



Protocolo de Enfermagem

Infecções Sexualmente Transmissíveis

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MACAÉ**



**COORDENAÇÃO GERAL
ENFERMAGEM**



Macaé
PREFEITURA
Secretaria Executiva | ATENÇÃO BÁSICA

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem o objetivo de orientar o manejo, por profissionais da saúde, dos usuários e de suas parcerias sexuais quanto às infecções sexualmente transmissíveis (IST), formas de diagnóstico e possibilidades de tratamento.

As IST podem ser causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, sendo a principal via de transmissão o contato sexual (oral, vaginal, anal) sem uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada, podendo ocorrer ainda, a transmissão da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. De maneira menos habitual, as IST também podem ser transmitidas através de meios não sexuais, pelo contato de mucosas ou pele não íntegra com secreções corporais contaminadas.([Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST — Ministério da Saúde](#))

Deste modo, as IST podem se manifestar por diversos sinais e sintomas, como por exemplo: feridas, corrimento, verrugas anogenitais, dor pélvica, lesões na pele, dentre outros. Por isso, é importante orientar sobre a necessidade de observar seu corpo durante higiene pessoal e procurar uma Unidade de Saúde ao identificar sinais e sintomas, permitindo assim a identificação de IST ainda no estágio inicial.([Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST — Ministério da Saúde](#))

O aumento recente do número de casos de doenças curáveis que pareciam controladas, como a sífilis; e a mudança de perfil epidemiológico de infecções crônicas, como a AIDS, demonstram que devemos estar constantemente repensando nossas estratégias de combate a esses males. (Florianópolis, 2024)

Visando uma sistematização do tratamento das IST, o Ministério da Saúde adota a abordagem sindrômica, classificando os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados; utilizando fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; indicando o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome; incluindo atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além da oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV.

A abordagem sindrômica às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) tem como um dos princípios centrais a interrupção da cadeia de transmissão. Ao ser adotada no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, essa abordagem pode gerar um impacto positivo em todo o sistema de saúde (WHO, 2021).

É importante citar também que a abordagem das IST focada na pessoa com vida sexual ativa facilita o estabelecimento de relações de confiança e melhora a adesão aos tratamentos e tecnologias oferecidos pelos profissionais de saúde. A escuta atenta e a criação de um ambiente propício ao diálogo sobre as práticas sexuais devem ser parte integrante do atendimento, com cuidado, respeito e sem julgamentos ou preconceitos. Levando em conta essa visão, destaca-se a importância de uma abordagem mais ampla do cuidado sexual, uma vez que a disponibilização exclusiva de preservativos não é suficiente para assegurar todos os aspectos da saúde sexual. Portanto, é essencial expandir a abordagem para a avaliação e gestão de riscos, além das alternativas que integram a Prevenção Combinada, com o objetivo de promover a saúde e prevenir problemas na área da saúde sexual e reprodutiva.

(<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=598>)

O controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST não ocorre somente com o tratamento de quem busca ajuda nos serviços de saúde. Para interromper a transmissão dessas infecções e evitar a reinfecção, é fundamental que as parcerias também sejam testadas e tratadas, com orientação de um profissional de saúde.

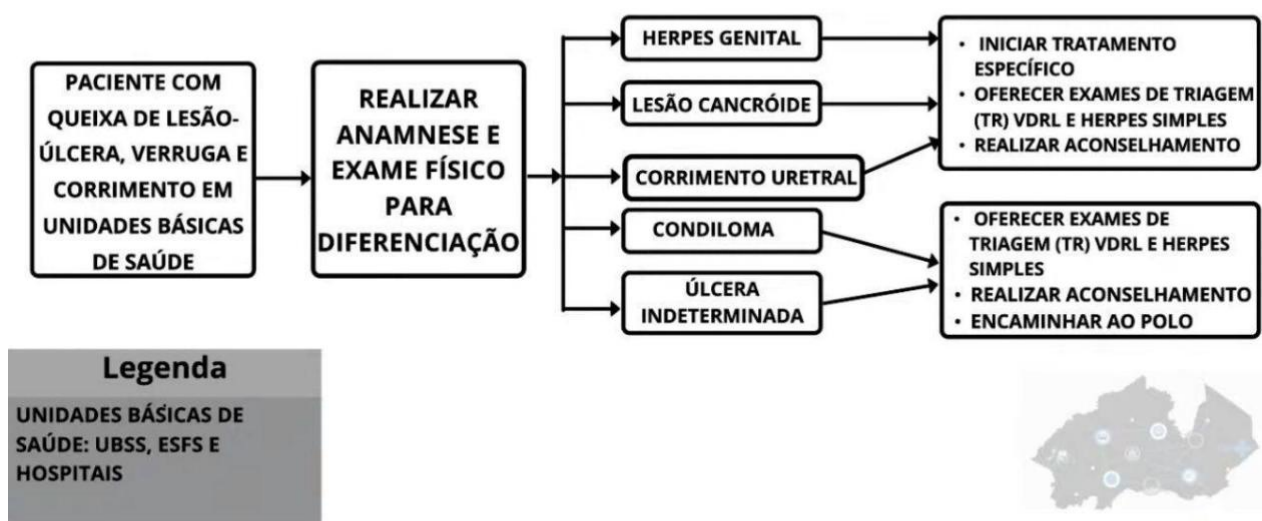
As diretrizes para a prescrição de medicamentos ou solicitação de exames laboratoriais foram estabelecidas pela Resolução COFEN 317/2007 (COFEN, 2007), sendo necessária a implementação da sistematização da assistência de enfermagem conforme previsto na Resolução COFEN 358/2009 (COFEN, 2009).

Os tópicos discutidos neste documento foram selecionados devido à sua importância e impacto na prática da enfermagem na atenção primária, e acreditamos que contribuirão significativamente para melhorar a eficácia das consultas de enfermagem. Além disso, conferem ao(à) enfermeiro(a) responsabilidades que são desempenhadas globalmente na atenção primária, como o cuidado integral de pacientes com as doenças crônicas não complicadas mais comuns e o rastreamento das enfermidades mais prevalentes na população.

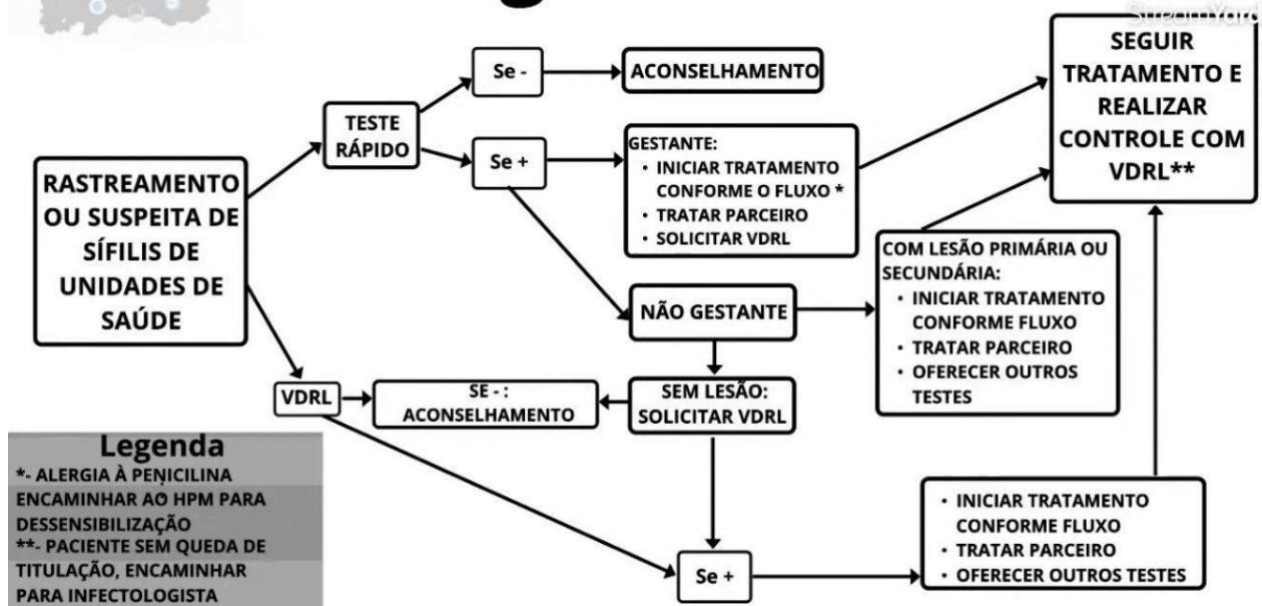
Para os tratamentos, a base será o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde.

Abaixo são apresentados os fluxogramas utilizados na Atenção Básica e Especializado:

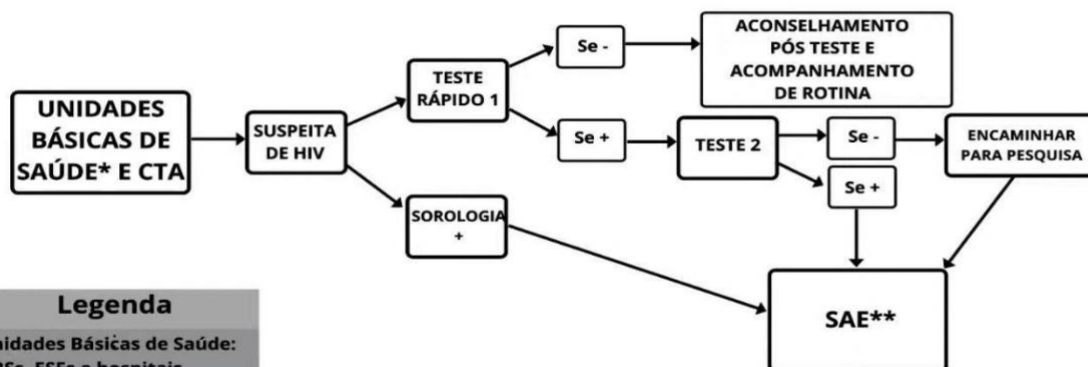
Fluxograma das Principais Queixas Genitais



Fluxograma Sífilis



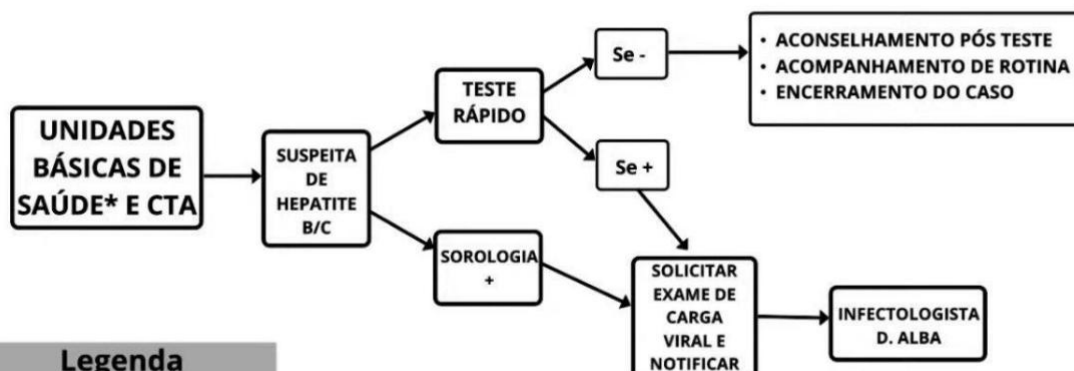
Fluxograma HIV



Legenda

Unidades Básicas de Saúde:
UBSs, ESFs e hospitais
SAE: Serviço de Assistência Especializada

Fluxograma Hepatites B e C



Legenda

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UBSS, ESFS E HOSPITAIS



1. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

De acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, os enfermeiros têm a autorização para realizar a consulta de enfermagem, prescrever e administrar medicamentos conforme os protocolos acordados e aprovados em programas de saúde pública.

É essencial que o enfermeiro esteja adequadamente capacitado e amparado legalmente para identificar, tratar e orientar sobre as ISTs, pois ele desempenha um papel crucial no acolhimento das demandas espontâneas nas unidades básicas de saúde.

A escuta qualificada é conduzida com respeito e ética, permitindo que o indivíduo se sinta respeitado e acolhido pelo serviço de saúde. A escuta ativa e a criação de um ambiente propício para o diálogo sobre as práticas sexuais devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde, visto que essa abordagem fortalece os vínculos e facilita a adesão às tecnologias oferecidas pelos profissionais da saúde. (BRASIL, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e o Processo de Enfermagem (PE) estão regulamentados pela Resolução COFEN - 358/2009 e têm como objetivo a aplicação do processo de enfermagem em ambientes públicos e privados que oferecem assistência de enfermagem. A SAE é uma ferramenta que organiza o trabalho da enfermagem, enquanto o PE é a metodologia usada para direcionar o cuidado de enfermagem e a documentação correspondente. O PE é estruturado em cinco etapas interligadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem.

2. ABORDAGEM ÀS PESSOAS COM IST

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico devem constituir importantes elementos diagnósticos das IST. Os profissionais de saúde necessitam conhecer a anatomia e a fisiologia do trato masculino e feminino.

Durante o exame físico procede-se, quando indicado, à coleta de material biológico para exame laboratorial. Sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para triagem de gonorreia, clamídia, sífilis, HIV e hepatites B e C, precedidos de uma abordagem profissional adequada. A notificação compulsória dessas infecções deve fazer parte da atenção às pessoas com IST.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes.

A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do estabelecimento de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento e a adesão ao tratamento.

Para tanto, deve-se promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

No caso de outras doenças (diabetes, dermatoses e imunodeficiências, entre outras), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais são aspectos a serem abordados durante a anamnese. Nesse momento, recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas, independentemente da idade e/ou com condições de vulnerabilidade (Nota Informativa nº 149/2015 – CGPNI/DEVIT/SVS/MS).

Além disso, recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, também disponível no SUS, para adolescentes na faixa etária de nove a 13 anos, e para mulheres HIV-positivas de nove a 26 anos de idade (as quais necessitam de prescrição médica a ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

3. OFERTA DE PRESERVATIVOS

Os preservativos masculinos ou femininos devem ser oferecidos às pessoas sexualmente ativas como um método eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis, além de evitar gravidez. As orientações adequadas para a conservação e o uso correto e regular dos preservativos masculino e feminino devem fazer parte da abordagem.

A disponibilização do preservativo feminino objetiva ampliar as possibilidades de prevenção para as mulheres, considerando as dificuldades experimentadas principalmente pelas profissionais do sexo na negociação do uso da camisinha com a parceria sexual. Esses insumos deverão ser disponibilizados como parte da rotina de atendimento.

Abordagem às parcerias sexuais

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais comunicadas, outras atividades poderão ser desenvolvidas, conforme a disponibilidade de cada serviço.

Serão consideradas parcerias sexuais, para fins de comunicação, aqueles(as) com as quais a pessoa infectada tenha se relacionado sexualmente, conforme a descrição abaixo:

- Tricomoníase: parceria atual;
- Corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses;
- DIP: nos últimos dois meses;
- Úlceras: nos últimos três meses;
- Sífilis secundária: nos últimos seis meses;
- Sífilis latente: no último ano.

Comunicação por Busca Ativa

Essa modalidade só poderá ser executada quando se esgotarem todos os recursos disponíveis, havendo acesso ao endereço. Cada unidade deve implementar as atividades do sistema progressivamente, conforme a disponibilidade local. Por exemplo, pode-se realizar a comunicação por profissionais habilitados, equipe de vigilância epidemiológica ou ESF da área de abrangência.

Ao chegar ao serviço de saúde, a parceria deve ser considerada portadora da mesma infecção que acometeu o caso-índice, mesmo que não apresente sinal ou sintoma, e receber o mesmo tratamento recomendado para a condição clínica.

As parcerias sexuais de gestantes com IST e as gestantes parceiras de pessoas com IST que não atenderem à comunicação para tratamento devem ser priorizadas para busca ativa.

Princípios para comunicação das parcerias sexuais

Qualquer método utilizado na comunicação das parcerias sexuais deve-se basear nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação.

🎬 **Confidencialidade:** qualquer informação sobre o caso-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada à parceria sexual e vice-versa. O profissional de saúde explicará que a informação sobre um paciente não pode ser dada a outro. Há menor resistência em utilizar o serviço de saúde quando as pessoas percebem que é garantida a confidencialidade.

🎬 **Ausência de coerção:** a comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento. Pode acontecer de o caso-índice se recusar a fazer a comunicação ou impedir o ato pelo profissional de saúde; por isso, essa decisão deve ser tomada após orientação na consulta, de acordo com princípios éticos. Se o profissional perceber que o risco à saúde da parceria e/ou outros (como um conceito) é tão elevado que seria antiético deixar de realizar a comunicação, poderá fazê-lo, em último caso, esgotadas todas as possibilidades.

🎬 **Proteção contra discriminação:** a comunicação às parcerias sexuais deverá ser realizada respeitando os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente, naqueles lugares em que o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação. É necessário lembrar que a discriminação dentro do próprio serviço de saúde é antiética e profissionalmente inaceitável, repercute negativamente na adesão e compromete o trabalho de toda a

equipe. Discussões com todos os profissionais são essenciais para homogeneizar as ações.

4. ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 1 milhão de novas infecções por IST curáveis ocorrem diariamente em todo o mundo (OMS, 2019). Diante desse alarmante cenário, é essencial que os profissionais de saúde — especialmente os que atuam na Atenção Primária à Saúde — estejam capacitados para identificar, tratar e acompanhar de maneira eficaz essas condições.

Uma das estratégias mais eficazes nesse contexto é a abordagem sindrômica a qual, diferentemente das abordagens etiológica (baseada na identificação do agente causador) e clínica (centrada nos sinais e sintomas específicos de cada IST), se baseia no reconhecimento de conjuntos de sinais e sintomas (síndromes) apresentados pelos pacientes. Essa metodologia permite intervenções rápidas e eficazes, mesmo na ausência de exames laboratoriais, sendo particularmente útil em contextos de recursos limitados.

O atendimento a pessoas com infecções sexualmente transmissíveis possui particularidades importantes, tendo como objetivo principal a interrupção de forma rápida e efetiva a cadeia de transmissão, além de evitar complicações decorrentes das IST e promover o alívio imediato dos sintomas.

Idealmente, busca-se realizar, em uma única consulta, um diagnóstico presuntivo, oferecer tratamento adequado e realizar o aconselhamento necessário. Exames laboratoriais podem e devem ser colhidos quando disponíveis, mas a conduta clínica não deve depender da realização ou resultado desses exames. Isso não significa que o laboratório seja dispensável — ao contrário, seu papel é essencial, especialmente em serviços de maior complexidade, que contribuem para o monitoramento epidemiológico e definição da sensibilidade dos agentes às terapias recomendadas.

5. PRINCIPAIS SÍNDROMES E TRATAMENTOS

A abordagem sindrômica permite o manejo clínico imediato das IST com base nas síndromes clínicas mais frequentemente observadas. Cada síndrome pode ser causada por diferentes agentes etiológicos, o que exige uma abordagem terapêutica ampla e eficaz. A **Tabela 1**, listam-se as etiologias mais comuns associadas a cada síndrome abordada nesse Protocolo.

Tabela 1 – Síntese das síndromes abordadas neste protocolo.

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns	Quem pode tratar
Corrimento vaginal	Corrimento vaginal; Prurido; Dor à micção; Dispareunia; Odor fétido	Edema de vulva; hiperemia de vulva; Corrimento vaginal e/ou cervical	Tricomoníase; Candidíase ¹ ; Vaginose bacteriana ¹ ; Gonorreia; Infecção por Clamídia.	Médico(a)/enfermeiro(a)
Corrimento uretral	Corrimento uretral; Prurido uretral; Estrangúria; Polaciúria/disúria; Odor fétido.	Corrimento uretral (espontâneo ou não)	Gonorreia; Infecção por clamídia; Micoplasma; Ureaplasma.	Médico(a)/enfermeiro(a)
Úlcera genital	Úlcera genital	Úlcera genital, aumento de linfonodos inguinais.	Sífilis; Cancro mole; Donovanose ² ; herpes genital	Médico(a) ² /enfermeiro(a)
Desconforto e/ou Dor pélvica	Dor e/ou desconforto pélvico; dispareunia.	Corrimento cervical; Dor a palpação abdominal; Dor à mobilização do colo; Temperatura acima de 37,5° C.	Gonorreia; infecção por anaeróbios; infecção por clamídia.	Médico(a)/enfermeiro(a)
Verrugas/condilomas	Verrugas	Verrugas/condiloma	Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)	Médico(a)/enfermeiro(a)

¹Não é considerada IST.

²Pela cronicidade da patologia e necessidade de biópsia, o tratamento de Donovanose deve ser feito pelo médico, referenciado conforme fluxograma descrito no capítulo específico.

Fonte: Protocolo de Enfermagem de Florianópolis

6.1 Corrimento vaginal

6.1.1 Tricomoníase

Vulvovaginite menos frequente nos dias atuais, a tricomoníase é causada pelo protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis*, que infecta mais comumente a genitália feminina. Os sinais incluem corrimento vaginal abundante, de coloração

amarelo-esverdeada ou acinzentada, espumoso, com odor desagradável (lembrando peixe), associado a prurido vulvar, dispareunia e, em casos mais intensos, edema de vulva e sintomas urinários como disúria. O Quadro 1 apresenta o protocolo de tratamento da tricomoníase.

Quadro 1 – Tratamento Tricomoníase

TRICOMONÍASE		TRATAMENTO	
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)		Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2g)	
		OU	
		Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias	
		- 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.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Observações:

- Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto “metálico” na boca).
- Durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.
- Manter o tratamento durante a menstruação.
- O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.

6.1.2 Candidíase

Causada geralmente por *Candida albicans*, a candidíase é uma infecção fúngica comum, especialmente em situações de imunossupressão, uso de antibióticos ou anticoncepcionais hormonais. Caracteriza-se por corrimento vaginal espesso, esbranquiçado, tipo "nata de leite", associado a prurido intenso, ardência vulvar e dispareunia.

Quadro 2 - Tratamento Candidíase

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
Primeira opção	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
Segunda opção	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia
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. <u>Manutenção:</u> fluconazol 150mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
➤ As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. ➤ É comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período. ➤ Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.1.3 Vaginose Bacteriana

Resulta da substituição da flora vaginal normal (predominantemente lactobacilos) por anaeróbios e *Gardnerella vaginalis*. Cursa com corrimento vaginal acinzentado, fino, homogêneo, de odor fétido (fortemente perceptível após relação sexual), sem sinais inflamatórios evidentes.

Quadro 3 - Tratamento Vaginose Bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	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
Segunda opção	Clindamicina 300mg VO, 2x/dia, por 7 dias
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 ovulo de ácido bórico intravaginal de 600mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
› O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. › Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.1.4 Gonorreia e Infecção por Clamídia

Ambas são ISTs bacterianas que podem se manifestar com corrimento vaginal mucopurulento, inflamação cervical, dor pélvica e dispareunia. Muitas vezes assintomáticas, especialmente a infecção por *Chlamydia trachomatis*, podendo evoluir para doença inflamatória pélvica se não tratadas.

6.2 Corrimento Uretral

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Essas infecções podem ser transmitidas por meio de relações sexuais vaginais, anais ou orais. O corrimento pode variar de mucoso a purulento, com quantidade diversa, e frequentemente vem acompanhado de dor na uretra (mesmo fora da micção), ardência ao urinar, dificuldade e dor ao urinar lentamente (estrangúria), coceira na região uretral e vermelhidão na abertura da uretra (meato uretral).

Diversos fatores estão associados à ocorrência de uretrite, como idade mais jovem, condições socioeconômicas desfavoráveis, múltiplos parceiros sexuais ou início recente de uma nova parceria, histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e uso inconsistente de preservativos. Os principais microrganismos causadores dessas infecções são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Outros agentes, como *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*,

enterobactérias (particularmente em práticas sexuais anais), *Mycoplasma genitalium*, vírus do herpes simples (HSV), adenovírus e *Candida* spp., são menos comuns. Além das causas infecciosas, fatores traumáticos, como o uso de objetos ou substâncias durante atividades sexuais, também devem ser considerados no diagnóstico diferencial das uretrites.

6.2.1 Gonorreia

Causada por *Neisseria gonorrhoeae*, a gonorreia é uma infecção frequentemente sintomática em homens, cursando com corrimento uretral purulento, disúria, prurido uretral e, em alguns casos, dor testicular. Em mulheres, pode ser assintomática ou causar cervicite.

6.2.2 Clamídia

A infecção por *Chlamydia trachomatis* é frequentemente silenciosa. Quando sintomática, pode causar corrimento uretral claro ou mucopurulento, prurido, disúria e sensação de peso na região perineal.

6.2.3 *Mycoplasma* e *Ureaplasma*

Mycoplasma genitalium e *Ureaplasma urealyticum* são bactérias associadas a uretrite não gonocócica, com sintomas semelhantes aos da clamídia, mas menos intensos. São agentes importantes em casos de falha terapêutica com o tratamento convencional.

Quadro 4 - Tratamento de Uretrites

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
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	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240mg, IM MAIS Azitromicina 500mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
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). - Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de todos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.3 Úlcera Genital

6.3.1 Sífilis

Infecção crônica causada por *Treponema pallidum*. Na fase primária, caracteriza-se por cancro duro: úlcera única, indolor, de bordas endurecidas, com adenopatia regional. Se não tratada, evolui para fases secundária e terciária.

Quadro 5 - Tratamento de Sífilis

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.3.2 Cancro Mole

Infecção causada por *Haemophilus ducreyi*, caracteriza-se por úlcera dolorosa, de bordas irregulares, com fundo purulento e inflamação importante. Frequentemente associada à adenopatia inguinal supurativa.

6.3.3 Donovanose

Causada por *Klebsiella granulomatis*, manifesta-se por úlceras genitais de bordas elevadas, indolores, altamente vascularizadas, que sangram facilmente. Rara no Brasil, mas importante em áreas endêmicas.

Quadro 6 - Tratamento de cancróide, LGV e donomanose

IST	PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino ^a 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 estas forem assintomáticas.
Linfogranuloma venéreo – LGV	Doxiciclina ^b 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina ^b 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 reverterem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	Doxiciclina ^b 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões. OU Ciprofloxacino ^a 500mg, 1 e ½ 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	Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, IV, 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 cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento. A cura nessas pessoas também pode ser retardada, com possibilidade de falha terapêutica com qualquer dos esquemas recomendados.			

Fonte: DCC/ SVS/MS.

^aO ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

6.3.4 Herpes Genital

Provocado principalmente pelo *Herpes simplex vírus tipo 2*. Inicia com vesículas dolorosas, que evoluem para úlceras múltiplas. Pode cursar com febre, mal-estar e adenomegalia inguinal dolorosa.

6.4 Desconforto e/ou dor pélvica

Essa síndrome é frequentemente indicativa de **Doença Inflamatória Pélvica (DIP)**. As principais causas são:

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- Anaeróbios da flora vaginal

Apresenta dor pélvica, dor à palpação abdominal inferior, dor à mobilização do colo uterino, febre e, em alguns casos, corrimento cervical.

O diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados. Para o diagnóstico de DIP, é necessária a presença de:

- › Três critérios maiores MAIS um critério menor; OU
- › Um critério elaborado. Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

CRITÉRIOS MAIORES
› Dor no hipogástrico › Dor à palpação dos anexos › Dor à mobilização do colo uterino
CRITÉRIOS MENORES
› Temperatura axilar >37,5 C ou temperatura retal >38,3 C › Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal › Massa pélvica › Mais de 10 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice › Leucitose em sangue periférico › Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação – VHS elevada › Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas

Continua

Conclusão

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quadro 7 - Tratamento DIP

Quadro 44 – Tratamento de DIP

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Doxiciclinaa 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 Doxiciclinaa 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 Doxiciclinaa 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): 3–5mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3g, IV, 6/6h, por 14 dias MAIS Doxiciclinaa 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias
> 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 24h do uso de metronidazol, para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.			

Fonte: adaptado de Wiesenfeld (2018)²³⁵; Duarte et al. (2015)²³⁸.

^a A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez.

OBS: O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite.

→ **Crítérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP:**

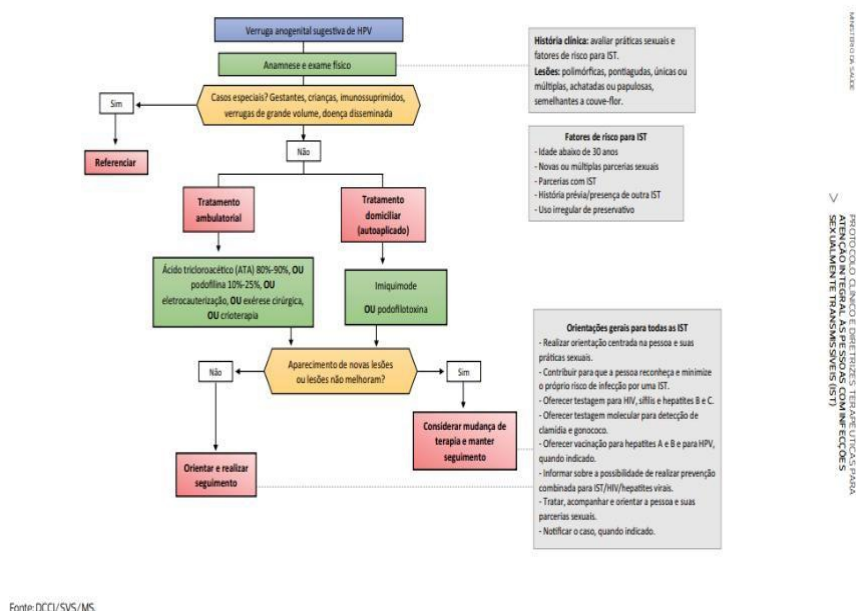
- › Abscesso tubo-ovariano
- › Gravidez
- › Ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento com antibioticoterapia oral
- › Intolerância a antibióticos orais ou dificuldade de seguimento ambulatorial
- › Estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre
- › Dificuldade na exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica)

Fonte: adaptado de Wiesenfeld (2018)³³⁵.

6.5 Verrugas/Condilomas

6.5.1 HPV (Papilomavírus humano)

O HPV é um vírus com alta prevalência, responsável por lesões verrucosas em região anogenital, chamadas de condilomas acuminados. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes.



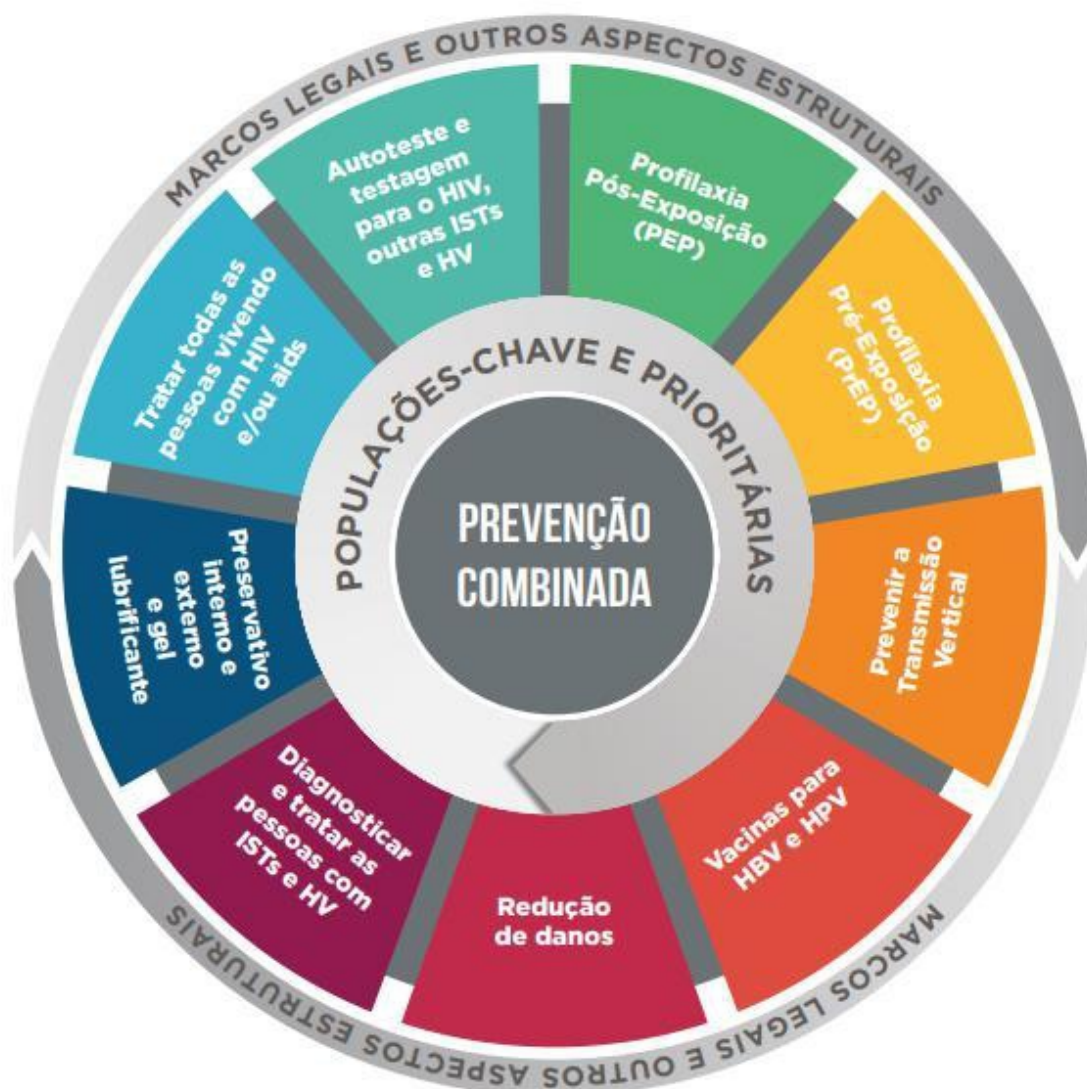
7. PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

A Prevenção Combinada envolve a integração de diferentes estratégias de prevenção ao HIV, destacando a relevância de prevenir as ISTs e as hepatites virais, não só para evitar o HIV, mas também para promover a saúde integral das pessoas. Essas estratégias podem ser combinadas conforme as características individuais e a fase da vida de cada pessoa. ([Prevenção Combinada | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis](#))

Sendo assim, os profissionais de saúde devem utilizar a mandala ao orientar pessoas em risco de IST, HIV e hepatites virais. Esse método segue a mesma abordagem aplicada à saúde reprodutiva.

Quando um indivíduo ou casal procura o serviço de saúde em busca de métodos anticoncepcionais, são apresentadas diversas opções, como anticoncepcionais orais ou injetáveis, DIU de cobre, preservativos, vasectomia, entre outras. Mesmo métodos com eficácia menor, como os preservativos, podem ser indicados, conforme o caso. O paciente ou casal, com o apoio do profissional de saúde, escolhe o método que melhor se adapta à sua rotina. Da mesma forma, aplica-se o conceito de Prevenção Combinada (Figura 1). (PCDT, 2022)

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Já o termo “sexo seguro” costuma ser associado principalmente ao uso de preservativos. No entanto, embora os preservativos sejam uma estratégia essencial e sempre recomendada, eles possuem algumas limitações. Portanto, outras medidas de prevenção também são fundamentais para garantir uma prática sexual segura, sendo importante ampliar as opções de prevenção para tornar o cenário mais completo e eficaz.

Essas medidas incluem:

- Uso de preservativo;
- Imunização contra hepatite A (HAV), hepatite B (HBV) e HPV;
- Conhecimento do status sorológico para HIV da(s) parceira(s) sexual(is);

- Testagem regular para HIV e outras ISTs;
- Tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) – Tratamento como Prevenção e I=Ia;
- Realização de exames preventivos para o câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica);
- Uso de profilaxia pré-exposição (PrEP), quando indicado;
- Conhecimento e acesso aos métodos de anticoncepção e concepção;
- Realização de profilaxia pós-exposição (PEP), quando indicada.

8. PrEP e PEP

8.1 Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A PrEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo HIV, mas que estão em risco substancial de exposição ao vírus. A PrEP é uma das estratégias de prevenção combinada recomendadas pelo Ministério da Saúde, devendo ser ofertada em serviços especializados em IST/HIV/AIDS.

Recomenda-se que, para os indivíduos elegíveis à PrEP, o início da profilaxia seja o mais próximo do dia da realização do teste para HIV, preferencialmente no mesmo dia da testagem, até um máximo de sete dias após o teste. O início da PrEP no mesmo dia reduz a exposição ao HIV.

Esquema medicamentoso:

- **Fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) 300 mg + entricitabina (FTC) 200 mg**, comprimido de dose fixa combinada, 1x ao dia.

Observações

- Atualmente, existem duas modalidades de PrEP oral: a diária e a sob demanda.
- Não há contraindicação para PrEP oral diária por pessoas que fazem uso de terapia hormonal feminilizante ou masculinizante.

5.1.1 PrEP oral diária

A PrEP oral diária pode ser recomendada para qualquer pessoa acima de 15 anos e com mais de 35 kg. A posologia indicada na PrEP oral diária é de:

- 2 (dois) comprimidos de TDF/FTC no primeiro dia, seguidos de 1 (um) comprimido de TDF/FTC diariamente.

8.1.2 PrEP sob demanda

A PrEP sob demanda conhecida como “orientada para eventos” (ED-PrEP).

Indicações:

- Homens cis heterossexuais, bissexuais, gays e outros homens cis que fazem sexo com homens, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer e travestis e mulheres transexuais que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol.

Além do pertencimento ao grupo elegível, para poder fazer uso da PrEP sob demanda é necessário que as pessoas candidatas:

- Tenham habitualmente relações sexuais com frequência inferior a 2 (duas) vezes por semana;
- Consigam planejar o uso do esquema pelo menos duas horas antes da relação sexual.

Observação: Às pessoas em uso de PrEP sob demanda que passem a ter relações sexuais mais frequentes, recomenda-se a mudança para a modalidade de PrEP oral diária.

A posologia indicada na PrEP sob demanda (esquema 2 + 1 + 1) é:

- dose inicial de 2 (dois) comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual
+
- 1 (um) comprimido 24 horas após a dose inicial de dois comprimidos +
- 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose.

Critérios para início:

- Testagem negativa para HIV antes do início;

A testagem deverá seguir um dos fluxogramas definidos no “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças”⁴¹, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-tecnicospara-diagnostico>

A pessoa tem até sete dias, após a realização do teste anti-HIV, para retirar a PrEP na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM), preferencialmente o mais breve possível. Nos casos em que a pessoa chegar à UDM após esse prazo ou sem o resultado do exame preenchido no formulário, a testagem de HIV precisará ser refeita, situação em que pode ser utilizado o autoteste de HIV, com o objetivo de não atrasar a dispensação da PrEP.

- Avaliação clínica e laboratorial prévia (função renal, sorologia para hepatites, sífilis, entre outras);
- Compromisso com a adesão e acompanhamento regular.

Monitoramento:

O Quadro 2 apresenta a periodicidade das atividades relacionadas ao seguimento do indivíduo em uso de PrEP.

Quadro 2 – Seguimento clínico e laboratorial de pessoas em uso de PrEP

AVALIAÇÕES		PERIODICIDADE
Avaliação de sinais e sintomas de infecção aguda		Quadrimestral
Peso da pessoa (em quilogramas)		
Avaliação de efeitos adversos à PrEP		
Avaliação da adesão		
Avaliação de exposições de risco		
Dispensação de antirretrovirais após a prescrição ^a		
Avaliação da continuidade de PrEP		
Exames	Método	Periodicidade
Teste para HIV	Sorologia ou TR para HIV, utilizando amostra de sangue total, soro ou plasma. Autoteste (sangue ou fluido oral).	Após um mês do início da PrEP e a seguir quadrimestral (em toda consulta de PrEP)
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis (ex.: TR ou ELISA) ou não treponêmico (ex.: VDRL ou RPR ou TRUST)	Quadrimestral
Identificação de outras ISTs (clamídia e gonococo)	Testagem por biologia molecular em urina, secreção genital e/ou extragenital (pesquisa de acordo com prática sexual)	Semestral (ou mais frequente em caso de sintomatologia)
Teste para hepatite B ^b	Pesquisa de HBsAg (ex.: TR) e anti-HBs	Anual, conforme avaliação inicial ^b
Teste para hepatite C ^c	Pesquisa de anti-HCV (ex.: TR)	Quadrimestral, conforme avaliação inicial ^c
Monitoramento da função renal ^d	Clearance de creatinina e dosagem de creatinina sérica	A cada 6 ou 12 meses (descrito a seguir)
Teste de gravidez		Quadrimestral (ou quando necessário)

Fonte: Fonte: Dathi/ SVSA/MS.

Efeitos adversos

As pessoas em uso de PrEP devem ser informadas sobre a possibilidade de efeitos adversos decorrentes do uso dos antirretrovirais, como:

- Náusea, cefaleia, flatulência, amolecimento das fezes ou diarreia e edemas.

Informar que os efeitos são transitórios e que há possibilidade de uso de medicamentos sintomáticos para a resolução dos sintomas.

8.2 Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

A PEP é o uso de antirretrovirais após uma situação de risco de exposição ao HIV, devendo ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas e **até 72 horas** após o evento.

Pessoas que repetidamente procuram a PEP também devem ser avaliadas para o uso da PrEP. Nesse contexto, a PrEP pode ser iniciada logo após a conclusão dos 28 dias da PEP, evitando 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.

No atendimento inicial à pessoa após a exposição de risco ao HIV, é necessário que o(a) profissional de saúde avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. Didaticamente, quatro perguntas direcionam o atendimento para a decisão da indicação ou não da PEP (**Quadro 3**).

Quadro 3 – Perguntas direcionam o atendimento para a decisão da indicação ou não da PEP.

1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é inferior a 72 horas?
4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?
Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada .

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

Situações que indicam PEP:

- Exposição sexual desprotegida;
- Violência sexual;
- Acidente ocupacional com material biológico;
- Compartilhamento de seringas ou outros objetos cortantes.

A PEP ao HIV, às hepatites virais, à sífilis e a outras ISTs consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções após potencial exposição de risco.

Esquema medicamentoso:

- **Tenofovir (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg +
Dolutegravir (DTG) 50 mg 1x ao dia**

A duração da PEP é de 28 dias

○ 4

Caso exista contraindicação ao uso de tenofovir, este deve ser substituído pela coformulação zidovudina 300 mg e lamivudina 150 mg. Caso a pessoa tenha

contraindicação ou intolerância a dolutegravir, este deve ser substituído por darunavir 800 mg associado a ritonavir 100 mg. Esquemas alternativos para PEP estão descritos no **Quadro 5**.

Quadro 5 – Esquemas alternativos para PEP

SITUAÇÃO	ESQUEMA ALTERNATIVO
Impossibilidade de uso do tenofovir (TDF):	Zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) + dolutegravir (DTG)
Impossibilidade de uso do dolutegravir (DTG):	Tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) + darunavir (DRV) + ritonavir (RTV)
A duração da PEP é de 28 dias.	

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

66–

Apesar de sua melhor tolerabilidade, o tenofovir está associado à possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular estiver abaixo de 50 mL/ min, ou em pessoas com história de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. A indicação deve ser avaliada, já que a exposição ao medicamento será curta (28 dias) e provavelmente reversível com a sua suspensão.

O tenofovir também implica um risco potencial de exacerbação (“flares” hepáticos) entre pessoas vivendo com o vírus da hepatite B (HBV) após se completar o tempo da PEP. Entretanto, tal risco é pouco conhecido, e a avaliação do status sorológico para o HBV não deve ser uma pré-condição para o oferecimento de PEP com tenofovir. Assim, recomenda-se que pessoas coinfectadas pelo HBV iniciem a PEP com o esquema preferencial e sejam encaminhadas para acompanhamento em serviços de referência. Nos casos em que o tenofovir não é tolerado ou é contraindicado, recomenda-se a combinação zidovudina/lamivudina como alternativa.

Caso a pessoa exposta esteja em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital, o dolutegravir deve ser utilizado em dose dobrada (50 mg) de 12 em 12 horas. Nesse caso, o esquema será estruturado da seguinte forma:

- Tenofovir/lamivudina 300 mg/300 mg 1 comprimido ao dia + dolutegravir 50 mg 1 comprimido de 12 em 12 horas.

Atualmente, o dolutegravir não está recomendado em pessoas que façam uso de dofetilida, pilsicainida e oxcarbazepina. Como as interações medicamentosas podem sofrer atualizações, sugere-se consulta também ao link: <https://interacoeshiv.huesped.org.ar/>. Nesses casos, o darunavir associado ao ritonavir é a alternativa terapêutica para estruturar o esquema de PEP.

Avaliação inicial:

- Testagem rápida para HIV, hepatites B e C e sífilis;
- Avaliação clínica da exposição e análise do risco;
- Início imediato da medicação, preferencialmente com primeira dose no próprio serviço.

Acompanhamento:

- Reavaliação em 7 dias e após 30 dias;
- Repetição de sorologias em 30, 60 e 90 dias;
- Aconselhamento e oferta de prevenção combinada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/informes/protocolos-clinicos-1>. Acesso em: 24 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/assistencia-farmaceutica/componente-estrategico/informes/protocolos-clinicos-1>. Acesso em: 24 abr. 2025.

COREN-MS. Protocolo de Enfermagem da Saúde na Atenção Primária à Saúde em Atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Campo Grande, MS: Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul, 2021. Disponível em: <https://corenms.gov.br/protocolo-de-enfermagem-da-saude-na-atencao-primaria-a-saude-em-atencao-as-ist/>. Acesso em: 24 abr. 2025.