

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 1 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

SUMÁRIO

1. OBJETIVOS	2
2. JUSTIFICATIVAS	2
3. SEXO SEGURO	2
4. RASTREAMENTO DE IST	2
5. ABORDAGEM ÀS PARCERIAS SEXUAIS	5
6. IMUNIZAÇÃO	5
7. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	6
8. SÍFILIS	6
9. CERVICITE	11
10. ÚLCERAS GENITAIS	12
10.1 Herpes Genital	13
10.2 Cancróide	15
10.3 Linfgranuloma Venéreo	16
10.4 Donovanose	17
11. INFECÇÃO PELO HPV	18
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
13. HISTÓRICO DE REVISÃO	20

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 2 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

1. OBJETIVOS

- ✓ Normatizar as condutas no cuidado das mulheres com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra;
- ✓ Orientar acadêmicos de medicina e residentes sobre o diagnóstico, importância do tratamento adequado bem como das orientações para prevenção destas.
- ✓ Ampliar o conceito de "sexo seguro".

2. JUSTIFICATIVAS

A implantação do protocolo de infecções sexualmente transmissíveis justifica-se pela necessidade de melhor manejo por parte da equipe médica no que diz respeito ao tema. Por se tratar de condições de alta frequência no ambulatório, com comprometimento do bem-estar e da vida sexual dos casais, tornam-se necessárias a instituição e adoção de condutas alinhadas de cuidado.

3. SEXO SEGURO

- ✓ Erroneamente associado exclusivamente ao uso de preservativo nas relações sexuais.
- ✓ Outras medidas são complementares e importantes para a segurança do ato sexual: imunizar para hepatite A, hepatite B e HPV; conhecer o status sorológico da (s) parceria (s) sexual (is); testar regularmente para HIV e outras IST's (realizando o tratamento); tratar todas as pessoas vivendo com HIV; realizar periodicamente citologia oncológica; realizar profilaxia pré e pós-exposição, quando indicadas e conhecer e ter acesso a anticoncepção e concepção.
- ✓ O conceito de segurança inclui tanto o preservativo quanto as medidas citadas acima.
- ✓ A oferta do preservativo masculino e feminino deve ser realizada sem restrições de quantidade de retirada e sem exigência de documentos de identificação. A distribuição deve ser feita como parte da rotina de atendimento, conforme a necessidade de cada pessoa. (Ver como fazer citação direta, já que tirei integralmente do PCDT IST 2020).

4. RASTREAMENTO DE IST

- ✓ Realização de testes em pessoas assintomáticas.
- ✓ Tem como objetivo o diagnóstico precoce.
- ✓ O rastreamento das IST's está relacionada a uma rede de pessoas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 3 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Se > 30 anos e pertencer a um dos subgrupos citados no quadro, optar pelo que for mais representativo.

✓ Caso paciente não se enquadre em nenhum dos grupos citados no quadro abaixo, a testagem dependerá da avaliação de risco.

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Adolescentes e jovens (≤30 anos)	Anual		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	
Gestantes	Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação); No início do 3º trimestre (28ª semana); No momento do parto, independentemente de exames anteriores; Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.		Na primeira consulta do pré-natal (gestantes ≤30 anos)	Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre) ^f Hepatite C: de acordo com o histórico de exposição de risco para HCV ^g

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 4 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Trabalhadores(as) do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	–	–	–
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	–	–	–
PVHIV	–	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	–	Semestral
Violença sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

Notas:

^a HIV: preferencialmente com teste rápido.

^b Sífilis: preferencialmente com teste rápido para sífilis.

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

^d Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível a hepatite B. Pessoa susceptível é aquela que não possui registro de esquema vacinal completo e que apresenta HBsAg não reagente (ou teste rápido para hepatite B não reagente).

^e Hepatite C: preferencialmente com teste rápido.

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

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 5 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Cada tipo de prática sexual implicará num local de rastreamento para clamídia e gonococo (por exemplo, sexo oral → coleta de orofaringe, sexo anal → coleta anal).

5. ABORDAGEM ÀS PARCERIAS SEXUAIS

✓ Os parceiros sexuais de pacientes com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis devem ser tratados para que se interrompa a cadeia de transmissão.

✓ Inicialmente essa comunicação deve se dar por meio de cartão específico (Anexo 1). Este possui duas partes: A, que fica retida na unidade de atendimento e a B, que será entregue ao caso-índice para que este entregue ao parceiro.

✓ Para cada parceiro identificado deve ser preenchido novo cartão.

✓ Caso paciente apresente o cartão em outra unidade, a unidade de origem deve ser comunicada.

✓ Os cartões devem ser mantidos em regime de confidencialidade.

✓ Caso parceiros não compareçam no prazo de 15 dias ou o caso-índice se negue a entregar o cartão, deve-se efetuar a comunicação por correspondência ou telefônico.

✓ Caso todos os recursos tentados não surtam efeito e se tenha acesso ao endereço, deve-se fazer a comunicação por busca ativa. Pode-se realizar a comunicação por profissionais habilitados, equipe de vigilância epidemiológica ou Estratégia de Saúde da Família da área de abrangência.

✓ Após a chegada no serviço de saúde, o parceiro deve ser considerado portador da mesma infecção do caso índice, mesmo que seja assintomático, e receber o mesmo tratamento recomendado.

6. IMUNIZAÇÃO

✓ HPV: realizada através da vacina quadrivalente, de 9-14 anos nas meninas e 11-14 nos meninos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de 6 meses. Em se tratando de pessoas vivendo com HIV, pacientes oncológicos e transplantados (órgãos sólidos e medula óssea), o esquema contempla pessoas dos 9-26 anos, sendo, nesses casos, composto por 3 doses (0,2 e 6 meses).

✓ Hepatite B: desde 2016 está indicada para pessoas de todas as idades. Esquema composto por 3 doses.

✓ Hepatite A: apesar da principal forma de transmissão ser fecal-oral, a transmissão por via sexual já foi documentada. Disponibilizada nos CRIE para pessoas de qualquer idade que apresentem as seguintes situações: hepatopatias crônicas de qualquer etiologia (incluindo os

Tipo do Documento	PROCOLO	PRT.DM.048 - Página 6 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

portadores do HCV e do HBV), coagulopatias, PVHIV, portadores de quaisquer doenças imunossupressoras ou doenças de depósito, fibrose cística, trissomias, candidatos a transplante de órgãos, doadores de órgãos cadastrados em programas de transplantes e pessoas com hemoglobinopatias.

7. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

- ✓ Sífilis
 - ✓ Cancro mole
 - ✓ Donovanose
 - ✓ Linfogranuloma venéreo
 - ✓ Herpes genital
 - ✓ Cervicites → corrimento vaginal
 - ✓ Condiloma acuminado → verrugas anogenitais
- } Úlceras genitais

8. SÍFILIS

- ✓ Causada pela bactéria *Treponema pallidum*.
- ✓ Transmissão ocorre principalmente por via sexual, sendo maior nos estágios iniciais da doença (primária e secundária), dada a grande quantidade de bactérias presentes nas lesões características dessas fases.
 - ✓ Maioria das pacientes são assintomáticas.
 - ✓ O Brasil vive uma reemergência da doença.
 - ✓ Estágios: sífilis recente (latente recente, primária e secundária) – quando tem até um ano de evolução, e sífilis tardia (latente tardia e terciária) – mais de um ano de evolução.
 - ✓ Latente: gestante sem nenhum sinal ou sintoma da doença, porém apresenta teste positivo. Corresponde a maioria dos casos. Pode ser recente, se ocorrer até 1 ano da infecção, ou tardia, quando ocorre após 1 ano da infecção. Quando não é possível determinar a cronologia, trata-se como tardia.
 - ✓ Primária: ocorre 10-90 dias após contato infectante. Manifesta-se como nódulo indolor e único, que sofre ulceração dando origem ao cancro duro. Ocorre principalmente na genitália, mas pode acometer períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios e mãos. Tal lesão é rica em treponemas.
 - ✓ Secundária: máculas e/ou pápulas, predominantemente em troncos, lesões eritemato-escamosas palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira e madarose. Pode se

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 7 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

manifestar com sintomas sistêmicos como febre, adinamia e cefaleia. Lesões também ricas em treponema.

✓ Terciária: menos comum. Acomete sistema nervoso (tabes dorsalis) e cardiovascular (dilatação e regurgitação aórtica). Podem ser observadas também as gomas sífilíticas na pele, mucosas e ossos.

✓ Diagnóstico: exames diretos e métodos imunológicos.

✓ Exames diretos (visualização das espiroquetas. O principal deles é o exame em campo escuro. Seu resultado positivo indica infecção ativa).

✓ Testes imunológicos (os mais utilizados na prática clínica). Podem ser treponêmicos e não treponêmicos.

- Treponêmicos: evidenciam a presença de anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*. São os primeiros a se tornarem positivos. Tem como principais representantes o FTA-Abs e o teste rápido. Geralmente se mantém reagentes mesmo após o tratamento, não sendo indicados seguimento pós tratamento;

- Não treponêmicos: detectam anticorpos não específicos anticardioplipina. Principal deles é o VDRL, sendo importante tanto no diagnóstico quanto no monitoramento da resposta ao tratamento.

✓ Diante da epidemia de sífilis em nosso país, o Ministério da Saúde recomenda iniciar a investigação laboratorial por um teste treponêmico, que é o primeiro a positivar.

✓ A conduta diante dos resultados de testes imunológicos pode ser evidenciada no quadro abaixo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 8 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	<p>Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	<p>Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 9 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

PRIMEIRO TESTE	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <p>O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE ou TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.

✓ Tratamento: dada a situação de epidemia em nosso país, recomenda-se o tratamento dos seguintes casos apenas com um teste imunológico reagente: gestantes, vítimas de violência sexual, pessoas com chance de perda de seguimento, pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária e pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis. Porém, a conduta ativa não exclui a necessidade de realização de segundo teste para monitoramento bem como para melhor análise diagnóstica.

✓ Caso não se disponha de testes diagnósticos e as lesões sejam características de sífilis primária ou secundária, realizar tratamento empírico da paciente para sífilis recente bem como das parcerias sexuais. Penicilina Benzatina é a droga de escolha.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 10 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização
Notas: ^a A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. ^b A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016).			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

✓ Pacientes e parceiros sexuais devem ser advertidos da possibilidade de exacerbação das lesões cutâneas (associadas a febre, artralgia e mal estar) após a primeira dose de penicilina, a chamada reação de Jarisch-Herxheimer, principalmente durante o tratamento da forma secundária. Esse quadro é autolimitado e não configura reação alérgica, regredindo espontaneamente em 12-24h. Podem ser receitados sintomáticos.

✓ Solicitar VDRL a cada 3 meses para monitoramento pós tratamento no primeiro ano.

✓ A resposta ao tratamento deve ser classificada em: resposta imunológica adequada e critérios de retratamento (reativação e/ou reinfecção).

✓ É considerado que o tratamento teve êxito a ocorrência de queda de duas diluições do VDRL em 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após a conclusão do tratamento (ex.: 1:64 → 1:16).

✓ Mesmo havendo resposta imunológica adequada, o seguimento deve continuar com o objetivo de detectar possível reativação ou reinfecção.

✓ Caso haja persistência de títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento, desde que descartada nova exposição de risco, é chamada cicatriz sorológica e não constitui falha terapêutica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 11 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Critérios de retratamento: Não redução da titulação em duas diluições no período de 6 meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex: 1:64 para 1:16 ou 1:128 para 1:32) **OU** aumento da titulação em duas diluições em qualquer momento do seguimento **OU** persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

✓ O esquema de retratamento irá depender de cada caso (tempo de evolução da sífilis: latente ou tardia).

✓ Investigação de neurosífilis: nos casos em que não tenha havido exposição sexual no período que justifique reinfecção, sinais e sintomas neurológicos ou oftalmológicos e nos casos em que haja evidência de sífilis terciária.

✓ Os quadros abaixo especificam os casos que merecem receber tratamento para neurosífilis bem como o tratamento de primeira escolha e esquema alternativo.

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

NEUROSSÍFILIS	TRATAMENTO
Primeira escolha	Benzilpenicilina potássica/ cristalina, 3 a 4 milhões UI, 4/ 4h, IV, ou por infusão contínua, totalizando 18-24 milhões por dia, por 14 dias.
Alternativo	Ceftriaxona 2 g, IV, 1x/dia, por 10 a 14 dias.

Fonte: Adaptado de WHO, 2016.

9. CERVICITE

✓ Assintomáticas em até 80% dos casos.

✓ Quadro clínico: leucorreia, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

✓ Exame ginecológico: saída de secreção mucopurulenta do orifício externo do colo, dor à mobilização do colo uterino, edema cervical e colo friável, com sangramento fácil ao toque com espátula ou swab. Caso esses sinais sejam evidenciados ao exame físico, a paciente deve receber tratamento para gonococo e clamídia.

✓ Agentes etiológicos: *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 12 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

✓ Fatores de risco: mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade, múltiplos parceiros sexuais, histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's), parceiros com história de IST's e uso irregular de condom.

✓ Quando não tratada, está associada a algumas complicações: infertilidade, DIP, gravidez ectópica e dor pélvica.

✓ O método diagnóstico de escolha para todos os casos (sintomáticos ou não) é o laboratorial, através da detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular.

✓ O tratamento das cervicites está esquematizado no quadro abaixo.

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO
Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Infecção gonocócica disseminada	Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1g, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina 100mg, VO, 2x/dia, por 7 dias (exceto gestantes)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

10. ÚLCERAS GENITAIS

✓ Agentes etiológicos mais comuns: *Treponema pallidum* (abordado em tópico anterior), HSV-1 e HSV-2, *Haemophilus ducreyi*, *Chlamydia trachomatis* e *Klebsiella granulomatis*.

✓ Associadas a alto risco de transmissão e aquisição de HIV.

✓ Clínica é muito variada e tem pouco valor preditivo do agente etiológico.

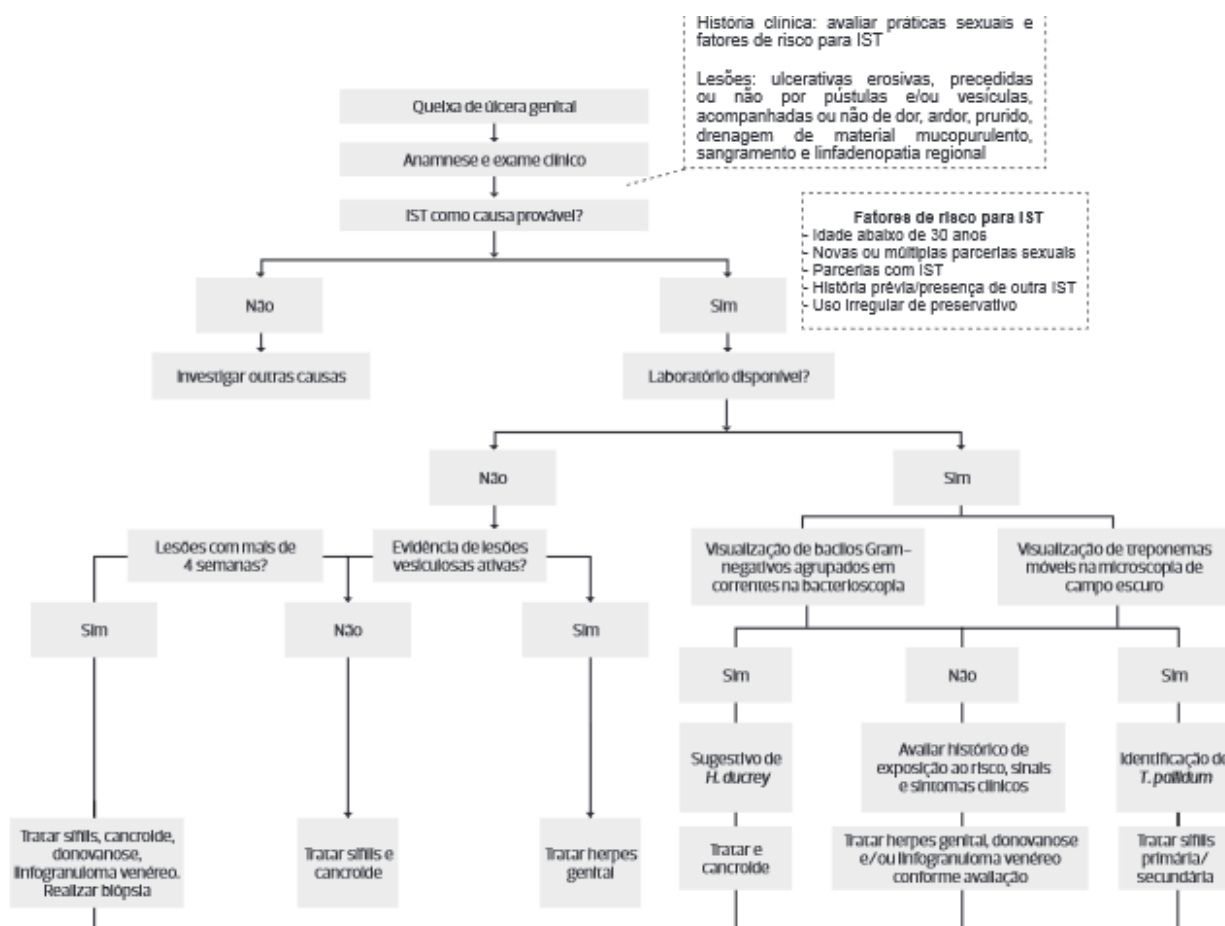
✓ Etiologia é definida pela associação da clínica, história de exposição e testes diagnósticos. No SUS, o único teste laboratorial disponível é a microscopia. Ela é útil para detecção do *Haemophilus ducreyi* e *Treponema pallidum*. No caso dos outros patógenos, as características da lesão e a exclusão desses dois agentes por microscopia, guiarão o diagnóstico.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 13 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Microscopia de material das úlceras corado pelo gram: *Haemophilus ducreyi* → bacilos gram negativos agrupados em “ cardume de peixes”, “ vias férreas” ou “ impressões digitais” Falar do diagnóstico por microscopia e mostrar o fluxograma a ser seguido.

✓ Microscopia de campo escuro do exsudato da lesão: visualização do *T. pallidum* vivo e móvel.

✓ O fluxograma abaixo ilustra a conduta diante de casos de úlcera genital.



10.1 Herpes Genital

✓ Causada pelo HSV-1 e 2, embora na região genital haja predomínio do tipo 2 e nas orais o tipo 1.

✓ Manifestações são divididas em: primoinfecção e surtos recorrentes.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 14 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Infecções sintomáticas correspondem a 13-37% dos casos. Boa parte dos infectados não desenvolvem qualquer manifestação.

✓ Primoinfecção: período de incubação por volta de 6 dias. Lesões eritemato-papulosas → vesículas dolorosas de conteúdo citrino. Na maioria das vezes, o quadro local é acompanhado de febre, mialgia, mal estar e disúria (pode simular quadro de cistite). Adenomegalia inguinal dolorosa bilateral pode estar presente em 50% dos casos.

✓ Acometimento do colo do útero: leucorreia por vezes abundante.

✓ Após a infecção, o HSV ascende pelos nervos periféricos sensoriais e penetra nos núcleos das células dos gânglios sensitivos, entrando em estado de latência. Isso não é reduzido por medidas terapêuticas.

✓ A recorrência é mais comum nos pacientes que tem primoinfecção pelo HSV-2. Cerca de 90% desses pacientes desenvolvem novos episódios nos 12 meses seguintes, devido a reativação do vírus. Esta pode acontecer devido a fatores como exposição à radiação ultravioleta, quadros infecciosos, traumas, menstruação, estresse, uso de antibióticos por tempo prolongado e imunodeficiências.

✓ Nos casos de pacientes que tem primoinfecção pelo HSV-1, a recorrência ocorre em 60% dos casos nos 12 meses seguintes.

✓ Recorrências: quadros mais brandos que podem ser precedidos de pródromos como sensação de queimação, prurido, “fisgadas” em pernas, quadris e região anogenital. A localização tende a ser a mesma da primoinfecção. Vesículas agrupadas sobre base eritematosa → úlceras arredondadas → regressão espontânea em 7-10 dias (com ou sem cicatriz). A tendência desses surtos é que se tornem menos frequentes e intensos com o passar dos anos.

✓ Diagnóstico diferencial: cancróide, linfogranuloma venéreo, sífilis, donovanose e ulcerações traumáticas.

✓ O tratamento do herpes genital pode ser evidenciado no quadro abaixo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 15 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 7-10 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5x/dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 7-10 dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível. O tratamento pode ser prolongado se a cicatrização estiver incompleta após 10 dias de terapia.
Recidiva	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200mg, 4 comprimidos, VO, 2x/dia, por 5 dias	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodrômico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital).
Supressão de herpes genital (6 ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até 2 anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com episódios repetidos de herpes genital (mais de 6 ao ano). Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHIV), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

10.2 Cancróide

- ✓ Agente etiológico: *Haemophilus ducreyi*.
- ✓ Também chamado de cancro mole.
- ✓ Período de incubação: 3-5 dias.
- ✓ Lesões dolorosas, múltiplas, com bordas irregulares, fundo recoberto por exsudato necrótico, amarelado, de odor fétido. Caso esse conteúdo seja removido, pode-se observar tecido de granulação facilmente sangrante.
- ✓ Localização mais frequente: fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 16 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

✓ Pode haver adenomegalia em até 50% dos casos, pouco percebida no sexo feminino podendo esta fistulizar por orifício único. A cicatrização destes pode ser desfigurante, sendo contraindicada sua excisão ou incisão com drenagem.

✓ Diagnóstico diferencial: cancro duro, donovanose, linfogranuloma venéreo, herpes genital e erosões traumáticas infectadas.

✓ O tratamento do cancróide consta na tabela abaixo.

IST	PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino ^a 500mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 3 dias	O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas.

10.3 Linfogranuloma Venéreo

✓ Agente etiológico: *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3.

✓ Manifestação clínica mais comum: linfadenopatia inguinal.

✓ 3 fases de evolução: inoculação, disseminação linfática regional e sequelas.

✓ Inoculação: pápula, pústula ou exulceração indolor que desaparece sem deixar sequela. Localização: parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula.

✓ Disseminação linfática regional: localização depende da do local da lesão de inoculação.

✓ Sequelas: linfadenopatia → supuração e fistulização por múltiplos orifícios. Caso se tornem flutuantes, podem ser aspirados com agulha calibrosa. A incisão cirúrgica é contraindicada. A obstrução linfática pode gerar elefantíase genital (estiomene).

✓ Considerar esse diagnóstico em todos os casos de elefantíase genital, adenite inguinal e estenose uretral ou retal.

✓ O tratamento do linfogranuloma venéreo é mostrado na tabela abaixo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 17 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

Linfogranuloma venéreo (LGV)	Doxiciclina ^b 100mg, VO, 1 comprimido, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	<p>As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo:</p> <p>Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única</p> <p>OU</p> <p>Doxiciclina^b 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias</p> <p>O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.</p>
-------------------------------------	---	---	--

10.4 Donovanose

- ✓ Agente etiológico: *Klebsiella granulomatis*.
- ✓ Localização preferencial: pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais.
- ✓ Pouco frequente.
- ✓ Quadro clínico: úlcera de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, fundo de aspecto granuloso, sangrante, de aspecto vermelho vivo. As lesões costumam ser múltiplas, com aspecto “em espelho” e têm evolução lenta e progressiva.
- ✓ O tratamento da donovanose é mostrado na tabela abaixo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 18 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

Donovanose	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por pelo menos três semanas, ou até a cicatrização das lesões	<p>Doxiciclina^a 100mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até o desaparecimento completo das lesões</p> <p>OU</p> <p>Ciprofloxacino^a 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias, ou até a cicatrização das lesões (dose total: 750mg)</p> <p>OU</p> <p>Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por no mínimo 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Não havendo resposta na aparência da lesão nos primeiros dias de tratamento com ciprofloxacino, recomenda-se adicionar um aminoglicosídeo, como a gentamicina, 1mg/kg/dia, EV, 3x/dia, por pelo menos três semanas, ou até cicatrização das lesões.</p> <p>Em PVHIV, sugerem-se os mesmos esquemas terapêuticos; o uso de terapia parenteral com a gentamicina deve ser considerado nos casos mais graves.</p> <p>O critério de cura é o desaparecimento da lesão, não tendo sido relatada infecção congênita. As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.</p> <p>Devido à baixa infectividade, não é necessário tratar as parcerias sexuais.</p>
------------	---	--	---

11. INFECÇÃO PELO HPV

- ✓ Vírus de DNA que infecta epitélios escamosos.
- ✓ Existem mais de 200 tipos de HPV, com 40 deles podendo acometer o trato anogenital.
- ✓ Transmissão sexual é a principal.
- ✓ Quase todas as pessoas sexualmente ativas se infectarão em algum momento da vida.
- ✓ A infecção geralmente ocorre de maneira assintomática. Apenas 1-2% → verrugas genitais. 2-5% → alterações na citologia oncológica.
- ✓ A maioria das infecções tem resolução espontânea em um período de 24 meses.
- ✓ Os vírus são subdivididos de acordo com o seu potencial oncogênico.
- ✓ Baixo potencial oncogênico: 6, 11, 42, 43,44, dentre outros.
- ✓ Alto potencial oncogênico: 16,18,31,33,35, dentre outros.
- ✓ Pode ocorrer infecção por diferentes tipos de HPV.
- ✓ Para que um HPV de alto risco oncogênico cause o câncer cervical é necessário um tempo de aproximadamente 20 anos desde a infecção. Esse tempo depende da carga viral, o tipo

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 19 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021	Próxima revisão: 15/05/2023
		Versão: 1	

de vírus, o estado imunológico do hospedeiro bem como outros fatores de risco, por exemplo, o tabagismo.

✓ Apresentações subclínicas do HPV: detectadas pela citologia e colposcopia. HPV de baixo risco oncogênico associados a LSIL e de alto risco a HSIL.

✓ Manifestações clínicas do HPV: condiloma acuminado.

✓ Condiloma acuminado: lesões papilomatosas, únicas ou múltiplas, com superfície fosca semelhante a couve-flor. Podem se apresentar da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. De maneira geral, não são relatados sintomas associados, no entanto, podem ser pruriginosas, friáveis e sangrantes.

✓ As verrugas anogenitais são quase que exclusivamente causadas por tipos não oncogênicos de HPV.

✓ Localização preferencial das lesões verrucosas: vulva, vagina e/ou cérvix. Podem também ser encontradas na região inguinal ou perianal (mais frequente em pacientes com atividade anal receptiva).

✓ Diagnóstico do condiloma acuminado é clínico. Biópsia é indicada apenas em casos selecionados: dúvida diagnóstica (suspeita de neoplasias), lesões atípicas ou que não respondem clinicamente aos tratamentos e lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiência.

✓ Pacientes com lesões anais requerem, idealmente, exame proctológico com anoscopia e toque retal.

✓ De acordo com o Ministério da Saúde, não há indicação de testes que identificam os diferentes tipos de HPV na rotina clínica e no rastreamento de pessoas assintomáticas com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HPV.

✓ Vacinação: opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações, principalmente em adolescentes vacinadas antes do primeiro intercuro sexual. Fornecida pelo SUS, em duas doses (0 e 6 meses), para meninas de 9-14 anos.

✓ Tratamento das lesões verrucosas anogenitais: tem por objetivo destruir as lesões, embora não alterem a história natural da infecção pelo HPV. As lesões podem desaparecer, permanecer inalteradas ou aumentar de tamanho, independente da instituição de tratamento. Recidivas são frequentes.

✓ As opções terapêuticas incluem: ácido tricloroacético (ATA) 80-90%, podofilina 10-25%, eletrocauterização, exérese cirúrgica, crioterapia, imiquimode ou podofilotoxina.

✓ Importante oferecer testagem para outras IST's (HIV, sífilis, hepatites B E C) bem como referenciar parceiro para avaliação, testagem e tratamento.

✓ Imiquimode e podofilotoxina são tratamentos já incorporados ao SUS e que podem ser realizados de maneira domiciliar.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 20 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

✓ Imiquimode creme 50mg/g: modulador da resposta imunológica (redução do interferon alfa). Uso exclusivamente externo. Paciente aplica na área afetada, três vezes por semana, e deixa agir por 6-10 horas, lavando a região em seguida. Manter o tratamento até que haja o desaparecimento das lesões ou por período máximo de 16 semanas.

✓ Podofilotoxina: propriedade antimitótica. Aplicar pela manhã e à noite nas lesões por 3 dias consecutivos e, após isso, suspender o uso por 4 dias. Recomendado, no máximo, 4 ciclos de tratamento.

✓ Ácido tricloroacético (ATA) 80-90%: promove coagulação química do conteúdo protéico das verrugas. Deve ser aplicado com cotonete apenas na lesão, evitando contato com a pele sã. Após a aplicação, observa-se branqueamento da lesão. Iniciar com aplicação semanal. Número de sessões dependerá da resposta individual de cada paciente. Pode ser utilizado em gestantes.

✓ Podofilina 10-25%: Aplicar sobre a lesão, evitando contato com o tecido sã adjacente. Iniciar com aplicação semanal. Limitar o volume utilizado a 0,5ml/sessão. Contraindicado na gestação.

✓ Eletrocauterização: indicada para lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas. Exige anestesia local e equipamento específico. A depender do caso, permite destruição de todas as lesões em única sessão.

✓ Exérese cirúrgica: indicada para lesões volumosas. Exige anestesia local. Tem a vantagem de permitir o estudo histopatológico das lesões.

✓ Crioterapia: realizada com o uso de nitrogênio líquido. Pode ser utilizada na gestação. Indicada para lesões isoladas e queratinizadas. Iniciar com aplicações semanais e ir adequando de acordo com a resposta ao tratamento.

✓ Em virtude dos tratamentos disponíveis não erradicarem o vírus, deve-se alertar a paciente e o parceiro sobre a chance de recidivas e necessidade de retorno ao serviço caso novas lesões surjam.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.048 - Página 21 de 21	
Título do Documento	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	Emissão: 15/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 15/05/2023

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

<p>Elaboração</p> <p>Nome: Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda SIAPE: 1199484 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p> <p>Nome: Kátia Cristina Araújo Nascimento de Oliveira SIAPE: 3508189 Função: Médica Ginecologista e Obstetra</p>	<p>Data: 15/05/2021</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Revisão</p> <p>Nome: SIAPE: Função:</p>	<p>Data:</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Validação</p> <p>Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>
<p>Aprovação</p> <p>Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde</p>	<p>Data: ____/____/____</p> <p>ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda, Katia Cristina Araujo Nascimento de Oliveira, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.048.



Documento assinado eletronicamente por **Katia Cristina Araujo Nascimento de Oliveira, Diretor(a) Clínico(a)**, em 18/08/2021, às 21:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Bezerra Dantas Fabrício de Hollanda, Médico(a)**, em 24/08/2021, às 20:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15633214** e o código CRC **4166C335**.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta favorável à aprovação dos Protocolos, abaixo relacionados, onde constam as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão, quais sejam:

- PRT.DM.016 que versa sobre o Protocolo ABORTAMENTO (14550113), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550141);

- PRT.DM.013 que versa sobre o Protocolo ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL (14550170), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550195);

- PRT.DM.044 que versa sobre o Protocolo EPILEPSIA NA GESTAÇÃO (14550216), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550233);

- PRT.DM.020 que versa sobre o Protocolo VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER (14550242), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14550258);

- PRT.DM.043 que versa sobre o Protocolo ARBOVIROSES E GRAVIDEZ (14563007), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563085);

- PRT.DM.029 que versa sobre o Protocolo ASMA NA GRAVIDEZ (14563151), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563307);

- PRT.DM.004 que versa sobre o Protocolo ITU NA GESTAÇÃO (14563374), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (14563438);

- PRT.DM.008 que versa sobre o Protocolo GEMELARIDADE (15173033), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173044);

- PRT.DM.012 que versa sobre o Protocolo INFECÇÃO PUERPERAL (15173061), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173068);

- PRT.DM.025 que versa sobre o Protocolo PREMATURIDADE (15173075), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15173080);

- PRT.DM.048 que versa sobre o Protocolo INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (15633141), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633214);

- PRT.DM.010 que versa sobre o Protocolo HIPERÊMESE GRAVÍDICA (15633414), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633541);

- PRT.DM.033 que versa sobre o Protocolo SOFRIMENTO FETAL (15633717), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15633766);

- PRT.DM.002 que versa sobre o Protocolo INSERÇÃO DE DIU NO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO (15664607), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15664628);

- PRT.DM.021 que versa sobre o Protocolo PARTOGRAMA (15786124), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786181);

- PRT.DM.028 que versa sobre o Protocolo CARDIOPATIA NA GRAVIDEZ (15786268), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15786299);

- PRT.DM.026 que versa sobre o Protocolo PCR NA GRAVIDEZ (15814637), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814689);

- PRT.DM.047 que versa sobre o Protocolo ABDOME AGUDO EM GINECOLOGIA (15814744), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15814782);

- PRT.DM.041 que versa sobre o Protocolo HEMORRAGIAS DA SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO (15845016), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15844931);

- PRT.DM.030 que versa sobre o Protocolo ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS NO PUERPÉRIO (15908763), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908774);

- PRT.DM.031 que versa sobre o Protocolo AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL (15908784), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908799);

- PRT.DM.022 que versa sobre o Protocolo RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO (15908813), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908826);

- PRT.DM.003 que versa sobre o Protocolo TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO (15908852), expresso na Certidão DM/GAS/Huab-UFRN (15908862);

Ressalto que a aprovação dos documentos supracitados não envolve a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões acima mencionadas.

Esta aprovação está condicionada à validação dos respectivos documentos pela chefia do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS

Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 27/09/2021, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **16437568** e o código CRC **880F63A7**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 16437568