

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FLUXOGRAMAS PARA
MANEJO CLÍNICO DAS

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRÁTUITA

Brasília – DF
2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e
Infecções Sexualmente Transmissíveis



FLUXOGRAMAS PARA
MANEJO CLÍNICO DAS

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Brasília – DF
2021

2021 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Este documento foi elaborado conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – PCDT-IST (DCCI/SVS/MS, 2020), disponível em: <https://www.aids.gov.br/pcdt>.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – 300.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Doenças de Condições

Crônicas e Infecções Sexualmente

Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, Via W5 Norte, lote D,

Edifício PO 700, 5º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: <https://www.aids.gov.br/>

E-mail: cgist@aims.gov.br

Coordenação-geral:

Angélica Espinosa Barbosa Miranda

Gerson Fernando Mendes Pereira

Projeto gráfico e diagramação:

Librum Editora

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Ilustrações e fotografias:

Pikisuperstar/Freepik

Organização e elaboração:

Alexandre Alberto Cunha Mendes Ferreira

Alisson Bigolin

Ana Francisca Kolling

Andréa Mônica Brandão Beber

Aranaí Sampaio Diniz Guarabyra

Elton Carlos de Almeida

Fernanda Fernandes Fonseca

Geralda Carolina Alves

Gláucio Mosimann Júnior

José Boullosa Alonso Neto

Juliana Uesono

Karen Cristine Tonini

Lino Neves da Silveira

Marcelo Araújo de Freitas

Mariana Villares

Mayra Gonçalves Aragón

Pâmela Cristina Gaspar

Paula Pezzuto

Roberta Barbosa Lopes Francisco

Rodrigo Santos Lima

Simone Vivaldini

Thereza Cristina de Souza Mareco

Thiago Cherem Morelli

Tiago Dahrug Barros

Vanessa Carol de Souza Lima

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

OS 2021/0205

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PADRONIZAÇÃO DOS FLUXOGRAMAS	7
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	9
Rastreamento das infecções sexualmente transmissíveis	9
Fluxograma para o manejo clínico das IST sintomáticas	11
COMO USAR O PRESERVATIVO	12
SÍFILIS	13
Classificação de sífilis adquirida e sífilis em gestante	13
Diagnóstico de sífilis adquirida e sífilis em gestante	14
Interpretação dos testes imunológicos de sífilis adquirida e sífilis em gestante	15
Fluxograma de neurosífilis	16
Tratamento de sífilis adquirida e sífilis em gestante	17
Monitoramento pós-tratamento de sífilis adquirida e sífilis em gestante	18
Fluxograma de sífilis em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal	19
Testes de sífilis para criança exposta à sífilis	20
Seguimento clínico da criança exposta à sífilis	21
Seguimento clínico da criança com sífilis congênita	22
CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	23
Fluxograma para o manejo clínico de corrimento vaginal	23
Tratamento para o corrimento vaginal	24
Fluxograma para o manejo clínico de cervicite	25
Tratamento de cervicite e outras infecções por gonococo e clamídia	26
CORRIMENTO URETRAL	27
Fluxograma para o manejo clínico de corrimento uretral	27
Tratamento de corrimento uretral (uretrites) e outras infecções por gonococo	28
ÚLCERA GENITAL	29
Fluxograma para o manejo clínico de úlcera genital	29
Tratamento de infecções que causam úlcera genital: sífilis e cancroide	30
Tratamento de infecções que causam úlcera genital: linfagranuloma venéreo (LGV) e donovanose	31
Tratamento de infecções que causam úlcera genital: herpes genital	32
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	33
Fluxograma para o manejo clínico de doença inflamatória pélvica (DIP)	33
Tratamento da doença inflamatória pélvica (DIP)	34

VERRUGAS ANOGENITAIS	35
Fluxograma para o manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV)	35
Tratamento de verrugas anogenitais (HPV)	36
INFECÇÕES ENTÉRICAS	37
Fluxograma baseado no diagnóstico presuntivo das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis	37
Tratamento baseado no diagnóstico de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis	38
VIOLÊNCIA SEXUAL	39
Profilaxia das IST em situação de violência sexual	39
Rastreamento das IST em situação de violência sexual.....	40
Apresentação e posologia da anticoncepção de emergência	40
HEPATITES VIRAIS	41
Fluxograma de triagem para o diagnóstico de hepatite C	41
Fluxograma de diagnóstico e encaminhamento de hepatite C	42
Fluxograma de tratamento de hepatite C	43
Fluxograma de triagem para o diagnóstico de hepatite B (pessoas ≥ 20 anos de idade)	44
Fluxograma de prevenção de transmissão vertical de hepatite C	46
Fluxograma de hepatite B em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal	47
Fluxograma de conduta para parceria de gestante com hepatite B e seu recém-nascido (TR reagente para HBV)	48
Fluxograma de conduta para recém-nascido exposto ao HBV	49
Fluxograma de investigação laboratorial da criança exposta ao HCV	50
TESTE RÁPIDO	51
HIV	53
Fluxograma para o diagnóstico de HIV com teste rápido (pessoas \geq de 12 anos de idade)	53
Fluxograma de seguimento laboratorial da mulher com diagnóstico de HIV durante a gestação	55
Fluxograma de acompanhamento laboratorial da gestante vivendo com HIV (GVHIV) com seguimento prévio	56
Fluxograma de manejo de TARV: gestante vivendo com HIV e início da TARV na gestação	57
Fluxograma de manejo de TARV: gestante vivendo com HIV em uso prévio de TARV	58
Fluxograma de manejo de TARV: gestante vivendo com HIV em abandono de TARV	59
Fluxograma para indicação de profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV	60
Fluxograma para indicação de profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV	61
Terapia antirretroviral HIV para pessoas ≥ 12 anos de idade não gestantes	62
HTLV	63
Indicações de triagem laboratorial da infecção causada pelo HTLV 1 e 2	63
Fluxograma para o diagnóstico laboratorial da infecção causada pelo HTLV 1 e 2	64
Vacinação em IST: hepatites virais e HPV	65

PROFISSIONAL DE SAÚDE DO BRASIL

Um dos desafios dos Sistemas de Saúde universais é qualificar a conduta dos profissionais a partir da atualização de evidências científicas que contribuam para melhorar a assistência ao paciente. Com esse objetivo, foram elaborados os presentes fluxogramas para a implementação da vigilância epidemiológica e o manejo clínico das **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**, do HIV/aids e das hepatites virais, no que tange à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento desses agravos. A terminologia IST substitui **DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)** para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Os assuntos são abordados em forma de quadros e fluxogramas que seguem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST).

Durante o atendimento, priorize as informações mais importantes para a situação, escute o que as pessoas têm a dizer e valorize a queixa.

Use sua experiência, conhecimento e criatividade. Sempre que indicado, notifique os casos de IST, HIV/aids e hepatites virais.

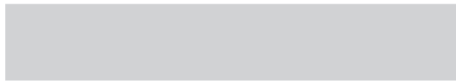
Colabore para que este material seja utilizado segundo o contexto e o propósito aos quais se destina. Não deixe o preconceito causar doenças. Compartilhe a informação correta sempre, sem julgamento, discriminação ou constrangimento. Respeite as diferenças de idade, estado civil, classe social, identidade de gênero, orientação sexual, credo ou religião. O atendimento que você realiza todos os dias é importante. A saúde é um direito de todas as pessoas, assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

DCCI/SVS
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PADRONIZAÇÃO DOS FLUXOGRAMAS



CAIXA AZUL = Situação. Define o início dos fluxos, estabelecendo a situação do paciente.



CAIXA CINZA = Explicação. Detalha e/ou explica questões ou condutas.



CAIXA VERDE = Conduta permissiva. Especifica um caminho aberto e mais frequentemente recomendado.



CAIXA VERMELHA = Conduta restritiva. Especifica uma ação que necessita de atenção e/ou cautela.



CAIXA VERDE com linha grossa = Conduta final permissiva. Estabelece tratamento e/ou dispensação. Os próximos passos a partir dessa caixa são de reavaliações do tratamento ou da dispensação.



CAIXA VERMELHA com linha grossa = Conduta final restritiva. Estabelece a interrupção do tratamento ou mudança de conduta.



LOSANGO AMARELO = Questionamento. Introduce uma pergunta a ser respondida (sim ou não) quando o fluxograma apresenta mais de um caminho a seguir.

RASTREAMENTO DAS **INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Quem	Quando			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Adolescentes e jovens (≤ 30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);		Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤ 30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) ^f
	No início do 3º trimestre (28ª semana);			Hepatite C: na primeira consulta do pré-natal
	No momento do parto, independentemente de exames anteriores.			
	Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.			
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral a anual
Profissionais do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que fazem uso abusivo de 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	-	-	-

Quem	Quando			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
PVHIV	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	
Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída ^g ; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses;
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 a exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída ^g ; Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses;

^aHIV: preferencialmente com teste rápido.

^bSífilis: preferencialmente com teste rápido.

^cClamídia e gonococo: detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Pesquisa de acordo com a prática sexual: urina (uretral), amostras endocervicais, secreção genital. Para amostras extragenitais (anais e faríngeas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta.

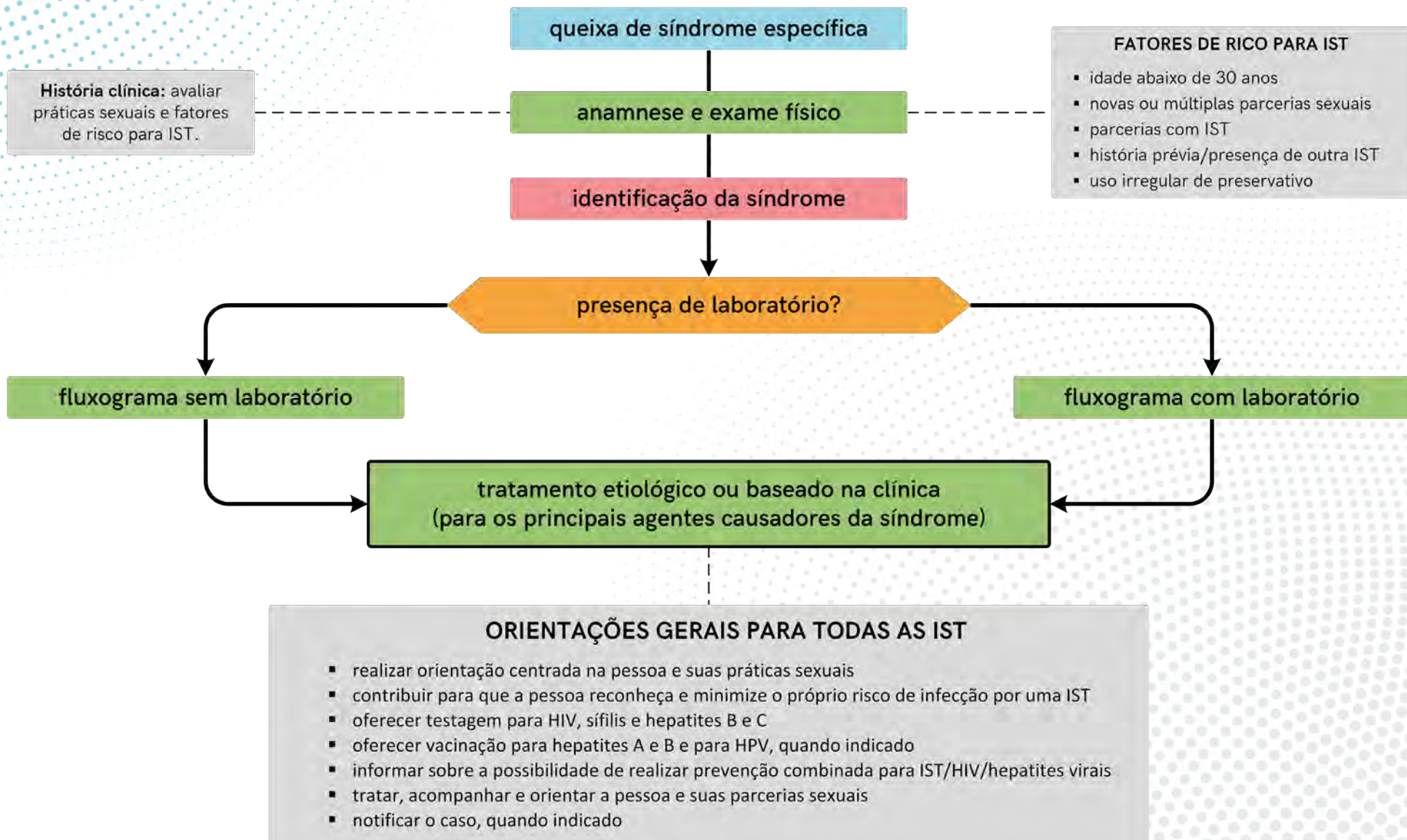
^dHepatite B: preferencialmente com teste rápido (TR). Realizar o rastreamento conforme os intervalos e orientações da tabela em indivíduos suscetíveis ou não respondedores após 2 esquemas vacinais completos - quando indicado anti-HBs após a vacinação. Pessoa suscetível é aquela que não possui registro de esquema vacinal completo com 3 doses aplicadas adequadamente (ou que não apresentou soroconversão para anti-HBs quando indicado) e que apresenta HBsAg (ou TR) não reagente. Para mais informações em relação a grupos que necessitam de esquemas com 4 aplicações com o dobro da dose indicada para a idade ou de solicitação de anti-HBs para confirmar soroproteção pós-vacinal, consultar o PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

^eHepatite C: preferencialmente com teste rápido.

^fCaso a gestante não tenha realizado rastreio no pré-natal, proceder a testagem rápida para hepatite B no momento do parto. A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional, e mulheres suscetíveis devem ser vacinadas.

^g Testar para HBsAg (TR ou imunoenensaio laboratorial) e anti-HBs 1 a 2 meses (até 6 meses) da última dose de vacina contra hepatite B e, pelo menos, 6 meses da última dose de IGHAHB, se indicada(s) e utilizada(s).

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DAS IST SINTOMÁTICAS



COMO USAR O **PRESERVATIVO**

PRESERVATIVO **MASCULINO**



PRESERVATIVO **FEMININO**



CLASSIFICAÇÃO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTE

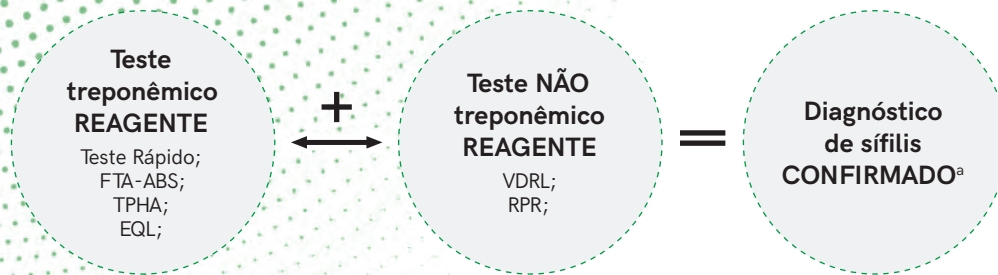
Estágios da sífilis		Tempo após a exposição	Manifestações clínicas
Recente	Primária	10 a 90 dias (média de 3 semanas)	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
	Secundária	6 semanas a 6 meses após cicatrização do cancro duro ^a	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão)
			Micropoliadenopatia
			Linfadenopatia generalizada
Latente recente	Até 1 (um) ano de duração	Assintomática	
Tardia	Latente tardia	Mais de 1 (um) ano de duração ^b	Assintomática
	Terciária	Entre 1 (um) e 40 anos	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo
			Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares
		Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica	
		Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais, como o da paralisia geral	

^aManifestações iniciais, recorrentes ou subentrantes do secundarismo podem ocorrer em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem surgir em concomitância com a manifestação primária. Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com períodos de latência.

^bEm caso de ausência de sinais e sintomas e tempo de infecção desconhecido, classificar como sífilis latente tardia.

Toda pessoa com quadro de erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis.

DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTE



IMPORTANTE

O diagnóstico de sífilis exige correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente.

Solicitação de testes imunológicos para diagnóstico e monitoramento de sífilis

Recomenda-se iniciar a investigação pelo **teste treponêmico**, que é o primeiro teste a ficar reagente

O **teste rápido** (TR) é o mais indicado para início de diagnóstico

Descrição do pedido do exame em formulário de solicitação	Finalidade do exame
Diagnóstico de sífilis	Solicitação para rede laboratorial. Deverá ser solicitado na indisponibilidade do teste rápido no serviço.
Diagnóstico de sífilis após TR reagente	Quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde, com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciará a investigação com o teste não treponêmico.
Monitoramento do tratamento de sífilis	Quando o diagnóstico e tratamento da sífilis já foram realizados e é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos. Inserir na solicitação o nome da metodologia utilizada no diagnóstico.

ªO diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: uma titulação de 1:16 antes do tratamento que se torna menor ou igual a 1:4 após o tratamento). Nesse caso, deve ser descartada reinfeção ou falha de tratamento.

Recomenda-se **tratamento imediato** com benzilpenicilina benzatina após apenas 1 (um) teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

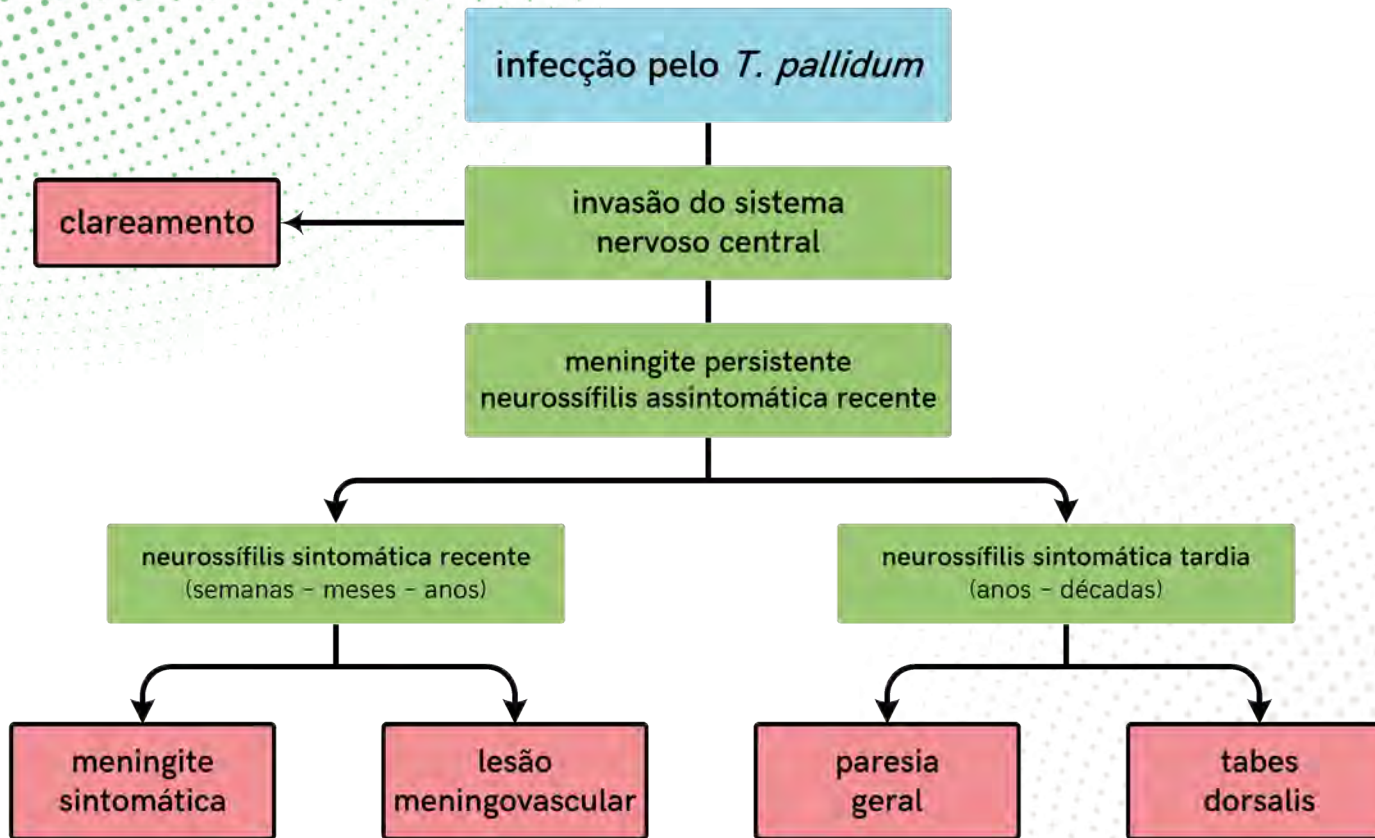
INTERPRETAÇÃO DOS TESTES IMUNOLÓGICOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTE

Primeiro teste	+	Teste complementar	Possíveis interpretações	Conduta
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: reagente	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis: classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica^a. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
Teste treponêmico: reagente	+	Teste não treponêmico: não reagente	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico^b com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica^a. - Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: reagente	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis: classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. - Cicatriz sorológica^a. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: reagente	+	Teste treponêmico: não reagente	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico^b com metodologia diferente do primeiro.</p> <p>O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reagente: diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica^a. - Se não reagente: considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
Teste não treponêmico: não reagente ou Teste treponêmico: não reagente	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for não reagente e se não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de janela imunológica de sífilis recente, que consiste no intervalo de tempo entre a infecção e a produção de anticorpos suficientes para serem detectados por testes imunológicos.	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>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.</p>

^a Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições. Nesse caso, deve ser descartada reinfeção ou falha de tratamento.

^b Se o terceiro teste treponêmico não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.

FLUXOGRAMA DE NEUROSSÍFILIS



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA NEUROSSÍFILIS

- envolvimento ocular (uveíte, paralisia de nervos cranianos)
- envolvimento auditivo
- paresia geral
- deficiência cognitiva
- mudanças de comportamento
- demência
- depressão
- mania
- psicose com alucinações visuais ou auditivas
- dificuldades de memória
- confusão mental
- meningite sífilítica
- lesão meningovascular: acometimento isquêmico principalmente cápsula interna, artéria cerebral média, carótida, artéria basilar, artéria cerebral posterior, vasos cerebelares
- tabes dorsalis
- goma sífilítica
- epilepsia

INDICAÇÃO DE PUNÇÃO LOMBAR PARA PESQUISA DE NEUROSSÍFILIS?

Presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos ou evidência de sífilis terciária ativa ou após falha ao tratamento clínico sem reexposição sexual.^a

^aPara PVHIV, a punção lombar está indicada após falha ao tratamento, independentemente da história sexual.

QUEM DEVE SER TRATADO PARA NEUROSSÍFILIS?

Todos os casos com VDRL reagente no LCR, independentemente da presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares **OU** casos que apresentem VDRL não reagente no LCR, com alterações bioquímicas no LCR e presença de sinais e sintomas neurológicos e/ou oculares e/ou achados de imagem do SNC característicos da doença e se os achados não possam ser explicados por outra doença.

TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTE

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa ^a (exceto para gestantes)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, 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

- A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Primária à Saúde, tanto para a pessoa com sífilis quanto suas(s) parceria(s) sexual(is).

- Parceria(s) sexual(is): se houve exposição à pessoa com sífilis (até 90 dias), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas), com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo). Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.

- PVHIV: as recomendações de diagnóstico e tratamento são as mesmas utilizadas para pessoas sem infecção por HIV. Recomenda-se mais atenção às complicações oculares e neurológicas, que tendem a ser mais frequentes nos pacientes com HIV. Todas as PVHIV diagnosticadas com sífilis devem ser submetidas a um exame neurológico minucioso.

^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado.

MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTE

Monitoramento

Público	Período
Gestantes	Mensal (até o final da gestação)
População não gestante (incluindo PVHIV)	A cada 3 meses até o 12º mês (3, 6, 9, 12 meses)
Neurossífilis	Exame de LCR a cada 6 meses até a normalização da celularidade e VDRL não reagente

CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

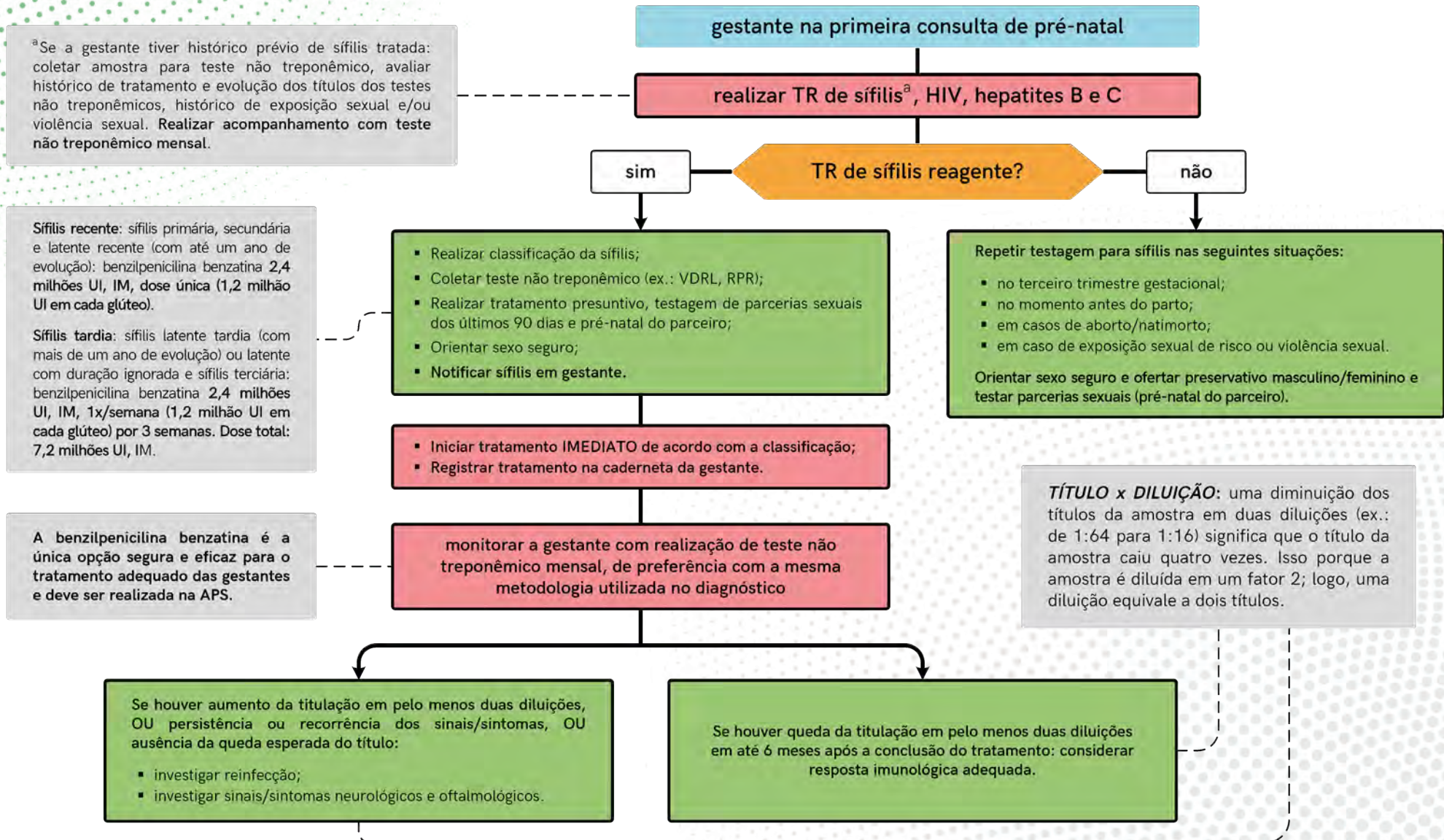
Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para >1:8; ou de 1:128 para >1:32) ou aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16) ou persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com a mesma metodologia utilizada no diagnóstico.

Resposta imunológica ao tratamento de sífilis: teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação em duas diluições em até 6 meses para sífilis recente e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para sífilis tardia.

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 pessoa e das parcerias sexuais.

FLUXOGRAMA DE SÍFILIS EM GESTANTE: CONDUTA E SEGUIMENTO DURANTE O PRÉ-NATAL



TESTES DE SÍFILIS PARA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

Testes de sífilis na maternidade	Na maternidade ou casa de parto	No seguimento	O que avaliar
<p>Teste não treponêmico (VDRL, RPR)</p>	<p>Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.</p>	<p>Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.</p>	<p>Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: 1:4 e materno 1:2): baixo risco de sífilis congênita.</p> <p>Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita. Instituir tratamento e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita.</p> <p>Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para sífilis congênita, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso.</p> <p>Idealmente, o exame deve ser feito com o mesmo método e no mesmo laboratório.</p>
<p>Teste treponêmico (teste rápido, FTA-Abs, ELISA, TPHA, EQL)</p>	<p>Não realizar.</p>	<p>Não é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade</p>	<p>Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita.</p> <p>Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente.</p> <p>Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de sífilis congênita.</p>

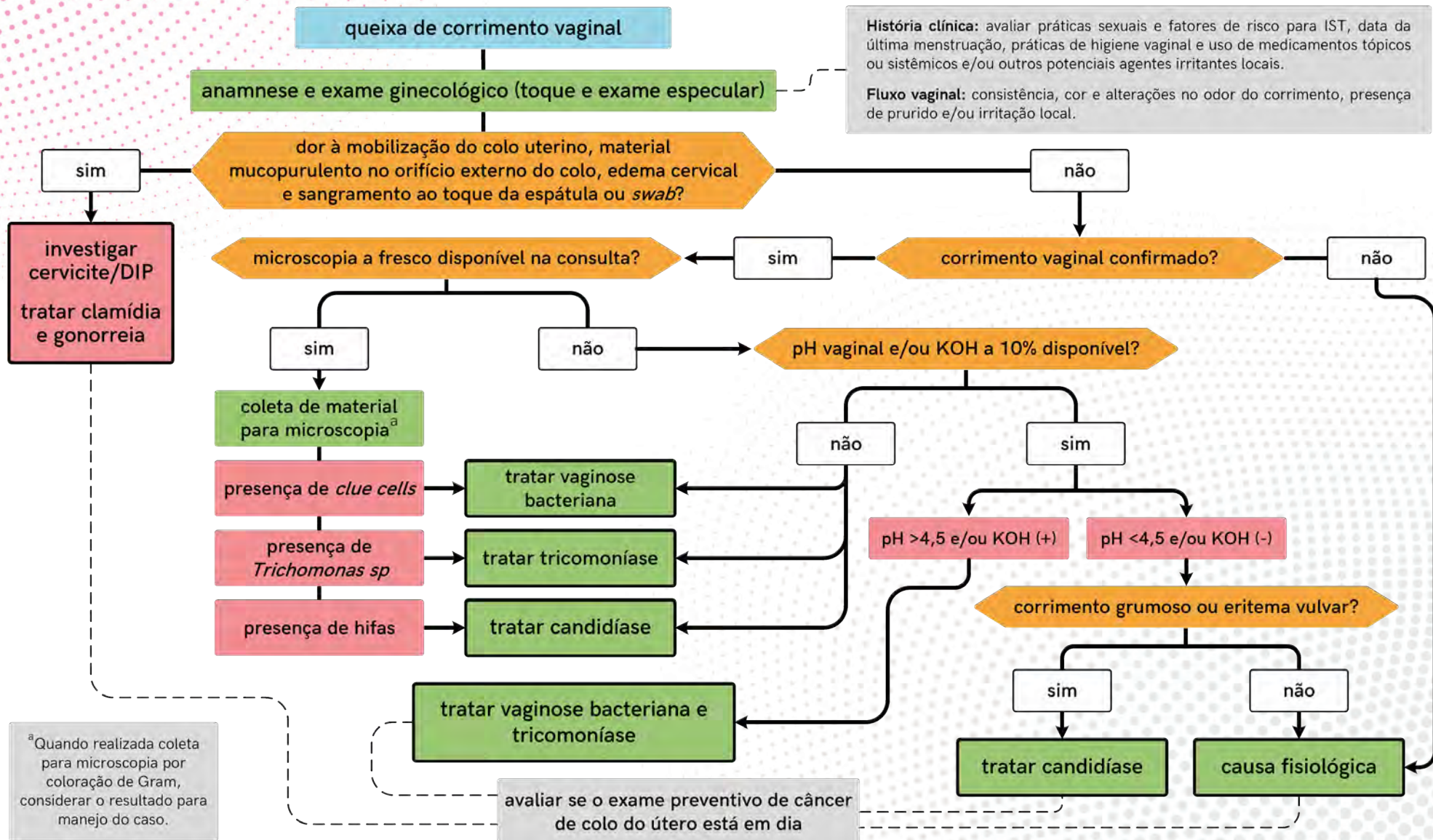
SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

Procedimento	Frequência e duração	O que avaliar
<p>Consultas ambulatoriais de puericultura</p>	<p>Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º mês, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.</p> <p>Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1º, 3º, 6º, 12º e 18º meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.</p>	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento do nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno referente às manifestações precoces de sífilis congênita e ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Espera-se que o teste não treponêmico decline aos 3 meses de idade, devendo ser não reagente aos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e seja apenas passagem passiva de anticorpos maternos.</p> <p>Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida a coleta de líquido, tratada para sífilis congênita com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada à vigilância epidemiológica.</p> <p>A partir dos 18 meses de idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita.</p>
<p>- Solicitar testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>- Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>- Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem à mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>- Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.</p>		
<p>A falha no tratamento em prevenir a ocorrência de sífilis congênita é indicada por:</p>	<p>Persistência da titulação reagente do teste não treponêmico aos 6 meses de idade, e/ou aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após).</p>	<p>Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notificar para sífilis congênita; - Realizar punção lombar para estudo do LCR com análise do VDRL, contagem celular e proteína; - Tratar durante 10 dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio; - Orientar seguimento em puericultura na Atenção Primária à Saúde.

SEGUIMENTO CLÍNICO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

Procedimento	Frequência e duração	O que avaliar
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º e 18º mês, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	<ul style="list-style-type: none"> - A criança com sífilis congênita, no momento no nascimento, pode apresentar sinais e sintomas ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno. Especial atenção aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. - Solicitar testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. - Realizar teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não treponêmicos não reagentes consecutivos. Não é obrigatório realizar teste treponêmico; no entanto, se realizado, deve ocorrer a partir dos 18 meses de idade. - Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. - Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses). - Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.
Consulta oftalmológica	Semestrais por 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consulta audiológica	Semestrais por 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar anomalias auditivas. - A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consulta neurológica	Semestrais por 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO VAGINAL



TRATAMENTO PARA O CORRIMENTO VAGINAL

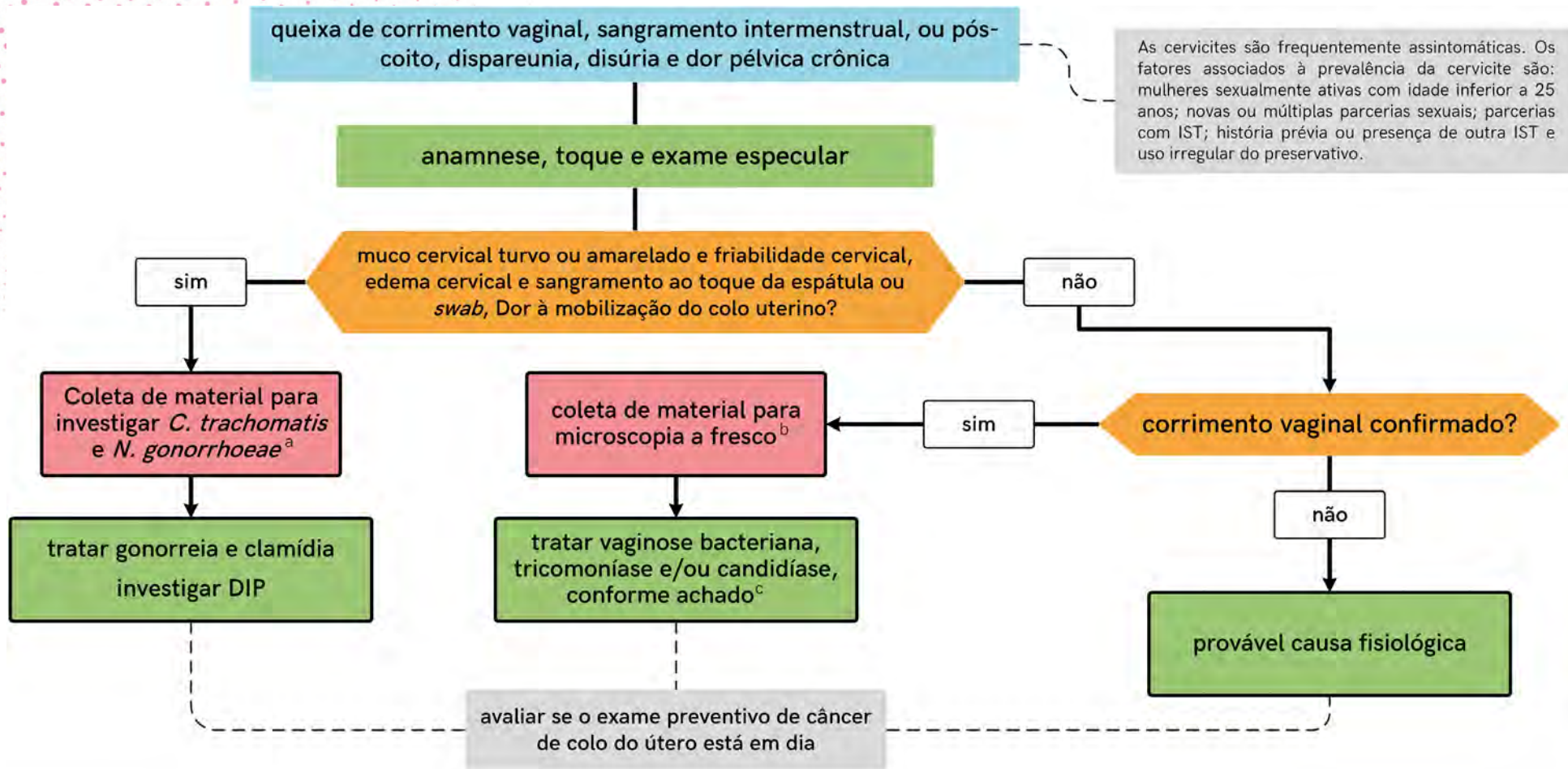
Condição clínica	Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Candidíase vulvovaginal (CVV)	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias, ou nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150mg, VO, dose única, OU itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia	<ul style="list-style-type: none"> - As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. - É comum durante a gestação, podendo haver recidivas. - Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. - O tratamento oral está contraindicado. - CVV recorrente: paciente reporta quatro ou mais episódios sintomáticos em um ano^a.
Vaginose bacteriana (VB)	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias, ou metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	<ul style="list-style-type: none"> - O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. - Para as gestantes, lactantes e puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento de primeira opção. - A recorrência de VB após o tratamento é comum^b.
Tricomoníase	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g), ou metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias	-	<ul style="list-style-type: none"> - As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. - As gestantes, lactentes e puérperas devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico.

Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse).

^a Tratamento de CVV complicada e CVV recorrente - Indução: fluconazol 150mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7, OU itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia ou miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias. Manutenção: fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU miconazol óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses.

^b Tratamento de VB recorrente - metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias ou metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/ dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE CERVICITE



As cervicites são frequentemente assintomáticas. Os fatores associados à prevalência da cervicite são: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos; novas ou múltiplas parcerias sexuais; parcerias com IST; história prévia ou presença de outra IST e uso irregular do preservativo.

^a Podem ser utilizados kits de biologia molecular que detectam mais patógenos simultaneamente, incluindo *Mycoplasma genitalium*.

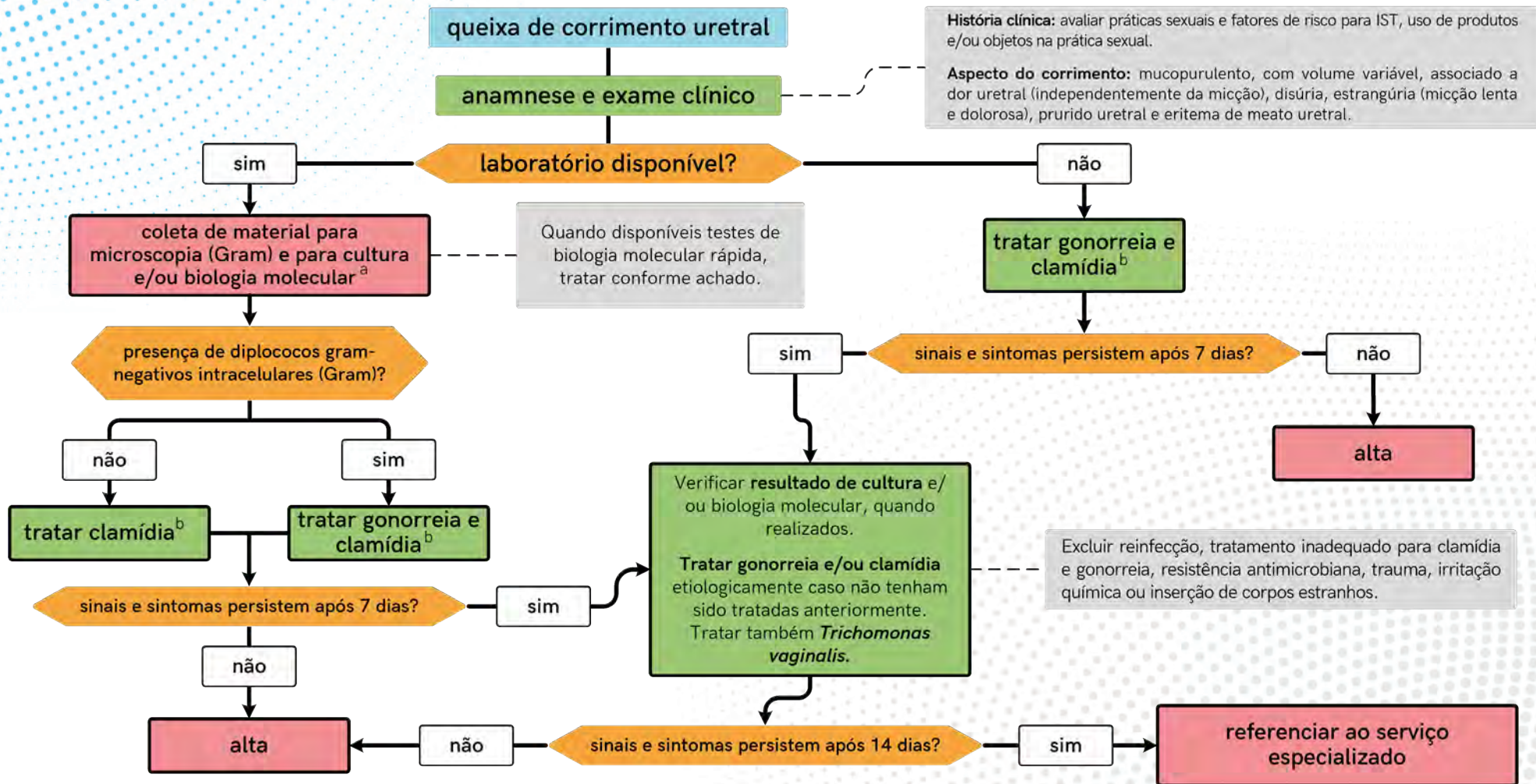
^b Lembrar que mesmo nos casos que apresentam colo e muco cervical normal, *Chlamydia trachomatis* e *Mycoplasma genitalium* podem estar presentes e provas de biologia molecular, se disponíveis, devem ser utilizadas para afastar essa possibilidade (principalmente em mulheres jovens).

^c Quando a microscopia a fresco não estiver disponível, instituir tratamento imediato de vaginose bacteriana, tricomoniase e/ou candidíase, conforme avaliação clínica. Se realizada coleta para microscopia por coloração de Gram, considerar o resultado para manejo do caso.

TRATAMENTO DE CERVICITE E OUTRAS INFECÇÕES POR GONOCOCO E CLAMÍDIA

Condição clínica	Tratamento
Cervicite	
Cervicite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Cervicite gonocócica	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Cervicite por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias
Cervicite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
<p>A(s) parceria(s) sexual(is) devem receber o mesmo tratamento indicado a paciente. Paciente e parceria(s) sexual(is) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).</p> <p>^aA doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.</p>	
Outras infecções por Gonococo e Clamídia	
Infecção gonocócica não complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE CORRIMENTO URETRAL



^a Existem kits de biologia molecular que detectam mais patógenos simultaneamente, além de clamídia e gonococo, e que também são úteis para o diagnóstico etiológico de uretrites, como *M. genitalium*.

^b Esse esquema terapêutico também contempla o tratamento para *M. genitalium*.

TRATAMENTO DE CORRIMENTO URETRAL (URETRITES) E OUTRAS INFECÇÕES POR GONOCOCO

Condição clínica	Primeira opção	Segunda opção
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas não complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-
Uretrite não gonocócica ^a	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias
Uretrite por clamídia ^a	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias
Retratamento de infecções gonocócicas ^b	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM, mais azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única
Uretrite por <i>Mycoplasma genitalium</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-
Uretrite por <i>Trichomonas vaginalis</i>	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	-
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única	-

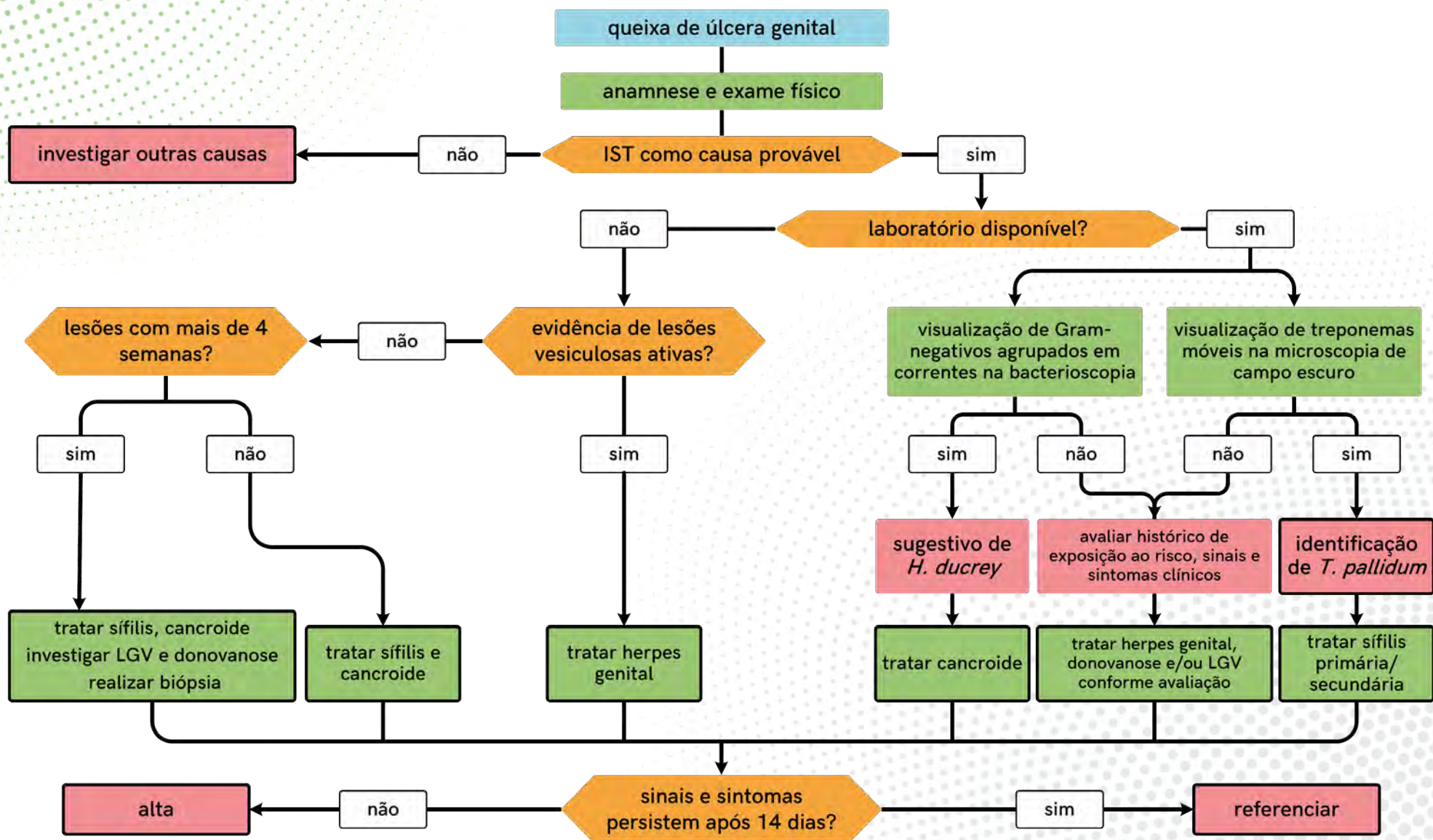
- Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).

- A(s) parceria(s) sexual(is) devem receber o mesmo tratamento indicado ao paciente. Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).

^a A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia.

^b Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfeções devem ser tratadas com as doses habituais.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE ÚLCERA GENITAL



TRATAMENTO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL: SÍFILIS E CANCROIDE

Condição clínica	Primeira opção	Alternativa	Comentários
Sífilis (cancro duro) Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias (exceto gestantes) ^a	- O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas, com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo). - Seguimento com teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal).
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única, ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 3 dias	- O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. - O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas, com azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

- Se o caso for considerado sífilis tardia (sífilis latente tardia - com mais de um ano de evolução, ou latente com duração ignorada e sífilis terciária): tratar com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (dose total: 7,2 milhões UI, IM). Alternativa: doxiciclina^a 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias.
- A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, sem ser preciso descontinuar o tratamento.
- Sífilis e parceria(s) sexual(is): recomenda-se oferta de tratamento presuntivo se houve exposição até 90 dias (independentemente do estágio clínico ou sinais e sintomas). Todas as parcerias devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.
- PVHIV e sífilis: As recomendações de diagnóstico e tratamento são as mesmas utilizadas para pessoas sem infecção por HIV. Recomenda-se atenção às complicações oculares e neurológicas, que tendem a ser mais frequentes nos pacientes com HIV. Todas as PVHIV diagnosticadas com sífilis devem ser submetidas a um exame neurológico minucioso.
- PVHIV e cancroide: monitoração cuidadosa, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados.

^a A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes. A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^b O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

TRATAMENTO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL: LINFAGRANULOMA VENÉREO (LGV) E DONOVANOSE

Condição clínica	Primeira opção	Alternativa	Comentários
Linfogranuloma venéreo (LGV)	Doxiciclina ^a 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	<ul style="list-style-type: none"> - As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias. - O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões, ou ciprofloxacino ^b 500mg, 1 e 1/2 comprimido, VO, 2x/ dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg), ou sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões	<ul style="list-style-type: none"> - Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino^b, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões. - Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves. - O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. - Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.

PVHIV com LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento, além do que a cura pode ser retardada e a falha terapêutica pode ocorrer com qualquer dos esquemas recomendados.

^a A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

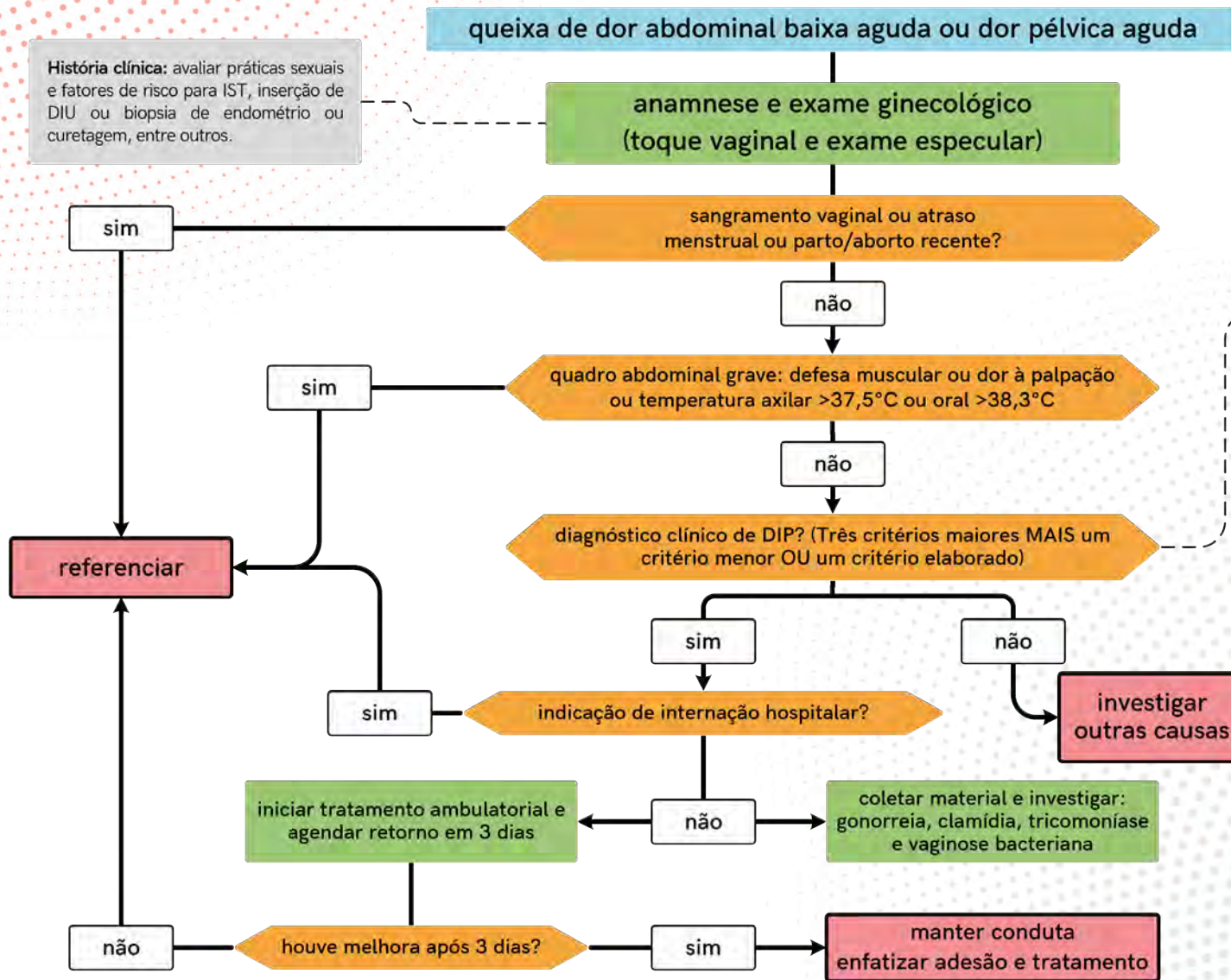
^b O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

TRATAMENTO DE INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL: HERPES GENITAL

Condição clínica	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias, ou aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. - O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias, ou aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	<ul style="list-style-type: none"> - O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até 6 meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano). - Indicada avaliação periódica de função renal e hepática.
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primoinfecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400mg, 3x/dia.	

- O tratamento com antivirais é eficaz para a redução da intensidade e duração dos episódios, quando realizado precocemente.
- O tratamento local pode ser feito com compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões.
- Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.
- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões.
- A forma de transmissão, a possibilidade de infecção assintomática, o medo de rejeição por parte das parcerias sexuais e as preocupações sobre a capacidade de ter filhos são aspectos que devem ser abordados.
- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)



História clínica: avaliar práticas sexuais e fatores de risco para IST, inserção de DIU ou biópsia de endométrio ou curetagem, entre outros.

- CRITÉRIOS MAIORES**
- Dor no hipogástrio
 - Dor à palpação dos anexos
 - Dor à mobilização de colo uterino
- CRITÉRIOS MENORES**
- Temperatura axilar >37,5°C ou temperatura oral >38,3°C
 - Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal
 - Massa pélvica
 - Mais de dez leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice
 - Leucocitose em sangue periférico
 - Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada
 - Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas
- CRITÉRIOS ELABORADOS**
- Evidência histopatológica de endometrite
 - Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem
 - Laparoscopia com evidência de DIP

- CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO DE TRATAMENTO HOSPITALAR DE DIP**
- Abscesso tubo-ovariano;
 - Gravidez;
 - Ausência de resposta após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral;
 - Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial;
 - Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre;
 - Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica).

TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

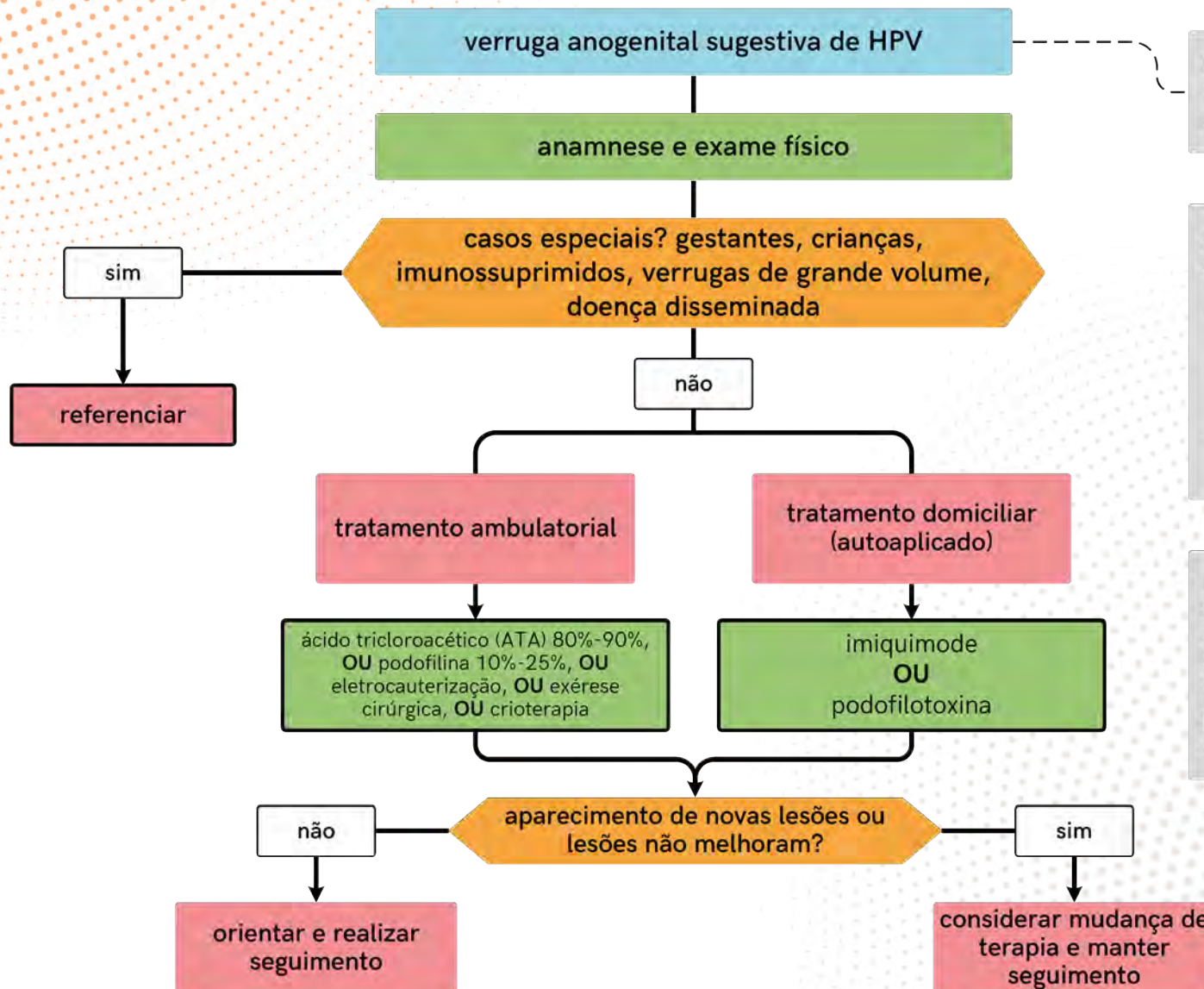
Tratamento	Primeira opção	Segunda opção	Terceira opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias, mais metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, dose única, mais doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias, mais metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	-
Hospitalar	Ceftriaxona 1g, IV, 1x/dia, por 14 dias, mais doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias, mais metronidazol 400mg, IV, de 12/12h	Clindamicina 900mg, IV, 3x/dia, por 14 dias, mais gentamicina (IV ou IM): 3-5 mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias, mais doxiciclina ^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias

- 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 1g VO, ambas em dose única.
- 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.
- Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção do dispositivo; porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico.
- DIP em pessoas imunocomprometidas: comportamento similar às pacientes com imunidade normal, apenas com a ressalva de que desenvolvem mais facilmente abscesso tubo-ovariano, merecendo, portanto, maior cuidado, sem necessidade de internação.

^a O uso de doxiciclina e quinolonas é contraindicado na gestação.

- O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas e a continuação terapêutica antimicrobiana por via oral deve se estender até 14 dias.
- Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24 horas do uso de metronidazol, para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.

FLUXOGRAMA PARA O MANEJO CLÍNICO DE VERRUGAS ANOGENITAIS (HPV)



Lesões: polimórficas, pontiagudas, únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, semelhantes a couve-flor.

Situações em que há indicação de biópsia para estudo histopatológico:

- Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;
- Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;
- Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências.

Mulheres com verrugas anogenitais: realizar exame ginecológico completo, incluindo o exame preventivo de câncer de colo do útero e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia.

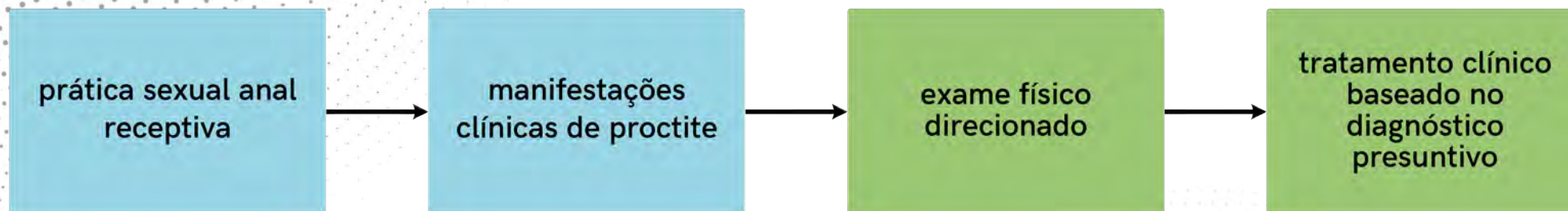
Pacientes com lesões anais: exame proctológico com anoscopia e toque retal.

TRATAMENTO DE VERRUGAS ANOGENITAIS (HPV)

Tratamento	Posologia	Comentários
Domiciliar	Imiquimode 50mg/g creme: aplicações em dias alternados (3x/semana). Uso até o desaparecimento das verrugas ou até 16 semanas a cada episódio de verrugas	- Apenas para uso externo, não devendo ser usado na uretra, vagina, colo do útero ou na parte interna do ânus. - A exposição da pele à luz solar durante o tratamento deve ser evitada.
	Podofiloxina 1,5 mg/g creme: aplicações 2x/dia, pela manhã e à noite, por 3 dias consecutivos, seguida por um período de 4 dias sem aplicação (um ciclo de tratamento)	- Caso haja qualquer verruga remanescente após 7 dias de aplicação, outro ciclo de tratamento pode ser feito. - Recomenda-se, no máximo, 4 ciclos de tratamento.
Ambulatorial	Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução: aplicações semanais	- É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação. - Não deve ser prescrito para uso domiciliar.
	Podofilina 10%-25% (solução): aplicações semanais	- Em cada sessão, limitar o volume utilizado a 0,5mL e a área tratada a 10cm ² . É contraindicada na gestação.
	Eletrocauterização	- Exige equipamento específico e anestesia local. - Apropriada para lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas.
	Exérese cirúrgica	- Requer anestesia local. - Adequada para lesões volumosas e/ou pedunculadas.
	Crioterapia (nitrogênio líquido)	- Exige equipamento específico e pode necessitar anestesia local. - Atóxica, pode ser utilizada na gestação.

- Gestação: a podofilina e o imiquimode não devem ser usados na gestação; o ATA ou o nitrogênio líquido são boas opções. Não há indicação de parto cesáreo pela presença das lesões. A indicação seria a obstrução do canal de parto ou sangramento (ocorrências excepcionais).
- As recorrências são frequentes: o paciente e sua(s) parceria(s) sexual(is) devem retornar ao serviço caso se identifiquem novas lesões.
- É importante que as parcerias sexuais sejam orientadas e examinadas.

FLUXOGRAMA BASEADO NO DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DAS INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



Toda pessoa sintomática com epidemiologia positiva (prática sexual anal receptiva sem proteção de barreira) deve ser investigada por meio de exame físico, como segue:

- exame físico do abdômen;
- inspeção estática do ânus;
- inspeção dinâmica do ânus;
- palpação da região perianal;
- toque retal.

INDICAÇÃO PARA INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DAS INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Sintomáticos: *swab* anal de todos os pacientes com diagnóstico presuntivo de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis, para cultura (antibiograma) e detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular.

Assintomáticos: rastreamento semestral por meio de *swab* anal para detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular com testes validados para esse tipo de amostra, para todas as pessoas com prática anal receptiva sem proteção de barreira.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA PRÁTICA SEXUAL ANAL

- Usar preservativo e gel lubrificante;
- Usar barreiras de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado ou "fisting";
- Lavar as mãos e a região genital e anal antes e depois do ato sexual;
- Higienizar vibradores e plugs anais e vaginais.

TRATAMENTO BASEADO NO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo

Diagnóstico	Tratamento preferencial	Tratamento alternativo
Proctite	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais doxiciclina ^a 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias

Tratamento baseado no diagnóstico etiológico

Agente etiológico	Tratamento
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única, ou doxiciclina ^a 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
<i>Herpes simplex virus</i> ^b	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8h, por 10 dias
<i>T. pallidum</i>	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 250mg, 1 comprimido, VO, 8/8h, por 7 dias

^a A doxiciclina está contraindicada durante a gestação.

^b A presença de vesículas no exame físico indica cobertura e tratamento para HSV (*herpes simplex vírus*).

PROFILAXIA DAS IST EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IST	Tratamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg, incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina ^a	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo), dose única	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona ^b mais azitromicina ^c	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única, mais azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única, mais azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Clamídia	Azitromicina ^d	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total: 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoníase	Metronidazol ^e	500mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g) ^f	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

^a Alternativa (exceto para gestantes, lactentes e crianças): doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 15 dias.

^b Se paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g).

^c Alternativa (exceto para gestantes, lactentes e crianças): ceftriaxona 500mg, IM, dose única, MAIS doxiciclina 100mg, 1 comprimido, 2x/dia, VO, por 7 dias.

^d Alternativa (exceto para gestantes, lactentes e crianças): doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias.

^e A administração profilática do metronidazol pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e/ou PEP. O metronidazol não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação. Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse).

^f Alternativa: metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias.

RASTREAMENTO DAS IST EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IST	Atendimento inicial	4 a 6 semanas após exposição	4 a 6 meses após exposição
HIV	Sim	Sim	Não
Sífilis	Sim	Sim	Não
Gonorreia e clamídia	Sim	Sim	Não
Hepatites B	Sim	*	*
Hepatites C	Sim	Sim	Sim

Em todo caso de violência sexual:

- Verificar indicação de PEP de risco à infecção pelo HIV. Caso a exposição sexual de risco tenha ocorrido nas últimas 72 horas e o teste rápido para HIV for não reagente, oferecer PEP ou encaminhar para serviço de referência para PEP imediatamente.
- Oferecer vacinação para hepatites A e B e para HPV, quando indicado.
- Oferecer anticoncepção de emergência (até 5 dias após a relação sexual).
- Preencher a ficha de notificação de violência. Orientar a vítima sobre a realização de boletim de ocorrência (BO); se este (a) for menor de 14 anos, comunicar o Conselho Tutelar.

* Testar para HBsAg (TR ou imunoenensaio laboratorial) e anti-HBs 1 a 2 meses (até 6 meses) da última dose de vacina contra hepatite B e, pelo menos, 6 meses da última dose de IGHAHB, se indicada(s) e utilizada(s).

APRESENTAÇÃO E POSOLOGIA DA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Apresentação	Posologia	
Comprimidos de 0,75mg (cartela com 2 comprimidos) e 1,5mg de levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)	1ª opção	1 comprimido de 1,5mg, VO, ou 2 comprimidos de 0,75mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual ^a
	2ª opção	1 comprimido de 0,75mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual ^a

^a A eficácia é sempre maior quanto mais próxima à relação for utilizada a anticoncepção de emergência.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE HEPATITE C

O teste deve ser feito ao menos **uma vez na vida em todas as pessoas com idade igual/superior a 40 anos**, assim como nas que, independentemente da idade, apresentarem um dos seguintes fatores:

- Diabetes;
- Doenças cardiovasculares e/ou hipertensão;
- Antecedente de uso de álcool e outras drogas;
- Transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993;
- Transplante de órgãos e tecidos;
- Exposição percutânea/parenteral a materiais biológicos que não obedecem às normas de vigilância sanitária;
- Crianças nascidas de mães que vivem com hepatite C;
- Parcerias sexuais com pessoa que tem/teve hepatite C;
- Coabitação com alguém que tem/teve hepatite C;
- Privação de liberdade;
- Antecedentes psiquiátricos, doença renal ou imunodepressão;
- Doença hepática sem diagnóstico, elevação de ALT e/ou AST.

O teste deve ser feito **a cada ano** em:

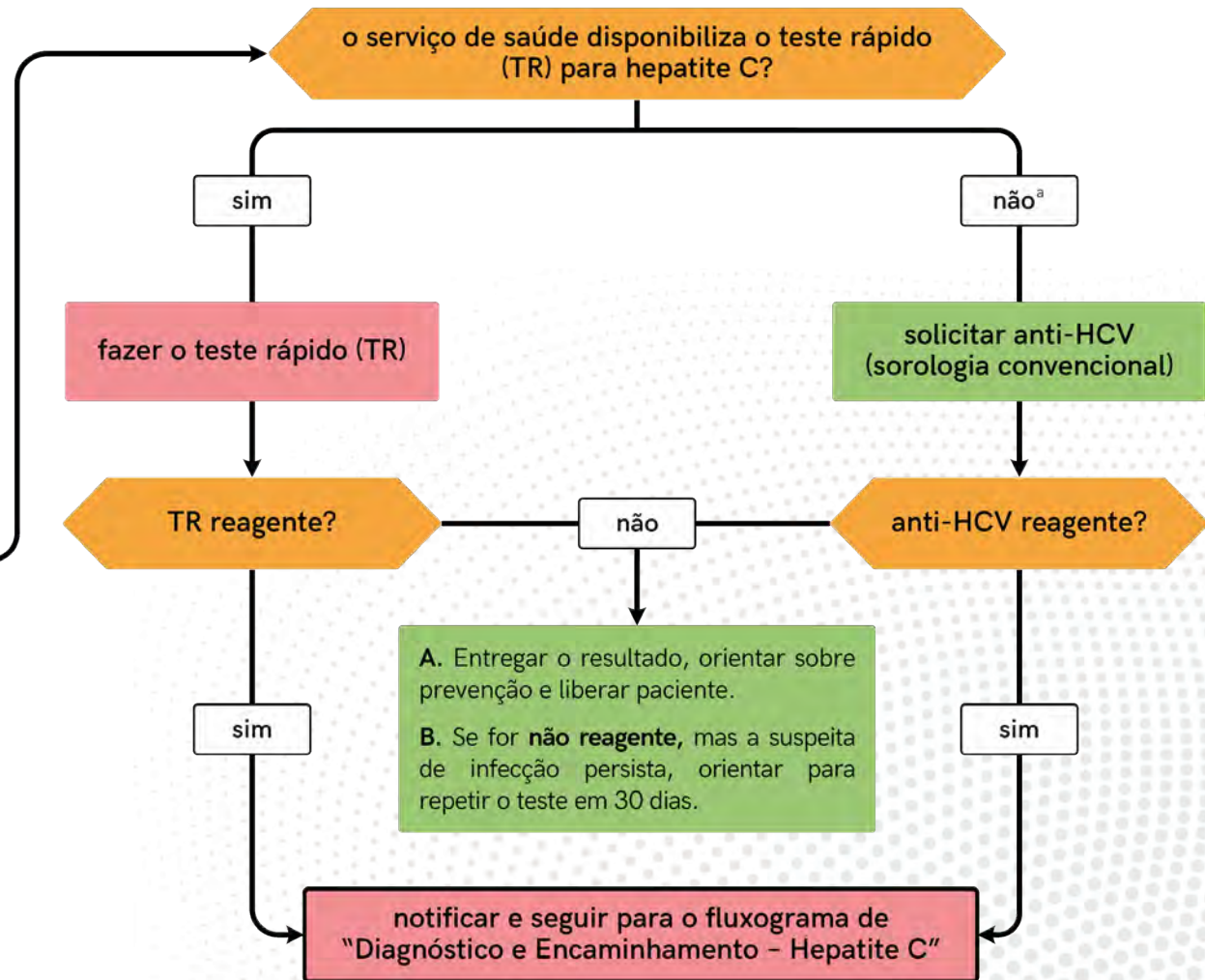
- Profissionais de saúde;
- Pessoas vivendo com HIV (PVHIV);
- Pessoas com histórico de infecções sexualmente transmissíveis;
- Pessoas com vida sexual ativa e uso irregular de preservativo;
- Pessoas trans, gays e HSH;
- Trabalhadores(as) do sexo;
- Pessoas em situação de rua;
- Pessoas que usam álcool e outras drogas.

O teste deve ser feito **a cada 3 meses** em:

- Pessoas em uso de PrEP.

O teste deve ser feito **a cada 6 meses** em:

- Pessoas em hemodiálise.



^a Articular junto ao serviço e à coordenação local a implementação do teste rápido. Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em no máximo 30 minutos. Podem ser feitos com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa.

FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO E ENCAMINHAMENTO DE HEPATITE C

TR ou sorologia convencional (Anti-HCV) REAGENTE

Notificar o caso. Realizar TR para hepatite B, HIV e sífilis. **Verificar** a situação vacinal. **Solicitar**^a carga viral (HCV-RNA)^b, genotipagem^c, hemograma, creatinina (*clearance* estimado), AST e β-HCG para mulher e homens trans em idade reprodutiva^c

Orientar testagem de parcerias sexuais e contatos domiciliares.
Realizar gerenciamento de risco e redução de danos, se for o caso.
Orientar sobre concepção e prescrever contracepção eficaz para todas as mulheres e homens trans em idade fértil, durante todo o tratamento.
Calcular o APRI.

Sem evidência de infecção atual (ativa)^c.
Orientar quanto às formas de prevenção. Realizar gerenciamento de risco e redução de danos, se for o caso.

APRI menor que 1?

$$\text{APRI} = \frac{\frac{\text{Valor de AST (UI/L)}}{\text{Limite Superior Normal de AST (UI/L)}}}{\text{Contagem de Plaquetas (10}^9\text{)}} \times 100$$

calculadora APRI online

<https://www.hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging-monitoring/evaluation-staging/calculating-apri>

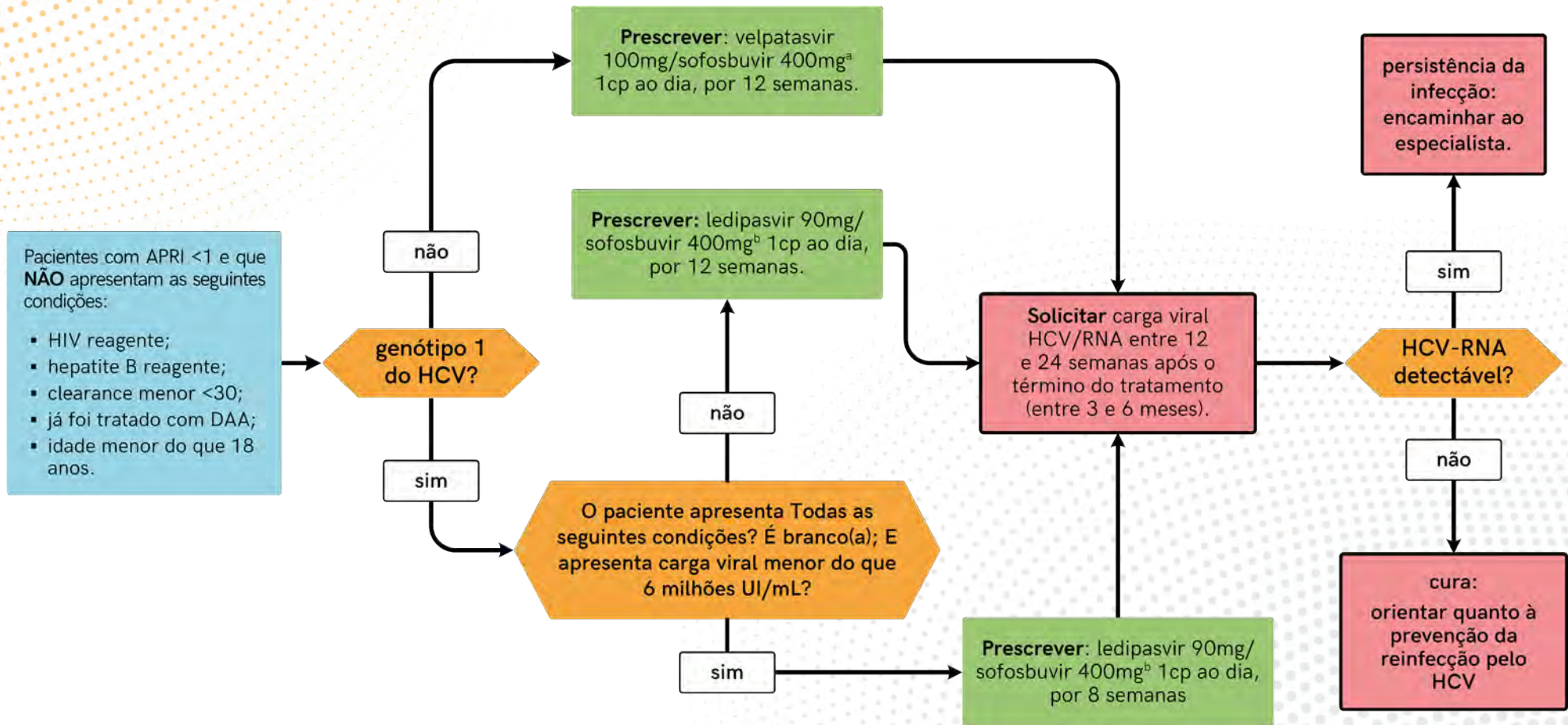
^a **IMPORTANTE:** as solicitações de exames confirmatórios e complementares podem ser feitas por profissionais de saúde de nível superior devidamente registrados em seus conselhos de classe, a exemplo de enfermeiros e médicos, de forma a otimizar as consultas médicas e dar celeridade ao fluxo da linha de cuidado.

^b A coleta de carga viral e genotipagem pode ser simultânea. O laboratório só efetivará a análise de genotipagem após a confirmação da detecção de carga viral do vírus C.

^c No caso de gestantes, encaminhar para o pré-natal de alto risco.

^d A repetição do teste molecular está indicada, a critério médico, nos seguintes casos de resultado HCV-RNA não detectável: 1) suspeita de nova exposição nos seis meses que antecedem a realização da sorologia; 2) forte suspeita clínica de doença pelo HCV; 3) qualquer suspeita em relação ao manuseio ou armazenamento inadequado da amostra utilizada para realização do teste molecular.

FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO DE HEPATITE C

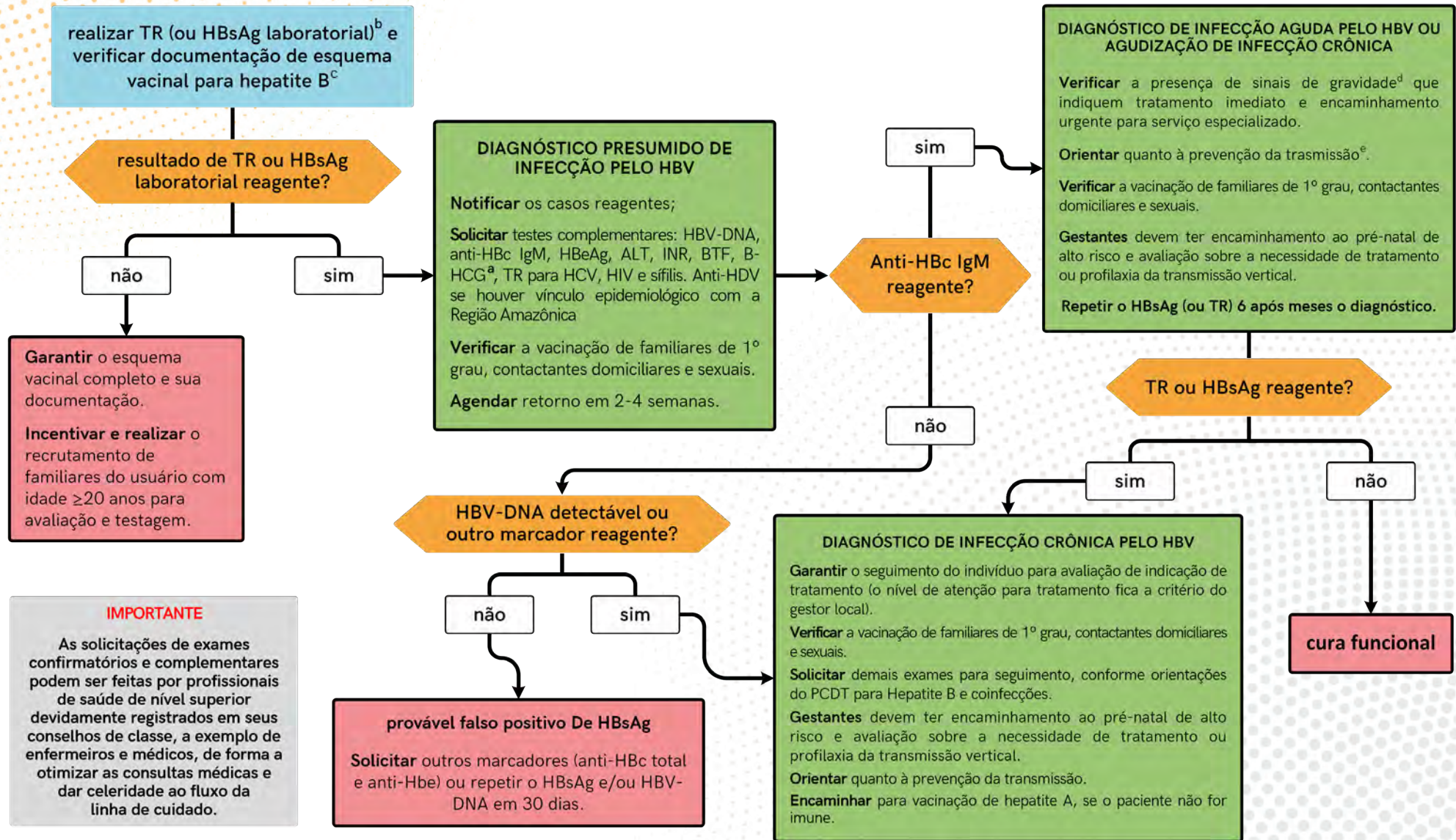


ATENÇÃO: em caso de gravidez, o tratamento deverá ser suspenso imediatamente!

^a Velpatasvir/sofosbuvir não deve ser coadministrado com amiodarona, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, oxcarbazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, efavirenz, nevirapina, etravirina, tipranavir, erva de São João.

^b Ledipasvir/sofosbuvir não deve ser coadministrado com amiodarona, carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, oxcarbazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, rosuvastatina, tipranavir, erva de São João.

FLUXOGRAMA DE TRIAGEM PARA O DIAGNÓSTICO DE HEPATITE B (PESSOAS ≥20 ANOS DE IDADE)

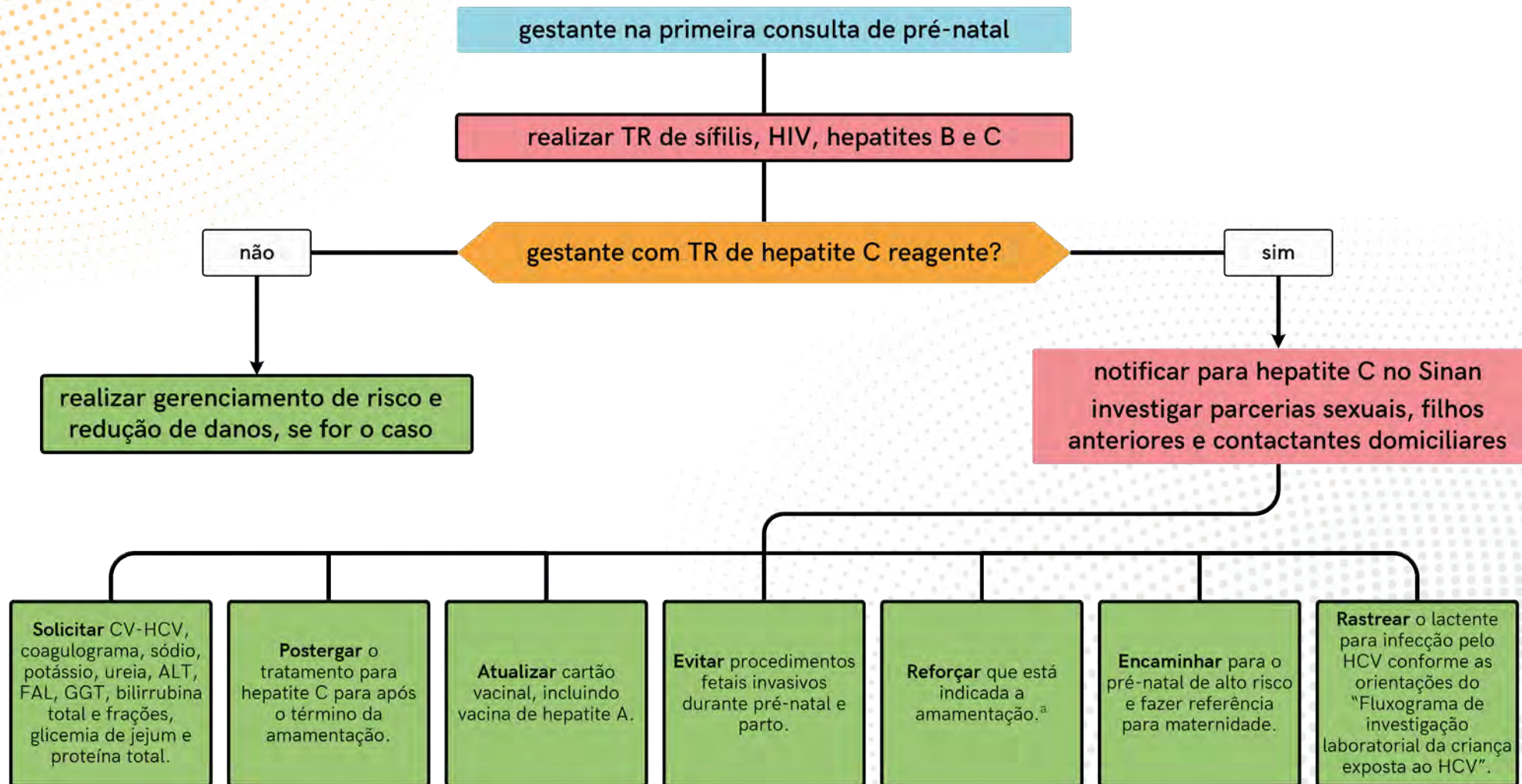


IMPORTANTE

As solicitações de exames confirmatórios e complementares podem ser feitas por profissionais de saúde de nível superior devidamente registrados em seus conselhos de classe, a exemplo de enfermeiros e médicos, de forma a otimizar as consultas médicas e dar celeridade ao fluxo da linha de cuidado.

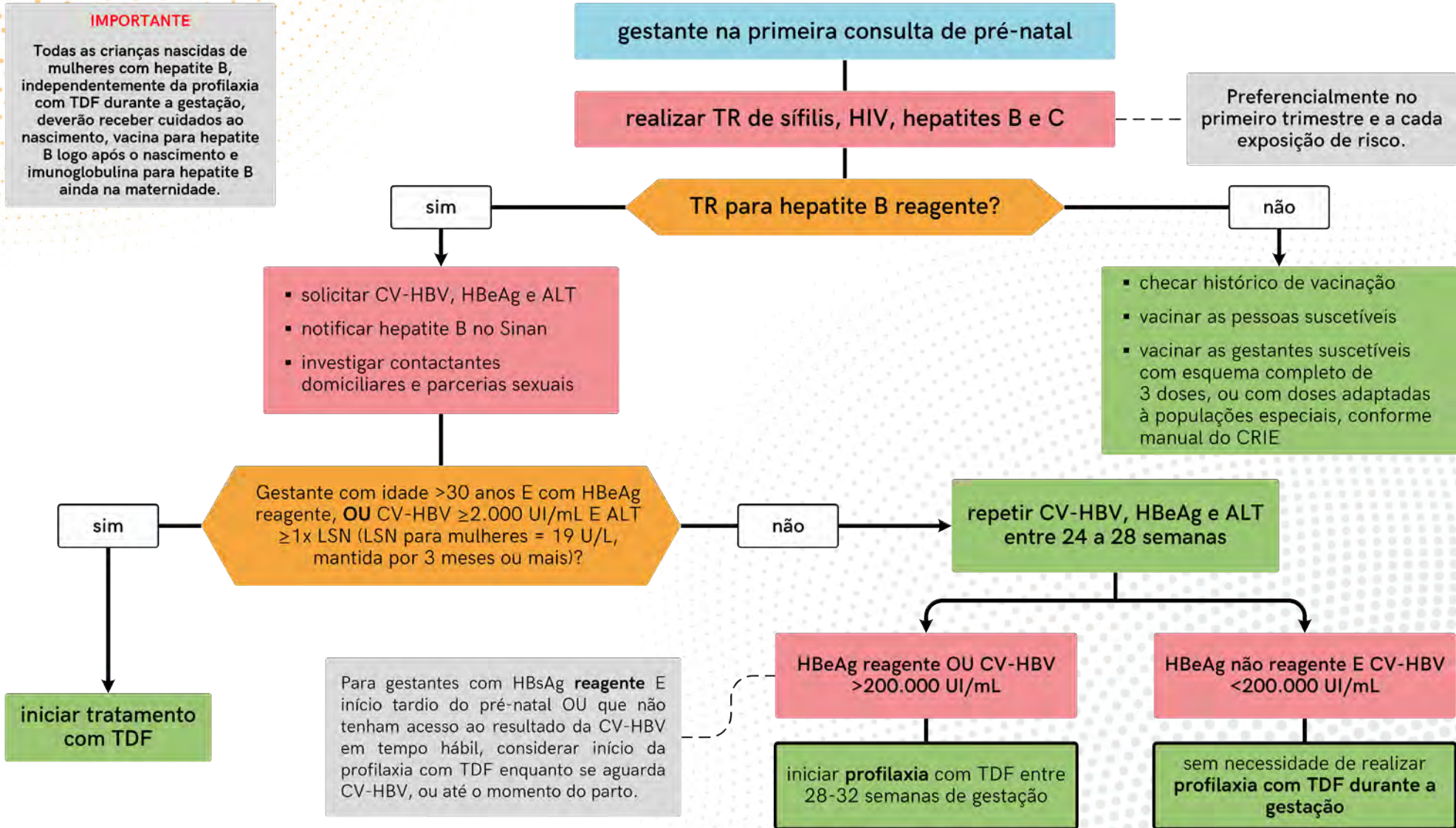
- ^a Para mulheres e homens trans em idade reprodutiva.
- ^b Articular junto à coordenação local a implementação do teste rápido. Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser feitos com amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa.
- ^c Pessoas imunocompetentes acima de um ano de idade devem receber 3 doses da vacina. Somente são consideradas válidas as doses documentadas em carteira vacinal e/ou no sistema SI-PNI, e que respeitem o intervalo mínimo entre as doses: 4 semanas entre a primeira (D1) e a segunda (D2) doses; 8 semanas entre a segunda (D2) e a terceira (D3) doses; e 16 semanas entre a (D1) e a (D3). Populações com imunocomprometimento (PVHIV, renais crônicos pré-dialíticos - CIC-r <30ml/min - ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias e/ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia, corticoterapia, e outras imunodeficiências) e com cirrose devem receber 4 aplicações e, em cada aplicação, deve-se administrar o dobro da dose recomendada para a idade, respeitando os intervalos mínimos entre doses, que são: 4 semanas entre a (D1) e a (D2), 4 semanas entre a (D2) e a (D3). 8 semanas entre a D3 e a quarta dose (D4).
- ^d Indivíduos com hepatite aguda grave, definida pela presença de coagulopatia (INR > 1,5) ou curso protraído - com sintomas e icterícia evidente (BT > 3 mg/dL ou BD > 1,5 mg/dL) por mais de 4 semanas, ou com hepatite fulminante (presença de encefalopatia hepática ou ascite), devem ser tratados imediatamente com análogo de nucleos(t)ídeo e ser encaminhados em caráter de **URGÊNCIA** ao Serviço de Assistência Especializada.
- ^e Utilizar métodos de barreira nas relações sexuais se a parceria não for imune ao HBV; não compartilhar escova de dentes, lâminas (de barbear/depilar, alicates, cortadores de unha), equipamentos para injeção ou uso drogas, equipamentos para testagem de glicemia e outros perfurocortantes; cobrir ferimentos e cortes abertos com curativos, não realizar doação de sangue ou esperma.

FLUXOGRAMA DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL DE HEPATITE C

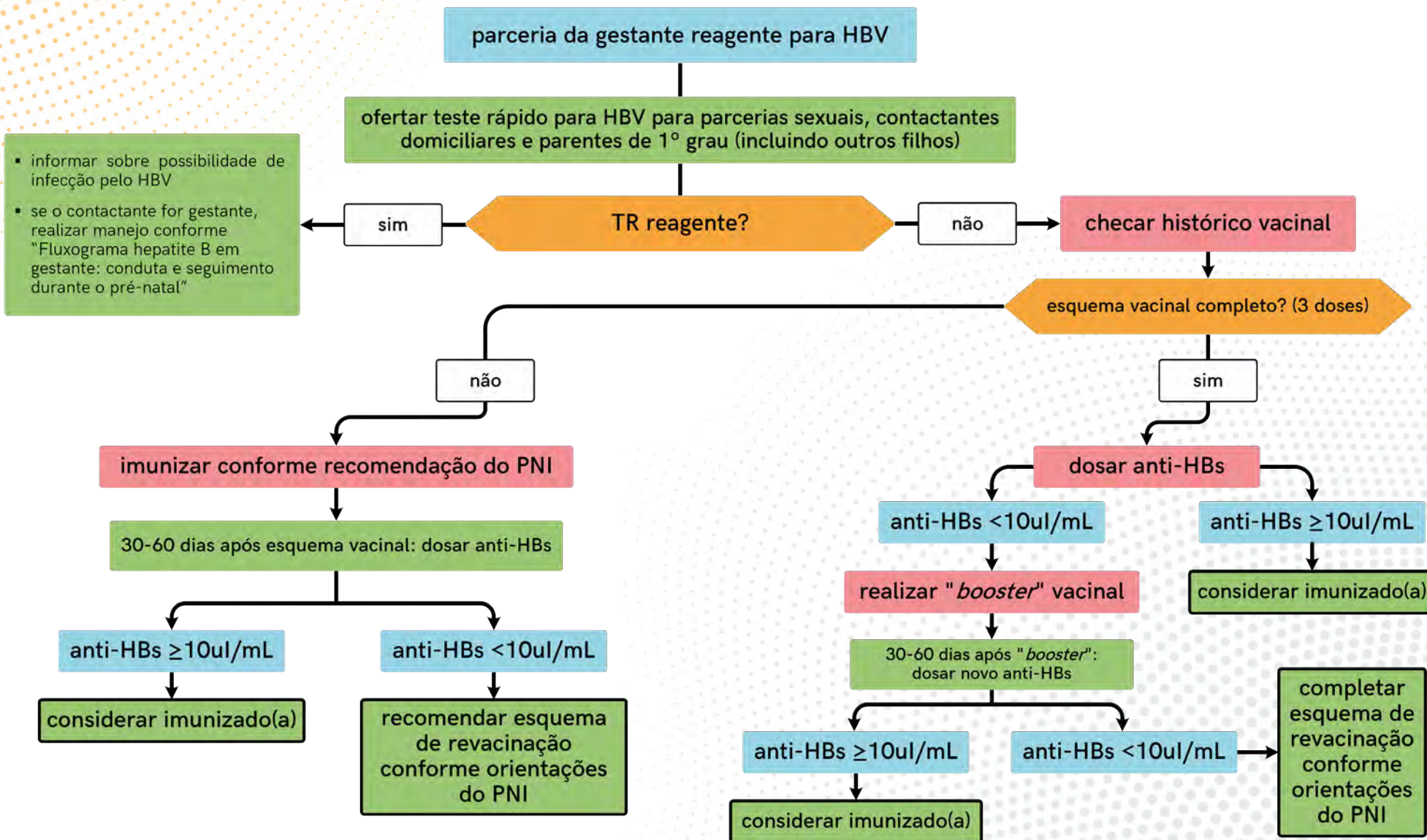


^a Em casos de fissuras ou feridas sangrantes na mama, está recomendada a interrupção temporária da amamentação na mama lesionada, até a cicatrização completa. Manter ordenha e descarte do leite da mama lesionada durante o processo de cicatrização.

FLUXOGRAMA DE HEPATITE B EM GESTANTE: CONDUTA E SEGUIMENTO DURANTE O PRÉ-NATAL

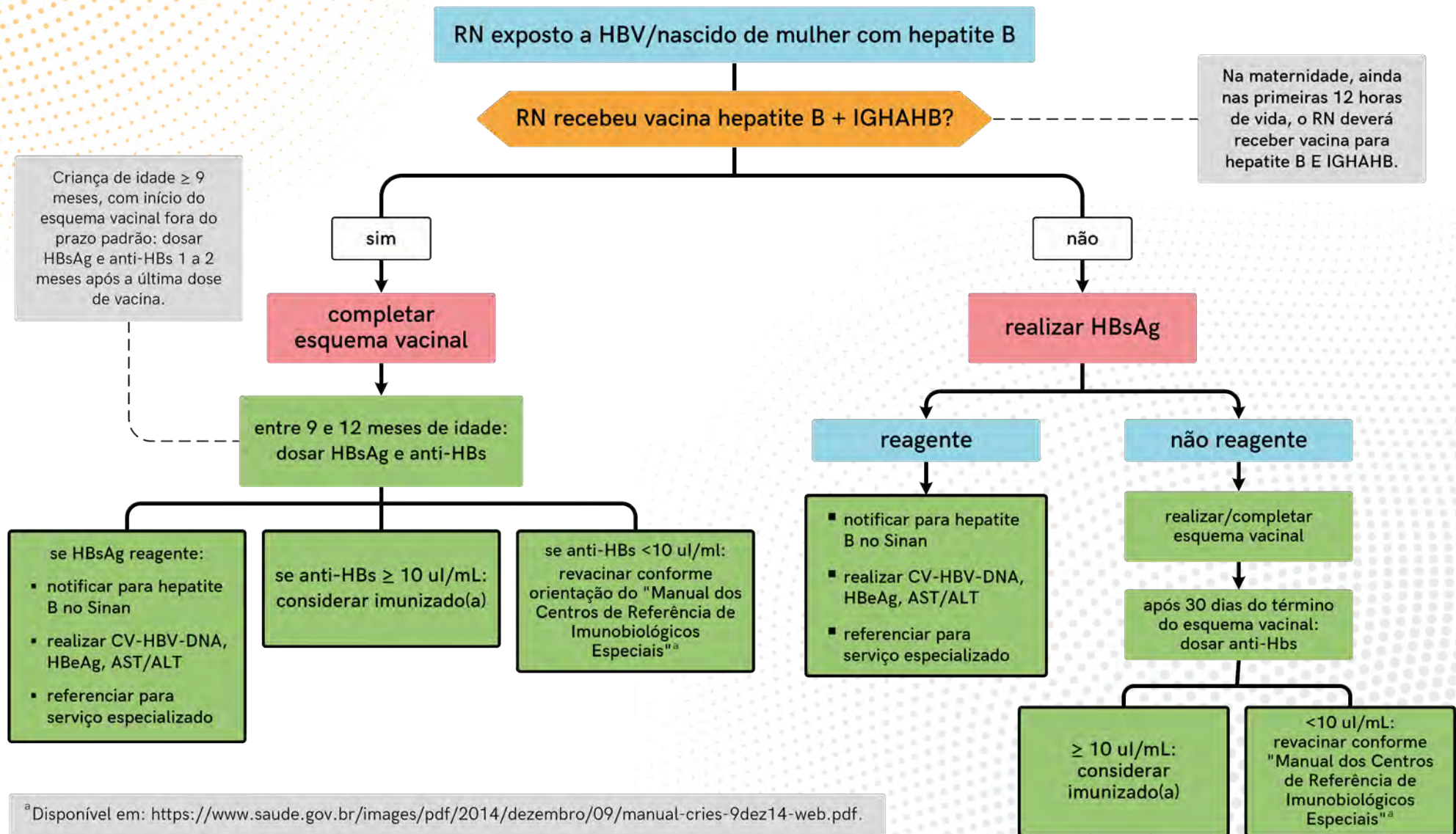


FLUXOGRAMA DE CONDUTA PARA PARCERIA DE GESTANTE COM HEPATITE B E SEU RECÉM-NASCIDO (TR REAGENTE PARA HBV)



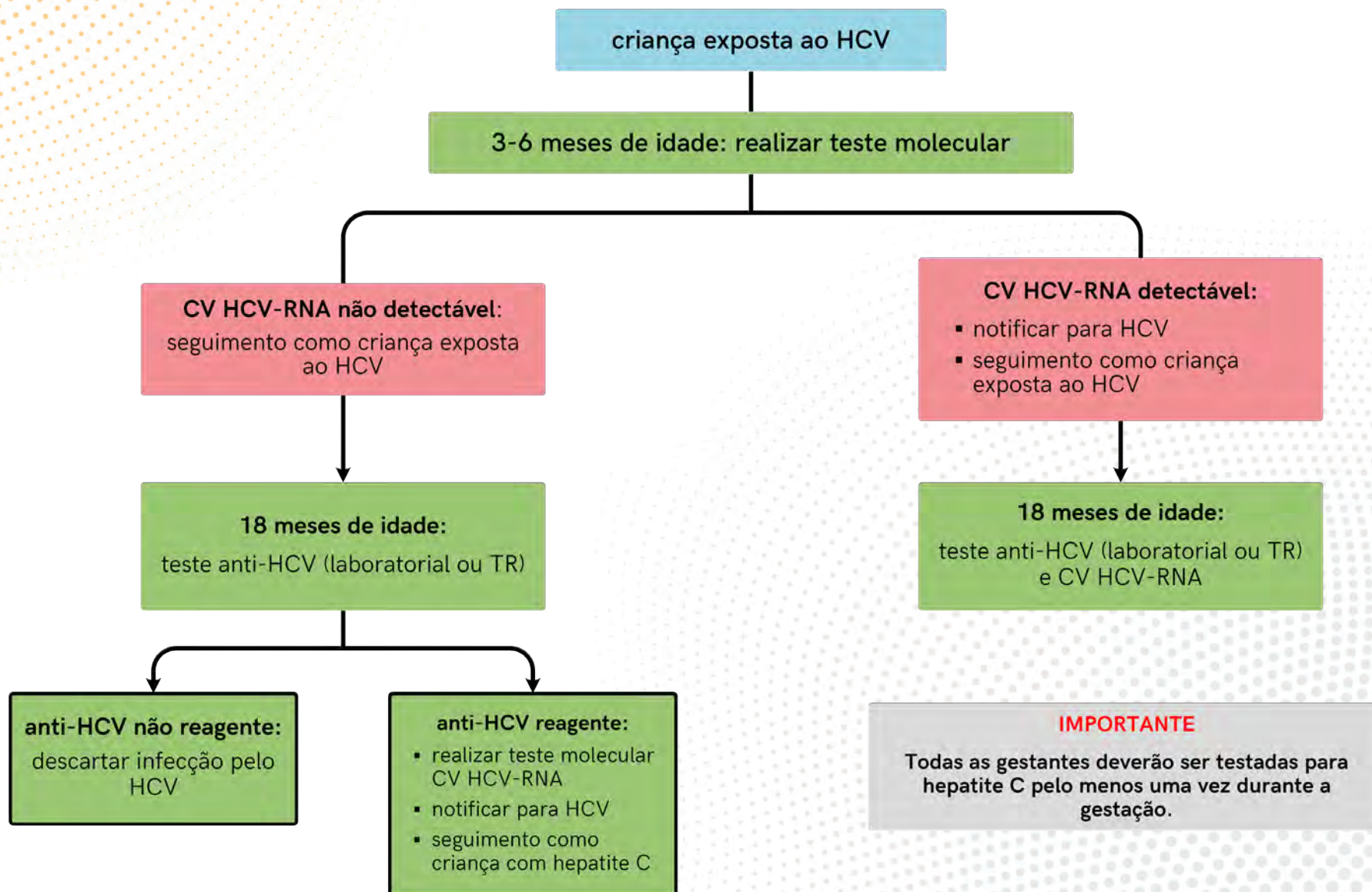
- informar sobre possibilidade de infecção pelo HBV
- se o contactante for gestante, realizar manejo conforme "Fluxograma hepatite B em gestante: conduta e seguimento durante o pré-natal"

FLUXOGRAMA DE CONDUTA PARA RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HBV



^aDisponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/09/manual-cries-9dez14-web.pdf>.

FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DA CRIANÇA EXPOSTA AO HCV



TESTE RÁPIDO



Selecionar um dos dedos "Indicador, Médio ou Anelar" para fazer a punção. Passe álcool 70% (p/p) na ponta do dedo para assepsia da área utilizada e faça a punção do dedo com auxílio da lanceta retrátil.



Faça a coleta da amostra de sangue total utilizando tubo capilar que acompanha o *kit* sem que haja a formação de bolhas. Verifique na bula do teste o quantitativo de amostra que deverá ser coletada.



Dispense a amostra no local indicado no dispositivo de teste. Não permita a formação de bolhas de ar no poço. Caso ocorra a formação de bolhas, repita o teste com a realização de uma nova coleta.



Adicione o número de gotas de tampão conforme orientação da bula e imediatamente após a realização da coleta. Após a adição do tampão, acione o cronômetro e aguarde o tempo indicado na bula para realizar a leitura do resultado.



TESTE INVÁLIDO

Se a linha de Controle (C) não aparecer, o Teste é considerado inválido, mesmo que a linha colorida apareça na área de Teste (T). Descarte o teste e repita a testagem com coleta de uma nova amostra. Se o problema persistir, utilize um teste de outro lote e entre em contato com o SAC do fabricante.



RESULTADO NÃO REAGENTE

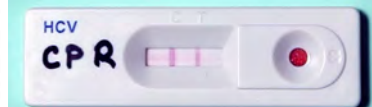
Faça a coleta da amostra de sangue total utilizando tubo capilar que acompanha o *kit* sem que haja a formação de bolhas. Verifique na bula do Teste o quantitativo de amostra que deverá ser coletada.



RESULTADO REAGENTE

Quando o resultado for reagente, aparecerão duas linhas coloridas, uma na área Controle (C) e uma na área de Teste (T).

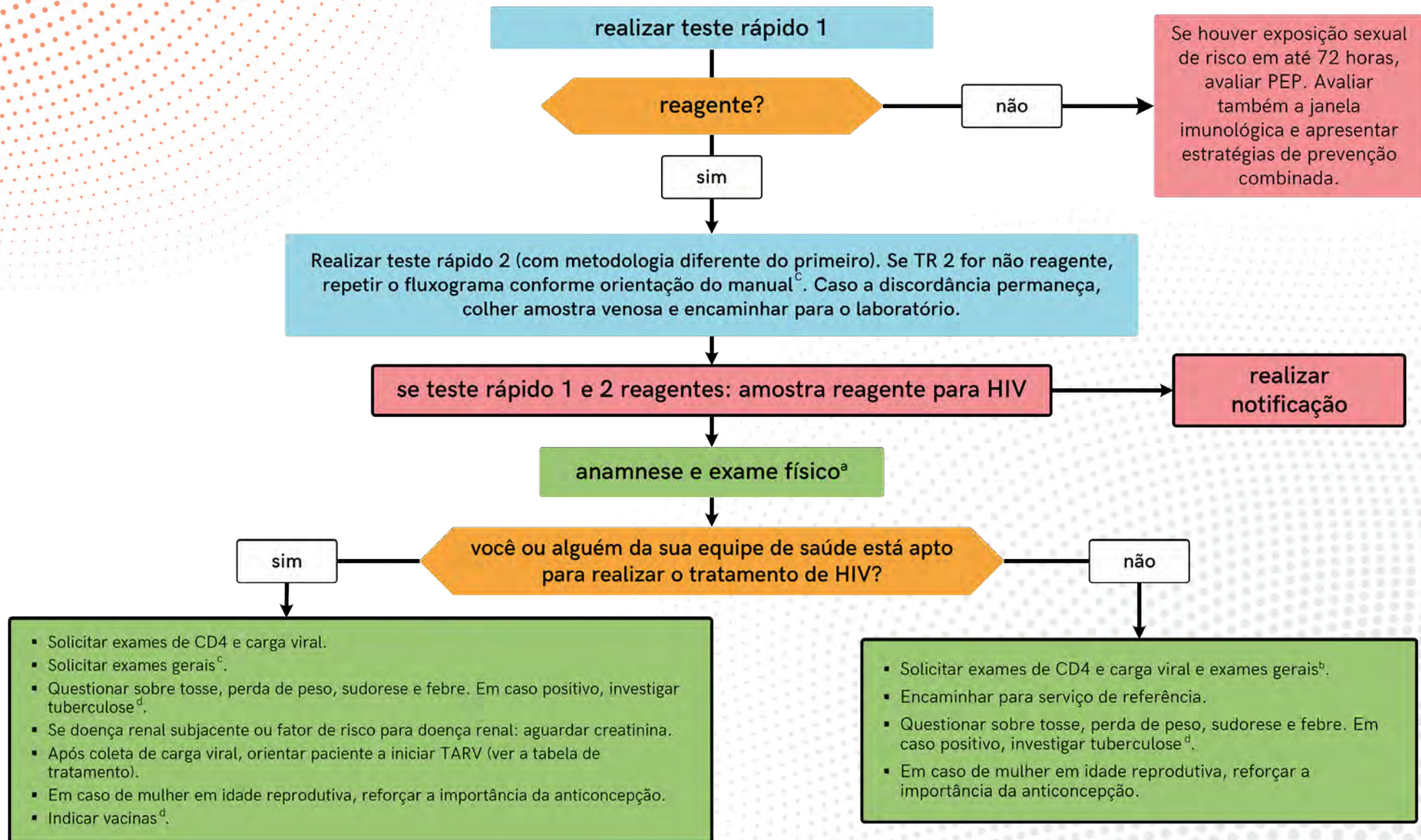
A linha colorida na área de Teste (T) poderá apresentar variações na intensidade da cor, porém, mesmo quando a coloração que surgir tiver uma intensidade muito fraca, a amostra será considerada reagente.



A testagem para IST deve ser realizada em qualquer momento de exposição de risco e/ou violência sexual
Notifique toda gestante diagnosticada com HIV, Sífilis e Hepatites B e C, bem como toda criança
exposta ao HIV e/ou Sífilis Congênita



FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO DE HIV COM TESTE RÁPIDO (PESSOAS ≥ DE 12 ANOS DE IDADE)



SITUAÇÕES PARA PRIORIZAR A TESTAGEM

- pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar;
- pessoas com diagnóstico de IST e hepatites virais;
- pessoas com resultado reagente em autoteste para HIV;
- gestantes;
- pessoas em situação de maior vulnerabilidade ao HIV;
- sinais e sintomas que podem estar relacionados à imunossupressão.

ENCAMINHAR COM PRIORIDADE

- gestante, criança, coinfeção (tuberculose, hepatite B ou C), sintomáticos, alto risco cardiovascular, insuficiência renal crônica;
- CD4 menor que 350 céls/mm³: iniciar TARV e encaminhar;
- CD4 menor que 200 céls/mm³: prescrever profilaxias^a e iniciar TARV.

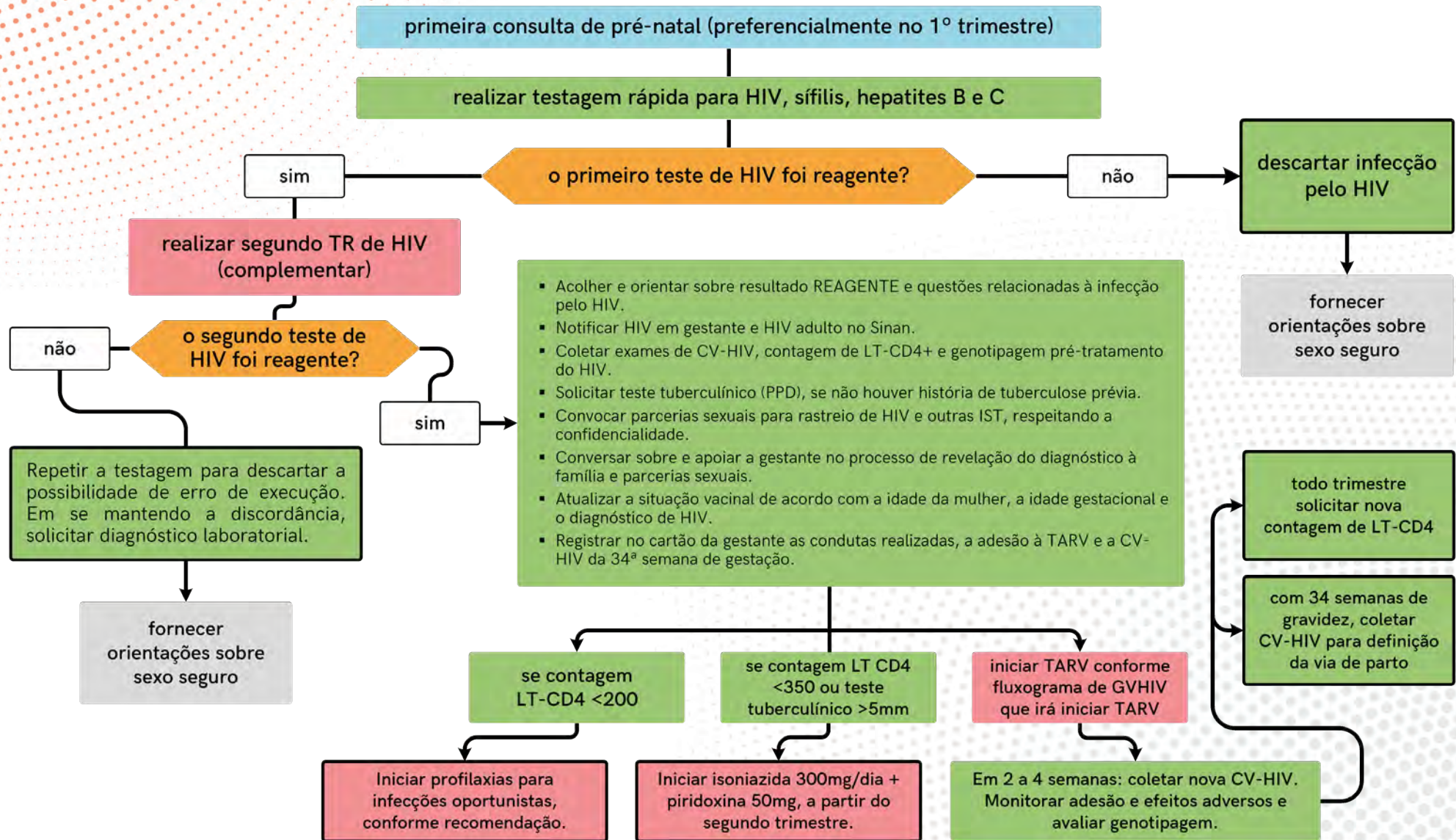
^a Abordar o significado do diagnóstico. Reforçar a importância do tratamento. Explorar medos e expectativas.

^b Exames gerais: hemograma completo; glicemia de jejum; dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos); avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina); teste imunológico para sífilis; testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização); IgG para toxoplasmose; sorologia para HTLV I e II e Chagas (triagem para indivíduos oriundos de áreas endêmicas); prova tuberculínica (PT); radiografia de tórax.

^c Para mais informações: consultar o "Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças", disponível em aids.gov.br.

^d Para mais informações: consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos", disponível em <http://www.aids.gov.br/>.

FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO LABORATORIAL DA MULHER COM DIAGNÓSTICO DE HIV DURANTE A GESTAÇÃO



FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL DA GESTANTE VIVENDO COM HIV (GVHIV) COM SEGUIMENTO PRÉVIO

GVHIV na primeira consulta de pré-natal

- Acolher e orientar sobre gestação e HIV, cuidados no parto e puerpério e transmissão vertical do HIV.
- Reforçar a importância da adesão à TARV para a gestante e para a criança.
- Monitorar efeitos adversos e medicações concomitantes.
- Notificar HIV em gestante.
- Solicitar exames de CV-HIV sempre que houver dúvida quanto à adesão e na primeira consulta, 2-4 semanas pós-troca de TARV, se for o caso, e com 34 semanas de gestação.
- Solicitar contagem LT-CD4 no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação.
- Realizar testagem rápida para sífilis e hepatites B e C na primeira consulta.
- Repetir testagem para sífilis no terceiro trimestre da gestação e sempre que houver história de exposição sexual de risco.
- Convocar parcerias sexuais para rastreio de IST.
- Conversar sobre e apoiar a gestante no processo de revelação do diagnóstico à família e parcerias sexuais.
- Atualizar a situação vacinal de acordo com a idade da gestante, a idade gestacional e o diagnóstico de HIV.
- Anotar no cartão da gestante as condutas realizadas no pré-natal, a adesão à TARV e a CV-HIV da 34ª semana de gestação, respeitando a confidencialidade.

na consulta de retorno da gestante

avaliar CV-HIV

manejar TARV conforme fluxograma GVHIV em uso de TARV

avaliar LT-CD4+

não

LT-CD4 é menor que 200 céls/mm³?

sim

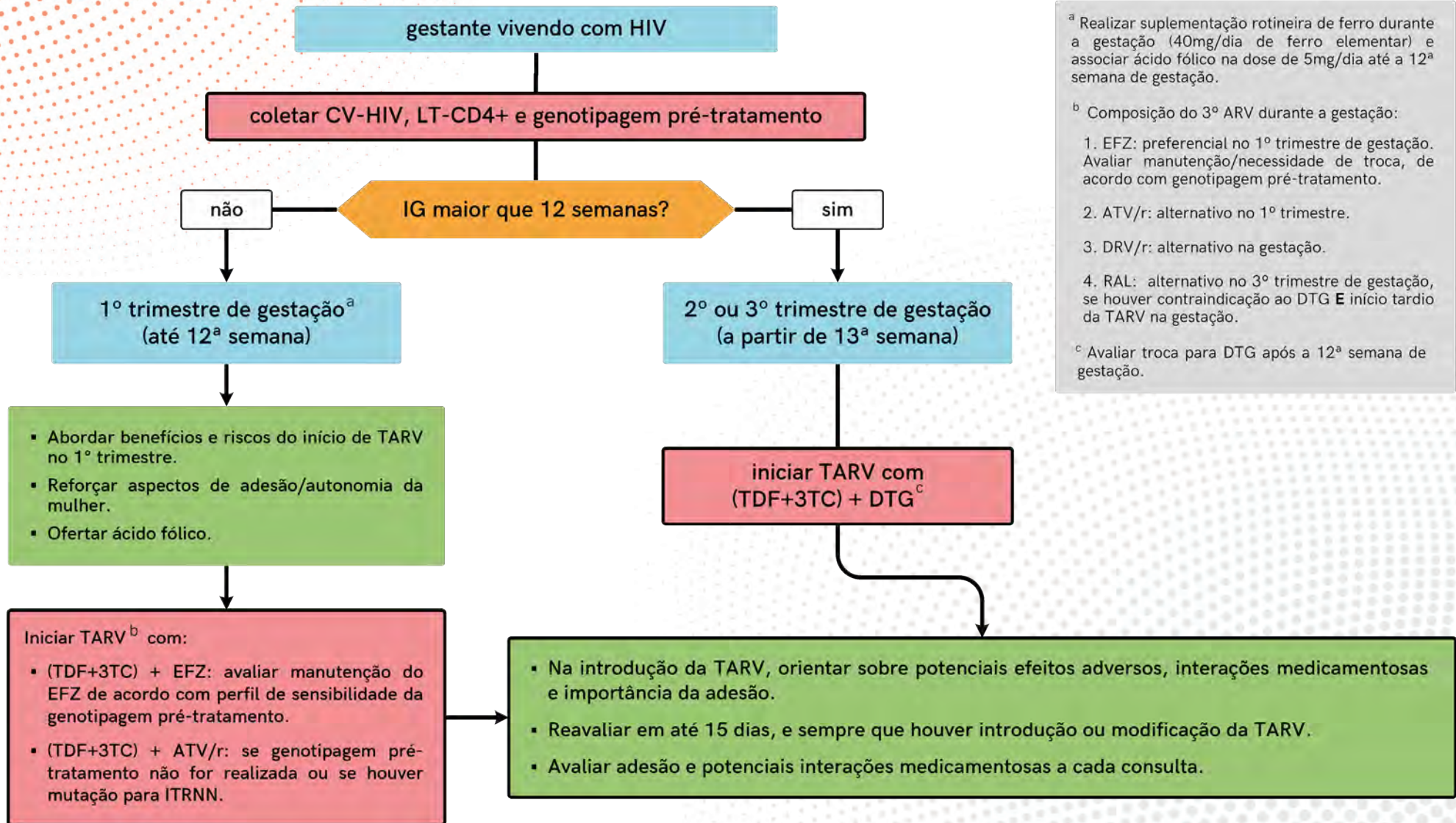
se a contagem LT CD4+ for <350 células/mm³ ou prova tuberculínica ≥ 5mm

iniciar isoniazida 300mg/dia + piridoxina 50mg, a partir do segundo trimestre

iniciar profilaxias para infecções oportunistas, conforme recomendação do PCDT-TV^a

^a"Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais", disponível em <http://www.aids.gov.br/>.

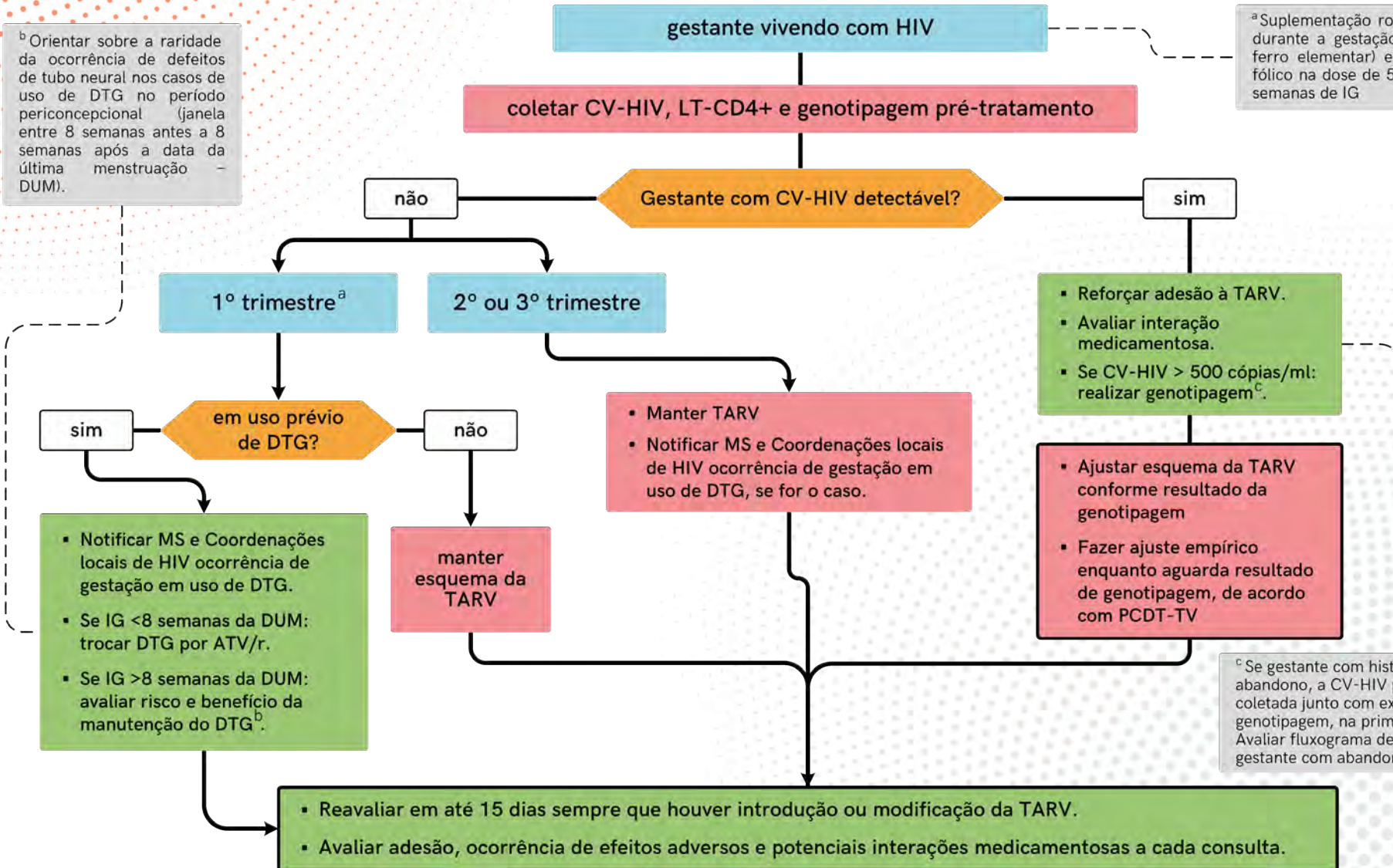
FLUXOGRAMA DE MANEJO DE TARV: GESTANTE VIVENDO COM HIV E INÍCIO DA TARV NA GESTAÇÃO



FLUXOGRAMA DE MANEJO DE TARV: GESTANTE VIVENDO COM HIV EM USO PRÉVIO DE TARV

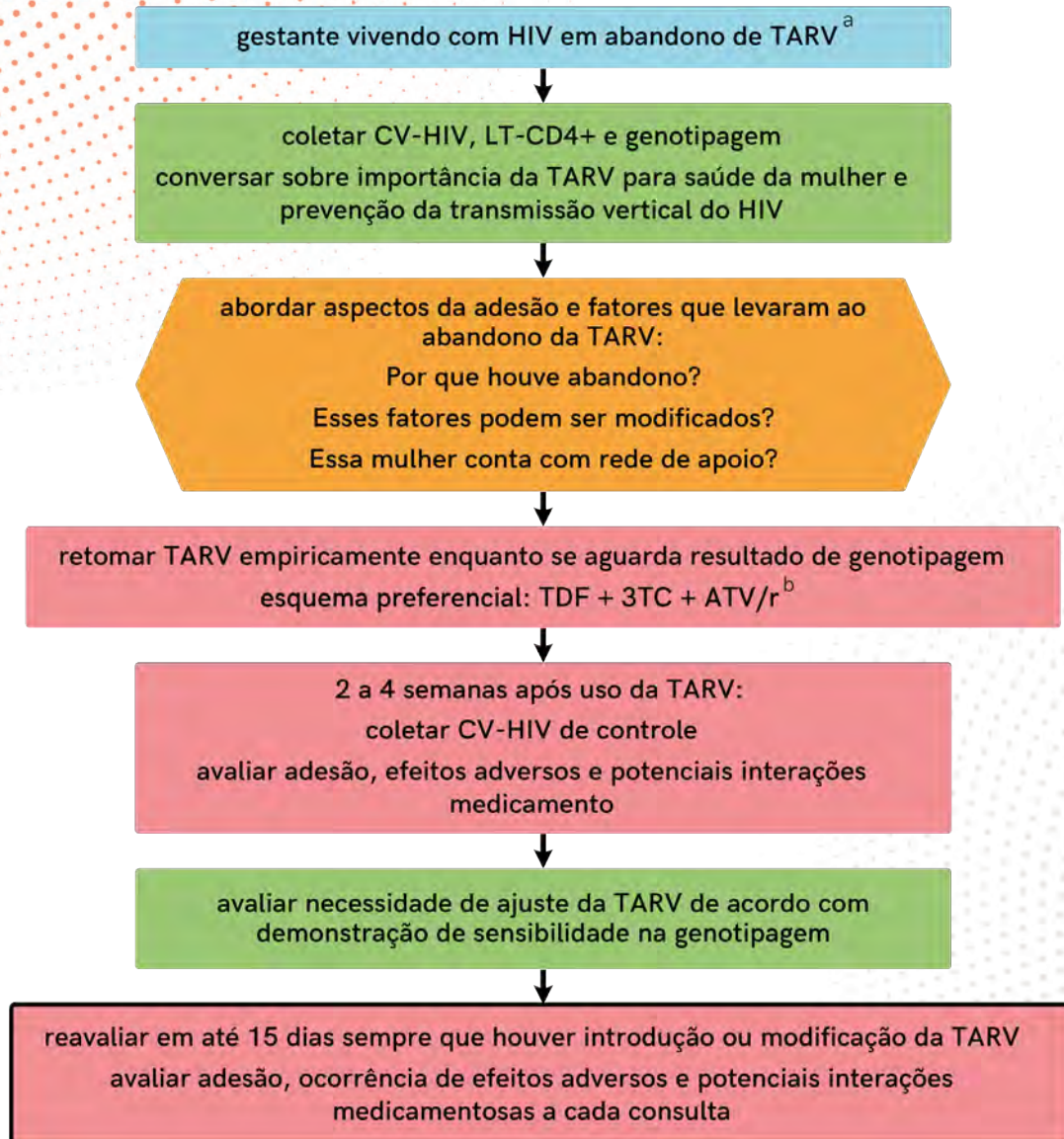
^b Orientar sobre a raridade da ocorrência de defeitos de tubo neural nos casos de uso de DTG no período periconcepcional (janela entre 8 semanas antes a 8 semanas após a data da última menstruação - DUM).

^a Suplementação rotineira de ferro durante a gestação (40mg/dia de ferro elementar) e associar ácido fólico na dose de 5 mg/dia até 12 semanas de IG



^c Se gestante com histórico de abandono, a CV-HIV pode já ser coletada junto com exame de genotipagem, na primeira consulta. Avaliar fluxograma de manejo da gestante com abandono de TARV.

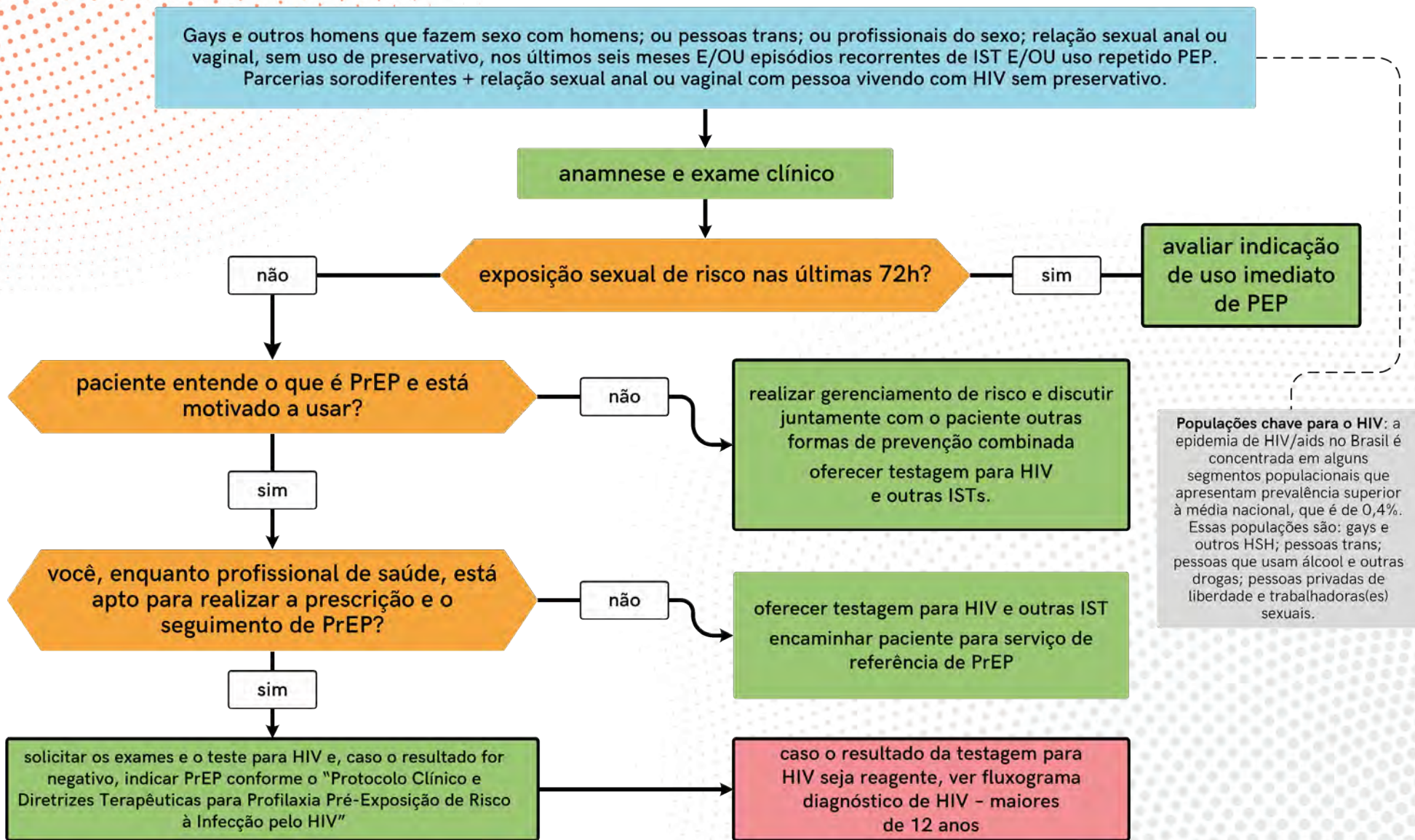
FLUXOGRAMA DE MANEJO DE TARV: GESTANTE VIVENDO COM HIV EM ABANDONO DE TARV



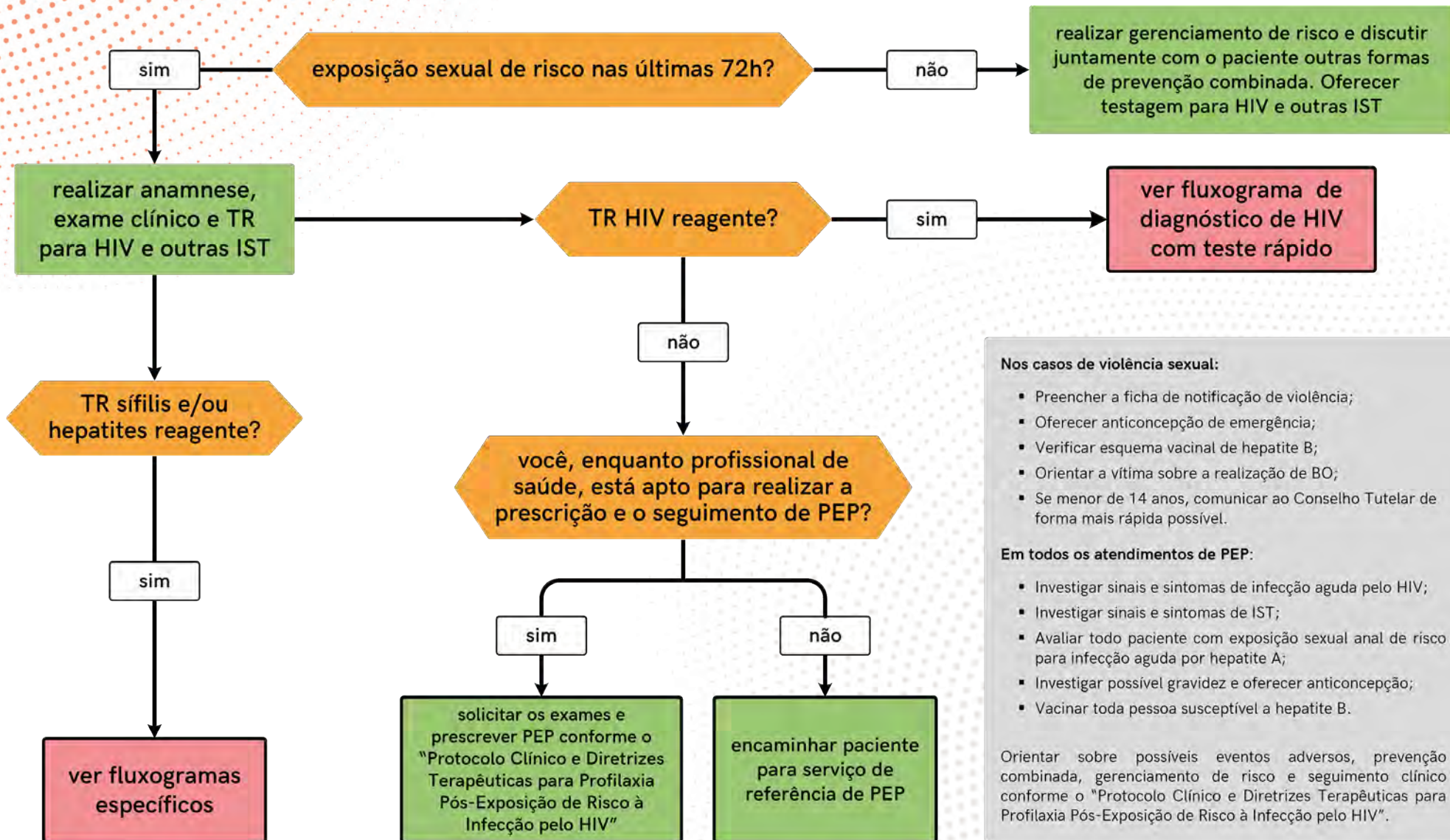
^a Suplementação rotineira de ferro durante a gestação (40mg/dia de ferro elementar) e associar ácido fólico na dose de 5mg/dia até 12 semanas de IG

^b Em caso de início tardio do pré-natal (no 3º trimestre), considerar associação/ introdução de DTG no esquema de TARV

FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV



FLUXOGRAMA PARA INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV



- Nos casos de violência sexual:**
- Preencher a ficha de notificação de violência;
 - Oferecer anticoncepção de emergência;
 - Verificar esquema vacinal de hepatite B;
 - Orientar a vítima sobre a realização de BO;
 - Se menor de 14 anos, comunicar ao Conselho Tutelar de forma mais rápida possível.

- Em todos os atendimentos de PEP:**
- Investigar sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV;
 - Investigar sinais e sintomas de IST;
 - Avaliar todo paciente com exposição sexual anal de risco para infecção aguda por hepatite A;
 - Investigar possível gravidez e oferecer anticoncepção;
 - Vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B.

Orientar sobre possíveis eventos adversos, prevenção combinada, gerenciamento de risco e seguimento clínico conforme o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV".

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL HIV PARA PESSOAS ≥ 12 ANOS DE IDADE NÃO GESTANTES

Terapia antirretroviral inicial preferencial	Cuidados	Contraindicações e comentários
<p>Tenofovir (TDF) 300mg (a)/ lamivudina (3TC) 300mg mais dolutegravir (DTG) 50mg (b) 1 vez ao dia</p>	<p>(a) O TDF</p> <ul style="list-style-type: none"> - É contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFG_e <60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, o ajuste de dose deve ser feito quando TFG_e <50mL/min. <p>(b) Dolutegravir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. - Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. - O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário (dose máxima: 1g/dia). - Insônia: utilizar DTG pela manhã. 	<ul style="list-style-type: none"> - Em presença de quaisquer sinais ou sintomas de tuberculose, solicitar baciloscopia e cultura e aguardar raio-x. Aguardar confirmação de diagnóstico para avaliar tratamento e encaminhamento. Para mais informações sobre o tratamento de paciente com coinfeção TB/HIV, consultar aids.gov.br. - Se TFG_e <60 mL/min ou osteoporose/osteopenia, discutir com especialista e/ou encaminhar. - Em caso de gestação, solicitar os exames indicados + genotipagem pré-tratamento, discutir com especialista e/ou encaminhar com brevidade/via regulação, ou ver fluxogramas de manejo de gestante vivendo com HIV. - Em caso de mulher com planejamento reprodutivo, discutir/encaminhar. - Para pacientes em uso de carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital que não possam substituí-los ou interrompê-los, o DTG poderá ser associado na posologia de 50mg 2x/dia (1cp de 50mg de 12/12 horas). - Pacientes em uso de oxycarbamazepina, dofetilida ou pilsicainida devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG, que não deve ser coadministrado com esses medicamentos. - Em caso de coinfeção com hepatite B ou C, encaminhar. - Se o paciente tiver menos de 12 anos, encaminhar com prioridade. - Se CD4 menor do que 350 céls/mm³, iniciar TARV e encaminhar com prioridade. Se CD4 menor do que 200 céls/mm³, iniciar TARV, prescrever profilaxias^a e encaminhar com prioridade. - Esquema indicado para pacientes que nunca utilizaram terapia antirretroviral antes. Para pacientes que já iniciaram tratamento para HIV em algum momento e o abandonaram^a, discutir e/ou encaminhar.

- Orientar retorno entre 7 e 15 dias do início da TARV com a equipe, para fortalecimento de vínculo e avaliação de efeitos adversos.

- A prescrição dos antirretrovirais deve ser feita em formulário específico, disponível em http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php (Formulário de Dispensação de ARV - Tratamento).

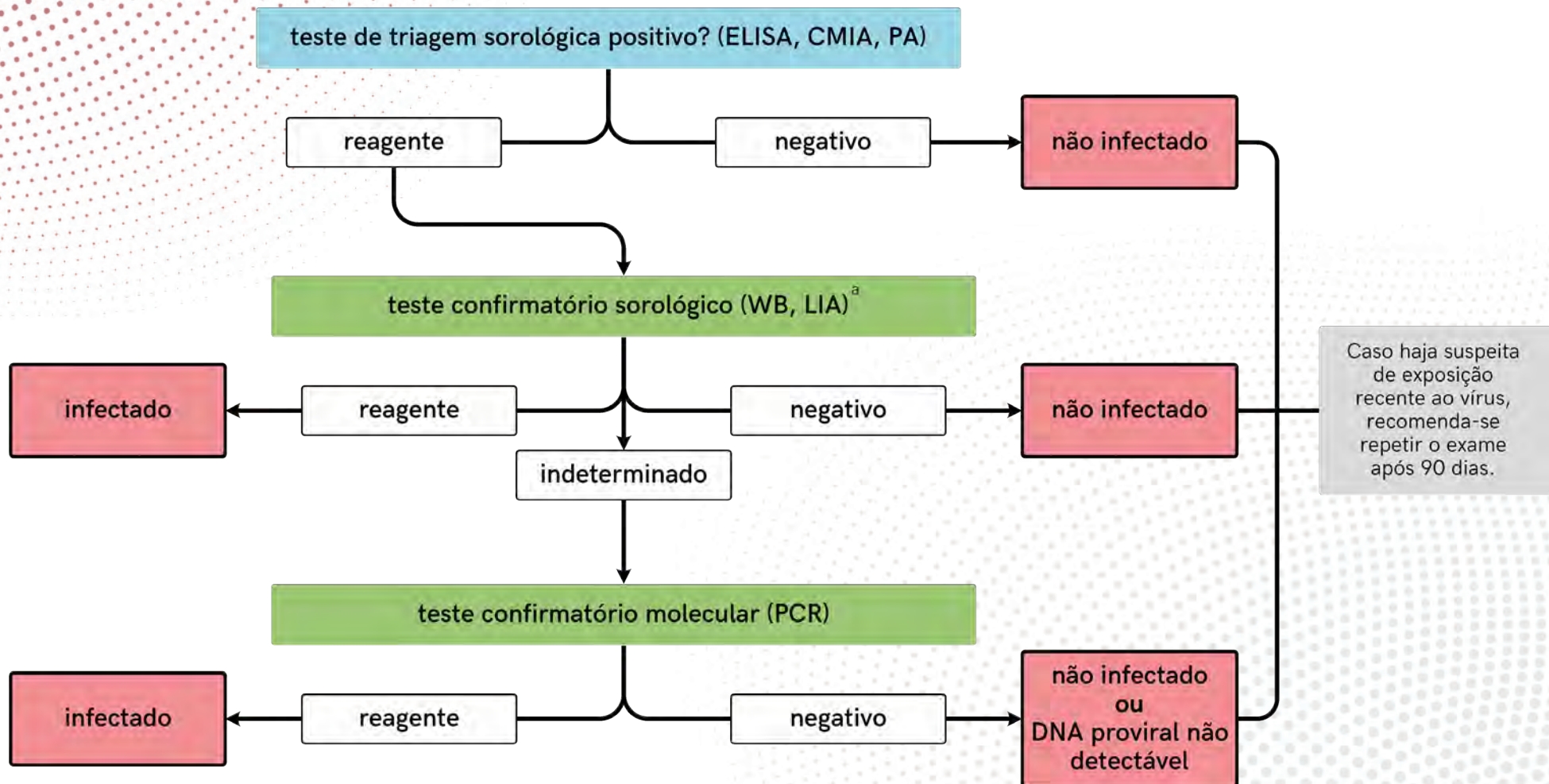
^aProtocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <http://www.aids.gov.br>.

INDICAÇÕES DE TRIAGEM LABORATORIAL DA INFECÇÃO CAUSADA PELO HTLV 1 E 2

- Indivíduos com manifestações clínicas compatíveis com as doenças associadas ao HTLV 1 e 2.
- Doadores de sangue, órgãos ou tecidos.
- Receptores de órgãos ou tecidos.
- Familiares e parcerias sexuais de portadores de HTLV 1 e 2.
- Indivíduos com suspeita ou com infecções sexualmente transmissíveis.
- Gestantes (avaliar a prevalência local para realização da triagem).
- Usuários de drogas injetáveis.
- Casos de exposição ocupacional a sangue ou material biológico, como acidente com material perfurocortante.
- Pacientes infectados por *Strongyloides stercoralis* ou *Mycobacterium tuberculosis*.
- Pacientes com leucemia ou linfoma^a.

^a No âmbito do SUS, o teste confirmatório para HTLV (Western blot ou teste molecular) apenas está disponível para pacientes com leucemia/linfoma de células T que tenha teste de triagem reagente para anticorpos anti-HTLV.

FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO CAUSADA PELO HTLV 1 E 2



^a No âmbito do SUS, o teste confirmatório para HTLV (Western blot ou teste molecular) apenas está disponível para pacientes com leucemia/linfoma de células T que tenha teste de triagem reagente para anticorpos anti-HTLV.

VACINAÇÃO EM IST: HEPATITES VIRAIS E HPV

Vacinação IST	Indicação	Posologia
Hepatite B	- Toda pessoa susceptível a hepatite B ^a	3 doses (0, 1 e 6 meses)
	- PVHIV, renais crônicos (dialíticos ou pré-díalise), hepatopatias crônicas em fase avançada, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias e/ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia e corticoterapia, e outras imunodeficiências	4 doses dobradas (0, 2 e 6 ou 12 meses)
Hepatite A	- Crianças com 15 meses ^b	1 dose (15 meses)
	- Acima de 1 ano de idade - PVHIV, hepatopatias crônicas, coagulopatias, hemoglobinopatias, imunossupressão terapêutica ou por doença imunossupressora, doenças de depósito, fibrose cística, trissomias, candidatos a transplante, transplantados ou doadores de órgão ou de células-tronco hematopoiéticas	2 doses (0 e 6 meses)
HPV	Crianças e adolescentes: - Meninas de 9 a 14 anos - Meninos de 11 a 14 anos	2 doses (0 e 6 meses)
	PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos: - Mulheres de 9 a 45 anos - Homens de 9 a 26 anos	3 doses (0, 2 e 6 meses)

^a Suscetível a hepatite B: pessoa que não possui registro de esquema vacinal completo (3 doses) e que apresenta HBsAg não reagente (ou teste rápido para hepatite B não reagente). A vacina para hepatite B é segura durante a gestação em qualquer idade gestacional.

^b Vacina hepatite A: pode ser utilizada a partir dos 12 meses até 5 anos incompletos, ou seja, 4 anos, 11 meses e 29 dias.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. Responda a pesquisa disponível por meio do QR Code abaixo:



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.gov.br