

Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 27, 2021

Coordenação-Geral de Vigilância das Arboviroses do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGARB/DEIDT/SVS).*

Sumário

- 1 Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 27, 2021
- 12 Painel Maternidades 2020
- 18 Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais

As informações sobre dengue e chikungunya apresentadas neste boletim são referentes às notificações ocorridas entre as semanas epidemiológicas (SE) 1 a 27 (3/1/2021 a 10/7/2021), disponíveis no Sinan Online. Os dados de zika foram consultados no Sinan Net até a SE 26 (3/1/2021 a 3/7/2021).

Desde fevereiro de 2020, o Brasil enfrenta uma pandemia da covid-19 e, desde a confirmação dos primeiros casos, observou-se uma diminuição dos registros de casos prováveis e óbitos de dengue. Esta diminuição pode ser consequência do receio da população em procurar atendimento em uma unidade de saúde, bem como uma possível subnotificação ou atraso nas notificações das arboviroses, associadas a mobilização das equipes de vigilância e assistência para o enfrentamento da pandemia.

O objetivo deste boletim é apresentar a situação epidemiológica de dengue, chikungunya e zika no período sazonal, enfatizando a importância da intensificação do controle dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, e a organização dos serviços de saúde para evitar o aumento expressivo de casos e óbitos.

Situação epidemiológica de 2021

Até a SE 27 ocorreram 425.884 casos prováveis (taxa de incidência de 201,1 casos por 100 mil hab.) de dengue no Brasil. Em comparação com o ano de 2020, houve uma redução de 52,5 % de casos registrados para o mesmo período analisado. De acordo com o diagrama de controle, o país, até o momento, não enfrenta uma epidemia de dengue, pois os casos estão dentro do esperado para o período (Figura 1, Figura 2).

A região Centro-Oeste apresentou a maior taxa de incidência de dengue, com 453 casos/100 mil hab., seguida das regiões: Sul (223,1 casos/100 mil hab.), Sudeste (200,2 casos/100 mil hab.), Norte (143,6 casos/100 mil hab.) e Nordeste (137,3 casos/100 mil hab.) (Figura 3, Figura 6A).

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde
SRTVN Quadra 701, Via W5 – Lote D,
Edifício PO700, 7º andar
CEP: 70.719-040 – Brasília/DF
E-mail: sv@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br/svs

Versão 1

16 de julho de 2021

Em relação às UF que apresentam as maiores taxas de incidência no país, destaca-se, na região Centro-

Oeste, os seguintes estados: Goiás, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso.

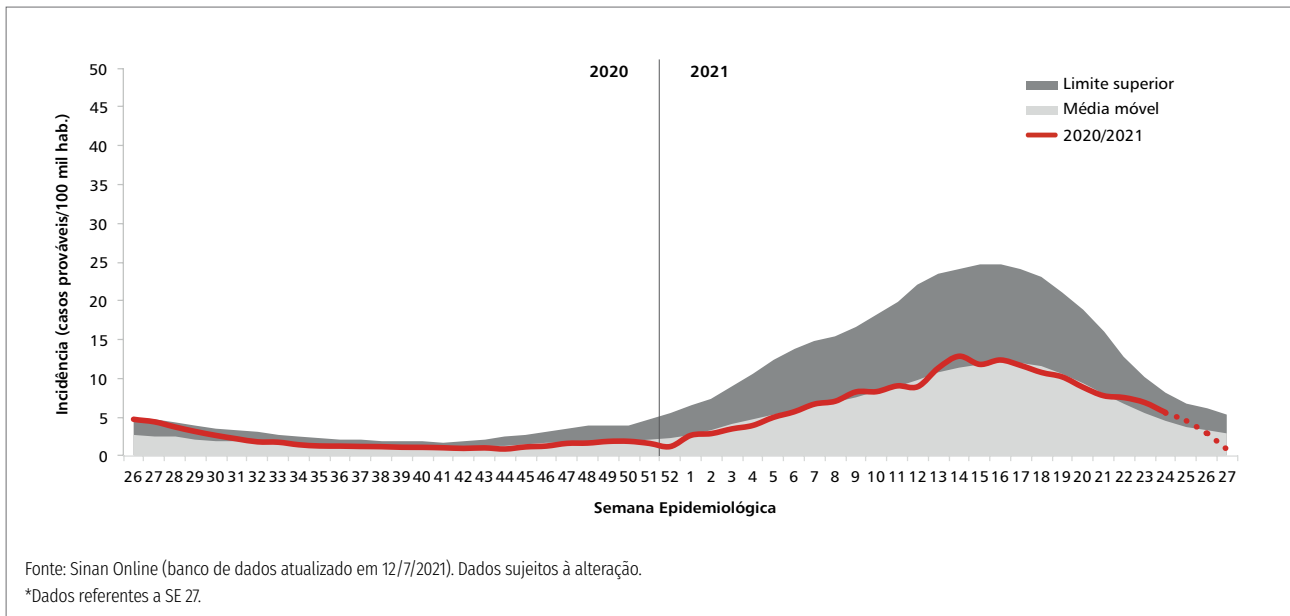


FIGURA 1 Diagrama de controle dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021*

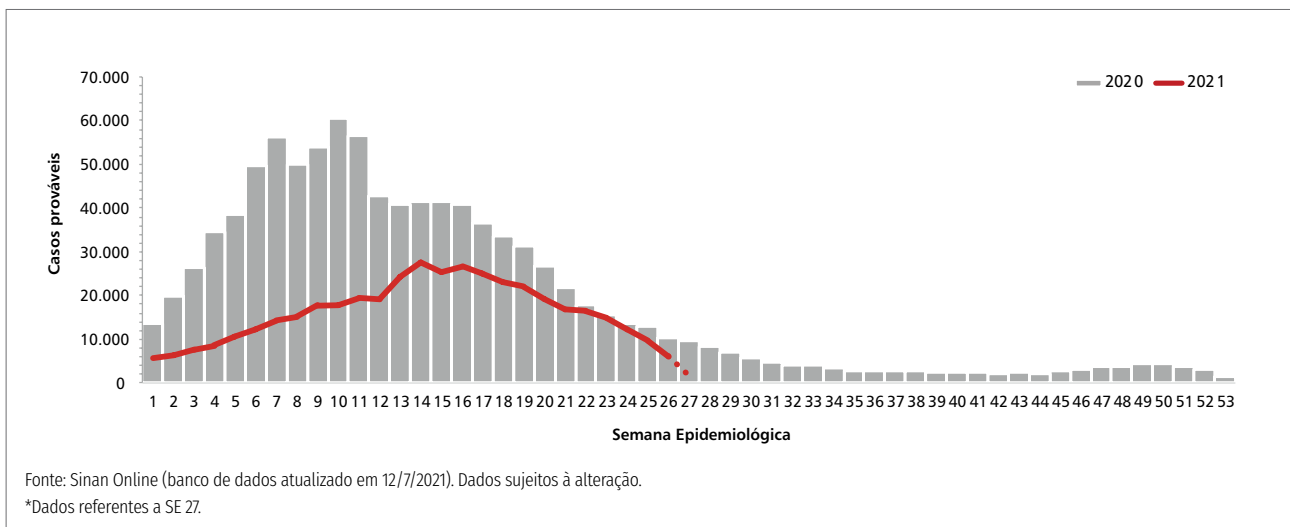


FIGURA 2 Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021*

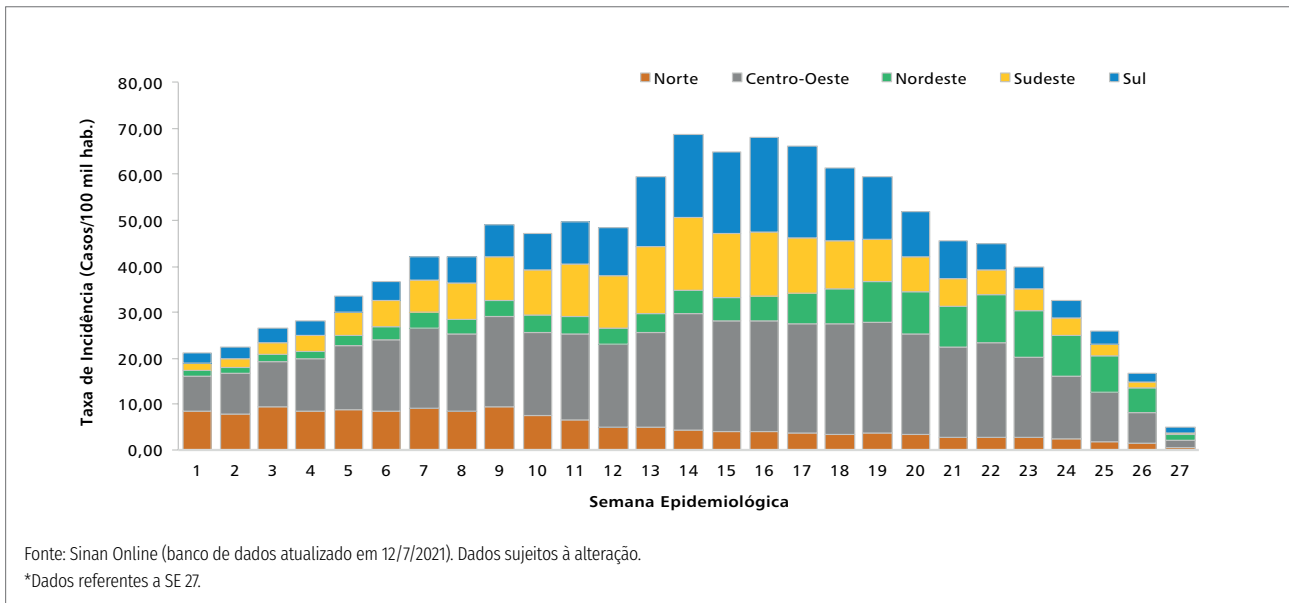


FIGURA 3 Distribuição da taxa de incidência de dengue por região, Brasil, SE 1 a 27/2021*

Sobre os dados de chikungunya, ocorreram 56.515 casos prováveis (taxa de incidência de 26,7 casos por 100 mil hab.) no país. Esses números correspondem a uma diminuição de 8,5 % dos casos em relação ao ano anterior. A região Nordeste apresentou a maior incidência com 56,9 casos/100 mil hab., seguida das regiões Sudeste (24,2 casos/100 mil hab.) e Centro-Oeste (5,1 casos/100 mil hab.) (Tabela 1, Figura 4, Figura 6B).

Com relação aos dados de zika, ocorreram 3.362 casos prováveis até a SE 26, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,6 casos por 100 mil hab. no país. (Tabela 1, Figura 5, Figura 6C). Em relação a 2020, os dados representam uma diminuição de 35,1 % no número de casos do país.

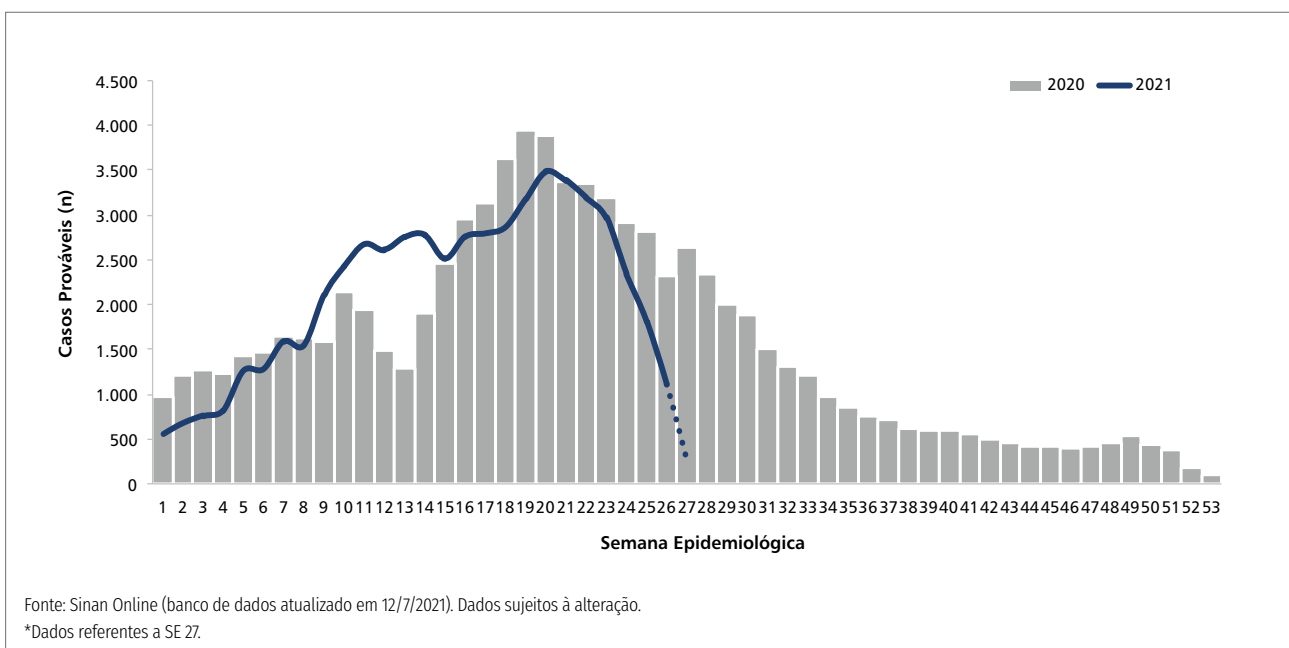


FIGURA 4 Curva epidêmica dos casos prováveis de chikungunya, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021*

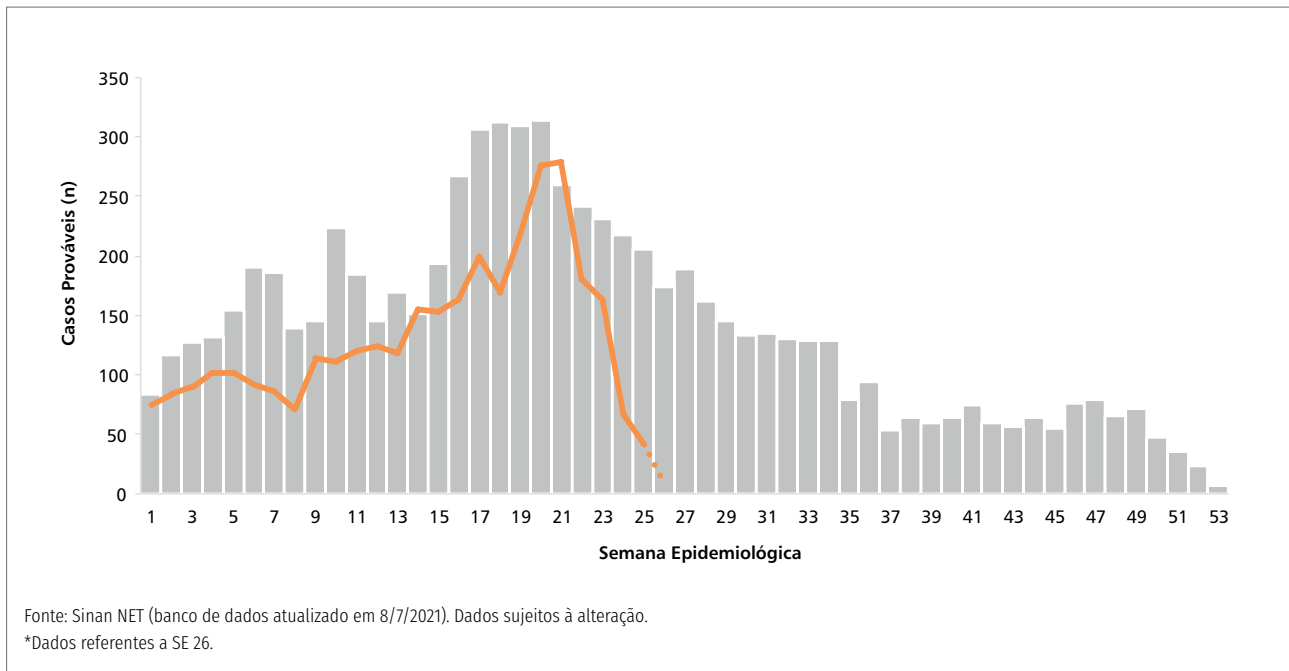


FIGURA 5 Curva epidêmica dos casos prováveis de zika, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021*

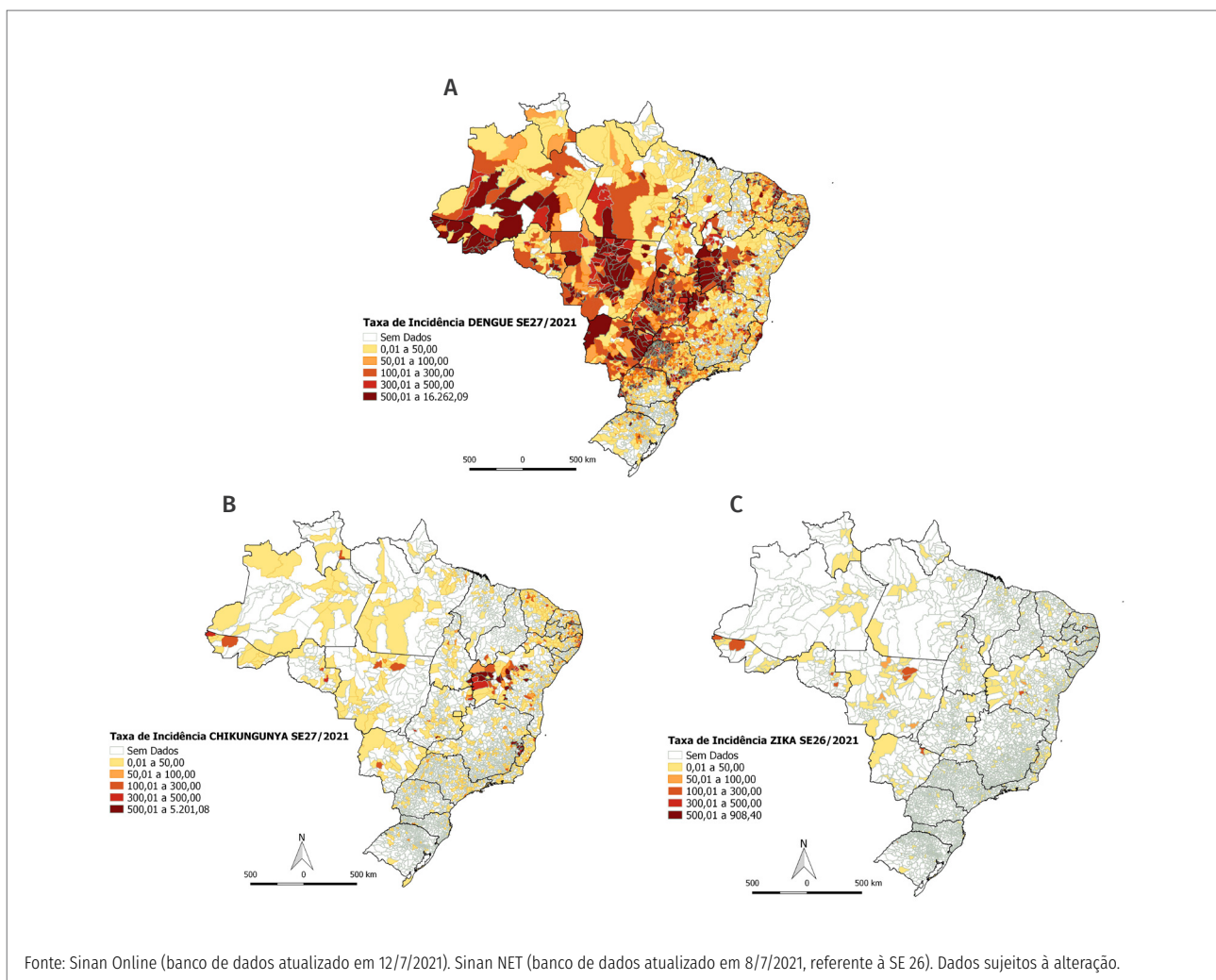


FIGURA 6 Distribuição da taxa de incidência de dengue, chikungunya e zika, por município, Brasil, SE 1 a 27/2021

Casos graves e óbitos

Até a SE 27, foram confirmados 221 casos de dengue grave (DG) e 2.748 casos de dengue com sinais de alarme (DSA). Ressalta-se que 180 casos de DG e DSA permanecem em investigação.

Até o momento, foram confirmados 142 óbitos por dengue, sendo 124 por critério laboratorial e 18 por

clínico-epidemiológico. Permanecem em investigação 72 óbitos (Figura 7) (Figura 8).

Para chikungunya foram confirmados no país 6 óbitos por critério laboratorial, os quais ocorreram no estado de São Paulo (3), Sergipe (1), Espírito Santo (1) e Minas Gerais (1). Destaca-se que 24 óbitos permanecem em investigação. Até o momento não há confirmação da ocorrência de óbito para zika no país.

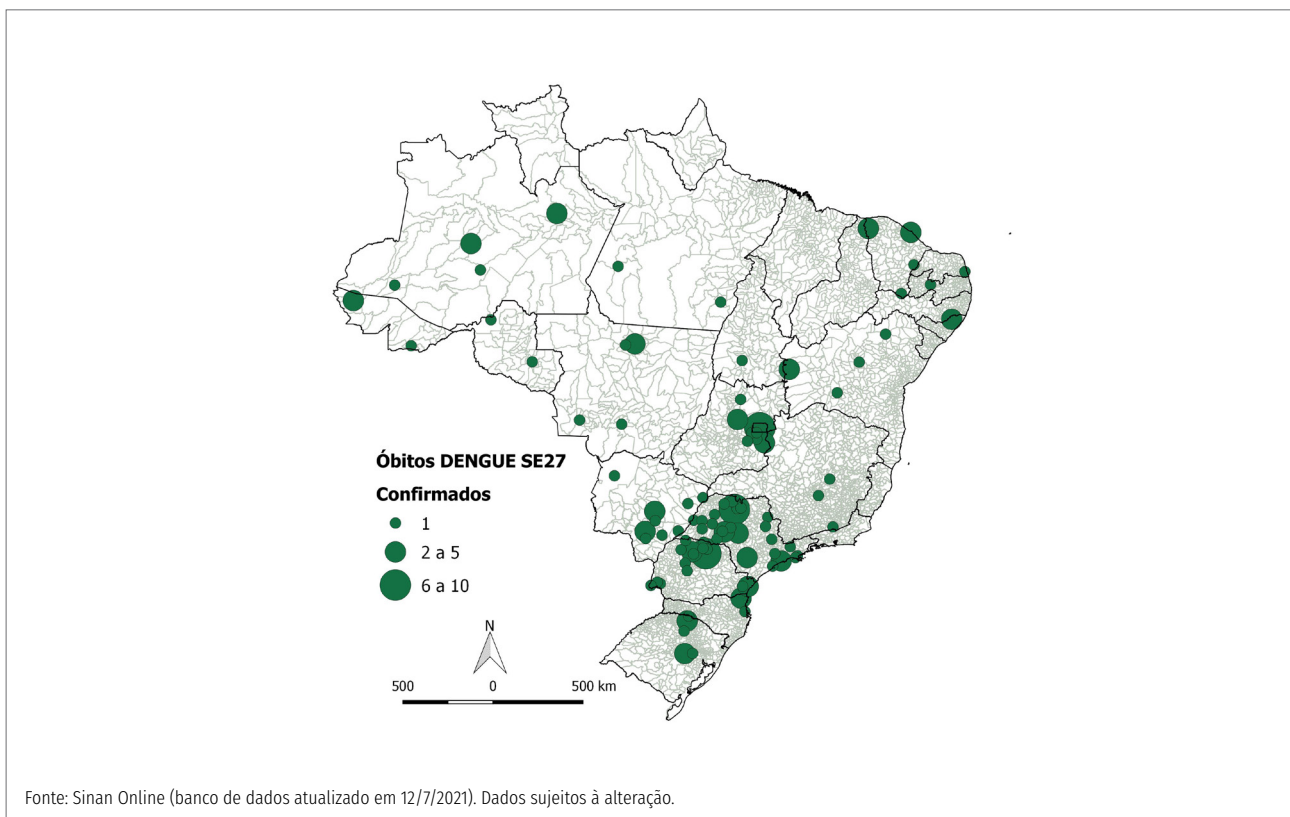


FIGURA 7 Distribuição de óbitos confirmados por dengue, por município, Brasil, SE 1 a 27/2021

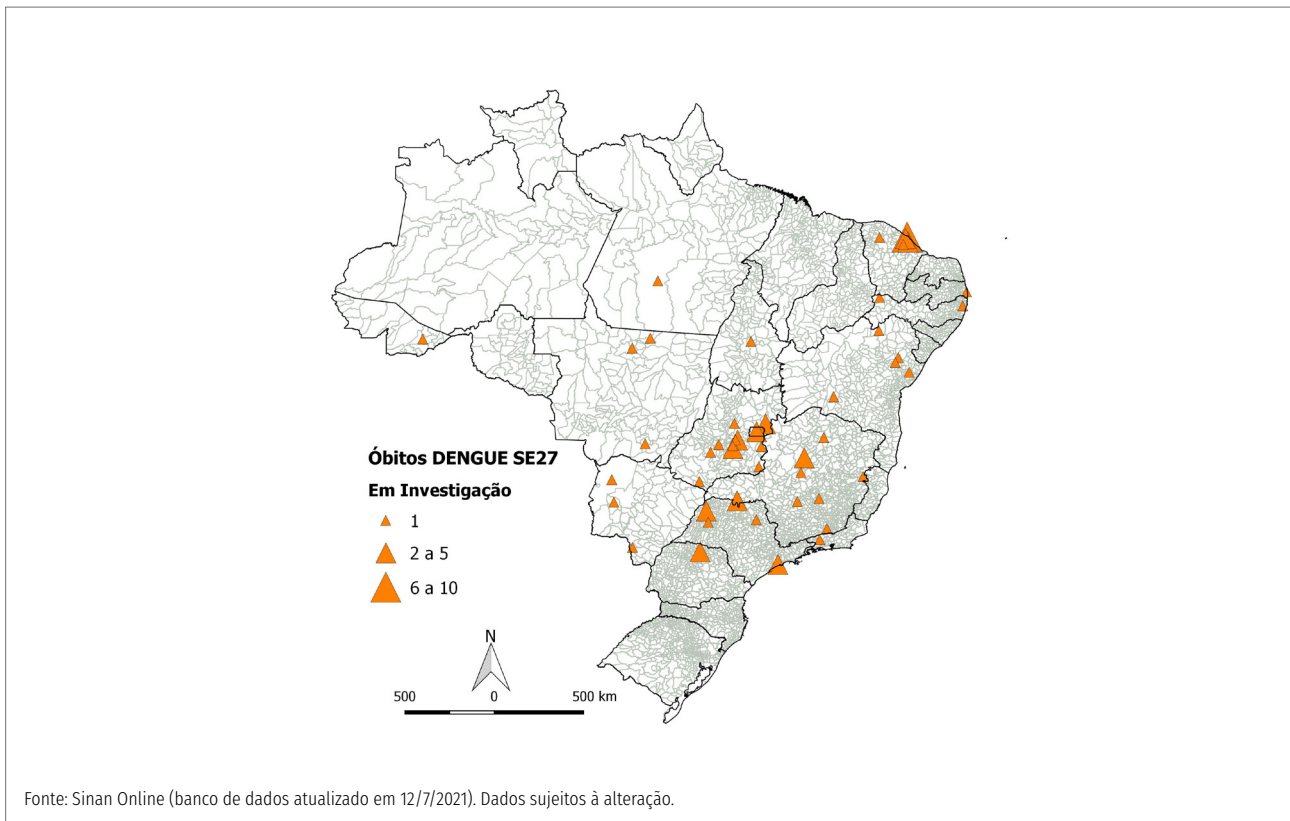


FIGURA 8 Distribuição de óbitos em investigação por dengue, por município, Brasil, SE 1 a 27/2021

Estados prioritários

São considerados prioritários os estados que apresentam óbito confirmado e taxa de incidência acima do Limite Superior (LS) do diagrama de controle e/ou elevação no número de casos prováveis em relação ao ano anterior, são eles: Ceará e Santa Catarina (Figura 11, Figura 12)

Em relação à chikungunya, são os estados que apresentam óbito confirmado e aumento da incidência dos casos prováveis entre as semanas epidemiológicas, em comparação ao ano anterior, são eles: São Paulo e Minas Gerais.

Diante desse cenário, ressalta-se a necessidade implementar ações para redução de casos e investigação detalhada dos óbitos, para subsidiar o monitoramento e assistência dos casos graves e evitar novos óbitos.

Dados laboratoriais

Até a 27 de 2021, foram testadas 208.556 amostras para diagnóstico de dengue, utilizando-se métodos de sorologia, biologia molecular e isolamento viral, correspondendo a um aumento de 2,3% no número de amostras testadas em relação à SE 25.

Os exames realizados por meio de técnicas de biologia molecular e isolamento viral, em que é possível detectar o sorotipo DENV, corresponderam a 6,3% das amostras testadas no período (13.047/208.556). Desse total, 42,1% foram positivas para DENV (5.492/13.047), sendo realizada a sorotipagem para 87,5% das amostras (4.803/5.492).

O sorotipo DENV-1 é o mais predominante no país, com diferença de 7,6% em relação ao número de amostras positivas para o sorotipo DENV-2. Dentre

todas as amostras testadas no período, na SE 27, o DENV-1 demonstrou-se com predominância de 53,8% (2.592/4.803) das amostras positivas, enquanto o DENV-2 representou 46,2% do total (2.210/4.803).

O padrão de detecção de sorotipos DENV nas UF sofreu alteração em relação à SE 25 apenas em para o DENV-1. Os estados que registraram detecção unicamente do sorotipo DENV-1 foram: Rio Grande do Sul, Rondônia, Rio Grande do Norte e o Distrito Federal. A detecção de DENV-2 permaneceu somente no Maranhão, Pernambuco e Mato Grosso. Os estados em que foram detectados ambos sorotipos, DENV-1 e DENV-2 dentre as amostras testadas permanecem: Acre, Amazonas, Ceará, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. Os sorotipos DENV-1 e DENV-3 foram detectados simultaneamente somente no estado da Bahia – cenário que se mantém desde a SE 13 (Figura 9A).

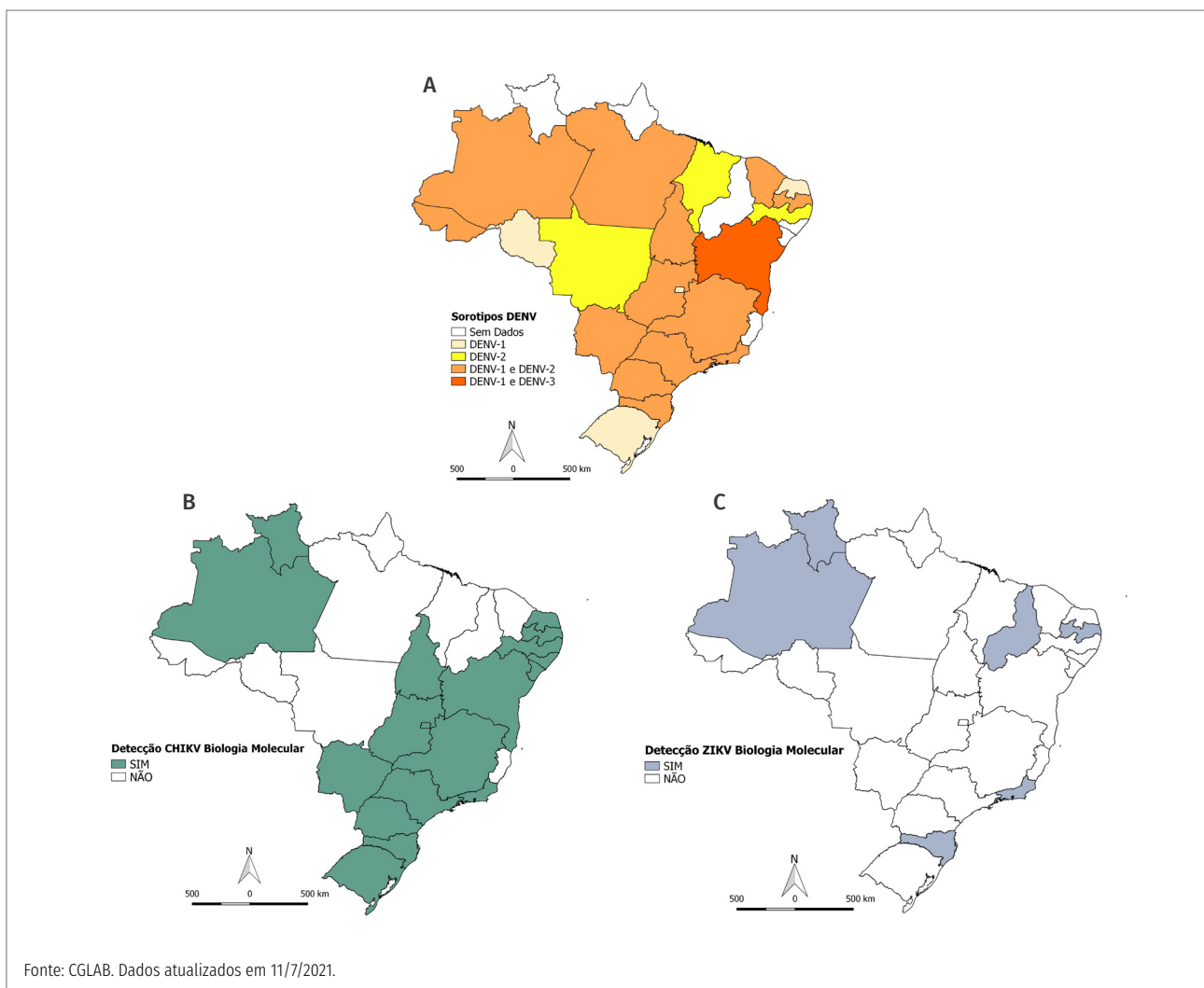


FIGURA 9 Identificação de sorotipos DENV (A), CHIKV (B) e ZIKV (C), por UF, SE 1 a 27, 2021

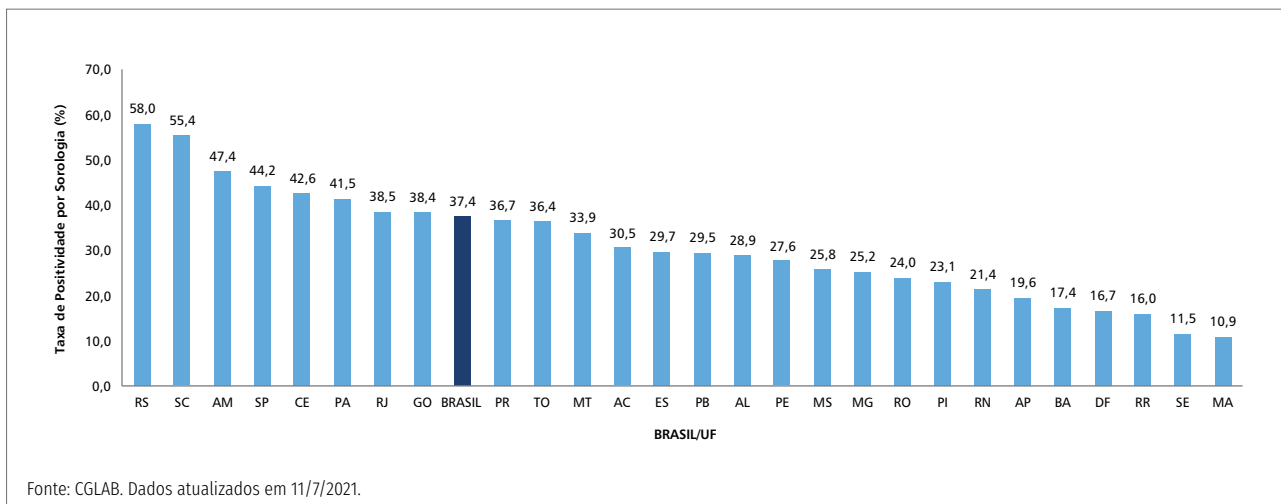


FIGURA 10 Distribuição do percentual de positividade (IgM) para dengue, por unidade federada, SE 1 a 27, 2021

Quando se observa as regiões geográficas, o DENV-1 continua predominante nas regiões Sul (64,6%), Norte (64,3%) e Sudeste (56,2%). Nas regiões Nordeste e Centro-Oeste o DENV-2 foi o predominante, com 95,2% e 67,1% das amostras positivas, respectivamente.

Em relação à sorologia (IgM) para dengue no período analisado, dos 195.509 exames realizados, 73.208 tiveram resultados reagentes para dengue. Esse valor corresponde 37,4% de positividade das amostras. Observa-se que correu uma redução de 0,3% em relação taxa de positividade observada na SE 25 (37,7%).

As UF do Rio Grande do Sul (58,0%), Santa Catarina (55,4%), Amazonas (47,4%), São Paulo (44,2%), Ceará (42,6%), Pará (41,5%), Rio de Janeiro (38,5%) e Goiás (38,4%) apresentaram os maiores percentuais de positividade – superiores ao valor do Brasil (Figura 10).

Em relação ao vírus Chikungunya (CHIKV), observou-se um aumento de 4,7% no número de amostras testadas na SE 27 em relação à SE 25 (70.306 e 67.153, respectivamente), sem alteração no padrão de detecção viral por biologia molecular. Assim, o CHIKV foi detectado nos estados do Amazonas, Roraima, Tocantins, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal. (Figura 9B). A taxa de positividade de sorologia (IgM) para chikungunya não apresentou variação na SE 27 (46,5), em relação ao valor observado na SE25 (46,6%). Os estados de Pernambuco (67,0%), São Paulo (60,2%), Paraíba (59,2%) e Bahia (56,8%) e foram aqueles que apresentaram percentuais superiores ao do Brasil (dados não apresentados em tabelas).

Até a SE 27 o vírus Zika (ZIKV) foi detectado nos estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Roraima e Santa Catarina, Piauí e Paraíba (Figura 9C). Em relação à taxa de positividade de sorologia para zika, o Brasil apresentou um percentual de 22,6% na SE 27, não ocorrendo diferença significativa em relação ao observado na SE 25 (21,8%). Nenhuma UF apresentou taxa de positividade por sorologia IgM acima de 50,0% no período analisado (dados não apresentados em tabelas).

Ações realizadas

- Nota Técnica nº 25/2020 – CGARB/DEIDT/SVS/MS – Recomendações para o fortalecimento da notificação oportuna, conduta clínica e organização dos serviços de saúde frente a casos suspeitos de dengue e/ou covid-19 em um possível cenário de epidemias simultâneas.
- Distribuídos aos estados e Distrito Federal 45.070 kg do larvicida Pyriproxyfen para tratamento dos criadouros (focal), Imidacloprida (30 g/kg; 3% p/p) e Praetrina (7,5 g/kg; 0,75% p/p) (113.570 litros). Para tratamento residual preconizado para pontos estratégicos foram distribuídos 4.022 kg do Clodianidina 50% + Deltametrina 6.5%. Cabe ressaltar que não há desabastecimento de inseticida no Ministério da Saúde e que toda distribuição é baseada no cenário epidemiológico.
- Realização de reunião por videoconferência com o estado do Acre para discussão do atual cenário epidemiológico frente a transmissão de dengue, das ações de vigilância, controle vetorial, assistência, laboratório e comunicação em saúde.

- Discussão no gabinete de Crise do Ministério da Saúde sobre a situação epidemiológica de arboviroses no Acre – com encaminhamento principal de uma visita integrada – MS (SVS, SAPS, SAES e SGETS), Opas, Conass e Conasems – ao estado na semana de 16 a 20/2/2021, para apoiar nas ações e estratégias para o fortalecimento das atividades de monitoramento das arboviroses, organização dos serviços de saúde e capacitação dos profissionais.
- Visita técnica integrada Ministério da Saúde (SVS, SAPS, SAES e SGETS), Opas, Conass e Conasems ao estado do Acre para apoiar nas ações e estratégias para o fortalecimento das atividades de monitoramento das arboviroses, organização dos serviços de saúde e capacitação dos profissionais, no período de 16 a 23/2/2021. O Ministério da Saúde elaborou um relatório com encaminhamentos a Secretaria Estadual da Saúde do Acre e a Secretaria Municipal de Rio Branco que precisam ser implementados.
- Missão integrada entre Ministério da Saúde, Opas, Conass, Conasems, Sucen/SP e Sesacre, com apoio da Secretaria Estadual de Rondônia e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ao estado do Acre para fortalecer nas ações de controle vetorial nos municípios de Rio Branco, Xapuri, Brasiléia, Epiaciolândia e Assis Brasil.
- Intensificação da campanha de combate ao *Aedes* com enfoque na eliminação de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* e sintomas de dengue, chikungunya e zika no estado do Acre.
- Videoconferência com os estados com a pauta: Atividades dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) no contexto da pandemia da covid-19, no período de 9 a 15/6/2021.
- Encontro Técnico da Vigilância de Síndromes Neurológicas por Arbovírus e Planejamento para Integração de Ações no Âmbito da CGARB e da Vigilância em Saúde no Brasil, no período de 23 a 24/6/2021.

Anexos

TABELA 1 Número de casos prováveis e taxa de incidência (/100 mil hab.) de dengue, chikungunya até a SE 27, e zika até a SE 26, por região e UF, Brasil, 2021

Região/UF	Dengue SE 27		Chikungunya SE 27		Zika SE 26	
	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)
Norte	26.811	143,6	833	4,5	359	1,9
Rondônia	1.391	77,4	82	4,6	49	2,7
Acre	13.557	1.515,6	195	21,8	148	16,5
Amazonas	6.635	157,7	74	1,8	43	1,0
Roraima	151	23,9	24	3,8	10	1,6
Pará	2.650	30,5	209	2,4	45	0,5
Amapá	107	12,4	8	0,9	6	0,7
Tocantins	2.320	145,9	241	15,2	58	3,6
Nordeste	78.762	137,3	32.653	56,9	2.176	3,8
Maranhão	901	12,7	54	0,8	27	0,4
Piauí	1.756	53,5	137	4,2	17	0,5
Ceará	23.826	259,3	1.052	11,5	287	3,1
Rio Grande do Norte	2.409	68,2	3.171	89,7	192	5,4
Paraíba	5.663	140,2	3.433	85,0	493	12,2
Pernambuco	21.185	220,3	13.929	144,8	472	4,9
Alagoas	1.248	37,2	90	2,7	55	1,6
Sergipe	322	13,9	953	41,1	62	2,7
Bahia	21.452	143,7	9.834	65,9	571	3,8
Sudeste	178.203	200,2	21.519	24,2	454	0,5
Minas Gerais	20.945	98,4	5.062	23,8	90	0,4
Espírito Santo ¹	4.662	114,7	1.399	34,4	227	5,6
Rio de Janeiro	2.185	12,6	380	2,2	50	0,3
São Paulo	148.788	321,4	14.678	31,7	87	0,2
Sul	67.351	223,1	668	2,2	107	0,4
Paraná	37.815	328,3	204	1,8	11	0,1
Santa Catarina	20.691	285,3	154	2,1	27	0,4
Rio Grande do Sul	8.845	77,4	310	2,7	69	0,6
Centro-Oeste	74.757	453,0	842	5,1	266	1,6
Mato Grosso do Sul	11.486	408,8	110	3,9	87	3,1
Mato Grosso	14.245	404,0	127	3,6	138	3,9
Goiás	38.548	541,9	472	6,6	29	0,4
Distrito Federal	10.478	343,0	133	4,4	12	0,4
Brasil	425.884	201,1	56.515	26,7	3.362	1,6

Fonte: Sinan Online (banco atualizado em 12/7/2021). Sinan Net (banco atualizado em 8/7/2021). ¹Dados consolidados do Sinan Online e e-SUS Vigilância em Saúde atualizado em 28/6/2021. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (população estimada em 1/7/2020). Dados sujeitos à alteração.

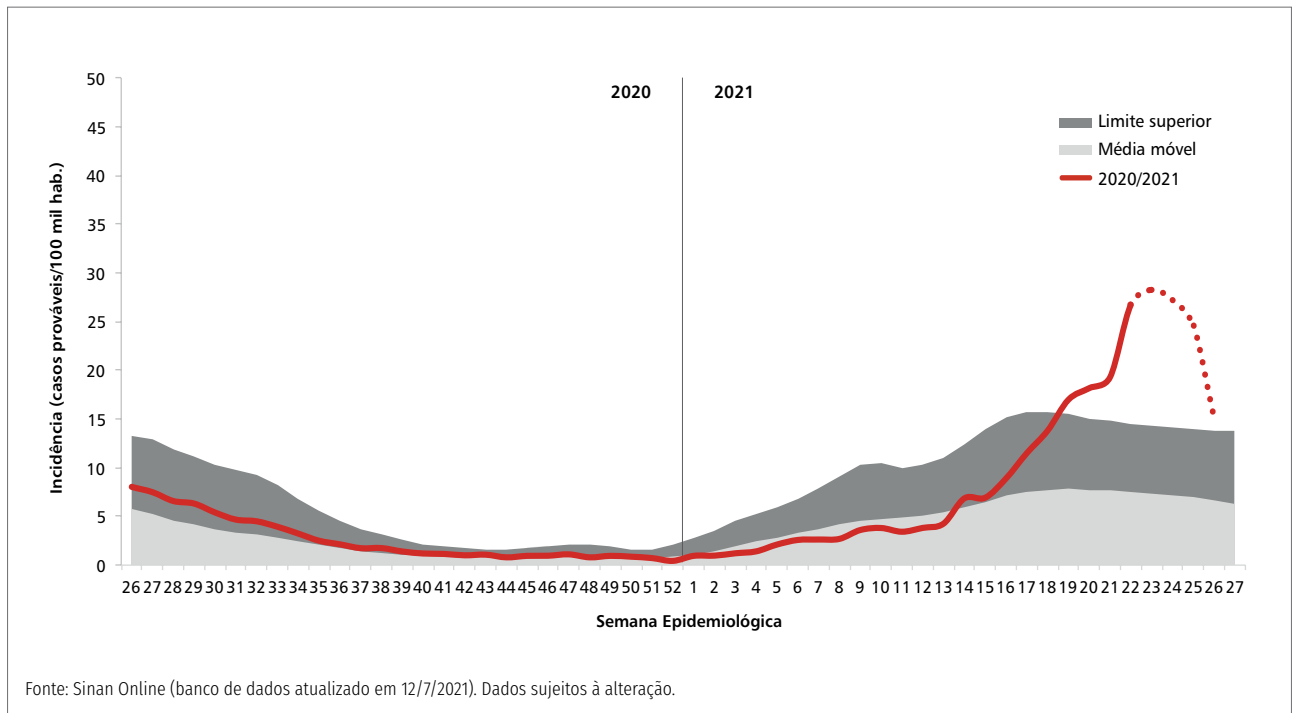


FIGURA 11 Diagrama de controle, Ceará, SE 1 a 27/2021

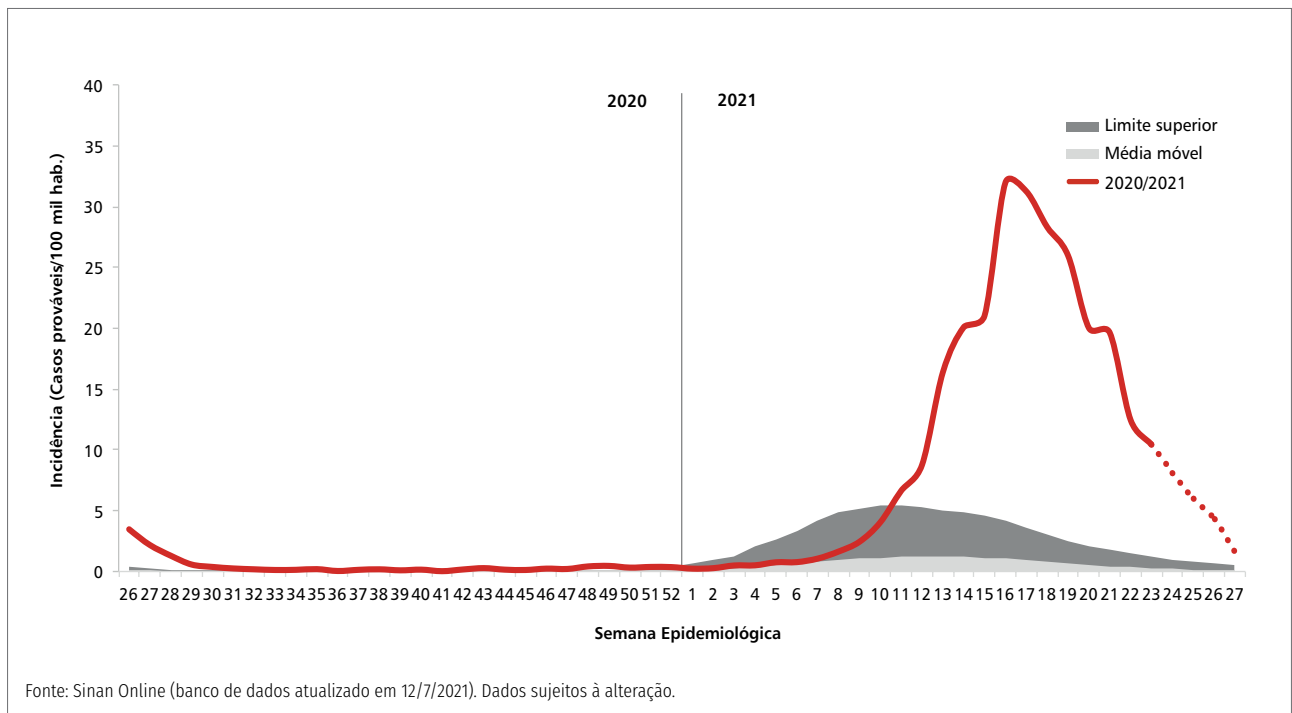


FIGURA 12 Diagrama de controle, Santa Catarina, SE 1 a 27/2021

*Coordenação-Geral de Vigilância de Arboviroses (DEIDT/SVS/MS): Camila Ribeiro Silva, Cassio Roberto Leonel Peterka, Danielle Bandeira Costa de Sousa Freire, Danielle Cristine Castanha da Silva, Josivania Arrais de Figueiredo, Larissa Arruda Barbosa, Maria Isabella Claudino Haslett, Romulo Henrique da Cruz, Sulamita Brandão Barbiratto. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública (Daevs/SVS/MS): Emerson Luiz Lima Araújo.

Painel Maternidades 2020

Coordenação-Geral de Vigilância às Infecções Sexualmente Transmissíveis do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS)*.

Contextualização

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como o HIV, a sífilis e as hepatites virais B e C, podem ser transmitidas verticalmente, ou seja, da mãe para a criança durante a gestação e no momento do parto, e, no caso do HIV, por aleitamento materno. Essas infecções podem causar graves danos à saúde da mulher e da criança, quando não são diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno¹.

Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem executando estratégias de abrangência nacional direcionadas à saúde materno-infantil. Em 2002, o Projeto Nascer-Maternidades foi implementado nas unidades consideradas prioritárias ou que realizavam mais de 500 partos/ano, com o objetivo de capacitar as equipes multiprofissionais com vistas à reorganização do processo de trabalho para a melhoria da qualidade do atendimento à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, a redução da transmissão vertical do HIV e o controle da sífilis congênita².

Para além do Projeto Nascer-Maternidades, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha, com o objetivo de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país por meio de uma rede de cuidados direcionados a assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como garantir às crianças o direito de nascer em segurança e crescer de maneira saudável³.

As instituições que realizam parto são um *locus* de destaque na qualificação do cuidado às mulheres e seus filhos, e no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal⁴. No momento do parto, esses estabelecimentos de saúde são fundamentais na execução de medidas de prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV e da hepatite B, no controle da sífilis e no manejo da criança exposta à sífilis e daquelas diagnosticadas com sífilis congênita, bem como no cuidado das crianças expostas às hepatites B e/ou C.

Dessa forma, considerando que 98% dos partos do Brasil ocorrem em estabelecimentos de saúde⁵, e dada a inexistência de informações sobre as condutas executadas durante a internação para o parto relacionadas à transmissão vertical, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS) realizou, no ano de 2020, um diagnóstico situacional das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais nesses estabelecimentos.

Como produto do levantamento de informações, considerou-se a necessidade de construir uma plataforma com os resultados encontrados para consulta virtual, a fim de apoiar estados e municípios na implementação de condutas efetivas na prevenção da transmissão vertical.

O objetivo deste boletim é documentar e divulgar informações contidas na plataforma de monitoramento sobre as ações de PTV realizadas nas instituições que realizam parto, intitulada Painel Maternidades 2020, disponível em <https://bit.ly/2S4SulO>.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, sobre as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV, da sífilis e das hepatites B e C durante o período de internação da mulher para o parto, realizadas em instituições que realizam partos no Brasil.

Elaborou-se um levantamento das instituições que reportaram parto no período de janeiro de 2018 a maio de 2020, segundo o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc). Foram selecionados somente os estabelecimentos que realizam parto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Excluíram-se aqueles que reportaram não ter realizado nenhum parto no ano de 2019 e aquelas com respostas duplicadas, ou seja, que responderam o questionário mais de uma vez.

Os dados foram coletados por meio de questionário *on-line*, no período de 20 de julho a 4 de setembro de 2020. O link de acesso ao questionário foi encaminhado via e-mail para todas as instituições que continham endereço eletrônico no cadastro do Sinasc.

Para a construção do instrumento de coleta de dados, utilizaram-se as recomendações nacionais contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, da Sífilis e das Hepatites Virais (PCDT-TV) do Ministério da Saúde. O questionário foi dividido em seis blocos segundo a finalidade da investigação, com perguntas fechadas e abertas, a saber:

1. **Dados gerais:** unidades da federação e município pertencente; registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); número de partos/ano; participação em programas de qualificação do Ministério da Saúde.
2. **Testagem rápida:** tempo de entrega dos testes rápidos; dificuldades para implantação dos testes rápidos.
3. **Diagnóstico e controle da sífilis:** testagem da parturiente; cuidado realizado ao recém-nascido exposto à sífilis e ao recém-nascido com sífilis congênita.
4. **Prevenção da transmissão vertical do HIV:** testagem da parturiente; medidas profiláticas direcionadas à parturiente e à criança exposta ao HIV.
5. **Prevenção da transmissão vertical da hepatite B:** testagem da parturiente; vacinação e administração da IGHAHB na criança exposta ao HBV.
6. **Vigilância, monitoramento e logística:** diagnóstico no momento do parto para HIV, sífilis e hepatite B.

Para a construção da plataforma “Painel Maternidades 2020” foram utilizadas as informações constantes nos blocos: Dados gerais; Testagem rápida; Diagnóstico e controle da sífilis; Prevenção da transmissão vertical do HIV; e Prevenção da transmissão vertical da hepatite B.

Os dados obtidos foram organizados no programa Excel 2010. Em seguida, foram exportados para o programa *Power Business Intelligence* (Power BI) para análise descritiva das variáveis e construção da plataforma “Painel Maternidades 2020”.

Devolutiva dos resultados: Painel Maternidades

No total, 801 instituições que realizam parto no âmbito do SUS participaram da pesquisa, as quais foram responsáveis por 1.130.817 partos realizados no ano de 2019, o que equivale à cobertura de 41% dos partos realizados pelo SUS, no Brasil.

O painel informativo Maternidades 2020 tem o intuito de apresentar as ações adotadas nesses estabelecimentos de saúde para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da hepatite B e para o cuidado realizado ao recém-nascido exposto (RN) à sífilis e ao RN-nascido com sífilis congênita.

Em todas as páginas da plataforma, os dados podem ser acessados em sua totalidade, como também podem ser filtrados por Unidade Federada (UF), por município e pelo número do CNES, com exceção da página de apresentação, que contém o filtro Região.

Na página inicial da plataforma (Figura 1) estão disponíveis informações gerais, sendo as instituições que responderam ao questionário *on-line* categorizadas por quantitativo de partos. Também se apresentam os botões de acesso ao painel para navegação pelas páginas, a saber: Testagem rápida, HIV, Sífilis e Hepatite B. Ressalta-se ainda na página 1, o botão de acesso aos Fluxogramas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto, que trazem condutas baseadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical desses agravos.



FIGURA 1 Página de apresentação do Painel Maternidades 2020 contendo dados demográficos. Brasil, 2020

As páginas consecutivas apresentarão os seguintes dados:

Página 2: TESTAGEM RÁPIDA → Teste rápido realizado na parturiente/puérpera durante a admissão para o parto e tempo de entrega dos resultados, ambos classificados por agravo (Figura 2).

Página 3: HIV → Testagem anti-HIV realizada na parturiente/puérpera e medidas profiláticas para o HIV realizadas na parturiente vivendo com HIV e no recém-nascido exposto ao HIV (Figura 3).

Página 4: SÍFILIS → Testagem para sífilis realizada na parturiente/puérpera, e cuidado realizado ao recém-nascido exposto à sífilis e ao recém-nascido com sífilis congênita (Figura 4).

Página 5: HEPATITE B → Testagem para hepatite B realizada na parturiente não imunizada no pré-natal, administração de vacina para hepatite B e imunoglobulina humana anti-hepatite B para o RN exposto (Figura 5).

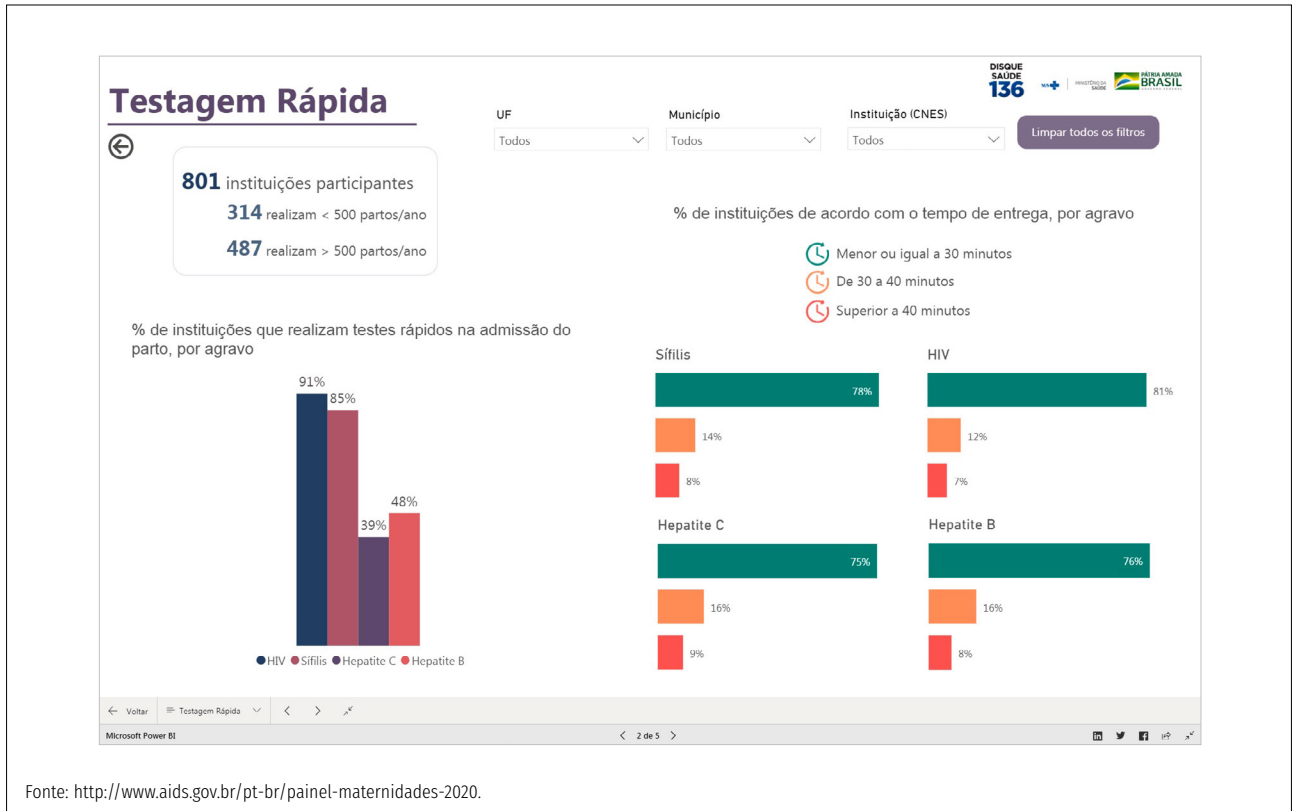


FIGURA 2 Página com os resultados sobre disponibilidade da testagem rápida para HIV, sífilis e hepatite B e C no momento da admissão da parturiente. Brasil, 2020

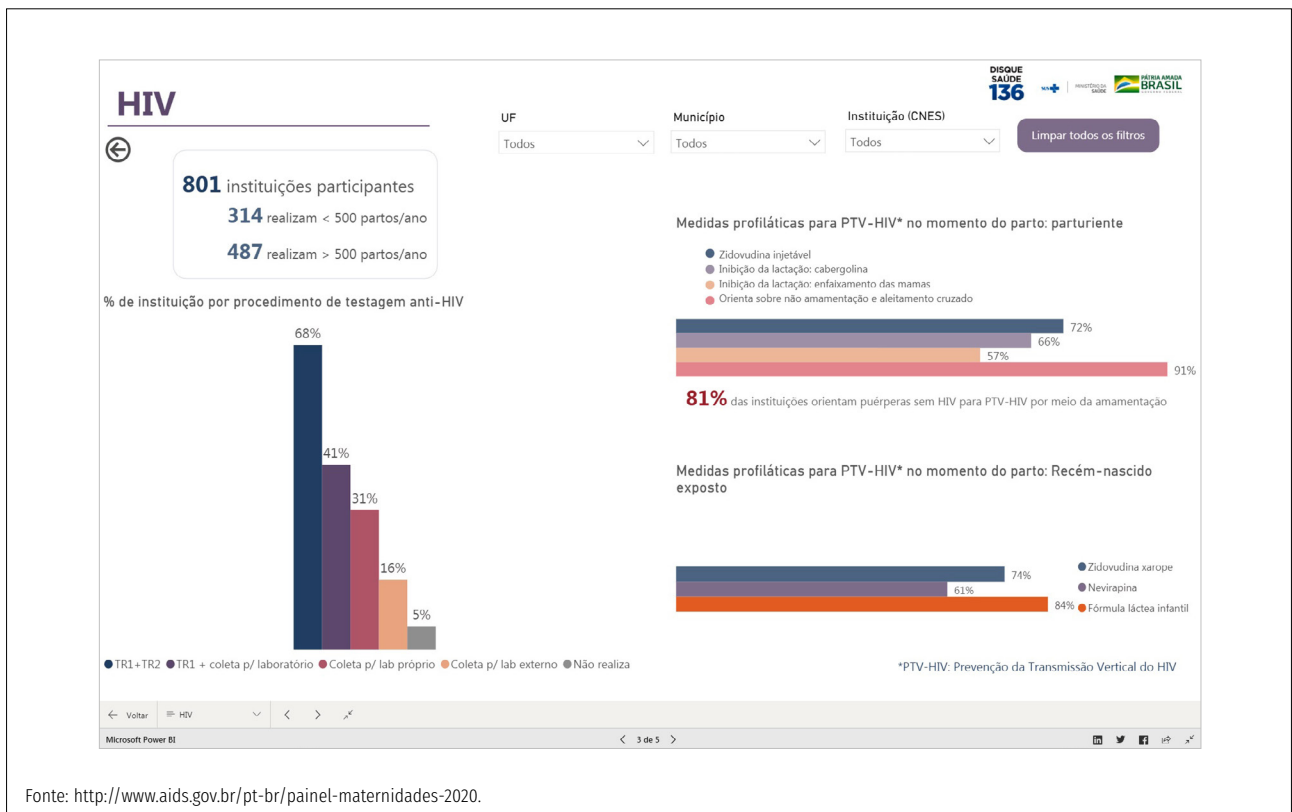


FIGURA 3 Página com os resultados sobre métodos de testagem para diagnóstico do HIV e condutas de PTV-HIV no momento do parto. Brasil, 2020

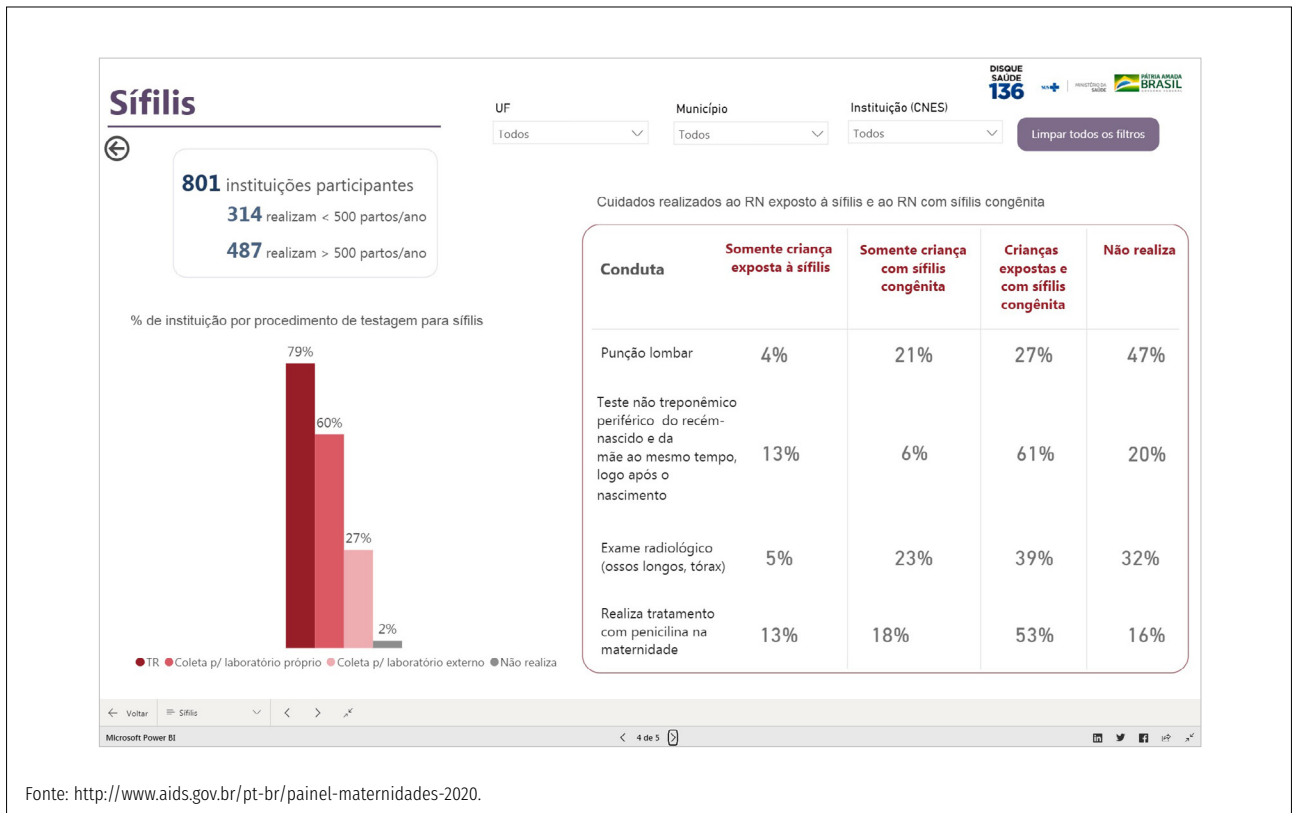


FIGURA 4 Página com os resultados sobre métodos de testagem para diagnóstico da sífilis e condutas realizadas na criança exposta e criança com sífilis congênita. Brasil, 2020

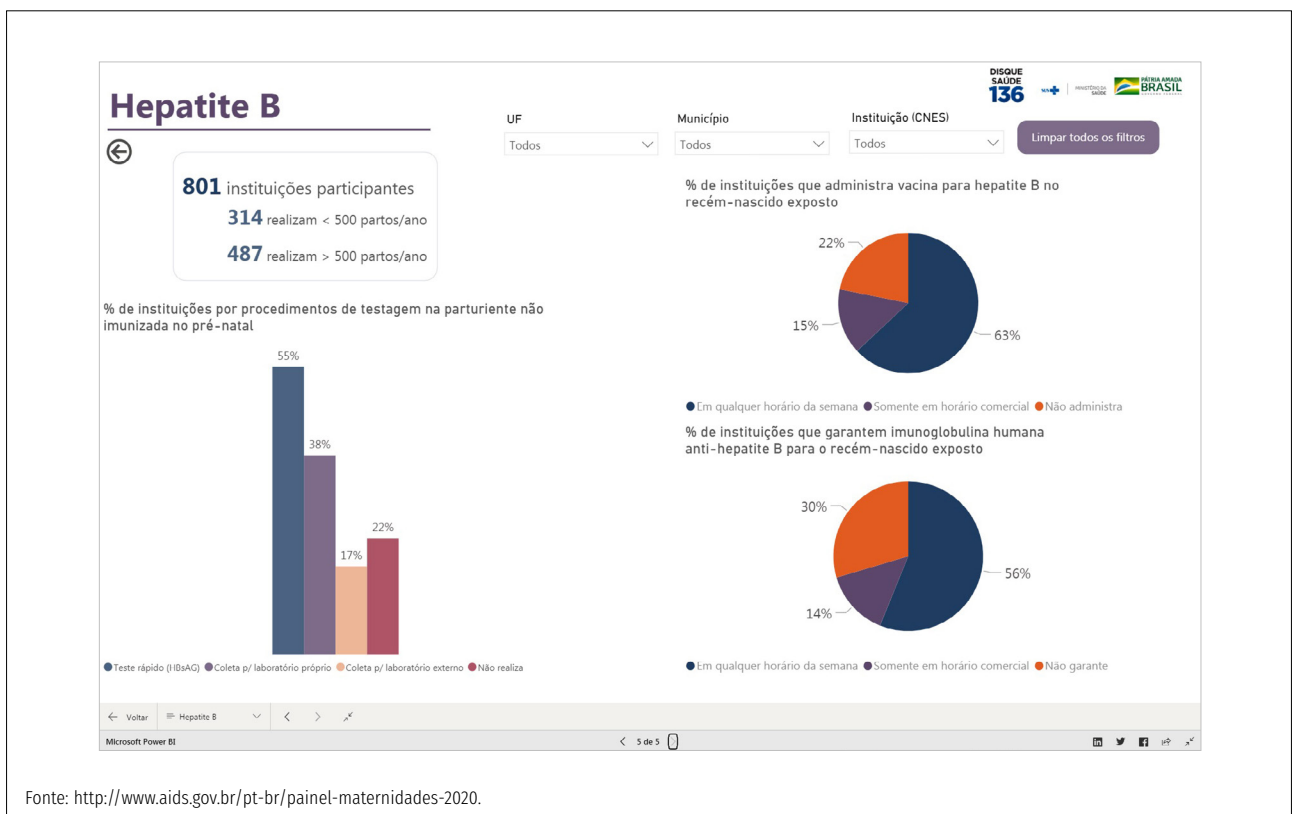


FIGURA 5 Página com os resultados sobre métodos de testagem para diagnóstico da hepatite B, vacinação e imunoglobulina humana anti-hepatite B para o recém-nascido exposto. Brasil, 2020

Considerações finais

A avaliação das práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento ainda é um desafio diante da complexidade do tema e da insuficiente experiência de monitoramento e avaliação nas maternidades, além da ausência de sistemas nacionais de informação que registrem as ações de cuidado obstétrico e neonatal⁷.

A realização da pesquisa sobre prevenção da transmissão vertical nas instituições que realizam parto no Brasil constitui importante passo para o conhecimento das ações direcionadas à parturiente e seu conceito, durante a internação para o parto, visto que o diagnóstico precoce desses agravos e o tratamento oportuno, ainda no período pré-natal, bem como os cuidados instituídos no momento do parto e na puericultura, possibilitam reduzir consideravelmente o risco de transmissão vertical.

Durante o processo de coleta de informações, observou-se a falta de dados para contato com as instituições que realizam parto. Este é um desafio que merece um novo olhar para as próximas investigações avaliativas, sendo fundamental tecer parcerias junto à rede de saúde suplementar, responsável por 47,8% dos partos realizados no Brasil no ano de 2019⁸, além das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, por meio das Coordenações Estaduais e Municipais de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Ainda que não se tenha atingido a totalidade das instituições que realizaram parto no ano de 2019, os resultados das 801 instituições avaliadas buscaram alcançar uma leitura mais aproximada de questões complexas da organização dos processos de trabalho nesses serviços, especialmente aqueles relacionados à prevenção da transmissão vertical.

A presente devolutiva, por meio de uma plataforma com dados apresentados de forma clara e visualmente organizada, com gráficos, filtros por UF e CNES, pretende motivar a busca de informações no âmbito das maternidades pela gestão dos estados e municípios, ensejando o aprofundamento das discussões acerca dos principais problemas encontrados e a revisão de prioridades.

Referências

1. 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 Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.104, de 19 de novembro de 2002. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS o Projeto Nascer-Maternidades. Diário Oficial da União (Brasil). 21 nov. 2002, Seção I: 48.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União (Brasil). 27 jun. 2011; Seção 1: 109.
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 10 abr. 2015. Acesso em 19 abr 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3ugrqo4>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Acesso em 30 abr 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3xvTCFg>.
6. Freitas, Lorrana. O que é Power BI: aprenda sobre esta ferramenta de data visualization. Siteware. 16 jul. 2020. Acesso em 19 abr 2021. Disponível em: <https://bit.ly/32ZMluw>.
7. Vilela, M. E. de A., Leal, M. do C., Thomaz, E. B. A. F., et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. Ciênc. Saúde coletiva. Mar 2021; 26 (3): 789-800. Acesso em 19 abr 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3hvGIHk>.
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Rio de Janeiro: ANS; [2020]. Acesso em 30 abr 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3oYxqAo>.

*Coordenação- Geral de Vigilância às Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST/DCCI/SVS): Andréa Mônica Brandão Beber, Lino Neves da Silveira, Vanessa Carol de Souza Lima, Aranaí Sampaio Diniz Guarabyra, Fernanda Fernandes Fonseca, Isabela Ornelas Pereira, Raimundo Bezerra da Costa Filho, Gerson Fernando Mendes Pereira, Angélica Espinosa Barbosa Miranda.

Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais

Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e Hepatites Virais do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGHV/DCCI/SVS)*.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos e outras medidas para reduzir o risco de adquirir essas infecções.

A PEP é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, que associa diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais, conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Entre os métodos que podem ser combinados à PEP, estão: a testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS); a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das IST e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias; a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV^{1, 2}.

A PEP para HIV está disponível no SUS desde 1999 e seu principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV. Segundo os dados disponibilizados no painel de monitoramento da PEP ao HIV, observa-se, no período de 2010 a 2019, um aumento da oferta dessa profilaxia: em 2010 foram realizadas 17,6 mil dispensações de PEP, enquanto em 2019 foram feitas 140,5 mil dispensações³. No entanto, para além daquelas situações em que a PEP é classicamente recomendada, como violência sexual e acidente com material perfurocortante, reforça-se a indicação também para exposições sexuais consentidas que representem risco de infecção.

Nesse contexto, considera-se fundamental a ampliação do acesso à PEP e a sua prescrição efetiva nos atendimentos em serviços de urgência/emergência, unidades básicas de saúde, clínicas e hospitais da rede pública e privada.

Indicação da PEP para o HIV

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

QUADRO 1 Os quatro passos da avaliação da PEP

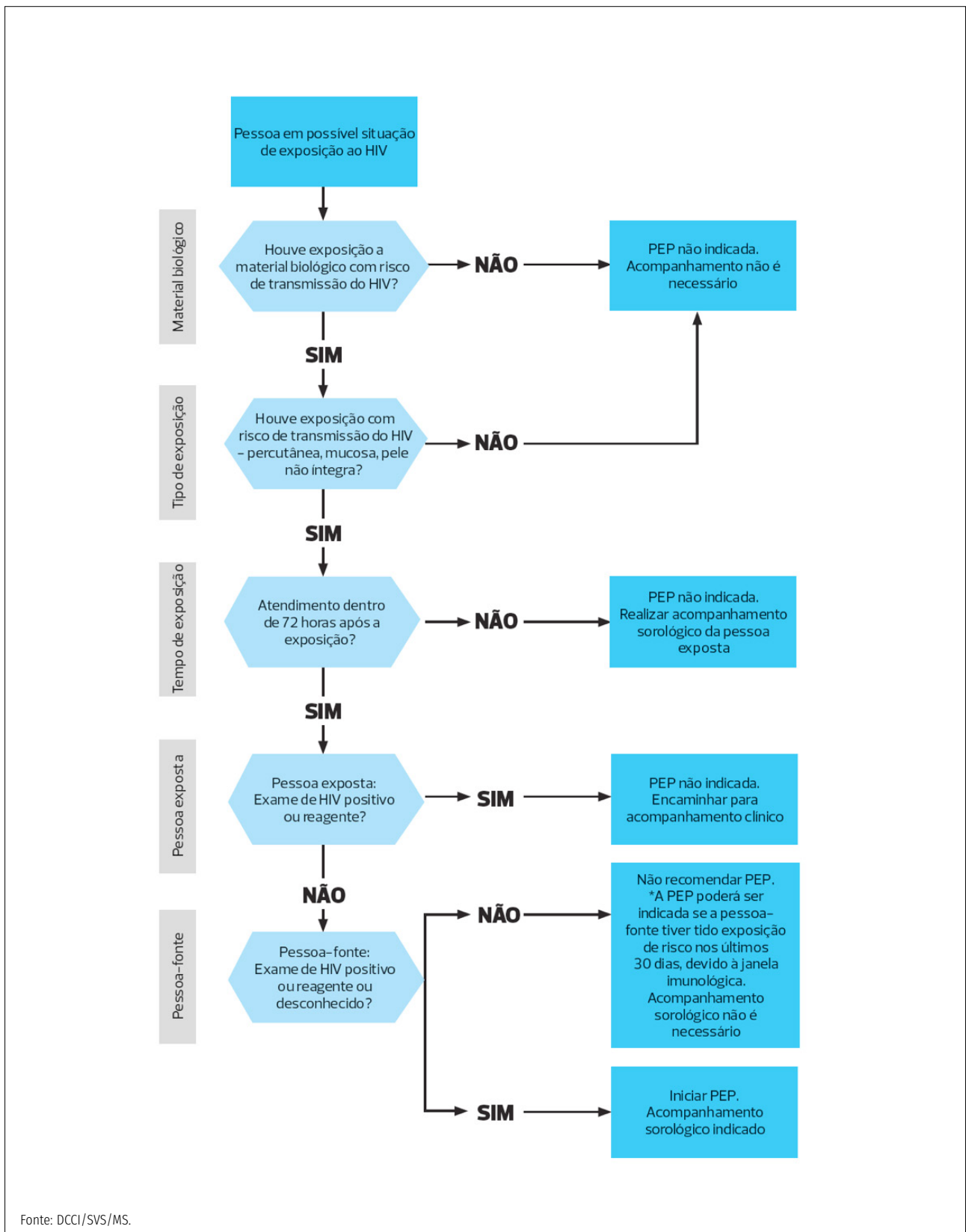
1. O tipo de material biológico é de risco para transmissão do HIV?
2. O tipo de exposição é de risco para transmissão do HIV?
3. O tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento é menor que 72 horas?
4. A pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento?

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Se a resposta for sim para todas as perguntas, a PEP para HIV está indicada.

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição⁴.

As situações de exposição ao HIV constituem atendimento de urgência, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.



FLUXOGRAMA 1 Indicação de PEP ao HIV

Atualização

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PEP de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais foi atualizado quanto ao seguimento do paciente em PEP, no sentido de simplificar e reduzir a necessidade de idas aos serviços de saúde. Antes, a orientação era que todos os pacientes realizassem exames laboratoriais (para avaliação da função renal e hepática, por exemplo) e retornassem dentro de 7 a 14 dias ao serviço para avaliação. Diante da segurança e baixa toxicidade dos medicamentos antirretrovirais disponíveis para PEP, o Ministério da Saúde passa a recomendar que os exames sejam realizados apenas para pessoas com comorbidades específicas, e que o retorno antes de quatro semanas fique orientado somente para pessoas com eventos adversos.

Além disso, o PCDT de PEP alinhou atualizações já realizadas em outros protocolos e/ou notas informativas quanto ao tratamento e manejo das infecções sexualmente transmissíveis, hepatite C, gestantes, indivíduos com potencial de engravidar e crianças e adolescentes.

Simplificação do seguimento

Diante do cenário da pandemia de covid-19, a simplificação do seguimento da profilaxia se configura como um importante avanço, com a redução das idas aos serviços de saúde e das barreiras de acesso à PEP. O retorno, que anteriormente era indicado de 7 a 14 dias para todos os pacientes, passa a ser opcional, devendo ser realizado apenas em caso de eventos adversos aos ARV. A recomendação dos exames ligados ao HIV e aos antirretrovirais passa a ser a seguinte:

QUADRO 2 Seguimento laboratorial de PEP

	Primeiro atendimento	Para investigação de efeitos adversos	4ª semana após início da PEP
Creatinina ^(a)	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X	
ALT, AST		X	
Amilase		X	
Glicemia	Em caso de pessoas exposta com <i>diabetes mellitus</i>	X	
Hemograma ^(b)	Em caso de indicação de PEP com AZT	X	
Teste de HIV ^(c)	X		X

Fonte: DCCI/SVS/MS.

(a) Para cálculo do *clearance* de creatinina.

(b) Para pacientes com suspeita de anemia. O exame não deve atrasar o início da PEP.

(c) Não se recomenda a utilização de teste de fluido oral.

Prescrição de PEP por enfermeiros

De forma a viabilizar a ampliação do acesso à PEP na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o novo PCDT de PEP traz anexo o Parecer nº 12/2020/CTAS/Cofen, que trata da prescrição de PEP realizada por profissionais enfermeiros, respaldando assim essa prática a partir da publicação do novo protocolo. Essa ação é fundamental para apoiar a ampliação do acesso a essa tecnologia de Prevenção Combinada, auxiliando na organização dos processos de trabalho nos territórios a partir da lógica do cuidado integral e multidisciplinar⁵.

PEP e crianças

A profilaxia pós-exposição ao HIV é uma medida para prevenir infecção em crianças/adolescentes expostos a acidente com material perfurocortante, a violência sexual, a leite materno de pessoa vivendo com HIV ou a exposição sexual de risco.

O novo PCDT de PEP ampliou a faixa etária para utilização dos antirretrovirais da classe de inibidores de integrase, raltegravir e dolutegravir. Esses esquemas proporcionam maior segurança, menos efeitos adversos e melhor posologia para esses indivíduos, favorecendo a administração e a adesão à profilaxia.

PEP e mulheres

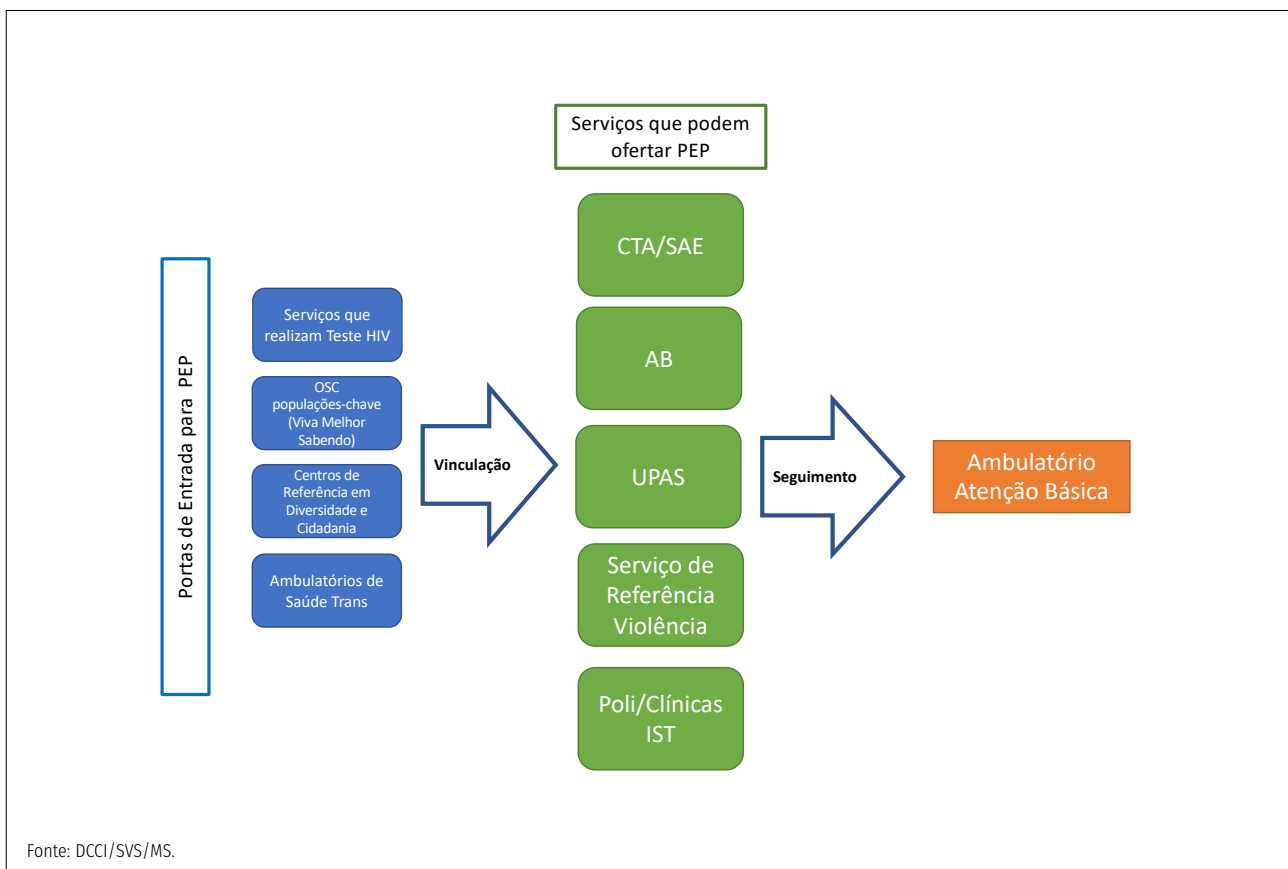
Para gestantes, independentemente da forma de exposição, o esquema preferencial deve ser composto com dolutegravir a partir da 12ª semana de gestação. Já em gestantes com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas, o esquema preferencial de PEP deve ser composto pela combinação de tenofovir + lamivudina + atazanavir + ritonavir ou tenofovir + lamivudina + darunavir + ritonavir⁶.

Recomendações para indivíduos com potencial de engravidar:

- Indivíduo que usa método contraceptivo, não pretende iniciar o processo de engravidar, realizou método contraceptivo definitivo (ex.: laqueadura tubária) ou tenha outras condições biológicas que impeçam a ocorrência de uma gestação (ex.: histerectomia, climatério): iniciar PEP com tenofovir + lamivudina + dolutegravir.
- Indivíduo que está no processo de tentar engravidar, atraso menstrual e presença de sinais e sintomas de gravidez (com risco de já ter concebido): iniciar PEP com tenofovir + lamivudina + atazanavir + ritonavir.

Rede de saúde e PEP

Atualmente, existe uma grande diversidade de cenários de oferta de PEP no Brasil. Alguns locais indicam serviços de referência para PEP, como Serviços de Assistência Especializada (SAE) ou Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Outros já oferecem a PEP na Atenção Básica (AB), com retaguarda por parte de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) nos horários em que os centros de saúde estão fechados. O importante é que, por se tratar de uma urgência, o fluxo de acesso a PEP esteja bastante claro para pacientes e profissionais de saúde.



FLUXOGRAMA 2 Oferta da PEP na Rede de Atenção à Saúde

Conclusão

A atualização do PCDT de PEP pretende simplificar o seguimento clínico, reduzindo, assim, as barreiras de acesso e a circulação de pessoas nos serviços de saúde, além de alinhar recomendações já aprovadas em outros PCDT, ofertando posologias e antirretrovirais que facilitam a adesão, a fim de ampliar o acesso à oferta de PEP no Brasil.

IMPORTANTE: Algumas dessas atualizações estão em avaliação por parte da CONITEC.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de monitoramento da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Brasília: Ministério da Saúde; [2021] [citado em: 22 jun. 2021]. Disponível em: <https://bit.ly/3yR6lTm>.
4. Otten RA, Smith DK, Adams DR, et al. Efficacy of post exposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *Journal of virology*, out 2000;74(20):9771-5.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer de Câmara Técnica nº 12/2020/CTAS/Cofen. Brasília: Cofen; 6 mai 2019 [citado em: 21 jun. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/81126_81126.html.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

***Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/Aids e Hepatites Virais (CGHV/DCCI/SVS):** Gerson Fernando Mendes Pereira, Ana Cristina Garcia Ferreira, Ana Francisca Kolling, Alexsana Sposito Tresse, Alexandre Alberto Cunha Mendes Ferreira, Beatriz Brittes Kamiensky, Lillian Nobre de Moura, Lino Neves da Silveira, Regina Vianna Brizolara, Thiago Cherem Morelli.