

Cartilha com orientações gerais sobre Infecções sexualmente transmissíveis



Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício
Profª Drª 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 ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª 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) ^f Hepatite C: de acordo com o histórico de exposição de risco para HCV ^g
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Trabalhadores(as) do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	—	—	—
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	—	—	—
PVHIV	—	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	—	Semestral
Violência sexual	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
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após 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/histerectomizadas: 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 integra com secreções contaminadas (herpes, HPV, HIV).



Na amamentação



Acidente com perfurocortantes



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 sequelas. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa; **Fase de disseminação linfática regional:** no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação; › **Fase de sequelas:** o comprometimento ganglionar evolui com supuração e 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 .



FIGURE 1: Localized extragenital papule, close to the right angle of the inferior lip

(TCHERNEV et al, 2010)

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 eritemato-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.

Úlceras 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.

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



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

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 secundária: 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

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

Ideais para acompanhamento!

“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>



(FEBRASGO,2010)

Tempo de Incubação

14 a 21 dias.

Diagnóstico

Deteção 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

Deteção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular.

Bacterioscopia: a coloração de Gram e 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

Infecção gonocócica NAO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe): Ceftriaxona 500mg, IM, DU **MAIS** Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, DU

Infecção gonocócica 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.

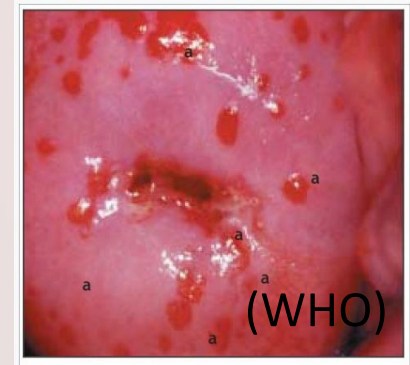
Tempo de Incubação

14 a 21 dias.

Diagnóstico



(Google imagens)



“Em caso de alterações da citologia oncótica 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 2 horas).

Corrimento uretral/vaginal: Infecção causada por micoplasma

Agente Etiológico

Mycoplasma genitalium.

Manifestações Clínicas

Disúria, dispareunia, 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.

Corrimento 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 anaerobios, com predomínio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtesii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactie*

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 diagnostica 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 imidazolicos 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 antimetóticas. 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 .

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.

HIV



(BRASIL, 2018)

Tratamento

Sempre associar dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos 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/mm³ 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 72 horas, 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.

(BRASIL, 2020)

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



(ARAGUAIA, 2020)

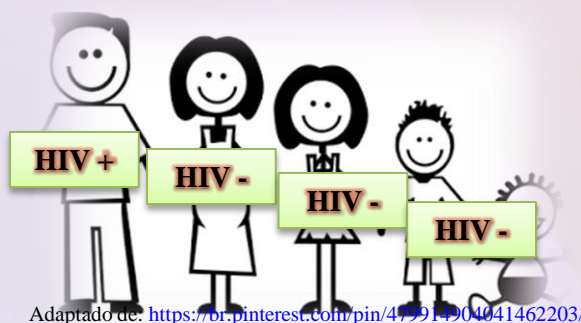
Recomenda-se que sejam oferecidas as mulheres vivendo com HIV intervenções voltadas para o autocuidado e empoderamento sobre direitos referentes a sua saúde sexual e reprodutiva. O aconselhamento reprodutivo deve ser considerado e realizado por qualquer profissional de saúde que esteja apto para atuar 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 14ª 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 nucleosídeos 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.

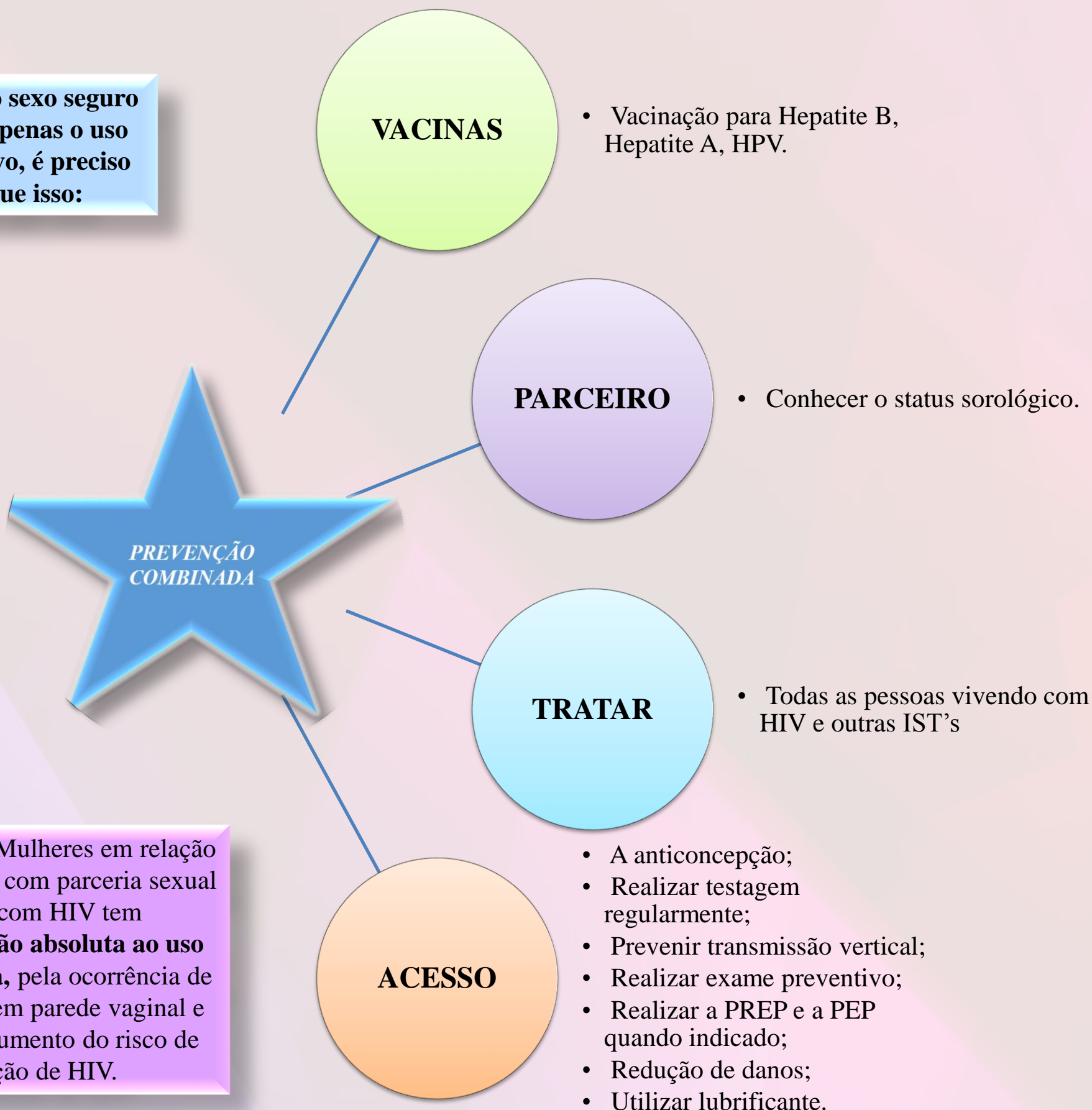


Adaptado de: <https://br.pinterest.com/pin/475914904041462203/>

(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 **contraindicação 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.



A abordagem pode ser de três formas

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

Testes rápidos

Todos têm
o direito de
realizar!

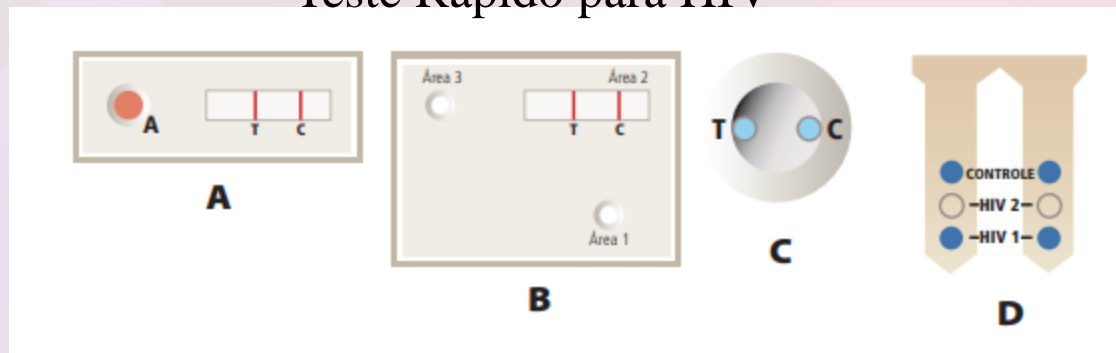
Testes de HIV, SIFILIS,
HEPATITE B E C,
ofertados pelo SUS.

Amostra de sangue da
polpa digital.

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 Hepatite B



(BRASIL, 2011)

Teste Rápido para Sífilis



(BRASIL, 2010)

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 tratada. 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. Gonorreia. 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://brasilecola.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 oncótica pelo método de Papanicolau.

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.