

 	Divisão de Atenção Primária à Saúde	
	PROTOCOLO DE MANEJO DA SÍFILIS E OUTRAS IST SINTOMÁTICAS PELO ENFERMEIRO	
	Secretária da Saúde Kely C. Schettini	Responsável Técnico SES Frederico G. Campos
	Responsável Técnico APS Vanderson F. B. Santos	Coordenação Programa IST Helena Ferreira Solla

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Atualmente, Sorocaba vem acompanhando a tendência do Brasil no aumento da incidência de casos de sífilis adquirida sexualmente, bem como por transmissão vertical. Trata-se de um momento de alerta, definido como epidemia pelo Ministério da Saúde desde 2015, aonde o número de casos novos dessa infecção vem crescendo progressivamente. Nos últimos quatro anos houve um aumento de 66% nas notificações de sífilis sendo que, a cada dia do ano de 2017, sete pessoas foram diagnosticadas no município, totalizando 2459 casos no referido período. Vale ressaltar que tais casos evidenciados referem-se, apenas, às pessoas que procuraram realizar os exames diagnósticos. Também destacamos que nos últimos quatro anos houve um aumento de 90% na quantidade de testes rápidos fornecidos, o que facilita o acesso a esse tipo de serviço e reflete na detecção de casos.

Ao que se refere à sífilis em gestante, o aumento do número de casos nos últimos quatro anos foi mais significativo, 130%, embora a proporção de bebês com sífilis congênita em relação às gestantes com sífilis venha diminuindo (de 37% em 2014 para 21% em 2018 – dados parciais), o que demonstra a potencialidade de um pré-natal qualificado que precisa, ainda, ser constantemente aprimorado.

É observado que alguns contextos socioculturais atuais influenciam no comportamento protetivo (ou não) dos indivíduos e, portanto, na sua vulnerabilidade para as IST. Como exemplo, podemos citar a desvalorização da prevenção, o consumo abusivo de álcool e outras drogas pelos jovens, o estilo de vida sexual com múltiplos parceiros e a discriminação da população LGBT.

Além da sífilis, é possível verificar um aumento de casos de outras infecções reemergentes como a gonorreia e hepatite A, assim como a transmissão potencial de HIV na faixa etária de 15-29 anos, HPV e herpes genital. Diante desse cenário, a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica é essencial para interromper a cadeia de transmissão das IST, por meio do acolhimento, da oferta oportuna de exames, do manejo adequado e do aconselhamento.

A cura da sífilis é relevante não somente do ponto de vista individual, mas do coletivo, já que o tratamento é considerado uma forma de prevenção de novos casos de transmissão horizontal e vertical #TesteTrateCure.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO MANEJO DA SÍFILIS

A Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017 dispõe que os Enfermeiros podem prescrever a Penicilina Benzatina, conforme Protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais em rotina aprovada pela instituição de saúde. Além desse parecer, a Portaria Nacional de Atenção Básica também resguarda, a essa categoria profissional, a autonomia para conduzir casos clínicos de acordo com documentos institucionais validados.

A SÍFILIS

- **DEFINIÇÃO**

A sífilis é uma infecção bacteriana (*Treponema pallidum*) sistêmica, curável que não confere imunidade permanente e pode passar despercebida pelo fato de que a maioria das pessoas infectadas é assintomática ou, ainda, que os sinais e sintomas podem ser sutis e não valorizados, embora a infecção continue sendo transmitida às suas parcerias sexuais na relação desprotegida. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso central e cardiovascular. Na gestação, a sífilis pode apresentar consequências severas ao bebê, como abortamento, prematuridade, natimortalidade e manifestações congênitas precoces ou tardias.

O Brasil, assim como muitos países, apresenta reemergência dessa IST. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento.

Quando uma pessoa é tratada, muitas são poupadas, pois ela deixa de transmitir às suas parcerias sexuais. Isso quer dizer que o tratamento é uma potente estratégia de prevenção em saúde coletiva, além de ser a única forma de evitar a transmissão vertical da sífilis.

- **TRANSMISSÃO**

É transmitida por contato sexual sem preservativo (oral, anal, vaginal) pelas mucosas e microlesões na pele ou verticalmente, para o feto, durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária, secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões mucocutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele.

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical da sífilis para o feto é de cerca de 80% intraútero. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A probabilidade de infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo que o feto foi exposto.

Diferente do HIV que é transmitido pela amamentação (e a lactante pode adquirir o HIV no pós-parto/puerpério e não saber), a sífilis não é transmitida pelo aleitamento materno.

- **PERÍODO DE INCUBAÇÃO**

De 10 a 90 dias, com média de 21 dias.

- **CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA**

A infecção pela sífilis é dividida em estágios com base nos achados clínicos, os quais orientam o tratamento e monitoramento:

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (menos de um ano de duração)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam
	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas - Pode haver novos surtos	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas ^a - Sintomas gerais, micropoliadenopatia - Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo)
	Latente recente ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (mais de um ano de duração)	Latente tardia ^b	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes
	Terciária ^c - Dois a 40 anos após contato	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

^a Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

^b A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.

^c Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, *tabes dorsalis* e demência).

Sífilis primária: a úlcera genital tem borda bem definida e regular, base endurecida, fundo limpo (embora seja rica em treponemas) e ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca) sendo denominada “cancro duro”. Ele pode não ser notado ou não ser valorizado pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a úlcera primária pode surgir como lesões múltiplas.



Sífilis secundária: manifestações cutâneomucosas não pruriginosas são muito variáveis, mas tendem a ter uma cronologia própria. Inicialmente apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas.



As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes papulosas eritematoacastanhadas que podem atingir todo tegumento sendo frequentes nos genitais. Atingem região plantar e palmar com um colarinho de escamação característico, em geral não pruriginosa. Mais adiante, podem ser identificadas nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital, os condilomas planos. São lesões úmidas e vegetantes que frequentemente são confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV.



Perda de cabelos localizada e de cílios/sobrancelhas são achados eventuais. O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios epitrocleares. São comuns sintomas inespecíficos como febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura. Atualmente tem se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular com acometimento dos pares cranianos, quadros meníngeos e isquêmicos podem acompanhar essa fase, contrariando a ideia que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia, uma vez que há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão. Excepcionalmente, as lesões secundárias podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária.

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

Sífilis latente: período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma. O diagnóstico é realizado exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (menos de um ano de infecção) e latente tardia (mais de um ano de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes não tratados intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante 1 a 2 anos da infecção.

Sífilis terciária: ocorre aproximadamente em 15 a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre 2 a 40 anos depois do início da infecção. A inflamação causada pela sífilis nesse estágio provoca destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. Essas lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais.

Observação: pessoas em imunossupressão podem ter a história natural da sífilis modificada.

- **DIAGNÓSTICO**

Os métodos diagnósticos mais utilizados para a detecção da sífilis são os testes imunológicos: treponêmicos e não-treponêmicos. Ambos caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma.

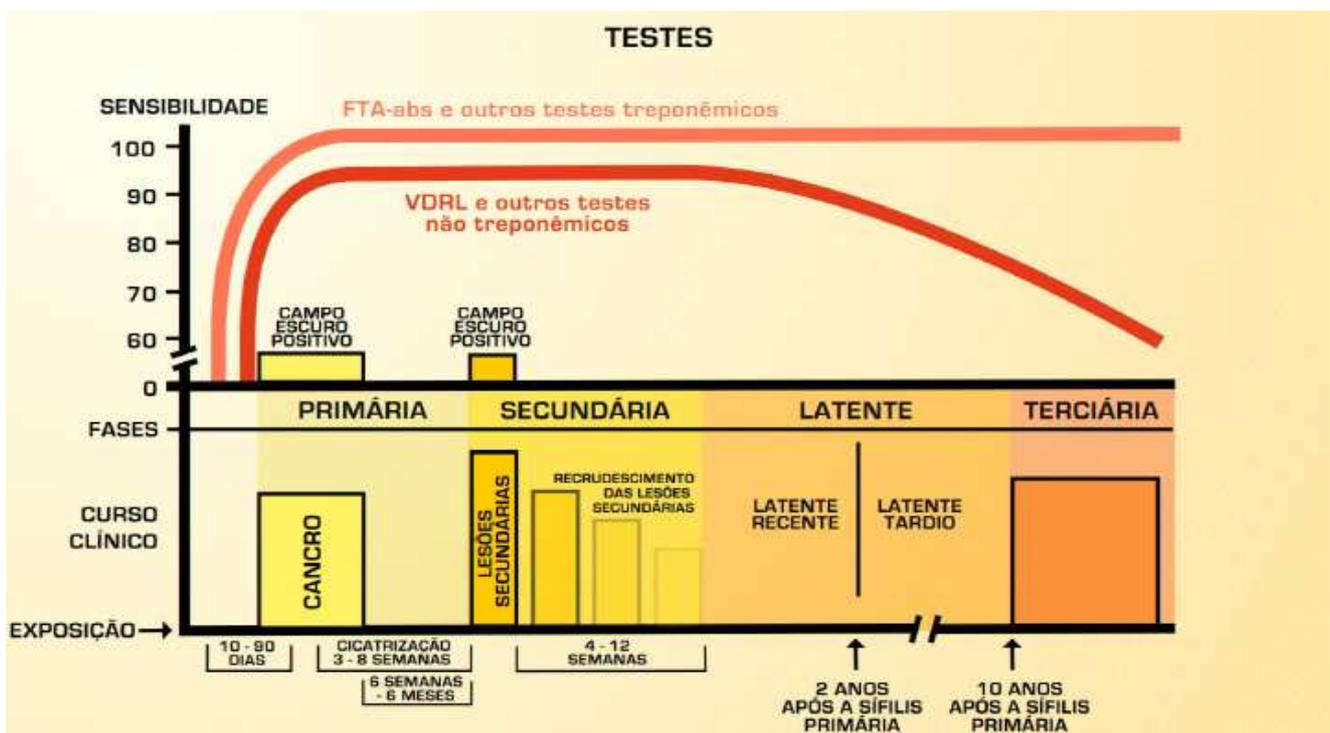
Testes treponêmicos: são testes que **detectam anticorpos específicos** produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizado como primeiro teste ou teste complementar, embora seja recomendável começar a investigação pelo Teste Rápido. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento, que deve ser feito por teste não treponêmico. É o caso dos Testes Rápidos (metodologia de imunocromatografia), dos Testes de hemaglutinação (TPHA, do inglês *T. pallidum Haemagglutination Test*) e de imunofluorescência indireta (FTA-Abs, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*) e dos Ensaio imunoenzimáticos (como os testes ELISA, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*) e suas variações como os ensaios de quimiluminescência (CMIA).

Os testes rápidos de sífilis (leitura do resultado em cerca de 15 minutos) são seguros para triagem e podem ser realizados com amostras de sangue colhidas por punção digital ou venosa. Devem ser realizados em qualquer oportunidade, possibilitando tratamento imediato, conforme o caso.*

* *É necessária capacitação profissional específica para a realização dos testes rápidos (maiores informações entrar em contato com o Programa Municipal IST/HIV/HV); sempre consulte a bula e atenda as instruções de cada fabricante.*

É altamente recomendável testar a gestante para sífilis e HIV já na abertura do pré-natal (principalmente se ocorrer tardiamente) e tratar o casal de imediato, se necessário, a fim de evitar transtornos futuros.

Testes não treponêmicos: esses testes **detectam anticorpos não específicos** anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*. Permitem a análise qualitativa e quantitativa. Tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. O teste qualitativo indica a ausência ou presença de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8, etc), sendo importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento e controle da cura. A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL (do inglês Venereal Disease Research Laboratory). Resultados falso-negativos podem ocorrer em decorrência do processo de diluição da amostra, bem como resultados falso-positivos, ainda que raros, podem ocorrer por reação cruzada com outras patologias, como doenças reumáticas, drogadição e, até, gravidez. Por isso, para a confirmação do diagnóstico de sífilis, é necessária também a realização de um teste treponêmico.



Há casos de cicatriz sorológica em que, mesmo que o paciente tenha sido adequadamente tratado e haja registro disso, a titulação cai em pelo menos duas diluições (ex.: era 1:16 antes do tratamento e caiu para 1:4 após o tratamento) mas não atinge a negatificação do VDRL. Nesse caso não há necessidade de novo tratamento, a não ser que haja nova infecção, já que uma pessoa pode ter muitos episódios de sífilis, de acordo com suas exposições sexuais, durante a vida.

O diagnóstico da infecção pela sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções/tratamentos passados e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento/monitoramento adequados. A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorecem a suspeição clínica. Entretanto, não há nenhum sinal ou sintoma exclusivo da doença.



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

* Cicatriz sorológica: tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos 2 diluições (ex era 1:16 antes do tratamento e após ficou < ou igual a 1:4).

Nos casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste e independente do seu histórico anterior de sífilis, por conta do risco de transmissão vertical.

As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente recente, incluindo das gestantes, podem estar infectadas mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes no momento (por conta da janela imunológica) e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente como sífilis latente recente.

Em qualquer caso de suspeita de sífilis ou diagnóstico de sífilis na **gestação**,

a equipe da UBS deve:

- Iniciar imediatamente o tratamento com penicilina (e registrar no prontuário, na carteira da gestante e no SIS, procedimento 9999998880, se possível);
- Atentar-se para a possibilidade de infecção pelo HIV;
- Agendar nova coleta de VDRL em 30 dias após o término da medicação;
- Orientar a paciente sobre a necessidade da continuidade do seu tratamento por conta do risco de sífilis congênita e sobre a necessidade de tratamento da parceria sexual por conta do risco de recontaminação;
- Encaminhar a gestante ao ginecologista do SAME para continuidade do pré-natal (solicitar agendamento via e-mail mediante guia do médico ou enfermeiro – controlesifilis@sorocaba.sp.gov.br);
- Notificar o caso pelo preenchimento adequado da Ficha de SÍFILIS EM GESTANTE (enviar digitalizada para controlesifilis@sorocaba.sp.gov.br).

Ainda que essa gestante continue seu pré-natal no SAME, a UBS deve manter a vigilância conjunta do caso e a comunicação entre ambos serviços deve ser frequente.

Em qualquer caso de suspeita de sífilis ou diagnóstico de sífilis em crianças que não estão em acompanhamento especializado, a equipe da UBS deve encaminhar o paciente à pediatra do SAME para investigação e conduta adequada (solicitar agendamento via e-mail mediante guia do médico ou enfermeiro – controlesifilis@sorocaba.sp.gov.br). Ainda que essa criança compareça às interconsultas no SAME, a UBS deve manter o seguimento da puericultura, a vigilância conjunta do caso em relação aos comparecimentos e aos exames de VDRL, sendo que a comunicação entre ambos serviços deve ser efetiva e frequente.

Os casos de sífilis adquirida sexualmente devem ser manejados por médicos e enfermeiros das UBS, considerando as observâncias a esse protocolo e suas referências. Qualquer situação que extrapole ao que está posto nesses documentos oficiais e científicos deve ser compartilhada com a equipe do SAME para avaliação e conduta (clinicadst@sorocaba.sp.gov.br). Para fins de vigilância epidemiológica, todos os episódios de sífilis devem ser notificados pelo preenchimento adequado da ficha específica (enviar digitalizada para controlesifilis@sorocaba.sp.gov.br), mesmo que o paciente já tenha histórico de sífilis anterior notificada.

• TRATAMENTO

Adolescentes, jovens e adultos em geral com sífilis podem ser manejados pelo médico clínico, ginecologista ou outro especialista, bem como pelo enfermeiro, na Atenção Primária e Secundária à Saúde. Já bebês, crianças e gestantes com sífilis devem ser manejados pela equipe de referência do SAME: no caso de puericultura, o paciente será manejado concomitantemente pela UBS e SAME; durante o pré-natal, a paciente será encaminhada ao SAME, sem perder o vínculo com a UBS de origem.

Nem sempre é recomendável aguardar a confirmação diagnóstica laboratorial de sífilis. Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato após apenas um teste positivo para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) para os seguintes pacientes e suas parcerias sexuais (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Vítimas de violência sexual (seguir também o protocolo específico);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária (mesmo na impossibilidade de realização de teste rápido)

O fato da realização do tratamento com apenas um teste positivo para sífilis não exclui a necessidade de realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

A penicilina é o medicamento de primeira escolha para o tratamento de sífilis adquirida sexualmente, **sendo a única droga com eficácia documentada para sífilis durante a gestação por atravessar a barreira placentária** (casos de alergia à penicilina, ver adiante).

A penicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular. A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, tecido subcutâneo de menor espessura, poucos efeitos adversos e menos dor local. Outros locais alternativos para aplicação são a região vasto lateral da coxa e dorso glúteo.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação intramuscular da medicação. Nesses casos, deve-se optar pela medicação alternativa, conforme abaixo:

	Estadiamento	Esquema Terapêutico	Alternativa	Seguimento
NÃO GESTANTES	Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 15 dias	VDRL trimestral
	Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas . Dose total: 7,2 milhões UI	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x/dia, por 30 dias	VDRL trimestral
GESTANTES	Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas . Dose total: 4,8 milhões UI	Nenhuma	VDRL mensal
	Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas . Dose total: 7,2 milhões UI	Nenhuma	VDRL mensal

Observação: o intervalo entre doses não deve ultrapassar 07 dias; caso isso ocorra o esquema deve ser reiniciado. **No caso de gestantes, as datas de aplicação devem ser seguidas rigorosamente.** Todas as doses administradas devem ser anotadas no prontuário e na receita/cartão da gestante que fica em posse do paciente.

O registro das doses de penicilina administradas no prontuário e na receita são tão importantes quanto o registro de doses de vacinas. Sem eles, não é possível comprovar o tratamento, o que pode interferir no seguimento, inclusive, do recém-nascido.

Para fins de definição de caso e abordagem terapêutica do bebê, qualquer outro esquema de tratamento realizado durante a gestação, assim como **na falta de registro das doses administradas**, será considerado tratamento não adequado da mãe, sendo que o caso será notificado como sífilis congênita e **o recém-nascido será submetido às condutas clínicas e laboratoriais (ao nascer: penicilina cristalina endovenosa por 10 dias, coleta de líquido e sangue, raio x)**. A parceria sexual da gestante deve ser tratada

concomitantemente para evitar recontaminação na gravidez, o que pode tornar a sífilis congênita mais grave.

A prescrição do tratamento de sífilis implica na necessidade de uma intervenção educativa sobre IST na consulta de enfermagem, de modo que o enfermeiro oriente o paciente sobre:

- a importância do uso regular e adequado do preservativo e gel lubrificante íntimo, quando necessário, para evitar novos episódios de sífilis ou outras IST (uma pessoa com IST tem 3 vezes mais risco de adquirir HIV que uma pessoa que não tem IST), bem como para evitar a transmissão da sífilis enquanto ainda não houver comprovação de cura;
- a possibilidade da sífilis atingir uma mulher que engravide, causando risco de uma transmissão vertical com sequelas irreversíveis ao bebê;
- a necessidade da testagem para o HIV e Hepatites B e C;
- a necessidade da vacinação para Hepatite B e HPV, se houver indicação;
- a importância de evitar o uso de álcool e outras drogas associado ao sexo, de modo a minimizar a vulnerabilidade pela alteração da percepção de risco;
- a importância de tratar as parcerias sexuais, independente da manifestação de sintomas, e de reduzir o número de parcerias sexuais diferentes como estratégia de prevenção combinada.

Essas orientações também devem ser utilizadas nos grupos de gestantes, de modo a aproveitar a oportunidade para abordar o assunto.

- **PENICILINA**

A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária (ex.: AINE, lidocaína etc.), bem como alimentos (ex.: nozes, frutos do mar, corantes etc.) apresentam maiores riscos de anafilaxia; todavia, não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, principalmente

gestantes e suas parcerias, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais grave, a sífilis congênita.

A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. A anafilaxia, como discutido anteriormente, não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia, caso esta ocorra, e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, Acolhimento à Demanda Espontânea, Capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, pág. 25, disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/.

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reforça a importância da administração da penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, ainda que na ausência de um médico in loco, disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html), além da Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde, disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>.

As gestantes com histórico de reação anafilática anterior à penicilina devem ser imediatamente encaminhadas ao CTA para a realização do teste de sensibilidade cutânea à penicilina (solicitar agendamento via e-mail – controlesifilis@sorocaba.sp.gov.br). No caso da confirmação da alergia grave, ela será encaminhada ao hospital de referência para dessensibilização e administração da penicilina em ambiente com suporte adequado.

A reação de Jarish-Herxheimer caracteriza-se por um efeito que pode ocorrer nas 24 horas que se seguem à primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas - com eritema, dor ou prurido, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia - que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas. Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples sem a necessidade da descontinuidade do tratamento, já que se trata de um quadro benigno e autolimitado. Gestantes que apresentam essa reação podem ter risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses, e devem ser encaminhadas para avaliação na

maternidade de referência. Caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais dessa reação. As pessoas que receberão tratamento para sífilis devem ser alertadas quanto à possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção dos quadros de alergia à penicilina que são raros e, quando ocorrem, se manifestam na forma de urticária e exantema pruriginoso na maioria das vezes.

- **MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO**

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta adequada ou inadequada ao tratamento prescrito e administrado, sendo possível, por intermédio dele, identificar uma possível reinfecção e definir a conduta mais correta para cada caso.

O monitoramento do controle de cura será realizado pela análise comparativa e cronológica dos resultados de VDRL, cuja periodicidade de coleta deve ser trimestral para a população geral durante o primeiro ano pós-tratamento e mensal durante a gestação. A análise isolada de um resultado de VDRL no seguimento pós-tratamento é um equívoco.

Os exames de VDRL não são automatizados, portanto, pode haver uma divergência entre leituras em momentos concomitantes quando são realizadas por mais de um técnico ou entre leituras em momentos diferentes quando realizadas, inclusive, pelo mesmo técnico. Por essa razão, variações dos títulos em uma diluição, apenas, normalmente não devem ser consideradas na análise comparativa de controle de cura (por exemplo, de 1:2 para 1:4 ou de 1:16 para 1:8).

Atualmente, para definição de resposta terapêutica padrão adequada ao tratamento instituído, considera-se a queda na titulação em duas diluições em até 6 meses para os casos de sífilis recente e a queda na titulação em duas diluições em até 12 meses para os casos de sífilis tardia com estabilização em títulos baixos (\leq 1:8). A resposta imunológica varia de pessoa para pessoa, por isso, casos que fogem a esse padrão devem ser compartilhados com a equipe do SAME e encaminhados para consulta com infectologista, se necessário (clinicadst@sorocaba.sp.gov.br ou 3234-8800). **Todas as gestantes farão monitoramento pós-tratamento com o ginecologista do SAME**, embora possam colher exames e fazer medicações na UBS, a qual deve se atentar para seguir criteriosamente as datas estabelecidas pelo ginecologista do SAME.

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

Abaixo, alguns exemplos de casos com respostas imunológicas diversas ao tratamento:

1. Paciente não gestante com VDRL atual 1:128, adequadamente tratado há seis meses (com registro da administração de penicilina no prontuário) de acordo com a fase clínica (classificado como sífilis secundária). Não colheu exame de controle no terceiro mês pós-tratamento. VDRL de partida (pré-tratamento) 1:512 >>> apesar da titulação ainda estar alta, já apresenta queda de dois títulos, o que sugere uma resposta adequada; continuar monitoramento trimestral.
2. Paciente não gestante, classificado como sífilis latente de duração ignorada, com a seguinte série de VDRL trimestral: 1/32; 1/8; 1/4; 1/4; 1/8; refere que não teve relações sexuais desprotegidas (inclusive sexo oral) com sua parceria fixa também tratada, bem como não teve lesões genitais e corporais desde o tratamento >>> apesar do último exame ter apresentado um título maior que o penúltimo, o que pode indicar um viés de leitura, houve queda de pelo menos dois títulos nos últimos 12 meses, sugerindo uma resposta adequada e possível cicatriz sorológica ainda que persista o VDRL reagente. É recomendável repetir um novo VDRL para continuar a análise da série e comprovar a cicatriz, além de monitorar o seguimento da parceria sexual; se a titulação aumentar, o caso deve ser compartilhado com a equipe do SAME.
3. Paciente não gestante com cancro duro no primeiro atendimento apresenta a seguinte série de VDRL pós-tratamento: em 15/jan 1:16; em 08/ago 1:16; verificado no prontuário o registro da dose adequada, paciente refere que tomou uma injeção em cada glúteo e que fez tratamento imunossupressor no ano anterior >>> a análise somente desses dois resultados sugere uma resposta terapêutica inadequada para o período de tempo transcorrido após a medicação e para a classificação clínica inicial. Sugere-se continuar o monitoramento com dois novos VDRL trimestrais e reforçar a orientação sobre a prevenção das IST; se a titulação persistir em 1:16 (ou mesmo 1:8), recomenda-se compartilhar o caso com a equipe do SAME por conta da estabilização da resposta.
4. Paciente não gestante, assintomático no primeiro atendimento, com VDRL de partida 1:32 (colhido há 2 meses), sem registro de aplicação da penicilina no prontuário e no

SIS, apresenta neste segundo atendimento VDRL atual 1:128, refere uso irregular do preservativo, múltiplas parcerias sexuais e machucado indolor no pênis há dias, além de corrimento uretral >>> a análise somente desses dois resultados sugere uma reinfecção e o paciente deve ser tratado conforme a classificação clínica e reorientado sobre os riscos do não uso do preservativo e do seguimento adequado, além de ser necessário confirmar a hipótese de gonorreia/Clamídia e tratar, se não houver contra indicações. Caso o paciente retorne posteriormente com uma possível segunda reinfecção, encaminhá-lo ao CTA com guia de referência.

5. Paciente de 72 anos, com VDRL atual 1/4, assintomática, história de relações sexuais desprotegidas apenas com esposo falecido por “infecção no cérebro” há 10 anos, nega relações sexuais com outros parceiros desde que ficou viúva, já tratou sífilis com comprimidos há muito tempo >>> pedir novos VDRL para verificar se é cicatriz sorológica ou sífilis latente tardia (que pode se reativar e manifestar como sífilis terciária posteriormente).

NOTA

Casos de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), verrugas anogenitais ou outras IST não contempladas nesse documento devem ser avaliados pelo médico e encaminhados ao serviço de referência, se necessário.

IST SINTOMÁTICA E O MANEJO POR ABORDAGEM SINDRÔMICA

As principais manifestações clínicas das IST são corrimento vaginal, corrimento uretral/cervical e úlceras genitais. Essas infecções têm agentes etiológicos bem estabelecidos, facilitando a escolha do tratamento oportuno, ainda que não haja confirmação laboratorial, e a redução de agravamento individual e coletivo, já que muitas vezes trata-se de urgência epidemiológica (risco de transmissão descontrolada).

Esse tipo de manejo exige a realização de anamnese direcionada e exame físico específico, além dos devidos registros em prontuário.

A investigação da história clínica deve ser minuciosa, com informações sobre:

- Práticas sexuais habituais, quantidade de parcerias, uso de acessórios e métodos de prevenção;
- Histórico de IST, incluindo parceria sexual;
- Rotina de higiene genital, uso de cosméticos e limpeza de roupa íntima;
- Uso de drogas, inclusive abuso de álcool;
- Se mulher, data da última menstruação, último exame de Papanicolau, amamentação.

Para complementação diagnóstica de gonorreia, pode ser colhida amostra da secreção por esfregaço em lâmina e encaminhada à AFIP: Bacterioscópico de secreção (941) ou Bacterioscópico de secreção vaginal (349).

Para complementação diagnóstica de infecção por Clamídia, pode ser colhida amostra de sangue e encaminhada à AFIP: Sorologia para Chlamydia Trachomatis IGG/IGM (1324); ou colhida amostra de secreção por swab e encaminhada à AFIP: Pesquisa de Chlamydia.

A seguir, estão os fluxogramas de manejo de algumas IST por abordagem sindrômica pelos enfermeiros da Prefeitura de Sorocaba.

CORRIMENTO VAGINAL

QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL
(independente da quantidade)

ANAMNESE E EXAME ESPECULAR + AVALIAÇÃO DE RISCO

Leucorréia branca, grumosa + hiperemia vaginal, fissuras, edema vulvar e/ou prurido vulvovaginal

CANDÍDIASE
(infecção fúngica - *Candida albicans*)

NISTATINA CREME 100.000 UI
01 aplicação, VV, ao deitar-se,
por 14 dias

ou
MICONAZOL CREME 2%
01 aplicação, VV, ao deitar-se,
por 7 dias

Gestantes e lactantes podem fazer
tratamento VV

Não é IST, mas é risco para IST!
As parcerias sexuais só precisam ser tratadas se sintomáticas.
Investigar fatores que predisõem à imunossupressão.

Leucorréia acinzentada, fluida ou cremosa, de odor fétido principalmente após as relações sexuais + dor na relação sexual

VAGINOSE BACTERIANA
(infecção bacteriana inespecífica da vagina)

1º opção
METRONIDAZOL
GEL 100mg/g - 01
aplicação, VV, ao
deitar-se, por 5 dias

ou
METRONIDAZOL
250mg
02 compr. VO,
2x/dia,
por 7 dias

2º opção
CLINDAMICINA 300mg,
VO, 2X/dia, por 7 dias

Gestação e lactação
1º trimestre:

Esquema com
CLINDAMICINA:
2º e 3º trimestres:
METRONIDAZOL 250mg
01 compr. VO, 3x/dia,
por 7 dias

Não é IST, mas é risco para IST!
As parcerias sexuais só precisam ser tratadas se sintomáticas.

Leucorréia amarelo-esverdeada, bolhosa, abundante + irritação vulvar e/ou hiperemia vaginal

TRICOMONÍASE

(infecção por *Trichomonas vaginalis*)

METRONIDAZOL 250mg - 02 compr.
VO, 2x/dia, por 7 dias

É IST e as parcerias sexuais devem ser tratadas ainda que assintomáticas com o mesmo esquema terapêutico. Atentar-se quando ocorre na gestação devido aos riscos ao bebê. Notificar em ficha específica, conforme anexos, e enviar para cta@sorocaba.sp.gov.br

**ENFERMEIRO
pode tratar**

CONTINUA NO VERSO...

Para as puérperas é recomendado o mesmo tratamento das gestantes.

Se corrimento cervical, avaliar para a hipótese de infecção por Gonorreia ou Clamídia (vide fluxo de CORRIMENTO URETRAL).

- Orientações sobre a importância:
 - da adesão ao tratamento completo mesmo com melhora dos sintomas, inclusive da parceria sexual, se for o caso;
 - do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo, já que uma pessoa com infecção vaginal tem três vezes mais risco de adquirir uma IST;
 - da testagem para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C se teve alguma relação sexual sem preservativo;
 - da vacinação para Hepatite B e HPV (quando for o caso);
 - de evitar o uso de álcool e drogas associados ao sexo e reduzir número de parcerias sexuais diferentes;
 - da coleta periódica de Papanicolau.
- Tratamento: evitar a ingestão de álcool, bem como relações sexuais durante o tratamento; o tratamento tópico deve ser mantido ainda que a paciente menstrue.

CORRIMENTO URETRAL

QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO + AVALIAÇÃO DE RISCO

CORRIMENTO URETRAL MUCOPURULENTO CONFIRMADO
(ESPONTÂNEO OU ORDENHADO)

GONORREIA E/OU CLAMÍDIA
(infecções bacterianas)

Outros sinais e sintomas que podem estar presentes na infecção por Clamídia:

- Disúria leve e intermitente após 2-3 semanas da relação sexual sem preservativo;
- Corrimento cervical nas mulheres, embora geralmente sejam assintomáticas;

Obs.: se não tratada, pode evoluir para DIP ou prostatite/epididimite.

AZITROMICINA
500mg – 02 compr.
VO, dose única
+
CEFTRIAXONA
500mg, IM, dose única

Outros sinais e sintomas que podem estar presentes na gonorreia:

- Homens – estrangúria e sensibilidade aumentada nos testículos ou prepúcio após 2-5 dias da relação sexual sem preservativo;
- Mulheres – corrimento cervical, mas geralmente são assintomáticas.

- Tratar as parcerias sexuais, independente da manifestação dos sintomas.
- Orientar sobre a importância:
 - do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo, já que uma pessoa com IST tem três vezes mais risco de adquirir HIV;
 - da testagem para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
 - da vacinação para Hepatite B e HPV (quando for o caso);
 - de evitar o uso de álcool e drogas associados ao sexo e reduzir número de parcerias sexuais diferentes.
- Retomo em 7 dias para reavaliação pós-tratamento.
- Notificar em ficha específica, conforme anexos, e enviar para cta@sorocaba.sp.gov.br.
- Se sintomas persistentes, encaminhar ao SAME.

Algumas uretrites persistentes podem ter origem não infecciosa, como no caso de traumas (ordenha uretral frequente), inserção de corpos estranhos intrauretrais e periuretrais (pierçings) e irritação química pelo uso de produtos na região genital.

**ENFERMEIRO
pode tratar**



ÚLCERA GENITAL

QUEIXA DE FERIDA ANOGENITAL
(pênis, vulva, vagina, ânus)

ANAMNESE E EXAME FÍSICO + AVALIAÇÃO DE RISCO

Lesões pequenas eritemato-papulosas que evoluem para vesículas e úlceras + dor local; podem surgir no colo do útero ou causar linfadenomegalia inguinal

HERPES GENITAL

(infecção viral crônica que se manifesta por surtos ulcerativos na reativação ou imunossupressão)

1º episódio
ACICLOVIR
400mg – 1 compr.
VO 3x/dia, por 7 dias

Recidiva
ACICLOVIR
400mg – 1 compr.
VO 3x/dia, por 5 dias

Orientar higienização das lesões com solução fisiológica.
Retorno em 1 semana para reavaliação pós-tratamento.
Gestantes devem ser tratadas pelo GO e, se necessário, ser encaminhadas ao SAME.
Casos de mais de 6 episódios no ano devem ser encaminhados ao SAME.

Lesão única, indolor, com fundo endurecido e limpo (cancro duro) que evolui espontaneamente em alguns dias

SÍFILIS PRIMÁRIA

(infecção bacteriana; a sífilis secundária pode manifestar-se por erupções cutâneas disseminadas no corpo – vide texto)

PENICILINA BENZATINA 2,4 mi UI, IM,
dose única (1,2 mi UI em cada glúteo)

Colher VDRL.
Retorno em 1 semana para resultado do VDRL e reavaliação pós-tratamento.
Casos de alergia à penicilina: vide texto.
Observação: as lesões de sífilis são ricas em Treponema.

CONTINUA NO VERSO ...

Múltiplas lesões com bordas irregulares e edemaciadas, fundo com exsudato + dor local após 3-13 dias da relação sexual sem preservativo

CANCRO MOLE

(infecção bacteriana altamente contagiosa)

1º opção
AZITROMICINA
500mg – 2 compr.
VO, dose única

2ª opção
CEFTRIAXONA
500mg, IM, dose única

Atentar-se ao diagnóstico diferencial com outras úlceras infectadas.
Retorno em 1 semana para reavaliação pós-tratamento.

**ENFERMEIRO
pode tratar**

Excluídas essas hipóteses diagnósticas e mantendo a sugestividade de doença infecciosa (por exemplo, donovanose e LGV), encaminhar ao SAME.

- Tratar as parcerias sexuais, independente da manifestação dos sintomas.
- Orientar sobre a importância:
 - do uso regular e adequado de preservativo e gel lubrificante íntimo, já que uma pessoa com IST tem três vezes mais risco de adquirir HIV (para a prevenção do Herpes, a camisinha feminina é ainda mais indicada por proteger uma área genital maior);
 - da testagem para o HIV, Sífilis e Hepatites B e C;
 - da vacinação para Hepatite B e HPV (quando for o caso);
 - de evitar o uso de álcool e drogas associados ao sexo e reduzir número de parcerias sexuais diferentes.
- Notificar em ficha específica, conforme anexos, e enviar para cfa@sorocaba.sp.gov.br.
- Se sintomas persistentes, encaminhar ao SAME.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436/2017 Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de Bolso. Brasília, 2010. 8ª edição revista.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017 Da Prescrição e Administração de Penicilina Benzatina por Enfermeiros da Atenção Básica.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP. Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita. São Paulo, 2015.

SOROCABA. Secretaria da Saúde. Área de Atenção à Saúde da Mulher. Protocolo de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Sorocaba, 2012.

SOROCABA. Secretaria da Saúde. Programa Municipal IST/HIV/HV (CTA/SAME). POP nº 02/2018 Tratamento IST.

DADOS DO DOCUMENTO		
Autor Helena Ferreira Solla	Revisor Priscila Rangel Dordetto	Data de Criação 08/05/2019
APROVAÇÃO		
Aprovado para implementação		(X) SIM () NÃO
Data da Aprovação 24/05/2019	Resp. pela Aprovação Frederico/Vanderson	Data da Revisão N/A