devido a potencial toxicidade renal de TDF, a PrEP não está indicado para indivíduos com Clearance de creatinina  $\leq$  60 mL/min. Esquema inicial – TDF-FTC (tenofovir + entricitabina). Para relações anais – aguardar 7 dias após o início da PREP e para relações vaginais 20 dias – USAR preservativo neste período. A primeira dispensação de medicação deverá ser para 30 dias e a segunda para 60 ou 90 dias. Após isto, poderá ser feita a cada 3 meses.

PEP – profilaxia pós exposição. Indicações – tipo de material de risco para HIV, tipo de exposição de risco para HIV, tempo entre exposição e atendimento inferior a 72horas, além disso o teste rápido deve ser não reagente – CASO + PARA TODAS ESSAS PERGUNTAS – Iniciar a PEP. Esquema da PEP – TDF + 3TC + DTG por 28 dias.

## *Casal soropositivo que deseja ter filhos biológicos, o que fazer?*



(ARAGUAIA, 2020)

Recomenda-se que sejam oferecidas as mulheres vivendo com HIV intervenções voltadas para o autocuidado e empoderamento sobre direitos referentes a sua saúde sexual e reprodutiva. O aconselhamento reprodutivo deve ser considerado e realizado por qualquer profissional de saúde que esteja apto para atuar no atendimento a pessoas com HIV/aids. Essa abordagem permite que a decisão de concepção seja feita no melhor cenário clínico, com chances muito reduzidas de transmissão vertical e sexual (quando sorodiscordantes).

**IMPORTANTE: TER A CARGA VIRAL INDETECTÁVEL! – (CV plasmática abaixo de 50 cópias/mL)**

- A TARV poderá ser iniciada na gestante a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação, logo após a coleta de exames e antes mesmo de se ter os resultados de LT-CD4+ e CV. O esquema de medicação para gestantes deve ser dois ITRN/ITRNt (inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosideos e nucleotídeos) +INI – inibidor de integrase, no caso: TDF (tenofovir)+ 3TC (lamivudina) + RAL – (raltegravir). A segunda opção é AZT (zidovudina) + 3TC

## *E a criança quando nascer? Como será? Terá que tomar a TARV?*

Iniciar a primeira dose do Zidovudina (AZT) solução oral (preferencialmente ainda na sala de parto), logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, mantendo o tratamento nas primeiras 4 semanas de vida. Quando indicado, administrar no RN a Nevirapina (NVP) o mais precocemente possível, antes das primeiras 48 horas de vida – para mães com CV>1000 cópias/mL no último trimestre.



Adaptado de: <https://br.pinterest.com/pin/479914904041462203/>

(BRASIL, 2020)

## Prevenção combinada e sexo seguro

- Atualmente o sexo seguro não envolve apenas o uso do preservativo, é preciso mais do que isso:

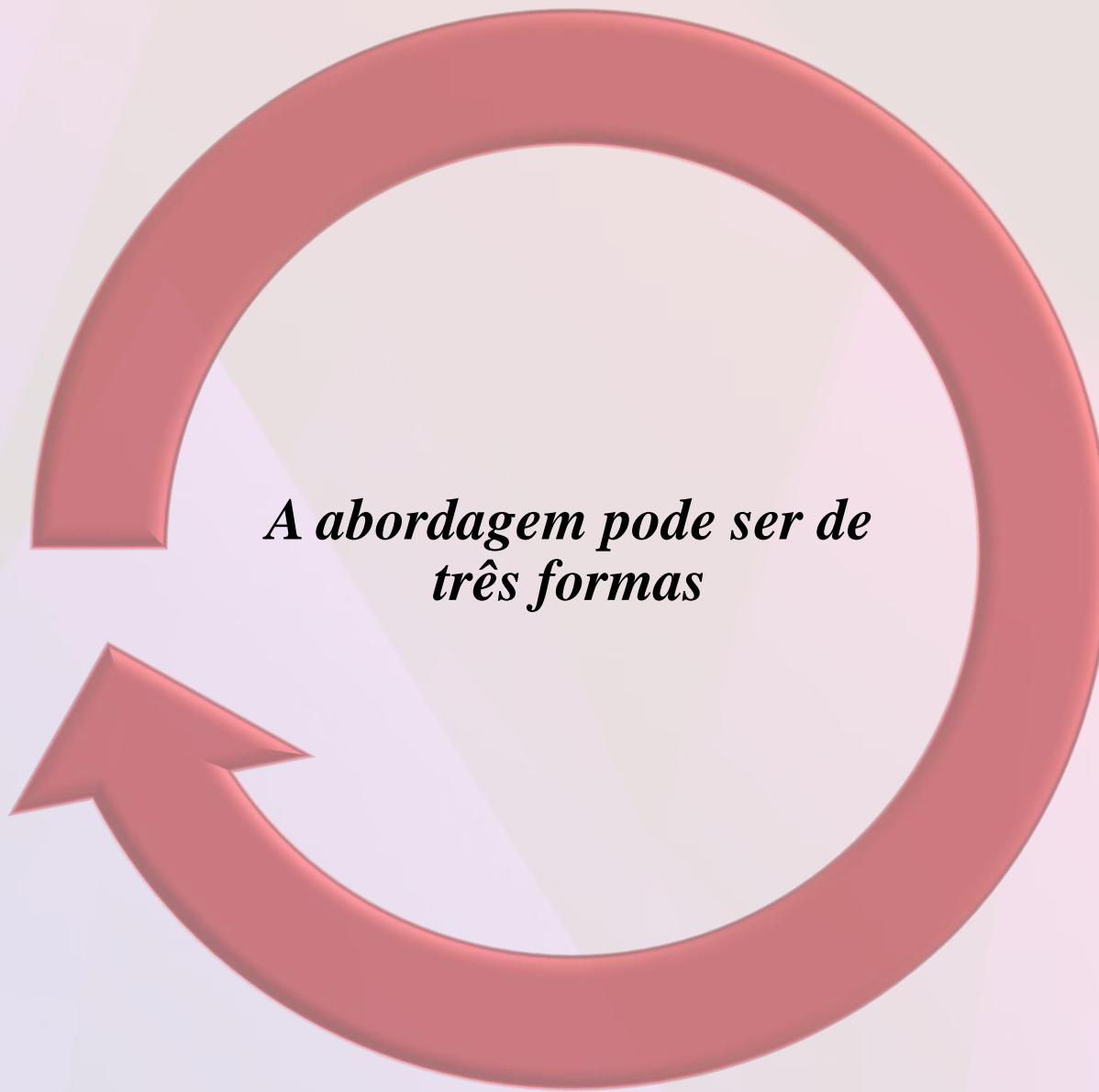


\*\*ATENÇÃO: Mulheres em relação sorodiscordante com parceria sexual vivendo com HIV tem **contra-indicação absoluta ao uso de espermicida**, pela ocorrência de microfissuras em parede vaginal e consequente aumento do risco de aquisição de HIV.

Então, a prevenção combinada aquela onde existe um acordo mútuo entre profissional e paciente é o ideal. Não adianta querer impor algo.

## ***Abordagem a parceria sexual***

- Não esquecer da ética profissional de não compartilhar informações;
- Lembrar da Resolução COFEN 564/2017 referente ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- LEMBRAR: sigilo, proteção contra discriminação.**
- Ao chegar ao serviço de saúde, a parceria deve ser considerada portadora da mesma infecção que acometeu o caso-índice, mesmo que não apresente sinal ou sintoma, e receber o mesmo tratamento recomendado para a condição clínica.



- Cartão enviado pelo caso índice
- Busca ativa
- Por correspondência quando a estratégia do cartão falhar

## Testes rápidos

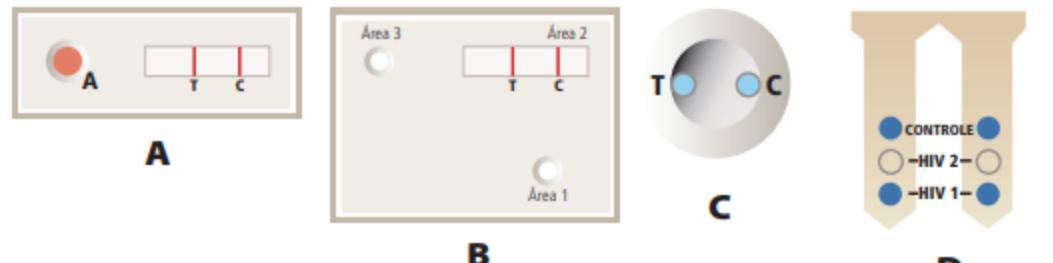
Todos têm  
o direito de  
realizar!

Testes de HIV, SIFILIS,  
HEPATITE B E C,  
ofertados pelo SUS.

Leitura e interpretação  
dos resultados são feitas  
em, no máximo, 30  
minutos.

O enfermeiro está respaldado pelo parecer COFEN 259/2016 e decisão COFEN 244/2016 para realizar  
teste rápido. O técnico/auxiliar de enfermagem devidamente treinado sob supervisão do enfermeiro  
pode realizar o teste rápido e encaminhar para o enfermeiro para proceder leitura do mesmo.

### Teste Rápido para HIV



(BRASIL, 2013)

### Teste Rápido para Sífilis



(BRASIL, 2010)

### Teste Rápido para Hepatite B



(BRASIL, 2011)

### Amostra da polpa digital



(BRASIL, 2011)

(BRASIL, 2020)

## ***E o vírus Zika é uma IST? Por quê?***

Sim, pois uma das formas de transmissão é por via sexual, a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, como sêmen. Por isso a importância do uso de camisinha especialmente após viagens a áreas endêmicas ou suspeita e/ou confirmação do diagnóstico da infecção pela parceria sexual.

### **Principais clínicas**

Cefaleia

Dores articulares

Rash cutâneo

Febre

Conjuntivite

Pode ocorrer anomalia congênita associada ao ZIKA vírus – microcefalia!

**Para quem deseja engravidar:**

**HOMENS**

**Aguardar até seis meses após sinais/sintomas**

**MULHERES**

**Aguardar até oito semanas após sinais/sintomas**

# REFERÊNCIAS

NAIDE, R.G.B.; PIMENTEL, B.J.; SÁ, M.A.C.; RODRIGUES, N.C.S.; RAMOS, M.E.C.; PINTO, G.V.S. Herpes Genital: diagnóstico e métodos de tratamento da herpes simples tipo 1 (HSV-1) e vírus herpes simples tipo 2 (HSV2). Anais do Congresso de Iniciação Científica. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis pode trazer complicações se não for tratadas. 2013. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53589-sifilis-pode-trazer-complicacoes-se-nao-for-tratada>

NEVES, U. Conjuntivite x uveíte: como diferenciar? 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/conjuntivite-x-uveite-como-diferenciar/>

LEÃO, B.S.O.; OSELAME, H.C.; SANTOS, T.D.M.A.; MOÇO, N.P. Sífilis: fisiopatologia, diagnóstico laboratorial e tratamento. Rev. Conexão Eletrônica – trêS lagoas. V.17,n.1,2020.

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.

PENNA, G.O.; HAJJAR, L.A.; BRAZ, T.M. Gonorréia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 33:451-464, set-out, 2000.

WORDL HEALTH ORGANIZATION. Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: Manual para principiantes, J.W. Sellors & R. Sankaranarayanan. Disponível em: <https://screening.iarc.fr/colpochap.php?chap=9.php&lang=4>

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 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

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. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / 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, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53676-perguntas-e-respostas-sobre-aids-e-hiv>

ARAGUAIA, Mariana. "AIDS e gravidez"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/doencas/aids-gravidez.htm>. Acesso em 16 de junho de 2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação Trato Genital Inferior. 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 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.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei 7498/1986 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 385/2011. Altera o termo inicial de vigência da Resolução Cofen nº 381, de 18 de julho de 2011, que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolaou.

TCHERNEV, G. et al . Lymphogranuloma venereum: "a clinical and histopathological chameleon?". An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro , v. 85, n. 4, p. 525-530, Aug. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000400015>

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis: estratégias para diagnóstico no Brasil. 2010.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Conselheiro 259/2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decisão COFEN 244/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 29 de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 25 de 01 de dezembro de 2015. Aprova Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais em adultos e crianças e dá outras providências.