



**PREFEITURA DE
FLORIANÓPOLIS**
SAÚDE

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 2

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM
SAÚDE COLETIVA (DENGUE/TUBERCULOSE)**

Florianópolis, maio de 2016

Versão 1.8

(Atualizado em agosto de 2024)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 2

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

**E OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM
SAÚDE COLETIVA (DENGUE/TUBERCULOSE)**

Prefeito

Topázio Neto

Secretário de Saúde

Almir Adir Gentil

Secretário Adjunto

Humberto João dos Santos

Diretor de Atenção à Saúde

Matheus Pacheco de Andrade

Gerente de Atenção Primária à Saúde

Ana Cristina Magalhães Fernandes Báfica

Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)

Elizimara Ferreira Siqueira

Colaboradores

Alessandra de Quadra	Edla Zwiener González	Lucas Alexandre Pedebos
Esmeraldino	Erika Yuriko Kinoshita	Lucilene Maria Schmitz
Ana Carolina Severino Da Silva	Fernanda De Conto	Lucilene Gama Paes
Ana Cristina Magalhães	Fernanda Paese	Marcel Canedo Gomes da Silva
Fernandes Báfica	Gisele Magnabosco	Milena Pereira
Ana Maria Bim Gomes	Guilherme Mortari Belaver	Missouri Helena Bizarro
Anna Carolina Ribeiro Lopes	Ingrid Valeria Veronez	Komatu Paixão
Rodrigues	João Marcos Emerenciano	Natália Pereira Kretschmar
Carla Sousa Guedelha	Izabel Cristina Martendal	Noélia Fernandes de Oliveira
Caren Cristina Della Múa	Conrat	Priscilla Cibebe Tramontina
Fonseca	Jadson Jovaert Mota Kreis	Renata Da Rosa Turatti Fetzner
Carmen Ruggi Bonfim Santoro	Julia Maria de Souza	Sarah Soares Barbosa
Caroline Schweitzer de Oliveira	Juliana Cipriano Braga Silva	Solange Alberti Andrzejewski
Cilene Fernandes Soares	Juliana Reinert Maria	Stella Maris Pfitzenreuter
Cleusa Marcia Vieira	Karina Mendes Garcia	Talita Cristine Rosinski
Cristiane Regina Pereira	Laura Denize Reboa Castillo	Tessa Chagas Peixer
Daniela Cuadrado Fabozi	Lacerda	Vinicius Paim Brasil
Deyse Ilza de Aquino	Leila B. B. de A. Ferreira	Vivian Costa Fermo



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR). Acesse a cópia desta licença:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR

Como citar este documento: FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em Saúde

Coletiva. Florianópolis, 2016. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=protocolos+de+enfermagem&menu=11&submenuid=1478>

APRESENTAÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), anteriormente conhecidas como DST ou doenças venéreas, são importantes causas de morbidade da população mundial, e em Florianópolis não seria diferente.

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.

Também sabemos que, devido aos aspectos importantes de privacidade que este tipo de doença envolve, é fundamental que o diagnóstico e tratamento sejam fornecidos já no primeiro contato da pessoa com o serviço de saúde. Por esse motivo, o profissional enfermeiro(a) desempenha papel fundamental para o controle das IST, já que costuma estar inserido na primeira escuta à pessoa. Ao ampliar as atribuições do(a) enfermeiro(a) para que este possa realizar o diagnóstico e tratamento dessas doenças, estamos fornecendo um atendimento mais rápido ao cidadão, mantendo a mesma qualidade do serviço.

Os temas abordados neste documento foram escolhidos pela magnitude e relevância na prática da enfermagem em atenção primária, e temos certeza de que contribuirá em muito para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem. Além disso, atribui ao(a) enfermeiro(a) funções que são exercidas internacionalmente na atenção primária, a saber: cuidado integral de portadores das doenças crônicas não complicadas mais frequentes e rastreamento das doenças mais prevalentes na população.

Nosso intuito com esta publicação foi de validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro (a), sendo válido como protocolo institucional.

Almir Adir Gentil

Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

SUMÁRIO

1 – ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	14
1.1 – Tratamento das parcerias	16
1.2 – Papel do(a) enfermeiro(a)	17
1.3 – Uso de fluxogramas e quadros	17
1.4 – Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	19
1.4.1 – Rastreamento de HIV	19
1.4.2 – Rastreamento de Sífilis	20
1.4.3 – Rastreamento de Hepatite B	21
1.4.4 – Rastreamento de Hepatite C	24
2 – SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	26
2.1 – Rastreamento para Clamídia (<i>Chlamydia trachomatis</i> – CT) e Gonorréia (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> – NG)	28
3 – SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL	31
3.1 – Sífilis	33
3.1.1 – Acompanhamento de titulação de VDRL e critérios para alta	36
3.2 – Cancro mole	37
3.3 – Donovanose	38
3.4 – Herpes genital	38
3.5 – Sífilis congênita	38
4 – SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE	39
4.1 – Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoníase e infecções mistas	42
4.2 – Tratamento do(a) parceiro(a)	42
5 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	44
6 – OUTROS PROBLEMAS GENITAIS	47
6.1 – Condiloma ou verrugas anogenitais	47
6.2 – Prurido genital	48
6.2.1 – Pediculose genital	48
6.2.2 – Escabiose	49
7 – CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS E DA PESSOA POTENCIALMENTE EXPOSTA	50
7.1 – Profilaxia Pós-Exposição (PEP) Sexual	54

7.1.2 – Condutas adicionais no atendimento à pessoa em busca de PEP	64
7.2 PrEP – PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV	66
7.2.1 – Uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP sexual)	67
7.2.1.1 – PrEP sob demanda.	72
7.2.2 – Primeira consulta e segmento após implementação da PrEP	76
8 – ABORDAGEM E MANEJO DAS HEPATITES VIRAIS	81
8.1 – HEPATITE B	81
8.2 – HEPATITE C	88
9 – DENGUE	92
9.1 – Definição de caso	92
9.2 – Prova do Laço	97
9.3 – Exames laboratoriais	100
9.4 – Outras condutas de Enfermagem	101
10 – TUBERCULOSE PULMONAR	102
10.1 – Suspeita clínica	102
10.2 – Exames de rastreio, diagnóstico e acompanhamento	102
10.3 – Confirmação de caso de tuberculose	103
10.4 – Tratamento	105
10.4.1 – Condições gerais para prescrição/renovação pelo(a) enfermeiro(a)	105
10.4.2 – Medicações	105
10.4.3 – Reações adversas	106
10.5 – Acompanhamento e alta	107
10.6 – Controle dos contatos	108
10.6.1 – Rastreamento dos contatos	108
10.6.2 – Tratamento de contatos	113
10.7 – BCG	113
10.7.1 – Indicações	113
10.7.2 – Contraindicações	113
10.8 – Escarro Induzido	114
10.9 – Atribuições do(a) enfermeiro(a) no enfrentamento da Tuberculose	114
10.10 – Atribuições do(a) técnico(a) de enfermagem no enfrentamento da Tuberculose	114

REFERÊNCIAS

116

CONTROLE DE ALTERAÇÕES

121



LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 – Síntese das síndromes abordadas neste protocolo	15
Quadro 1.2 – Convocação de parcerias sexuais conforme o tempo	16
Quadro 1.3 – Rastreio para o HIV conforme a periodicidade	19
Quadro 1.4 – Rastreio para sífilis conforme a periodicidade	20
Quadro 1.5 – Rastreio para Hepatite B com HBsAg conforme a periodicidade	21
Quadro 1.6 – Rastreio para Hepatite B com HBsAg mais anti-HBc total, conforme a periodicidade	23
Quadro 1.7 – Rastreio para Hepatite C conforme a periodicidade	25
Quadro 2.1 – Esquema terapêutico para síndrome do corrimento uretral	28
Quadro 2.2 – Grupos com indicação de rastreamento para clamídia e gonococo	29
Quadro 2.3 – Sítio de coleta para rastreamento de NG e CT, conforme a prática sexual	29
Quadro 2.4 – Tratamento medicamentoso conforme cultura identificada nos casos de rastreamento de NG e/ou CT	30
Quadro 3.1 – Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital	32
Quadro 3.2 – Resultados de Testes Treponêmicos (TT) e Não Treponêmicos (TNT)	34
Quadro 3.3 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis	35
Quadro 4.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal	41
Quadro 5.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)*	46
Quadro 6.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para condilomatose disponíveis na rede municipal de Florianópolis-SC	47
Quadro 7.1 – Periodicidade de solicitação de exames da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros(as)	51
Quadro 7.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas	53
Quadro 7.3 – Tipo de material biológico	54
Quadro 7.4 – Tipo de Exposição	55
Quadro 7.5 – Conduta do enfermeiro frente ao resultado do Teste-Rápido da pessoa exposta	56
Quadro 7.6 – Conduta do enfermeiro frente ao resultado do Teste-Rápido da pessoa-fonte	56
Quadro 7.7 – Recomendações de testes rápidos ou exames laboratoriais para seguimento da PEP	59

Quadro 7.8 – Esquema medicamentoso preferencial para profilaxia pós exposição sexual a ser prescrito pelos enfermeiros da rede municipal de Florianópolis	61
Quadro 7.9 – Efeitos adversos mais comuns da PEP e manejo	63
Quadro 7.10 – Abordagem adicional no atendimento à pessoa em busca de PEP	64
Quadro 7.11 – Abordagem adicional no atendimento à pessoa em exposição por violência sexual	66
Quadro 7.12 – Fatores de risco ao HIV que podem ser indicativos ao uso de PrEP	68
Quadro 7.13 – Contra-indicações ao uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV ¹	68
Quadro 7.14 – Esquema medicamentoso para profilaxia pré-exposição sexual a ser prescrito pelos enfermeiros da rede municipal de Florianópolis	71
Quadro 7.15 – Situações em que a PrEP sob demanda pode ser considerada como alternativa a PrEP de uso diário	72
Quadro 7.16 – Posologia PrEP sob demanda	73
Quadro 7.17 – Resumo da prescrição de PrEP conforme o grupo populacional	75
Quadro 7.18 – Testes e exames que devem ser realizados ou solicitados na Profilaxia Pré-exposição (PrEP)	76
Quadro 8.1 – Período de incubação, prevalência de forma ictérica, cronificação e janela imunológica da infecção pelo vírus da hepatite B	83
Quadro 8.2 – Indicação de manejo da testagem pós-vacinal	84
Quadro 8.3 – Interpretação e condutas frente aos resultados de exames sorológicos para Hepatite B	85
Quadro 8.4 – Período de incubação, prevalência de forma ictérica, cronificação e janela imunológica da infecção pelo vírus da hepatite C	89
Quadro 8.5 – Interpretação e condutas frente aos resultados de exames sorológicos para Hepatite C	89
Quadro 9.1 – Sinais de alarme para dengue	94
Quadro 9.2 – Sinais de gravidade para dengue	94
Quadro 9.3 – Hidratação oral de adultos com Dengue	94
Quadro 9.4 – Hidratação oral de crianças (< 13 anos) com Dengue	95
Quadro 9.5 – Hidratação parenteral de pessoas com Dengue (prescrição médica)	95
Quadro 9.6 – Referência para hidratação venosa	95
Quadro 9.7 – Diferenças principais de sintomatologia entre dengue, Chikungunya e Zika	96
Quadro 10.1 – Exames para tuberculose e respectivas atribuições profissionais	102
Quadro 10.2 – Esquema básico de tratamento para tuberculose	106

Quadro 10.3 – Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose

107



LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1.1 – Exemplo da simbologia utilizada	18
Fluxograma 2.1 – Síndrome do corrimento uretral	27
Fluxograma 3.1 – Síndrome da úlcera genital	31
Fluxograma 4.1 – Síndrome do corrimento vaginal e cervicite	40
Fluxograma 5.1 – Síndrome da dor pélvica	45
Fluxograma 7.1 – Fluxograma para indicação de PEP* ao HIV	58
Fluxograma 8.1 – Diagnóstico e condutas na avaliação da hepatite B	82
Fluxograma 9.1 – Classificação de risco e manejo da pessoa com suspeita de dengue	93
Fluxograma 9.2 – Resumo de atendimento à pessoa com suspeita de dengue	101
Fluxograma 10.1 – Diagnóstico de tuberculose	104
Fluxograma 10.2 – Avaliação de contatos de tuberculose maiores de 10 anos	110
Fluxograma 10.3 – Avaliação de contatos de tuberculose com 10 anos ou menos	111
Fluxograma 10.4 – Algoritmo de diagnóstico da ILTB em profissionais com possibilidade de exposição ocupacional à tuberculose	112

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PARTE 1 – INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

1 – ABORDAGEM SINDRÔMICA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são importantes causas de morbidade em todo o mundo. Dentre estas, podemos realizar uma divisão entre as infecções incuráveis, mas controláveis, como exemplo o HIV/aids, e a Hepatite B; e as curáveis, sendo como exemplos as quatro principais representantes desse grupo a gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis, lembrando ainda que a Hepatite C, uma infecção viral que hoje se apresenta como um tipo de agravo crônico curável na maioria dos casos.

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de casos novos dessas quatro IST curáveis foi de quase 1 milhão de infecções por dia em todo o mundo (OMS 2019).

Diante disto, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os trabalhadores da atenção primária, tenham amplo conhecimento sobre uma abordagem fácil, rápida e efetiva no tratamento e seguimento destas infecções. Para tal, discutiremos neste documento a “abordagem sindrômica”, a qual se diferencia da “abordagem etiológica” e da “abordagem clínica”, tradicionalmente utilizadas.

A adoção da abordagem sindrômica às IST tem como um dos princípios fundamentais a quebra da cadeia de transmissão, onde a abordagem no primeiro contato do usuário com o serviço de saúde pode promover um impacto positivo em todo o serviço de saúde. (WHO, 2021).

- É orientada a problemas (responde aos sintomas/sinais dos usuários);
- É de alta sensibilidade e não ignora infecções mistas;
- Trata as pessoas já na primeira visita;
- Torna o tratamento das IST mais acessível já que pode ser implantada na atenção primária;
- Usa fluxogramas que guiam o trabalhador de saúde através de uma sequência lógica;
- Provê oportunidade e tempo para educação em saúde e aconselhamento.

É importante destacar que a abordagem sindrômica não é uma forma “menos precisa” ou “menos sofisticada” de se tratar a pessoa portadora de IST. Tampouco deve ser utilizada apenas por profissionais “não-médicos”. Pelo contrário. Devido às importantes características citadas acima, o uso da abordagem sindrômica às IST é incentivado a médicos(as) e enfermeiros(as) da atenção primária, de maneira indiferenciada (BRASIL, 2005).

Neste documento traremos uma forma fácil de identificar e tratar as IST’s mais prevalentes, sendo todos os fluxos baseados em protocolos e manuais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, e os tratamentos revisados de acordo com as evidências internacionais mais recentes, considerando os medicamentos da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) como 1ª escolha, sempre que possível.

O quadro 1.1 (abaixo) descreve de maneira sintética as síndromes que serão abordadas neste documento, sendo que cada uma delas possui um capítulo específico onde tanto a identificação quanto as condutas serão detalhadas.

Quadro 1.1 – 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.

Em todos os casos, caso haja relato ou registro de que a pessoa possui algum tipo de imunossupressão (HIV/AIDS, diabetes mal controlado, doença renal/hepática/autoimune, câncer ou outro tipo de terapia imunossupressora), o enfermeiro deverá referenciar para atendimento médico, auxiliando, como membro da equipe de saúde, nas condições pertinentes à sua prática clínica.

1.1 – Tratamento das parcerias

Uma das mais importantes estratégias de enfrentamento de novas IST's é a quebra da cadeia de transmissão, a qual ocorre principalmente através do tratamento das parcerias, bem como a triagem sorológica dos mesmos.

Contudo, sabemos que devido a características peculiares das IST's, que envolvem questões importantes de privacidade, estigmas sociais e relacionamento entre as pessoas, o tratamento de parceiros acaba ficando muito abaixo do ideal, de modo que a reinfeção da pessoa que procura o serviço de saúde é algo recorrente. Tanto pode (1) a pessoa que procurou o serviço não comunicar a parceria, mesmo sendo orientado a tal, quanto (2) o(a) parceiro(a) ser comunicado e não procurar o serviço de saúde. Nesse quesito, o vínculo com os(as) usuários(as) adscritos e a vigilância do território são importantes ferramentas para potencializar essa estratégia.

Em todos os capítulos, serão fornecidas informações sobre qual a abordagem, com relação a exames e medicamentos, deverá ser feita para o parceiro, na evidência de uma IST. Esses quadros estarão localizados logo abaixo dos fluxogramas. O tratamento para os parceiros deve ser sempre orientado mediante consulta presencial com o mesmo, já que este pode ter dúvidas e necessidades diferentes da pessoa que procurou a consulta inicialmente. Orientações e tratamentos fornecidos através de outrem podem gerar adesão menor do que o esperado, além de desconfortos entre as pessoas que poderiam ser evitados mediante orientações adequadas presencialmente.

O quadro abaixo traz de maneira resumida a convocação de parcerias sexuais conforme o tempo de exposição.

Quadro 1.2 – Convocação de parcerias sexuais conforme o tempo

Agente	Convocar parcerias sexuais dos últimos
Clamídia e gonorreia	60 dias
Sífilis	90 dias
Linfogranuloma venéreo	60 dias
Donovanose	60 dias
Pediculose pubiana	30 dias
Herpes genital	Parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas
Condiloma (HPV)	Parcerias atuais e/ou anteriores sintomáticas

Embora não deva haver preconceitos, uma pessoa está em risco de IST/HIV se um ou mais das seguintes situações: teve uma IST ou fez uso de PEP há < 1 ano, tem uma nova ou múltiplas parcerias sexuais, faz uso irregular de preservativo.

1.2 – Papel do(a) enfermeiro(a)

O(A) enfermeiro(a) desempenha atividades de naturezas diversas na atenção primária em saúde, incluindo aquelas relacionadas às IST's. Tradicionalmente desenvolve trabalhos de educação em saúde nas escolas envolvendo essa temática, e com ênfase nas questões sexuais e reprodutivas das mulheres. Com grande frequência, é este profissional que identifica IST's nas consultas realizadas com o princípio de coleta de material citopatológico para identificação de câncer de colo de útero.

Nos dias atuais, o papel do enfermeiro expande-se para além das práticas tradicionais, adentrando os territórios das mudanças epidemiológicas das ISTs e da prevenção combinada. Compreender as nuances da identidade de gênero e da orientação sexual torna-se essencial, pois influenciam diretamente nas necessidades de saúde e no acesso aos serviços. Neste contexto, habilidades de comunicação sensíveis e inclusivas são cruciais para atender jovens e adolescentes, bem como idosos, abordando a sexualidade de forma aberta e acolhedora. O enfermeiro busca não apenas tratar as doenças, mas também empoderar os pacientes, fornecendo informações claras e apoio emocional para uma vida sexual saudável e segura.

Além disso, o(a) enfermeiro(a) tem desempenhado importante papel no acolhimento à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde. Por isso, é fundamental que este profissional esteja devidamente capacitado e legalmente amparado para a identificação, tratamento e orientação das IST's mais comuns, propiciando à pessoa menor constrangimento e maior privacidade, já que na primeira escuta terá este problema resolvido.

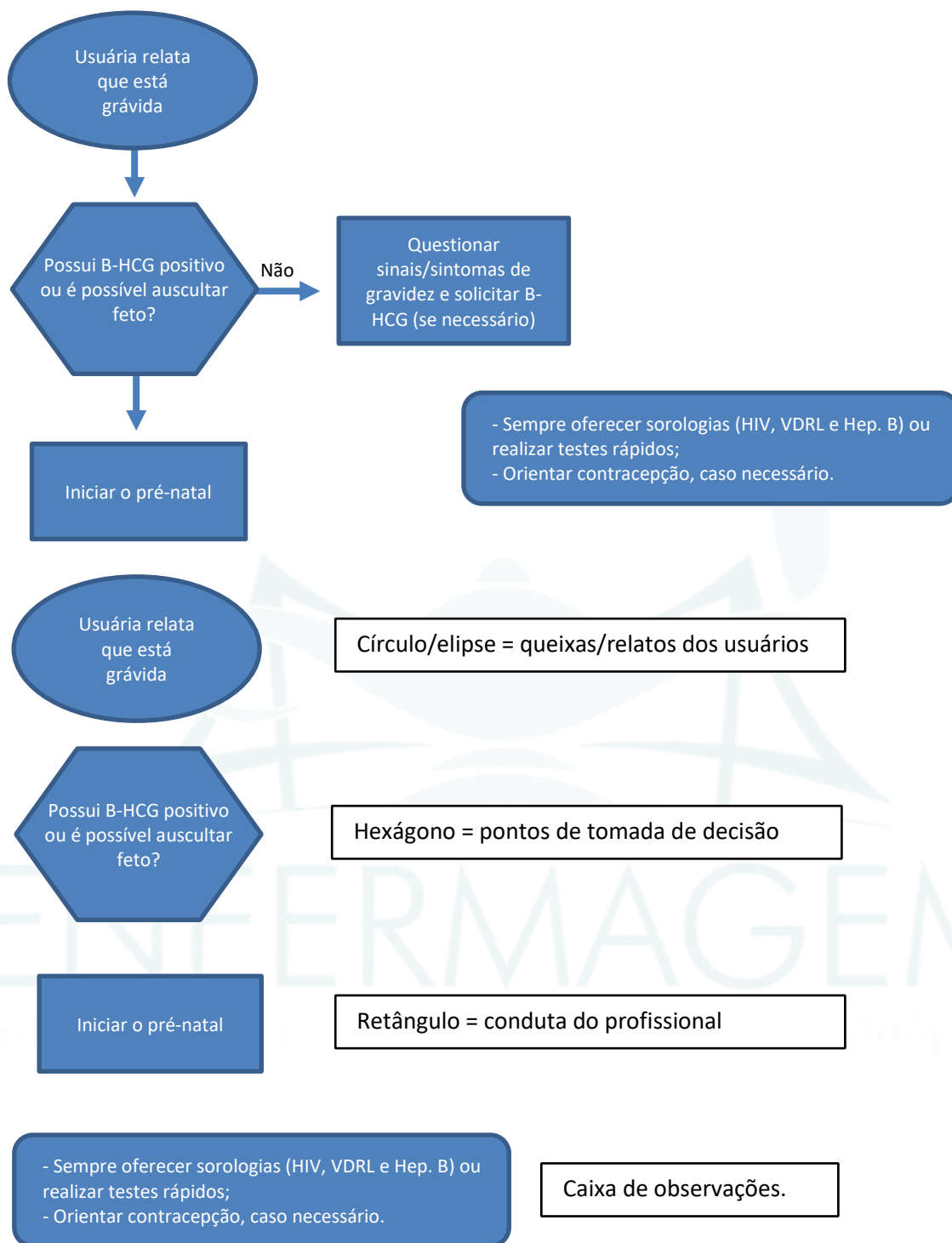
1.3 – Uso de fluxogramas e quadros

Para tornar a leitura das informações contidas neste documento mais rápida, optou-se por utilizar fluxogramas e quadros sempre que possível. Nos fluxogramas estão descritos os modos de identificação (diagnóstico) e conduta das síndromes/doenças, e nos quadros estão descritos principalmente os tratamentos.

Optou-se por utilizar o modelo de fluxograma sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no qual as figuras arredondadas (círculos e elipses) representam as queixas/relatos das pessoas; os retângulos representam as condutas profissionais (exames clínicos, complementares, prescrições e orientações); e os hexágonos os pontos de tomada de decisão a partir de um questionamento, nos quais as condutas tomam rumos diferentes, a partir da resposta dada (na maior parte, “sim” ou “não”). Junto aos fluxos serão colocados quadros explicativos, de observações ou orientações auxiliares, quando necessário, os quais poderão ou não estar conectados aos fluxos.

Abaixo exemplificamos o uso dos fluxogramas com uma **situação ilustrativa** bastante simples e que **não possui validade como fluxograma para este protocolo**:

Fluxograma 1.1 – Exemplo da simbologia utilizada



1.4 – Rastreamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

A importância do rastreamento, diagnóstico e intervenções precoces são as chaves de um bom controle das IST's, considerando inclusive o controle da cadeia de transmissão destas infecções.

Conforme o PCDT (2022), o rastreamento, ou seja, testes diagnósticos para IST em pessoas assintomáticas apresenta um objetivo claro de redução morbimortalidade individual e/ou coletiva, pois o diagnóstico precoce envolve toda uma cadeia de contatos e sua abordagem completa evita a continuidade da transmissão, bem como rompe o ciclo de reinfecção.

Diferente de outros tipos de rastreamento (ex. Ca de mama), onde este identifica um indivíduo, o que também é importante na coletividade, mas o rastreamento de IST's reforça a importância no enfrentamento de toda uma rede de transmissão, onde parcerias devem ser convocadas (vide [quadro 1.2](#))

Os quadros a seguir, seguindo orientações do Ministério da Saúde e PACK Brasil Adulto 2023/24, trazem de maneira resumida as indicações e períodos para realização dos testes de rastreamento dos referidos testes, reafirmando aos profissionais de saúde o não julgamento por grupos específicos e sim, inserindo a testagem como algo cotidiano nos serviços de saúde.

Ao indicar o rastreamento de uma IST deve-se aproveitar a oportunidade para avaliar a indicação de rastrear, preferencialmente com teste rápido, todas as quatro ISTs: hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis.

1.4.1 – Rastreamento de HIV

Use preferencialmente testes rápidos (anti-HIV), em especial em gestantes e pessoas com risco de perda de seguimento. Os testes rápidos permitem que uma pessoa seja diagnosticada com HIV na mesma consulta, e possa já iniciar de imediato o tratamento. Os testes laboratoriais necessitam ser confirmados com uma segunda coleta para garantir que não houve troca de amostras, atrasando o diagnóstico e tratamento.

Quadro 1.3 – Rastreio para o HIV conforme a periodicidade

Rastreio para HIV	
Quem	Quando (periodicidade)
População geral a partir do início da sua vida sexual	ANUAL
Pessoas que tem um ou mais dos seguintes fatores de risco para HIV: <ul style="list-style-type: none"> • Uso irregular de preservativo ou novas ou múltiplas parcerias sexuais ou usa drogas EV • Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia • Prática <i>chemsex</i>¹ e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos 	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	ANTES DE INICIAR OU REINICIAR A PrEP APÓS 30 DIAS DE INICIAR/REINICIAR A PrEP A CADA 3-4 MESES

Gestantes	PRIMEIRA CONSULTA ENTRE 14-26 SEMANAS > 28 SEMANAS
Puérperas	SE TESTE NÃO REALIZADO NA GESTAÇÃO
Pessoas com episódio de risco de infecção pelo HIV: sexo desprotegido ² , diagnóstico de IST, acidente/exposição percutânea ² ou compartilhou instrumento para drogas EV ²	NO PRIMEIRO ATENDIMENTO 4-6 SEMANAS APÓS EPISÓDIO DE RISCO

Fonte: PCDT IST 2022, PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Prática sexual sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers), para aumentar/facilitar experiências sexuais

²Avalie necessidade/indicação de PEP para HIV e hepatite B.

1.4.2 – Rastreamento de Sífilis

Se paciente não tem história conhecida de sífilis, use preferencialmente testes rápidos (teste treponêmico), em especial em gestantes e pessoas com risco de perda de seguimento.

Se paciente já teve sífilis, use Teste Não Treponêmico (como VDRL ou RPR).

Quadro 1.4 – Rastreio para sífilis conforme a periodicidade

Rastreio para Sífilis	
Quem	Quando (periodicidade)
Idade ≤ 30 anos	ANUAL
<ul style="list-style-type: none"> Pessoas que tem um ou mais dos seguintes fatores de risco para Sífilis: Uso irregular de preservativo ou novas ou múltiplas parcerias sexuais Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia Pessoas vivendo com HIV 	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	CADA 3-4 MESES
Gestantes	PRIMEIRA CONSULTA ENTRE 14-26 SEMANAS > 28 SEMANAS
Puérperas	SE TESTE NÃO REALIZADO NA GESTAÇÃO/PARTO
Pessoas com episódio de risco de infecção para sífilis: sexo desprotegido ¹ , diagnóstico de IST, teve parceria nos últimos 3 meses com sífilis ou outra IST	NO PRIMEIRO ATENDIMENTO 4-6 SEMANAS APÓS EPISÓDIO DE RISCO
História recente de abortamento espontâneo/natimorto	NO MOMENTO DO ATENDIMENTO

Fonte: PCDT IST 2022, PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Avalie necessidade/indicação de PEP para HIV e hepatite B.

1.4.3 – Rastreamento de Hepatite B

Por apresentar evolução silenciosa, sem sinais clínicos ao longo dos anos de hepatopatia, até o aparecimento de complicações (cirrose e Carcinoma Hepatocelular), seu rastreamento a nível populacional deve ser priorizado.

Use preferencialmente testes rápidos (HBsAg), em especial em gestantes e pessoas com risco de perda de seguimento.

O rastreamento da Hepatite B deve ser sempre estimulado em conjunto com a imunização, ou seja, aproveitar e verificar se paciente tem registro de esquema completo e se tem indicação de testagem pós-vacinal com anti-HBs. A vacinação está sempre indicada para pessoas com HbsAg não reagente e sem a comprovação do esquema vacinal completo. **A impossibilidade da realização da testagem nunca deve ser obstáculo para a vacinação, é necessário ampliar a cobertura vacinal da vacina contra a hepatite B em adultos. Ou seja, se observado que paciente não esquema vacinal completo, não é necessário testar/aguardar resultado do teste para HBV para prescrever a vacinação.**

O rastreamento da infecção pelo HBV é realizado preferencialmente pela testagem para HBsAg por meio da coleta de sangue ou do teste rápido (TR).

Em algumas situações, em que há maior frequência de infecção oculta pelo HBV (HBV-DNA detectável em pacientes com HBsAg não reagente) ou maior risco de reativação viral, o rastreamento deve incluir, além do HBsAg, a solicitação de anti-HBc total.

Os quadros que seguem resumem as principais orientações de rastreamento para hepatite B.

Importante: **não se recomenda a testagem para HBsAg dentro de quatro semanas após a aplicação de uma dose da vacina para hepatite B**, pelo risco de resultado falso-positivo devido à presença do antígeno vacinal. Em pacientes dialíticos, esse período deve ser estendido para oito semanas.

Quadro 1.5 – Rastreio para Hepatite B com HBsAg conforme a periodicidade

Rastreio para Hepatite B com HBsAg	
<p>Teste para hepatite B se pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não vacinada ou • Não tem registro de esquema vacinal completo¹ ou • Tem esquema vacinal completo¹ E tem indicação de testagem pós-vacinal¹, mas não tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/L coletado após pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B <p>Se a pessoa tem comprovação de realização adequada da vacina (e NÃO TEM indicação de testagem pós-pós-vacinal²); ou TEM indicação de testagem pós-vacinal² e tem anti-HBs ≥ 10 UI/L: não há necessidade de testagem periódica.</p>	
Quem	Quando (periodicidade)
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca testou (sem registro de teste realizado), em especial todos as pessoas > 20 anos • Pessoas ou filhos de pessoas nascidas na região Amazônica ou imigrantes de regiões de alta endemicidade³ • Filhos de mães com HBsAg reagente 	AO MENOS UMA VEZ NA VIDA

<ul style="list-style-type: none"> Profissionais de saúde e de segurança pública Pessoas com nefropatias crônicas (sem diálise) Pessoas com diabetes Indígenas, ribeirinhos ou quilombolas Pessoas que estiveram privadas de liberdade Pessoas com histórico de IST 	
<ul style="list-style-type: none"> Usuários de drogas inalatórias ou fumadas, ou que fizeram/fazem uso abusivo de álcool Pessoas que estão privadas de liberdade ou em outras situações de restrição⁴ Pessoas que trocam sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia Pessoas que fazem uso irregular de preservativo ou novas ou múltiplas parcerias sexuais Pessoas em situação de rua 	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	CADA 12 MESES
Gestantes ou mulheres em planejamento reprodutivo	PRIMEIRA CONSULTA (PREFERENCIALMENTE NO PRIMEIRO TRIMESTRE)
Puérperas	SE TESTE NÃO REALIZADO NA GESTAÇÃO
Pessoas com episódio de risco de infecção para hepatite B: sexo desprotegido ⁵ , diagnóstico de IST, contato intradomiciliar com hepatite B, acidente/exposição percutânea ⁵ ou compartilhou instrumentos para drogas EV ⁵	NO PRIMEIRO ATENDIMENTO CADA NOVO EPISÓDIO DE RISCO
Pessoas com episódio de risco de infecção para hepatite B: sexo desprotegido ⁵ , diagnóstico de IST, contato intradomiciliar com hepatite B, acidente/exposição percutânea ⁵ ou compartilhou instrumentos para drogas EV ⁵	NO PRIMEIRO ATENDIMENTO CADA NOVO EPISÓDIO DE RISCO
<ul style="list-style-type: none"> Pessoas com sinais de doença hepática: alteração de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia ou Pessoas com suspeita de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náuseas, vômitos, perda de apetite, icterícia) 	NO MOMENTO DO ATENDIMENTO

Fonte: CDT Hepatite B e coinfeções- Ministério da Saúde, 2023; PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

²O teste sorológico pós-vacinal não é rotineiramente indicado para pessoas que não pertencem às populações mais vulneráveis, devido à alta eficácia da vacina. Não se recomenda testar anti-HBs em indivíduos sem a comprovação do esquema vacinal, uma vez que os valores de soroproteção não foram validados para pessoas não vacinadas ou com esquemas incompletos. **Deve-se realizar anti-HBs entre um e dois meses após o término do esquema de vacinação completo para aqueles que apresentam risco muito elevado de exposição ao HBV ou risco de perda da resposta de memória imunológica:** tem parceria sexual ou mora com pessoa com hepatite B; paciente usa ou usou PEP; paciente usa ou usou PrEP; paciente usa ou usou drogas EV; paciente refere troca sexo por dinheiro/objetos de valor/drogas/moradia; é uma pessoa privada de liberdade; é profissional de saúde/segurança pública; tem HIV; tem hepatite C; é transplantado; tem câncer; tem doença renal crônica; usa terapia imunossupressora/quimioterapia. A informação do resultado do anti-HBs deve ser registrada na caderneta vacinal e no prontuário eletrônico do paciente (na lista de problemas). Pessoas imunossuprimidas e com HBsAg não reagente e que tenham anti-HBs inicial acima de 10UI/L: discuta/encaminhe para profissional médico para avaliar indicação de repetir testagem com anti-HBs, minimamente anual, para avaliar a soroproteção vacinal com anti-HBs e indicação de booster vacinal se queda da titulação para < 10 UI/L.

³Especialmente imigrantes de países da África, Oriente Médio (exceto Israel), Rússia, Mongólia, Sudeste Asiático, China e Caribe.

⁴Inclui moradores e funcionários de clínicas para pessoas com déficit cognitivo, transtornos psiquiátricos ou outras situações de alta dependência em relação aos cuidados pessoais.

⁵Avalie necessidade/indicação de PEP para HIV e hepatite B.

Quadro 1.6 – Rastreo para Hepatite B com HBsAg mais anti-HBc total, conforme a periodicidade

Rastreo para Hepatite B com HBsAg mais anti-HBc total	
<p>Teste para hepatite B se pessoa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não vacinada ou • Não tem registro de esquema vacinal completo¹ ou • Tem esquema vacinal completo E tem indicação de testagem pós-vacinal¹ mas não tem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/L coletado após pelo menos 3 doses da vacina contra hepatite B <p>Se a pessoa tem comprovação de realização adequada da vacina (e NÃO TEM indicação de testagem pós-pós-vacinal²); ou TEM indicação de testagem pós-vacinal² e tem anti-HBs ≥ 10 UI/L: não há necessidade de testagem periódica.</p>	
Quem	Quando (periodicidade)
<ul style="list-style-type: none"> • Usuários de drogas injetáveis • Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) • Pessoas com hepatopatias crônicas ou câncer hepático • Pessoas com infecção pelo HCV (vírus da hepatite C), em especial os que vão receber tratamento • Pessoas imunossuprimidas (transplantados, câncer) • Pessoas com doença renal crônica em diálise • Em uso ou candidatos a terapia imunossupressora/quimioterapia) • Doadores de sangue, tecidos, órgãos e sêmen 	SEMESTRAL

Fonte: CDT Hepatite B e coinfeções- Ministério da Saúde, 2023; PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

²O teste sorológico pós-vacinal não é rotineiramente indicado para pessoas que não pertencem às populações mais vulneráveis, devido à alta eficácia da vacina. Não se recomenda testar anti-HBs em indivíduos sem a comprovação do esquema vacinal, uma vez que os valores de soroproteção não foram validados para pessoas não vacinadas ou com esquemas incompletos. **Deve-se realizar anti-HBs entre um e dois meses após o término do esquema de vacinação completo para aqueles que apresentam risco muito elevado de exposição ao HBV ou risco de perda da resposta de memória imunológica:** tem parceria sexual ou mora com pessoa com hepatite B; paciente usa ou usou PEP; paciente usa ou usou PrEP; paciente usa ou usou drogas EV; paciente refere troca sexo por dinheiro/objetos de valor/drogas/moradia; é uma pessoa privada de liberdade; é profissional de saúde/segurança pública; tem HIV; tem hepatite C; é transplantado; tem câncer; tem doença renal crônica; usa terapia imunossupressora/quimioterapia. A informação do resultado do anti-HBs deve ser registrada na caderneta vacinal e no prontuário eletrônico do paciente (na lista de problemas). Pessoas imunossuprimidas e com HBsAg não reagente e que tenham anti-HBs inicial acima de 10UI/L: discuta/encaminhe para profissional médico para avaliar indicação de repetir testagem com anti-HBs, minimamente anual, para avaliar a soroproteção vacinal com anti-HBs e indicação de booster vacinal se queda da titulação para < 10 UI/L.

Observação: O manejo das hepatites virais e suas condutas estão disponíveis no capítulo 8 deste protocolo.

1.4.4 – Rastreamento de Hepatite C

A hepatite C aguda apresenta evolução subclínica. A maioria dos casos tem apresentação assintomática e anictérica, o que dificulta o diagnóstico até que haja o desenvolvimento de complicações. Habitualmente, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica e, como os sintomas são muitas vezes escassos e inespecíficos, a doença pode evoluir durante décadas sem suspeição clínica. Essa forma de apresentação, como na hepatite B, **torna fundamental o rastreamento populacional.**

Use preferencialmente testes rápidos (anti-HCV), em especial em gestantes e pessoas com risco de perda de seguimento.

Se paciente já teve hepatite C, tem anti-HCV reagente, para rastrear é necessário usar o teste de carga viral (RNA-HCV).

Quadro 1.7 – Rastreamento para Hepatite C conforme a periodicidade

Rastreamento para Hepatite C	
Quem	Quando (periodicidade)
Nunca testou (sem registro de teste realizado)	AO MENOS UMA VEZ NA VIDA
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas que tem um ou mais dos seguintes fatores de risco para Hepatite C: • Uso irregular de preservativo ou novas ou múltiplas parcerias sexuais • Troca de sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia • Usa drogas EV/inaladas • Prática <i>chemsex</i>¹ e diminui/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativos • Pessoas vivendo com HIV • Pessoas em situação de rua • Pessoas privadas de liberdade 	SEMESTRAL
Pessoas em uso de PrEP	CADA 3-4 MESES
Gestantes	PRIMEIRA CONSULTA
Puérperas	SE TESTE NÃO REALIZADO NA GESTAÇÃO
Pessoas com episódio de risco de infecção para hepatite C: sexo desprotegido ² , diagnóstico de IST, contato intradomiciliar com hepatite C, acidente/exposição percutânea ² ou compartilhou instrumentos para drogas EV ² /inaladas	<p>NO PRIMEIRO ATENDIMENTO</p> <p>4-6 SEMANAS APÓS EPISÓDIO DE RISCO</p> <p>6 MESES APÓS EPISÓDIO DE RISCO</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com sinais de doença hepática: alteração de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia, ou • Pessoas com suspeita de hepatite aguda (fadiga, dor abdominal, náuseas, vômitos, perda de apetite, icterícia) 	NO MOMENTO DO ATENDIMENTO

Fonte: PCDT Hepatite B e coinfeções- Ministério da Saúde, 2023; PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Prática sexual sob influência de drogas (álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers), para aumentar/facilitar experiências sexuais.

²Avalie necessidade/indicação de PEP para HIV e hepatite B.

Observação: O manejo das hepatites virais e suas condutas estão disponíveis no capítulo 8 deste protocolo.

2 – SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento uretral. Excetuando-se os casos em que podem ter origem traumática, são IST transmitidas através da relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral), sendo que os fatores demográficos, sociais e comportamentais como idade, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceira sexual, histórico de IST e uso inconsistente de preservativos, devem sempre ser observados por possuírem íntima relação com a infecção.

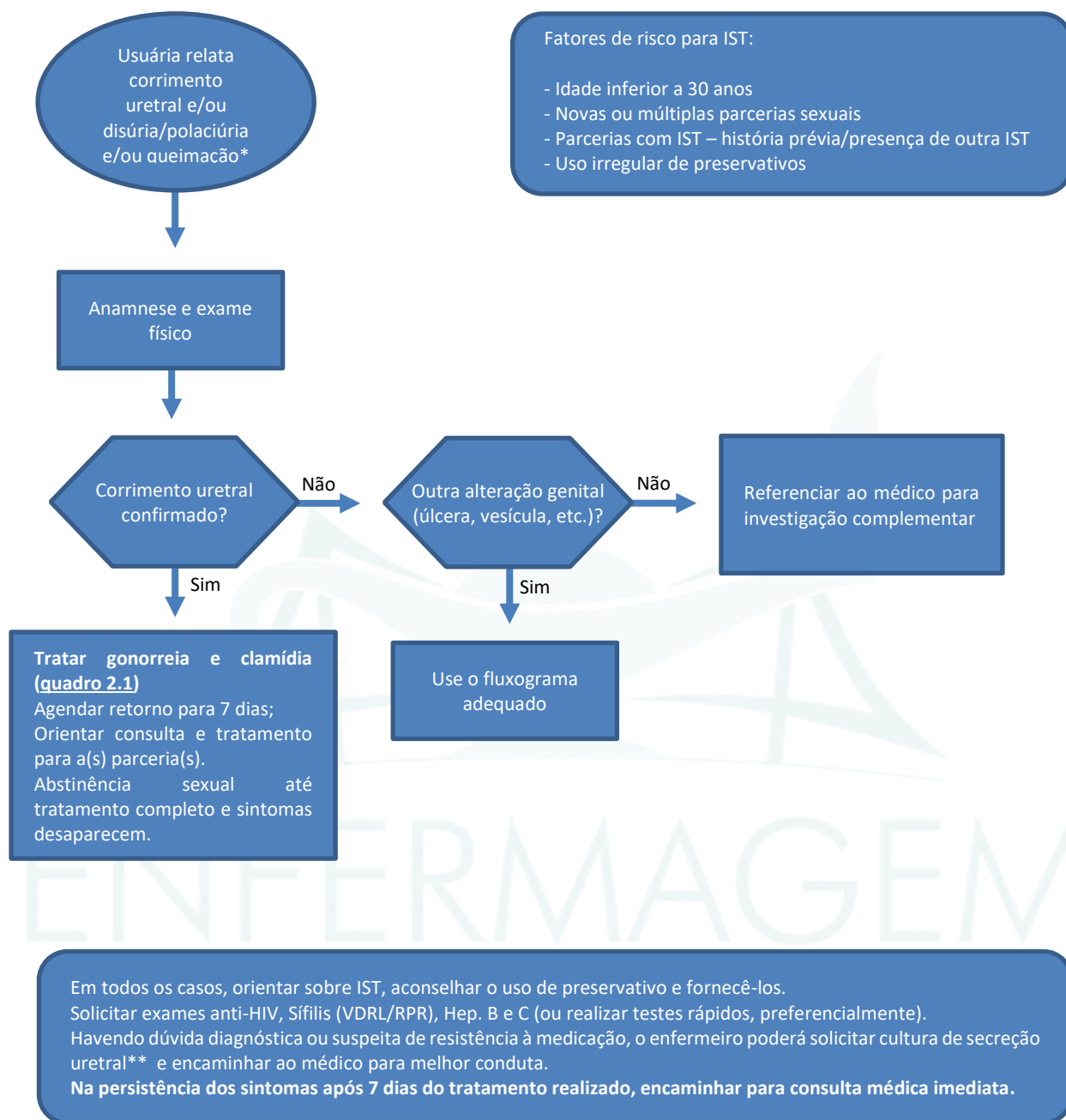
A infecção uretral no homem costuma ser assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral, eritema de meato uretral e corrimento, sendo este último presente na ampla maioria dos casos cerca de dois (02) a cinco (05) dias após o contágio. O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente e a maior indicação de complicação e deve-se a ascensão da infecção, a qual pode causar prostatite, orquiepididimite e/ou infertilidade.

A infecção retal pelos mesmos agentes infecciosos é geralmente assintomática. Nos casos em que há manifestação de sintomas pode ocorrer desconforto anal e corrimento anorretal em uma pequena parcela dos expostos. A sintomatologia em orofaringe também costuma ser assintomática na ampla maioria dos casos.

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, e por isso os antimicrobianos para esses agentes são os de primeira escolha para o tratamento dessa síndrome. A abordagem sindrômica não faz diferença do agente causal, sendo que o tratamento será sempre feito para ambos os agentes. A vantagem dessa abordagem se dá, principalmente, pelo fato de os sintomas das uretrites gonocócica e não-gonocócica se confundirem, em alguns casos. O tratamento errado por definição equivocada do agente etiológico resulta em um tempo maior de cura, podendo gerar consequências mais graves, além de oneração do serviço de saúde.

Estes mesmos agentes podem infectar a mulher, gerando cervicites, e não uretrites como nos homens (uma vez que apenas no homem a uretra compõe parte do sistema reprodutor). Assim, ainda que a cervicite costume ser assintomática na maioria dos casos, apresenta como principal sintoma na mulher a presença de mucopus endocervical. Por esse motivo, a abordagem a este tipo de problema está descrita nos fluxogramas dos capítulos referentes à “Síndrome do corrimento vaginal e cervicite” e “Síndrome da Dor Pélvica”.

Fluxograma 2.1 – Síndrome do corrimento uretral



*Sintomas urinários associados a suspeita de IST (relação desprotegida no último mês), caso não, encaminhar para avaliação médica para investigação complementar.

**Cultura para *Ureaplasma urealyticum*; *Neisseria gonorrhoeae*; *Clamídia trachomatis*, *Micoplasma hominis*; cultura de bactérias p/ identificação; antibiograma; antibiograma p/ microbactérias; exame microbiológico a fresco direto.

OU

TESTE BIOMOLECULAR DE URINA PARA CLAMÍDIA OU GONORREA.

Quadro 2.1 – Esquema terapêutico para síndrome do corrimento uretral

Agente	1ª opção ^{1,3} (Única opção para gestantes e menores de 18 anos)	2ª opção (prescrição médica no caso de falha terapêutica) ^{2,3}	Observações
Clamídia e gonorreia (infecção sem complicação)	Ceftriaxona 500 mg dose única IM + Azitromicina 1 g (2cp de 500 mg), VO, dose única	Gentamicina 240 mg dose única IM + Azitromicina 2 gramas (4cp de 500 mg), VO, dose única	Se manutenção dos sintomas após 7 dias do tratamento inicial, encaminhar para tratamento médico imediato. Se tratamento incompleto, nova exposição e/ou parceria(s) não tratada(s); retrate paciente e parcerias com esquema inicial. Se tratamento adequado paciente/parcerias e sem nova exposição, encaminhar para tratamento médico

¹Em virtude do importante nível de resistência às quinolonas, o combo envolvendo Ciprofloxacino não é mais recomendado como opção terapêutica viável.

²O tratamento de segunda linha com Gentamicina 240 mg dose única e azitromicina 2 gramas, está indicado somente nos casos de falha do tratamento inicial, ou na ausência de ceftriaxona, sendo permitido ao enfermeiro a prescrição somente no segundo caso. Lembrando que a **gentamicina** está **contra-indicada** para o uso em **gestantes**.

³A parceria deverá ser tratada exatamente com o mesmo esquema terapêutico, mesmo que assintomática.

Para identificação de problemas em mulheres causadas pelos mesmos agentes etiológicos descritos neste capítulo, utilizar os fluxogramas descritos nos capítulos 4 e 5.

2.1 – Rastreamento para Clamídia (*Chlamydia trachomatis* – CT) e Gonorréia (*Neisseria gonorrhoeae* – NG)

Uma nova estratégia de enfrentamento às IST's e principalmente a infecção por Clamídia e Gonorreia, tanto em pessoas com pênis ou vagina, é a testagem de pessoas assintomáticas para este tipo de infecção.

Esta estratégia foi implementada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde, visando a abordagem preventiva e oportuna deste tipo de IST, a qual em grande parte das vezes pode se apresentar de maneira assintomática.

Neste sentido e, procurando a melhor prática clínica para este tipo de enfrentamento, os critérios de rastreamento estão descritos no quadro 2.2.

Quadro 2.2 – Grupos com indicação de rastreamento para clamídia e gonococo

Grupo de rastreamento	Quando realizar
Gestantes menores de 30 anos	1ª consulta
Gestantes menores de 30 anos e com <i>práticas sexuais de risco</i> ¹	1ª consulta e repetir no 3º trimestre
Pessoas vivendo com HIV	No diagnóstico ou retorno após interrupção do tratamento
Pessoas vivendo com HIV e com práticas sexuais de risco ¹	ANUAL
Homens que fazem sexo com homens (HSH) e com práticas sexuais de risco ¹	ANUAL
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	SEMESTRAL
Mulheres cis < 25 anos e com práticas sexuais de risco ¹	ANUAL
Pessoas trans e com práticas sexuais de risco ¹	ANUAL

Fonte: SMS Florianópolis, 2023.

¹IST ou PEP no último ano; Nova/múltiplas parcerias sexuais; Uso irregular de preservativo

Quadro 2.3 – Sítio de coleta para rastreamento de NG e CT, conforme a prática sexual

Prática sexual	Sítio de coleta
Vaginal receptivo	Swab vaginal
Anal receptivo	Swab anal
Anal/Vaginal insertivo (pessoa com pênis)	Urina
Oral ativo	Swab orofaringe

OBSERVAÇÕES:

Observação 1: Os sítios de coleta devem ser definidos **conforme práticas sexuais**, podendo ser realizado em mais de 1 sítio, conforme quadro acima.

Observação 2: Não há necessidade de repetir exame (exame para verificar cura) após tratamento de rastreio positivo. **Evite solicitar exames desnecessários.**

O enfermeiro deverá prescrever o tratamento em caso de resultado detectável para **Chlamydia trachomatis (CT) e/ou Neisseria gonorrhoeae**, conforme exposto no quadro abaixo:

Quadro 2.4 – Tratamento medicamentoso conforme cultura identificada nos casos de rastreamento de NG e/ou CT

Agente etiológico	Primeira opção de tratamento	Segunda opção de tratamento
Chlamydia trachomatis (CT) e Neisseria gonorrhoeae (NG)	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola IM em dose única + Azitromicina 500mg, 2 cp VO em dose única	Na indisponibilidade de Ceftriaxona, utilizar: Gentamicina 240 mg IM em dose única (evitar em gestantes) + Azitromicina 500 mg 4 comprimidos VO dose única
Somente para Neisseria gonorrhoeae (NG):	Ceftriaxona 500mg, 1 ampola IM em dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO em dose única	-
Somente Chlamydia trachomatis (CT):	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO em dose única	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x ao dia (12/12 horas), por 7 dias (CONTRAINDICADO EM GESTANTES)

Importante:

- Prescreva o mesmo tratamento de forma concomitante para todas as parcerias sexuais (mesmo que tenha usado preservativos) dos últimos 60 dias, independente de testes ou sintomas.
- Oriente abster-se de sexo (paciente e parcerias) por pelo menos 7 dias após o tratamento.

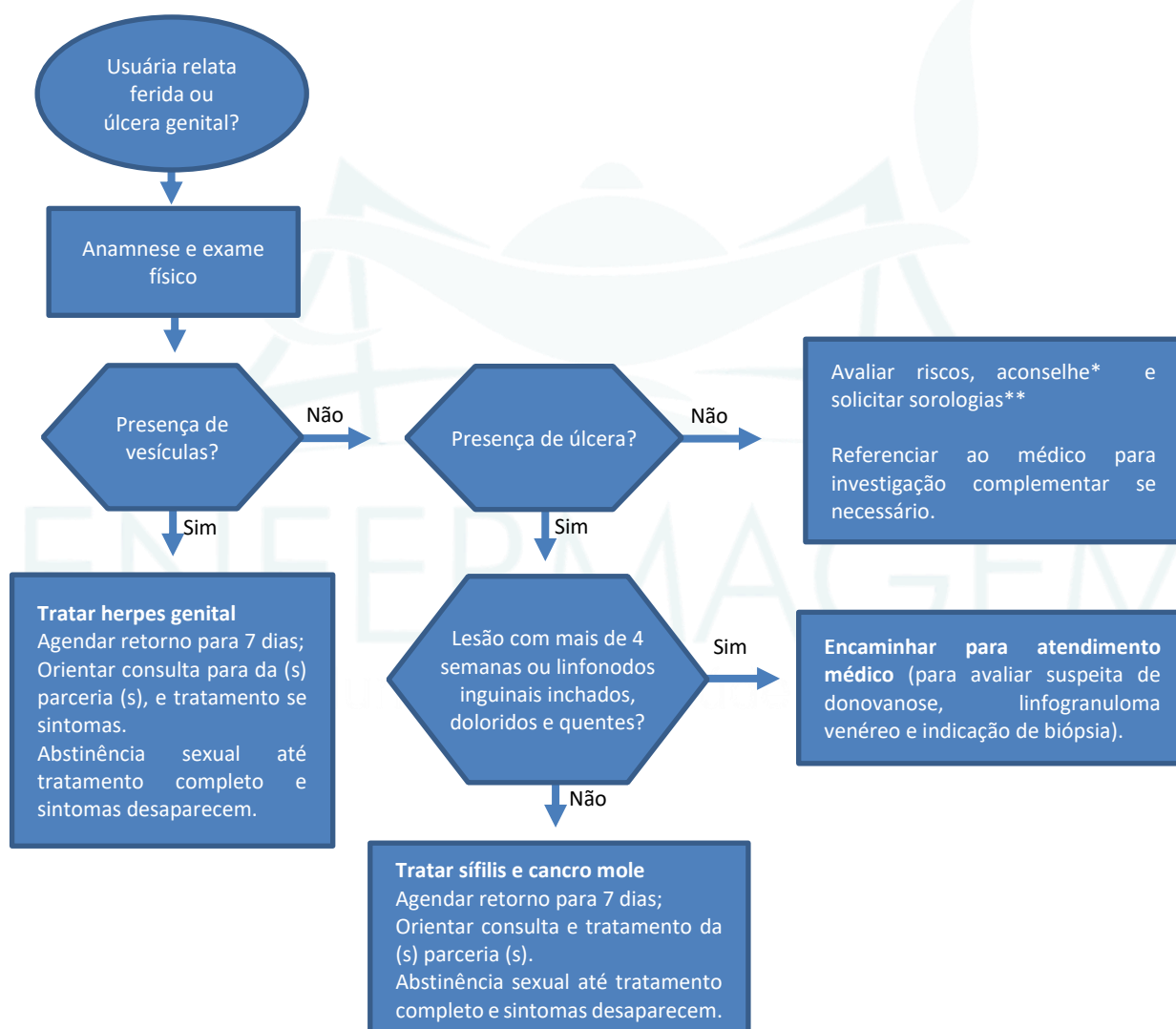
Fonte: Adaptado de Brasil (2022).

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

3 – SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional. A presença de úlcera genital está associada a um maior risco de contaminação pelo HIV. As etiologias mais comuns para úlcera genital são a Sífilis, o Cancro mole, a Donovanose/linfogranuloma venéreo e/ou Herpes Genital, sendo citada cada uma das situações abaixo de forma resumida. As condutas das enfermidades mais comuns estão no fluxograma abaixo:

Fluxograma 3.1 – Síndrome da úlcera genital



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los.
Solicitar exames anti-HIV, Sífilis (VDRL/RPR), hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).
Encaminhamento para atendimento médico imediato se falha terapêutica.

Aconselhe sexo seguro/prevenção combinada: forneça preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e o que é e onde buscar PEP/PrEP. Se disponível, forneça autotestes de HIV para paciente e parcerias.

**Faça testes rápidos de HIV, sífilis (se história prévia de sífilis, solicitar coleta).

Quadro 3.1 – Esquema terapêutico para síndrome da úlcera genital

Agente	1ª opção	2ª opção	Observações
Herpes genital	Aciclovir 400mg VO de 8/8h por 7 a 10 dias. Se dor, prescrever lidocaína gel (uso tópico) a cada 8 horas nas lesões e paracetamol ou dipirona (evite se alergia prévia) 500-1000mg a cada 6 horas, se necessário.		<ul style="list-style-type: none"> Se recidiva e sintomas leves, considere não tratar. Se dúvidas, solicite avaliação médica; Se recidiva e sintomas moderados, prescrever aciclovir 800 mg VO de 12/12 horas por 5 dias, iniciando preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, prurido e hiperemia da região genital), mesmo antes das vesículas aparecerem; Se episódios recorrentes severos ou mais de 6 episódios em 1 ano, solicite avaliação médica para considerar terapia supressora.
Sífilis primária¹ (incluindo gestantes)	Penicilina¹ G Benzatina , 2.4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada nádega) -esquema para sífilis primária.	Doxiciclina¹ 100 mg, VO, e 12/12 h, por 14 dias (apenas se alergia à penicilina e não usar em gestante/nutriz).	<p>O acompanhamento deve ser feito pela titulação de teste não -treponêmico (VDRL ou RPR), conforme <u>item 3.1</u> deste mesmo capítulo.</p> <p>É permitido ao(a) enfermeiro(a) a prescrição de 0,5ml de lidocaína a 2% sem vasoconstritor² junto na seringa de penicilina, para diminuição da dor.</p>
Cancro mole	Azitromicina¹ 1g VO, dose única.	Ciprofloxacino¹ 500 mg, VO, 12/12 h por 3 dias.	Ciprofloxacino é contraindicado para menores de 18 anos, gestantes e nutrízes.

Fonte: adaptado de Brasil (2022).

¹Conduta válida apenas para tratamento de sífilis primária (evidência de lesão ulcerativa no momento da consulta), e latente recente (com até 1 ano de evolução).

²Resposta técnica Coren-SC RT 065/2019. Em gestantes a aplicação com lidocaína deve ser discutida com o médico da equipe.

*O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódico, conforme item 3.1 deste mesmo capítulo.

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

- Orientar a consulta dos parceiros e das parceiras. Os diagnósticos e condutas terapêuticas para estes deverão seguir o mesmo esquema descrito acima,
- Tratar parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente, independente de testes/sintomas. Então solicite VDRL e decida se trata para sífilis tardia. Nos alérgicos à penicilina deverá ser utilizada doxiciclina (exceto nas gestantes e nutrízes).
- Parcerias de usuários com herpes genital só devem ser tratados se apresentarem sintomas, mas devem ser convocados para avaliação clínica e aconselhamento.

3.1 – Sífilis

A lesão cancróide ou cancro duro indolor é a característica principal desta patologia em sua fase inicial. Esta apresenta um período de incubação que varia de 10 a 90 dias (fase primária), sendo que esta lesão desaparece espontaneamente em até 4 semanas após o aparecimento, sem deixar cicatrizes.

A Sífilis secundária surge de 6 semanas a 6 meses após a lesão inicial, sendo caracterizada por alterações cutâneas, dentre as quais a principal é a roséola (exantema não pruriginoso), em sua fase mais precoce. Tardamente a isto, outras reações cutâneas e sistêmicas podem ser observadas como: alopecia, pápulas palmo-plantares, placas mucosas e adenopatia generalizada, as quais novamente desaparecem após algumas semanas, mesmo que nenhum tratamento tenha sido realizado.

Importante ressaltar que, mesmo sem a presença da lesão cancróide, a pessoa é transmissora da sífilis e, considerando a possibilidade da involução espontânea da sintomatologia, o mesmo pode permanecer anos transmitindo a doença sem manifestar suspeita clínica alguma, devendo o rastreamento para sífilis através de testes treponêmicos (teste rápido, FTA-ABS*) e não treponêmicos (VDRL, RPR) fazer parte da rotina da enfermagem no município de Florianópolis para todas as pessoas que se exponham de alguma maneira ao risco de contágio, ou àqueles que nunca tenham realizado o exame.

* Teste rápido treponêmico será sempre reagente em pessoas com diagnóstico anterior de sífilis, sendo indicado nesse caso, o teste não treponêmico (VDRL, RPR) para controle de cura por meio de avaliação de titulação, considerando nessa situação a possibilidade de cicatriz sorológica.

Quadro 3.2 – Resultados de Testes Treponêmicos (TT) e Não Treponêmicos (TNT)

TESTE TREPONÊMICO (TT)	TESTE NÃO TREPONÊMICO (TNT)	INTERPRETAÇÃO
REAGENTE	REAGENTE	Diagnóstico de sífilis¹ OU Cicatriz sorológica³: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições
REAGENTE	NÃO REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste², treponêmico, com metodologia diferente do primeiro. • Se reagente: diagnóstico de sífilis ¹ ou cicatriz sorológica ³ . • Se não reagente: considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis.
NÃO REAGENTE	REAGENTE	Realiza-se um terceiro teste², treponêmico, com metodologia diferente do primeiro. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste. • Se reagente, diagnóstico de sífilis ¹ ou cicatriz sorológica ³ . • Se não reagente, considera-se resultado falso-reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis
NÃO REAGENTE	NÃO REAGENTE	Ausência de infecção OU período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.

¹Classificação do estágio clínico a ser definido de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. (ex.: sífilis recente menos de 1 ano de infecção ou tardia mais de 1 ano de infecção)

²Se o terceiro teste, treponêmico, não estiver disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta.

³**CICATRIZ SOROLÓGICA:** A denominada cicatriz sorológica ou memória sorológica caracteriza-se pela persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou nos testes não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado para sífilis (queda de pelo menos 2 titulações no teste treponêmico do diagnóstico), afastada a possibilidade de reinfeção.

Quadro 3.3 – Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis

Estadiamento	Definição	Esquema terapêutico	Opções terapêuticas na indisponibilidade de penicilina ou alergia	Controle de cura (sorologia) ⁴
Sífilis primária, secundária ou recente ¹ (inclusive gestantes)	Presença de úlcera sifilítica; Exame não reagente para sífilis há menos de 1 ano.	Penicilina G Benzatina , 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada nádega) ³ <i>Sempre tratar parcerias dos últimos 90 dias⁵</i>	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO) por 15 dias	Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) - solicitar inclusive no diagnóstico para acompanhamento de titulação (queda, manutenção ou aumento) MENSAL (Gestantes) e TRIMESTRAL com 3,6,9 e 12 meses (demais casos) – redução da titulação
Sífilis tardia ² (inclusive gestantes)	Exame prévio não reagente para sífilis há mais de 1 ano ou sem registro.	Penicilina G Benzatina 7,2 milhões UI, IM em 3 doses (2,4 milhões de UI por semana) ³ <i>Sempre tratar parcerias dos últimos 90 dias⁵</i> <u>Intervalo entre as doses:</u> não Gestantes: 7 dias entre cada dose, aceitando no máximo 14 dias entre cada dose (7 dias de atraso). Gestantes: 7 dias entre as doses, aceitando conforme nota técnica MS 14/2023 o intervalo máximo de 9 dias entre cada dose. (2 dias de atraso) Nunca antecipar doses.	Doxiciclina 100 mg 12/12h (VO) por 30 dias	Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) MENSAL (Gestantes) e TRIMESTRAL com 3,6,9 e 12 meses (demais casos) – redução da titulação

¹ A sífilis é considerada **recente** quando (1) há a presença de úlcera sifilítica ou, (2) há sinais de sífilis secundária ou, (3) exista exame comprobatório **não reagente** para sífilis (Teste não treponêmico –VDRL ou RPR - em qualquer caso, ou teste rápido se primeira infecção) no último ano (tempo de infecção menor de 1 ano).

² A sífilis é considerada **tardia** nos demais casos, entendendo que a **infecção ocorreu há mais de 01 (um) ano**. Em caso de suspeita de neurosífilis, encaminhar para atendimento médico imediato.

³ Para uso de lidocaína 2% sem vasoconstritor na aplicação de penicilina para gestante, discuta com médico(a).
Fonte: RT Coren SC 065/2019.

⁴ O tratamento de sífilis deverá ser acompanhado por titulação de VDRL periódica, conforme item 3.1.1 deste mesmo capítulo.

⁵ As parcerias dos últimos 90 dias devem sempre ser tratadas independente de testes. Se o teste para sífilis destas for positivo, realizar tratamento conforme quadro 3.3. **Se for não reagente (teste negativo), realizar a aplicação de uma dose (2,4 milhões de UI) de penicilina**. Registrar essas informações no prontuário e na caderneta da gestante, se este for o caso.

Atenção: Gestantes **alérgicas à penicilina** deverão ser **encaminhada a referência hospitalar** (atenção terciária) para dessensibilização e tratamento, considerando ser a penicilina a droga de escolha.

3.1.1 – Acompanhamento de titulação de VDRL e critérios para alta

Na evidência de sífilis, indiferentemente do estágio, o acompanhamento de cura deverá ser feito através da solicitação de teste não treponêmico, normalmente o VDRL ou RPR. É fundamental que, mesmo que indicado o tratamento para sífilis através do teste rápido ou por úlcera genital, paciente colete o TNT antes ou no dia que faz o tratamento (sem que isso atrase o tratamento). Também é fundamental acompanhamento periódico e atenção na interpretação dos exames, já que a sífilis é uma doença altamente transmissível e que, se não devidamente diagnosticada e tratada, pode levar à morte ou incapacitação permanente.

As titulações de sífilis identificadas pelo exame VDRL ou RPR variam em potências de 2, quando reagentes. Isso nos dá como resultados possíveis as titulações 1:2, 1:4, 1:8, 1:16, 1:32, 1:64, 1:128, 1:256, e assim por diante. Assim, reduzir 4 vezes o resultado significa reduzir 2 diluições, na escala descrita (ex. de 1:16 para 1:4), sendo isto um indicador de eficácia no tratamento.

APÓS TRATAMENTO COMPLETADO (TODAS AS DOSES DE PENICILINA PRESCRITAS APLICADAS), SOLICITAR VDRL NA SEGUINTE PERIODICIDADE:

- Não gestante: Solicitar Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) no 3º, 6º, 9º e 12º mês a partir do diagnóstico
- Gestante: Solicitar Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) mensalmente até o final da gestação. Após o parto, seguir o mesmo esquema para não-gestante (3, 6, 9 e 12 meses).

* O Teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) de **três meses no caso da sífilis recente** e os testes de **três, seis e nove meses no caso de sífilis tardia** não servem necessariamente para confirmar queda esperada (ou seja, não servem como critério para alta por tratamento). Esses testes são úteis para descartar reinfecção/reativação (aumento de 2 diluições). Caso a titulação deste exame for 4 vezes (2 diluições) maior do que o Teste não-treponêmico (TNT) anterior e **não tiver ocorrido nova exposição, discutir caso com médico.**

A conduta a partir do próximo VDRL dependerá do resultado deste exame. Assim, compare novo VDRL com VDRL pré-tratamento/prévio.

RETRATAR A PESSOA E PARCERIA(S) SE:

- Novo teste não-treponêmico (TNT) for 4 vezes (2 diluições) maior que o teste não-treponêmico, questionar nova exposição e discutir caso com médico caso necessário (ex: era 1:16 e aumentou para 1:64);
- Persistência ou novos sinais de sífilis entre o último teste não-treponêmico (TNT) e o atual (ex: novo episódio de úlcera genital pós tratamento), questionar nova exposição e discutir caso com médico, caso necessário.
- Dose atrasou mais do que **7 dias** em tratamento de sífilis tardia ou **2 dias em gestante**;
- **Solicitar avaliação médica se:**
- Sífilis recente, primária e secundária 6 meses após tratamento o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) não for pelo menos 4 vezes (2 diluições) menor que o anterior (ex: era 1:256 e diminui para 1:64 em 6 meses);
- Sífilis tardia 12 meses após tratamento o teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) não for pelo menos 4 vezes (2 diluições) menor que o anterior (ex: era 1:256 e diminui para 1:64 em 12 meses).

Se a titulação de TNT for maior do que a especificada ou insegurança na interpretação do exame, solicitar atendimento conjunto com médico.

CONSIDERAR SÍFILIS TRATADA E DAR ALTA:

- Não gestante sem nova exposição conhecida, sem sinais de sífilis e, após 12 meses de monitoramento há comprovação/registro de queda do teste não-treponêmico (VDRL ou RPR) de pelo menos 4 vezes (2 titulações) após tratamento;
- Gestante iniciou tratamento com penicilina Benzatina até 30 dias antes do parto, sem nova exposição à sífilis e sem sinais clínicos de sífilis. Registre tratamento adequado na carteira de pré-natal. A alta se dará após monitoramento do seguimento pós-parto (mesmo esquema para não gestante).

Observação: Se paciente foi diagnosticado com sífilis com **TNT do diagnóstico com baixa titulação** (ex: paciente com sífilis tardia em que o TNT do diagnóstico é 1/1, 1/2 ou 1/4) ou **não reagente** (ex: paciente com sífilis tardia diagnosticada com teste rápido reagente, com TNT não reagente mas com outro teste treponêmico com outra metodologia reagente - ver [quadro 3.2](#)) e paciente é HIV negativo e TNT **sem aumento de 2 ou mais diluições e sem sinais de sífilis** e exame neurológico normal e **tratamento completo** e sem nova exposição: considere sífilis tratada e que queda esperada é improvável.

3.2 – Cancro mole

Doença de transmissão sexual caracterizada por lesões habitualmente dolorosas em região genital, podendo ser únicas ou múltiplas. A forma da lesão costuma possuir contornos hiperemiados e edemaciados, com fundo irregular e presença de exsudato e necrose, com secreção amarelada de odor fétido. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em um intercurso sexual é de 80%.

O acompanhamento da pessoa deve ser feito até a involução de todas as lesões genitais, sendo indicada a abstinência sexual até resolução total da doença.

3.3 – Donovanose

Infecção sexualmente transmissível crônica e progressiva causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*, apresentando como característica clínica principal a ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. Seu diagnóstico diferencial em relação a outras úlceras diz respeito à cronicidade da lesão.

3.4 – Herpes genital

Doença caracterizada pela presença de vesículas em região genital, dolorosas e que apresentam um período de incubação médio de 6 dias.

Muitos indivíduos que adquirem a infecção por HSV (vírus da herpes humana) nunca desenvolverão manifestações, sendo que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre os indivíduos com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser mais dolorosas, atípicas e de maior duração, sendo que estas pessoas devem ser manejadas pelo profissional médico.

Indivíduos com presença de lesões disseminadas, mesmo que imunocompetentes, devem passar por avaliação médica imediata a fim de estabelecer a melhor conduta clínica.

3.5 – Sífilis congênita

A transmissão vertical da sífilis continua como um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo a IST que possui maior taxa de transmissão vertical. Em Florianópolis a taxa de infecção por este agravo apresentou um aumento substancial nos últimos anos, passando de uma incidência de 2,37 por 1000 nascidos vivos em 2012 para 10,54 no ano de 2014, ou seja, um aumento superior a 400%.

Este fato grave, serviu de alerta aos sistemas de saúde de todo o país, sendo que a capital catarinense estabeleceu algumas estratégias de enfrentamento, entre as quais o próprio protocolo de enfermagem publicado em sua primeira versão no ano de 2016 e que, em conjunto com outras estratégias (ampliação da testagem, aplicação ampla da penicilina em todas as unidades de saúde, etc..).

Apesar da melhoria dos dados de Florianópolis no ano de 2019 (7,9/1000), os dados de 2022 publicados no Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2023 com o retorno da taxa para 10,5 para 1000 nascidos vivos, reforçam a necessidade da atenção prioritária por parte de todos profissionais de saúde no enfrentamento deste problema de saúde.

Considerando este grave problema de saúde pública e tendo a sífilis um grau de transcendência extremamente considerável na atenção ao pré-natal, o diagnóstico adequado e em tempo oportuno, bem como o tratamento correto, são fatores imprescindíveis no enfrentamento desta situação. O tratamento está descrito no quadro 3.3, e o acompanhamento no item 3.1.1.

4 – SÍNDROME DO CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

O corrimento vaginal é uma das maiores causas de consultas de enfermagem na atenção primária, tendo o (a) profissional enfermeiro(a) um importante papel no diagnóstico e tratamento do mesmo. É fundamental a diferenciação do corrimento vaginal fisiológico daquele causado por agentes infecciosos. Uma boa coleta de dados e o exame físico criterioso devem ser capazes de definir a melhor conduta em cada situação.

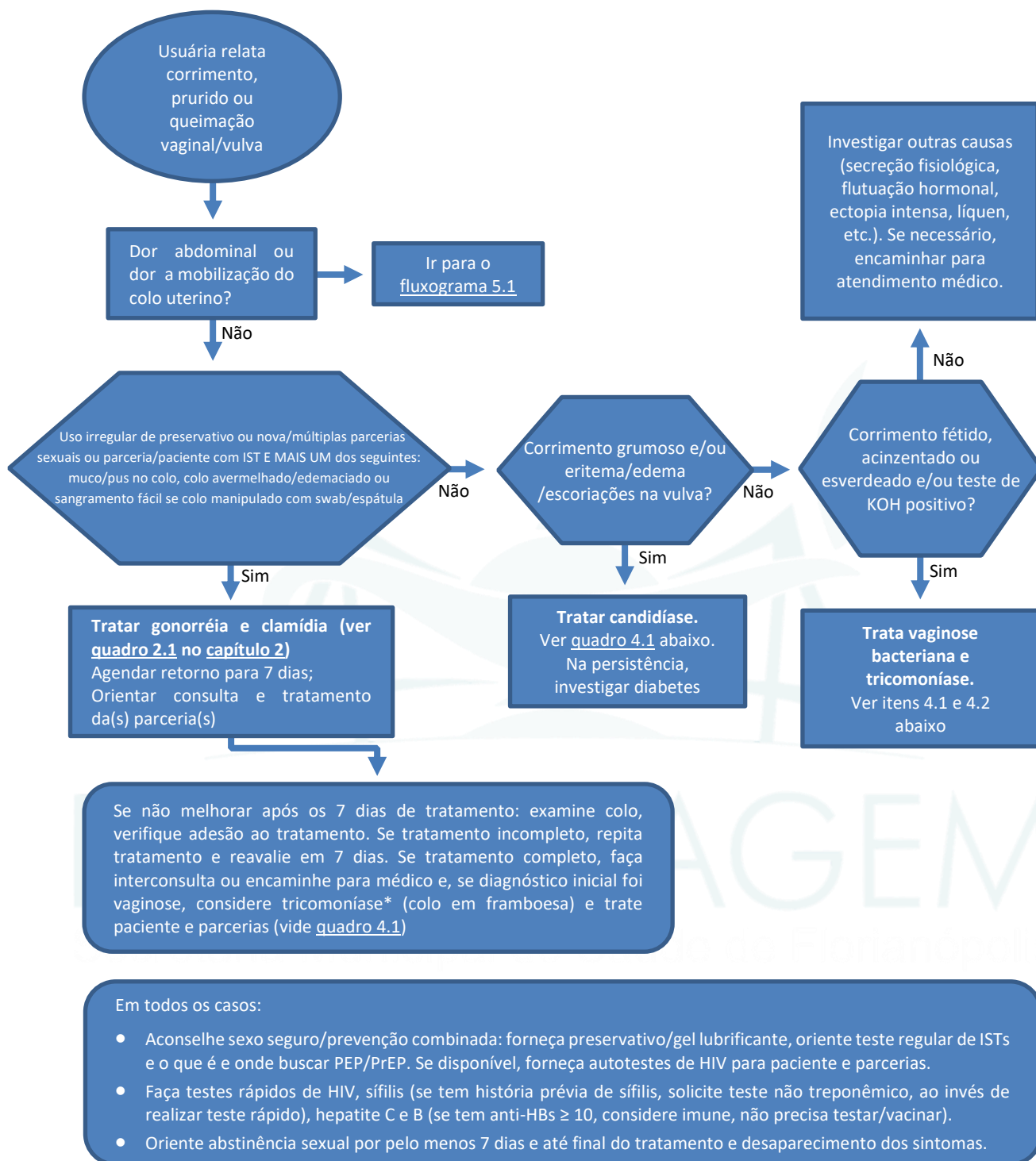
Pode-se classificar o corrimento vaginal em infecções endógenas (candidíase e vaginose bacteriana) e as infecções sexualmente transmissíveis (ex. Tricomoníase, gonorreia, clamídia). Esta classificação torna-se importante pelo fato que no primeiro caso não há necessidade de tratamento das parcerias (exceto se estiverem sintomáticos(as), quando deverão passar por consulta para avaliação), enquanto na outra situação o tratamento é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão.

O fluxograma abaixo apresenta de forma resumida as condutas para o tratamento de corrimento vaginal, associando ainda a possibilidade de presença de cervicite.



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 4.1 – Síndrome do corrimento vaginal e cervicite



* Se suspeita de tricomoníase (colo uterino com aspecto de morango ou framboesa; teste de KOH negativo), trate paciente e parcerias para tricomoníase (vide itens 4.1 e 4.2).

Quadro 4.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para corrimento vaginal

	Primeira opção	Tratamento para parceria(s)	Tratamento em gestantes e nutrízes
Candidíase	<p>Miconazol creme vaginal a 2% por 7 noites</p> <p>Ou Fluconazol² 150 mg VO dose única</p> <p>Se sintomas intensos ou paciente com disfunção imune⁴, Fluconazol² 150mg, repetindo a dose após 3 dias e após 6 dias da primeira dose.</p> <p>Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), encaminhar para avaliação médica.</p>	<p>Tratar apenas se parceria com sintomas</p> <p>Fluconazol² 150 mg VO dose única</p> <p>OU</p> <p>Miconazol creme vaginal 2% de 12/12 h por 7 dias</p>	<p>Miconazol creme vaginal a 2% por 7 noites.</p> <p>Se sintomas intensos ou paciente com disfunção imune⁴ prescreva Miconazol creme vaginal a 2% por 14 noites.</p> <p>Se recorrente (4 ou mais episódios em 12 meses), discuta com médico</p> <p>Fluconazol² é contraindicado na gestação e amamentação.</p>
Vaginose bacteriana¹	<p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 h por 7 dias</p> <p>OU Metronidazol³ 100mg/g gel, uma aplicação à noite por 5 noites</p> <p>Se recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento adequado, considere tricomoníase: trate paciente e parcerias (vide abaixo).</p>	<p>Tratar apenas se parceria com sintomas.</p> <p>Se parceria mulher sintomática:</p> <p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.</p>	<p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 h por 7 dias</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol³ 100mg/g gel vaginal, uma aplicação à noite por 5 noites (preferencial para nutrízes)⁵.</p>
Tricomoníase¹ (abordagem sintomática)	<p>Metronidazol³ 2 g VO dose única</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 h por 7 dias.</p> <p>Se recorrência dos sintomas 7 dias após tratamento adequado: trate paciente e parcerias com Metronidazol³ 2g VO dose única.</p>	<p>Metronidazol³ 2 g VO dose única</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 horas por 7 dias</p>	<p>Metronidazol³ 2 g VO dose única</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol³ 500 mg VO 12/12 h por 7 dias</p>

¹ A vaginose bacteriana e a infecção por tricomoníase podem, em alguns casos, ter seus sintomas não tão claros, gerando confusão no diagnóstico e diferenciação entre essas duas infecções. Em não haver certeza na diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, utilizar o tratamento sugerido para abordagem sintomática.

² Fluconazol é contra indicado para **gestantes e nutrízes**

³ Suspende álcool durante o tratamento e até 24 horas depois da última dose.

⁴ HIV ou diabetes mal controlados, doença renal/hepática/autoimune ou câncer. **(prescrição e/ou avaliação médica neste caso)**

⁵ Uma situação que raramente determina o desmame, mas que pode dificultar a amamentação, é o uso de medicamentos que podem alterar o gosto do leite materno (<https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/metronidazol-sistemico-pode-ser-utilizado-por-mulher-que->

esta-amamentando/). Medicamentos com sabor desagradável podem alterar o gosto do leite materno e provocar “greve de amamentação” pelo lactente. Nesses casos, as nutrizes devem ser orientadas a evitar a amamentação no pico de concentração do medicamento no leite que, frequentemente, coincide com o pico sérico. Outra medida relevante é, quando possível, usar o medicamento pelo menor tempo possível. Após a administração oral, o metronidazol é rapidamente absorvido, no mínimo 80% em menos de 1 hora. O pico sérico obtido após administração oral é semelhante ao obtido após administração de doses equivalentes por via intravenosa. A biodisponibilidade oral é de 100% e não é modificada pela ingestão de alimentos.

4.1 – Diferenças entre vaginose bacteriana e Tricomoniase e infecções mistas

Conforme citado no quadro 4.1 (acima), em alguns casos essas infecções podem ter seus sintomas pouco claros. Os tópicos abaixo ajudam a elucidar algumas diferenças no diagnóstico e conduta entre essas infecções:

- **Vaginose bacteriana:** corrimento vaginal de odor fétido que se acentua após a relação sexual e durante o período menstrual; de coloração acinzentada, cremoso, podendo ser bolhoso. Em alguns casos há dispareunia. Não é considerada IST. As bactérias causadoras dessa condição (Ex.: *Gardnerella vaginalis*, *Gardnerella mobiluncus*) fazem parte da flora normal vaginal, sem causar nenhum sintoma. Quando há desequilíbrio dessa flora, as bactérias podem se exacerbar (proliferar, aumentar a concentração) tornando-se patogênica e com potencial de causar os sintomas da vaginose. Sendo assim, não é necessário tratar a parceria.
- **Tricomoniase:** corrimento amarelo ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com prurido e eritema vulvar, podendo gerar dispareunia. Uma característica marcante (quando existente) é a hiperemia da mucosa com placas avermelhadas, incluindo do colo uterino, com aspecto normalmente descrito como semelhante a “framboesa”. É considerada IST, sendo necessário o tratamento da parceria.
- **Infecções mistas:** não raramente, infecções vaginais podem ser causadas por mais de um agente infeccioso. Pode ocorrer, por exemplo, sintomas que se enquadrem tanto em quadros de candidíase quanto de vaginose bacteriana. Neste caso, recomenda-se (1) o tratamento do quadro mais sugestivo, com retorno antes do final do tratamento para avaliação, ou (2) o tratamento de ambos os quadros em conjunto, optando-se, preferencialmente, por tratamento oral para uma condição e tópica para outra. Uma das maneiras mais fáceis de realizar a diferenciação entre candidíase e vaginose/Tricomoniase é a realização do teste de Whiff, que consiste na colocação de 2 gotas de KOH (hidróxido de potássio) a 10% sobre o conteúdo vaginal em uma espátula ou lâmina (este material não poderá ser utilizado para outros fins, como análise laboratorial). O teste é positivo quando esta reação exala cheiro forte, semelhante a peixe podre, sendo indicativo de vaginose bacteriana.

4.2 – Tratamento do(a) parceiro(a)

Conforme descrito no item 4.1 (acima), nos casos em que não houver certeza da diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoniase, opte por realizar o tratamento uma vez que a tricomoniase é considerada uma IST e o parceiro masculino é normalmente portador assintomático. Caso seja realizada diferenciação clínica com diagnóstico de vaginose bacteriana, o tratamento do parceiro não se faz necessário.

Já a candidíase, mesmo não sendo IST, pode manifestar sintomas no homem, ainda que isso ocorra em uma minoria dos casos. Os sintomas mais comuns envolvem prurido e irritação na glândula do pênis, podendo haver descamação no local em casos mais exacerbados. Na maior parte, lavar o local várias vezes ao dia apenas com água, secando adequadamente, pode solucionar o problema. Contudo, devido ao grande incômodo e consequências sociais (devido ao prurido), o tratamento medicamentoso pode ser necessário (ver quadro 4.1 acima).



5 – DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma complicação importante das infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, apresentando uma vulnerabilidade considerável no que diz respeito ao impacto que a abordagem oportuna e em tempo deste problema de saúde pública pode evitar, desde internações evitáveis por condições sensíveis à atenção primária, ou mesmo a inevitabilidade de óbito por complicações sistêmicas deste tipo de complicação infecciosa.

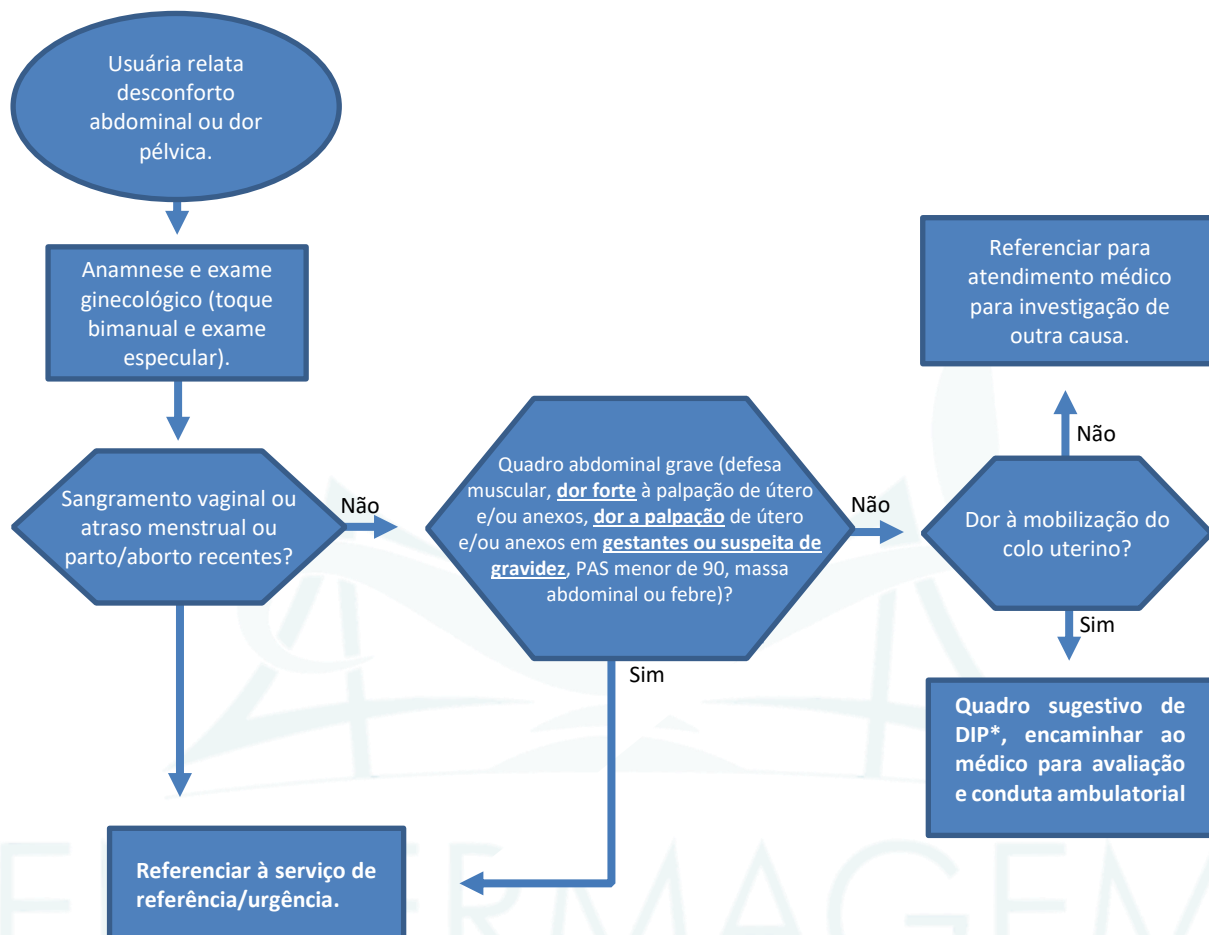
Além dos critérios de urgência e necessidade de encaminhamento a atenção terciária, na presença de sinais de gravidade (vide fluxograma abaixo), a DIP é considerada uma das causas mais comuns para a infertilidade feminina, além de ocasionar outros problemas como gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A suspeita clínica é caracterizada geralmente com a presença de dispareunia e dor em baixo ventre. A presença de corrimento vaginal, dor pélvica e sangramento vaginal anormal em pequena quantidade (*spotting*) também podem estar presentes. O diagnóstico diferencial ocorre pela dor à mobilização do colo do útero e anexos, ao toque.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 5.1 – Síndrome da dor pélvica

***Considerando o impacto que a DIP tem e a possibilidade de, mesmo com o uso do fluxograma, confusão com outras causas de dor em baixo ventre, o tratamento para esta doença deverá ser feito em conjunto com o (a) médico (a), sendo a prescrição responsabilidade deste último.**



Em todos os casos, orientar sobre IST, aconselhar o uso de preservativo e fornecê-los. Solicitar exames anti-HIV, Sífilis (VDRL/RPR), hep. B e C (ou realizar testes rápidos, preferencialmente).

Em todos os casos:

- Aconselhe sexo seguro/prevenção combinada: forneça preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e o que é e onde buscar PEP/PrEP. Se disponível, forneça autotestes de HIV para paciente e parcerias.
- Faça testes rápidos de HIV, sífilis (se tem história prévia de sífilis, solicite teste não treponêmico, ao invés de realizar teste rápido), hepatite C e B (se tem anti-HBs ≥ 10, considere imune, não precisa testar/vacinar).
- Oriente abstinência sexual por pelo menos 7 dias e até final do tratamento e desaparecimento dos sintomas.

Quadro 5.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para Doença Inflamatória Pélvica (DIP)*

	Primeira opção	Segunda opção
Doença Inflamatória Pélvica ¹	Ceftriaxona 500 mg IM dose única	Cefotaxina 500 mg IM dose única
	Mais	Mais
	Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias (CONTRA-INDICADA EM GESTANTES²)	(Doxiciclina 100 mg 12/12 hs VO por 14 dias)
	Mais	Mais
	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas por 14 dias	Metronidazol 500 mg VO 12/12 horas por 14 dias

¹Os tratamentos para DIP são de atribuição exclusiva do(a) médico(a).

²O quadro de DIP ou suspeita de DIP em gestantes é critério de encaminhamento para serviço de urgência/emergência.

Observações:

As parcerias deverão ser tratadas para clamídia e gonorréia (**ceftriaxona + azitromicina**), independentemente do agente causador da DIP (se isolado). Para isso, referenciar ao quadro 2.1 no capítulo 2.

Todas as parcerias sexuais nos 60 dias que antecederam o início dos sintomas da DIP, deverão ser tratadas. Se a mulher relatar não ter se relacionado sexualmente nos últimos 60 dias, trate a última parceria.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

6 – OUTROS PROBLEMAS GENITAIS

6.1 – Condiloma ou verrugas anogenitais

Doença viral causada pelo Papilomavirus Humano (HPV), caracterizada por verrugas anogenitais, as quais podem ser únicas e localizadas ou múltiplas e disseminadas. O diagnóstico é basicamente clínico através da visualização dos condilomas em região peniana, anal ou vaginal. A pessoa permanece anos sem manifestar lesões verrugóides.

A principal complicação da infecção pelo HPV é o desenvolvimento do câncer de colo de útero nas mulheres e o câncer de pênis nos homens. Sendo assim, a avaliação das parcerias é vital por dois motivos principais: Quebra da cadeia de transmissão e prevenção do câncer genital, o qual apresenta alto impacto na população sexualmente ativa.

Situações especiais (gestantes e pessoas imunodeprimidas, portadores do HIV por exemplo), devem ser avaliadas criteriosamente na escolha e condução do tratamento. **Nas gestantes, avaliar se o tempo esperado para o tratamento encerra antes da data mínima esperada para o parto. Caso contrário, discutir com médico da equipe e encaminhar para atenção secundária, se necessário. Contudo, cabe destacar que a ocorrência por HPV no canal de parto não contraindica o parto por via baixa (vaginal), já que a infecção do feto ocorre normalmente no período intra-útero. Apenas as lesões obstrutivas geram contraindicação ao parto vaginal.**

Quadro 6.1 – Resumo dos esquemas terapêuticos para condilomatose disponíveis na rede municipal de Florianópolis-SC

	Forma de aplicação	Cuidados
Ácido Tricloroacético (ATA) 80-90%	Cauterização diretamente na verruga genital 1x/semana até a remissão das lesões por até 10 semanas ¹ (pode ser usado em gestantes).	<ul style="list-style-type: none"> - Deixar secar bem após aplicação; - Cuidar para atingir somente as verrugas (proteger a área ao redor com lidocaína tópica); - Na ocorrência de dor na aplicação pode-se neutralizar a ação do ácido com o uso de sabão ou bicarbonato de sódio; - Evitar o uso nesta concentração em lesões vaginais internas (mucosa) e colo uterino; neste caso, encaminhar para atenção secundária; - As cauterizações em glândula peniana e frênulo podem ser realizadas pelo(a) enfermeiro(a), desde que obedeça aos cuidados preconizados e cautela na aplicação da mesma.

¹Em geral, 3 aplicações resolvem, mas o tratamento pode ser estendido por até 10 semanas, se houver necessidade.

Outras opções terapêuticas como podofilina 10-25%; fluoracil a 5% ou crioterapia existem, mas não serão abordados como primeira escolha, em função de suas contraindicações e maiores efeitos colaterais (BRASIL, 2015).

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. As pessoas devem ser avisadas sobre a possibilidade de recorrência, que frequentemente ocorrem nos três primeiros meses.

Observações:

- A rotina de realização do citopatológico não deve ser alterada em função da presença de verrugas por HPV;
- Encaminhar para atenção secundária se:
 - Verrugas com mais de 1 cm de diâmetro;
 - Múltiplas lesões complicadas (inflamação importante e/ou infecção no local);
 - Verrugas na vagina ou colo uterino;
 - Sem melhora após tratamento inicial.
- Tranquilizar a pessoa, já que a maioria das verrugas regride espontaneamente em até 2 anos.

Tranquilizar a pessoa, já que a maioria das infecções por HPV em mulheres regride espontaneamente em até 2 anos (principalmente em adolescentes) e não causam problemas de fertilidade.

O tratamento não cura a infecção e não diminui a transmissão sexual/vertical; podem ocorrer recidivas independentes de reexposição/parceria sexual; a presença de verrugas não é indicação de parto cesárea.

6.2 – Prurido genital

O prurido em região genital ou perigenital pode evidenciar outros problemas que não os descritos nos capítulos anteriores.

6.2.1 – Pediculose genital

Dentre as causas de prurido genital, um dos mais comuns é a pediculose **genital**, a qual consiste na presença de um parasita chamado *Pthirus púbis*, popularmente conhecido como “chato”.

A infecção pode ser evidenciada pela identificação diretamente, a olho nu, do parasita, concomitante com áreas discretas de inflamação na pele de onde o parasita suga o sangue. Ainda podem ser identificados os ovos ligados aos pelos pubianos, de maneira semelhante ao que acontece na infecção pelo piolho comum (*Pediculus capitis*).

O tratamento para as pessoas e parcerias consiste na aplicação de **permetrina loção a 1% (diluir uma parte da permetrina 5% em 4 partes de água)** sobre toda a área afetada, sendo retirada após 10 minutos. O mesmo medicamento deve ser reaplicado após uma semana. Não há contra-recomendações de uso da permetrina em gestantes.

O uso de sabão neutro no local é recomendado devido à menor irritação cutânea gerada por esses agentes. É altamente recomendado a troca diária das roupas de cama durante o tratamento, sendo lavados com água quente e sabão, expostas ao sol e passadas a ferro quente (se não consegue lavar as roupas, oriente deixar fechadas em saco plástico por 3 dias). A mesma recomendação serve para as roupas íntimas.

A depilação local deve ser avaliada, sendo efetiva no controle dos parasitas, mas não obrigatória, contanto que as condições de higiene pessoal sejam adequadas.

Pode-se prescrever **loratadina 10mg/dia** por até 7 dias, se necessário para alívio sintomático do prurido.

Sendo uma IST, é importante que os parceiros sejam tratados e que todas as orientações referentes à contração de IST sejam realizadas. Além disso, questionar e estar atento para sinais/sintomas que possam sugerir outras IST, bem como oferecer sorologias.

Além da pediculose pubiana, outros problemas podem gerar prurido sem serem enquadrados nos fluxos apresentados. Dentre os mais comuns estão as doenças conhecido como **líquen** e seus subtipos, as quais possuem natureza etiológica variada e acometem a região genital feminina. Sinais de atenção para o(a) enfermeiro(a) no momento da consulta envolvem a mudança de coloração da vulva, modificações anatômicas da vulva, placas de coloração diferente do habitual (avermelhadas ou esbranquiçadas, normalmente), adelgaçamento da pele vulvar, dispareunia e disúria não explicada, e prurido sem correlação com outras síndromes/doenças. Ao evidenciar um quadro sugestivo de líquen, o(a) enfermeiro(a) deverá **encaminhar para atendimento médico**.

6.2.2 – Escabiose

Outra causa possível para o prurido genital é a presença de escabiose, infecção causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. Esse parasita costuma se alojar na pele principalmente em região de dobras e mais aquecidas (mas não exclusivamente), sendo a região genital adequada a este fim. Costuma apresentar erupção cutânea pápula eritematosa em consequência da reação ao ácaro, com presença de cavitações (pequenos túneis na pele). O prurido manifesta intensamente, principalmente (mas não exclusivamente) no período da noite.

A conduta envolve tratar a pessoa, os(as) parceiros(as) e contatos domiciliares; prescrever **permetrina loção 5%** do pescoço para baixo (mesmo que o prurido seja apenas na região genital, incluindo os pés - região plantar e interdigital), lavando após 8-14 horas. Evitar contato do medicamento com a mucosa, meato uretral e áreas cruentas. Se necessário, repetir entre 7-14 dias.

Orientar lavar com água quente e passar as roupas de uso e roupas de cama (se não conseguir lavar com água quente, oriente deixar as mesmas fechadas num saco plástico por 3 dias). ([ps-repo.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/#:~:text=roupas%20que%20n%C3%A3o%20puderem%20ser,saco%20pl%C3%A1stico%20por%203%20dias.&text=contatos%20pessoais%20pr%C3%B3ximos%20\(coabitantes%20e,mesmo%20que%20n%C3%A3o%20apresente%20sintomas\)](https://ps-repo.bvs.br/aps/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/#:~:text=roupas%20que%20n%C3%A3o%20puderem%20ser,saco%20pl%C3%A1stico%20por%203%20dias.&text=contatos%20pessoais%20pr%C3%B3ximos%20(coabitantes%20e,mesmo%20que%20n%C3%A3o%20apresente%20sintomas)))

Adicionalmente, pode-se prescrever **loratadina 10mg/dia** por até 7 dias, se necessário para alívio sintomático do prurido¹.

¹ Se uso tópico é difícil ou tratando múltiplos contatos, discuta com médico para ele considerar prescrever ivermectina (contraindicada em gestantes)

7 – CUIDADO DE ENFERMAGEM E SEGUIMENTO DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS E DA PESSOA POTENCIALMENTE EXPOSTA

Desde a revolução propiciada pela terapia antirretroviral (TARV) o HIV/aids se traduziu em uma patologia crônica, a qual apresenta importância relevante por parte do atendimento pelo profissional de enfermagem, desde o diagnóstico até o acompanhamento do tratamento e complicações da referida terapia.

Neste sentido, e indo ao encontro do cuidado ampliado da pessoa que vive com HIV/aids tanto na atenção primária quanto especializada, este capítulo do volume 2 tem por objetivo fornecer subsídios legais e técnicos ao profissional enfermeiro(a) no que tange ao segmento dessa população. A Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem de Florianópolis recomenda a triagem universal de todas as pessoas que iniciaram a vida sexual independentemente da idade, respeitando os princípios éticos na solicitação dos exames sorológicos.

No diagnóstico de HIV, a testagem laboratorial é realizada em duas etapas: triagem e confirmatória. Assim, sempre que um teste (independentemente da metodologia) na etapa de triagem for reagente, o resultado deverá ser confirmado por um segundo teste.

O diagnóstico da soropositividade em relação ao HIV pode ser feito através da realização de sorologias plasmáticas (ensaio imunológico quimioluminescente na triagem e confirmatório pelo *Imunoblot*, realizados pelo Laboratório Municipal de Florianópolis (LAMUF), por exemplo) ou por testes rápidos (fluxo lateral e duplo percurso), os quais fornecem a confirmação diagnóstica precoce da pessoa que vive com HIV/aids. A partir da confirmação do resultado positivo para HIV (laboratorial - em duas amostras; ou, por dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência durante o atendimento), solicite CD4, CV e demais exames laboratoriais basais (conforme quadro 7.1) e encaminhe para consulta médica para avaliação de início imediato de TARV.

Importante: Há necessidade de repetir o teste para HIV em uma nova amostra de sangue em caso de resultado positivo para HIV em exame laboratorial. Assim, ao receber um paciente com um único exame laboratorial positivo para HIV, o enfermeiro pode realizar o teste rápido (incluindo o confirmatório) ou solicitar novo exame laboratorial para confirmar o diagnóstico.

Diagnóstico de HIV e, em conjunto com o médico, iniciar a TARV imediatamente. A solicitação de exames laboratoriais para o diagnóstico de HIV leva ao risco de perda de seguimento e atrasos no diagnóstico e início da TARV.

Se paciente é gestante e apresenta sintomas sugestivos de HIV/aids ou de outras IST, ou tem risco de perda de seguimento (pessoa em situação de rua, migrante, com problemas de saúde mental ou uso abusivo de álcool ou outras drogas), sempre use teste rápido para avaliar infecção pelo HIV e outras ISTs.

Não será abordado neste momento as especificidades da referida testagem. Caso deseje saber mais, acesse o manual técnico do Ministério da Saúde (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf) ou a página de HIV: diagnóstico do PACK Brasil adulto (disponível em bit.ly/programapackbrasil_aba_recursos)

Quadro 7.1 – Periodicidade de solicitação de exames da Pessoa Vivendo com HIV/AIDS por enfermeiros(as)

Quando pedir	Tipo de marcador (AZT – zidovudina; IPs – atazanavir, darunavir, ritonavir; TDF – tenofovir; EFV - efavirenz)
No diagnóstico ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis (se nunca teve sífilis, faça teste rápido; se história prévia de sífilis, solicite teste não treponêmico) • HBsAg (prefira teste rápido), anti-HBc total, anti-HBs • Anti-HCV (prefira teste rápido; se tem anti-HCV reagente, solicite RNA-HCV) • Anti-HAV IgG • CD4, carga viral • Creatinina (TFGe), PU • TGO, TGP, BT/F, HMG • Se idade ≥ 40 anos ou com doença cardiovascular (DCV) conhecida²: colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TGC). Se não tem DCV conhecida², use valores para calcular o risco cardiovascular (RCV). Se tem DCV conhecida², discuta com médico para interpretar. • Verificar indicação de rastreio de DM (conforme protocolo de enfermagem volume 01), caso não tenha diabetes conhecida. • Raio-X de tórax • Se pessoa com vagina/útero: verificar indicação de exame preventivo do colo uterino (conforme protocolo volume 3) • Rastreio de gonococo e clamídia (solicite sítio de coleta de acordo com práticas sexuais desprotegidas).
Com o resultado do CD4 disponível (solicitado no momento do diagnóstico)	<ul style="list-style-type: none"> • IGRA ou PPD (se IGRA não disponível): se CD4 > 350 e sem sintomas de TB e nunca teve TB ou ILTB. (Atenção: se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB e CD4 ≤ 350, paciente tem indicação de tratamento de ILTB sem necessidade de avaliar resultado do IGRA ou PPD, discuta com médico para indicação)
Reiniciando/mudando TARV (se últimos exames > 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • Se usa TDF: creatinina (TFGe), PU • Se usa AZT: HMG • Se usa IPs ou EFV: CT, HDL e TGC
2 meses após o início/reinício da TARV	<ul style="list-style-type: none"> • Carga viral • Se usa TDF: creatinina (TFGe), PU • Se usa AZT: HMG
6 meses após o início/reinício da TARV	<ul style="list-style-type: none"> • CD4, carga viral • TGO, TGP, BT/F • HMG • Se usa TDF: creatinina (TFGe), PU • Se RCV $\geq 20\%$: CT, HDL e TGC (use valores para calcular o risco cardiovascular) • Se vacinação contra HBV incompleta ou anti-HBs < 10 após vacinação: HBsAg (prefira teste rápido) e anti-HBc total
1 ano após o início da TARV	<ul style="list-style-type: none"> • CD4, carga viral

	<ul style="list-style-type: none"> • TGO, TGP, BT/F • HMG • Se RCV < 20% ou com DCV: CT, HDL e TGC. Se não tem DCV conhecida², use valores para calcular o risco cardiovascular (RCV). Se tem DCV conhecida², discuta com médico para interpretar. • Verificar indicação de rastreio de DM (conforme protocolo de enfermagem volume 01), caso não tenha diabetes conhecida. • Se usa TDF: creatinina (TFGe), PU • Anti-HCV (prefira teste rápido; se tem anti-HCV reagente, solicite RNA-HCV) • Se IST no último ano, novas ou múltiplas parcerias sexuais ou uso irregular de preservativos: rastreio de gonococo e clamídia (solicite sítio de coleta de acordo com as práticas sexuais desprotegidas). • Se vacinação contra HBV incompleta ou anti-HBs < 10 após vacinação: HBsAg. • IGRA ou PPD (se IGRA não disponível): se CD4 > 350 e sem sintomas de TB e nunca teve TB ou ILTB. (Atenção: se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB e CD4 ≤ 350, paciente tem indicação de tratamento de ILTB sem necessidade de avaliar resultado do IGRA ou PPD, discuta com médico para indicação)
A cada 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis (se nunca teve sífilis, faça teste rápido; se história prévia de sífilis, solicite teste não treponêmico) • Carga viral • TGO, TGP, BT/F • Se usa AZT: HMG • Se usa TDF: creatinina (TFGe), PU • Se vacinação contra HBV incompleta ou anti-HBs < 10 após vacinação: HBsAg (prefira teste rápido) e anti-HBc total • Se RCV ≥ 20%: CT, HDL e TGC (use valores para calcular o risco cardiovascular)
Anualmente	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HCV (prefira teste rápido; se tem anti-HCV reagente, solicite RNA-HCV) • Se RCV < 20% ou com DCV: CT, HDL e TGC. Se não tem DCV conhecida², use valores para calcular o risco cardiovascular (RCV). Se tem DCV conhecida², discuta com médico para interpretar. • HMG • Se IST no último ano, novas ou múltiplas parcerias sexuais ou uso irregular de preservativos: rastreio de gonococo e clamídia (solicite sítio de coleta de acordo com as práticas sexuais desprotegidas). • Verificar indicação de rastreio de DM (conforme protocolo de enfermagem volume 01), caso não tenha diabetes conhecida. • IGRA ou PPD (se IGRA não disponível): se CD4 > 350 e sem sintomas de TB e nunca teve TB ou ILTB. (Atenção: se sem sintomas de TB e TB excluída pelo rx de tórax e nunca teve/tratou TB ou ILTB e CD4 ≤ 350, paciente tem indicação de tratamento de ILTB sem necessidade de

	avaliar resultado do IGRA ou PPD, discuta com médico para indicação)
--	--

Fonte: Adaptado de Fiocruz/ENSP (2023) e Brasil (2022).

¹Dentre os exames a serem solicitados no diagnóstico, atentar-se para a **Genotipagem pré-tratamento** (**solicitação médica**: discutir com médico para solicitar): se nunca usou TARV e um dos seguintes: uso de PrEP durante ou após infecção, gestação atual, TB ativa, infecção por parceria com CV detectável em uso atual de TARV (risco de resistência transmitida) ou paciente com indicação de iniciar TARV com efavirenz (**atenção**: não é necessário aguardar resultado para iniciar TARV).

²IAM, AVC, AIT, angina ou doença arterial periférica.

Observação: Alterações nos parâmetros destes exames devem ser interpretados pelo(a) médico(a) com consequente conduta.

Saiba mais:

Para maiores informações sobre imunização e critérios de encaminhamento de pessoas vivendo com HIV/aids, consulte o manual do Centro de Referência de Imuno Especiais. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Quadro 7.2 – Interpretação dos resultados de CD4 e Carga Viral e condutas

Situação Clínica e resultados de CD4 e Carga Viral	Conduta do(a) enfermeiro(a)
Assintomático em uso de TARV com CV indetectável, 2 resultados de CD4 consecutivos > 350cél/mm ³	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar adesão terapêutica Manter cuidados Segmento com MFC de 3 meses Pedir CV cada 6 meses Não há necessidade de solicitar e repetir/monitorar CD4
Assintomático com CD4 > 350 cél/mm ³ , mas carga viral detectável	<ul style="list-style-type: none"> Descartar possibilidade de não adesão terapêutica e reforçar a importância do tratamento Se início da TARV há 2 meses: compare valor atual com valor da CV basal, não pare TARV e faça interconsulta ou discussão com MFC Se início da TARV há ≥ 6 meses: agende retorno com MFC (possibilidade de falha virológica), avalie medicamentos e interações com TARV, não pare TARV e repita CV após 4 semanas
Assintomático e com CD4 < 350 cél/mm ³ e > 200 cél/mm ³ - CD4 entre 200 e 350 (independente da carga viral)	<ul style="list-style-type: none"> Agendar retorno em breve com MFC Repetir CD4 a cada 6 meses
Assintomático e com CD4 < 200 cél/mm ³ (independente da carga viral)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação MFC imediata
Sintomático independentemente do valor do CD4 ou carga viral	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação MFC imediata

Fonte: Adaptado de Fiocruz/ENSP (2023) e Brasil (2015).

Atenção: A infecção pelo HIV e os casos de aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. Assim, ao atender pela primeira vez uma pessoa vivendo com HIV/aids, verifique se foi realizada anteriormente a notificação e o preenchimento da ficha de investigação do HIV/aids do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Caso não tenha sido realizada a notificação/investigação, realize!**

Vale destacar que: a) todos os casos de aids em adultos e crianças devem ser notificados, mesmo que anteriormente já tenham sido comunicados como infecção pelo HIV; b) a pessoa que dá entrada no serviço, é diagnosticada com HIV e preenche um dos critérios de definição de caso de aids, será notificada apenas como caso AIDS.

7.1 – Profilaxia Pós-Exposição (PEP) Sexual

A PEP é um dos grandes avanços na quebra de cadeia de transmissão do HIV e faz parte da estratégia mundial de enfrentamento ao HIV preconizada pela OMS. A abordagem oportunística de situações de risco, principalmente sexual, pode se traduzir em benefício duradouro na prevenção da transmissão do HIV. Dessa forma, a PEP consiste na prescrição de medicamentos antirretrovirais, com início de esquema terapêutico em até 72 horas da exposição de risco.

Embora a PEP sexual seja um avanço importante no enfrentamento da epidemia, ela não substitui o uso do preservativo. As medidas preventivas tornam-se cada vez mais relevantes e é importante reforçar o uso do preservativo como estratégia principal de prevenção, além de ofertar outras estratégias de prevenção combinada, como PrEP, sendo que qualquer pessoa que tenha feito uso de PEP tem indicação de avaliar o uso de PrEP após finalizar a PEP (vide *item 7.2 deste protocolo*).

O enfermeiro irá atuar na prescrição da PEP sexual em consulta de enfermagem (inclusive em casos de violência sexual), em pessoas a partir de 12 anos. Nas demais situações de profilaxia pós-exposição, como a exposição ocupacional ou em crianças menores de 12 anos, o médico deverá ser acionado para a avaliação e conduta clínica.

Em um primeiro momento, o/a profissional irá acolher este/a usuário/a e durante o atendimento inicial é importante realizar a avaliação de como, quando, e com quem aconteceu a exposição. Para isso, **4 perguntas devem ser feitas para nortear o atendimento para decisão do uso da PEP ou não, conforme o exposto a seguir.**

PERGUNTA 1: O TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO É DE RISCO PARA A TRANSMISSÃO DO HIV?

Quando ocorre a exposição a materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV a PEP está recomendada.

Quadro 7.3 – Tipo de material biológico

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV	Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV ¹
<ul style="list-style-type: none"> • Sangue; • Fluidos vaginais; • Líquido amniótico; • Líquido articular; • Sêmen; • Líquido de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico); • Líquor; • Leite materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suor; • Fezes; • Vômitos; • Secreções Nasais; • Lágrimas; • Urina; • Saliva.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

1ª presença de sangue nessas secreções torna esses materiais potencialmente infectantes, caso em que o uso de PEP pode ser indicado.

PERGUNTA 2. O TIPO DE EXPOSIÇÃO É DE RISCO PARA A TRANSMISSÃO DO HIV?

Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV que constituem situações na qual a PEP está recomendada.

Quadro 7.4 – Tipo de Exposição

A. Exposição com risco de transmissão do HIV	B. Exposição com risco de transmissão do HIV
A.1 Percutânea. Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes;	<ul style="list-style-type: none">• B.1 Cutânea em pele íntegra
A.2 Membranas Mucosas. Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca;	<ul style="list-style-type: none">• B.2 Mordedura sem a presença de sangue
A.3 Cutânea pele não íntegra. Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas.	
A.4 Mordedura com presença de sangue. Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.	

Fonte: Brasil (2021).

PERGUNTA 3. O TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O ATENDIMENTO É MENOR QUE 72H?

As situações de exposição ao HIV são consideradas atendimento de URGÊNCIA, sendo assim, a PEP deve ser iniciada o mais breve possível, tendo como limite as 72h subsequentes à exposição. O início da profilaxia o mais breve possível, preferencialmente entre a primeira e a segunda hora, apresenta maior eficácia da intervenção, não sendo demonstrado benefício da profilaxia com ARV após 72 horas de exposição (DEHAAN, 2020; ABERG, 2023). **Para situações que ultrapassem as 72h, a PEP não está mais indicada.**

PERGUNTA 4. A PESSOA EXPOSTA TEM O TESTE RÁPIDO NÃO REAGENTE PARA O HIV NO MOMENTO DO ATENDIMENTO?

A indicação da PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve ser avaliada por meio de Testes Rápidos (TR) nas situações que são consideradas de risco. O TR irá nortear se a exposição ao vírus foi anterior à situação de risco.

Quadro 7.5 – Conduta do enfermeiro frente ao resultado do Teste-Rápido da pessoa exposta

Resultado do TR	Conduta do(a) enfermeiro(a)
Amostra não reagente (TR1 não reagente)	A PEP está indicada pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.
Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes)	A PEP não está indicada.
Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente)	Não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica. Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

Fonte: Portaria SCTIE/MS nº 54, de 24 de agosto de 2021

Em casos excepcionais, em que o TR de HIV não estiver disponível ou não for possível realizá-lo no momento do atendimento, é possível iniciar a PEP para HIV, quando indicada, desde que se garanta que paciente realize um TR ou colete exame laboratorial de HIV e o resultado seja revisto em até 72h.

Para mais informações em relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV, consulte a página 116 do PACK Adulto Florianópolis 2023/24 (disponível em bit.ly/programapackbrasil) e o Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV (BRASIL, 2018).

DE FORMA RESUMIDA, A INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO (PEP) DEVE OCORRER QUANDO AO ATENDER O/A USUÁRIO/A, AS RESPOSTAS DAS QUATRO (4) PERGUNTAS ANTERIOR FOR **SIM**.

O profissional ainda **pode adicionar uma quinta pergunta** para a avaliação da indicação da PEP:

PERGUNTA 5. A PESSOA-FONTE TEM O TESTE RÁPIDO REAGENTE PARA O HIV NO MOMENTO DO ATENDIMENTO?

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à ausência da pessoa-fonte. Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível.

Quadro 7.6 – Conduta do enfermeiro frente ao resultado do Teste-Rápido da pessoa-fonte

Resultado do TR	Conduta do(a) enfermeiro(a)
Amostra não reagente (TR1 não reagente)	A PEP não está indicada para a pessoa exposta. Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias (janela imunológica) . No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.
Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes)	A PEP está indicada para a pessoa exposta

Fonte: Portaria SCTIE/MS nº 54, de 24 de agosto de 2021

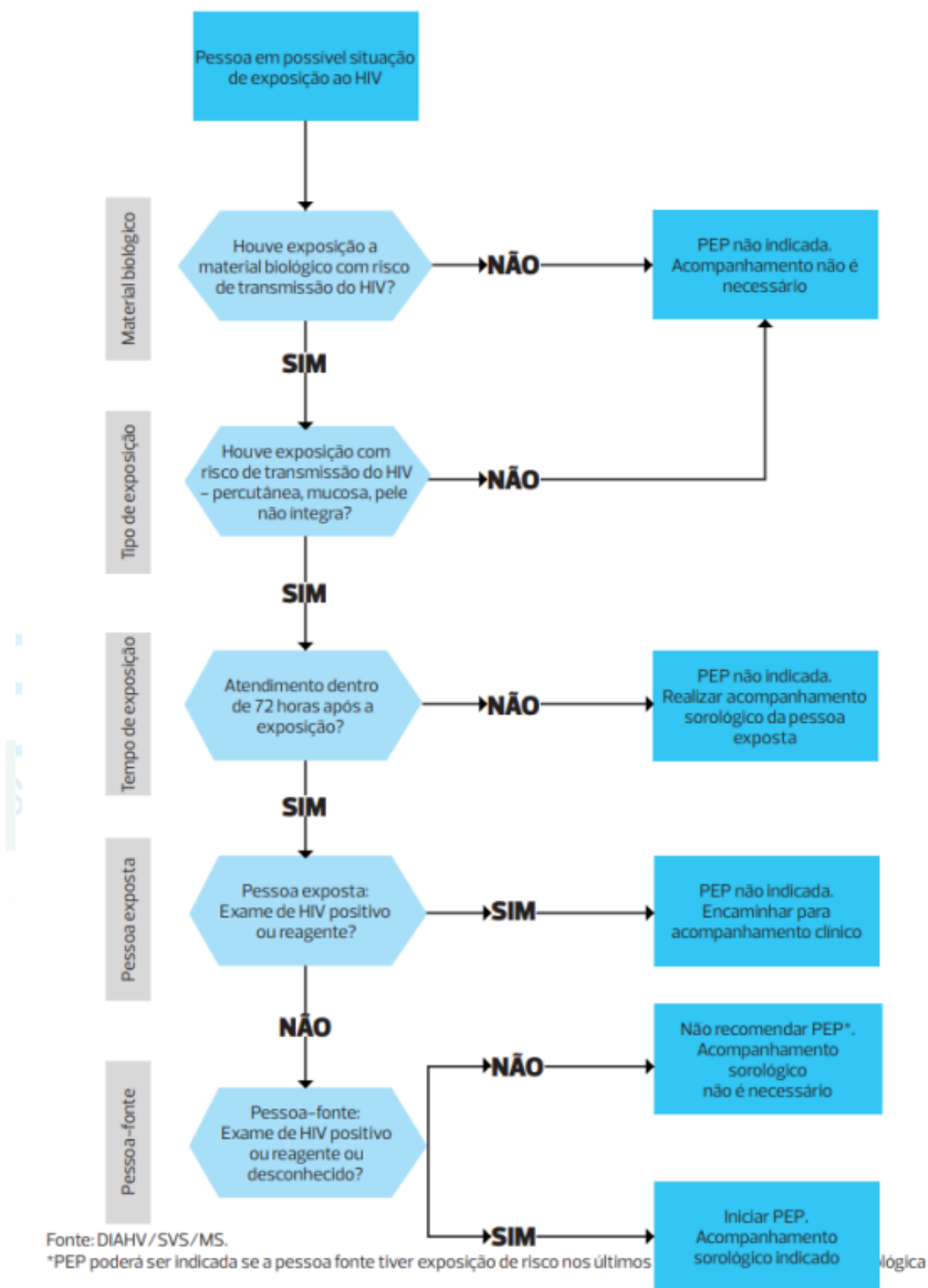
Vale destacar que **se a pessoa-fonte for pessoa vivendo com HIV em uso regular de TARV e CV indetectável há ≥ 6 meses, ela não transmite o HIV por exposição sexual (indetectável = zero risco de transmissão do HIV).** Nesses casos, a prescrição ou não da PEP pode ser discutida com a pessoa exposta. Deve-se considerar a adesão à TARV, histórico de CV do HIV e presença de outras ISTs. A pessoa exposta tem autonomia para decidir se usa ou não a PEP. Se necessário, discuta ou encaminhe ao médico da equipe para avaliar.

Caso a PEP não esteja indicada:

- Aconselhe sexo seguro/prevenção combinada: forneça preservativo/gel lubrificante, oriente teste regular de ISTs e o que é e onde buscar PEP/PrEP. Se disponível, forneça autotestes de HIV para paciente e parcerias.
- Oriente sobre redução de danos.
- Avalie e aconselhe sobre anticoncepção de emergência e planejamento familiar.
- Avalie esquema vacinal de hepatite B e indique a vacina se necessário.
- Faça testes rápidos de HIV, sífilis (se paciente tem história prévia de sífilis, solicitar coleta de teste não treponêmico e teste treponêmico, ao invés de realizar o teste rápido), hepatite C e B (se paciente tem registro de anti-HBs ≥ 10 , considere imune, não precisa testar/vacinar).
- Verifique a indicação de rastrear NG/CT (ver tópico 2.1 deste protocolo).

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Fluxograma 7.1 – Fluxograma para indicação de PEP* ao HIV



Observação: Se a pessoa exposta está em uso adequado de PrEP e a exposição foi por sexo desprotegido, não há indicação de PEP e pessoa deve continuar uso de PrEP. Porém, se a exposição for por acidente perfurocortante, a PrEP deve ser suspensa e a PEP está indicada.

Um fato que deve ser sempre trabalhado junto aos profissionais de saúde é a questão de não realizarem julgamentos morais referentes às pessoas que buscam a PEP e a maneira a qual estas o fazem, sendo que a facilitação do acesso a mesma deve ser a prioridade.

“Não faça julgamento moral!!!”

Após a identificação da necessidade de realizar a PEP conforme o fluxograma 7.1 (acima), a equipe deve indicar a realização dos exames descritos no quadro 7.7, conforme os períodos definidos no mesmo quadro. A prescrição da PEP a partir deste protocolo passa a ser uma prerrogativa do enfermeiro.

Os exames podem ser solicitados pelo(a) enfermeiro(a) da equipe.

Quadro 7.7 – Recomendações de testes rápidos ou exames laboratoriais para seguimento da PEP

Testes rápidos ¹ ou exames laboratoriais	Primeiro Atendimento	4 a 6 semanas após início da PEP	12ª semana após início da PEP	6 meses após início da PEP
Teste rápido HIV	X	X	X	
Teste rápido Sífilis ²	X	X		
Teste rápido Hepatite B (HbsAg) ³	X			
Anti-HBS ⁴	X			
Teste rápido Hepatite C (anti-HCV) ⁵	X	X		X
Testagem para N. gonorrhoeae/ C. Trachomatis ⁶	X	X		
Creatinina ⁷	Se pessoas com DM, HAS, Doença Renal Crônica, história/registro de TFG _e < 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico, entre outras situações de risco para nefrotoxicidade.			
Em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.				

Fonte: Adaptado de Brasil (2021) e Pack adulto Florianópolis/2023-24.

¹Em todo atendimento de PEP, além do teste rápido de HIV deve-se realizar testes rápidos de sífilis (se paciente tem história prévia de sífilis, solicitar coleta de teste não treponêmico e teste treponêmico, ao invés de realizar o teste rápido), hepatite C e B (se paciente tem registro de anti-HBs ≥ 10, considere imune, não precisa testar/vacinar). **Os testes e exames laboratoriais não devem caracterizar barreira para a oferta da PEP, logo,**

mesmo que não haja possibilidade de realizá-los ou solicitá-los no mesmo dia, a PEP mesmo assim deve ser iniciada e deve-se providenciar o quanto antes a realização dos mesmos.

²Se histórico conhecido de sífilis anteriormente diagnosticada, solicite TNT (VDRL ou RPR).

³Em caso de HbsAg não reagente em indivíduo suscetível, **iniciar ou completar o esquema vacinal** para a hepatite B e **avaliar a indicação de IGHAHB** (ver o capítulo de condutas adicionais a PEP para hepatite B neste protocolo).

Indivíduo suscetível: pessoa com HbsAg não reagente, sem registro de esquema vacinal completo para hepatite B (3 doses aplicadas adequadamente), ou que não apresentou soroconversão para Anti-Hbs maior ou igual a 10 UI/L após dois esquemas vacinais completos.

⁴Solicitado como forma de avaliar a imunidade do usuário - se já tem registro de Anti-Hbs reagente não é necessário testar para hepatite B e não tem indicação de repetir Anti-Hbs. O Anti-Hbs deve ser realizado preferencialmente de 1 a 2 meses após a última dose da vacina (ou em até 6 meses), e nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos 6 meses após a última dose de IGHAHB.

⁵Se tem anti-HCV reagente prévio, solicite HCV-RNA.

⁶ Detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular. Realizar em pessoas assintomáticas conforme item 2.1 (se sintomática, realizar a abordagem síndrome para avaliação e tratamento).

⁷Para cálculo de clearance de creatinina. A solicitação de creatinina não deve atrasar a prescrição de PEP e somente uma TFGe < 50 necessita avaliar com médico a troca do esquema de PEP preferencial, lembrando que nesses casos a prescrição é exclusiva do médico.

Observações relevantes:

- No acompanhamento/segmento dos usuários durante e após a prescrição da PEP, dar preferência ao uso de Testes rápidos, exceção dada no caso da Sífilis, quando a pessoa já tiver diagnóstico prévio, sendo indicado neste caso testes não treponêmicos (ex. VDRL) no curso do seguimento
- Deve-se reavaliar a pessoa em 2 semanas após o início da medicação a fim de estimular a adesão e verificar possíveis efeitos colaterais da PEP. Podendo a reavaliação ser realizada por teleconsulta.
- O tratamento preventivo para profilaxia de outras IST é recomendado para pessoas vítimas de violência sexual (de acordo com o quadro 7.8 deste protocolo), devido o risco de perda de seguimento.

7.1.2 – Esquema antirretroviral para a PEP

A profilaxia medicamentosa com antirretrovirais para PEP, apresenta-se como algo seguro e respaldado pela Organização Mundial da Saúde, fazendo parte da estratégia mundial de prevenção combinada, a qual é fundamental na quebra da cadeia de transmissão ao HIV.

No que tange o papel do enfermeiro, a prescrição da Profilaxia Pós-exposição Sexual, será realizada obedecendo os critérios de segurança profissional e do paciente, sendo que a mesma encontra respaldo no parecer do COFEN 12/2020 de maio de 2020 e, em estudos internacionais da estratégia NIMART (*nurse-initiated and managed antiretroviral treatment*) que afirmam ser esta estratégia algo importante na condução do controle da pandemia do HIV/aids no mundo e algo seguro, desde que baseado em evidências e treinamento continuado.

Sendo assim e reforçando o que o Ministério da Saúde (2018) nos reporta quando fala que:

“O esquema preferencial (**TDF + 3TC + DTG**) possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico. Além disso, apresenta alta barreira genética, aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida, principalmente quando a pessoa-fonte é multi experimentada” (Brasil, 2018 *pág.29*).

Desta forma e reafirmando a citação acima, a prescrição da profilaxia Pós-Exposição Sexual pelos enfermeiros de toda a rede municipal de saúde de Florianópolis, utilizará o esquema composto pelos seguintes antirretrovirais: **Dolutegravir (DTG) + Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC)***.

Atenção: **Reforçamos que a prescrição do tratamento de pessoas vivendo com HIV é uma prerrogativa médica, mesmo nos quadros de controle virológico adequado.**

Quadro 7.8 – Esquema medicamentoso preferencial para profilaxia pós exposição sexual a ser prescrito pelos enfermeiros da rede municipal de Florianópolis

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir 300mg (TDF) / Lamivudina 300mg (3TC)	300/300 mg (TDF/3TC)	1 comprimido ao dia por 28 dias
Dolutegravir 50 mg (DTG)	50 mg	1 comprimido ao dia por 28 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS - Adaptado de Brasil (2018).

Para a prescrição o enfermeiro deverá acessar os formulários de prescrição padrão mais atuais do MS. Esses formulários estão disponíveis em: Siclom gerencial (<http://azt.aids.gov.br/>)- documentos

OBSERVAÇÕES:

- Deve-se tomar a primeira dose o quanto antes possível (não perder tempo), e as demais doses preferencialmente no mesmo horário e preferencialmente com alimento ou logo após uma refeição a fim de evitar a ocorrência de náuseas.
- Se usa antiácido, cálcio/ferro: tomar a PEP 2h antes ou 6h após uso do antiácido ou cálcio/ferro, devido a interação com o DTG.
- Orientar a pessoa sobre a importância da medicação da PEP para não perder quaisquer doses, respeitar os intervalos de uso e a duração da PEP. Algumas estratégias de adesão podem ser orientadas: mensagens ou alarmes pelo celular, uso de aplicativos, diários, porta-pílulas, mapas de doses, associação da tomada dos comprimidos a alguma atividade rotineira e diária, e ligações telefônicas.
- Durante o acompanhamento, a pessoa exposta deve ser orientada a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais e o não compartilhamento de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injetáveis, além da contra-indicação de doação de sangue, órgãos, tecidos ou espermatozoides e da importância de prevenção da gravidez.

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES:

- O esquema preferencial está disponível em todos os Centros de Saúde, UPAs e Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) do município. Esquemas alternativos estão disponíveis somente nas UDMs.
- O formulário de solicitação e prescrição de medicamentos antirretrovirais para Profilaxia PEP de risco à infecção pelo HIV, está disponível em: Siclom gerencial (<http://azt.aids.gov.br/>) - Documentos - Formulário de dispensação de ARV - Profilaxia PEP (digitável ou não), conforme figura abaixo.

Figura 7.1 – Acesso ao formulário de prescrição de PEP pelo SICLOM



Fonte: Florianópolis, 2023 - Protocolo Farmacêutico de Prescrição de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, ISTs e Hepatites Virais.

- Para a prescrição, é necessário que sejam preenchidos todos os campos obrigatórios do formulário de solicitação de PEP, e datado e carimbado pelo enfermeiro prescritor. Após, o formulário é entregue ao usuário para retirada na farmácia. Além do formulário, deve-se fornecer um receituário simples com a prescrição dos medicamentos orientando a posologia e duração do tratamento.

Reações adversas:

Os esquemas atuais apresentam baixa toxicidade e menos efeitos adversos. Quando presentes, os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes.

Orientar que os efeitos adversos são leves e que a pessoa não deve parar PEP. Ela pode usar medicamentos sintomáticos e se efeitos não usuais ou sem melhora ou piorando ou graves (como dor abdominal intensa, icterícia), deve retornar para avaliação ou procurar emergência.

Essas reações adversas, as quais na maioria das vezes são leves e autolimitadas e devem ser conversadas com a pessoa para tranquilizá-la e orientar uma vinculação maior com a equipe de saúde.

O quadro abaixo traz o manejo das mesmas:

Quadro 7.9 – Efeitos adversos mais comuns da PEP e manejo

Tipos de Sintoma	Manejo
Cefaléia leve e sem sinais focais	Analgesia simples e cuidados. Usar analgesia conforme protocolo volume 4.
Náuseas	Ingerir o medicamento preferencialmente com alimento ou logo após uma refeição. Caso necessário discuta com médico indicação de antiemético.
Diarreia	Fracionamento da dieta, uso de sal de reidratação oral e reposição de líquidos.
Insônia	Dar preferência em ingerir a PEP durante a manhã
Fadiga	Tranquiliza o paciente, pois seu efeito é transitório e autolimitado
Desconforto abdominal, flatulência	Orientações sobre dieta

Elaboração: DAS/SMS/PMF.

Observação:

- Se alguma outra reação adversa além destas aparecer, discuta o caso com o médico da equipe a fim de avaliação clínica.

Atenção:

Vale ressaltar ainda que pessoas com **HAS/DM descompensadas, função renal alterada (TFGe menor que 50)¹ ou Doença Renal Crônica (DRC)¹, portadores de hepatopatias, coinfectados pelo vírus da Hepatite B ou C, portadores de Tuberculose e pessoas em uso de anticonvulsivantes**, devem **obrigatoriamente ser avaliadas pelo médico da equipe**, através de consulta, consulta conjunta ou interconsulta e, na impossibilidade da mesma ser encaminhada a outros níveis do sistema, a fim da realização de avaliação clínica e avaliação da necessidade ou não de esquema alternativo para PEP.

(Exemplo: na impossibilidade de avaliação médica na unidade encaminhar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com urgência.)

GESTANTES, menores de 18 anos, mulheres em atraso menstrual ou em amamentação embora não haja contraindicações a PEP, estas também deverão ser avaliadas pelo médico da equipe ou referência, através de consulta ou consulta compartilhada. Na indisponibilidade, referenciar com urgência a outros níveis do sistema.

Saiba mais sobre Terapia Antiretroviral (TARV) e interações com outras medicações em:
<http://interacoeshiv.huesped.org.ar>

OBSERVAÇÃO:

- O TDF (Tenofovir) está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças preexistentes (ou com fatores de risco), quando a taxa de filtração glomerular for menor que 50mL/min, ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal. A indicação de TDF ou de medicamento alternativo deve ser avaliada pelo médico, já que a duração da exposição ao

medicamento será curta (28 dias) e provavelmente reversível com a suspensão do medicamento.

7.1.2 – Condutas adicionais no atendimento à pessoa em busca de PEP

Devido à exposição potencial à uma IST, as condutas adotadas em todos os demais casos também devem ser seguidas nesse, como o oferecimento/realização de testagem sorológica, vacinação contra a hepatite B e controle de gravidez indesejada.

Quadro 7.10 – Abordagem adicional no atendimento à pessoa em busca de PEP

Avaliação	Conduta
Hepatite B	<p>Verifique status vacinal e avalie indicação de vacina contra HBV e de imunoglobulina anti-hepatite B (IGHAHB). Atente-se ao fato de que, quando indicada, a IGHAHB deve ser realizada o quanto antes (preferencialmente em 48 horas) ou em ≤ 7 dias da exposição percutânea ou em ≤ 14 dias da exposição sexual.</p> <p>Se vacinação incompleta¹ ou desconhecida ou registro de anti-HBs < 10 UI/L, prescreva vacina contra HBV. Nesse caso, também prescreva IGHAHB se uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa-fonte é positiva para HBV; - Pessoa exposta por acidente perfurocortante; - Pessoa exposta por violência sexual. <p>Se vacinação completa¹ e sem registro de anti-HBs ≥ 10 UI/L, solicite anti-HBs e revise o resultado em 48h-72h. Se anti-HBs < 10 UI/L, prescreva IGHAHB se uma das seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa- fonte é positiva para HBV; - Pessoa exposta por acidente perfurocortante; - Pessoa exposta por violência sexual; <p>Se vacinação completa¹, sem registro de anti-HBs e pessoa fonte com suspeita hepatite B aguda, solicite anti-HBs, porém não aguarde o resultado do anti-HBs e encaminhe para receber IGHAHB imediatamente:</p> <p>Serviço para aplicação da Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B: Hospital Nereu Ramos.</p>
Tétano	Se exposição por violência sexual ou por acidente perfurocortante e vacinação incompleta ou desconhecida ou última dose há > 5 anos, prescreva vacina dT.
Gravidez	<p>Se atraso menstrual, faça teste de gravidez². Se negativo e não usa método de contracepção confiável e ≤ 5 dias da exposição sexual (até 120h após), ofereça contracepção de urgência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levonorgestrel 1,5 mg dose única (dois comprimidos de 0,75mg)³; <p>Se IMC ≥ 30 ou uso de efavirenz, rifampicina, fenitoína, fenobarbital ou carbamazepina⁴, ofereça DIU de cobre⁵ ou aumente a dose de levonorgestrel para 3mg em dose única (quatro comprimidos de 0,75mg);</p>

Prevenção de ISTs⁵	<p>Se exposição por violência sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescreva Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo). Se alergia a penicilina, prescreva Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, de 12/12 horas por 15 dias (não usar em gestantes/nutrizes). Prescreva ceftriaxona 500 mg IM em dose única e azitromicina 1g oral em dose única⁶. <p>Se corrimento vaginal com odor fétido ou teste KOH positivo, também prescreva metronidazol 2g dose única⁶ ou metronidazol 500mg⁵ VO 12/12 h por 7 dias (evitar álcool até 24 horas após o uso do medicamento).</p>
Serviço de referência	<p>Se violência sexual há ≤ 72 horas, encaminhe aos serviços de referência (faça contato prévio e carta de referência):</p> <ul style="list-style-type: none"> Mulheres cis e pessoas transmasculinas e transfemininas: Maternidade Carmela Dutra ou Hospital Universitário Homens cis: Hospital Universitário <p>Evite exame físico que comprometa coleta de evidência criminal.</p>
HPV	Se exposição por violência sexual e ≤ 45 anos e não vacinado ou vacinação incompleta para HPV, prescreva a vacina contra HPV (3 doses: 0, 1-2 e 6 meses)
Notificação	<p>Se exposição por violência sexual ou acidente perfurocortante, notifique!</p> <p>A violência sexual é de notificação obrigatória e imediata. Oriente sobre o direito à realização do Boletim de Ocorrência.</p>
Adesão	Verifique a adesão e oriente/pergunte sobre os efeitos adversos da PEP (<u>quadro 7.9</u> deste protocolo) e aconselhe a pessoa a relatar outros efeitos adversos além dos mais comuns e prontamente procurar a equipe de saúde.
Prevenção combinada	<p>Aconselhe o uso de preservativos.</p> <p>Discuta e ofereça PrEP para toda pessoa acima de 15 anos (com mais de 35 Kg) que precisou fazer uso de PEP devido exposição sexual, independentemente de seu sexo biológico, identidade de gênero ou orientação sexual. Quando indicada a PrEP, a transição de PEP para a PrEP deve ser feita somente após os 28 dias de uso da PEP e após excluir infecção pelo HIV.</p> <p>Parar o aleitamento materno até o fim de seguimento da PEP (no mínimo 3 meses).</p>
Nova exposição de risco na vigência da PEP	Se houver nova exposição de risco na vigência da PEP, discuta com o médico . Geralmente não há alteração da conduta e tempo da PEP. Se a nova exposição de risco ocorrer nos últimos 2 dias da PEP (>=27º dia), estender por mais 48h a medicação (ex. se exposição de risco no 27º dia, fazer PEP até D29).

Fonte: Adaptado de Florianópolis (2021) e Pack adulto Florianópolis/2023-24.

¹Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

²A ausência do teste rápido para gravidez não deve ser impedimento para o início da PEP, por tratar-se de urgência em saúde. Neste caso a avaliação deve ser feita pelo médico e o enfermeiro deve solicitar o exame Beta HCG.

³Em caso de vômitos até 2 horas após a ingestão do contraceptivo oral, discuta com o médico para avaliar repetir a dose associada a um antiemético (metoclopramida 10mg via oral ou endovenosa) 30 minutos antes ou considerar DIU de cobre.

⁴Confira outros medicamentos que o usuário usa e avalie interação medicamentosa.

⁵Em caso de exposição por **violência sexual**, deve-se observar as recomendações e contraindicações para uso de DIU de cobre. Atentar-se para não ter condutas que comprometam a coleta de evidência criminal.

⁶Se necessário o uso de algum esquema alternativo de tratamento, solicitar avaliação médica.

Quadro 7.11 – Abordagem adicional no atendimento à pessoa em exposição por violência sexual

IST	Medicação	Posologia (adultos e adolescentes com mais de 45KG)
Sífilis	Penicilina G benzatina ¹	2,4 milhões de UI, via IM (1,2 milhões de UI em cada glúteo)
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona	500mg (1 ampola), via IM, dose única
	MAIS Azitromicina	MAIS 500mg 2 comprimidos (1g), via oral, dose única
Tricomoníase	Metronidazol ²	2g, via oral, dose única

Fonte: DCCI/SVS/MS.

¹Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

²Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de emergência ou medicamentos antirretrovirais.

7.2 PrEP – PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO AO HIV

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é uma estratégia eficaz e segura que envolve o uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de infecção pelo HIV. Essa abordagem vem demonstrando sua eficácia na redução de novas infecções por HIV, especialmente em indivíduos com risco aumentado de contrai-lo.

Considerando a estratégia da Organização Mundial da Saúde de evitar novas infecções pelo HIV e consequentemente colaborar para esta política, foi estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil no âmbito do SUS a profilaxia pré-exposição ao HIV/aids, a qual desde o ano de 2018 a Capital Catarinense é signatária.

Diante do exposto, o presente vem para estabelecer os critérios de envolvimento do profissional enfermeiro na atuação a PrEP, a qual compreende desde a captação e acolhimento dos usuários, até mesmo a realização da primeira consulta para avaliação clínica inicial dos usuários candidatos a mesma, inclusive com a prescrição da terapia medicamentosa conforme a adequação e segurança da mesma.

Neste sentido, a prescrição da PrEP por enfermeiros no âmbito da rede assistencial do SUS, tanto em Florianópolis como nos demais municípios, ficará a cargo de todos aqueles que realizarem o treinamento proposto pela SMS e/ou Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, considerando as particularidades, monitoramento especializado que a mesma necessita e treinamento necessário para sua prescrição, independente do ponto da rede de sua lotação.

A PrEP é um recurso disponível para uma pessoa, independente de sexo biológico, identidade de gênero ou orientação sexual, que deseje usá-la como uma forma de prevenção combinada para gerir o seu risco de se infectar pelo HIV.

Alguns segmentos populacionais estão em maior risco e vulnerabilidade para a infecção pelo HIV: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, travestis e trabalhadoras/es do sexo. Sendo essa população considerada prioritária para a oferta de PrEP.

É importante considerar que o pertencimento a um dos segmentos citados acima não é suficiente para caracterizar indivíduos com exposição frequente ao HIV. Para essa definição, é necessário observar as práticas e suas parcerias sexuais, a sua dinâmica social e os contextos específicos associados a um maior risco de infecção.

7.2.1 – Uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP sexual)

O uso da Profilaxia pré-exposição (PrEP), deve obedecer a um passo a passo adequado, bem como indicações que permitam ao enfermeiro fortalecer a adesão e a segurança na prescrição desta importante estratégia no enfrentamento e prevenção a infecção pelo HIV.

PASSO 1: AVALIAR SE TEVE RELAÇÕES DESPROTEGIDAS NAS ÚLTIMAS 72 HORAS E, PORTANTO, INDICAÇÃO DE PEP

PASSO 2: INDICAÇÃO PARA PrEP (Quadro 7.11)

PASSO 3: REALIZAR TESTE RÁPIDO NO DIA E APRESENTAR SOROLOGIA NEGATIVA

PASSO 4: AVALIAR SE PACIENTE ESTÁ EM JANELA IMUNOLÓGICA E/OU COM SINTOMAS DE INFECÇÃO AGUDA PELO HIV.

PASSO 1

Para prescrever a PrEP, o profissional enfermeiro deve como **PRIMEIRO PASSO** avaliar se a pessoa tem indicação de PEP, ou seja, se teve relações sexuais desprotegidas ou acidente perfurocortante nas últimas 72h (vide item 7.1 de PEP).

Se a PEP for indicada, é recomendado que o paciente termine os 28 dias de uso da PEP e com 30 dias da data da exposição de risco para HIV faça um teste rápido de HIV e, se negativo, pode já iniciar a PrEP.

PASSO 2

Se a PEP não é indicada, o **SEGUNDO PASSO** é avaliar e discutir a indicação de PrEP com base nas práticas sexuais, parcerias e contextos de risco para o HIV (quadro 7.11).

A PrEP pode ser indicada e prescrita para pessoas com idade de 15 anos ou mais, que pesem mais 35 Kg e que desejem usar PrEP e tenham fatores de risco para infecção pelo HIV, lembrando que a prescrição do enfermeiro é somente para pessoas **acima de 18 anos**, sendo em menores de 18 anos a prescrição deve ser realizada por médico. O **quadro 7.11** resume os fatores de risco para infecção pelo HIV que indicam o uso de PrEP.

Quadro 7.12 – Fatores de risco ao HIV que podem ser indicativos ao uso de PrEP

- Uso irregular de preservativo em relações anais/vaginais
- ISTs ou uso de PEP no último ano
- Tem parceria(s) sexual(is) que tem HIV
- Troca sexo por dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia
- Prática chemsex (sexo sob influência de drogas - álcool, metanfetaminas, GHB, MDMA, cocaína, poppers, para aumentar/facilitar experiências sexuais) e diminuir/perde julgamento sobre práticas sexuais e uso de preservativo
- Contexto de relação monogâmica com parceria que provável ou sabidamente tenha relações sexuais fora do relacionamento

Fonte: Ministério da Saúde/2022; PACK/SMS-Florianópolis/2023-24

¹Se paciente tem parceria que vive com HIV e que está em tratamento regular > 6 meses e carga viral indetectável ela não transmite HIV por via sexual, porém paciente tem autonomia para decidir se quer usar PrEP.

Na avaliação do risco da infecção pelo HIV o enfermeiro deve fornecer orientações individualizadas, focadas na pessoa e em suas práticas sexuais, a fim de auxiliá-la a reconhecer e gerenciar seu próprio risco de forma mais eficaz. A discussão acerca da gestão de risco deve considerar a experiência prévia da pessoa com outras estratégias preventivas, suas práticas sexuais, bem como o tipo e frequência das parcerias sexuais, histórico de saúde sexual e reprodutiva, e os contextos de vulnerabilidade e exposição ao HIV.

Considere que algumas pessoas, em especial adolescentes, podem procurar o serviço para iniciar PrEP e não se sintam à vontade de explicitar suas práticas sexuais de risco. Nesse caso, esteja atento para indicar a PrEP para pessoas com 15 anos ou mais (a prescrição do enfermeiro é somente para pessoas **acima de 18 anos**, sendo em < 18 anos a prescrição deve ser realizada por médico) que solicitaram PrEP mesmo que não reportem explicitamente práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV.

É importante também avaliar se há alguma contraindicação ao uso de PrEP. O quadro 7.12 resume as contraindicações ao uso de PrEP oral com o esquema medicamento atualmente disponível - **Tenofovir/Entricitabina**.

Quadro 7.13 – Contra-indicações ao uso da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV¹

- Idade < 15 anos
- Peso < 35 Kg
- Ter história conhecida de fratura óssea patológica (perguntar se tem história de fraturas espontâneas que ocorreram sem trauma significativo ou de fratura em um osso que não é comumente fraturado, como fraturas sem trauma significativo em ossos do carpo, tarso ou ossos longos do tronco)
- Ter diagnóstico conhecido de osteoporose
- Ter doença renal conhecida com TFG_e (taxa de filtração glomerular estimada) < 60
- Ter diagnóstico positivo ao HIV

¹Se qualquer uma das seguintes contra indicações, a PrEP não deve ser prescrita. Se dúvidas, o enfermeiro deve fazer interconsulta e discutir a situação com o médico.

OBSERVAÇÃO:

- Vale ressaltar que a PrEP pode ser usada tanto para pessoas com útero/vagina que desejam engravidar, como gestantes e pessoas amamentando. Tanto gestação como lactação não constituem contra-indicação a PrEP, **mas nestes casos a avaliação/prescrição deve ser realizada pelo médico das equipes.**

Também é importante avaliar com usuário se ele(a) está motivado(a) e preparado(a) para iniciar a PrEP, aderir ao uso do medicamento e retornar para visitas de monitoramento (um retorno em 30 dias e retornos pelo menos cada 4 meses).

PASSO 3

O **TERCEIRO PASSO**, é realizar o teste rápido de HIV, que deve ser realizada no dia da prescrição da PrEP.

PASSO 4

O **QUARTO PASSO** é avaliar se paciente está em janela imunológica para o HIV, ou seja, investigar se teve sexo anal (ativo ou passivo) ou vaginal (insertivo ou receptivo) desprotegido ou acidente perfurocortante nas últimas 4 semanas.

Se a resposta for **SIM**, o enfermeiro deve avaliar se paciente teve sintomas de infecção aguda pelo HIV (um ou mais dos seguintes nas últimas 4 semanas: **febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor no corpo, dor de garganta, rash/manchas vermelhas ou sudorese/mal-estar que não possam ser explicados por outra condição clínica conhecida**). Se teve algum desses sintomas que indiquem a possibilidade de infecção aguda pelo HIV a PrEP **não deve ser prescrita** e é necessário solicitar uma **carga viral para HIV (À CRITÉRIO MÉDICO)** ou repetir o teste de HIV após 4 semanas da última exposição sexual desprotegida ou acidente perfurocortante.

SITUAÇÃO ESPECIAL: Se a pessoa refere que teve relações sexuais desprotegidas nos últimos 30 dias¹, mas não teve sintomas que indiquem infecção aguda pelo HIV, a PrEP pode ser prescrita na mesma consulta e o enfermeiro deve garantir que após 30 dias de uso de PrEP, ou seja, no retorno de 30 dias programado após a primeira prescrição, o paciente realize teste rápido de HIV. Também deve orientar que paciente retorne se apresentar sinais ou sintomas de infecção aguda pelo HIV.

¹A recomendação de prescrever a PrEP mesmo em janela imunológica, mas sem sintomas de infecção aguda pelo HIV leva em consideração que não se deve perder a oportunidade de prescrição de PrEP nessa pessoa e que se orientada a retornar em 30 dias após janela imunológica ela corre o risco de se infectar pelo HIV nesse período.

Assim de maneira resumida a abordagem e indicação da PrEP pode ser realizada através do quadro abaixo e a resposta de destas perguntas.

Se sim para todos, a PrEP está indicada.

1. Pessoa nega relação sexual desprotegida nas últimas 72 horas que indiquem necessidade de PEP?
2. Pessoa tem teste negativo rápido para o HIV não reagente realizado na mesma consulta de prescrição da PrEP?)
3. Pessoa está em vulnerabilidade para o HIV. (ver [quadro 7.11](#))
4. A pessoa exposta NÃO TEVE sintomas de infecção aguda¹ pelo HIV?

¹Um ou mais dos seguintes nas últimas 4 semanas: **febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor no corpo, dor de garganta, rash/manchas vermelhas ou sudorese/mal-estar** que não possam ser explicados por outra condição clínica conhecida.



O esquema recomendado para uso na PrEP é a combinação dos antirretrovirais **fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC)**, cuja eficácia e segurança foram demonstradas, com poucos eventos adversos associados a seu uso.

Quadro 7.14 – Esquema medicamentoso para profilaxia pré-exposição sexual a ser prescrito pelos enfermeiros da rede municipal de Florianópolis

Medicamento	Apresentação	Posologia DIÁRIA
Fumarato de Tenofovir desoproxila 300 mg (TDF)/Entricitabina 200mg (FTC)	300/200 mg (TDF/FTC)	2 comprimidos: dose inicial de ataque APÓS ISSO 1 comprimido: uso contínuo

Para a prescrição o enfermeiro deverá acessar os formulários de prescrição padrão mais atuais do MS. Esses formulários estão disponíveis em: Siclom gerencial (<http://azt.aids.gov.br>) – documentos.

A) Tempo necessário de uso inicial para proteção completa contra o HIV. Ao se iniciar PrEP oral, leva-se um tempo para se atingir as concentrações do medicamento necessárias e protetoras no sangue e em outros tecidos, conforme a seguir:

A.1) Homens cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, ou travestis e mulheres transexuais que NÃO estejam em uso de hormônios à base de estradiol: devem iniciar com 2 (dois) comprimidos e seguir com 1 (um) comprimido ao dia, sendo que a proteção completa para atingir níveis de proteção ideais é alcançada após 2 horas (*Ministério da Saúde- NT 08/2023*).

A.2) Mulheres cisgênero, pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer, ou qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol (ou seja, pessoas que nasceram com vagina OU que USAM hormônio com estradiol): devem iniciar com 2 (dois) comprimidos e seguir com 1 (um) comprimido ao dia, sendo que a proteção completa para atingir níveis de proteção ideais é alcançada após 7 dias. Antes desses sete dias, medidas adicionais de prevenção devem ser adotadas (*Ministério da Saúde- NT 08/2023*).

B) Tempo necessário de uso para interromper a PrEP oral com segurança. Para interromper o uso de PrEP também se faz necessário tomar os medicamentos por um período determinado, conforme a seguir:

B.1) Homens cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, ou travestis e mulheres transexuais que NÃO estejam em uso de hormônios à base de estradiol: devem tomar 1 (um) comprimido ao dia por 2 (dois) dias seguidos após a última relação sexual. (*Ministério da Saúde- NT 08/2023*)

B.2) Mulheres cisgênero, pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer, ou qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol (ou seja, pessoas que nasceram com vagina OU que USAM hormônio com estradiol): devem tomar 1 (um) comprimido ao dia por 7 (sete) dias seguidos após a última relação sexual (*Ministério da Saúde- NT 08/2023*).

C) Quantidade mínima de comprimidos por semana para proteção eficaz contra o HIV:

C.1) Homens cisgêneros, pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, ou travestis e mulheres transexuais que NÃO estejam em uso de hormônios à base de estradiol: devem tomar pelo menos 4 (quatro) comprimidos por semana.

Ou seja, se mais de 4 dias seguidos ou 4 dias em uma semana sem PrEP, o paciente perdeu a proteção. Se, nesse caso, tiver relações sexuais desprotegidas deve migrar para PEP.

C.2) Mulheres cisgênero, pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer, ou qualquer pessoa em uso de hormônio a base de estradiol (ou seja, pessoas que nasceram com vagina OU que USAM hormônio com estradiol): devem tomar pelo menos 6 (seis) comprimidos por semana. Ou seja, se 2 dias seguidos ou 2 dias em uma semana sem PrEP, o paciente perdeu a proteção. Se, nesse caso, tiver relações sexuais desprotegidas deve migrar para PEP.

7.2.1.1 – PrEP sob demanda.

O Ministério da saúde ainda orienta a possibilidade da PrEP sob demanda, a qual apresenta-se como uma maneira alternativa no uso da mesma, contemplando critérios específicos, os quais podem ser avaliados através do endereço: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv-dcci_svs_ms.pdf/view.

Esses critérios devem observados e decididos em conjunto com o paciente, devendo ter em mente todas as orientações presentes nas recomendações do Ministério da Saúde, as quais de forma resumida encontram-se abaixo:

Quadro 7.15 – Situações em que a PrEP sob demanda pode ser considerada como alternativa a PrEP de uso diário

Para quem a PrEP sob demanda é recomendada?	Para quem a PrEP sob demanda NÃO é recomendada?
<p>Homens cisgêneros heterossexuais, bissexuais, gays e outros HSH, 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</p> <p>Que considerarem a PrEP sob demanda mais conveniente</p> <p>Que tenham relações sexuais com frequência de no máximo 1 (uma) relação sexual por semana, habitualmente; <i>(se frequência maior, opte pela PrEP diária)</i></p> <p>Que se sinta capaz para iniciar o esquema com pelo menos 2 horas de antecedência (ou que possa atrasar o ato sexual por pelo menos 2 horas após a ingestão de dois comprimidos)</p>	<p>a) Mulheres cis, pessoas trans ou não binárias designadas do sexo feminino ao nascer;</p> <p>b) Qualquer pessoa em uso de hormônios à base de estradiol;</p> <p>c) Em pacientes com infecção crônica por Hepatite B, quando a avaliação médica individualizada avalia que o risco-benefício não for favorável.</p> <p># NÃO FAZER PrEP SOB DEMANDA NESTAS CONDIÇÕES, PREFERIR A PrEP DIÁRIA</p>

Fonte: Brasil (2023).

Posologia e esquema de PrEP sob demanda. Considerando os resultados dos estudos clínicos conduzidos, os usuários elegíveis para uso de PrEP sob demanda devem ser orientados a tomar os comprimidos conforme o quadro 7.15 abaixo:

Quadro 7.16 – Posologia PrEP sob demanda

Medicamento	Apresentação	Posologia DIÁRIA
Tenofovir 300 mg (TDF)/Entricitabina 200mg (FTC)	300/200 mg (TDF/FTC)	<p><u>Dose inicial:</u> 2 comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual + <u>Segunda dose:</u> 1 comprimido após 24 horas, da dose inicial + <u>Terceira dose:</u> 1 comprimido após 24 horas, após a segunda dose.</p>
<p>Dose inicial de 2 (dois) comprimidos de 2 a 24 horas antes da relação sexual + 1 (um) comprimido 24 horas após a dose inicial + 1 (um) comprimido 24 horas após a segunda dose.</p> <p>ESQUEMA: 2 + 1 + 1¹</p>		

¹Se paciente vir a ter mais de uma relação sexual ao ter iniciado a PrEP sob demanda, ele deve continuar usando 1 comprimido ao dia até 2 dias após a última relação sexual.

OBSERVAÇÕES:

- Se usa PrEP sob demanda, prescreva quantidade suficiente para, caso desejar, ele(a) poder migrar para uso diário até retorno em 4 meses.
- Importante orientar que sempre que abrir um frasco para uso sob demanda: verificar a validade, manter em local arejado e sem expor ao calor e umidade, anotar no frasco a data que foi aberto, após 30 dias do frasco aberto deve descartar esses comprimidos pois a bula do medicamento atual não recomenda usar após 30 dias do frasco aberto. Para descartar levar na farmácia do centro de saúde ou policlínica. Não jogar no lixo comum.
- A PrEP sob demanda é contraindicada em pessoas com infecção crônica por hepatite B, devido ao risco de reativação inflamatória hepática grave.

Figura 7.2 – Explicação prática sobre o uso da PrEP sob demanda

Na prática, como funciona a PrEP 2+1+1?

De 2 a 24 horas antes do sexo, você deve tomar a primeira dose com 2 comprimidos da PrEP. A segunda dose deve ser tomada 24 horas depois da primeira. E a terceira dose, 24 horas depois da segunda.



O que devo fazer se eu fizer sexo novamente nesse período?

Nesse caso, ao invés de parar o esquema de PrEP na terceira dose, você seguirá tomando 1 comprimido por dia enquanto mantiver atividade sexual. Mas se voltar a ter sexo infrequente, você deve tomar mais 2 comprimidos após o último ato sexual e interromper a PrEP.



Resumindo todo o processo de implementação da prescrição da PrEP, o quadro abaixo procura trazer de maneira prática as condutas prescritórias conforme os grupos populacionais.

Quadro 7.17 – Resumo da prescrição de PrEP conforme o grupo populacional

POPULAÇÃO	PrEP diária	PrEP sob demanda (2-1-1) <i>Pode ser considerada se sexo ≤ 1 dia na semana e HBsAg não reagente e deseja PrEP sob demanda e consegue se planejar com pelo menos 2 horas de antecedência da relação sexual</i>	Interrupção segura da PrEP
<p>Homens CIS</p> <p>Pessoas trans ou não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer que não estejam em uso de hormônios à base de estradiol</p> <p>OU SEJA</p> <p>Pessoas que nasceram com pênis E que NÃO usam hormônio com estradiol</p>	<p>Iniciar com 2 (dois) comprimidos, sendo a proteção completa alcançada após 2 horas</p> <p>Seguir com 1 (um) comprimido ao dia</p> <p>Quantidade mínima de comprimidos por semana para proteção: pelo menos 4 (quatro) comprimidos por semana</p>	<p>Tomar 2 (dois) comprimidos de 2h a 24h antes da relação sexual</p> <p>Seguir com 1 (um) comprimido 24h após dose inicial e mais 1 (um) comprimido 24h após a segunda dose</p> <p>Se tiver relações sexuais mais dias, ao invés de parar de tomar a PrEP, seguir com 1 (um) comprimido ao dia enquanto tiver relações sexuais e por pelo menos 2 dias seguidos após a última relação sexual.</p>	<p>Tomar 1 (um) comprimido ao dia por 2 (dois) dias seguidos após a última relação sexual</p>
<p>Mulheres CIS</p> <p>Pessoas trans ou não binárias designadas como sexo feminino ao nascer</p> <p>Qualquer pessoa que esteja em uso de hormônio à base de estradiol</p> <p>OU SEJA</p> <p>Pessoas que nasceram com vagina OU que USAM hormônio com estradiol</p>	<p>Iniciar com 2 (dois) comprimidos e seguir com 1 (um) comprimido ao dia, sendo a proteção completa alcançada após 7 dias</p> <p>Seguir com 1 (um) comprimido ao dia</p> <p>Quantidade mínima de comprimidos por semana para proteção: pelo menos 6 (seis) comprimidos por semana</p>	<p>Não indicada</p> <p>Os estudos de PrEP sob demanda não apresentam evidências de proteção para relações vaginais receptivas</p>	<p>Tomar 1 (um) comprimido ao dia por 7 (sete) dias seguidos após a última relação sexual</p>

Elaboração própria SMS-Florianópolis, adaptado Ministério da Saúde (Fonte: Nota técnica A Nº 8/2023-Ministério da Saúde, 2023.)

ATENÇÃO!

A prescrição da PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) nas seguintes pessoas: **HAS/DM descompensadas, função renal alterada (TFGe<60) ou Doença Renal Crônica (DRC), portadores de hepatopatias, coinfectados pelo vírus da Hepatite B (contra-indicada PrEP sob demanda¹) ou Hepatite C**, devem obrigatoriamente ser avaliadas pelo médico da equipe, através de consulta médica, consulta conjunta ou interconsulta com este profissional.

Lembrando e reforçando ainda que candidatos a PrEP, **com doença renal conhecida com TFGe < 60, idade < 15 anos, peso < 35 Kg, história conhecida de fratura óssea patológica ou diagnóstico conhecido de osteoporose**, apresentam **CONTRAINDICAÇÃO** a Profilaxia Pós-Exposição, conforme já citado anteriormente.

Pessoas entre **15 e 18 anos, gestantes e mulheres amamentando**, embora não apresentem contraindicações ao uso da mesma, a prescrição/avaliação da PrEP será também a cargo do médico da equipe.

¹A PrEP sob demanda é contraindicada em pessoas com infecção crônica por hepatite B, devido ao risco de reativação inflamatória hepática grave.

Para prescrição de PrEP o enfermeiro deve ter realizado treinamento ministrado por um treinador habilitado pela instituição.

7.2.2 – Primeira consulta e segmento após implementação da PrEP

No curso do acompanhamento e abordagem do usuário na Profilaxia Pré-exposição (PrEP), deve-se ter em mente inúmeros aspectos os quais facilitam a adesão terapêutica e a segurança do paciente na implementação da terapia. Estes aspectos permeiam além da avaliação clínica e laboratorial, o entendimento do usuário sobre a importância desta estratégia e sua relevância na estratégia de enfrentamento ao HIV e como isso influencia o cotidiano do mesmo. Lembrar sempre o usuário sobre a importância de manter a prevenção combinada pois a PrEP é uma ação que complementa outras estratégias.

O **quadro 7.17** abaixo expõe os exames e finalidade de cada um deles no segmento da PrEP ambulatorial.

Quadro 7.18 – Testes e exames que devem ser realizados ou solicitados na Profilaxia Pré-exposição (PrEP)

Exames	Finalidade	Quando solicitar
Teste rápido HIV	Avaliação do status sorológico e para iniciar ou reiniciar PrEP e monitoramento do uso da mesma.	no primeiro atendimento ao iniciar ou reiniciar a PrEP, 1 mês após início da PrEP e após a cada 4 meses (toda a visita de PrEP)
Teste rápido HCV ¹	Avaliação do status sorológico e encaminhamento se necessário	Primeira visita e após a cada 4 meses
Teste rápido Sífilis ou não treponêmico (se sífilis prévia)	Avaliação se infecção ativa por sífilis e tratamento se necessário	Primeira visita e após a cada 4 meses

Teste rápido HbsAg - Se Anti-Hbs não reagente	Avaliação do status sorológico e encaminhamento se necessário (ver capítulo hepatite deste protocolo)	Primeira visita, e enquanto tiver anti-HBs não reagente repetir anualmente
Anti-Hbs	Avaliação do status sorológico e indicação ou não de vacina para hepatite B	Primeira visita (se não possuir registro prévio de anti-HBs reagente- maior ou igual a 10 UI.) ⁶
<p>Creatinina²</p> <p>Se paciente tem < 30 anos E NÃO tem fatores de risco para redução da função renal³: NÃO É NECESSÁRIO SOLICITAR CREATININA NEM AO INICIAR E NEM PARA MONITORAR O USO DE PrEP.</p>	<p>Avaliação da função renal *se taxa de filtração (TFGe) menor de 60, encaminhar ao médico ou realizar interconsulta para avaliação</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se entre 30-50 anos E NÃO TEM fatores de risco para redução da função renal³: 1ª visita (não aguarde resultado da creatinina para iniciar PrEP) e cada 12 meses Se > 50 anos OU SE TEM fatores de risco para redução da função renal³ (independentemente da idade): 1ª consulta e cada 8 meses Se TFGe menor que 60, encaminhe para consulta médica ou interconsulta
Se sexo anal-oral: anti HAV IgG ⁴	Avaliação da indicação para vacina para hepatite A	Primeira visita
Rastreamento Clamídia e Gonococo ⁵	Avaliação da infecção assintomática a Clamídia e ao Gonococo	Primeira visita e cada 8 meses

Fonte: DAS/SMS/PMF- PACK Floripa 2023/24

¹Se paciente já teve hepatite C (anti-HCV reagente), ao invés do teste rápido (anti-HCV) solicite RNA-HCV cada 12 meses

²Creatinina (para calcular a Taxa de Filtração Glomerular-TFGe): prefira a calculadora CKD-EPI 2021, disponível em: <https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas>

³Fatores de risco para redução da função renal: DM, HAS, DRC, história/registo de TFGe < 60 ou uso crônico de medicamento nefrotóxico

⁴A decisão de solicitar anti-HAV IgG para indicar a vacina contra hepatite A, nas pessoas com resultado não reagente, deve levar em consideração que a vacina não está disponível pelo SUS para adolescentes e adultos. No entanto, há disponibilidade no calendário vacinal de crianças e alguns grupos especiais como: PVHA, imunossuprimidos por doença ou medicação, pessoas com hepatites/hepatopatias, entre outros grupos os quais podem ser consultados no Manual de Referência de Imunobiológicos Especiais, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf

⁵Solicite o exame de acordo com a prática sexual desprotegida (ver item 2.1 – rastreamento de clamídia e gonorreia)

⁶(A) Se ≥ 3 doses da vacina contra HBV, solicite anti-HBs (colete preferencialmente 1-2 meses ou em até 6 meses após última dose prescrita da vacina contra HBV) ou verifique se já tem resultado de anti-HBs coletado após ≥ 3 doses. Interprete:

(A.1) Se anti-HBs < 10 e coletado há < 6 meses da última dose, complete um total de 6 doses e repita anti-HBs, então se anti-HBs < 10 após 6 doses da vacina, considere susceptível ao HBV, não aplique mais doses.

(A.2) Se anti-HBs < 10 e coletado há > 6 meses da última dose, prescreva mais uma dose e repita anti-HBs, então se anti-HBs < 10 após a 4ª dose, complete um total de 6 doses e repita anti-HBs. Se anti-HBs < 10 após 6 doses da vacina, considere susceptível ao HBV, não aplique mais doses.

(A.3) Se anti-HBs ≥ 10 coletado após ≥ 3 doses não é necessário repetir anti-HBs e nem testar para hepatite B.

(B) Se < 3 doses da vacina contra HBV, complete um total de 3 doses e solicite anti-HBs (colete preferencialmente 1-2 meses ou em até 6 meses após última dose prescrita da vacina contra HBV) e interprete como acima.

OBSERVAÇÕES:

- Os retornos devem ser realizados na seguinte periodicidade após início da PrEP: **30 dias** (após 1ª consulta) e **a cada 4 meses**.
- Não é necessário aguardar o resultado do exame de creatinina antes de iniciar a PrEP. Somente deve-se considerar aguardar o resultado da creatinina para cálculo da TFG_e se paciente tem DM ou HAS descompensada ou história/registro de TFG_e < 60 . De qualquer forma, essas situações devem ser discutidas e encaminhadas ao médico para tomada de decisão.
- É fundamental que a equipe tenha uma rotina de vigilância dos resultados dos exames laboratoriais solicitados, como testes não treponêmicos, rastreio de clamídia e gonococo e creatinina. Como as visitas são a cada 4 meses, os resultados desses exames devem ser monitorados após coletados para que o resultado seja verificado oportunamente e, se necessário algum tratamento do paciente e parcerias, seja implementado o quanto antes e não seja postergado.

Aconselhamento e informações complementares ao uso da PrEP:

- Explique que a PrEP é usada para prevenir infecção pelo HIV, protege uma pessoa HIV negativa de contrair o HIV. Para usar PrEP é preciso testar regularmente para o HIV (ver [quadro 7.17](#)).
- Oriente ainda que a PrEP somente é eficaz contra o HIV e não previne outras ISTs, sendo necessário uso de preservativos com gel lubrificante (forneça e oriente uso) para prevenir outras ISTs.
- Oriente reconhecer práticas sexuais de risco para infecção pelo HIV: IST/PEP no último ano, nova ou múltiplas parcerias, uso irregular de preservativos, uso arriscado de álcool/drogas.
- O comprimido pode ser tomado com ou sem comida. Pode tomar o comprimido se uso de álcool ou outras drogas, inclusive é nesses momentos que a pessoa está mais vulnerável a não usar o preservativo e a PrEP vai lhe proteger contra o HIV.
- A adesão é importante para garantir o sucesso da PrEP: é necessário uso diário para garantir sua eficácia, especialmente se você é mulher cis/homem trans com vagina e pratica sexo vaginal receptivo (você ser penetrada/o pela vagina), pois nesse caso, qualquer perda de comprimido diminui mais ainda a eficácia da PrEP

- Aconselha-se relacionar tomada com alguma atividade diária, usar porta comprimidos, alarmes, tomar no mesmo horário que a parceria HIV positiva (se for o caso), levar comprimidos se for viajar ou dormir fora;
- Se esqueceu de tomar, tome assim que lembrar. Por exemplo: se você costuma tomar de manhã, mas percebe às 22h que você esqueceu, não há problema em tomar uma pílula nessa hora e, em seguida, retornar ao horário habitual no dia seguinte;
- Informe às pessoas que estão iniciando PrEP diária sobre o aplicativo de celular “PrEPtime” (disponível de forma gratuita para IOS e Android). o aplicativo é um lembrete diário de tomada da PrEP e rastreia as doses esquecidas, status de proteção, número de comprimidos restantes e entre outras funções.
- Se em uso de PrEP diária e tiver passado mais de um dia, tome apenas um comprimido ao dia.
- Se estiver em PrEP sob demanda e tiver passado mais de um dia, considere PEP (quadro 7.16).
- **Se pessoa que nasceu com pênis E que NÃO usa hormônio com estradiol:** após mais de 4 dias contínuos ou 4 dias em uma semana de suspensão (sem tomar a PrEP) oriente não estará mais protegida/o contra o HIV (quadro 7.16);
- **Se pessoa que nasceu com vagina OU que USA hormônio com estradiol:** após **2 dias contínuos** ou **2 dias em uma semana sem PrEP** oriente que não estará mais protegido (quadro 7.16). Por isso, evite deixar de tomar a PrEP
- Se sexo desprotegido (anal ou vaginal) antes da PrEP começar a fazer efeito ou após perder a proteção, oriente procurar atendimento em até 72h após sexo desprotegido para avaliar uso de PEP.
- A pessoa deve evitar o uso excessivo (tomar toda semana ou tomar mais que 5 dias seguidos) de anti-inflamatórios (como diclofenaco, nimesulida, AAS, ibuprofeno...) pois associados ao tenofovir (que é um dos componentes do comprimido da PrEP) aumentam o risco de toxicidade para os rins
- Orientar a pessoa que se outro profissional lhe receitar algum medicamento o mesmo deve explicar que está usando a PrEP para verificar se há alguma interação medicamentosa;
- Se sintomas de infecção aguda pelo HIV (febre, perda de peso, mal estar, dor de cabeça/no corpo/de garganta, feridas/aftas na boca, rash, náuseas/vômitos, linfonodos aumentados) a pessoa deve procurar atendimento prontamente;
- Os efeitos adversos são leves/autolimitados (náuseas/vômitos, flatulência/diarreia/dor abdominal, dor de cabeça, coceira). Não pare a PrEP, use medicamento sintomático se necessário e procure atendimento se persistentes ou intensos;
- Oriente abrir um frasco por vez e somente abrir o outro frasco após terminar um. Ele(a) não deve compartilhar a PrEP com outras pessoas e para renovar a prescrição é necessário realizar consultas de reavaliação continuamente;
- Oriente que a PrEP pode ser usada com hormônios para pessoas trans ou contraceptivos hormonais (*ver particularidades no quadro 7.16*), e também pode ser usada se gestação ou amamentação (**avaliação médica nestes casos**). A PrEP não afeta a eficácia dos contraceptivos hormonais e os contraceptivos hormonais não afetam a eficácia da PrEP.
- Se intercorrências: procurar equipe de saúde da família de referência, enviar e-mail, mensagem de whatsapp ou procurar diretamente o ambulatório de PrEP;

- PrEP pode ser iniciada e parada de acordo com desejo/motivação ou mudança de contexto vida/risco. Se a pessoa quiser parar a PrEP: **nunca parar no dia seguinte de uma relação desprotegida.** (ver particularidades e parada segura no quadro 7.16)
- Para parar a PrEP: se **HBsAg reagente**, encaminhe/discuta com médico para parar. Se **HBsAg não reagente**, oriente como parar PrEP
- Após parar PrEP, oriente que teste para HIV, reforce prevenção combinada: usar preservativos/gel lubrificante, saber quando usar PEP, testar regularmente para HIV/outras ISTs (paciente/parcerias).
- Se quiser reiniciar, oriente procurar atendimento para testar para HIV e avaliar a necessidade de outros testes/avaliações antes de iniciar a PrEP.

Fonte: Algoritmo PrEP, PACK-SMS Florianópolis, 2018 e 2023/24), adaptado.



8 – ABORDAGEM E MANEJO DAS HEPATITES VIRAIS

A abordagem às hepatites virais no contexto da prática clínica do enfermeiro é algo que deve ser sempre considerado e analisado nos atendimentos e consultas, independente da atuação, ou seja, mesmo em atendimentos de rotina ou grupos sem potencial de vulnerabilidade (ex. profissionais de saúde, profissionais do sexo, etc), a investigação e/ou rastreamento devem ser estimulados à todos.

Sabendo que as hepatites são doenças virais e que apresentam um curso assintomático na ampla maioria do tempo, sendo ainda mais necessário a atenção dos profissionais de saúde no rastreamento destas.

As hepatites são classificadas em cinco tipos de vírus: : o vírus da **hepatite A** (HAV, do inglês *hepatitis A virus*), o vírus da **hepatite B** (HBV, do inglês *hepatitis B virus*), o vírus da **hepatite C** (HCV, do inglês *hepatitis C virus*), o vírus da **hepatite D** (HDV, do inglês *hepatitis D virus*) e o vírus da **hepatite E** (HEV, do inglês *hepatitis E virus*), sendo que neste protocolo abordaremos de forma resumida as de **tipo B e C**.

Os quadros 8.1 e 8.3 trazem informações gerais sobre o impacto e cronificação. Caso tenha interesse na abordagem completa a todos os tipos de hepatites virais consulte:

- Para **abordagem diagnóstica das hepatites virais**, consulte o **Manual técnico de Hepatites virais**, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hepatites-virais/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais/view>.
- Para **abordagem diagnóstica e manejo mais atual de Hepatite B e Hepatite C**, consulte o **PCDT para hepatite B e coinfeções** e o **PCDT para hepatite C e coinfeções**, disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts>.

Vale lembrar, que todas as hepatites virais (A, B, C, D e E), são doenças de notificação compulsória, conforme determinação do Ministério da Saúde.

8.1 – HEPATITE B

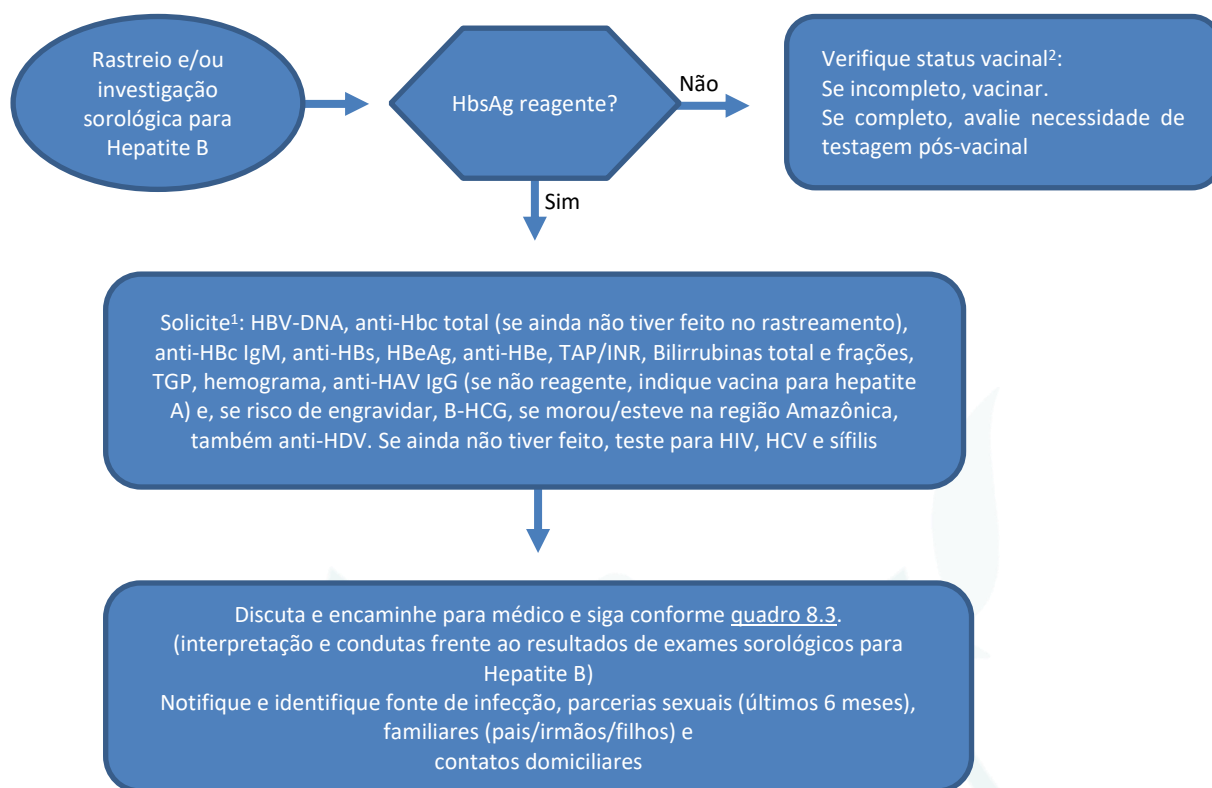
A avaliação correta do paciente exposto ao vírus da hepatite B e os encaminhamentos adequados conforme cada situação (quadros 8.1 e 8.2) são muito importantes no contexto de quebrar a cadeia de transmissão, bem como estabelecer a abordagem preventiva precoce e a definição de suspeita de cronicidade ou não (quadro 8.2).

Neste sentido, reforça-se cada vez mais a implementação de uma testagem ampla e universal em toda a população no contexto de enfrentamento das hepatites virais.

Para indicação de quem, quando e como rastrear para Hepatite B, vide item 1.4, quadros 1.5 e 1.6.

O fluxograma 8.1 traz os caminhos para realização da testagem e avaliação complementar do usuário portador ou com suspeita de hepatite B, auxiliando o enfermeiro na tomada de decisão.

Fluxograma 8.1 – Diagnóstico e condutas na avaliação da hepatite B



¹A solicitação dos exames complementares pelo enfermeiro tem objetivo de otimizar e dar celeridade ao fluxo diagnóstico e identificação do estágio da infecção (infecção aguda ou crônica ou outro estágio).

²Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

³Episódio de risco de infecção para hepatite B: sexo desprotegido, diagnóstico de IST, contato intradomiciliar com hepatite B, acidente/exposição percutânea ou compartilhou instrumentos para drogas EV.

⁴Indivíduo suscetível: pessoa com HbsAg não reagente, sem registro de esquema vacinal completo para hepatite B, ou que não apresentou soroconversão para Anti-HBs maior ou igual a 10 UI/L após dois esquemas vacinais completos.

Um resultado de **HBsAg reagente** (seja por teste rápido ou por imunoenensaio laboratorial) indica **infecção pelo HBV** e já é considerado critério para **notificar** o paciente.

Para fins de diagnóstico e conduta clínico-terapêutica, **após um HBsAg reagente**, o MS recomenda preferencialmente a realização de um **segundo teste**: teste molecular para detecção do material genético viral (**HBV-DNA**).

A infecção crônica pelo HBV é definida pela persistência de HBsAg reagente por período igual ou superior a seis meses. Um resultado para anti-HBc IgM não reagente em um indivíduo com HBsAg reagente é sugestivo de infecção crônica. A presença de anti-HBc IgM reagente pode indicar infecção aguda pelo HBV, mas também pode sinalizar agudização de infecção crônica, ou mesmo persistir em baixos níveis em alguns indivíduos com infecção crônica sem exacerbação por um período prolongado.

O quadro 8.1, traz um resumo dos períodos e prognóstico, os quais o vírus da hepatite (VHB) pode apresentar. O quadro 8.2 traz as indicações de quando fazer a testagem pós-vacinal e como proceder em relação ao resultado. Já o quadro 8.3 auxilia nas intervenções e condutas a serem tomadas no diagnóstico desta patologia.

Quadro 8.1 – Período de incubação, prevalência de forma icterica, cronificação e janela imunológica da infecção pelo vírus da hepatite B

PERÍODO DE INCUBAÇÃO	30 a 180 dias
PREVALÊNCIA DA FORMA ICTÉRICA	30% dos casos
CRONIFICAÇÃO	90% dos recém nascidos e 5-10% das pessoas acima de 5 anos que tiverem contato com o VHB.
JANELA IMUNOLÓGICA	Detecção de anticorpos: 30 a 60 dias Detecção de antígeno (HbsAg): 30 dias Detecção de ácidos nucleicos: 25 dias

Fonte: adaptado de Brasil (2018).

Quadro 8.2 – Indicação de manejo da testagem pós-vacinal

O teste sorológico pós-vacinal (anti-HBs) não é rotineiramente indicado para pessoas que não pertencem às populações mais vulneráveis, devido à alta eficácia da vacina.

Não se recomenda testar anti-HBs em indivíduos sem a comprovação do esquema vacinal completo¹, uma vez que os valores de soroproteção não foram validados para pessoas não vacinadas ou com esquemas incompletos.

Deve-se realizar anti-HBs entre um e dois meses após o término do esquema de vacinação completo¹ para aqueles que apresentam risco muito elevado de exposição ao HBV ou risco de perda da resposta de memória imunológica:

- Tem parceria sexual ou mora com pessoa com hepatite B
- Usa ou usou PEP
- Usa ou usou PrEP
- Usa ou usou drogas EV
- Refere troca sexo por dinheiro/objetos de valor/drogas/moradia
- É uma pessoa privada de liberdade
- É profissional de saúde/segurança pública
- Tem HIV
- Tem hepatite C
- É transplantado
- Tem câncer
- Tem doença renal crônica
- Usa terapia imunossupressora/quimioterapia

A informação do resultado do anti-HBs deve ser registrada na caderneta vacinal e no prontuário eletrônico do paciente (na lista de problemas).

Se a pessoa tem anti-HBs ≥ 10 UI/L e comprovação de realização adequada da vacina¹: não há necessidade de testagem periódica (nem de HBsAg, nem de anti-HBs - salvo exceção abaixo).

Pessoas imunossuprimidas e com HBsAg não reagente e que tenham anti-HBs inicial acima de 10UI/L: discuta/encaminhe para profissional médico para avaliar indicação de repetir testagem com anti-HBs, minimamente anual, para avaliar a soroproteção vacinal com anti-HBs e indicação de booster vacinal se queda da titulação para < 10 UI/L

Se a pessoa tem anti-HBs < 10 UI/L após testagem pós-vacinal:

- Se anti-HBs < 10 e coletado há < 6 meses da última dose, complete total de 6 doses¹ e repita anti-HBs, então se anti-HBs < 10 após 6 doses da vacina, considere suscetível ao HBV, não aplique mais doses.
- Se anti-HBs < 10 e coletado há > 6 meses da última dose, prescreva mais uma dose¹ e repita anti-HBs, então se anti-HBs < 10 após a 4ª dose¹, complete um total de 6 doses¹ e repita anti-HBs. Se anti-HBs < 10 após 6 doses da vacina¹, considere suscetível ao HBV, não aplique mais doses.

Fonte: PCDT Hepatite B e coinfeções- Ministério da Saúde, 2023; PACK Brasil Adulto 2023/24.

¹Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

Quadro 8.3 – Interpretação e condutas frente aos resultados de exames sorológicos para Hepatite B

Testes sorológicos	Resultado	Interpretação	Conduta de enfermagem
HbsAg Anti-HBc total	Não reagente Não reagente	Ausência de contato com o VHB	Avaliar indicação de vacinação (se vacinação incompleta) ¹ e testagem pós-vacinal (vide quadro 8.2).
HbsAg Anti-HBc total	Reagente ² Reagente	Infecção pelo VHB	Seguir fluxograma 8.1 (solicitar demais exames complementares) e encaminhar ao médico para avaliação complementar.
HbsAg Anti-HBc total	Não reagente Reagente	Depende do resultado do anti-HBs e TGP	Solicitar anti-HBs e TGP, discutir e encaminhar para médico. Interprete como abaixo.
HbsAg Anti-HBc total	Reagente ² Não reagente	Pode indicar uma infecção muito recente, onde o HBsAg já é detectável, mas o anti-HBc ainda não soroconverteu. Também pode ser um falso positivo para o HBsAg.	Seguir fluxograma 8.1 (solicitar demais exames complementares).
HbsAg Anti-HBc total Anti-HBs TGP	Não reagente Reagente < 10U/L Normal	Janela imunológica de HBsAg na infecção aguda em resolução: período entre a soroconversão de HBsAg para anti-HBs; ou resultado falso-positivo de anti-HBc; ou pode ter tido infecção anterior e o teste não é sensível o suficiente para detectar níveis muito baixos de anti-HBs no soro; ou pode ser suscetível com um anti-HBc falso positivo; ou pode haver um nível indetectável de HBsAg presente no soro e a pessoa está, na verdade, infectada cronicamente	Discutir e encaminhar para médico. Aplicar uma nova dose da vacina contra VBH e repetir anti-HBs após 1-2 meses. Se mantiver anti-HBs < 10UI/L, solicitar HBV-DNA.
HbsAg Anti-HBc total Anti-HBs	Não reagente Reagente < 10U/L	Janela imunológica de HBsAg na infecção aguda em resolução: período entre a soroconversão de HBsAg para anti-HBs; ou pode ter	Discutir e encaminhar para médico. Solicitar HBV-DNA.

TGP	Alterada	tido infecção anterior e o teste não é sensível o suficiente para detectar níveis muito baixos de anti-HBs no soro; ou pode ser suscetível com um anti-HBc falso positivo; ou pode haver um nível indetectável de HBsAg presente no soro e a pessoa está, na verdade, infectada cronicamente	
HbsAg	Não reagente	Infecção prévia (inativa): imunidade por infecção passada	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir e encaminhar para médico. Se TGP alterada, investigar outras causas. • Orientações sobre medidas preventivas para a infecção por outras IST 's. • Testagem sorológica, caso não tenha realizado, para outros vírus <u>HCV/Sífilis e HIV</u>
Anti-HBc total	Reagente		
Anti-HBs	≥ 10U/L		
Anti-HBc IgM	Não realizado ou não reagente		
TGP	Não realizada ou Normal ou Alterada		
HbsAg	Não reagente	Ausência de contato com o VHB e suscetível ao VHB	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar indicação de vacinação (se vacinação incompleta)¹ e testagem pós-vacinal (vide <u>quadro 8.2</u>). Se TGP alterada, investigar outras causas: discutir, encaminhar para médico. • Testagem sorológica, caso não tenha realizado, para outras ISTs <u>HCV/Sífilis e HIV</u> • - Reforço de medidas preventivas e cuidados
Anti-HBc total	Não reagente		
Anti-HBc IgM	Não realizado ou não reagente		
Anti-HBs	< 10U/L		
TGP	Não realizado, normal ou Alterada		
HbsAg	Não reagente	Ausência de contato com o VHB e imunidade devido vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Se TGP alterada, investigar outras causas: discutir, encaminhar para médico. • Orientações sobre medidas preventivas para a infecção por outras IST 's. • Testagem sorológica, caso não tenha realizado, para outros vírus <u>HCV/Sífilis e HIV</u>
Anti-HBc total	Não reagente		
Anti-HBs	≥ 10U/L		
Anti-HBc IgM	Não realizado ou Não reagente		
TGP	Não realizada, Normal ou Alterada		
HbsAg	Reagente ²	Provável infecção aguda ou recente (menor de 6	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar sinais de alerta e/ou quadro de hepatite

Anti-HBc total	Reagente	<p>meses); mas também pode sinalizar agudização de infecção crônica, ou mesmo anti-HBc IgM que persiste em baixos níveis com infecção crônica sem exacerbação por um período prolongado (se paciente tem registro prévio de HBsAg reagente ou episódio de risco de infecção há > 6 meses: considere HBV crônica)</p>	<p>aguda: dor abdominal, fadiga, náusea ou vômitos, perda de apetite icterícia, hepatomegalia ou visceromegalias, fezes esbranquiçadas e/ou colúria (urina escura) e se presentes, avaliação <u>médica imediata</u>.</p> <ul style="list-style-type: none"> • -Orientar sobre resultado e aconselhar métodos de proteção e amparar usuário. • Convocar parcerias sexuais e contatos domiciliares para testagem. • Seguir <u>fluxograma 8.1</u> (solicitar demais exames complementares). • Repetir HBsAg após 6 meses² (se paciente tem registro prévio de HBsAg reagente ou episódio de risco de infecção há > 6 meses: considere HBV crônica). • Encaminhar para avaliação médica eletiva (consulta ou interconsulta)
Anti-HBc IgM	Reagente		
Anti-HBs	Não reagente		
TGP	Não realizada, Normal ou Alterada		
HbsAg	Reagente ²	<p>Provável infecção crônica pelo VHB</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar sinais de alerta: dor abdominal, fadiga, náusea ou vômitos, perda de apetite icterícia, hepatomegalia ou visceromegalias, fezes esbranquiçadas e/ou colúria (urina escura) e se presentes, avaliação <u>médica imediata</u>. • Seguir <u>fluxograma 8.1</u> (solicitar demais exames complementares, em especial HBV-DNA para definir HBV crônica ou HBsAg falso-positivo ou outra situação). • Orientar e aconselhar paciente e explicar a possibilidade de infecção crônica. • Orientar sobre resultado e aconselhar métodos de proteção e amparar usuário. • Convocar parcerias sexuais e contatos domiciliares para testagem. • -Encaminhar para avaliação médica eletiva (consulta ou interconsulta)
Anti-HBc total	Reagente		
Anti-HBc IgM	Não reagente		
Anti-HBs	Não reagente		
TGP	Não realizada, Normal ou Alterada		

Fonte: adaptado de Brasil (2023).

¹Pessoas 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 ou em diálise, transplantados de órgãos sólidos, pacientes com neoplasias 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).

²A presença do teste sorológico HbsAg reagente há mais de 6 meses, é um definidor de infecção crônica.

Se gestante com HBsAg reagente E idade > 30 anos, atente-se para discutir e encaminhar para médico avaliar indicação de tratamento ou profilaxia com tenofovir (TDF) com base também na avaliação de outros parâmetros como HBV-DNA, HBeAg e ALT.

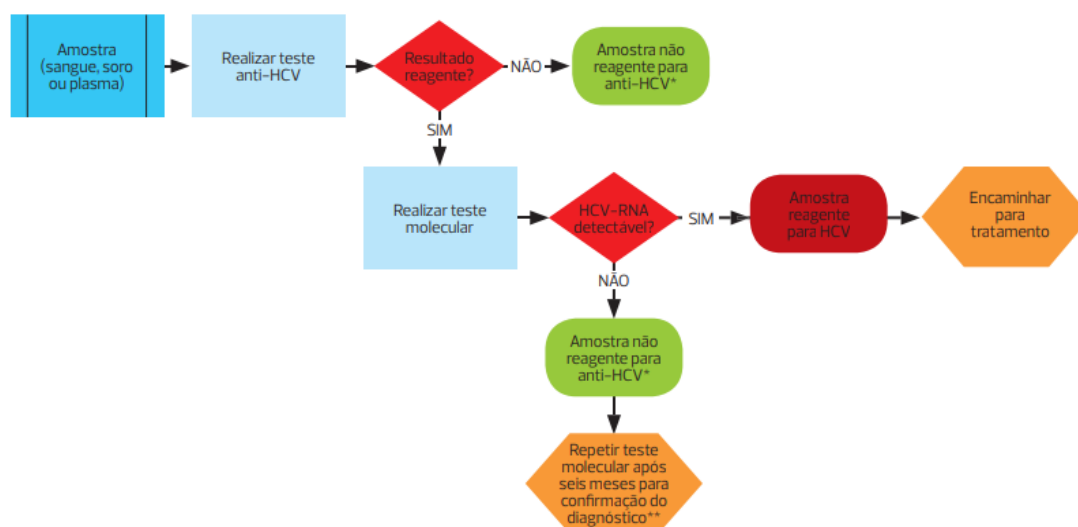
8.2 – HEPATITE C

O vírus da hepatite C (VHC) foi identificado no final dos anos 1980, sendo um agente com alto potencial de cronificação (70 a 85% dos casos). Além do alto potencial de cronificação, a alta prevalência de quadros graves é algo a ser considerado no enfrentamento da mesma.

Apesar do tratamento implementado há quase 20 anos e as novas medicações disponíveis no SUS, 25 a 30% dos diagnósticos poderão evoluir para formas graves da doença sem tratamento oportuno, justificando assim um programa amplo de testagem, diagnóstico e tratamento precoces, os quais podem estabelecer impactos significativos no controle desta infecção.

O fluxograma do ministério da saúde abaixo, estabelece os critérios definidores para o diagnóstico da infecção pelo vírus da hepatite C, sendo que o enfermeiro poderá realizar a solicitação da testagem para o VHC, através de testes rápidos e sorológicos (anti-HCV) e na positividade destes solicitar o HCV-RNA.

Fluxograma 8.2 – Fluxograma de diagnóstico para Hepatite C (rastreo e confirmação)



Fonte: Ministério da Saúde/PCDT- Hepatite C.

* Caso a suspeita de infecção pelo HCV persista, sugere-se que uma nova amostra de HCV-RNA seja coletada em 90 dias após a exposição (Ministério da saúde, 2019; PACK Brasil, 2020)

** A repetição do teste molecular está indicada, a critério clínico, nos seguintes casos: (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 do material utilizado para realização do teste molecular. Além disso, o teste molecular deverá ser repetido nos casos de pacientes em diálise.

Obs: Pacientes com teste sorológico **Anti- HCV reagente** e com **RNA-HCV negativos**, deverão em caso de reexposição futuras, utilizar o teste RNA-HCV como critério de rastreamento e testagem, considerando a sorologia reagente permanente do Anti-HCV.

Os quadros 8.4 e 8.5 trazem informações relevantes para avaliação e conduta na prática clínica do enfermeiro, no que se refere à abordagem individual e coletiva no diagnóstico e manejo da hepatite C.

Quadro 8.4 – Período de incubação, prevalência de forma icterícia, cronificação e janela imunológica da infecção pelo vírus da hepatite C

PERÍODO DE INCUBAÇÃO	15 a 150 dias
PREVALÊNCIA DA FORMA ICTÉRICA	Aproximadamente 20%
CRONIFICAÇÃO	70 a 85% dos casos
JANELA IMUNOLÓGICA	Detecção de anticorpos: 33 a 129 dias Detecção de antígeno: 22 a 30 dias Detecção de ácidos nucleicos: 22 dias

Fonte: adaptado de Brasil (2018).

O quadro abaixo traz os critérios diagnósticos referentes ao diagnóstico das hepatites virais, bem como as condutas a serem seguidas pelo profissional enfermeiro no manejo desta infecção.

Quadro 8.5 – Interpretação e condutas frente aos resultados de exames sorológicos para Hepatite C

Testes sorológicos	Resultado	Interpretação	Conduta de enfermagem
Anti-HCV	Não reagente	Ausência de contato com o VHC	-Reforçar cuidados preventivos e aconselhamento pós-teste. -Testagem sorológica, caso não tenha realizado, para outros vírus <u>HbsAg/Sífilis e HIV</u>
RNA-HCV	Não reagente	Amostra negativa para hepatite C	
Anti-HCV	Reagente		• Descartar sinais de alerta e/ou quadro de hepatite

RNA-HCV	Não Reagente	Contato prévio com VHC, provável cura espontânea	<p>aguda: dor abdominal, fadiga, náusea ou vômitos, perda de apetite icterícia, hepatomegalia ou visceromegalias, fezes esbranquiçadas e/ou colúria (urina escura) e se presentes, avaliação <u>médica imediata.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre resultado e aconselhar sobre medidas de proteção para evitar nova exposição. • Convocar parcerias sexuais e contatos domiciliares para testagem.
Anti-HCV	Reagente	Infecção pelo VHC	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar sinais de alerta e/ou quadro de hepatite aguda: dor abdominal, fadiga, náusea ou vômitos, perda de apetite icterícia, hepatomegalia ou visceromegalias, fezes esbranquiçadas e/ou colúria (urina escura) e se presentes, avaliação <u>médica imediata.</u>
RNA-HCV	Reagente		<ul style="list-style-type: none"> • Convocar parcerias sexuais e contatos domiciliares para testagem. • Encaminhar para avaliação ou interconsulta médica eletiva, para investigação complementar ou encaminhamentos

Fonte: Elaboração própria.

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

PARTE 2 – OUTRAS INFECÇÕES TRANSMISSÍVEIS DE INTERESSE EM SAÚDE COLETIVA

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

9 – DENGUE

Doença de transmissão vetorial causada pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, atualmente representando um dos maiores desafios a saúde pública nacional no que diz respeito ao enfrentamento e controle deste agravo.

Outro agravante nesta situação é a questão que estas duas espécies de mosquitos são transmissoras de duas novas patologias: *febre do zika* e *chikungunya*, as quais embora não apresentem uma taxa de letalidade elevada como a dengue, apresentam alto grau de relevância, considerando o aspecto da microcefalia de recém-nascidos, no caso do *Zika vírus*, e a possibilidade de cronificação das artralgias provocadas pelo vírus *Chikungunya*.

Sendo assim, e em função da importância epidemiológica que a dengue possui atualmente no município e visando auxiliar os profissionais de saúde da rede municipal, o presente capítulo foi elaborado procurando objetivar a atuação da equipe de enfermagem e médica no tratamento e identificação oportuna dos sinais de gravidade desta doença, utilizando para isso tabelas e fluxogramas de apoio.

9.1 – Definição de caso

A dengue caracteriza-se por uma série de sintomas inespecíficos os quais em muitas vezes são confundidos com outros quadros virais comuns, devendo o(a) profissional enfermeiro(a) estar atento aos critérios clínicos-epidemiológico de inserção e descarte desta patologia.

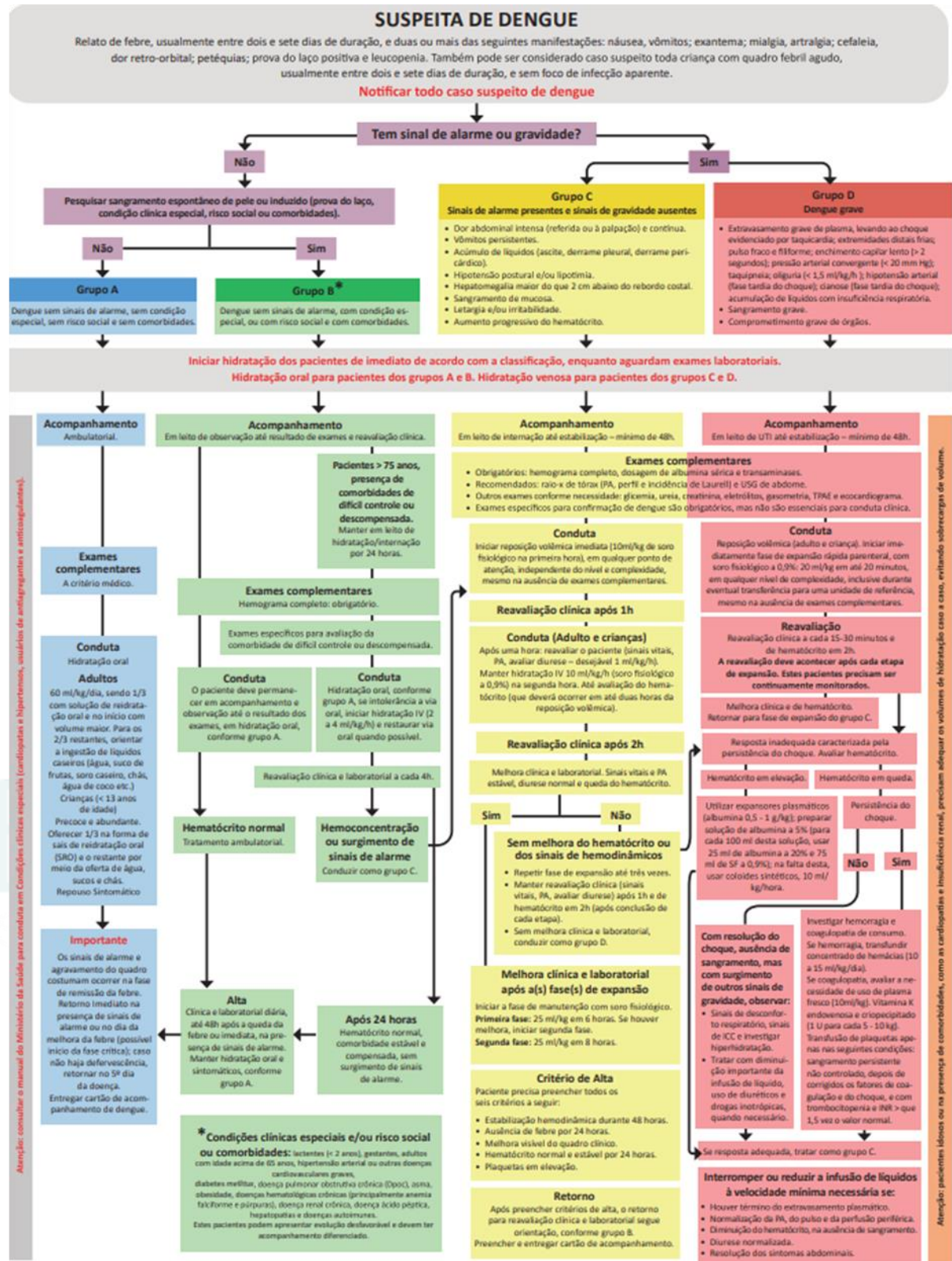
Conforme definição da Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, um caso para ser suspeito de dengue deve apresentar as seguintes características:

Pessoa que tenha transitado nos últimos 15 dias por área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou circule por áreas com presença de *A.aegypti* e que apresente febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (entre 2-7 dias) e duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, prostração, mialgias, artralgia, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Lembrando serem estes sintomas comuns a uma série de doenças, as quais vão desde uma simples síndrome gripal leve até mesmo quadros agudos graves de meningite ou septicemia, as quais a avaliação médica deve ser imediata.

Abaixo segue o fluxograma do Ministério da Saúde para diagnóstico, controle e tratamento da dengue:

Fluxograma 9.1 – Classificação de risco e manejo da pessoa com suspeita de dengue



Fonte: Brasil, 2023.

Quadro 9.1 – Sinais de alarme para dengue**Sinais de alarme para dengue**

- Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdome;
- Vômitos persistentes;
- Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- Sangramento fácil da mucosa (gengiva, nariz, vagina), sangue em fezes/fezes/hematêmese;
- Sonolência, confusão ou agitação/irritabilidade;
- Hipotensão (PA <90/60), hipotensão postural¹ e/ou lipotimia;
- Hepatomegalia maior do que 2 cm;
- Aumento progressivo do hematócrito (detalhes no item 9.3 deste mesmo capítulo).

¹Meça PA deitado e repita após ficar em pé por 3 minutos: se PA sistólica cair ≥ 20 (ou ≥ 30 se hipertensão conhecida) ou PA diastólica cair ≥ 10 , paciente tem hipotensão postural, sendo um sinal de alerta para dengue

Quadro 9.2 – Sinais de gravidade para dengue**Sinais de gravidade para dengue**

- Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 3 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central).
- Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT > 1.000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.

Quadro 9.3 – Hidratação oral de adultos com Dengue

Calcular o volume de líquidos de 60mL/Kg/dia, sendo 1/3 do total com solução salina, ingerindo uma maior parte desta solução no início. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.). Ingerir 1/3 do total da solução (principalmente SRO) nas primeiras 4 a 6 horas. Evite líquidos vermelhos/marrons para não mascarar sangue na urina.

Por exemplo, para um adulto de 70 kg, orientar:

60 mL/kg/dia = 4,2 litros

- Primeiras 4 a 6 horas: 1,0 L de SRO e 0,4 L de líquidos caseiros
- Restante do período de 24 horas: 0,4 L de SRO e 2,4 L de líquidos caseiros

A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação da pessoa.

Quadro 9.4 – Hidratação oral de crianças (< 13 anos) com Dengue

Orientar hidratação no domicílio, de forma precoce e abundante, com soro de reidratação oral (um terço das necessidades basais), oferecido com frequência sistemática, independente da vontade da criança; completar a hidratação oral com líquidos caseiros, tais como água, sucos de frutas naturais, chás e água de coco, evitando uso de refrigerantes. Evite líquidos vermelhos/marrons para não mascarar sangue na urina.

- Crianças até 10 Kg: 130 mL/Kg/dia
- Crianças de 10 a 20 Kg: 100 mL/Kg/dia
- Crianças acima de 20 kg: 80 mL/Kg/dia

Ofertar 1/3 do volume total nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento, especificando o volume total na receita ou outro documento que fique com a pessoa. Continuar com alimentação de acordo com aceitação da pessoa, incluindo aleitamento materno.

Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24 a 48 horas após a diminuição da febre.

Quadro 9.5 – Hidratação parenteral de pessoas com Dengue (prescrição médica)

Nos casos em que a pessoa se enquadrar nos grupos C ([fluxograma 9.1](#)) ou em qualquer outro caso em que a pessoa não tolere reidratação oral, utilizar hidratação endovenosa (EV) com cloreto de sódio 0,9% (soro fisiológico) conforme abaixo (exceto em pessoas com comorbidades):

- 1ª e 2ª hora SF 0,9% 10ml/kg
- 3ª a 8ª hora SF 0,9% 25ml/kg dividido pelas 6h.

O [quadro 9.6](#) apresenta referência de volume a ser infundido de acordo com o peso

Encaminhe para serviço de urgência.

Pessoas do Grupo C cuja hidratação foi iniciada pelo Enfermeiro, que não apresentarem melhora do quadro em até 8h após início da hidratação, deverão ser assistidas pelo médico, bem como pacientes com indicação de internação hospitalar (orientação válida para aqueles atendidos nos serviços de referência, pronto atendimento e hospital)

Importante: O enfermeiro que iniciou o manejo referencie o paciente para que esse monitoramento ocorra de forma adequada e segura.

Quadro 9.6 – Referência para hidratação venosa

Peso	Volume de SF 0,9% na 1ª e 2ª hora	Gotejamento	Volume de SF 0,9% nas 6 horas seguintes	Gotejamento
46-50kg	500ml por hora	167gts/min	1250ml em 6 horas	69 gts/min
51-55kg	550ml por hora	183gts/min	1375ml em 6 horas	76 gts/min
56-60kg	600ml por hora	200gts/min	1500ml em 6 horas	83 gts/min

61-65kg	650ml por hora	217gts/min	1625ml em 6 horas	90 gts/min
66-70kg	700ml por hora	233gts/min	1750ml em 6 horas	97 gts/min
71-75kg	750ml por hora	250gts/min	1875ml em 6 horas	104 gts/min
76-80kg	800ml por hora	267gts/min	2000ml em 6 horas	111 gts/min
81-85kg	850ml por hora	283gts/min	2125ml em 6 horas	118 gts/min
86-90kg	900ml por hora	300gts/min	2250ml em 6 horas	125 gts/min
91-95kg	900ml por hora	317gts/min	2375ml em 6 horas	132 gts/min
96-100kg	1000ml por hora	333gts/min	2500ml em 6 horas	139 gts/min

Caso haja náuseas/vômitos, prescrever metoclopramida 10mg VO ou dimenidrinato 50-100mg de 8/8 horas por até 5 dias (caso não tenha alergia).

Quadro 9.7 – Diferenças principais de sintomatologia entre dengue, Chikungunya e Zika

Sinais e sintomas	Dengue	Chikungunya	Zika
Febre alta	++	+++	+/ausente
Exantema	+ (D5-D7)	++ (D1-D4)	++++ (D2-D3)
Mialgia	++	+	+
Artralgia	+/-	+++	++
Dor retroorbital	+++	+	++
Conjuntivites	+/-	-	+++
Sangramentos	++	+/-	-
Choque	+/-	+/-	-
Plaquetopenia	+++	+	-
Leucopenia	+++	++	-
Trombocitopenia	+++	-	-
Linfopenia	++	+++	-
Neutropenia	+++	+	-
Evolução após fase aguda	Fadiga	Artralgia crônica	-

Fonte: Adaptado de BRASIL (2016).

Sinais/sintomas presentes em: +++ = 70-100% das pessoas; ++ = 40-69%; + = 10-39%; +/- = <10%; - = 0%

9.2 – Prova do Laço

A prova do laço consiste num método diagnóstico de fácil realização e de baixo custo para determinar complicações e agravamento do quadro clínico da dengue. É um exame que subsidia o(a) enfermeiro(a) na classificação de cada caso e consequente condução do mesmo.

Abaixo segue as orientações para realização deste procedimento:

- 1) Verificar a Pressão Arterial (sentado ou deitado);
- 2) Calcular a Pressão Arterial média (PAM): $(PAS + PAD) / 2$;
- 3) Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos (adultos) e 3 minutos (crianças até 10 anos);
- 4) Desenhar um quadrado de 2,5 cm por 2,5 cm ($6,25 \text{ cm}^2$) na região com maior concentração de petéquias no antebraço;
- 5) Contar o número de petéquias no quadrado.

Prova positiva:

- Adultos: 20 ou mais petéquias a cada $6,25 \text{ cm}^2$ (área delimitada);
- Crianças: 10 ou mais petéquias a cada $6,25 \text{ cm}^2$ (área delimitada).

Passos 1 e 2 – Verificar a Pressão Arterial e calcular a média (desinsuflar o manguito após a verificação da PA).



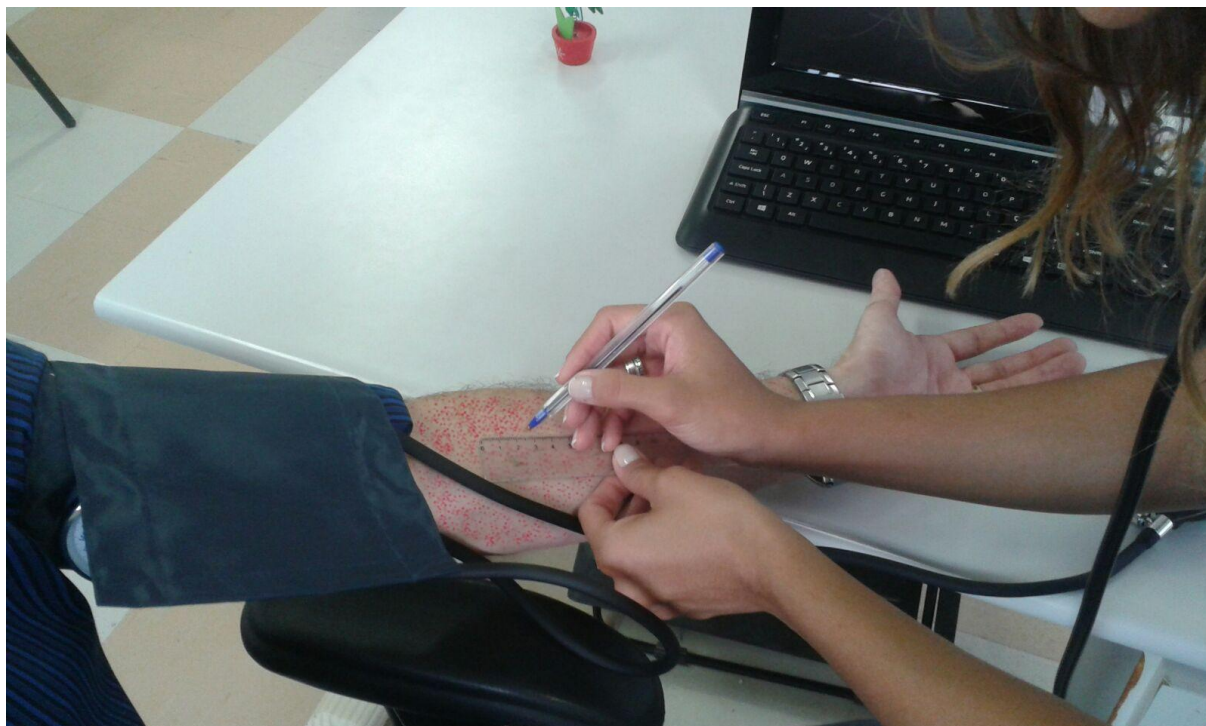
Passos 3a – Insuflar o manguito até o valor da Pressão Arterial Média.



Passo 3b – Manter o manguito insuflado pelo tempo adequado (5 minutos para pessoas com 10 anos ou mais, e 3 minutos para menores de 10 anos).



Passo 4 – Desenhar um quadrado de 2,5 cm por 2,5 cm (6,25 cm²) na região do antebraço com maior concentração de petéquias.



Passo 5 – Contar o número de petéquias na região delimitada.



9.3 – Exames laboratoriais

Conforme fluxograma 9.1 e considerando a classificação clínica de cada caso em grupo A, B, C e D, o manejo na unidade de saúde será prioritariamente para casos classificados no grupo A, os quais o uso de sintomáticos (analgésicos) e hidratação via oral por si só já é eficaz.

Os casos Grupo B, C e D necessitam avaliação em outros níveis do sistema e apresentam condutas específicas colocadas no fluxograma de manejo, não cabendo a discussão neste momento.

O acompanhamento e as reavaliações posteriores são uma das atribuições da equipe (médico(a) e enfermeiro(a)), devendo o acompanhamento do hemograma ser através das alterações plaquetárias e do hematócrito serem algo a ser sempre observado (hemograma e reavaliação presencial a cada 24 horas, até melhora nos parâmetros laboratoriais e ausência de febre por mais de 48 horas), com exceção do grupo A, em que não possui realização obrigatória de hemograma.

Deve ser solicitado hemograma caso a pessoa possuir fator de risco ou prova do laço positiva e encaminhado para resultado em até 4 horas. Tendo como finalidade principal avaliar o hematócrito para identificação de hemoconcentração.

É considerado alterado o hematócrito da pessoa aumentado em mais de 10% acima do valor basal (valor habitual para a pessoa) ou, na ausência deste, com as seguintes faixas de valores, sendo considerado critério para encaminhamento ao serviço de referência:

- Crianças: > 38%
- Mulheres: > 44%
- Homens: > 50%

A contagem de plaquetas deve ser sempre observada. **Usuários(as) com valores inferiores a 100.000 por mm³ devem ser prontamente avaliados pelo médico, bem como a queda abrupta dos valores basais verificados em exames anteriores.**

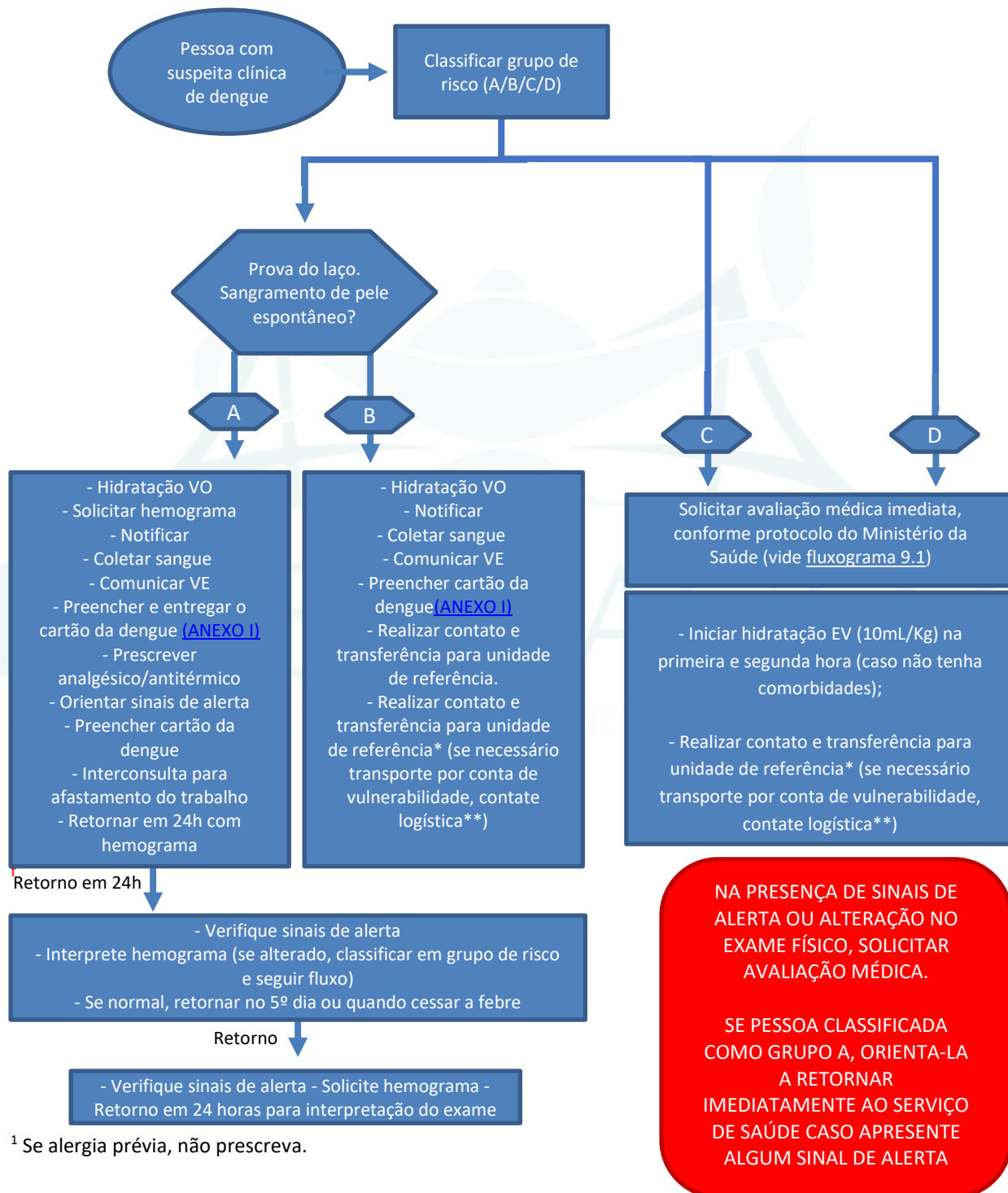
Como critério de alta considera-se **melhora clínica, melhora nos marcadores laboratoriais** (hematócrito, plaquetas e leucócitos, principalmente). **E ausência de febre há mais de 48 horas.**

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

9.4 – Outras condutas de Enfermagem

- Notificar para dengue;
- Seguir orientação da Vigilância Epidemiológica quanto à coleta e encaminhamento da amostra de sangue;
- Prescrever paracetamol 500-1000mg ou dipirona² 500-1000mg de 6/6 horas, se dor febre;
- Indicar uso de repelente para pessoa com suspeita de dengue;
- Preencher e entregar cartão de acompanhamento da pessoa com dengue (ANEXO I);

Fluxograma 9.2 – Resumo de atendimento à pessoa com suspeita de dengue



10 – TUBERCULOSE PULMONAR

10.1 – Suspeita clínica

Suspeita clínica é definida com a presença de tosse por ≥ 3 semanas (ou ≥ 2 semanas se DM) ou qualquer um dos seguintes sintomas: febre persistente (normalmente vespertina) por pelo menos 2 semanas, perda de peso ou dispneia (normalmente com dor), sudorese noturna ou hemoptise (tosse com sangue). Observar diagnóstico diferencial para pessoas com diagnóstico de asma, DPOC e broncopneumonia.

Atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: comunidades fechadas; etilistas; usuários(as) de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/aids e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pessoas que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizados. Nestes casos, considerar investigar TB se tosse de qualquer duração e sem outra causa provável.

Na suspeita clínica o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar uma amostra de escarro (para TRM-TB) e raio-X de tórax, ou duas amostras de escarro para baciloscopia em pacientes já tratados anteriormente para tuberculose.

As amostras de escarro devem ser uma na consulta (TRM-TB) e outra a ser coletada na manhã (ao acordar) do dia seguinte (baciloscopia em pacientes já tratados para Tb anteriormente) .

Se o diagnóstico for MTB detectado, iniciar tratamento. Em caso negativo, encaminhar para interpretação de raio-X de tórax pelo médico.

10.2 – Exames de rastreio, diagnóstico e acompanhamento

Os exames para rastreio, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose poderão ser solicitados nos seguintes casos:

Quadro 10.1 – Exames para tuberculose e respectivas atribuições profissionais

Exame	Indicação	Quem pode solicitar
Baciloscopia diagnóstica (escarro)	Sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa; suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse; acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico
Teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB)- (escarro)	Sintomático respiratório, durante estratégia de busca ativa; suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, independentemente do tempo de tosse; acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico
Baciloscopia de controle	Solicitação mensal (frequência habitual) a partir de diagnóstico positivo, sendo indispensáveis no segundo, quarto e sexto mês no esquema básico de tratamento.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico

Cultura e teste de sensibilidade (TS)	Solicitado conjuntamente à baciloscopia de diagnóstico e controle.	Enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e médico
Prova Tuberculínica (PT)	Para identificação de ILTB (Infecção Latente Tuberculose) – contatos (domiciliares e trabalho/escola) TB que precisem de quimioprofilaxia, e para portadores de HIV. Caso não seja possível realizar PT, encaminhar para atendimento médico com vistas a alternativas.	Enfermeiro(a) e médico(a)
Igra	Para identificação de ILTB (Infecção Latente Tuberculose) - contatos domiciliares, trabalho e escola de pessoas com TB que necessitem quimioprofilaxia. Contraindicado em crianças menores de 2 anos.	Enfermeiro(a) e médico(a)
Raio-X de tórax	Para suspeita clínica de TB (conjuntamente à baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade) e para rastreamento dos contatos de TB (diagnóstico a cargo do médico).	Enfermeiro(a) e médico(a)
Teste anti-HIV	Para todas as pessoas com suspeita/diagnóstico de tuberculose. Poderá ser realizado teste rápido se estiver dentro dos critérios estabelecidos em Normativa Municipal. Deverá ser realizado aconselhamento pré e pós-teste.	Enfermeiro(a) e médico(a)

10.3 – Confirmação de caso de tuberculose

Considera-se confirmação de caso de Tuberculose pulmonar com, pelo menos:

- Uma ou ambas amostras de baciloskopias diretas positivas; ou
- Uma cultura positiva, indiferentemente dos resultados das baciloskopias; ou
- Uma amostra de TRM-TB positiva; ou
- Imagem radiológica sugestiva de tuberculose.

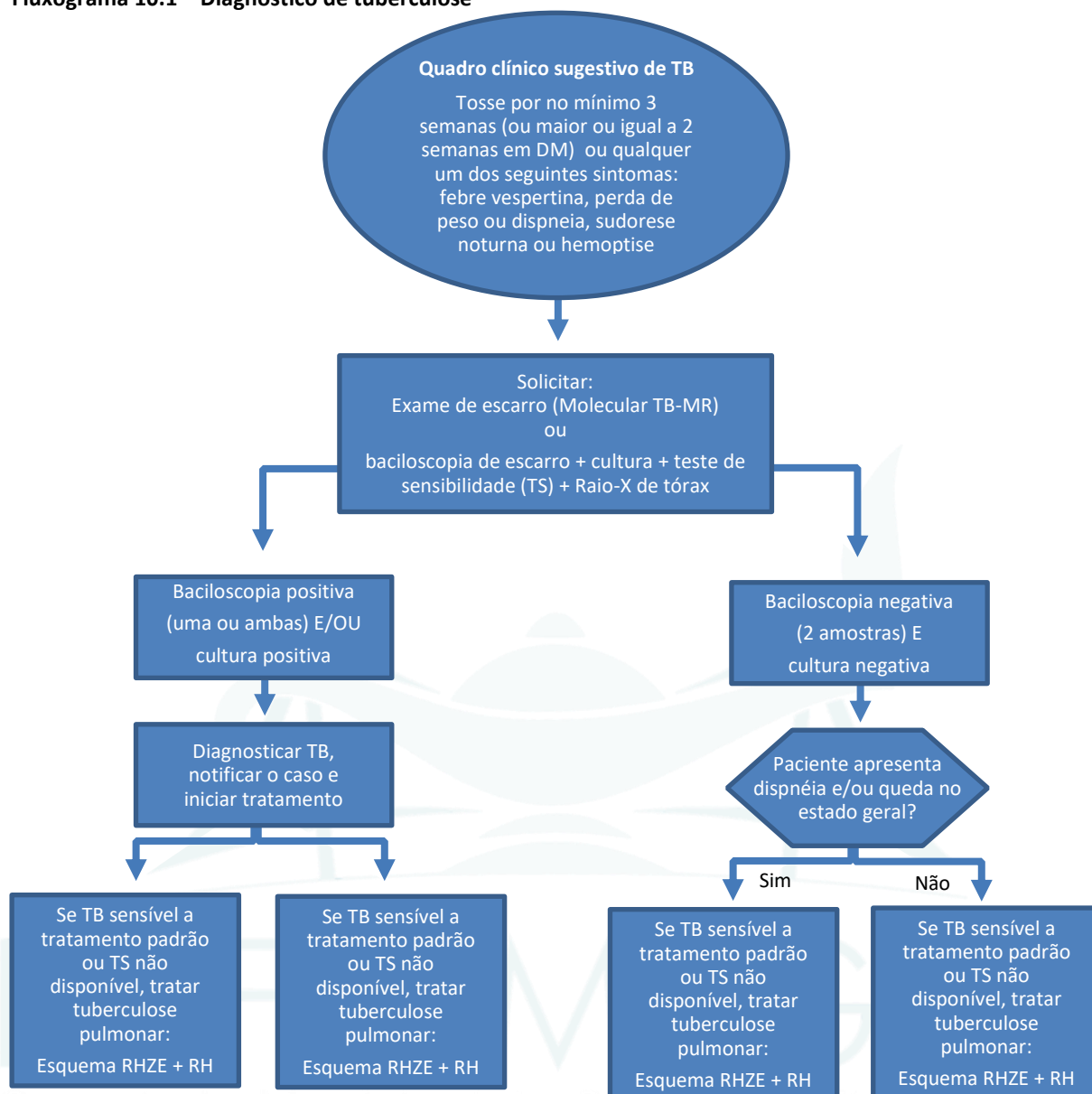
Nos casos contemplados pelos itens 1 e 2 e 3 o(a) enfermeiro(a) poderá realizar a confirmação diagnóstica de tuberculose.

Para todas as pessoas com TB confirmada deve-se realizar teste rápido HIV (ou teste laboratorial, na impossibilidade de realização do teste rápido).

O afastamento das atividades laborais ou estudantis se faz necessário de imediato. Dessa forma, solicitar interconsulta com médico para emissão de atestado.

Se a pessoa não se enquadrar nos três casos descritos acima, mas persistir com clínica sugestiva de TB, o médico poderá fechar diagnóstico para TB, independentemente dos resultados de exames laboratoriais/imagem.

Fluxograma 10.1 – Diagnóstico de tuberculose



Atenção especial deve ser dada nos seguintes casos: comunidades fechadas; etilistas; usuários(as) de drogas; imunodeprimidos (câncer, doença autoimune, HIV/aids e DM mal controlados, doença renal e hepática), trabalhadores em contato com TB, pessoas que já abandonaram tratamento anterior; moradores de rua; privados de liberdade; indígenas; e pessoas institucionalizados. Nestes casos, **considerar investigar TB se tosse de qualquer duração e sem outra causa provável.**

10.4 – Tratamento

10.4.1 – Condições gerais para prescrição/renovação pelo(a) enfermeiro(a)

O(a) enfermeiro(a) poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e a fase de manutenção. A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- Nos casos novos - pessoa que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias.
- No 1º retratamento após cura - indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o(a) enfermeiro(a) poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- No retratamento após abandono – doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início do mesmo. Neste caso o(a) enfermeiro(a) deverá notificar e reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- O(a) enfermeiro(a) poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

O(A) enfermeiro(a) não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar nas seguintes situações: menores de 18 anos; gestantes; pessoas com história de doença hepática prévia; pessoas com história de nefropatias; pessoas com idade avançada (60 anos ou mais); pessoas com desnutrição severa; coinfeção por HIV; e TB multirresistente. Nestes casos, o(a) enfermeiro(a) poderá realizar acompanhamento compartilhado com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura).

10.4.2 – Medicações

As medicações utilizadas no esquema padronizado são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E). O esquema básico para adultos tem duração de seis meses, dividido em duas fases: a intensiva, composta por dois meses de uso de RHZE; e a de manutenção, com uso de RH por quatro meses. Esse esquema está indicado para todos os casos novos de tuberculose pulmonar e para os casos de retratamento. As doses das medicações prescritas são baseadas no peso da pessoa (BRASIL, 2019).

Quadro 10.2 – Esquema básico de tratamento para tuberculose

Fármacos	Faixa de peso	Unidades/dose	Tempo de tratamento
RHZE 150/75/400/275mg Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 A 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg OU 150/75 mg Comprimidos em dose fixa combinada	20 a 35 Kg	1 comprimido de 300/150 mg	4 meses (fase de manutenção)
		OU 2 comprimidos de 150/75 mg	
	36 a 50 Kg	1 comprimido de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg	
		OU 3 comprimidos de 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comprimidos de 300/150 mg	
		OU 4 comprimidos de 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comprimidos de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg	
		OU 5 comprimidos de 150/75 mg	

Fonte: Brasil (2019).

10.4.3 – Reações adversas

As reações adversas ao tratamento da tuberculose são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores.

O(A) enfermeiro(a) poderá realizar intervenções somente nas reações adversas menores, que normalmente não é necessário suspender o medicamento anti-TB, conforme quadro abaixo:

Quadro 10.3 – Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose

Fármacos	Orientações
Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol	Reformular horário de administração da medicação: junto com desjejum ou à noite. Prescrever metoclopramida 10 mg a cada 8 horas por até 5 dias. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Rifampicina	Tranquilizar a pessoa e descartar sintomas urinários não relacionados a medicação. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Isoniazida e Rifampicina	Avaliar em conjunto com médico da Equipe manejo e uso de medicação sintomática (anti-histamínico).
Pirazinamida, Isoniazida	Avaliar em conjunto com médico da equipe uso de medicação sintomática. Prescrever ibuprofeno ¹ 300mg a cada 8 horas por 5 dias. Avaliação médica conjunta/subsequente se não houver melhora dos sintomas.
Isoniazida	Avaliar em conjunto com médico da Equipe conduta e evolução do sintoma.
Pirazinamida, Etambutol	Orientar dieta hipopurínica.
Isoniazida	Orientar, observar evolução e realizar avaliação conjunta se persistência.
Rifampicina Isoniazida	Realizar avaliação conjunta com o médico

¹Tomar com/após alimentação. Evite se úlcera péptica, reação alérgica severa prévia ou exacerbação de asma, doença renal, gestação ≥ 30 semanas. Cuidado se ≥ 65 anos, hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia, uso de AAS, corticosteroides, varfarina, abuso de álcool. Nestes casos, solicitar avaliação médica para alternativa terapêutica.

- A pessoa deve ser orientada da ocorrência dos principais efeitos adversos e da necessidade de retornar ao serviço de saúde na presença de algum sintoma que identifique como possivelmente associado ao uso dos medicamentos. A persistência destes sintomas, após intervenção do(a) enfermeiro(a), deverá ser avaliada em consulta médica.
- As reações adversas maiores são:** exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave; psicose, crise convulsiva, encefalopatia tóxica ou coma; neurite óptica; perda de visão; hepatotoxicidade; hipoacusia, vertigem, nistagmo; trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite; nefrite intersticial; rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal. Estes casos **são de acompanhamento médico imediato**.

Pessoas com maior risco de desenvolvimento de efeitos adversos são aqueles com idade avançada, alcoolismo, estado nutricional comprometido, doença hepática ou renal, infecção pelo HIV.

A substituição ou suspensão de qualquer medicamento do tratamento da tuberculose frente ao efeito adverso é de competência médica.

10.5 – Acompanhamento e alta

Durante o tratamento básico de 6 meses da tuberculose pulmonar, a pessoa deverá realizar uma reavaliação clínica em até 2 semanas após o início do tratamento. Posteriormente a avaliação

clínica deve ser realizada com frequência mínima mensal, podendo ser quinzenal ou até semanal, considerando-se a adaptação e adesão ao tratamento ou gravidade/mudança do quadro clínico.

O acompanhamento inclui consultas médicas e de enfermagem, visando a identificação de queixas e sinais clínicos que possam avaliar a evolução da doença após a introdução dos medicamentos, e detecção de manifestações adversas com seu uso, além da solicitação dos exames de acompanhamento.

A alta do tratamento poderá ser realizada pelo(a) enfermeiro(a) nos casos em que o diagnóstico e alta foram realizados/evidenciados através de baciloscopia direta e cultura. Para isso, a pessoa deverá ter, ao **final dos seis meses de tratamento, o resultado da última coleta de baciloscopia (duas amostras) e cultura negativas. A alta do tratamento deverá ser realizada pelo médico nos casos em que o diagnóstico foi realizado por outras evidências que não a baciloscopia direta e cultura**, e também nos casos em que o tratamento foi iniciado pelo médico (ou seja, nos casos em que o(a) enfermeiro(a) não pode iniciar o tratamento, conforme critérios estabelecidos neste protocolo).

Toda alta (independentemente do motivo) deverá ser registrada no prontuário, com devida notificação aos setores de vigilância em acompanhamento do caso. Todos os documentos obrigatórios de registro de acompanhamento do caso são de responsabilidade tanto do(a) enfermeiro(a) quanto do(a) médico(a) da equipe.

10.6 – Controle dos contatos

- É atribuição da Atenção Básica o Controle dos Contatos da Tuberculose.
- O(a) enfermeiro(a), quando diagnosticar um caso de tuberculose pulmonar, deverá identificar as pessoas consideradas contatos visando prevenir o adoecimento destes e/ou diagnosticar precocemente casos de doença ativa.
 - São considerados contatos: toda pessoa que convive no mesmo ambiente (casa, trabalho, escola, instituição, entre outros) com o caso índice, no momento do diagnóstico da tuberculose. A avaliação deverá ser individualizada, considerando a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição.
- Crianças com diagnóstico de tuberculose devem ter todos os seus contatos investigados, na tentativa de identificar o caso índice, visto que crianças com TB geralmente desenvolvem a doença após transmissão por contato adulto bacilífero.
- Se contato já tratou TB ou ILTB, não deve ser solicitado PPD nem iniciado profilaxia para ILTB. Discuta/encaminhe para avaliação médica.
- Testar todos os contatos para HIV. Se contato assintomático e HIV, discutir/encaminhar para avaliação médica.

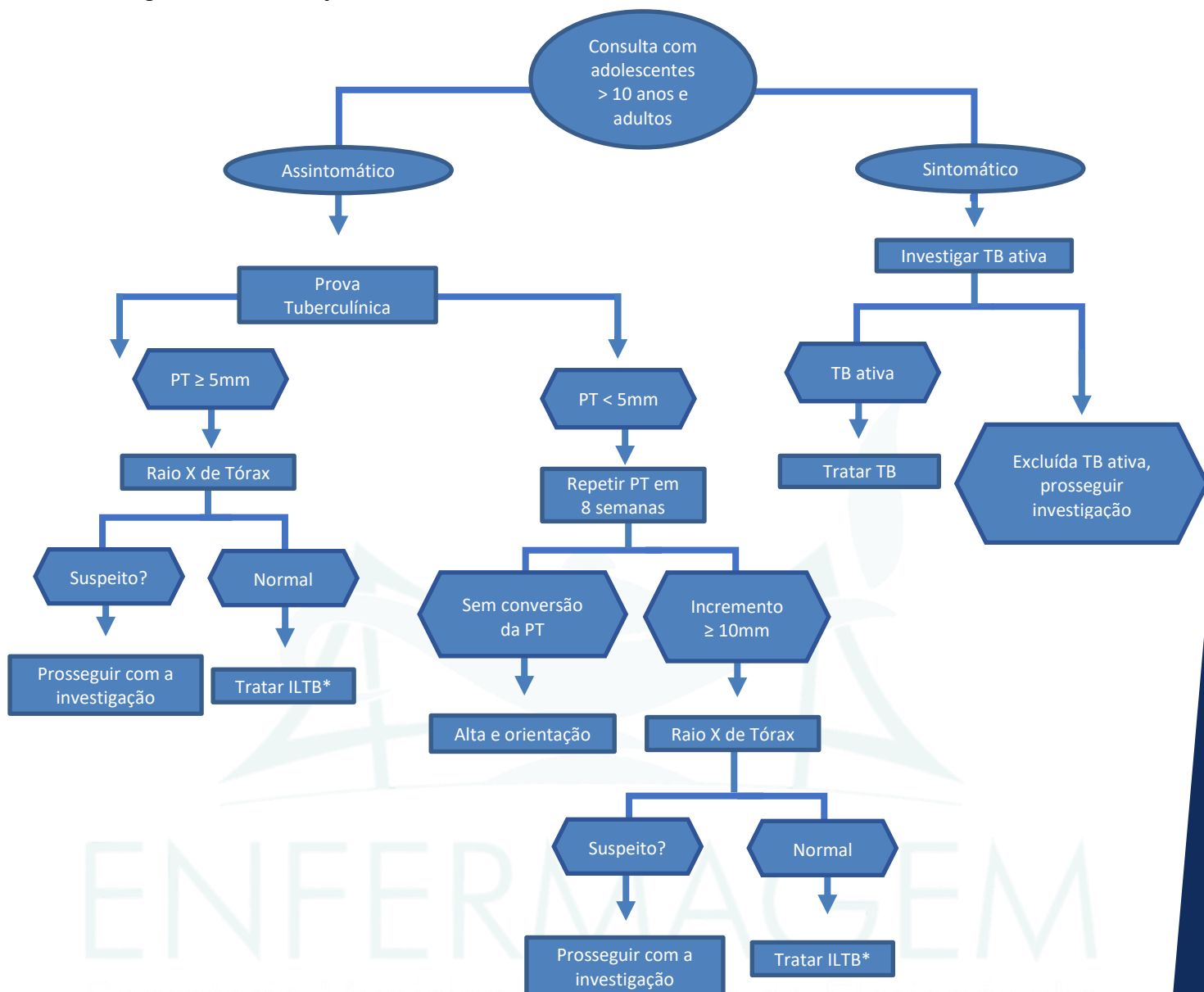
10.6.1 – Rastreamento dos contatos

- **Assintomáticos** – solicitar raio X de tórax e PT e encaminhar para consulta médica subsequente para avaliação. Caso não seja possível solicitar a PT, o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar somente o raio-X de tórax e encaminhar para consulta médica subsequente.
- **Sintomático** – investigar TB ativa – o(a) enfermeiro(a) deverá solicitar 2 amostras de escarro para baciloscopia, Cultura, TS e raio-X de tórax.

Resumo das condições clínicas com indicação de rastreio de ILTB

CONDIÇÃO CLÍNICA	PPD	IGRA
Pessoa vivendo com HIV (PVHIV) com CD4 > 350	✓ ¹	✓
Criança ≥ 2 anos e < 10 anos contato de TB ativa	✓ ¹	✓
Criança < 2 anos contato de TB ativa	✓	✗
Criança/adolescente ≥ 10 anos contato de TB ativa	✓	✗
Adulto contato de TB ativa	✓	✗
Criança < 10 anos sintomática investigando TB ativa ²	✓	✗
Adolescente sintomático investigando TB ativa e que tem baciloscopia e TRM-TB negativo ²	✓	✗
Candidato a transplante de células-tronco	✓ ¹	✓
Pessoa com indicação de imunossupressores ³	✓ ¹	✓
Pessoa em uso de inibidores de TNF alfa	✓ ¹	✓
Pessoa em uso de corticosteroides (equivalente a > 15 mg/dia de prednisona por mais de um mês)	✓	✗
Candidato a transplante e uso de imunossupressores	✓	✗
Pessoa com alterações radiológicas sugestivas de sequela de TB ou calcificação isolada (sem fibrose)	✓	✗
Pessoa com silicose	✓	✗
Neoplasia de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas	✓	✗
Neoplasia em terapia imunossupressora (químio)	✓	✗
Profissional de saúde, pessoa que vive/trabalha no sistema prisional ou instituições de longa permanência	✓	✗
Insuficiência renal em diálise	✓	✗

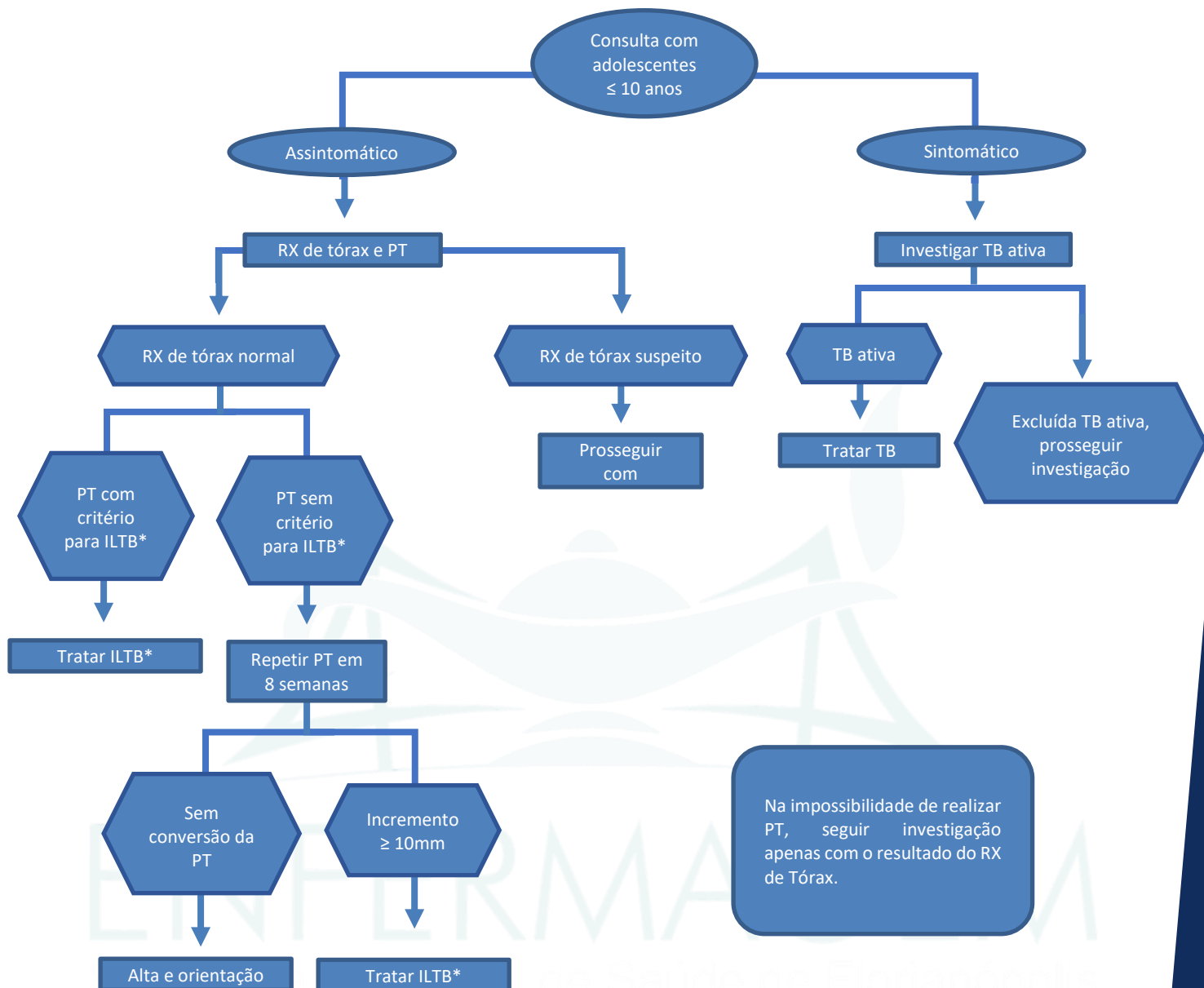
Fluxograma 10.2 – Avaliação de contatos de tuberculose maiores de 10 anos



avaliação e tratamento da Infecção Latente de Tuberculose (ILT) a cargo do(a) médico(a) da equipe.

Na impossibilidade de realizar PT, seguir investigação apenas com o resultado do RX de Tórax.

Fluxograma 10.3 – Avaliação de contatos de tuberculose com 10 anos ou menos



***Avaliação e tratamento da Infecção Latente de Tuberculose (ILT) a cargo do(a) médico(a) da equipe.**

A prova tuberculínica (PT) será considerada positiva nos seguintes casos:

- $\geq 5\text{mm}$ em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas com BCG no primeiro ano de vida ou não vacinadas, maiores de 2 anos, e crianças indígenas independente da BCG;
- $\geq 10\text{mm}$ em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para BCG no primeiro ano de vida, menores de 2 anos;
- $\geq 10\text{mm}$ em crianças contato de caso índice de tuberculose pulmonar vacinadas para o BCG após o primeiro ano de vida, vacinadas há menos de 2 anos.

Fluxograma 10.4 – Algoritmo de diagnóstico da ILTB em profissionais com possibilidade de exposição ocupacional à tuberculose



10.6.2 – Tratamento de contatos

- A avaliação de tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb) para contatos e em outros casos deverá ser realizada pelo médico da equipe (incluindo renovação de prescrição).
- Se iniciado o tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb), a pessoa deverá ser acompanhada mensalmente, podendo ser quinzenal ou até semanalmente, podendo ser pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a), onde será estimulada a adesão ao mesmo, e será feito o monitoramento clínico de efeitos adversos.
- A alta do tratamento para infecção latente de tuberculose (ILTb) deverá ser realizada pelo médico e registrada em prontuário.

Mesmo após o término do tratamento, as pessoas devem ser orientadas a procurar a unidade de saúde em caso de sintomas sugestivos de TB.

10.7 – BCG

10.7.1 – Indicações

A vacina BCG é prioritariamente indicada para crianças de 0 a 4 anos de idade, conforme as recomendações a seguir:

- Recém-nascidos com peso maior ou igual a 2kg devem ser vacinados ao nascer, o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita ao serviço de saúde.
- Crianças vacinadas na faixa etária preconizada que não apresentam cicatriz vacinal após 6 meses da administração da vacina não devem ser revacinadas (Nota informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS/MS).

Para indivíduos expostos ao HIV, devem ser consideradas as seguintes condições:

- Crianças filhas de mãe HIV positiva podem receber a vacina o mais precocemente possível até os 18 meses de idade, se assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência;
- Crianças com idade entre 18 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias, não vacinadas, somente podem receber a vacina BCG após sorologia negativa para HIV; para estes indivíduos, a revacinação é contraindicada;
- A partir dos 5 anos de idade, indivíduos portadores de HIV não devem ser vacinados, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência.

10.7.2 – Contraindicações

- Indivíduos a partir dos 5 anos de idade, portadores de imunodeficiência congênita ou adquirida, mesmo que assintomáticos e sem sinais de imunodeficiência;
- Indivíduos acometidos por neoplasias malignas;
- Pessoas em tratamento com corticosteroides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia, para crianças até 10 kg ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10kg) por período superior a duas semanas;
- Pessoas em uso de outras terapias imunodepressoras (quimioterapia antineoplásica, radioterapia, dentre outros);
- Gestantes.

10.8 – Escarro Induzido

- A prescrição de escarro induzido poderá ser realizada pelo(a) enfermeiro(a) quando o(a)usuário(a) não apresentar expectoração para amostra de escarro.
- A prescrição consiste em nebulização com solução salina hipertônica (0,5 ml de cloreto de sódio 20% + 5 ml de cloreto de sódio a 0,9%) por 15 minutos.

10.9 – Atribuições do(a) enfermeiro(a) no enfrentamento da Tuberculose

- Identificar Sintomáticos Respiratórios
- Solicitação de baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, independente do motivo da consulta – no mínimo 2 amostras - uma em cada dia.
- Orientar o indivíduo para coleta
- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório
- Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação
- Realizar consulta de enfermagem
- Solicitar exames: rastreamento e acompanhamento e contatos.
- Iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico) conforme normativa.
- Avaliar e prescrever necessidade de escarro induzido
- Convocar/convidar contatos para investigação
- Orientar pessoas e familiares quanto ao uso de medicações
- Convocar/identificar doente faltoso
- Realizar assistência domiciliar quando necessário
- Notificar e investigar casos confirmados
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.
- Orientação ACS, técnicos e auxiliares quanto ao acompanhamento TDO.
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto a prevenção, manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.
- Acompanhar Tratamento Diretamente Observado (T.D.O.)
- Encaminhar ao Setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local.

10.10 – Atribuições do(a) técnico(a) de enfermagem no enfrentamento da Tuberculose

- Identificar Sintomáticos Respiratórios
- Solicitar baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, no mínimo 2 amostras - uma em cada dia.
- Orientar o indivíduo para coleta

- Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório
- Solicitar busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame.
- Auxiliar a equipe na assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários.
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG – com capacitação
- Realizar prova tuberculínica – com capacitação
- Convocar/convidar contatos para investigação
- Orientar pessoas e familiares quanto ao uso de medicações
- Convocar/identificar doente faltoso
- Realizar assistência domiciliar quando necessário
- Notificar e investigar casos confirmados



ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em Saúde – volume 2. Brasil: Ministério da Saúde, 2023. 6. Ed. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Fluxograma de Classificação de Risco e Manejo do Paciente com Suspeita de Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/classificacao_risco_manejo_paciente_dengue.pdf. Acesso em 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco-0>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepbdigital.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis/2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em 20/12/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 2ª edição. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **DST no Brasil**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 7 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Apoio à Gestão de Vigilância em Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica** – Protocolo de enfermagem. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>. Acesso em: 05 set. 2023. 05/09/23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota informativa nº 10/2019-CGPNI/DEVIT/SVS/MS/MS**. Atualização da recomendação sobre revacinação com BCG em crianças vacinadas que não desenvolveram cicatriz vacinal. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 7 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfecoes>. Acesso em 28 de julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico de para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ), Best Practice. **Tópicos: Doença Inflamatória Pélvica; Cervicite; Corrimento Vaginal; Corrimento Uretral**. Disponível em <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/welcome.html>>. Acesso em: 30 out. 2015.

COFEN. **Parecer da Câmara Técnica nº12/2020/CTAS/COFEN** - Parecer Técnico sobre a Prescrição de Medicamentos para Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP) e Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP) por Enfermeiros. Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.cofen-mt.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/PARECER-N%C2%BA-12-2020-CTAS-COFEN.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Nota técnica Nº 001/2024 de 26 de fevereiro de 2024. Competências e Atribuições do Enfermeiro para enfrentamento a epidemia de dengue em situação de emergência em saúde pública. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-no-001-2024-comite-de-operacoes-de-emergencia-em-saude-coes-cofen/>

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Resposta Técnica COREN/SC nº 065/CT/2019**. Dispõe sobre o uso de penicilina associada à Lidocaína. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/RT-065-2019-Uso-de-Penicilina-associada-%C3%A0-Lidoca%C3%ADna.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

DIVE-SC (Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina). **Nota técnica nº 7 DIVE/SUV/SES/2015** – Procedimentos a serem adotados em Santa Catarina frente a caso suspeito de Febre do Zika Vírus (ZIKAV). Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zooses/notas-tecnicas/nota-tecnica-7-vigilancia-zika-virus.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DYNAMED PLUS. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. **Tópicos: Tricomoniasis; Bacterialvaginosis; Uretral Discharge; Gonorrhea**. Disponível em <<http://www.dynamed.com>>. Acesso restrito em: 12 dez. 2015.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Algoritmo para Profilaxia Pré-exposição ao HIV no município de Florianópolis (PrEP-SUS/Floripa)**. Florianópolis, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. PACK Brasil Adulto. Practical Approach to Care Kit. Kit de Cuidados em Atenção Primária: Ferramenta de manejo clínico em Atenção Primária à Saúde. 2023/2024 - Florianópolis/SC/Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, ENSP, Clinical management tool in Primary Health Care, The Health Foundation, Knowledge Translation Unit, 2023.

GEORGEU, Daniella *et al.* **Implementing nurse-initiated and managed antiretroviral treatment (NIMART) in South Africa**: a qualitative process evaluation of the stretch trial. Implementation

Science, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 1-13, 16 jul. 2012. Springer Science and Business Media LLC. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-66>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 8/2023-CGAHV/DCCI/SVS/MS**: Dispõe sobre recomendações e atualizações acerca do uso da Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV (PrEP) oral, incluindo a modalidade “sob demanda”. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-8_2023-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view. Acesso em: 19 set. 2023.


PRATI-DONADUZZI. **Bula do medicamento Metronidazol comprimido revestido de 250 mg**. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=2987192014&pIdAnexo=2025603. Acesso em: 28 set. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA SBP). Departamento Científico de Aleitamento Materno. **Uso de medicamentos e outras substâncias pela mulher durante a amamentação**. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento_-_Uso_Medicam_durante_Ament.pdf. Acesso em: 28 set. 2018.

World Health Organizatin (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO World Health Organizatin (WHO). **Training Modules for the Syndromic Management of Sexually Transmitted Infection**. 2nd ed. Genebra: World Health Organization; 2007. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: 7 out. 2014.

ENFERMAGEM
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO A – CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DA PESSOA COM SUSPEITA DE DENGUE

<p>Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou a Unidade de referência indicada em seu cartão caso apareça um ou mais dos seguintes SINAIS DE ALARME:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <ul style="list-style-type: none"> * Diminuição repentina da febre; * Dor muito forte e contínua na barriga; * Sangramento de nariz, boca ou outros tipos de hemorragias; * Tontura quando muda de posição (deita/senta/levanta); * Diminuição do volume da urina; <ul style="list-style-type: none"> * Vômitos frequentes ou com sangue; * Dificuldade de respirar; * Agitação ou muita sonolência; * Suor frio; * Pontos ou manchas vermelhas ou roxas na pele. </div> <p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tomar muito líquido: água, suco de frutas, soro caseiro, sopas, leite, chás e água de coco * Permanecer em repouso * As mulheres com dengue devem continuar a amamentação <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Soro caseiro</td> <td style="width: 30%;">Sal de cozinha _____</td> <td style="width: 40%;">1 colher de café</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Açúcar _____</td> <td>2 colheres de sopa</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Água potável _____</td> <td>1 litro</td> </tr> </table> <p>Unidade de Referência _____</p>	Soro caseiro	Sal de cozinha _____	1 colher de café		Açúcar _____	2 colheres de sopa		Água potável _____	1 litro	<div style="text-align: center;">  <p>CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE COM SUSPEITA DE DENGUE</p> </div> <p>Nome(completo): _____</p> <p>Nome da mãe: _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Unidade de Saúde _____</p> <p style="text-align: center;">Apresente este cartão sempre que retornar à Unidade de Saúde</p>																																															
Soro caseiro	Sal de cozinha _____	1 colher de café																																																							
	Açúcar _____	2 colheres de sopa																																																							
	Água potável _____	1 litro																																																							
<p>Data do início dos sintomas ____/____/____</p> <p>Notificação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Prova do laço em ____/____ resultado: _____</p> <p>1.ª Coleta de Exames</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____</td> <td>Resultado: _____</td> </tr> </table> <p>Controle de Sinais Vitais</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>1.º dia</th> <th>2.º dia</th> <th>3.º dia</th> <th>4.º dia</th> <th>5.º dia</th> <th>6.º dia</th> <th>7.º dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PA mmHg (em pé)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>PA mmHg (deitado)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Temp. Axilar °C</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %	<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____		1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia	PA mmHg (em pé)								PA mmHg (deitado)								Temp. Axilar °C								<p>2.ª Coleta de Exames</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____</td> <td>Resultado: _____</td> </tr> </table> <p>3.ª Coleta de Exames</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____</td> <td>Resultado: _____ %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____</td> <td>Resultado: _____ .000 mm³</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____</td> <td>Resultado: _____</td> </tr> </table> <p>Informações complementares _____</p>	<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %	<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____	<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %	<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³	<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____
<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %																																																								
<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____																																																								
	1.º dia	2.º dia	3.º dia	4.º dia	5.º dia	6.º dia	7.º dia																																																		
PA mmHg (em pé)																																																									
PA mmHg (deitado)																																																									
Temp. Axilar °C																																																									
<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %																																																								
<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____																																																								
<input type="checkbox"/> Hematócrito em ____/____	Resultado: _____ %																																																								
<input type="checkbox"/> Plaquetas em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Leucócitos em ____/____	Resultado: _____ .000 mm ³																																																								
<input type="checkbox"/> Sorologia em ____/____	Resultado: _____																																																								

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

ANEXO B – PrEP – PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO SOBRE DEMANDA

Na prática, como funciona a PrEP 2+1+1?

De 2 a 24 horas antes do sexo, você deve tomar a primeira dose com 2 comprimidos da PrEP. A segunda dose deve ser tomada 24 horas depois da primeira. E a terceira dose, 24 horas depois da segunda.



O que devo fazer se eu fizer sexo novamente nesse período?

Nesse caso, ao invés de parar o esquema de PrEP na terceira dose, você seguirá tomando 1 comprimido por dia enquanto mantiver atividade sexual. Mas se voltar a ter sexo infrequente, você deve tomar mais 2 comprimidos após o último ato sexual e interromper a PrEP.



CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	-	-	Inclusão do quadro de “Controle de Alterações”	23/05/2016
1.1	9	41	Alteração no item 3 da seção 9.3: de “Uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose” para “Imagem radiológica sugestiva de tuberculose”.	23/05/2016
1.1	9	45	Alteração na redação, de “após 2 semanas do início do tratamento” para “em até 2 semanas após o início do tratamento”.	23/05/2016
1.1	9	46	Melhoria da redação no critério para alta pelo(a)enfermeiro(a) com a inclusão da seguinte redação: “Para isso, o usuário deverá ter, ao final dos seis meses de tratamento, o resultado da última coleta de baciloscopia (duas amostras) e cultura negativas.”	
1.2	5	26 e 27	Mudança no fluxograma e quadro de prescrição para DIP. A prescrição passa a ser de atribuição exclusiva do médico.	06/09/2016
1.3	3	18	Mudança no fluxograma. Tratamento de parceiro a partir de diagnóstico de herpes apenas se sintomas.	01/11/2016
1.4	4	23	Inclusão de Miconazol creme como alternativa ao Clotrimazol creme pela mudança na disponibilidade deste último.	14/09/2017
1.4	7	31	Inclusão do capítulo 7 e renumeração dos posteriores	14/09/2017
1.5	7	33	Inclusão do subcapítulo sobre PEP.	22/07/2018
1.5	7	31	Mudança no quadro 7.1 com inclusão de exames e periodicidade.	22/07/2018
1.5	3	16	Mudanças no acompanhamento do VDRL no tratamento de sífilis.	22/07/2018
1.5	3	19	Inclusão de observações para herpes no quadro 3.1.	22/07/2018

1.5	Tudo	Tudo	Mudança no formato de numeração dos quadros e fluxogramas de acordo com os protocolos 3 e 4.	22/07/2018
1.5	2	14	Mudança de esquema terapêutico para tratamento da síndrome do corrimento uretral e inclusão da prescrição de Ceftriaxona pelo(a) enfermeiro(a).	22/07/2018
1.5	2	14	Retirada do ciprofloxacino como segunda opção para tratamento da gonorreia.	22/07/2018
1.5	3	15-21	Mudança na estrutura do capítulo.	03/10/2018
1.5	3	17	Adequação na nomenclatura dos estágios da sífilis de acordo com o novo PCDT, para sífilis recente e sífilis tardia.	03/10/2018
1.5	3	18-19	Modificação no acompanhamento da sífilis e critérios de cura, com mudança na estrutura do texto. Inclusão de observação para VDRL de 3 meses.	03/10/2018
1.5	4	23	Retirada de Clotrimazol como opção por não constar mais na REMUME.	03/10/2018
1.5	4	23	Separação do tratamento de vaginose bacteriana e tricomoníase.	
1.5	4	24	Mudança no quadro de tratamento para síndrome do corrimento vaginal.	03/10/2018
1.5	4	25	Mudança na redação dos tópicos de diferenciação entre vaginose bacteriana e tricomoníase, e no tratamento de parceiros.	03/10/2018
1.5	6	30	Mudança do tempo máximo de tratamento para condiloma de 8 para até 10 semanas	03/10/2018
1.5	6	31	Retirada a alteração na rotina de rastreamento para câncer cérvico-uterino em decorrência de HPV.	03/10/2018
1.5	6	32	Inclusão do item sobre escabiose no prurido genital.	03/10/2018

1.5	7	33	Inclusão de orientação de conduta imediata a partir do resultado positivo para HIV.	03/10/2018
1.5	8	42	Mudança na quantidade de SF para hidratação no quadro 8.3.	03/10/2018
1.5	8	48	Mudança na redação do retorno da pessoa, no item 8.3.	03/10/2018
1.5	9	45	Retirada da realização de glicemia do quadro 9.1.	03/10/2018
1.5	9	52	Inclusão de redação sobre a necessidade de notificar os casos diagnosticados de tuberculose.	03/10/2018
1.5	7	36-37	Definição de PEP como atribuição do médico e exames como do(a) médico(a) e enfermeiro(a).	06/11/2018
1.5	7	37	Inclusão do subitem 7.1.1 sobre condutas adicionais ao uso da PEP sexual.	30/10/2018
1.5	Tudo	Tudo	Correções gramaticais diversas.	30/10/2018
1.6	1	10	Inclusão do termo mais de 1 parceria por ano para comportamento de risco	02/01/2020
1.6	1	10	Inclusão da convocação de parcerias sexuais conforme o tempo	02/01/2020
1.6	2, 3, 4 e 5	14, 16, 24 e 29	Inclusão do termo RPR nos fluxogramas	02/01/2020
1.6	3	17	Inclusão da necessidade de tratar parcerias sexuais dos últimos 3 meses como sífilis recente	02/01/2020
1.6	3	17	Prescrição de lidocaína 2% sem vasoconstritor junto à penicilina para tratamento de sífilis em pessoas não gestantes	02/01/2020
1.6	3	16, 17, 18 e 19	Melhoria da redação, exemplos de diluição de testes não treponêmicos e interpretação dos resultados	02/01/2020
1.6	4	25	Inserido tratamento para candidíase severa	02/01/2020
1.6	6	31	Inclusão da observação sobre cauterização de verrugas em glândula e frênulo	02/01/2020
1.6	7	35	Inclusão de PPD e preventivo do câncer de colo uterino como exames para a pessoa vivendo com HIV/AIDS	02/01/2020

1.6	7	36	Link para imunizações recomendadas à pessoa vivendo com HIV/AIDS	02/01/2020
1.6	7	39	Atualização dos exames para PEP.	02/01/2020
1.6	7	39	Inclusão de teste rápido de gravidez e dose dobrada de levonorgestrel pra prevenção de gravidez	02/01/2020
1.6	8	41	Inclusão da definição de febre	02/01/2020
1.6	8	48	Alteração nos dias para solicitar hemograma	02/01/2020
1.6	8	48	Inclusão de prescrição de paracetamol ou dipirona por enfermeiro no manejo a dengue	02/01/2020
1.6	8	48	Inclusão de outras condutas de Enfermagem para a pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	8	49	Inclusão de fluxo sobre atendimento à pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	9	54	Inclusão da faixa de peso >70kg ao tratamento da pessoa com tuberculose	02/01/2020
1.6	9	56	Encaminhar para avaliação médica, caso contato de TB já tratou TB ou ILTB anteriormente	02/01/2020
1.6	9	56	Inserido rastreamento de HIV para todos os contatos de TB	02/01/2020
1.6	9	58 e 59	Atualização do valor alterado da prova tuberculínica após repetição em 8 semanas	02/01/2020
1.6	9	60	Retirada indicação de revacinação com BCG em crianças que não apresentam cicatriz vacinal	02/01/2020
1.6	ANEXO	66	Inclusão do cartão de acompanhamento da pessoa com suspeita de dengue	02/01/2020
1.6	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para fluxogramas, quadros e anexos	02/01/2020
1.7	7	37-47	Atualização do capítulo de PEP / PrEP	10/12/2020
1.8	Todos	Todas	Mudança no formato de numeração dos quadros e fluxogramas de acordo com os protocolos 3 e 4.	15/08/2024

1.8	Todos	Todas	Alteração na formatação de textos, colunas, numeração de quadros e fluxogramas.	15/08/2024
1.8	1	10	Atualização de fontes de referência	15/08/2024
1.8	1	11	Inseridos sintomas de disúria e prurido uretral, conforme sugestão da rede.	15/08/2024
1.8	2	14	Inseridos fatores de risco para ISTs.	15/08/2024
1.8	1	19 a 25	Novo item 1.4	15/08/2024
1.8	2	19 a 25	Inseridos novos quadros: 1.3 a 1.7	15/08/2024
1.8	3	21	Atualização do tratamento de herpes genital em com aciclovir (1ª opção: tempo de tratamento expandido).	15/08/2024
1.8	3	21	Alterada posologia do tratamento de herpes genital.	15/08/2024
1.8	3	21	Inclusão de texto no quadro 3: sífilis recente, incluindo gestantes.	15/08/2024
1.8	3	22 e 23	Inserção e exclusão de sentença, novo tratamento sífilis pessoas não gestantes e gestantes no quadro 3.1	15/08/2024
1.8	3	25	Inserção de 9 dias no atraso em gestante. nota técnica 14/2023	15/08/2024
1.8	2	27	Inserido referenciamento ao médico para investigação complementar caso paciente não tenha evidência de corrimento uretral e possui outra alteração genital no fluxograma 2.1.	15/08/2024
1.8	2	27	Inserida observação relacionados a suspeita de IST e conduta.	15/08/2024
1.8	2	27	Inserida solicitação de cultura de secreção uretral pelo enfermeiro.	15/08/2024
1.8	2	27	Inseridos observações relacionadas à solicitação de cultura de secreção uretral.	15/08/2024
1.8	2	28	Inserido 2ª opção de tratamento no quadro 2.1.	15/08/2024
1.8	2	28	Inseridas observações 1 e 2 do tratamento referentes ao quadro 2.1.	15/08/2024

1.8				15/08/2024
1.8	2	28	Inserida seção 2.1 referente ao rastreamento para clamídia e gonorréia.	15/08/2024
1.8	2	28	Inserida solicitação de cultura de secreção uretral pelo enfermeiro.	15/08/2024
1.8	2	29 e 30	Inseridos novos quadros: 2.2 a 2.4.	15/08/2024
1.8	3	33	Inserida indicação de tratamento de sífilis primária e cancroide.	15/08/2024
1.8	3	33	Inseridos observações complementares	15/08/2024
1.8	3	34	Inserido novo quadro: 3.1	15/08/2024
1.8	5	34	Alteração da 2ª opção de tratamento da DIP no quadro 5.	15/08/2024
1.8	4	41 e 42	Inseridos observações no quadro 4.1	15/08/2024
1.8	5	45	Reorganização das condutas no fluxograma 5.1	15/08/2024
1.8	5	45	Inseridos observações do quadro 5.1	15/08/2024
1.8	5	46	Inserida sentença nas observações do quadro 5.1.	15/08/2024
1.8	7	49	Inserção de texto sobre PrEP	15/08/2024
1.8	7	50 a 79	Revisão do capítulo	15/08/2024
1.8	7	50	Inserido texto: "Ensaio imunológico quimioluminescente".	15/08/2024
1.8	7	50	Alteração de redação relacionado ao resultado do teste de HIV.	15/08/2024
1.8	7	51	Exclusões no quadro 7.1 no momento do diagnóstico PPD anual, raio-X de tórax e detecção de gonococo e clamídia por biologia molecular.	15/08/2024
1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento do diagnóstico: glicemia de jejum.	15/08/2024
1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento de 2 meses após início da TARV com TDF: creatinina (TFGe), PU.	15/08/2024
1.8	7	51	Exclusão de exames de 3 meses após início da TARV no quadro 7.1.	15/08/2024

1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento de 6 meses após início da TARV: CT, HDL, TGL e HBsAg se suscetível.	15/08/2024
1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento de 1 ano após início da TARV: CT, HDL, TGL e HBsAg se suscetível.	15/08/2024
1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento de a cada 6 meses após a TARV: AZT: HMG e HBsAg se suscetível.	15/08/2024
1.8	7	51	Adições de exames no quadro 7.1 no momento de a cada 1 ano após a TARV: Com TDF: creatinina (TFGe), PU. HMG, detecção de gonococo e clamídia por biologia molecular, glicemia de jejum, IGRA ou PPD. Com critérios.	15/08/2024
1.8	7	51	Inclusão de texto no quadro 7.1 relacionado a situação clínica e resultado do CD4.	15/08/2024
1.8	7	55 a 75	Inseridos novos quadros: 7.4 a 7.18	15/08/2024
1.8	8	56 a 62	Inclusão de novo capítulo: Abordagem e manejo das hepatites virais.	15/08/2024
1.8	7	64	Inserido novo item: 7.1.2	15/08/2024
1.8	7	65 e 66	Inserção observação da PEP referente ao quadro 7.10 para vítimas de violência sexual.	15/08/2024
1.8	10	77	Atualização no quadro 10.1: Inserção de posologia.	15/08/2024
1.8	9	94	Alterada referência do quadro 9.4	15/08/2024