

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA  
ENFERMEIRAS(OS) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**



**Prefeitura de  
Porto Alegre**  
SECRETARIA DE SAÚDE

**Porto Alegre 2024**

## **Atualização, revisão e edição 2024**

**Cristina Bettin Waechter  
Eveline Rodrigues da Costa  
Fabiane Soares de Souza  
Fernanda Vaz Dorneles  
Kelly Cristina Silva de Carvalho  
Kelly Vanessa Iguiny da Rocha  
Laura Morrone Gastaud  
Leonardo Rodrigues  
Pauline Soares Ferrugem  
Raquel Fernandes Leoti  
Rosangela Nery Barreto  
Tabitha Dahmer Rocha  
Tamara Ferreira de Oliveira  
Ursula Adriana Sander Stuker  
Vanessa do Canto Severo Coffy**

### **AUTORES**

**Adriane Letícia Friedrich  
Aldo Becker  
Aline Machado de Oliveira  
Caroline Ceolin Zacarias  
Clarissa Koren Chiappini  
Daniela Wilhelm  
Eveline Rodrigues da Costa  
Fabiane Soares de Souza  
Gabriela Aguiar de Moraes  
Lisiane Vieira dos Santos  
Livia de Almeida Faller  
Marina Machado Dias  
Micheli Rosseto dos Santos  
Roger Flores Cecon  
Samanta Griller Pinto**

### **PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**

Sebastião Melo

### **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fernando Ritter

### **DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vânia Frantz

### **DIRETORA ADJUNTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Eveline Rodrigues

### **RT DE ENFERMAGEM DA APS**

Leonardo Rodrigues

## **ABREVIATURAS**

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AIDS</b>	Acquired immunodeficiency syndrome (síndrome da imunodeficiência humana adquirida)
<b>BVAPS</b>	Biblioteca virtual da atenção primária em saúde
<b>DIP</b>	Doença inflamatória pélvica
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)
<b>HPV</b>	Human Papiloma Virus (papiloma vírus humano)
<b>IST</b>	Infecção sexualmente transmissível
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PEP</b>	Profilaxia pós-exposição ao HIV
<b>POA</b>	Porto Alegre
<b>PrEP</b>	Profilaxia pré-exposição ao HIV
<b>REMUME</b>	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
<b>UFRGS</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory (teste não-treponêmico)

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS.....	3
FERRAMENTAS DE APOIO ÀS (AOS) ENFERMEIRAS (OS) .....	6
INTRODUÇÃO.....	7
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	9
QUADRO 1 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE PARA IST’S.....	9
QUADRO 2 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA PARA IST’S .....	10
CIAP2 .....	10
PRINCIPAIS CIAP2 PARA IST’S .....	10
QUADRO 3 - SÍNTESE DAS IST ABORDADAS NESTE PROTOCOLO.....	11
<b>1. RASTREAMENTO DE IST.....</b>	<b>12</b>
<b>2. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP) .....</b>	<b>14</b>
2.1. PRINCIPAIS SINTOMAS.....	14
2.2. TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP).....	14
FLUXOGRAMA 1 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP).....	15
QUADRO 4: TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP).....	16
<b>3. CORRIMENTO VAGINAL E URETRAL.....</b>	<b>17</b>
FLUXOGRAMA 2: CORRIMENTO VAGINAL.....	17
FLUXOGRAMA 3: CORRIMENTO URETRAL .....	18
QUADRO 5: TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL E URETRAL.....	19
<b>4. ÚLCERA GENITAL .....</b>	<b>20</b>
FLUXOGRAMA 4 - ÚLCERA GENITAL.....	20
QUADRO 6: CARACTERÍSTICAS DAS ÚLCERAS GENITAIS .....	21
QUADRO 7: TRATAMENTO DE ÚLCERAS GENITAIS .....	22
FLUXOGRAMA 5 - PACIENTE COM QUEIXA DE VERRUGA GENITAL.....	23
<b>5. SÍFILIS.....</b>	<b>24</b>
5.1. DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS.....	24
5.2. CONCEITOS .....	25
FLUXOGRAMA 6 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS .....	26
QUADRO 8: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS .....	27
FIGURA ILUSTRATIVA MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SÍFILIS .....	27
QUADRO 9: RESULTADOS DE TESTES DE SÍFILIS, INTERPRETAÇÃO E CONDUTA.....	28
5.3. TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA.....	29
QUADRO 10: TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS.....	29
5.4. TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTE.....	29
5.5. TRATAMENTO DA(S) PARCERIA(S) SEXUAL(AIS).....	30
5.6. CRITÉRIOS DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS (SINAN).....	31
5.7. MONITORAMENTO PÓS TRATAMENTO DE SÍFILIS.....	31
5.8. RESPOSTA IMUNOLÓGICA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS .....	32
5.9. CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS - REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO.....	33
<b>6. HEPATITE B.....</b>	<b>34</b>

	5
6.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE B (SINAN):.....	34
FLUXOGRAMA 7 - TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B.....	35
<b>7. HEPATITE C.....</b>	<b>36</b>
7.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE C (SINAN):.....	36
FLUXOGRAMA 8 - TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C.....	37
<b>8. HIV.....</b>	<b>38</b>
8.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS (SINAN):.....	38
FLUXOGRAMA 9 - TESTE RÁPIDO PARA HIV .....	39
QUADRO 11: INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV POR PUNÇÃO.....	40
QUADRO 12: INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV POR PUNÇÃO, CONFORME O TIPO DE HIV.....	40
<b>9. PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS .....</b>	<b>41</b>
QUADRO 13: SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE É REAGENTE PARA HEPATITE C.....	42
9.1. PROFILAXIA DAS IST NÃO VIRÁIS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	42
FLUXOGRAMA 10 – PROTOCOLO: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	43
<b>10. PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) AO HIV.....</b>	<b>44</b>
QUADRO 14: SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS PARA A PREP.....	44
QUADRO 15 : PRESCRIÇÃO DE PREP.....	44
<b>11. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) .....</b>	<b>46</b>
FLUXOGRAMA 11 – INDICAÇÃO DE PEP AO HIV .....	48
<b>14. CRIANÇA EXPOSTA AO HIV PELA AMAMENTAÇÃO .....</b>	<b>49</b>
<b>15. LINKS ÚTEIS PARA CONSULTA.....</b>	<b>50</b>
<b>16. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 1:CONTATOS PARA MATRICIAMENTO CAIST .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 2: ROTINA DE EXAMES PÓS-TESTAGEM RÁPIDA.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO 3: VACINA HPV .....</b>	<b>56</b>

## FERRAMENTAS DE APOIO ÀS (AOS) ENFERMEIRAS (OS)

**BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (BVAPS-POA):** A Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde tem por objetivo reunir, divulgar e garantir o acesso confiável e permanente aos documentos administrativos, técnicos, fluxos, protocolos, linhas de cuidado, entre outros que se julguem relevantes para a rede de atenção à saúde de Porto Alegre.

Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/>

**Dynamed plus:** o dynamed plus é uma ferramenta de informação baseada em evidências clínicas proporcionando apoio à decisão clínica e otimização do tempo de resposta.

Disponível em: <http://www.dynamed.com/>

**Nursing Reference Center Plus:** é uma ferramenta de informação baseada em evidências clínicas proporcionando apoio à decisão clínica e otimização do tempo de resposta.

Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/>

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - Vídeos e Protocolos

### Fichas e Formulários HIV-AIDS-IST

Disponível em: [http://azt.aids.gov.br/documentos/lista\\_doc.php](http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php)

Plataforma **TELESSAÚDE:** sugestão de ferramenta gratuita de tele consultoria pelo número 08006446543.

Disponível também em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

## INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) são causas importantes de morbidade em todos os países do mundo, sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual, verticalmente de mãe para a criança durante a gestação e parto ou via amamentação. Dentre estas, há doenças incuráveis, controláveis e curáveis - como a AIDS e as Hepatites B e C - gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase -. Segundo estimava da Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST curáveis. No Brasil a estimava é que haja aproximadamente 4,5 milhões de novos casos por ano. Em 2021, Porto Alegre ocupou o 1º lugar no ranking com mais casos novos de sífilis congênita, de gestantes HIV, de mortalidade por AIDS e de coinfeção HIV-tuberculose; o segundo lugar com mais casos novos de sífilis em gestante; o terceiro lugar com maior taxa de detecção de AIDS, e o 11º lugar com mais casos de sífilis adquirida. Estes dados evidenciam a importância de otimizar o diagnóstico precoce e tratamento dessas doenças e diminuir sua transmissão. No contexto da atenção integral à saúde, as práticas de cuidado devem ser organizadas de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico e tratamento. As IST's podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e Doença Inflamatória Pélvica (DIP). Algumas quando não diagnosticadas e tratadas a tempo podem evoluir para complicações graves e até mesmo para óbito. Elas são frequentes, têm múltiplas etiologias e apresentações clínicas, e causam impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais. Considerando a prevenção combinada como uma nova abordagem de Política Pública, que envolve diversas formas de prevenção e assistência, o ideal é a efetivação de uma abordagem sindrômica às IST's na prática clínica, interrompendo a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações.

O tratamento das IST's deve ser realizado considerando sua eficácia, segurança, posologia, via de administração, adesão e disponibilidade. Cabe destacar que o tratamento deve ser estendido às parcerias sexuais. Para todos os pacientes que apresentarem uma IST deve-se orientar informações sobre a doença- seu contágio, tratamento e medidas para evitar reinfecção, ofertar preservativos e gel lubrificante e realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites. Deve-se também verificar se há indicação de profilaxia pré ou pós-exposição para o HIV, de profilaxia pós-exposição a outras IST's ou se houve violência sexual. Caso haja suspeita de uma destas situações, encaminhar para avaliação médica da equipe.

A notificação é obrigatória em casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, tuberculose, hepatites virais B e C, AIDS, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.

Neste contexto, destaca-se o papel da(o) enfermeira(o) no manejo das IST's, em consonância com a Portaria nº 2.436, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (2017) e estabelece a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos, a solicitação de exames, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços. Além disso, a Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, estabelece que cabe à(o) enfermeira(o) privativamente:

- A consulta de enfermagem;

- Prescrição da assistência de enfermagem;
- Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exigem conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. E como integrante da equipe de saúde:
  - Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
  - Participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
  - Prestação de assistência de enfermagem a gestante, puérpera e recém-nascido;
  - Participação nos programas e atividades de assistência integral a saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco.

A competência técnica e legal para o enfermeiro solicitar exames, encontra-se amparada na Resolução COFEN 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por enfermeiro e, resolve: Art. 1º O enfermeiro pode realizar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Este protocolo de enfermagem foi desenvolvido com a realidade de Porto Alegre em mente, levando em consideração as especificidades e necessidades da nossa população para fornecer orientações claras e baseadas em evidências aos profissionais de saúde de Porto Alegre. Ele visa a uma abordagem sistemática e abrangente no manejo das IST's, desde a triagem inicial e diagnóstico até o tratamento, educação e acompanhamento dos pacientes. Servindo como uma ferramenta indispensável para os profissionais de enfermagem, auxiliando-os a enfrentar os desafios relacionados à prevenção e assistência de pessoas com IST's e promovendo a saúde sexual e reprodutiva da população local.

Dessa maneira, foi construído/atualizado este Protocolo de Enfermagem, no sentido de aumentar a resolutividade dos serviços de saúde e autonomia do(a) enfermeiro(a), no que tange a prevenção e assistência às IST's, visando conhecer estratégias e qualificar as ações de enfermagem voltadas para a promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e assistência a pessoas vivendo com HIV, hepatites virais e outras IST's. As ações de enfermagem descritas neste Protocolo podem ser realizadas de diferentes formas, incluindo o acolhimento, as consultas de enfermagem programadas e por demanda espontânea e interconsulta. As práticas devem garantir a assistência em sua integralidade, buscando, além da resolução da queixa pontual trazida pelo usuário, a investigação e melhoria de outras necessidades ou problemas que os acometem.

Este Protocolo não pretende esgotar os assuntos abordados, mas auxiliar como um dos dispositivos para a prática de produção de saúde e cuidado. Para um aprofundamento das temáticas aqui abordadas, indicamos publicações do Ministério da Saúde, como os "Cadernos de Atenção Básica e Protocolos", que descrevem de maneira mais detalhada as ações a serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde e os "Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas".

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) estão dispostos na Resolução COFEN -358/2009; visa a aplicação do processo de enfermagem em ambientes privados e públicos que realizam a assistência de enfermagem. A SAE consiste em uma ferramenta para organizar o trabalho da enfermagem e o PE é a metodologia utilizada para orientar o cuidado de enfermagem e a documentação deste. O PE está organizado em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são: I- coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; II- diagnóstico de enfermagem; III- planejamento de enfermagem, IV -implementação e V - avaliação de enfermagem.

A enfermagem possui vários sistemas de classificação ou taxonomias. As mais difundidas são: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), NANDA Internacional (NANDA-I), Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC), Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC). A CIPE consiste na padronização mais recente, instituída em 1989, elaborada pelo CIE (Conselho Internacional de Enfermeiras) que integra ferramentas que abrangem o diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. A NANDA Internacional foi a primeira taxonomia padronizada de enfermagem criada em 1973, aborda o diagnóstico de enfermagem baseado em um esquema classificatório. A NIC apresenta os tratamentos realizados pelos enfermeiros. A NOC é um complemento da NANDA- I e da NIC proporciona uma nomenclatura para identificação de resultados e etapas de avaliação dos processos de enfermagem.

### QUADRO 1 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA CIPE PARA IST'S

Integridade da pele prejudicada;	Adesão ao regime terapêutico prescrito;	Risco de infecção
Infecção	Adesão ao regime medicamentoso;	Dor durante a micção (Disúria)
Autocuidado	Resultado de teste	Prurido
Risco de infecção	Candidíase	Eritema
Úlcera	Acompanhamento de Rastreamento (Screening)	Secreção
Adesão a teste diagnóstico;	Relação sexual	Falta de Conhecimento sobre Comportamento Sexual
Conhecimento sobre teste diagnóstico	Dispareunia	Odor fétido,
Ansiedade relacionada a coleta e ou resultado de exame;	Risco de não adesão ao tratamento	Descarga (ou Fluxo) Vaginal, Excessiva

Fonte: Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

## QUADRO 2 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE EENFERMAGEM DA NANDA PARA IST'S

Infecção
Padrão de sexualidade ineficaz
Risco de Infecção
Medo
Integridade da pele prejudicada
Autocuidado
Comportamento de Saúde
Dor

Fonte: Elaboração Própria

### CIAP2

O sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), é uma ferramenta que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não às doenças. Possibilita classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe. Essa classificação pode ser utilizada por todas as categorias profissionais de saúde. Importante registrar no ESUS PEC o CIAP2 correspondente.

### PRINCIPAIS CIAP2 PARA IST'S

<p>A03 Febre</p> <p>B25 Medo de VIH/ HIV/SIDA/ AIDS</p> <p>B90 Infecção por VIH/ HIV/SIDA/ AIDS</p> <p>X14 Secreção vaginal</p> <p>X92 Infecção por clamídia</p>	<p>X72 Candidíase genital feminina</p> <p>X73 Tricomoníase genital feminina</p> <p>X74 Doença inflamatória pélvica</p> <p>Y03 Secreção uretral</p>	<p>Y71 Gonorréia masculina</p> <p>Y76 Condiloma acuminado</p> <p>X70 Sífilis feminina</p> <p>X71 Gonorréia feminina</p> <p>Y70 Sífilis masculina</p>	<p>S03 Verrugas</p> <p>T08 Perda de peso</p> <p>X84 Vaginite/vulvite NE</p> <p>X91 Condiloma acuminado feminino</p>
--	--	--	---

Fonte: Elaboração Própria

### QUADRO 3 - SÍNTESE DAS IST ABORDADAS NESTE PROTOCOLO

SÍNDROME	SINTOMAS/SINAIS MAIS COMUNS	ETIOLOGIAS MAIS COMUNS
<b>Corrimento vaginal</b>	Corrimento vaginal e/ou Cervical Prurido Dor à micção Dor durante a relação sexual Odor fétido Edema de Vulva Hiperemia de Vulva	Vulvovaginite infecciosa: - Tricomoníase - Vaginose bacteriana - Candidíase - Cervicite: - Gonorreia - Infecção por Clamídia
<b>Corrimento uretral</b>	Corrimento uretral Prurido Estranguria (Disúria) Polaciúria Odor fétido Aumento de linfonodos inguinais	Gonorreia Infecção por Clamídia Tricomoníase Mico plasma
<b>Úlcera genital</b>	Úlcera genital	Sífilis Primária Cancro mole Herpes genital Donovanose Linfogranuloma venéreo (Clamídia)
<b>Verrugas/Condilomas</b>	Verrugas	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)
<b>Doença Inflamatória Pélvica (DIP)</b>	Dor abdominal baixa e/ou dor pélvica Sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting) Dispareunia Corrimento vaginal Dor à mobilização do colo do útero ao toque	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS

**Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.**

# 1. RASTREAMENTO DE IST

QUEM	QUANDO			
	HIV	Sífilis <sup>b</sup>	Clamídia e gonococoe	Hepatites B <sup>d</sup> e C <sup>c</sup>
Adolescentes e jovens (menor ou igual a 30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Trimestral e parto		Idealmente na primeira consulta do pré-natal – (Gestantes ≤ 30 anos)	<b>Hepatite B:</b> na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre), no terceiro trimestre e no parto <b>Hepatite C:</b> na primeira consulta e no parto, e se pessoa vivendo com HIV no terceiro trimestre
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Profissionais 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	Semestral
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			Semestral
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-----	Semestral
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 a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto em casos de acidente com material biológico)	<b>Hepatite B:</b> no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós exposição instituída <b>Hepatite C:</b> no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses.
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	Hep. B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída. Hep. C: No atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses	

Legenda: HSH – homens que fazem sexo com homens; PVHIV – pessoas vivendo com HIV; PrEP – profilaxia pré-exposição de risco à infecção pelo HIV; PEP – profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais.

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2023.

<sup>a</sup>HIV preferencialmente com teste rápido.

<sup>b</sup>Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis. Para pessoas com história de sífilis, iniciar rastreamento com teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR).

<sup>c</sup> Clamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: em urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital, *swab* anal e amostras faríngeas.

<sup>d</sup>Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada, mas apresenta títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL e HBsAg não reagente (ou teste rápido não reagente).

<sup>e</sup>Hepatite C: preferencialmente com teste rápido.

<sup>f</sup>É recomendada a realização da sorologia em gestantes com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, realização de hemodiálise e elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

#### **Você já sabe, mas não custa lembrar:**

Diferentemente de outros rastreamentos, como a mamografia para câncer de mama, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão. Quando não identificado e tratado o agravo na(s) parceria(s), este se perpetua na comunidade e expõe o indivíduo à reinfeção, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.

## 2. DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

É uma síndrome clínica causada por vários microrganismos, que ocorre devido à entrada de agentes infecciosos pela vagina em direção aos órgãos sexuais internos, atingindo útero, trompas e ovários e causando inflamações. Esse quadro acontece principalmente quando a gonorreia e a infecção por clamídia não são tratadas.

Essa infecção pode ocorrer por meio de contato com as bactérias após a relação sexual desprotegida. A maioria dos casos se dá em mulheres que têm outra Infecção Sexualmente Transmissível (IST), como a cervicite, causada principalmente gonorreia e infecção por clamídia não tratadas.

Entretanto, também pode ocorrer após algum procedimento médico local – como inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), biópsia na parte interna do útero ou curetagem.

O uso do preservativo externo ou interno é a melhor forma de prevenção.

### 2.1. PRINCIPAIS SINTOMAS

- Dor na parte baixa do abdômen (no “pé da barriga” ou baixo ventre) e/ou durante a relação sexual.
- Dor abdominal e nas costas.
- Febre, fadiga e vômitos.
- Corrimento vaginal, sangramento vaginal, dor ao urinar.
- Diagnóstico e tratamento
- Na presença de qualquer sinal ou sintoma de DIP, recomenda-se procurar imediatamente um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado.
- Em casos mais graves, é necessária a internação hospitalar para uso de antibiótico por via venosa.

### 2.2. TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

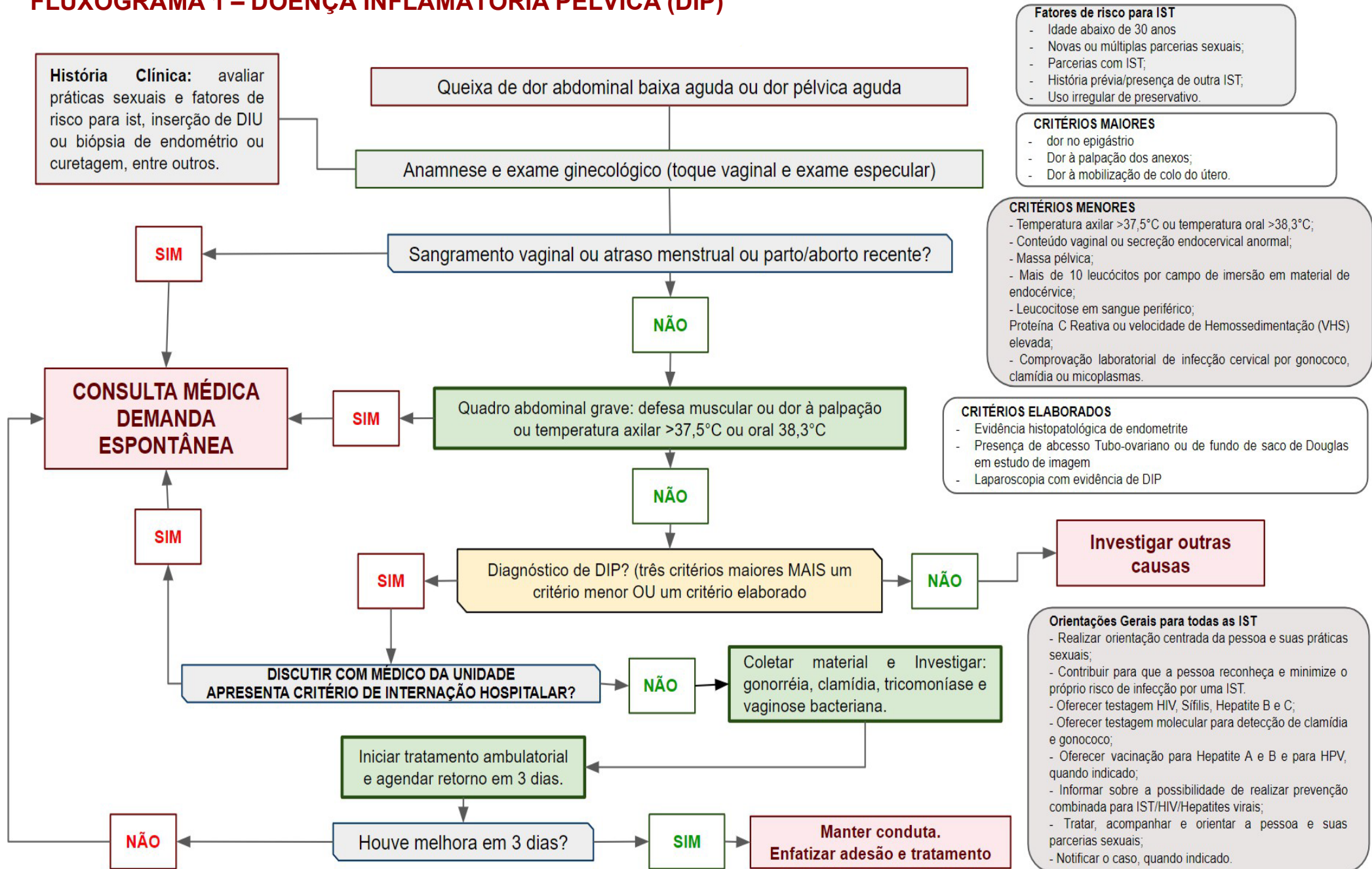
O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. Recomenda-se que, por menor que seja a suspeita, o tratamento seja iniciado o quanto antes. Gestantes diagnosticadas com DIP devem ser encaminhadas para tratamento hospitalar (Brasil, 2015).

Os esquemas terapêuticos deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*; *Chlamydia trachomatis*; agentes anaeróbios (que podem causar lesão tubária), em especial *Bacteroides fragilis*; vaginose bacteriana; bactérias Gram-negativas; bactérias facultativas e estreptococos, mesmo que esses patógenos não tenham sido confirmados nos exames laboratoriais. Devido à diversidade de agentes etiológicos implicados na DIP, a melhor conduta é a associação de antibióticos. A monoterapia não é recomendada.

A Doxiciclina, por ser mais estudada para DIP que a azitromicina, é a medicação de primeira escolha para *C. trachomatis*.

Devido à resistência emergente e em expansão de *N. gonorrhoeae* ao ciprofloxacino, não se recomenda tratamento empírico para DIP com quinolonas.

## FLUXOGRAMA 1 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)



#### QUADRO 4: TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO
<b>Ambulatorial</b>	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única <b>MAIS</b> Doxiciclina 100 mg, 1 cp, VO, 2x/dia, por 14 dias <b>MAIS</b> Metronidazol 250 mg, 2 cp, VO, 2x/dia, por 14 dias	<b>ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA</b>
Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24h do uso de metronidazol, para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.		

Fonte: Adaptado de Wiesenfeld (2018), Duarte ET AL. (2015)

\*A Doxiciclina é contraindicada na gravidez.

**Mulheres grávidas com suspeita de DIP têm alto risco de abortamento e corioamnionite. Todas as gestantes com suspeita ou com DIP confirmada devem ser internadas e iniciar imediatamente antibióticos intravenosos de amplo espectro. O uso de Doxiciclina e quinolonas é contraindicado na gestação.**

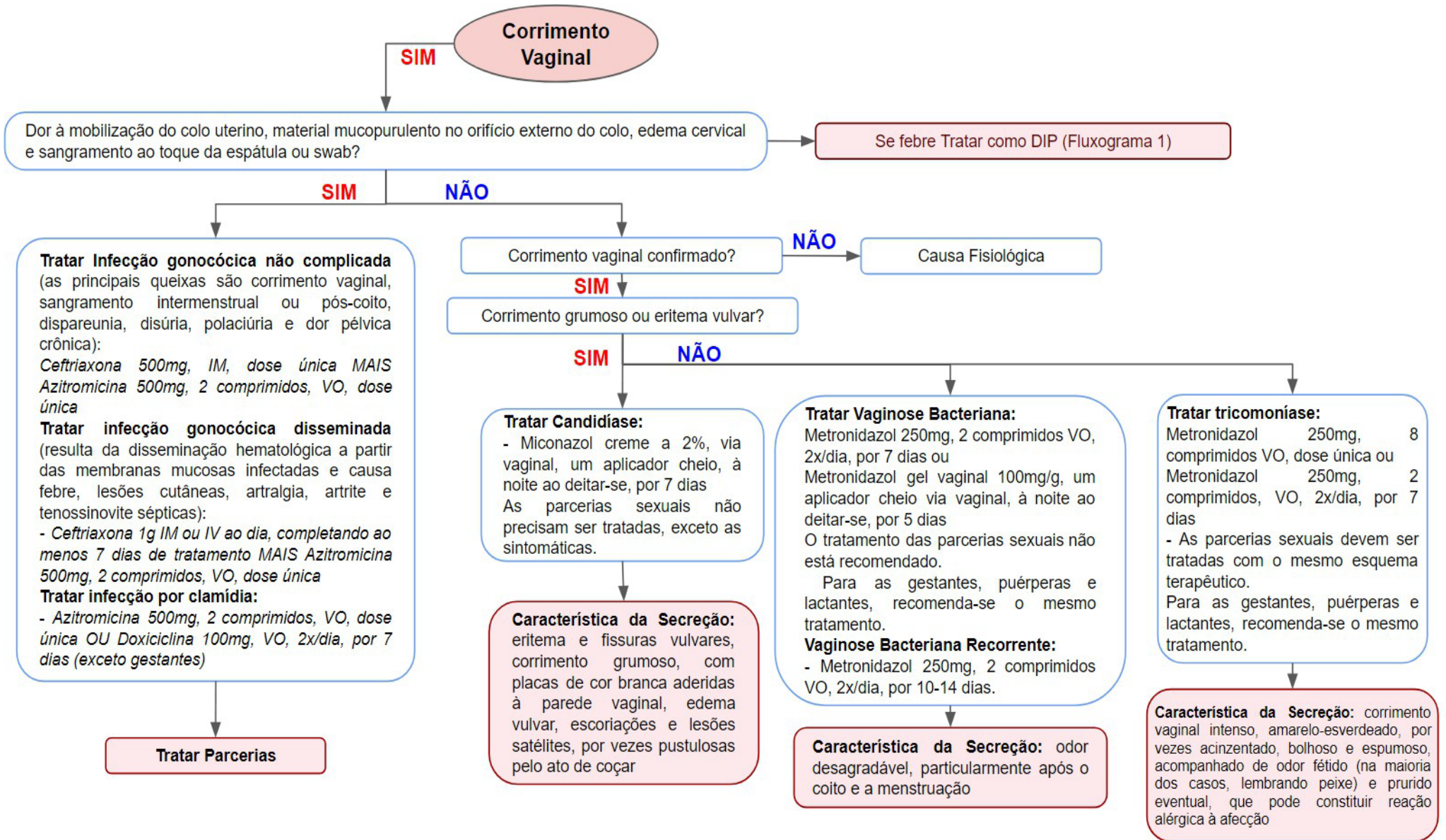
A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. A cura é baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas.

As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Recomenda-se ceftriaxona 500mg, IM, associada a azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, ambas em dose única.

**Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.**

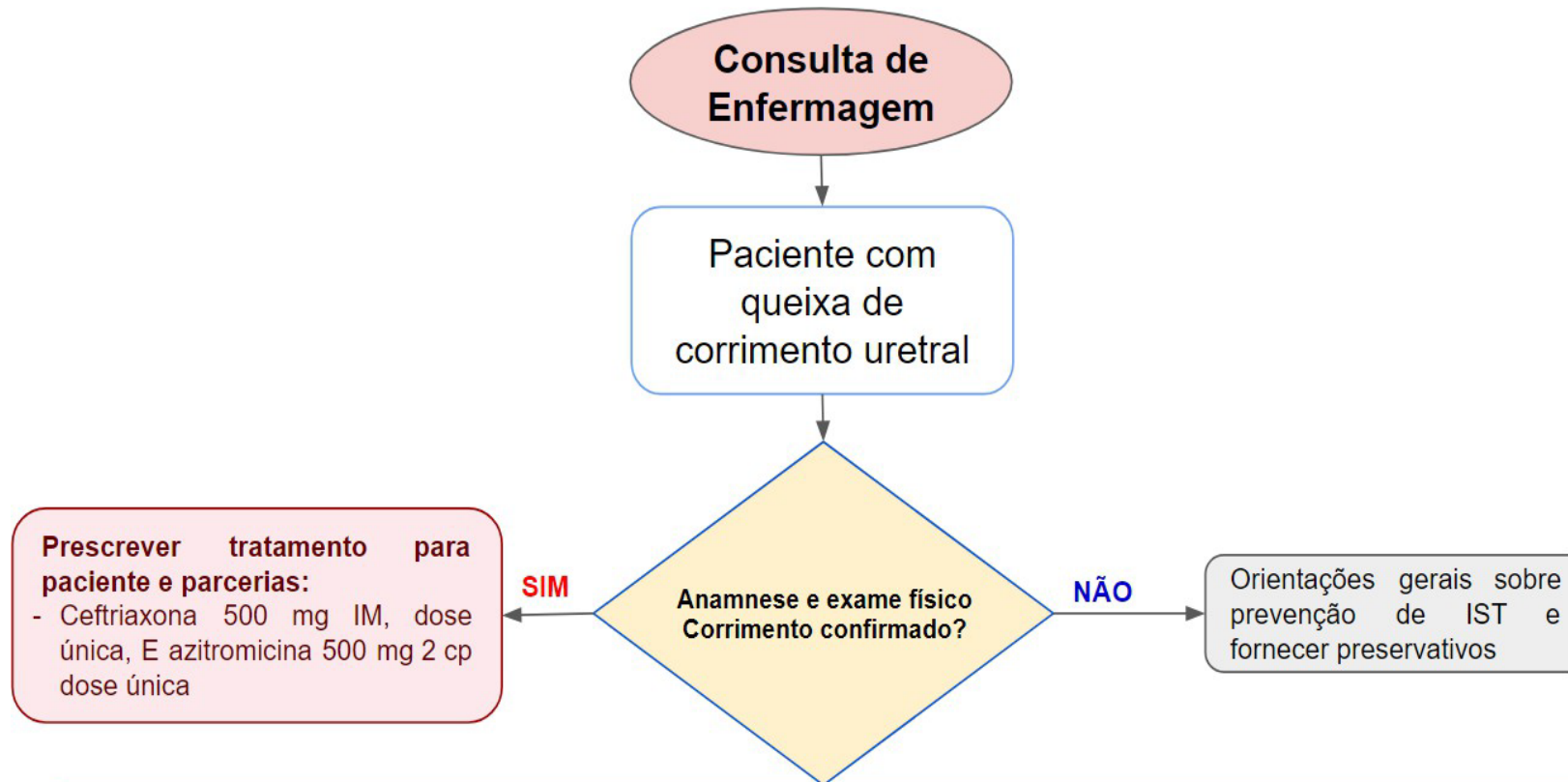
### 3. CORRIMENTO VAGINAL E URETRAL

#### FLUXOGRAMA 2: CORRIMENTO VAGINAL



Fonte: Adaptado de PCDT/IST, 2022.

## FLUXOGRAMA 3: CORRIMENTO URETRAL



- Se não houver melhora do quadro em até 3 dias, orientar retorno à unidade;
- Em todos os casos orientar prevenção de IST e fornecer preservativos;
- Realizar TR para sífilis, HIV e hepatites;
- Orientar abstinência sexual até o final do tratamento e desaparecimento dos sintomas;
- Ofertar preservativo interno e externo
- Registrar no prontuário do paciente conforme o processo de Enfermagem (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação)

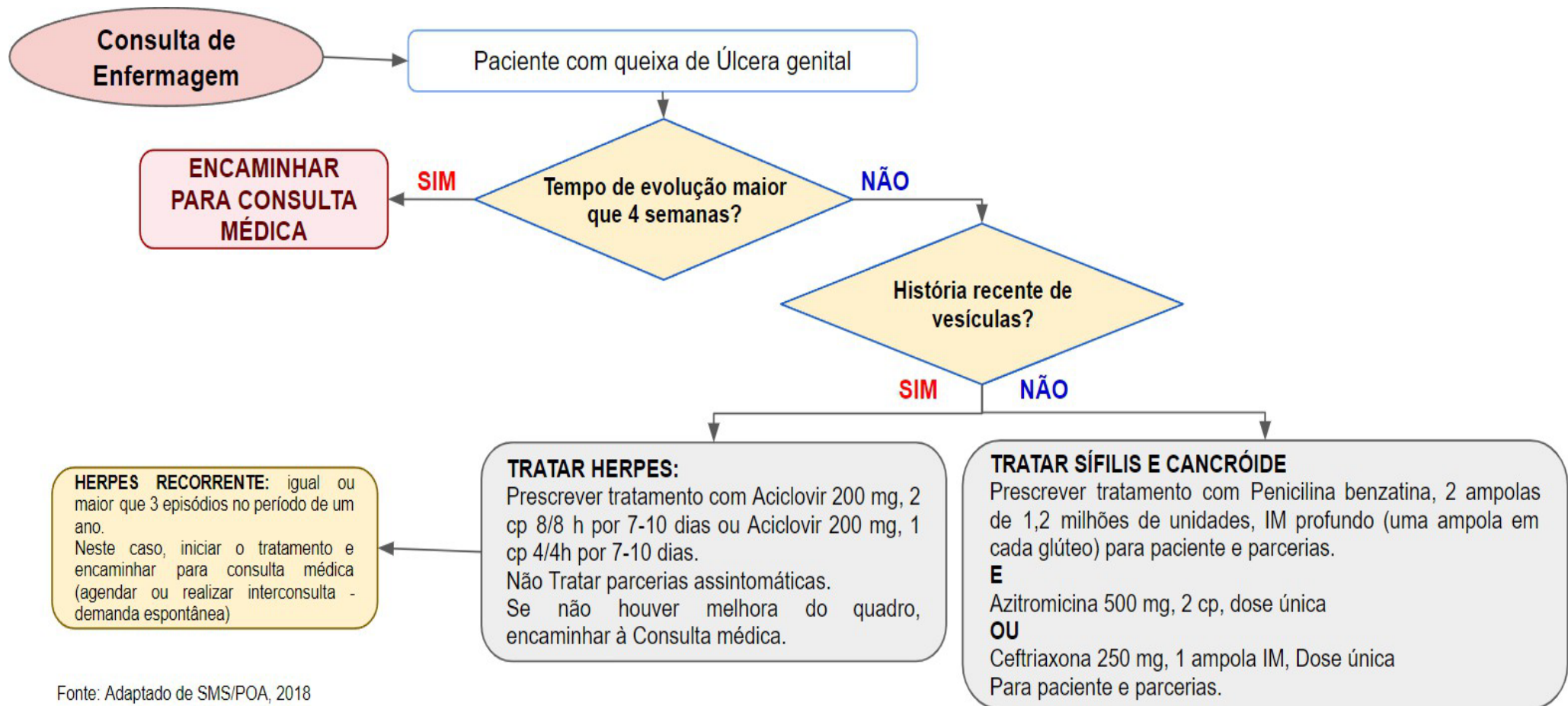
**QUADRO 5: TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL E URETRAL**

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>TRATAMENTO</b>	<b>TRATAMENTO EM GESTANTES E NUTRIZES</b>	<b>TRATAMENTO EM PARCERIAS</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>CLAMÍDIA</b>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto para gestantes).	Azitromicina, 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com a dose única.	
<b>GONORREIA</b>	Ceftriaxona, 500 mg, IM, dose única mais Azitromicina 500 mg 02 cp dose única.	Ceftriaxona, 500 mg, IM, dose única.	Todos os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com a dose única.	Devido a possibilidade de coinfeção e desenvolvimento de doença inflamatória pélvica, justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.
<b>CANDIDÍASE</b>	Miconazol creme a 2% (ou 20mg/g, que é equivalente), via vaginal, um aplicador à noite, ao deitar-se, por 7 dias ou Fluconazol 150mg VO dose única.	Miconazol creme a 2% (ou 20mg/g, que é equivalente), via vaginal, um aplicador à noite, ao deitar-se-, por 7 dias.	Os parceiros devem ser tratados somente se sintomáticos.	
<b>VAGINOSE BACTERIANA</b>	Metronidazol, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias. Alternativa: Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.	Destaco que o Metronidazol oral é risco B na gestação. Meta-análises não encontraram relação entre uso de metronidazol durante o primeiro trimestre e malformações congênitas. O seu uso em qualquer trimestre não está associado a complicações fetais ou obstétricas, podendo ser utilizado para tratamento de vaginose bacteriana.	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.	O metronidazol não está associado a efeitos adversos com doses de até 1.200 mg/dia, mas o leite pode adquirir gosto metálico, podendo prejudicar sua aceitação pela criança.
<b>TRICOMONÍASE</b>	Metronidazol 250mg, 8 comprimidos, VO, dose única OU Metronidazol 250mg 02 cp VO 2 x ao dia por 7 dias.	É igual para gestantes e lactantes	As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	
<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b>	Doxiciclina 100mg VO 01 cp 2 x ao dia por 21 dias.	Azitromicina 500mg 02 cp VO 1 x na semana por pelo menos três semanas ou até a cicatrização das lesões.	As parcerias sexuais também precisam ser tratadas.	

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022.

## 4. ÚLCERA GENITAL

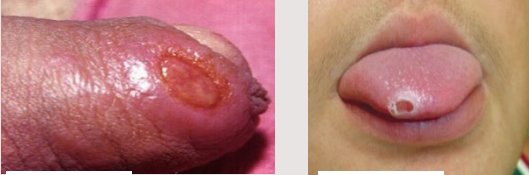

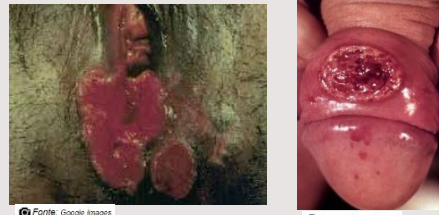


### FLUXOGRAMA 4 - ÚLCERA GENITAL



Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

- Se não houver melhora do quadro em até 3 dias, orientar retorno à unidade;
- Em todos os casos orientar prevenção de IST e fornecer preservativos;
- Realizar TR para sífilis, HIV e hepatites;
- Orientar abstinência sexual até o final do tratamento e desaparecimento dos sintomas;
- Ofertar preservativo interno e externo
- Registrar no prontuário do paciente conforme o processo de Enfermagem (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação)
- **GESTANTES:** orientar a evitar depilação ao final da gestação, para não ocorrer lesões que possam ser confundidas com Herpes.
- Em caso de gestante com mais de 28 semanas e episódio de herpes ativo, indica-se via de parto alta antes da rotura das membranas (BRASIL, 2022)

## QUADRO 6: CARACTERÍSTICAS DAS ÚLCERAS GENITAIS

Etiologia	Características da Úlcera	
<b>SÍFILIS PRIMÁRIA CANCRO DURO</b>	<p>Única, indolor, base endurecida, fundo limpo, pode durar de 2 a 6 semanas (resolução espontânea independente do tratamento)* *Atentar para diagnóstico diferencial de Monkeypox</p>	
<b>HERPES GENITAL (HSV-1 e HSV-2)</b>	<p>Lesões múltiplas eritemato-papulosas que envolvem vesículas; dolorosas, pode ocorrer linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral (50% dos casos).</p>	
<b>CANCRO MOLE CANCRO VENÉREO</b>	<p>Geralmente lesões múltiplas (mas pode ser única), dolorosas, borda irregular, exsudato necrótico, tecido de granulação, odor fétido, acometimento de linfonodos inguino-crurais (bubão) geralmente unilaterais.</p>	
<b>DONOVANOSE GRANULOMA INGUINAL</b>	<p>Úlcera plana ou hipertrófica, bem delimitada, fundo granuloso/vermelho vivo e friável (pode evoluir para vegetante), geralmente lesões múltiplas e indolores.</p>	
<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b>	<p>A lesão de inoculação inicia-se por pápula, pústula ou ulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. A disseminação linfática regional se desenvolve entre 1 e 6 semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (70% dos casos). Costuma ser o principal motivo da consulta.</p>	

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022

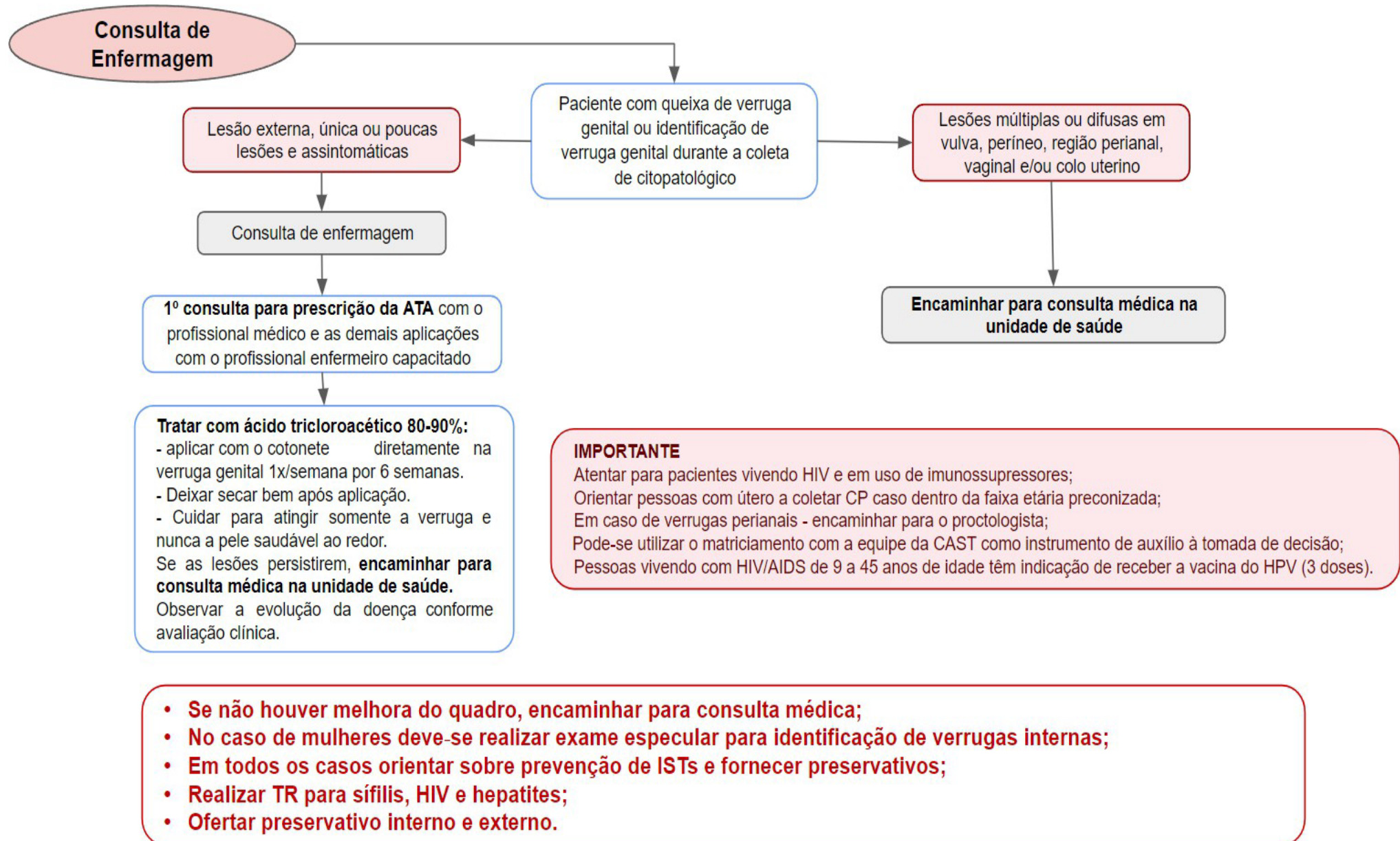
## QUADRO 7: TRATAMENTO DE ÚLCERAS GENITAIS

PATOLOGIA	TRATAMENTO	TRATAMENTO GESTANTE e NUTRIZES
<b>HERPES GENITAL</b>	<p>No primeiro episódio de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com: <b>Aciclovir</b> 200 mg, 2 comprimidos VO, 8/8 horas por 7-10 dias, <b>OU</b> Aciclovir 200mg, VO, 5x ao dia (às 7h, 11h, 15h, 19h, 23h) por 7-10 dias.</p> <p>Nas recorrências* de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência quando aparecerem os primeiros sintomas (dor, aumento de sensibilidade, prurido) com Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos VO, 8/8 horas por 5 dias <b>OU</b> Aciclovir 200mg, 04 comprimidos VO 2x ao dia, por 5 dias.</p> <p>Não há necessidade de tratar parcerias assintomáticas.</p>	<p>Gestantes: evitar tratar as recidivas; tratar apenas sintomas.</p> <p>Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação com: Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos VO, 8/8 horas por 7-10 dias.</p> <p>Obs.: Gestante com 36 semanas e diagnóstico de herpes genital -&gt; encaminhar para consulta médica.</p>
<b>SÍFILIS PRIMÁRIA</b>	<p><b>Primeira escolha: Penicilina benzatina</b> 2,4 milhões UI, (1,2 milhão UI em cada glúteo), IM, DOSE ÚNICA</p> <p><b>Alternativas (em caso de indisponibilidade de penicilina benzatina): Doxiciclina</b> 100mg, VO, 2xdia, por 15 dias.</p> <p>Tratar todas as parcerias dos últimos 90 dias, independente do resultado do teste sorológico.</p> <p>Se contato sexual há mais 90 dias tratar conforme testes sorológicos com <b>Penicilina benzatina</b> 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).</p>	<p><b>Penicilina benzatina</b> 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), DOSE ÚNICA – <b>SOMENTE SE VISUALIZAÇÃO DE ÚLCERA</b></p> <p>Tratar parcerias, independentemente dos resultados sorológicos dos mesmos.</p> <p><b>Gestantes com história de alergia à penicilina devem ser encaminhadas ao Centro Obstétrico de referência para internação e dessensibilização. Não se deve prescrever outro tratamento para gestantes.</b></p>
<b>CANCRO MOLE</b>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.
<b>DONOVANOSE</b>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões.
<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO</b>	Doxiciclina 100mg, VO, 1 comprimido 2x ao dia por 21 dias.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO em dose única <b>OU</b> Doxiciclina 100mg, 1 comprimido 2x ao dia por 7 dias.

\*HERPES RECORRENTE: igual ou maior que 3 episódios no período de um ano. Neste caso, iniciar o tratamento e **encaminhar para consulta médica (agendar ou realizar interconsulta - demanda espontânea)**

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022

## FLUXOGRAMA 5 - PACIENTE COM QUEIXA DE VERRUGA GENITAL



## 5. SÍFILIS

### 5.1. DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS

A sífilis é uma doença de notificação compulsória e obrigatória em todas as suas formas de apresentação. Em 2017 houve uma mudança na definição de caso de sífilis, sífilis adquirida e sífilis congênita pelo Ministério da saúde. São considerados casos definidos de sífilis e, portanto, devem ser notificadas as seguintes situações:

#### SÍFILIS ADQUIRIDA

Pacientes sintomáticos para sífilis (ver quadro 5) com um exame reagente ( treponêmico **OU** não- treponêmico com qualquer titulação);

Pacientes assintomáticos que apresentarem um exame treponêmico reagente **E** um teste não- treponêmico reagente (independente da titulação) e sem registro de tratamento prévio.

#### SÍFILIS GESTACIONAL

Mulher sintomática (ver quadro 5) durante o pré-natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente ( treponêmico **OU** não- treponêmico com qualquer titulação);

Mulher assintomática durante o pré-natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente (independente de ser treponêmico **OU** não treponêmico e independente de titulação) e sem registro de tratamento prévio;

Mulher no período de pré-natal, parto ou puerpério que apresente um teste treponêmico reagente **E** um teste não-treponêmico reagente, independente de sintomatologia ou tratamento prévio.

OBS: casos de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

#### SÍFILIS CONGÊNITA

Recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

OBS: O tratamento é considerado adequado apenas quando realizado com penicilina benzatina e completo até 30 dias antes do parto

OBS 2: Para fins de definição de caso de sífilis congênita não se considera mais o tratamento da parceria sexual da mãe.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.

## 5.2. CONCEITOS

### CICATRIZ SOROLÓGICA:

É a persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado.

### CURA:

**SÍFILIS RECENTE** – ocorreu queda da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até três meses e quatro diluições até seis meses, com evolução até a soro reversão (teste não treponêmico não reagente).

**SÍFILIS TARDIA** – ocorreu queda da titulação em duas diluições em até 12 meses, com evolução até a soro reversão (teste não treponêmico não reagente).

Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção.

### REINFECÇÃO/RETRATAMENTO:

› Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

OU

› Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16);

OU

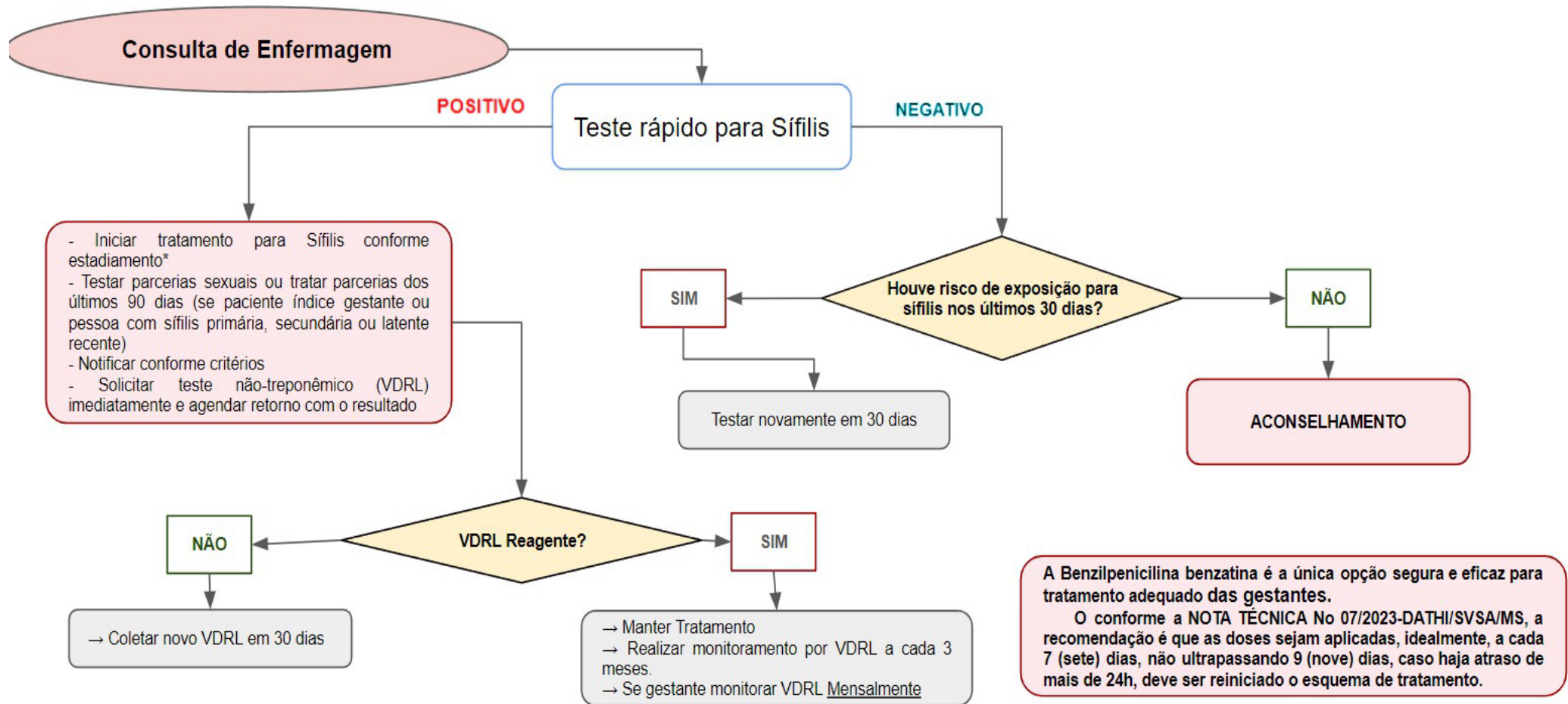
› Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

### TÍTULO x DILUIÇÃO

**Quando os títulos da amostra diminuem em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16), isso significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos.**

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.

## FLUXOGRAMA 6 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS



- Ofertar TR para HIV e hepatites virais
- Em todos os casos orientar sobre prevenção de ISTs e fornecer preservativos;
- Ofertar preservativo interno e externo.

\*Exceto se história prévia de sífilis com tratamento adequado e registrado e ausência de exposição à doença após o tratamento ou sinais e sintomas de sífilis.

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.

## QUADRO 8: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍFILIS	
<b>Sífilis primária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizada por uma erosão ou úlcera no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). Pode demorar entre 10 a 90 dias para surgir após inoculação. Geralmente única, indolor, com base endurecida e fundo limpo, sendo rica em treponemas. Pode ser acompanhada de linfadenopatia inguinal. A lesão pode durar de três a oito semanas e desaparece de forma espontânea, independentemente de tratamento.</li> <li>• Cancro duro</li> </ul>
<b>Sífilis secundária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia entre seis semanas e seis meses após a infecção e duram em média entre quatro e 12 semanas, contudo pode haver lesões intermitentes por até dois anos. Independentemente de tratamento as lesões secundárias (que são ricas em treponemas) regridem espontaneamente. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização é fortemente sugestiva de sífilis); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada.</li> </ul>
<b>Sífilis latente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de sinal ou sintoma (ASSINTOMÁTICA). O diagnóstico é exclusivamente por resultados reagentes em testes treponêmicos e não treponêmicos. Pode ser recente (até um ano de evolução) ou tardia (mais de um ano de evolução).</li> </ul>
<b>Sífilis terciária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorre aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas, após um período de latência; surge entre um e 40 anos depois do início da infecção e é considerada rara. Quando presente, a sífilis nesse estágio manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022

## FIGURA ILUSTRATIVA MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS SÍFILIS



Fonte: Google Images

## QUADRO 9: RESULTADOS DE TESTES DE SÍFILIS, INTERPRETAÇÃO E CONDUTA

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTAS
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE (Teste Rápido)	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE (VDRL)	Diagnóstico de sífilis. - Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis, conforme critérios. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE (TESTE RÁPIDO)	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE (VDRL)	Realiza-se um <b>terceiro teste</b> treponêmico com metodologia diferente do primeiro. - Se <b>reagente</b> , diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. - Se <b>não reagente</b> , considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis, conforme critérios. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar. Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE (VDRL)	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE (Teste Rápido)	Diagnóstico de sífilis. - Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis, conforme critérios. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE (VDRL)	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE (TESTE RÁPIDO)	Realiza-se um <b>terceiro teste</b> treponêmico com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse <b>terceiro teste</b> . o Se <b>reagente</b> , diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. o Se <b>não reagente</b> , considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.	Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis, conforme critérios. Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.
				Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE OU TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for <b>NÃO REAGENTE</b> e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022.

### 5.3. TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis e não deve ser prescrita apenas em caso de hipersensibilidade à penicilina ou outros componentes da fórmula.

#### QUADRO 10: TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 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.	Teste não treponêmico 3, 6, 9 e 12 meses (em <b>gestantes</b> , o controle deve ser mensal).
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, 1x/semana (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.	Teste não treponêmico 3, 6, 9 e 12 meses (em <b>gestantes</b> , o controle deve ser mensal).
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/ cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias.	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.
A Benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. O intervalo entre doses não deve ultrapassar 9 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado			

### 5.4. TRATAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Todas as gestantes devem ser tratadas com Penicilina Benzatina. A Penicilina G benzatina é a ÚNICA opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes;

O tratamento deve ser iniciado imediatamente, mediante teste rápido REAGENTE para sífilis;

#### **O INTERVALO DE DOSES DEVE SER DE 7 DIAS, IDEALMENTE, NÃO ULTRAPASSANDO 9 DIAS.**

Nos casos de atraso das doses, deve ser realizada busca ativa da gestante o mais breve possível;

Os exames e o tratamento devem ser registrados no prontuário eletrônico e na carteira de gestante de forma adequada, com datas, resultados e doses bem descritas.

As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para sua maternidade de referência, pois os tratamentos não penicilínicos são inadequados na gestação.

Na impossibilidade de dessensibilização, deve ser administrada a Ceftriaxona, pois o uso de Doxiciclina é contraindicado na gestação. No entanto, nesses casos o feto será considerado não tratado. **As gestantes devem ser acompanhadas com VDRL mensal até o parto.**

**NOTA TÉCNICA SMS 07/2023:**

Realizar TESTE RÁPIDO (TR) de sífilis em toda gestante na 1ª consulta de pré-natal, se TR NÃO REAGENTE (NR), repetir TR de sífilis no início do 2º trimestre, e se TR NR, repetir no início do 3º trimestre e na internação hospitalar (para parto ou por outra indicação).

Realizar TR de sífilis nas parcerias das gestantes, idealmente quando da realização do TR de sífilis nela, mas no mínimo uma vez durante o pré-natal da gestante e quando da internação para parto.

Em caso de TR de sífilis REAGENTE na gestante, o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina deve ser iniciado imediatamente, e a gestante deve ser tratada como fase latente tardia\* com um total de 7.200.000 UI, IM, dividido em 3 doses de 2.400.000 UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) com intervalo de 7 dias, idealmente, não ultrapassando 9 dias.

Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes em 7 dias, é necessário realizar imediatamente busca ativa. Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias.

\*Exceto quando há sinais e sintomas de sífilis em que o tratamento deve ser iniciado de acordo com o estágio clínico da infecção.

**Você já sabe, mas não custa lembrar:**

- Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado inadequado. O monitoramento da infecção deverá ser realizado por teste não treponêmico (VDRL), mensal.
- **A PENICILINA É O ÚNICO TRATAMENTO** indicado para as gestantes diagnosticadas com sífilis e caso exista comprovado risco de reação alérgica grave/anafilaxia, encaminhar a gestante para dessensibilização em hospital
- **GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS DEVEM TER AS PARCERIAS TRATADAS** (tratamento presuntivo). Quando TR da parceria for NR, o tratamento será com Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo). Quando TR da parceria for REAGENTE deve ser tratados da mesma forma que a gestante
  - Quando o TR para sífilis da PARCERIA da Gestante for REAGENTE, e TR da Gestante for NR; a gestante deve receber Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo).
  - A sífilis em gestante, a sífilis adquirida e a sífilis congênita são doenças/agravos de notificação compulsória.

**5.5. TRATAMENTO DA(S) PARCERIA(S) SEXUAL(AIS)**

É recomendado tratamento às parcerias sexuais, independente do estágio clínico ou de sinais e sintomas, com dose única de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, intramuscular (1,2 milhão de UI em cada glúteo), se o último contato sexual tiver ocorrido em até 90 dias antes do diagnóstico. Em caso de o último contato sexual ter ocorrido há mais de 90 dias antes do diagnóstico, tratar conforme avaliação clínica e sorológica.

Paciente Índice Gestante com Sífilis - sempre tratar a(s) parceria(s), independente do tempo de contato sexual ou da avaliação sorológica: se teste negativo tratar com sífilis recente; se teste positivos, fazer o mesmo tratamento da gestante, conforme suspeita clínica e sorológica.

## 5.6. CRITÉRIOS DE NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS (SINAN)

A sífilis é uma doença de notificação compulsória e obrigatória em todas as suas formas de apresentação. Em 2017, houve uma mudança na definição de caso de sífilis adquirida, sífilis gestacional e sífilis congênita pelo Ministério da Saúde.

São considerados casos definidos de sífilis e, portanto, devem ser notificadas as seguintes situações:

	<b>SÍFILIS ADQUIRIDA</b>
<b>NOTIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem sintomas + teste rápido reagente + VDRL reagente</li> <li>• Com sintomas + teste rápido reagente</li> <li>• Com sintomas + VDRL reagente</li> </ul>
<b>NÃO NOTIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem sintomas + teste rápido reagente e/ou VDRL não reagente</li> <li>• Cicatriz sorológica</li> </ul>
	<b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>
<b>NOTIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem sintomas + teste reagente (teste rápido ou VDRL com qualquer titulação) durante o pré-natal, parto ou puerpério e sem registro de tratamento prévio</li> <li>• Com sintomas + teste reagente (teste rápido ou VDRL com qualquer titulação) durante o pré-natal, parto ou puerpério</li> <li>• Com teste rápido reagente + VDRL reagente (com qualquer titulação), independente de sintomatologia e de tratamento prévio</li> </ul> <p><b>NOTIFICAR SEMPRE!</b></p>

Fonte: Nota Informativa nº 2 SEI/2017 DIAHV/SVS/MS

## 5.7. MONITORAMENTO PÓS TRATAMENTO DE SÍFILIS

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHIV), a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após um ano de seguimento pós tratamento. Poderá ser liberada antes desse período quando apresentar dois resultados consecutivos de VDRL não reagentes. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST's. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST's na população de pessoas curadas de sífilis.

Os testes não treponêmicos não são automatizados. Pode haver, portanto, uma diferença entre leituras em momentos diferentes e

quando realizadas por mais de um observador. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) normalmente não são levadas em consideração.

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e definir a conduta correta para cada caso. Didaticamente, a resposta ao tratamento foi classificada em:

Resposta imunológica adequada;

Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfecção.

<p><b>MONITORAMENTO PÓS TRATAMENTO DA GESTANTE</b></p> <p>O monitoramento da gestante deve ser realizado com teste não treponêmico (VDRL) – MENSALMENTE</p> <p>O monitoramento mensal da gestante tem o intuito principal de descartar aumento da titulação em duas titulações, o que configura reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da gestante e suas parcerias.</p>	<p><b>CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS</b></p> <p><b>REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO</b></p> <p>A ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente) e 12 meses (sífilis tardia) após tratamento adequado (exemplo 1:32 para 1:8; ou 1:128 para 1:32 ou aumento de duas titulações em qualquer tempo ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos)</p>
---	---

Fonte: Adaptado de NT no 14/2023-DATHI/SVSA/MS

**O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmicos e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico. Por exemplo: se o diagnóstico for realizado por VDRL, deve-se manter seguimento com VDRL.**

## 5.8. RESPOSTA IMUNOLÓGICA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS

Tradicionalmente, é indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em até três meses e quatro diluições até seis meses, com evolução até a sororreversão (teste não treponêmico não reagente). Essa resposta é mais comum em pessoas de menos idade, com títulos não treponêmicos mais altos no início do tratamento e em estágios mais recentes da infecção (sífilis primária, secundária e latente recente) (SEÑA et al., 2015). Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfecção.

Atualmente, para definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia (ROMANOWSKI et al., 1991; TONG et al., 2013; CLEMENT et al., 2015; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; ZHANG et al., 2017).

Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e conseqüente negatização dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Deve-se realizar a coleta do teste não treponêmico, sempre que possível, no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente se o tratamento só for iniciado após alguns dias do diagnóstico. Isso é importante para documentação da titulação no momento do início do tratamento e servirá como base para o monitoramento clínico.

A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado e com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de "cicatriz sorológica" (*serofast*) e não caracteriza falha terapêutica.

### TÍTULO x DILUIÇÃO

**Quando os títulos da amostra diminuem em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16), isso significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos.**

## 5.9. CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS - REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

Muitas vezes, é difícil fazer diferença entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicação utilizada) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32);

**OU**

Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1;4 para 1:16);

**OU**

Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Se o paciente preencher os critérios de retratamento (excluindo reinfecção), recomenda-se investigação de neurosífilis por meio de punção lombar e retratamento com três doses de Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, IM, uma vez por semana, por três semanas.

**O monitoramento mensal das gestantes e da população geral aos três e aos nove meses não tem o intuito de avaliar queda da titulação, mas principalmente descartar aumento da titulação em duas diluições, o que configuraria reinfecção/reativação e necessidade de retratamento da gestante e da parceria sexual.**

## 6. HEPATITE B

O usuário em tratamento para Hepatite B é acompanhado através de consulta médica e faz uso de medicação oral ou subcutânea, de acordo com a prescrição médica. O usuário, sem indicação de tratamento, será acompanhado pelo médico, através de consultas e exames.

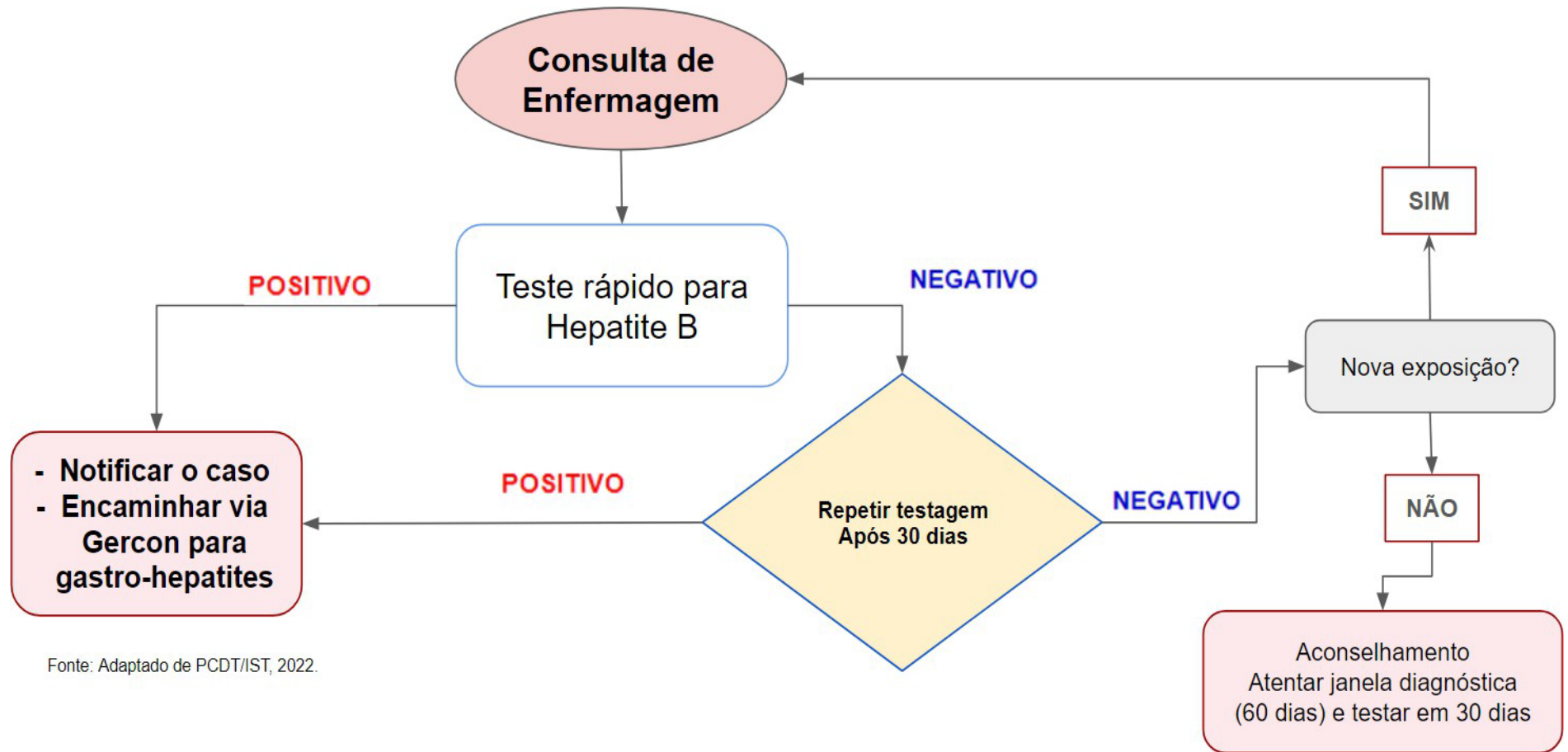
### **Atribuições da enfermagem durante o acompanhamento e/ou tratamento da hepatite B:**

- Preencher a Ficha de Notificação e Investigação para Hepatites Virais;
- Incentivar a adesão ao tratamento e/ou acompanhamento;
- Encaminhar o paciente para a realização de imunização contra Hepatite A, nos CRIE, exceto se apresentar Sorologia Anti-HAV IgG Reagente;
- Encaminhar o paciente a seu médico assistente, em vigência de efeitos colaterais e/ou outras intercorrências;
- Administrar medicação, quando necessário, conforme prescrição médica;
- Orientar, treinar e acompanhar quanto a auto-aplicação da medicação subcutânea e/ou aplicação por familiares, quando desejado pelo paciente, com ênfase no rodízio nos locais de aplicação, quando do uso do Interferon (IFN);
- Orientar quanto às formas de transmissão do vírus da Hepatite B aos familiares, ao(s) parceiro(s) sexual(is) e outros contatos, visando evitar a transmissão da doença;
- Orientar quanto às restrições dietéticas, principalmente, álcool e gorduras, que são completamente contraindicados;
- Acolher paciente e familiares e oferecer suporte aos mesmos;
- Realizar Busca Ativa de faltosos às consultas;
- Buscar manter comunicação entre os níveis de assistência.
- Reforçar a importância da vacinação para hepatite B para os familiares, parcerias sexuais e outros contatos.

### **6.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE B (SINAN):**

- HBsAg (laboratorial ou teste rápido) REAGENTE;
- Carga viral detectável para Hepatite B;
- ANTI-HBc IgM reagente (indica infecção aguda).

## FLUXOGRAMA 7 - TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B



Fonte: Adaptado de PCDT/IST, 2022.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.

## 7. HEPATITE C

Habitualmente, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica. Normalmente, o diagnóstico ocorre após teste rápido de rotina ou por doação de sangue. Esse fato reitera a importância da realização dos testes rápidos ou sorológicos, que apontam a presença dos anticorpos anti-HCV. Todas as pessoas com infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) podem receber o tratamento pelo SUS. O médico, tanto da rede pública quanto suplementar, poderá prescrever o tratamento seguindo as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. O tratamento da hepatite C é feito com os chamados antivirais de ação direta (DAA), que apresentam taxas de cura de mais 95% e são realizados, geralmente, por 8 ou 12 semanas. Os DAA revolucionaram o tratamento da hepatite C, e possibilitam a eliminação da infecção.

Ressalta-se que, de acordo com a Nota Técnica Conjunta nº 369/2020-CGAHV/ DCCI/SVS/MS – Cofen (disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-3692020-cgahvdccisvms>), a(o) enfermeira(o) pode atuar em vários pontos da linha de cuidado das hepatites virais, incluindo a solicitação de exames complementares para a confirmação diagnóstica e a definição do nível de atenção em saúde em que o indivíduo deverá ser preferencialmente atendido. Desse modo, orienta-se que, frente a um teste rápido reagente para as hepatites B ou C, o profissional enfermeiro solicite os exames necessários para a complementação diagnóstica, diminuindo o tempo e as etapas para a efetiva assistência do indivíduo no SUS.

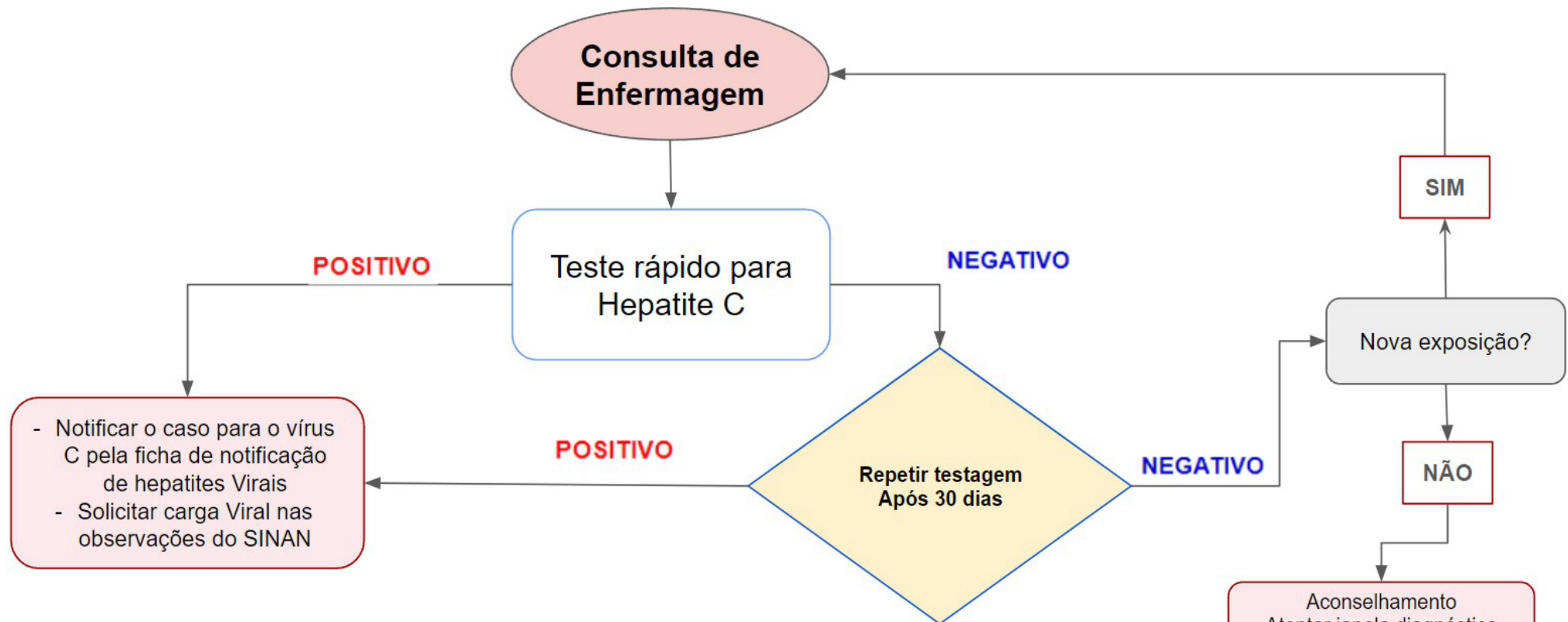
### Atribuições da Enfermagem durante o Acompanhamento e/ou Tratamento da Hepatite C:

- Preencher a Ficha de Notificação de Hepatites Virais;
- Incentivar a adesão ao tratamento e/ou acompanhamento;
- Realizar imunização contra Hepatite B, exceto se apresentar 03 doses comprovadas;
- Encaminhar o paciente para realizar a imunização contra Hepatite A, nos CRIE, exceto se já apresentar sorologia anti-HAV IgG reagente;
- Orientar quanto às restrições dietéticas, principalmente, álcool e gorduras, que são contraindicadas;
- Administrar medicação, quando necessário, conforme prescrição médica;
- Encaminhar o paciente a seu médico assistente, em vigência de efeitos colaterais e/ou outras intercorrências;
- Acolher o paciente e sua família e oferecer suporte aos mesmos;
- Orientar quanto às formas de transmissão do vírus da Hepatite C aos familiares, à(s) parceria(s) sexual(is) e outros contatos, visando evitar a transmissão da doença;
- Realizar Busca Ativa de faltosos às consultas;
- Buscar manter comunicação entre os níveis de assistência;
- Gestante, com marcador sorológico reagente para Hepatite C (Anti-HCV), deve ser encaminhada para a consulta médica.

### 7.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HEPATITE C (SINAN):

- Anti-HCV (laboratorial ou teste rápido) REAGENTE E/OU Carga viral detectável para Hepatite C.

## FLUXOGRAMA 8 - TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C



- Pacientes que já possuem diagnóstico de hepatite C comprovadamente, não devem realizar TR;
- Ofertar preservativo interno e externo;
- Se carga viral **DETECTÁVEL**: encaminhar gercon para gastro-hepatites;
- Se carga viral indetectável: acompanhamento na unidade.
- Se TGO e TGP alteradas encaminhar para SAE

Fonte: Adaptado de PCDT/IST, 2022.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.

## 8. HIV

Recomenda-se a oferta de testagem para HIV e demais IST a todos os pacientes sexualmente ativos, em especial após exposição de risco. Em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para a realização dos testes. As estratégias para testagem rápida têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão.

O diagnóstico de HIV é feito mediante dois testes com resultado REAGENTES de marcas ou métodos diferentes, podendo ser teste rápido (T1 E T2) ou exame laboratorial. Neste sentido, a testagem rápida deverá ser a primeira escolha para o diagnóstico de HIV. O exame laboratorial anti-HIV só deverá ser solicitado quando não houver teste rápido disponível ou quando houver necessidade de investigar HIV 2.

Apenas um teste rápido positivo (T1) não confirma o diagnóstico de HIV, portanto não deve ser notificado e nem laudado. É OBRIGATÓRIA a realização do segundo teste rápido (T2) mediante resultado REAGENTE no T1.

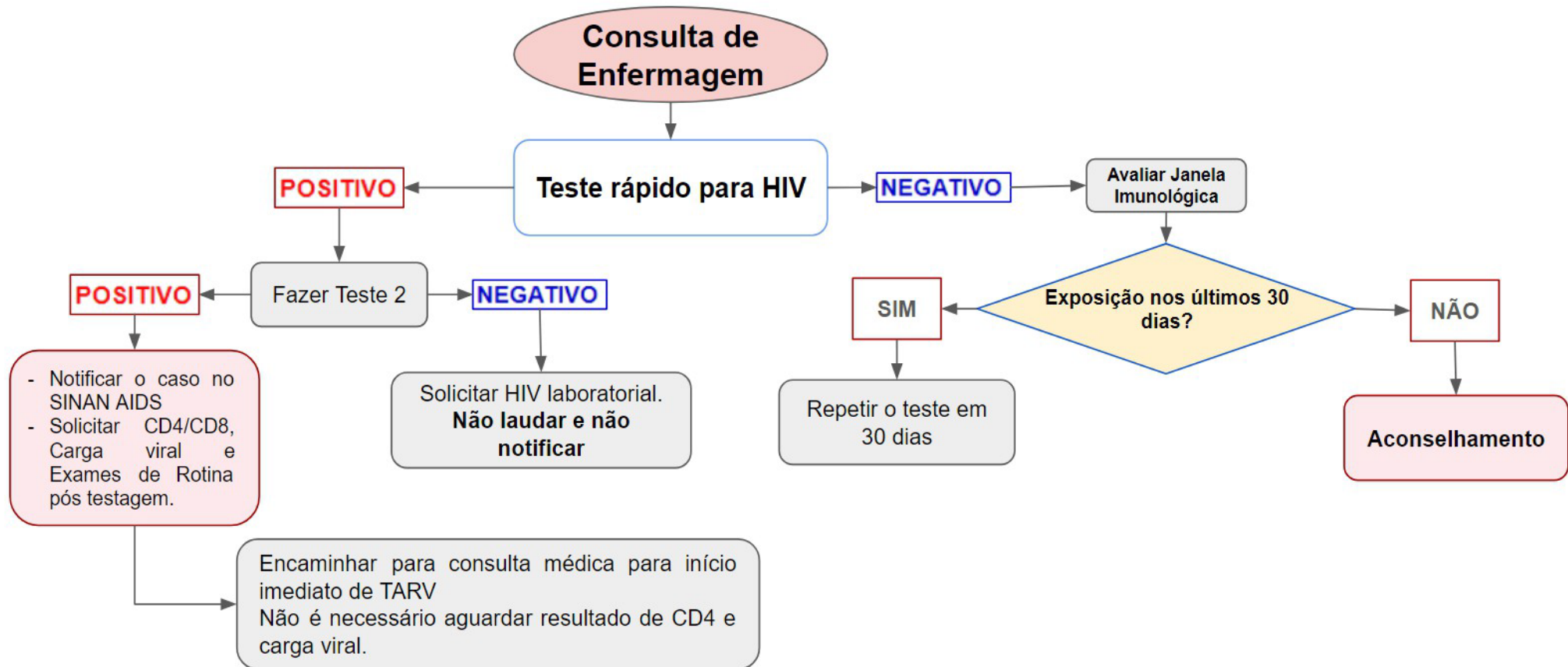
### 8.1 CRITÉRIO DE NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS (SINAN):

Tanto os casos de HIV como os casos de AIDS devem ser notificados no SINAN de AIDS.

- O critério de notificação é ter dois testes REAGENTES (teste rápido ou exame laboratorial anti-HIV).

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.

## FLUXOGRAMA 9 - TESTE RÁPIDO PARA HIV



- Pacientes que já possuem diagnóstico comprovado de infecção por HIV não devem realizar TR;
- Ofertar preservativo interno e externo;
- Para iniciar o tratamento de HIV, não é necessário aguardar o resultado de CD4 e carga viral
- É recomendado que a TARV seja iniciada no mesmo dia do diagnóstico ou em até 7 dias depois, principalmente em gestantes.
- Avaliar indicação de PEP/PrEP
- Testar parcerias sexuais.

Fonte: Adaptado de PCDT/IST, 2022.

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no [Anexo I](#) deste protocolo.

## QUADRO 11: INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV POR PUNÇÃO

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

TR 1	TR 2	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO	ENCAMINHAMENTO
NÃO REAGENTE	-----	Negativo para HIV	Laudar com resultado não reagente; Orientar sobre a janela imunológica e coletar novo TR após 30 dias, se necessário; Orientar sobre formas de prevenção
REAGENTE	NÃO REAGENTE	Discordante	Verificar se o teste está em condições adequadas de uso, armazenamento e execução; Solicitar anti-HIV (laboratorial) e agendar retorno breve com o resultado do exame; Não laudar e não notificar.
REAGENTE	REAGENTE	POSITIVO PARA HIV	Laudar com resultado Reagente; Solicitar CD4/CD8 e carga viral. Notificar o caso no SINAN de AIDS Encaminhar ao médico para prescrição de TARV.

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

## QUADRO 12: INTERPRETAÇÃO DE RESULTADO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV POR PUNÇÃO, CONFORME O TIPO DE HIV

TR 1 REAGENTE	TR 2 REAGENTE	INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO
HIV 1	HIV 1	Positivo para HIV
HIV 1	HIV 2	Positivo para HIV
<b>HIV 1</b>	NÃO IDENTIFICA O TIPO DE HIV	Positivo para HIV
HIV 2	HIV 2	Solicitar anti-HIV laboratorial
HIV 2	HIV 1	Positivo para HIV
HIV 2	NÃO IDENTIFICA O TIPO DE HIV	Solicitar CARGA VIRAL; Se carga viral DETECTÁVEL – positivo para HIV Se carga viral INDETECTÁVEL – encaminhar para laboratório para investigar HIV 2.
NÃO IDENTIFICA O TIPO DE HIV	NÃO IDENTIFICA O TIPO DE HIV	Positivo para HIV

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

## 9. PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS

Toda situação de exposição deve ser também avaliada quanto ao risco de exposição às hepatites virais.

**HEPATITE A** : Recomenda-se avaliar todo paciente com exposição sexual de risco ao HIV para um eventual episódio de infecção aguda pelo vírus da hepatite A. O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral. A transmissão sexual desse vírus é infrequente, no entanto, recentemente, diversos casos de transmissão sexual do vírus da hepatite A foram confirmados entre homens que fazem sexo com homens, embora essa forma de transmissão também tenha sido observada entre mulheres. A magnitude da transmissão por via sexual é provavelmente subestimada (WERBER et al., 2017; FREIDL et al., 2017; CHEN et al., 2017; BEEBEEJAUN et al., 2017). A transmissão sexual do HAV provavelmente limita o benefício da prevenção por meio do uso exclusivo de preservativos, devendo-se complementar a prevenção com outras medidas, como a higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e após as relações sexuais.

O quadro sintomático caracteriza-se pela presença de astenia, tonturas, náusea e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados (icterícia), urina escurecida e fezes claras. A sintomatologia costuma aparecer em aproximadamente quatro semanas (variando de 15 a 50 dias) após a exposição ao HAV.

Caso seja possível, deve-se verificar a suscetibilidade do paciente exposto por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAV IgG ou total). A presença de anti-HAV IgG (ou total) reagente demonstra imunidade da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária. Já a presença de anti-HAV IgM reagente é indicativo de episódio agudo de infecção por esse vírus.

**HEPATITE B** : Recomenda-se realizar testagem para hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte (quando presente). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela com resultado para HBsAg não reagente e que não possui documentação de vacinação com série completa, ou que, mesmo recebendo esquema adequado, não apresentou soroproteção (anti-Hbs reagente  $\geq 10\text{mUI/mL}$ ). Quando da utilização da PEP para HIV, é importante avaliar se a pessoa exposta não está previamente infectada pelo vírus da hepatite B, no sentido de investigar a presença de HBsAg e antecedente de tratamento para essa infecção. Os antirretrovirais TDF e 3TC (medicamentos utilizados para a PEP do HIV) são ativos em relação ao HBV e uma eventual suspensão desses medicamentos (quando da suspensão da PEP) pode ocasionar um flare das enzimas hepáticas, ou mesmo quadros de descompensação da doença hepática prévia (CDC, 2008; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

A prevenção dessa infecção ocorre por meio da vacinação, testagem e do uso eventual de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Recomenda-se imunizar todas as pessoas expostas não previamente vacinadas, ou sem documentação de vacinação prévia, e sem indícios de infecção por HBV (HBSAg não reagente), independentemente da idade. Se possível, a primeira dose da vacina deve ser administrada no momento do primeiro atendimento e, preferencialmente, dentro de 24 horas da exposição. A vacina contra hepatite B e a IGHAHB são recomendados como profilaxia para pessoas suscetíveis, expostas a portadores conhecidos ou potenciais do vírus da hepatite B por violência sexual.

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB são seguros e também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional, ou durante o aleitamento. Para mais informações, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções” (BRASIL, 2016d), disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

**HEPATITE C** : Apesar de o risco de transmissão do HCV estar mais relacionado às exposições percutâneas, a transmissão sexual desse vírus é possível, principalmente em se tratando de práticas sexuais traumáticas, presença de doença ulcerativa genital e proctites relacionadas a IST. Recomenda-se realizar testagem para hepatite C na pessoa-fonte e na pessoa exposta. Recomenda-se o tratamento de todas as pessoas com infecção ativa pelo HCV (CV-HCV detectável), tanto aguda como crônica, com raras exceções, pois a taxa de cura é bastante elevada.

### QUADRO 13: SEGUIMENTO DA PESSOA EXPOSTA QUANDO A FONTE É REAGENTE PARA HEPATITE C

TEMPO PÓS-EXPOSIÇÃO	PESSOA-FONTE			COMENTÁRIO
	ANTI-HCV	HCV-RNA	ALT	
<b>FONTE</b>				
Imediatamente (menos de 48h)	Sim	testar: se anti-HCV reagente	Não	Pode-se avaliar a utilização de HCV-RNA mesmo com sorologia negativa em pacientes com imunossupressão grave.
<b>EXPOSTO</b>				
Imediatamente (menos de 48h)	Sim	testar: se anti-HCV reagente	Sim	Não há necessidade de seguimento se a fonte não apresentar infecção ativa pelo HCV. Entretanto, a testagem basal do exposto é aconselhável.
4-6 semanas	sim	sim	Considerar	Não utilizar teste molecular isoladamente, devido às variações na viremia durante infecções agudas.
4-6 semanas	sim	sim	sim	

Fonte: DCCI/SVS/MS

\*Anti-HCV reagente no 1º atendimento: pessoa previamente exposta; portanto, teve contato com HCV antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.

\*A soroconversão do anti-HCV e/ou detectabilidade do HCV=RNA após a primeira consulta do indivíduo exposto indica infecção aguda pelo HCV, devendo o paciente ser encaminhado para tratamento da infecção e acompanhamento clínico.

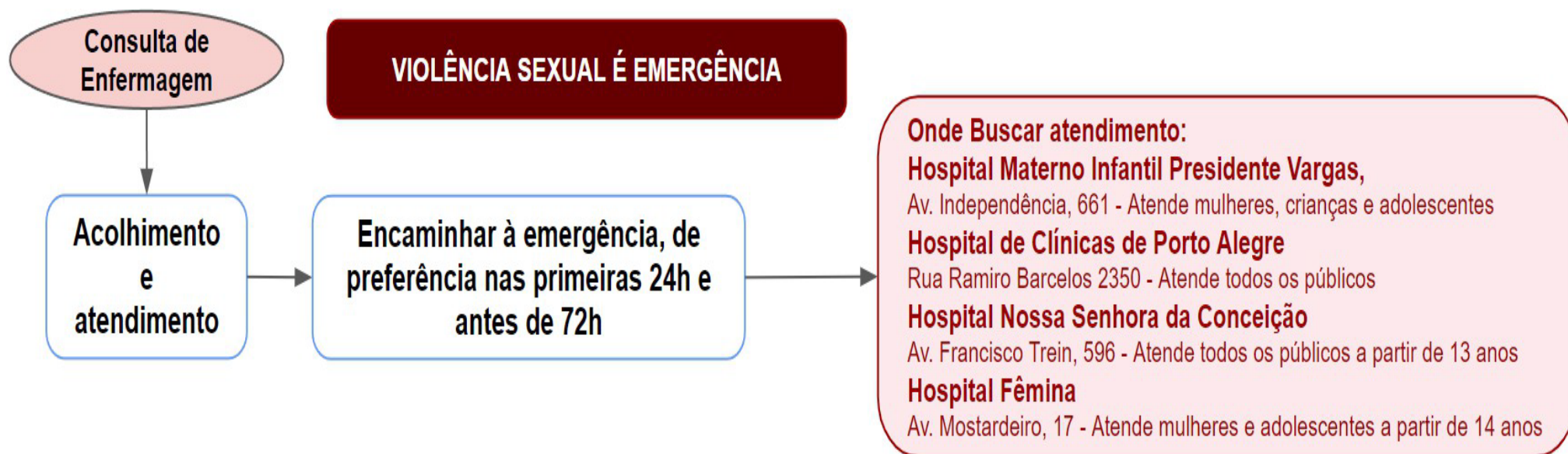
## 9.1. PROFILAXIA DAS IST NÃO VIRAIS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

É relevante considerar que, para casos de violência sexual, a Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessários. A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento (BRASIL, 2016b). PCDT PEP

### NOTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTOS EM CASO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Município de Porto Alegre possui um PLANO MUNICIPAL DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS (2023), disponível em <https://drive.google.com/file/d/11esPaXc07UMM833nuN2wnrnNIAGZVUzK/view>, onde são descritas todas as ações e recomendações com relação à notificação e encaminhamentos pós situação de violência sexual.

## FLUXOGRAMA 10 – PROTOCOLO: VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL



Um ato sexual indesejado ou uma tentativa de ato sexual sem consentimento é **VIOLÊNCIA SEXUAL**.

- Para casos de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes, deve-se encaminhar ao CRAI do HMIPV para escuta qualificada e procedimentos legais;
- Nos casos em que o CRAI não estiver aberto (noite e finais de semana), o acolhimento deverá ser realizado na emergência do HMIPV e posterior acompanhamento no CRAI.

Fonte: Plano Municipal de Prevenção e Atenção às Vítimas de Violências da Secretaria Municipal de Saúde 2023 a 2025

**Material informativo:** Cartilha conversa aberta - Orientações para o combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes

[https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smgl/usu\\_doc/cartilha\\_jovem\\_2013.pdf](https://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/smgl/usu_doc/cartilha_jovem_2013.pdf)

Para mais **dúvidas consultar o fluxo de encaminhamento disponível em:**

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202405/13145617-nota-orientadora-atencao-a-violencia-sexual.pdf>

## 10. PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) AO HIV

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV.

• Critérios de indicação da PrEP: a recomendação da profilaxia passa a incluir todos os adultos e adolescentes (a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35kg) sexualmente ativos sob risco aumentado de infecção pelo HIV.

### QUADRO 14: SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS PARA A PrEP

SEGMENTOS POPULACIONAIS PRIORITÁRIOS	DEFINIÇÃO	CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DE PrEP
Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	Homens que se relacionam sexualmente e/ou afetivamente com outros homens	Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses E/OU
Pessoas trans	Pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento. Nesta definição são incluídos: homens e mulheres transexuais, transgêneros, travestis e outras pessoas com gêneros não binários	Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) E/OU
Profissionais do sexo	Homens, mulheres e pessoas trans que recebem dinheiro ou benefícios em troca de serviços sexuais, regular ou ocasionalmente	Uso repetido de Profilaxia Pós-Exposição (PEP)
Parcerias sorodiscordantes para o HIV	Parceria heterossexual ou homossexual na qual uma das pessoas é infectada pelo HIV e a outra não	Relação sexual anal ou vaginal com uma pessoa infectada pelo HIV sem preservativo

Fonte: Adaptado de DCCI/SVS/MS, 2022

### PRESCRIÇÃO:

Ao se identificar uma pessoa que possui indicação de PrEP, deve-se excluir, clínica e laboratorialmente, o diagnóstico prévio da infecção pelo HIV (Recomenda-se a realização de teste rápido (TR) anti-HIV, utilizando amostra de sangue total, obtida por punção digital ou por punção venosa, soro ou plasma, só então o enfermeiro devidamente capacitado deve prescrever conforme posologia abaixo e encaminhá-la para um serviço especializado, para dispensação da medicação.

### QUADRO 15 – PRESCRIÇÃO DE PrEP

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	SEGUIMENTO LABORATORIAL
Fumarato de tenofovir desoproxila + entricitabina (TDF/FTC) comprimidos de 300 mg + 200 mg.	Dose de ataque de dois comprimidos de fumarato de tenofovir desoproxila/entricitabina (TDF/FTC) no primeiro dia de uso, seguido de um comprimido diário.	Solicitação e a reavaliação da função renal a cada 12 meses, No caso de indivíduos com idade superior a 50 anos OU com história de comorbidades, OU com estimativa inicial de Clearance de Creatinina (ClCr) menor que 90 mL/min, a reavaliação da função renal segue sendo a cada seis meses.

Fonte: Adaptado de PCDT PrEP, 2022

• Esclarecimento de diagnóstico: Pessoas com exposição de risco recente, sobretudo nos últimos 30 dias, devem ser orientadas quanto à possibilidade de infecção, mesmo com resultado não reagente. Na presença de sinais e sintomas de infecção viral aguda, deve-se realizar um exame de carga viral para HIV. Nesse caso, o início da PrEP deve ser postergado até o esclarecimento diagnóstico. Ainda que a pessoa traga para a consulta um exame prévio negativo para HIV, é indicada a realização de um novo exame na consulta inicial. Em todas as consultas para PrEP (inicial e seguimento), é necessário realizar novo exame para HIV.

**Caso seja confirmada a infecção pelo HIV, a PrEP não está mais indicada.**

Podem iniciar imediatamente a PrEP os indivíduos com alto risco de infecção pelo HIV que tiveram uma exposição recente de risco, que estiverem fora da janela de 72 horas para o início de PEP ou que se apresentam durante a avaliação inicial sem sinais e sintomas de infecção pelo HIV.

A avaliação da função renal é realizada por meio da dosagem de creatinina sérica e do cálculo de Clearance de creatinina (CICr) estimado para todos os indivíduos candidatos à PrEP, principalmente aqueles com idade superior a 30 anos. Também para todos os candidatos à PrEP, na consulta inicial, recomenda-se avaliar o histórico e fatores de risco para doença renal, como presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes, uso concomitante de medicamentos e história conhecida de insuficiência renal ou lesão renal.

**Para qualquer indivíduo com um CICr estimado  $\geq 60$  mL/min, pode-se prescrever com segurança a PrEP oral contendo TDF.**

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV está disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_profilaxia\\_prep.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf)

Para moradores de Porto Alegre a medicação é dispensada nos locais indicados pelos Link:

<https://drive.google.com/file/d/1b7p603bhJZVGDt8NPGu-j1q4Njgg4qGx/view>

<https://drive.google.com/file/d/1rtDBXYog6UQDoEtCSLhVrFXWPcn0nt2Z/view>

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.

## 11. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)

A profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, hepatites virais e outras IST's, consiste no uso de medicamentos por 28 dias, com início em até 72 horas após a exposição, sendo ideal o mais precocemente possível (primeiras 2 horas após a exposição) para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, **não está mais indicada a profilaxia ARV.**

Testes rápidos de HIV, hepatites e sífilis devem ser imediatamente realizados em todas as pessoas expostas e, quando possível, também na pessoa-fonte. Se o teste for não reagente, a PEP está indicada.

Todas as pessoas com indicação para PEP devem ser avaliadas por um profissional de saúde. Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à presença da pessoa-fonte.

**O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.**

Pessoas que repetidamente procuram a PEP, ou que estejam em alto risco por exposições contínuas ao HIV, devem ser avaliadas para o uso da PrEP diária após a exclusão da infecção pelo HIV. Caso uma pessoa tenha indicação de PEP por exposição de risco nas últimas 72 horas, ela deve entrar em PEP imediatamente e iniciar a PrEP diária logo após a conclusão do curso de 28 dias da PEP, evitando assim uma lacuna desnecessária entre a PEP e a PrEP. Deve-se realizar um teste rápido ou sorologia para HIV (sangue) nessa transição, assim como os demais exames laboratoriais indicados no início da PrEP, caso ainda não tenham sido realizados durante o ciclo da PEP.

### **Medicamento:**

**1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia.**

• Para gestantes, independentemente da forma de exposição, o esquema preferencial deve ser composto com DTG a partir da 12ª semana de gestação. O esquema preferencial de PEP em gestantes com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas deve ser composto pela combinação de TDF/3TC e ATV + RTV. Em caso de contraindicação ou intolerância ao ATV + RTV, pode-se prescrever a combinação de DRV + RTV, reforçando a necessidade da dose de DRV 600mg com RTV 100mg de 12/12 horas.

Após avaliação do profissional de saúde, se indicada PEP, o(a) paciente morador(a) de Porto Alegre poderá retirar o medicamento nos seguintes estabelecimentos:

- Pronto-Atendimento Cruzeiro do Sul: Travessa Manuel Lobato, 151 (24 horas)
- Pronto-Atendimento Lomba do Pinheiro: Estrada João de Oliveira Remião, 5110 (24 horas)
- Pronto-Atendimento Bom Jesus: Rua Bom Jesus, 410

- UPA Moacyr Scliar: Rua Jeronimo Velmonovitz, esquina com Av. Assis Brasil
- Serviço de Assistência Especializada (SAE) IAPI: R. Três de Abril, 90 - Passo d'Areia
- Centro de Testagem e Aconselhamento Santa Marta: rua Capitão Montanha, 27 - 5o andar - Centro
- Centro de Saúde Vila dos Comerciantes: R. Professor Manoel Lobato, 151 - Vila dos Comerciantes
- Hospital da Restinga: Estrada João de Oliveira Remião, 3700
- Hospital Sanatório Partenon / Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA Caio Fernando Abreu: Av. Bento Gonçalves,3722 - Partenon
- Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (apenas casos pediátricos): Av Independência, 661 - Independência (24 horas).

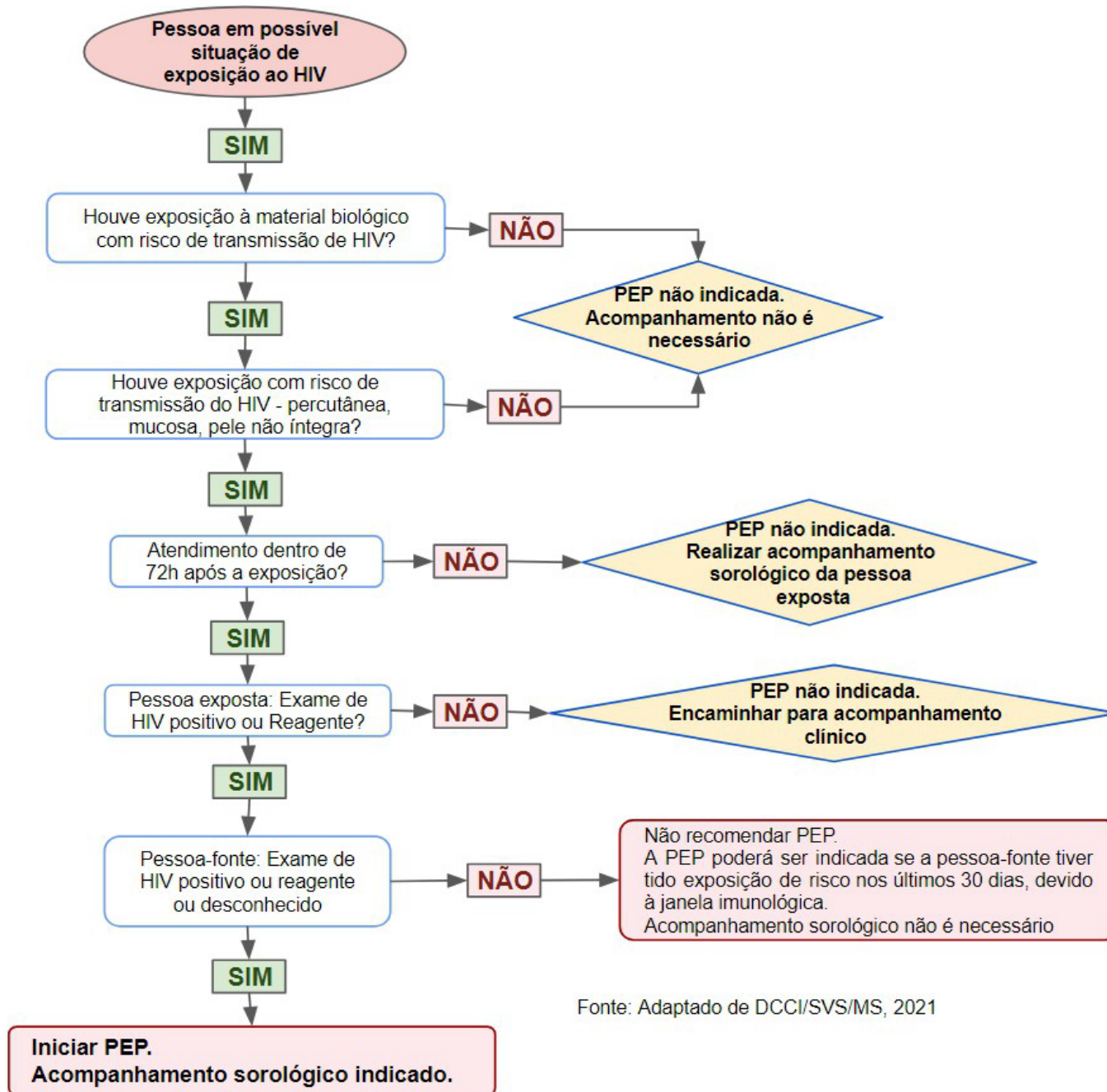
É direito da pessoa recusar a PEP ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames laboratoriais). Nesses casos, sugere-se o registro em prontuário, com documentação da recusa e explicitação de que no atendimento foram fornecidas informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

De forma a viabilizar a ampliação do acesso à PEP e PrEP nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), os Protocolos ministeriais, baseados no Parecer nº 12/2020/CTAS/COFEN respaldam sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiro para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP). Essa ação é fundamental para apoiar a organização dos processos de trabalho nos territórios, partindo da lógica do cuidado integral e multidisciplinar.

No âmbito do sistema de saúde privada, a prescrição da PrEP é exclusivamente por profissional médico e, no âmbito do SUS, por todos os profissionais de saúde atualmente habilitados à prescrição de medicamentos por força de lei, quais sejam, médicos e enfermeiros.

**Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.**

## FLUXOGRAMA 11 – INDICAÇÃO DE PEP AO HIV



## 14. CRIANÇA EXPOSTA AO HIV PELA AMAMENTAÇÃO

No caso de a mãe estar amamentando e ser diagnosticada com HIV, deverão ser feitos os seguintes encaminhamentos:

- Orientar a suspensão da amamentação **IMEDIATAMENTE**;
- Se a criança for maior de 1 ano, realizar testagem rápida para HIV;
- Encaminhar para consulta médica, pois o médico deverá: prescrever Cabergolina 0,5 (2 comprimidos em dose única) para a mãe e orientar que a retirada do medicamento será no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV); inserir a criança no GERCON para a agenda “Criança exposta- puericultura” (se menor de 2 anos); inserir a criança no Projeto Nascer para o recebimento das fórmulas lácteas (se até 12 meses de vida); notificar o caso como Criança exposta ao HIV;
- Encaminhar a mãe e a criança à emergência do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV) para iniciar a PEP o mais rápido possível (O CASO É UMA URGÊNCIA). A PEP está indicada para os casos em que a última mamada foi em até 72 horas.

**DEVE-SE REALIZAR TR PARA HIV A CADA 3 MESES EM TODAS AS LACTANTES ENQUANTO ESTIVEREM AMAMENTANDO!**

Se dúvida realizar interconsulta com médico(a) ou demais profissionais da unidade e/ou discuta o caso com a Equipe da CAIST pelos contatos listados no Anexo I deste protocolo.

## LINKS ÚTEIS PARA CONSULTA

### LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE BPA-I-CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4 /CD8

Contagem de linfócitos T CD4+:

Para impressão: <https://bit.ly/3WaJr82>

Preenchimento eletrônico: <https://bit.ly/4cOM0Ss>

### LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE BPA-I- QUANTIFICAÇÃO DE ÁCIDO NUCLÉICO - CARGA VIRAL DO HIV

Carga Viral do HIV

Para impressão: <https://bit.ly/4buF0t8>

Preenchimento eletrônico: <https://bit.ly/3VPv1CO>

Solicitação de Carga Viral de Hepatite C

Solicitar no verso da página, no campo “Observações” do SINAN de HEPATITES VIRAIS: <https://bit.ly/3VOPMV3>

## FICHAS DE NOTIFICAÇÃO

SINAN: <https://bit.ly/4cQ78Yr>

VIOLÊNCIA - [http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia\\_v5.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf)

AIDS em pacientes com 13 anos ou mais (tanto casos de AIDS como de HIV devem ser preenchidos no SINAN de AIDS): <https://bit.ly/3xMosyS>

AIDS em pacientes menores de 13 anos (tanto casos de AIDS como de HIV devem ser preenchidos no SINAN de AIDS): <https://bit.ly/3xMoFCa>

GESTANTE HIV + CRIANÇAS EXPOSTAS - <https://drive.google.com/file/d/1PfftZGTul0C4RevsL1u1sgW4LbYa7oB0/view>

HEPATITES VIRAIS - [https://drive.google.com/file/d/1T36BAN29z3i9hhcBygwbTC9PLAjL5q\\_g/view](https://drive.google.com/file/d/1T36BAN29z3i9hhcBygwbTC9PLAjL5q_g/view)

SÍFILIS ADQUIRIDA - <https://drive.google.com/file/d/1QyRnINWmJCrZEAaPp7H6dZNbKqq1fwOf/view>

SÍFILIS EM GESTANTE - [https://drive.google.com/file/d/1YOWkfpJ5jjeZpoCg4e\\_tyU7kMCfH9mWq/view](https://drive.google.com/file/d/1YOWkfpJ5jjeZpoCg4e_tyU7kMCfH9mWq/view)

SÍFILIS CONGÊNITA - <https://drive.google.com/file/d/1K11MRqVo2Yhv-Pwx6YUP-IFNlnjEIMT4/view>

TUBERCULOSE - [https://drive.google.com/file/d/1O-MdicfuxXDnlO9UAzRuZgmqHjtpqF8\\_/view](https://drive.google.com/file/d/1O-MdicfuxXDnlO9UAzRuZgmqHjtpqF8_/view)

ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO: <https://bit.ly/4csgFFp>

## FORMULÁRIOS PREP

FICHA DE PRIMEIRO ATENDIMENTO PrEP: <https://bit.ly/4bv8CX5>

FICHA DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO PrEP: <https://bit.ly/3XVSlrj>

## PÁGINA FORMULÁRIOS E DEMAIS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Formulários: <https://bit.ly/3RVQ3nZ>

## NOTAS TÉCNICAS E LEGISLAÇÕES

PARECER Nº 12\_2020\_CTAS\_COFEN – Prescrição de PEP e PrEP por enfermeiros - [http://www.cofen.gov.br/81126\\_81126.html](http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html)

Resolução 004-22\_ ISENÇÃO DE TRANSPORTE PÚBLICO PARA PVHIV: <https://bit.ly/3RSGkyV>

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Mary A. Treatment of genital herpes simplex vírus infection. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-genital-herpes-simplex-virus-infection>

BACHMANN, Laura H. Urethritis in adult men. UpToDate. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urethritis-in-adult-males> .

BARRISFORD, Glen W. Balanitis in adults . Up To Date . Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/balanitis-in-adults>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 217, de 01 de março de 2023. Dispõe a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed\\_rev\\_atual.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude\\_5ed\\_21nov21\\_isbn5.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view)

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)

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 de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia Prático para Execução de Testes Rápidos. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/guia\\_pratico\\_execucao\\_de\\_testes\\_rapidos-1.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2022/guia_pratico_execucao_de_testes_rapidos-1.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Técnica nº 534/2022-CGAHV/DCCI/SVS/MS: recomenda o início de TARV imediato, de 10 de novembro de 2022. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/variola-dos-macacos/notas-informativas/nota-tecnica-no-534-2022-cgahv-dcci-svs-ms/view>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O que são IST. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/45QCAUg>

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 Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt\\_manejo\\_adulto\\_12\\_2018\\_web.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria N° 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. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029\\_17\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 2 SEI/2017-DIAHV/SVS/MS: altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita, de 19 de setembro de 2017. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsmms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. Relatório de recomendação n. 150. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_Penicilina\\_SifilisCongenita\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_CP.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010. Institui a sífilis adquirida como doença de notificação compulsória. Diário Oficial União, Brasília, DF, Seção 1, p. 12, 01 set. 2010. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472\\_31\\_08\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Institui a sífilis em gestante como doença de notificação compulsória. Diário Oficial União, Brasília, DF, Seção 1, p. 4, 15 jul. 2005. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033\\_14\\_07\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS: Orientações sobre a atuação da(o) enfermeira(o) para a ampliação estratégica do acesso da população brasileira ao diagnóstico das hepatites B e C e encaminhamento de casos detectados para tratamento. 2020. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-3692020-cgahvdcisvsmms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota Informativa nº 55/2019-CGAE/DIAHV/SVS/MS: Orientações acerca dos critérios de definição de casos para notificação de hepatites virais. 2019c Disponível em:

[http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites\\_Virais/Nota\\_Informativa\\_Hepatites\\_Virais.pdf](http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Nota_Informativa_Hepatites_Virais.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano para eliminação da hepatite C no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: <https://bit.ly/3LhIzYF>

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual\\_tecnico\\_hepatites\\_virais\\_web\\_3108181.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf/view)

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 Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfecoes>

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 Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt\\_hepatite\\_c\\_06\\_2019\\_isbn.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf/view)

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3VJiSVK> .

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres 2016. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf).

CLEMENT, M. E.; OKEKE, N. L.; HICKS, C.B. Treatment of syphilis. Journal of the American Medical Association, Chicago, v. 312, n. 18, p. 1905-1917, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.13259> .

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Decisão nº 0094/2015, de 8 de julho de 2015. Revoga o Parecer de Conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015\\_32935.html](http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html) .

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, de 14 de junho de 2017. Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf> .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decisão Cofen nº 244/2016. Rio de Janeiro: Cofen, 27 out. 2016a. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016\\_46254.html](http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-2442016_46254.html) .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer de Conselheiro nº 259/2016. Rio de Janeiro: Cofen, 27 set. 2016b. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html) .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 8 fev. 2007. Disponível em: [http://mt.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem\\_249.html](http://mt.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_249.html) .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução Cofen nº 195/1997. Rio de Janeiro: Cofen, 18 fev. 1997. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html) .

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Guia sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e Processo de Enfermagem. Amália de Fátima Lucena, Cândida Caniçali Primo, Eliane

de Fátima Almeida Lima, Márcia Valéria de Souza Almeida, Marcos Antônio Gomes Brandão, Paula de Souza Silva Freitas, Susana Lamara Pedras Almeida.

Tipo da produção: Material Didático Ano: 2021 Disponível em: <https://cofenplay.com.br/biblioteca/?abrir=93276>

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROMANOWSKI, B.; et al. Serologic response to treatment of infectious syphilis. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 114, n. 12, p. 1005-1009, 1991. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-114-12-1005>

TONG, M. L.; et al. Factors associated with serological cure and the serofast state of hiv-negative patients with primary, secondary, latent, and tertiary syphilis. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 8, n. 7, e70102, 2013. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070102>

TUDDENHAM, Susan, GHANEM, Khalil G. Approach to the patient with genital ulcers . Up To Date . Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers>

WORKOWSKI, K. A.; BOLANG, G. A. Centers for disease control and prevention. sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Atlanta, v. 64, RR-03, p. 1-137, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26042815/>

ZHANG, R. L.; et al. Molecular subtyping of *Treponema pallidum* and associated factors of serofast status in early syphilis patients: Identified novel genotype and cytokine marker. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 12, n. 4, e0175477, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175477>

## **ANEXO 1: CONTATOS PARA MATRICIAMENTO CAIST**

### **AGENDAMENTO DE GESTANTES COM HIV**

<https://wa.me/555132892933>

### **DRIVE - DOCUMENTOS DE APOIO AO PROFISSIONAL**

<https://tinyurl.com/smscaist>

### **LINK DE CONVITE PARA O GRUPO DE MATRICIAMENTO**

<https://tinyurl.com/matriciahivtb>

### **CANAL DE MATRICIAMENTO | EXCLUSIVO TRANSMISSÃO VERTICAL**

<https://wa.me/555132892950>

### **FORMULÁRIO DE REGISTRO DOS RESULTADOS DE TR PARA DETECÇÃO DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS**

<https://tinyurl.com/linktestesrapidos>

## ANEXO 2 - ROTINA DE EXAMES PÓS-TESTAGEM RÁPIDA



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

SECRETARIA MUNICIPAL D E SAÚDE

Exames solicitados pelo GERCON, pode ser acrescentado anti-HAV total. Pacientes com HIV têm indicação de vacina para Hepatite A, caso resultado do exame seja não reagente.



### ROTINA DE EXAMES PÓS - TESTAGEM RÁPIDA

#### IDENTIFICAÇÃO

NOME		TELEFONE	
NÚMERO CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____	NOME DA MÃE	

#### EXAMES LABORATORIAIS

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Plaquetas              | <input checked="" type="checkbox"/> Chagas         | <input checked="" type="checkbox"/> EPF (3 amostras) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sorologia Toxoplasmose | <input checked="" type="checkbox"/> Triglicédeos   | <input type="checkbox"/> Anti-Hbc total              |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL                    | <input checked="" type="checkbox"/> EQU            | <input checked="" type="checkbox"/> TGP              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hemograma              | <input checked="" type="checkbox"/> Anti-HTLV I-II | <input checked="" type="checkbox"/> Anti-Hbs         |
| <input type="checkbox"/> FTA-ABS                           | <input checked="" type="checkbox"/> TSH            | <input checked="" type="checkbox"/> Creatinina       |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL                    | <input checked="" type="checkbox"/> HBsAg          | <input type="checkbox"/> Outros: _____               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia de jejum      | <input checked="" type="checkbox"/> TGO            |  |

DATA	PROFISSIONAL (CARIMBO E ASSINATURA)
------	-------------------------------------

CARIMBO DA US

## ANEXO 3: VACINA HPV

O HPV (sigla em inglês para Papilomavírus Humano) é um vírus que infecta a pele ou mucosas (oral, genital ou anal) das pessoas, provocando verrugas anogenitais (na região genital e ânus) e câncer, a depender do tipo de vírus. A infecção pelo HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

A infecção pelo HPV não apresenta sintomas na maioria das pessoas. Em alguns casos, o HPV pode ficar latente de meses a anos, sem manifestar sinais (visíveis a olho nu), ou apresentar manifestações subclínicas (não visíveis a olho nu).

As primeiras manifestações da infecção pelo HPV surgem, aproximadamente, entre dois e oito meses, mas pode demorar até 20 anos para aparecer algum sinal da infecção. As manifestações costumam ser mais comuns em gestantes e em pessoas com imunidade baixa.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), atualmente, disponibiliza a vacina quadrivalente, que protege contra quatro tipos de HPV previne contra câncer genital (colo do útero, vulva, vagina, região anal, pênis e orofaringe), lesões pré-cancerosas ou displásicas, verrugas genitais e outras infecções causadas pelo papiloma vírus humano (HPV) dos tipos 6, 8 11 e 16.

No Brasil, estima-se que haja, aproximadamente, 9 a 10 milhões de infectados pelo HPV e que, a cada ano, surjam 700 mil casos novos da infecção. Cerca de 105 milhões de pessoas são positivas para o HPV 16 ou 18 (de alto risco oncogênico) no mundo. É a mais frequente infecção sexualmente transmissível (IST) na mulher e no homem. Ainda, a maioria das pessoas serão, provavelmente, infectadas por pelo menos um dos diversos tipos de HPV ao longo de sua vida. Estudos apontam que o câncer cervical tem cinco vezes mais probabilidade de se desenvolver em mulheres HIV positivas quando comparadas à população em geral.

POPULAÇÃO	IDADE PRECONIZADA	ESQUEMA VACINAL INDICADO
<b>Meninas e meninos</b>	9 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias	Dose única
<b>Homens e mulheres que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos</b>	9 anos completos até 45 anos 11 meses e 29 dias	3 Doses (0, 2 meses e 6 meses)
<b>Vítimas de violência sexual</b>	9 anos completos até 14 anos 11 meses e 29 dias	2 Doses (0 e 6 meses)
	15 anos completos até 45 anos 11 meses e 29 dias	3 Doses (0, 2 meses e 6 meses)
<b>Usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP)</b>	15 anos completos até 45 anos 11 meses e 29 dias	3 Doses (0, 2 meses e 6 meses)
<b>Portadores de Papilomatose Respiratória Recorrente</b>	A partir de 2 anos completos	A vacinação deve ser feita no CRIE, com prescrição médica.

\* A dose é 0,5 mL, via intramuscular, no músculo deltoide. \*\* Esta vacina é contraindicada durante a gestação.

Fonte: Ministério da Saúde, 2024 e NOTA INFORMATIVA ATUALIZAÇÃO DO ESQUEMA VACINAL POA. 2024. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/hotsites/sms/vigilancia-em-saude/NOTA%20INFORMATIVA%20HPV%20quadri%20-%20atualiza%C3%A7%C3%A3o%2003\\_07\\_24%20\(2\)\\_0.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/vigilancia-em-saude/NOTA%20INFORMATIVA%20HPV%20quadri%20-%20atualiza%C3%A7%C3%A3o%2003_07_24%20(2)_0.pdf)