

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

HIV/AIDS, HEPATITES VIRAIS, SÍFILIS E OUTRAS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



1ª edição atualizada
versão preliminar

18

Brasília – DF
2022

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HIV/AIDS, HEPATITES VIRAIS, SÍFILIS E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Cadernos de Atenção Básica, nº 18

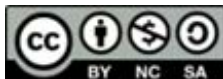
1ª edição atualizada

versão preliminar



Brasília – DF
2022

2022 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, disponibilização e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, Bloco “G”, Edifício Anexo, Ala “B”, 4º andar
CEP: 70058-900
Tel.: (61) 3315-6224
Site: <https://aps.saude.gov.br/>

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
SRTVN Quadra 701, lote D, Edifício PO700, 5º andar
CEP: 70719-040 – Brasília/DF
Disque Saúde – 136
Site: www.gov.br/aids
E-mail: aids@aids.gov.br

Supervisão geral:

Arnaldo Correia de Medeiros
Raphael Câmara Medeiros Parente

Supervisão técnica:

Ana Cristina Garcia Ferreira
Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Antônio Leopoldo Nogueira Neto
Gerson Fernando Mendes Pereira
Lana de Lourdes Aguiar Lima
Renata Maria de Oliveira Costa

Equipe de elaboração:

Aline Almeida da Silva
Alisson Bigolin
Amanda Firme Carletto
Ana Claudia Philippus
Ana Francisca Kolling
Ana Monica de Mello
Elton Carlos de Almeida
Fabrícia de Souza Tavares
Karen Cristine Tonini
Márcia Helena Leal
Marcia Rejane Colombo
Mariana Villares Martins
Mayra Gonçalves Aragón
Natalia de Campos Carvalho
Pâmela Cristina Gaspar
Thiago Cherem Morelli
Thiago Dahrug Barros
Wendy Rayanne Fernandes dos Santos

Colaboração:

Alayne Larissa Martins Pereira
Alexandre Alberto Cunha Mendes Ferreira
Alexsana Sposito Tresse
Alexsandra Freire da Silva
Amanda Alencar Cabral Moraes
Ana Paula da Cruz Caramaschi
Andrea Mônica Brandão Bebbber
Aranaí Sampaio Diniz Guarabyra
Ariane Tiago Bernardo de Matos
Beatriz Brites Kamiensky
Carolina Geralda Alves
Dreissy Cristine Gomes da Silva
Elias Rocha de Azevedo Filho
Fabrícia de Souza Tavares
Fernanda Gonçalves Ferreira Salvador
Filipe de Barros Perini
Francisco Álisson Paula de França
Francyne da Silva
Gláucio Mosimann Júnior
Janini Selva Ginani
José Baullosa Alonso Neto
Layza Nogueira Dias dos Santos
Lilian Nobre de Moura
Lino Neves da Silveira
Loraine Melissa Dal-Ri
Maria Gerlivia de Melo Maia Angelim
Marihá Camelo Madeira de Moura
Michelle Leite da Silva
Natalia de Campos Carvalho
Paula Pezzuto
Paulo Abrão Ferreira
Rayane Ganassin
Regina Célia de Oliveira Martins Nunes
Regina Vianna Brizolara
Renara Guedes Araujo
Rodrigo Santos Lima
Tatiane Vendramini Parra Roda
Tayrine Huana de Sousa Nascimento

Revisão ortográfica:

Angela Gasperin Martinazzo

Projeto gráfico e diagramação:

Solon Cruz Leal

Normalização:

Editora MS

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

xx p. : il.

ISBN xxx-xx-xxx-xxxx-x

1. IST. 2. Caderno de Atenção Básica. 3. HIV/Aids. I. Título.

CDU 616-022.6:578.834

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/xxxx

Título para indexação:

Update of the Primary Care Notebook 18: HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Syphilis and other Sexually Transmitted Infections

LISTA DE FIGURAS

4

CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada do HIV	17
Figura 2 – Principais características do teste rápido	27
Figura 3 – Representação de um dispositivo de um teste rápido do tipo fluxo lateral	29
Figura 4 – Representação de um dispositivo de um teste rápido do tipo duplo percurso	29
Figura 5 – Exemplo de dispositivo de teste com resultado reagente	30
Figura 6 – Exemplo de dispositivo de teste com resultado não reagente	30
Figura 7 – Exemplos de dispositivos de testes inválidos	30
Figura 8 – Principais marcadores do HIV de acordo com o tempo de infecção.....	37
Figura 9 – Evolução dos marcadores do vírus da hepatite B (HBV) nas infecções agudas e crônicas	60
Figura 10 – Fluxograma de rastreio, exames complementares e condutas iniciais – he- patite B	62
Figura 11 – História natural e avaliação de pacientes com infecção crônica pelo HBV	64
Figura 12 – Fluxograma de triagem para o diagnóstico da pessoa com hepatite C	73
Figura 13 – Fluxograma de diagnóstico e encaminhamento das pessoas com hepatite C	74
Figura 14 – Estágios clínicos e métodos diagnósticos de sífilis.....	84
Figura 15 – Fluxo diagnóstico da sífilis	85
Figura 16 – Fluxograma para o manejo clínico de IST sintomáticas	95
Figura 17 – Fluxograma para o manejo clínico de corrimento vaginal	103
Figura 18 – Fluxograma para o manejo clínico de cervicite.....	106
Figura 19 – Fluxograma para o manejo clínico de corrimento uretral	110
Figura 20 – Fluxograma para o manejo clínico de infecções que causam úlceras genitais.....	117
Figura 21 – Fluxograma para o manejo clínico de DIP	122
Figura 22 – Fluxograma para o manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV)	127
Figura 23 – Solicitação e conduta frente ao teste reagente na gestante.....	136
Figura 24 – Momentos para oferecer testagem de HIV à gestante	146
Figura 25 – Fluxograma de local de atendimento da gestante com HIV, de acordo com sua situação clínica.....	147
Figura 26 – Cinco passos sugeridos para a realização da EPNP	156
Figura 27 – Benefícios para a saúde do homem e de toda a família relacionados à promoção do exercício da paternidade ativa.....	156

LISTA DE QUADROS

5

Quadro 1 – Conceitos importantes para abordagem das populações-chave e da sexualidade.....	18
Quadro 2 – História sexual: orientações gerais	21
Quadro 3 – História sexual: perguntas específicas para avaliação de risco.....	21
Quadro 4 – Ações de Prevenção Combinada na Atenção Primária à Saúde	23
Quadro 5 – Modelo de estratificação de risco.....	42
Quadro 6 – Roteiro de abordagem inicial para PVHA.....	44
Quadro 7 – Exames complementares para abordagem inicial.....	45
Quadro 8 – Terapia antirretroviral em adultos: esquema preferencial	46
Quadro 9 – Fases clínicas da hepatite A	55
Quadro 10 – Interpretação dos marcadores para hepatite B.....	60
Quadro 11 – Avaliação da infecção crônica pelo HBV de acordo com a presença de HBeAg, níveis de HBV-DNA, valores de ALT e presença ou ausência de doença hepática.....	64
Quadro 12 – Periodicidade de testagem para hepatite C, segundo população.....	70
Quadro 13 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos	82
Quadro 14 – Tratamento e monitoramento de sífilis.....	86
Quadro 15 – Critérios de retratamento de sífilis: reativação ou reinfeção	89
Quadro 16 – Indicação de punção lombar para pesquisa de neurosífilis.....	89
Quadro 17 – Rastreamento de IST	91
Quadro 18 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos.....	94
Quadro 19 – Exame ginecológico e IST.....	97
Quadro 20 – Tratamento de candidíase vulvovaginal.....	98
Quadro 21 – Tratamento de vaginose bacteriana.....	100
Quadro 22 – Tratamento de tricomoníase	101
Quadro 23 – Tratamento de gonorreia e clamídia.....	105
Quadro 24 – Tratamento de uretrites	109
Quadro 25 – Tratamento de herpes genital.....	113
Quadro 26 – Tratamento de cancroide	114
Quadro 27 – Tratamento de linfogranuloma venéreo	115
Quadro 28 – Tratamento de donovanose.....	116
Quadro 29 – Critérios diagnósticos de DIP.....	119
Quadro 30 – Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP	120
Quadro 31 – Tratamento de DIP	121
Quadro 32 – Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis.....	137
Quadro 33 – Seguimento clínico da criança exposta à sífilis.....	140
Quadro 34 – Manifestações clínicas de sífilis congênita tardia.....	141
Quadro 35 – Testes de sífilis e exames complementares para crianças com sífilis congênita	142

Quadro 36 – Valores de exame liquórico em crianças com suspeita de neurosífilis	143
Quadro 37 – Seguimento clínico da criança com sífilis congênita.....	144
Quadro 38 – Linha de cuidado para prevenção da transmissão vertical do HIV na Atenção Primária	145
Quadro 39 – Conduta frente à gestante com HBsAg reagente.....	152

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

3TC	Lamivudina
ACS	Agentes comunitários de saúde
AEQ-TR	Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos
Aids	Síndrome de imunodeficiência adquirida (do inglês <i>acquired immunodeficiency syndrome</i>)
AINE	anti-inflamatórios não esteroides
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
ATA	Ácido tricloroacético
AZT	Zidovudina
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CFA	Campo, floresta e águas
CHC	Carcinoma hepatocelular
CMV	Citomegalovírus
CnaR	Consultório na Rua
CNS	Cartão Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga viral
CV-HV	Carga viral do HIV
CVV	Candidíase vulvovaginal
CVVR	Candidíase vulvovaginal recorrente
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo intrauterino
DPP	Plataforma de duplo percurso
DTG	Dolutegravir
DUM	Data da última menstruação
eAP	Equipes de Atenção Primária
eAPP	Equipes de Atenção Primária Prisional
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EPNP	Estratégia Pré-Natal do Pai/Parceiro
eSB	Equipes de saúde bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFR	Equipes de saúde da família ribeirinhas
EV	Endovenoso

FNI	Ficha de Notificação e Investigação
HAV	Hepatite A (do inglês <i>hepatitis A virus</i>)
HBV	Hepatite B (do inglês <i>hepatitis B virus</i>)
HCV	Hepatite C (do inglês <i>hepatitis C virus</i>)
HDV	Hepatite D (do inglês <i>hepatitis D virus</i>)
HEV	Hepatite E (do inglês <i>hepatitis E virus</i>)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (do inglês <i>human immunodeficiency virus</i>)
HPV	Papilomavírus humano (do inglês <i>human papillomavirus</i>)
HSB	Homens que fazem sexo com homens
HSIL	<i>High grade intraepithelial lesions</i>
HSV	Herpes vírus simplex (do inglês <i>herpes simplex virus</i>)
HV	Hepatites virais
I=I	Indetectável = Intransmissível
IGHAIB	Imunoglobulina humana anti-hepatite B
ILTB	Infecção Latente da Tuberculose
IM	Intramuscular
INI	Inibidor de integrase
IO	Infecções oportunistas
IST	Infecção sexualmente transmissível
ITR	Infecções do trato reprodutivo
ITRN/ITRNt	Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos/nucleotídeos
LCR	Líquido cefalorraquidiano
LDNC	Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LSIL	<i>Low grade intraepithelial lesions</i>
LT-CD4+	Linfócitos T-CD4+
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCT	Povos e comunidades tradicionais
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNH	Política Nacional de Humanização
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PSR	População em situação de rua
PT	Prova tuberculínica
PTS	Plano Terapêutico Singular
PTV	Prevenção da transmissão vertical
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/aids
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RN	Recém-nascido
RPR	<i>Rapid plasma reagin</i>
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SC	Sífilis congênita
Siclom	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Siscel	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
Sisgeno	Sistema de Controle de exames de Genotipagem
Sisloglab	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SNC	Sistema nervoso central
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TDF	Tenofovir
TR	Teste rápido
TV	Transmissão vertical
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
USTF	Ultrassom Transfontanela
VB	Vaginose bacteriana
VBR	Vaginose bacteriana recorrente
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VHS	Velocidade de hemossedimentação
VO	Via oral

APRESENTAÇÃO 14

I SAÚDE SEXUAL: ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUAL ATIVA 15

- 1.1 Prevenção Combinada e sexo seguro 15
 - 1.1.1 o que é sexo seguro? 16
 - 1.1.2 O que é Prevenção Combinada? 17
- 1.2 que você precisa saber para abordar o tema das sexualidades..... 18
 - 1.2.1 História sexual e avaliação de risco: habilidades de comunicação para a clínica 20
- 1.3 Oferta de Prevenção Combinada na Atenção Primária à Saúde 22

2. TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE27

- 2.1 Componentes dos kits (conjuntos diagnósticos) de testes rápidos..... 28
- 2.2 Como funcionam os testes rápidos (princípio do teste)? 28
- 2.3 Orientações pré e pós-teste 31
- 2.4 Testagem rápida em ações fora do serviço de saúde (extramuros) 31
- 2.5 Teste rápido: responsabilidade da equipe multiprofissional 32
- 2.6 Autotestes para HIV..... 33

3. CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS.....34

- 3.1 Linha de cuidado e rede de atenção à PVHA..... 34
- 3.2 Diagnóstico do HIV na Atenção Primária à Saúde 35
 - 3.2.1 Aspectos gerais do diagnóstico do HIV 36
 - 3.2.2 Fluxograma de testagem rápida para o HIV 37
 - 3.2.3 Exames de carga viral de HIV e contagem de linfócitos T-CD4+ 38
- 3.3 Vigilância Epidemiológica 39
- 3.4 Cuidado centrado na pessoa vivendo com HIV na APS 40
 - 3.4.1 Atribuições da APS para a efetivação do cuidado integral da PVHA 40
 - 3.4.2 Estratificação de risco e critérios para tratamento do HIV em serviços da APS 42
 - 3.4.3 Abordagem inicial da PVHA na Atenção Primária 43
- 3.5 Manejo clínico do HIV na APS..... 45
 - 3.5.1 Como prescrever a terapia antirretroviral 46
 - 3.5.2 Como orientar a PVHA para a retirada da TARV..... 46
 - 3.5.3 Falha na terapia antirretroviral 47
- 3.6 Ferramentas para qualificação do cuidado às PVHA..... 47
 - 3.6.1 Vinculação..... 48

3.6.2	Engajamento e retenção.....	48
3.6.3	Adesão.....	49
3.6.4	Abandono e revinculação	50
3.7	Sistema de Monitoramento Clínico	52
3.8	Cuidado compartilhado das PVHA entre APS e Serviços Especializados..	53

4 HEPATITES VIRAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....54

4.1	Hepatite A.....	55
4.1.1	Prevenção da transmissão (infecção aguda)	56
4.1.2	Imunização.....	57
4.2	Hepatite B	58
4.2.1	Teste rápido para detecção do HBV (TR HBsAg).....	59
4.2.2	Confirmação diagnóstica e solicitação de exames complementares	60
4.2.3	Prevenção da transmissão (infecção ativa)	64
4.2.4	Imunização.....	65
4.2.5	Esquemas vacinais.....	65
4.2.5.1	Recém-nascidos	65
4.2.5.2	Pessoas a partir de 7 anos de idade, incluindo gestantes	66
4.2.5.3	Pessoas vivendo com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos, imunossuprimidos e outras populações	66
4.2.6	Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)	67
4.2.7	Tratamento da hepatite B	68
4.3	Hepatite C.....	69
4.3.1	Teste rápido (TR anti-HCV).....	70
4.3.2	Confirmação diagnóstica e solicitação de exames complementares	71
4.3.3	Tratamento da hepatite C.....	75
4.4	Hepatite D	76
4.5	Hepatite E	77
4.6	Notificação de casos	78
4.7	Acolhimento e vinculação do usuário na APS	78

5 SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE80

5.1	Classificação clínica da sífilis	80
5.2	Métodos diagnósticos de sífilis	82
5.3	Diagnóstico de sífilis.....	84
5.4	Tratamento da sífilis.....	85
5.5	Monitoramento pós-tratamento de sífilis.....	88
5.6	Critérios de retratamento de sífilis: reativação ou reinfeção.....	89

6	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	90
6.1	Rastreamento	90
6.2	Estratégias para atenção integral às pessoas com IST e suas parcerias	92
6.3	Manejo integral das pessoas com IST sintomáticas	93
6.4	Infecções que causam corrimento vaginal	96
6.4.1	Candidíase vulvovaginal	97
6.4.2	Vaginose bacteriana	99
6.4.3	Tricomoníase	101
6.4.4	Cervicite	104
6.5	Infecções que causam corrimento uretral	107
6.5.1	Uretrite gonocócica	107
6.5.2	Uretrite não gonocócica	107
6.6	Infecções que causam úlcera genital	111
6.6.1	Sífilis primária	111
6.6.2	Herpes genital	112
6.6.3	Cancroide	113
6.6.4	Linfogranuloma venéreo	114
6.6.5	Donovanose	115
6.6.6	Doença Inflamatória Pélvica	118
6.6.6.1	Diagnóstico de DIP	118
6.6.6.2	Tratamento de DIP	120
6.7	Infecções que causam verrugas anogenitais	123
6.7.1	Infecção pelo HPV	123
6.7.1.1	Manifestações clínicas	125
6.7.1.2	Diagnóstico	125
6.7.1.3	Tratamento das verrugas anogenitais	125
6.8	Infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis	130
7	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE	132
7.1	Transmissão vertical	133
7.1.1	Testagem para prevenção da transmissão vertical	134
7.2	Transmissão vertical da sífilis	135
7.2.1	Testagem rápida e tratamento imediato da gestante	135
7.2.2	Tratamento da sífilis na gestação	136
7.2.3	Monitoramento pós-tratamento de sífilis na gestante	137
7.2.4	Resposta imunológica ao tratamento de sífilis	137
7.2.5	Critérios de retratamento de sífilis: reativação ou reinfecção	138
7.2.6	Criança exposta à sífilis	138
7.2.6.1	Exame físico da criança exposta à sífilis	138
7.2.6.2	Testagem para sífilis na criança exposta	139

7. 2. 6. 3 Seguimento clínico-laboratorial da criança exposta à sífilis	139
7. 2. 7 Criança com sífilis congênita.....	140
7. 2. 7. 1 Exame físico da criança com sífilis congênita	141
7. 2. 7. 2 Testagem para sífilis e exames complementares para a criança com sífilis congênita	141
7. 2. 7. 3 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita	143
7.3 Transmissão vertical do HIV	144
7. 3. 1 Abordagem diagnóstica da infecção pelo HIV na gestação, parto e puerpério	146
7. 3. 2 Abordagem inicial da gestante infectada pelo HIV	146
7. 3. 3 Avaliação laboratorial inicial.....	148
7. 3. 4 Imunizações na gestante vivendo com HIV/aids.....	148
7. 3. 5 O puerpério.....	149
7. 3. 5. 1 Acompanhamento da mulher vivendo com HIV no puerpério..	149
7. 3. 5. 2 Contraindicações à amamentação da mulher vivendo com HIV e fornecimento de fórmula láctea infantil	150
7. 3. 6 Crianças expostas ao HIV.....	150
7. 3. 6. 1 Rotina de acompanhamento clínico e laboratorial da criança exposta ao HIV	151
7.4 Transmissão vertical da hepatite B	151
7. 4. 1 Seguimento da criança exposta ao vírus da hepatite B.....	152
7.5 Transmissão vertical da hepatite C.....	153
7. 5. 1 Seguimento da criança exposta ao vírus da hepatite C	153
7.6 HTLV.....	153
7.7 Vírus Zika	154
7.8 Estratégia Pré-Natal do Pai/Parceiro	155
7.9 Vigilância epidemiológica de HIV/aids, sífilis e hepatites virais	157

8 EQUIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS E EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE..... 159

8.1 Dos grupos de risco à vulnerabilidade	159
8. 1. 1 População negra	160
8. 1. 2 População em situação de rua	162
8. 1. 3 Populações do campo, floresta e águas e povos e comunidades tradicionais.....	164

9 REFERÊNCIAS..... 166

A P R E S E N T A Ç Ã O

14

Os Cadernos de Atenção Básica (CAB) têm o potencial de auxiliar no processo de qualificação dos profissionais que compõem as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Seu objetivo é reunir conteúdos relevantes para a rotina da APS, impactando na melhoria da qualidade do cuidado oferecido aos usuários.

A elaboração da presente atualização do CAB 18, relativo às infecções sexualmente transmissíveis (IST), ao HIV/aids e às hepatites virais, contou com a colaboração técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, caracterizando uma importante articulação para o aprimoramento da política pública ligada ao cuidado do HIV/aids, das hepatites virais e das IST.

A última atualização do CAB 18 foi realizada em 2006. Desde então, diversas recomendações clínicas e de cuidado foram alteradas, o que justifica a importância de uma revisão do material. O documento apresenta importantes recomendações sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado integral, buscando contemplar os princípios do cuidado na APS.

Boa leitura!

*Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas
e Infecções Sexualmente Transmissíveis*

I SAÚDE SEXUAL: ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA COM VIDA SEXUAL ATIVA

15

Abordar a saúde sexual é uma estratégia para a promoção da saúde e do desenvolvimento humano e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais da personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (WHO, 1975).

A sexualidade é definida como uma questão essencial do ser humano, que contempla sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo influenciada por uma relação de aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006).

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e ao planejamento familiar são considerados direitos humanos fundamentais. Respeitá-los é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de profissão ou de orientação sexual. Para que exista a igualdade de direitos, é preciso respeito às diferenças, as quais não devem ter valores diferentes na sociedade. Não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia de todo o conjunto dos Direitos Humanos (BRASIL, 2010).

A escuta ativa e a promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde. Essa abordagem possibilita vínculos e facilita a adesão às tecnologias ofertadas pelos profissionais de saúde na rotina dos atendimentos. A escuta qualificada deve ser realizada com atenção e respeito, livre de preconceitos e de discriminações, possibilitando que a pessoa encontre soluções para suas questões (BRASIL, 2010).

Considerando essa percepção e preceito, faz-se necessária a abordagem do cuidado sexual, em que a oferta exclusiva de preservativos não é a única alternativa para garantir segurança e proteção nos diversos aspectos da saúde sexual. Assim, torna-se fundamental a ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, para além das possibilidades que compõem a Prevenção Combinada.

1.1 PREVENÇÃO COMBINADA E SEXO SEGURO

A percepção dos riscos de adquirir HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), assim como a percepção de vulnerabilidades sociais e programáticas, varia conforme a pessoa, o contexto ou as situações de vida, além de ser influenciada por fatores estruturais.

Para que a prevenção ocorra com maior eficácia, deve-se usufruir das melhores evidências científicas. A ideia deste capítulo é trazer para a prática das equipes de saúde elementos que facilitem a utilização de conceitos associados ao sexo seguro e à Prevenção Combinada como estratégias que o profissional de saúde pode utilizar para conceber, juntamente com a pessoa, a melhor forma de avaliar e gerenciar seu risco.

É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com vida sexual ativa e em suas práticas, com o objetivo de, a partir do risco de aquisição de IST ao qual a pessoa está exposta ou não, discutir a(s) melhor(es) estratégia(s) para prevenção.

“O melhor sexo com a maior proteção possível”! (adaptado de HICKSON, 2010)

I. I. I O QUE É SEXO SEGURO?

Geralmente, o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos. Porém, por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser estimulada, nem todas as pessoas aderem a essa forma de prevenção. Para além do uso de preservativos, outras medidas de prevenção são importantes para uma prática sexual mais segura (BRASIL, 2022a). Diante disso, a concepção de sexo seguro pode ser ressignificada, levando em conta as seguintes ferramentas:

- Usar preservativo e gel lubrificante;
- Imunizar para hepatite A (HAV), hepatite B (HBV) e papilomavírus humano (HPV), de acordo com as orientações do Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- Discutir o *status* sorológico do HIV da(s) parceria(s) sexual(is);
- Testar regularmente para HIV, sífilis, hepatites e outras IST;
- Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) conforme as recomendações do Tratamento como Prevenção e do Indetectável = Intransmissível (I=I)^I;
- Tratar todas as pessoas para hepatite C e todas as que tiverem indicação de tratamento para hepatite B;
- Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica);
- Conhecer e acessar a anticoncepção e concepção;
- Realizar prevenção contra HPV, mantendo calendário vacinal atualizado;
- Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;
- Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado;
- Praticar sexo consentido e sem violência.

Nesse sentido, é essencial ampliar as possibilidades de prevenção e tornar o cenário mais completo e efetivo.

Sou trabalhadora do sexo vacinada para HBV e HPV. Meu exame preventivo de câncer de colo do útero está em dia. Uso PrEP regularmente e tento utilizar camisinha feminina ou masculina com os meus clientes sempre que possível. Uso gel lubrificante em todas as relações. Tenho DIU há três anos. No acompanhamento de PrEP, para pegar a medicação, realizo testagem para sífilis e HIV em cada visita. Meu companheiro e eu pretendemos engravidar nos próximos meses*

*Texto fictício e meramente ilustrativo

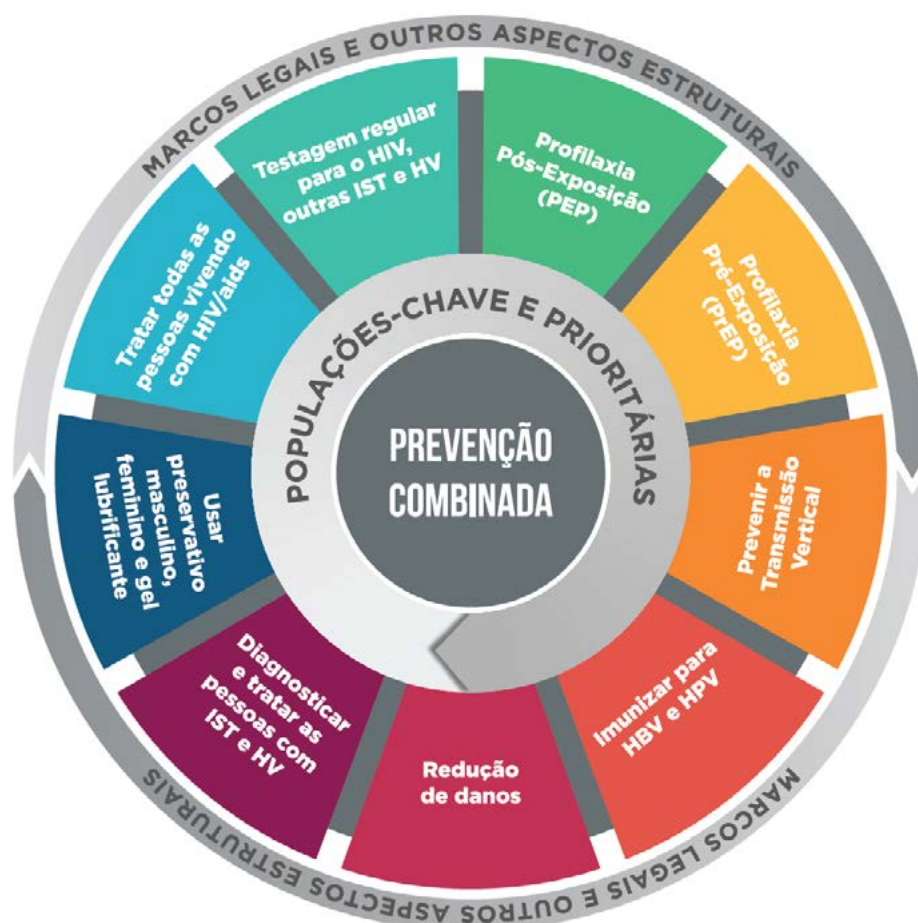
I Indetectável = Intransmissível, ou seja, PVHA em uso de TARV e carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmite o HIV por via sexual.

I. 1. 2 O QUE É PREVENÇÃO COMBINADA?

Desde 2010, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid) preconiza a conjugação, singularizada, de diferentes intervenções preventivas para a resposta ao HIV/aids a partir da ideia de “Prevenção Combinada” (UNAIDS, 2014). No Brasil, o conceito foi oficialmente incorporado a partir de 2013, tornando-se a grande diretriz para o trabalho de vigilância, prevenção e controle do HIV/aids, influenciando também as estratégias para o enfrentamento das hepatites virais, da sífilis e das demais IST. Para o Ministério da Saúde (MS), a Prevenção Combinada pode ser definida conforme segue:

[...] é uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão. (BRASIL, 2017a).

Figura 1 – Mandala da Prevenção Combinada do HIV



Fonte: DCCI/SVS/MS.

O símbolo da **mandala** representa a combinação e a ideia de movimento entre as diferentes estratégias de prevenção disponíveis (Figura 1). Não há hierarquização entre as estratégias. Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, nos grupos a que elas pertencem e na dinâmica social em que estão inseridas, considerando as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos.

As **intervenções biomédicas** objetivam reduzir a exposição aos agravos por meio de ações para impedir sua transmissão, como o uso de preservativos penianos e vaginais, ou a imunização. Outro exemplo, no caso do HIV, são os medicamentos antirretrovirais (ARV), que “[...] impedem que o vírus se estabeleça em quantidade suficiente para ser transmitido” ou as Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PEP e PrEP). A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para levar essas estratégias aos territórios, por ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

As **intervenções comportamentais** enfocam o comportamento e práticas, por meio da oferta de informações e outras intervenções que tornem os indivíduos mais aptos a evitar os agravos infectocontagiosos, melhorando sua capacidade de gerenciar diferentes graus de risco. Para tanto, a contribuição das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Consultório na Rua (eCR), equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), com sua expertise nas práticas de educação em saúde realizadas diretamente nos territórios e junto a uma população acompanhada cotidianamente, é absolutamente fundamental.

Por fim, as **intervenções estruturais** objetivam atuar ou incidir sobre os fatores que produzem ou aumentam as vulnerabilidades que ampliam riscos para aquisição do HIV/aids, como machismo, LGBTfobia, criminalização, pobreza, analfabetismo. Podem ser citados como exemplos: a formulação legislativa para garantia de direitos de populações desproporcionalmente afetadas, o enfrentamento à desigualdade social e, no caso específico da APS, o fortalecimento de estratégias de controle social, como conselhos locais de saúde.

A separação das diferentes ofertas em três dimensões se configura em uma estratégia pedagógica. Articular as três dimensões (biomédica, comportamental e estrutural) resulta em práticas sexuais mais seguras. Nos próximos capítulos, veremos como a articulação de todas essas ofertas podem ser incorporadas no cotidiano de trabalho da APS.

I.2 QUE VOCÊ PRECISA SABER PARA ABORDAR O TEMA DAS SEXUALIDADES

Comumente, as pessoas associam sexualidade ao ato sexual e/ou aos órgãos genitais, considerando-os como sinônimos. Embora o sexo seja uma dimensão importante da sexualidade, esta é muito mais que a prática sexual e não se limita à genitalidade ou a uma função biológica responsável pela reprodução (NEGREIROS, 2004).

A seguir, no Quadro I, listam-se alguns conceitos ligados às populações-chave que podem contribuir para uma melhor compreensão sobre as pessoas atendidas no serviço de saúde:

Quadro I – Conceitos importantes para abordagem das populações-chave e da sexualidade

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)	São pessoas de identidade de gênero masculina que vivenciam suas sexualidades e afetos com outros homens. A distinção entre gays e HSH é que a primeira categoria, além da prática sexual, traz em seu bojo a noção de pertencimento e identificação, enquanto a segunda se encerra nas práticas sexuais e afetividades.
---	--

Trabalhadoras(es) do sexo	São pessoas adultas, de múltiplas identidades pessoais e sociais de pertencimento, mulheres e homens cis, travestis e transexuais, que exercem a troca consensual de serviços e atividades sexuais por dinheiro, bens, objetos ou serviços que tenham valor (seja de cunho monetário ou não), troca esta que pode assumir as mais variadas formas e modalidades. A prostituição pode ser realizada pela(o) profissional de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência) e nos mais diversos espaços e situações, livres de coerção, discriminação e violência. No Brasil, esse exercício é considerado uma ocupação, garantindo visibilidade e garantias de direitos assistenciais e previdenciários (BRASIL, 2002). Além disso, há que avançar na área dos direitos sexuais das pessoas que exercem a prostituição e entendem a atividade como profissão, com grande impacto na saúde e prevenção às IST/HIV/aids e em novos caminhos de reivindicação social e política da categoria (BRASIL, 2017a). Nesse sentido, em toda proposição, medidas e ações sobre saúde e trabalho sexual, é fundamental atentar às identidades de gêneros e suas especificidades e demandas sociais e econômicas. As trabalhadoras do sexo estão organizadas em nosso país há mais de 30 anos, trazendo expertise em constituir medidas públicas em contextos e ambientes que muitas vezes não reconhecem a sua atuação e papel significativo. Elas têm assumido a pauta da saúde nesse exercício, com conhecimento de seus territórios, campos de mobilidade, trânsito, permanência e intervenção.
Pessoas trans	São aquelas cuja identidade e expressão de gênero não estão em conformidade com as normas e expectativas impostas pela sociedade em relação ao gênero que lhes foi designado ao nascer, com base em sua genitália. Durante muito tempo, essas diferentes formas de identidade foram erroneamente confundidas com questões relacionadas somente à orientação sexual – interpretação que limitava seu caráter identitário. As pessoas trans reivindicam, acima de tudo, o reconhecimento social de sua identidade. A categoria de pessoas trans é bastante ampla e, no presente documento, serão enfocados três grupos: mulheres transexuais, travestis e homens trans (BRASIL, 2017a).
Mulheres transexuais	São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina, desempenhando papel social de gênero feminino. Têm o desejo de serem reconhecidas como mulheres e serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer ao uso de hormonização e procedimentos cirúrgicos, bem como à cirurgia de redesignação sexual.
Travestis	São pessoas que nasceram com pênis e possuem identidade de gênero feminina. Identificam-se como travestis e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, desejando, todavia, serem tratadas no feminino e pelo nome com o qual se identificam. Também como forma de reafirmar sua identidade feminina, geralmente buscam a adequação de sua imagem física e de seus corpos, podendo recorrer, para tal, à hormonização e procedimentos cirúrgicos, não desejando, geralmente, a cirurgia de redesignação sexual. É de grande importância refletir sobre as identidades de mulheres transexuais e travestis, pois estas possuem alguns pontos em comum, como sua expressão de gênero feminina. A diferença que pode marcar as duas identidades seria a identificação política e/ou subjetiva, em que uma se afirma como uma travesti e outra como mulher transexual.
Homens trans	São pessoas que nasceram com vagina e possuem identidade de gênero masculina, desempenhando papel social de gênero masculino. Reivindicam serem reconhecidos e tratados de acordo com sua identidade de gênero, ou seja, no masculino, e pelo nome com o qual se identificam. Buscam também adequar suas imagens e corpos à sua identidade de gênero, mediante o uso, entre outros recursos, de hormonização, procedimentos cirúrgicos, histerectomia (retirada de útero e ovários) e redesignação sexual.

I. 2. I HISTÓRIA SEXUAL E AVALIAÇÃO DE RISCO: HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO PARA A CLÍNICA

Somente por meio de uma avaliação adequada é que se pode identificar o risco de exposição de uma pessoa a HIV, hepatites virais, sífilis e outras IST. Hipóteses e inferências sobre o risco podem ser imprecisas. O investimento exclusivo em diagnósticos e tratamentos não será suficiente se não falarmos de sexo e de sexualidades. É necessário conhecer a temática para conversar e reduzir o estigma relacionado às práticas sexuais.

A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Conhecer a história sexual dos usuários é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim conhecê-la como um todo (NEGREIROS, 2004). Essa investigação deve ser estruturada para identificar os fatores de risco relacionados à saúde sexual, reconhecendo práticas e comportamentos sexuais e também oportunidades para intervenções breves de mudança de comportamento (CLUTTERBUCK, 2012).

Muitas vezes, os profissionais de saúde e os pacientes não abordam esse tema nas consultas. Geralmente, há uma tendência de subestimar a necessidade que os usuários têm de externar preocupações relacionadas à sua saúde sexual. Por outro lado, alguns pacientes querem discutir sua saúde sexual, querem que a consulta aborde essa dimensão de sua vida. É importante que o profissional desenvolva uma rotina de perguntar a todos os seus pacientes adultos e adolescentes questões sobre sexualidade, ajudando a diminuir o preconceito ligado ao diálogo sobre sexo e práticas sexuais (NUSBAUM; HAMILTON, 2002).

Para a anamnese de hábitos sexuais e de risco, é preciso primeiro ganhar a confiança do paciente. Um estilo de abordagem mais direto pode funcionar para alguns; porém, é preferível que o profissional de saúde faça uma aproximação mais gradual, com o objetivo de construir uma relação de confiança, normalizar as perguntas e o assunto, e avançar do geral para o específico (CARRIÓ, 2012).

Nesse sentido, recomenda-se informar ao paciente que as perguntas que você está fazendo são dirigidas a todos os pacientes adultos, independentemente de idade ou de estado civil. Também é importante enfatizar o caráter sigiloso da consulta. Igualmente necessária é a escuta respeitosa sobre as diferentes profissões e ocupações de cada pessoa, visto que estas também podem contribuir para suas vulnerabilidades, principalmente em se tratando de trabalho sexual.

Ao iniciar o assunto de forma gradual, podem-se utilizar metáforas, mas será necessário avançar para uma comunicação transparente e clara, abordando os pontos mais importantes para a avaliação de risco. Nesse segundo momento, ou para usuários com quem o profissional já estabeleceu uma relação de confiança prévia, para os quais uma abordagem inicial mais direta pode funcionar, algumas perguntas abertas e objetivas podem ser usadas para uma comunicação mais transparente.

No Quadro 2, seguem as orientações gerais para uma abordagem respeitosa e eficaz sobre a saúde sexual.

Quadro 2 – História sexual: orientações gerais

ORIENTAÇÕES GERAIS	
Estabeleça uma rotina de perguntas a todos os usuários sobre sexualidade (diálogo sobre sexo e práticas sexuais).	
Desenvolva seu próprio estilo.	
Evite julgamentos prévios. Não assuma conceitos prontos (a menos que você pergunte, não há como conhecer a orientação sexual, os comportamentos, práticas ou a identidade de gênero de uma pessoa).	
Respeite os limites do paciente (linguagem não verbal). Reformule sua pergunta ou explique brevemente por que você está fazendo o questionamento se o paciente parecer ofendido ou relutante em responder.	
Observe suas áreas de desconforto. Monitore e contenha as suas próprias reações (linguagem não verbal).	
Avise que as mesmas perguntas são feitas a todas as pessoas (procedimento protocolar), independentemente de idade ou de estado civil.	
Use termos neutros e inclusivos (por exemplo, “parceria” ao invés de “namorado”, “namorada”, “marido”, “esposa”) e faça as perguntas de forma não julgadora.	
Quando estiver atendendo uma pessoa trans, pergunte como esta prefere ser chamada ou identificada. Dê suporte à identidade de gênero atual do paciente, mesmo que sua anatomia não corresponda a essa identidade.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Apresentam-se no Quadro 3 perguntas específicas que abordam os pontos mais importantes relacionados à vulnerabilidade em relação a HIV, hepatites virais, sífilis e outras IST. A partir das respostas, é possível ao profissional fazer uma **avaliação de risco** adequada e realizar o **gerenciamento de risco** junto com o paciente.

Quadro 3 – História sexual: perguntas específicas para avaliação de risco

PERGUNTAS ESPECÍFICAS – ROTINA DE CONSULTA	
Saúde sexual	“Você faz algumas perguntas sobre sua saúde sexual. Uma vez que a saúde sexual é muito importante para a saúde geral, sempre pergunto aos pacientes sobre isso. Se está tudo bem para você, eu vou fazer algumas perguntas sobre questões sexuais agora. Antes de começar, você tem dúvidas ou alguma preocupação em relação à sua saúde sexual que gostaria de discutir?”
Identificação	“O que você se considera ser (orientação sexual)? Homossexual (gay, lésbica), heterossexual, bissexual, outra, não sabe?”
	“Qual é a sua identidade de gênero? Homem, mulher, homem trans, mulher trans, travesti, outra?”
	“Com qual sexo você foi designado no nascimento, como está registrado na sua certidão de nascimento?”
Parcerias	“Você já teve relações sexuais?”
	Se sim: “Quantas parcerias sexuais você teve no último ano?” (ou em outro período de tempo, de acordo com a avaliação clínica a ser realizada na consulta)
	“Você teve relações sexuais com homens, mulheres ou ambos?”
	“Nos últimos três meses, você teve relações sexuais com alguém que não conhecia ou acabou de conhecer?”
	“Você já foi forçado(a) ou pressionado(a) a ter relações sexuais?”
Práticas sexuais	“Nos últimos três meses, que tipos de sexo você teve? Anal? Vaginal? Oral? Receptivo (passivo), insertivo (ativo), ambos (passivo e ativo)?”
	“Você ou sua parceria usou álcool e/ou outras drogas quando você fez sexo?”
	“Você já trocou sexo por drogas ou dinheiro?”
História de IST	“Você já teve uma IST?” Se sim: “Qual? Onde foi a infecção? Quando foi? Você tratou? Sua parceria se tratou?”
	“Você já se testou para o HIV, sífilis, hepatite B/C?” Se sim: “Há quanto tempo foi esse teste? Qual foi o resultado?”
Proteção	“O que você faz para se proteger das IST, incluindo o HIV?”
	“Quando você usa essa proteção? Com quais parcerias?”
	“Você já se vacinou contra hepatite B? Hepatite A? HPV?”

CONTINUA

CONCLUSÃO

Planejamento familiar	“Você tem algum desejo de ter (mais) filhos(as)?”
	Se sim: “Quanto filhos(as) você gostaria de ter? Quando você gostaria de ter um filho? O que você e sua parceria estão fazendo para evitar a gravidez até este momento?”
	Se não: “Você está fazendo alguma coisa para evitar a gravidez?” (Certifique-se de fazer as mesmas perguntas também a pacientes trans que ainda possuem órgãos reprodutivos femininos).

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A partir do resultado da história sexual, é possível realizar uma avaliação adequada do estilo de vida do usuário. Nesse momento, é fundamental oferecer todos os tipos de intervenções e insumos de prevenção disponíveis e, junto com cada pessoa, combinar quais as melhores alternativas que serão adotadas. A abordagem da história sexual deve ser repetida de acordo com o perfil do usuário e a pactuação das ações a cada consulta.

I.3 OFERTA DE PREVENÇÃO COMBINADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cada pessoa possui riscos e percepções diferentes em relação ao HIV. A oferta de métodos de prevenção com características diversas e a possibilidade de que estes sejam utilizados em diferentes momentos tendem a abranger um maior número de pessoas e situações (GRANGEIRO *et al.*, 2015).

A APS tem um papel fundamental tanto na garantia do acesso dos usuários às tecnologias de prevenção quanto na oferta qualificada dessas tecnologias.

Há basicamente dois caminhos. O primeiro diz respeito à oferta de ações de Prevenção Combinada à população adscrita que já acessa os diferentes serviços de Atenção Primária nos territórios. O segundo caminho aponta para a necessidade de superar as eventuais barreiras de acesso que dificultam a chegada das populações-chave e prioritárias aos serviços da APS. As populações-chave foram apresentadas no Quadro I. As populações prioritárias são: jovens, população negra, população indígena e população em situação de rua. Trata-se de garantir a universalidade (possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos), a partir de um exercício de equidade (ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade).

É importante reconhecer que as barreiras de acesso podem ser sutis e associadas ao contexto estrutural dessas pessoas. Para evitar constrangimentos, muitas vezes as pessoas ocultam uso de álcool e outras drogas, práticas homoafetivas, prostituição e transexualidade/travestilidade. Se uma pessoa precisa tentar esconder características tão importantes para ser acolhida, é porque barreiras de acesso estão colocadas, e os valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ainda não são realidade.

No que tange às determinações sociais, a experiência brasileira com a APS já preconiza que se efetue uma avaliação das redes sociais de apoio dos usuários e suas condições socioeconômicas, além dos impactos da macroestrutura sociocultural nas comunidades (BRASIL, 2017a).

Um segundo aspecto, igualmente presente na atuação da Atenção Primária, consiste na interlocução com os demais pontos da rede assistencial, com os quais os serviços podem construir o cuidado de seus usuários. No que tange ao HIV/aids,

às hepatites virais, à sífilis e a outras IST, caberia recomendar o diálogo próximo e constante com os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que são os serviços de referência para questões relacionadas aos agravos infectocontagiosos, e também com as Organizações da Sociedade Civil (OSC).

Essa articulação com as OSC pode ajudar muito em relação à próxima recomendação, que consiste não apenas em identificar a presença das populações-chave e prioritárias no território, mas também em se aproximar delas nos seus próprios locais de convivência. Esse apoio é muito importante, já que a identificação desses microterritórios de sociabilidade no mapa da comunidade muitas vezes não é o bastante, sendo necessário levar em consideração também os horários (uma praça pode ser ponto de trabalho sexual apenas em certas horas do dia). Além disso, a parceria com lideranças comunitárias pode ser estratégica para estabelecer relações de confiança entre a APS e alguns desses grupos populacionais.

Vamos falar sobre a materialização desses conceitos e sobre a implementação das ações e estratégias de Prevenção Combinada ao HIV, às hepatites virais, à sífilis e a outras IST na prática diária dos profissionais e trabalhadores da APS. O Quadro 4, a seguir, traz algumas das principais atividades que podem ser realizadas pelas equipes multidisciplinares, nos serviços de Atenção Primária.

Quadro 4 – Ações de Prevenção Combinada na Atenção Primária à Saúde

AÇÕES DE PREVENÇÃO COMBINADA	ATIVIDADES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
TESTAGEM REGULAR PARA HIV, OUTRAS IST E HEPATITES VIRAIS	Facilitar o acesso e realizar testagem para todas as pessoas que buscam o serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou nos espaços do território de atuação das eSF/eAP, como unidades de privação de liberdade para adultos e adolescentes.
	Identificar usuários em situação de maior vulnerabilidade para HIV, sífilis e hepatites virais e ofertar a testagem e outras estratégias de Prevenção Combinada, em articulação com as necessidades do território.
	Ofertar rastreamento para clamídia e gonococo, com teste de biologia molecular (quando disponível) para populações indicadas em protocolos.
	Realizar integração dentro da RAS e articulação intersetorial.
	Acolher o usuário que realizou autoteste e orientá-lo em relação ao gerenciamento de risco, confirmação e início do tratamento, em caso de teste reagente.
	Acolher o usuário vinculado por ONG.
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS PESSOAS COM IST E HEPATITES	Confirmar diagnóstico de hepatite B, hepatite D (delta), hepatite C e sífilis.
	Garantir a vinculação e acompanhamento longitudinal de usuário com teste reagente de hepatites virais a uma UBS.
	Iniciar o tratamento de hepatites virais em casos de menor complexidade e referenciar quando necessário.
	Tratar imediatamente para sífilis os casos indicados, incluindo parcerias sexuais.
	Realizar busca ativa (abordagem e testagem da parceria sexual).
	Trabalhar em parceria com outros pontos de atenção da rede de saúde, ONG e demais coletivos.
	Realizar diagnóstico das IST e tratamento por fluxogramas conforme protocolo.
	Encaminhar os casos de IST complicadas e/ou não resolvidas para unidades que disponham de especialistas e mais recursos laboratoriais.
	Notificar os casos.

CONTINUA

TRATAMENTO DE TODAS AS PVHA	Realizar acolhimento de todas as pessoas com teste reagente.
	Solicitar exames de carga viral (CV) de HIV e de contagem de linfócitos T-CD4+.
	Garantir o início imediato ou no menor tempo possível de tratamento para todas as PVHA.
	Realizar a primeira consulta e estratificação de risco.
	Iniciar terapia antirretroviral (TARV) imediatamente.
	Referenciar quando necessário e de acordo com a estratificação de risco estabelecida.
	Garantir monitoramento e apoio para adesão ao tratamento.
	Realizar busca ativa e revinculação dos usuários em abandono de tratamento.
	Realizar o monitoramento clínico das PVHA vinculadas às UBS.
	Investigar/restar para tuberculose (TB).
	Notificar os casos.
	Trabalhar em parceria com outros pontos de atenção da RAS, ONG e outros coletivos.
	Solicitar matriciamento dentro da RAS e elaborar Plano Terapêutico Singular (PTS).
PRESERVATIVO MASCULINO, PRESERVATIVO FEMININO E GEL LUBRIFICANTE	Ofertar em todas as UBS, em local visível e estratégico, por livre demanda.
	Realizar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças e oferta de insumos em outros pontos estratégicos no território, considerando a interface com conselhos de saúde, associação de moradores, rádios comunitárias, unidades socioeducativas e outros programas.
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)	Acolher o usuário com demanda de PEP na UBS.
	Prescrever a PEP.
	Realizar seguimento e monitoramento do usuário em uso e após a conclusão da PEP.
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)	Acolher o usuário com demanda de PrEP na UBS.
	Prescrever a PrEP.
	Identificar serviços de referência para PrEP e encaminhar os usuários que atendam aos critérios de elegibilidade.
	Realizar o seguimento e monitoramento do usuário em uso da PrEP.
IMUNIZAÇÃO PARA HAV, HBV E HPV	Imunizar todas as pessoas conforme indicação do PNI (dentro da faixa etária preconizada).
	Realizar mapeamento para ofertar imunização às pessoas em situação de maior vulnerabilidade para as IST, HIV e hepatites virais.
REDUÇÃO DE DANOS	Garantir a acessibilidade a seringas e agulhas descartáveis para pessoas que usam drogas injetáveis e para travestis e transexuais que fazem uso de silicone industrial e hormônios injetáveis.
	Orientar quanto ao não compartilhamento de equipamentos de uso de outras drogas.
	Trabalhar em parceria e utilizar o matriciamento com outros pontos de atenção da RAS e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).
	Oferecer descarte adequado de objetos perfurocortantes.
	Orientar o não compartilhamento de objetos tais como seringas, cachimbos, latas, apetrechos e canudos.
	Realizar em conjunto com o CAPSad intervenções psicossociais e tratamento para abuso e dependência de substâncias psicoativas.

CONTINUA

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV)	Realizar testagem para hepatite B, hepatite C, HIV e sífilis de todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação). Realizar testagem para HIV e sífilis também no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto, independentemente de exames anteriores. Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, também independentemente de exames anteriores.
	Realizar rastreamento de clamídia e gonococo, por teste de biologia molecular, na primeira consulta (em gestantes de até 30 anos de idade), quando o teste estiver disponível.
	Vacinar a gestante para hepatite B, não reagente, caso não seja imunizada.
	Tratar as gestantes com teste reagente para hepatite B caso tenham indicação e iniciar a profilaxia entre 24 e 28 semanas. Caso não tenha sido possível iniciá-la oportunamente, pode-se iniciar o uso de tenofovir (TDF) até o final da gestação. Contudo, nessas situações, os desfechos positivos podem sofrer prejuízos.
	Realizar referência dos casos de gestantes com hepatite B para a maternidade/casa de parto a fim de garantir vacinação e imunoglobulina da criança exposta a hepatite B.
	Realizar referência dos casos de gestantes com diagnóstico de hepatite C para a maternidade/casa de parto a fim de garantir os cuidados obstétricos para a PTV.
	Realizar tratamento de sífilis adequado para o estágio clínico e monitoramento pós-tratamento com coleta de teste não treponêmico mensal até o final da gestação.
	Realizar busca ativa e tratamento das parcerias sexuais. Caso a parceria seja um homem, realizar o Pré-Natal do Parceiro conforme preconizado.
	Fortalecer permanentemente o vínculo da gestante vivendo com HIV com a equipe da APS.
	Realizar cuidado longitudinal e/ou cuidado compartilhado da criança exposta a HIV, sífilis e/ou hepatites virais.
	Orientar a gestante vivendo com HIV sobre a contraindicação da amamentação e/ou amamentação cruzada. Ter atenção à mulher que está amamentando e tenha risco de infecção pelo HIV.
	Orientar gestantes e puérperas com diagnóstico confirmado de HTLV sobre contraindicação de amamentação e amamentação cruzada.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Para saber mais sobre as tecnologias de Prevenção Combinada, o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI/SVS) e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) disponibilizam, respectivamente, materiais técnicos de apoio aos profissionais da saúde nos endereços: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo> e <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>, nos quais se podem acessar os seguintes documentos:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.
- PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.
- PCDT para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.
- PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- PCDT para Hepatite C e Coinfecções.
- PCDT para Hepatite B e Coinfecções.
- PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
- Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.
- Agenda Estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis.

- Fluxogramas para manejo clínico das infecções sexualmente transmissíveis.
- Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto.
- A B C D E das Hepatites Virais para Agentes Comunitários de Saúde.
- Linha de Cuidado de HIV/Aids no Adulto.
- Linha de Cuidado de Hepatites Virais.

2. TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

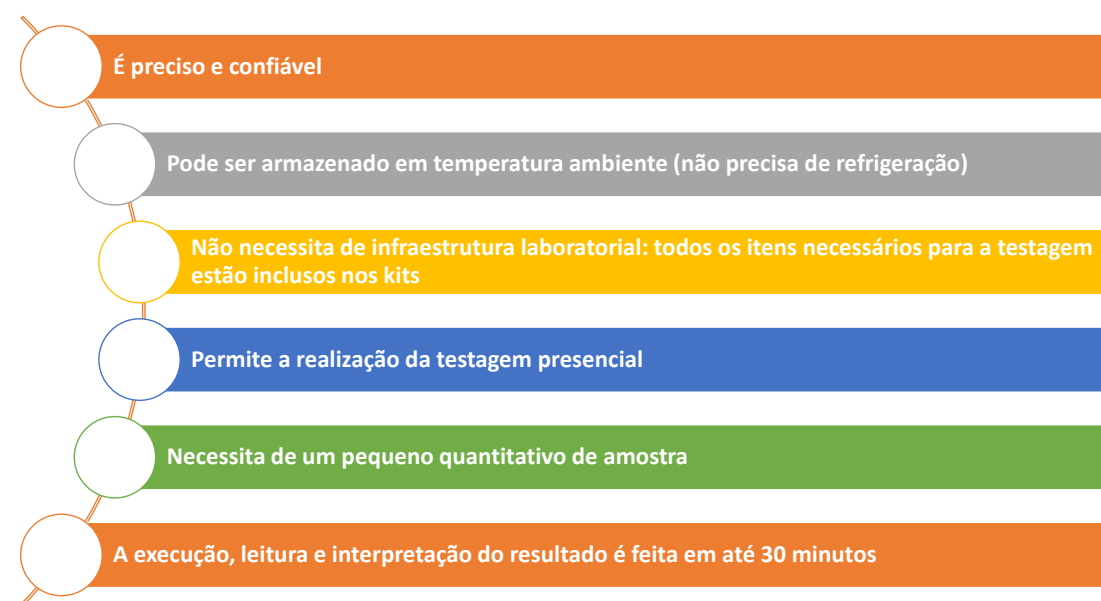
27

Os testes rápidos (TR) caracterizam-se como um tipo de imunoensaios que utilizam amostras de soro, plasma, sangue total (coletados por punção digital ou venosa) ou fluido oral, e detectam antígenos e/ou anticorpos, dependendo do agravo ou do conjunto diagnóstico.

Os antígenos são proteínas ou outros elementos pertencentes diretamente ao agente infeccioso investigado, e a detecção destes indica infecção ativa por um patógeno. Por sua vez, os anticorpos são produzidos como resposta do sistema imune a uma infecção e indicam contato (recente ou não) com um determinado agente.

A Figura 2 resume as características do teste rápido que o definem como uma ferramenta fundamental na ampliação do acesso ao diagnóstico, especialmente no âmbito da APS, e também em ações fora dos serviços de saúde (ações intersetoriais), como campanhas e atendimento em domicílio.

Figura 2 – Principais características do teste rápido



Fonte: DCCI/SVS/MS.

O Ministério da Saúde, por meio do DCCI/SVS, adquire e distribui os TR para auxiliar no diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites B e C, os quais podem ser solicitados e realizados por qualquer serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Adiante, serão apresentados os aspectos gerais desses testes: componentes dos kits (conjunto diagnóstico); princípio dos testes; quem pode realizá-los; como deve ser feita a solicitação logística desses testes, e demais informações relevantes.

Salienta-se a importância da realização da testagem rápida presencialmente, no momento da consulta, sem a necessidade de agendamento, evitando a perda oportuna do diagnóstico, caso o indivíduo não retorne ao serviço de saúde.

As equipes multiprofissionais devem incluir no planejamento de ações e na discussão de seu processo de trabalho formas de facilitar o acesso aos TR em tempo oportuno. Nesse sentido, é importante que as equipes sejam capazes de identificar

situações de exposição de risco para essas infecções e o momento mais estratégico para a oferta de testagem.

2.1 COMPONENTES DOS KITS (CONJUNTOS DIAGNÓSTICOS) DE TESTES RÁPIDOS

Por serem executados durante o atendimento clínico do paciente, é muito importante que os kits (conjunto diagnóstico) dos testes rápidos contenham todos os insumos necessários para sua realização, exceto aqueles itens comumente encontrados nos serviços de saúde, como gaze, álcool 70%, curativo etc. Portanto, os kits de TR para HIV, sífilis e hepatites B e C contêm, minimamente:

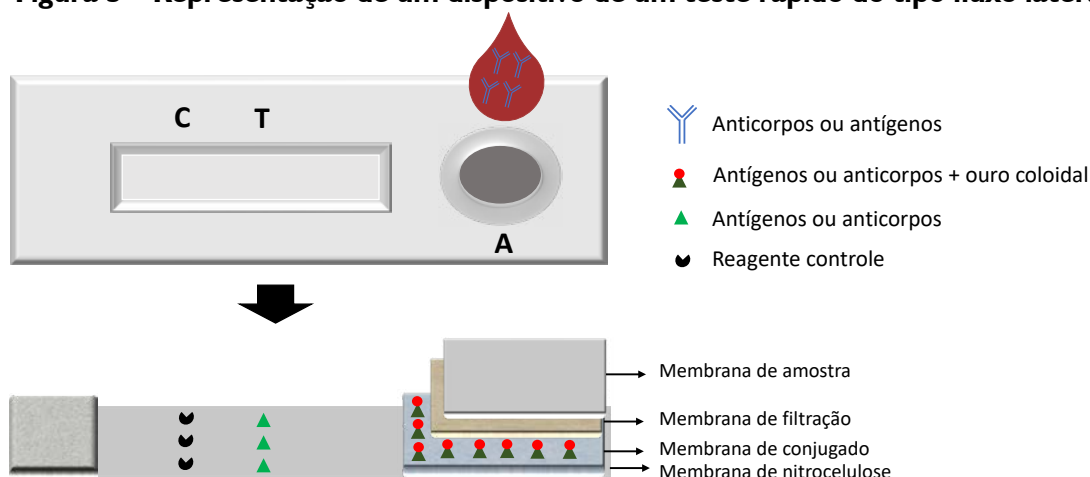
- Dispositivo de teste;
- Sílica para absorção da umidade da embalagem do dispositivo de teste;
- Tampão de corrida de amostra;
- Lanceta;
- Pipeta coletora, tubo capilar ou alça coletora;
- Instruções de uso (bula).

Quando se utiliza amostra de fluido oral, os kits não possuem lanceta e, ao invés de pipeta coletora, trazem *swabs* para coleta do material. O fluido oral consiste em um líquido encontrado no sulco gengival, contendo proteínas plasmáticas e anticorpos, e é obtido pressionando o *swab* na gengiva superior e inferior, no espaço entre o final dos dentes e o início da gengiva.

2.2 COMO FUNCIONAM OS TESTES RÁPIDOS (PRINCÍPIO DO TESTE)?

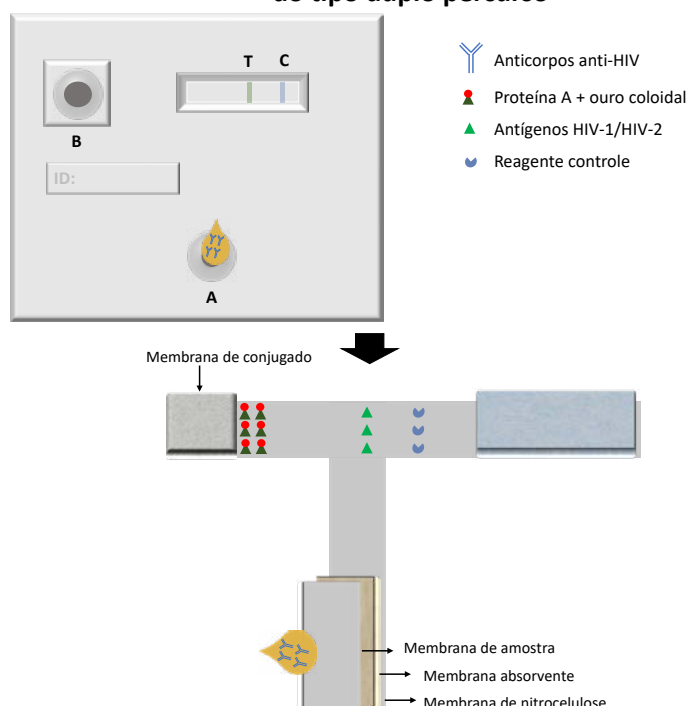
A testagem rápida utiliza o princípio metodológico da imunocromatografia de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP).

No TR com metodologia de **fluxo lateral** (Figura 3), a amostra e a solução diluente são dispensadas no poço A ou S (Amostra ou *Sample*, do inglês) e migram por capilaridade ao longo da membrana. Se houver anticorpos ou antígenos de interesse na amostra, eles se ligam ao conjugado impregnado no início da membrana. Esse conjugado é composto por partículas de ouro coloidal e antígenos ou anticorpos que reagem com a amostra. O ouro coloidal funcionará como o revelador da reação. Em seguida, os complexos formados com o conjugado migram pela membrana do dispositivo de teste e são capturados por outros antígenos ou anticorpos específicos já imobilizados na área de Teste (T), presente na janela de leitura do dispositivo. Essa reação e o acúmulo de conjugado com ouro coloidal irão produzir uma linha colorida na área de Teste (T). Os conjugados que não se ligaram na área de Teste (T) continuam a fluir e se ligam aos reagentes imobilizados na área de Controle (C), também presente na janela de leitura do dispositivo de teste. Uma linha colorida será produzida na área do Controle (C), demonstrando que a migração ocorreu de maneira satisfatória e os reagentes estão funcionando.

Figura 3 – Representação de um dispositivo de um teste rápido do tipo fluxo lateral

Fonte: DCCI/SVS/MS.

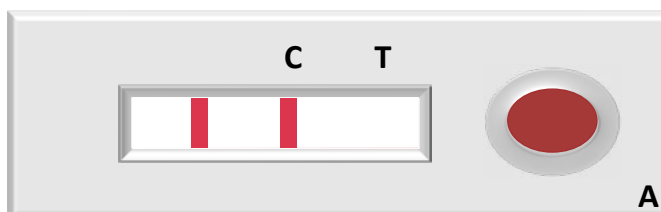
Já no TR com metodologia de plataforma de duplo percurso (Figura 4), a amostra diluída em tampão é dispensada no poço A (Amostra) e migram por capilaridade ao longo da primeira membrana. Se houver anticorpos de interesse na amostra, eles serão capturados por antígenos específicos já imobilizados na área de Teste (T), presente na janela de leitura do dispositivo. Em uma etapa seguinte, um tampão de corrida é adicionado ao poço B (Tampão, do inglês *Buffer*) que irá migrar pela segunda membrana. Esse tampão irá carregar o conjugado composto por partículas de ouro coloidal e proteína A que irão reagir com a amostra na janela de leitura do dispositivo. O ouro coloidal do conjugado funcionará como o revelador da reação. Essa reação e o acúmulo de conjugado com ouro coloidal irão produzir uma linha colorida na área de Teste (T). Os conjugados que não se ligaram na área de Teste (T) continuam a fluir e se ligam aos reagentes imobilizados na área de Controle (C), também presente na janela de leitura do dispositivo de teste. Uma linha colorida será produzida na área do Controle (C), demonstrando que a migração ocorreu de maneira satisfatória e os reagentes estão funcionando.

Figura 4 – Representação de um dispositivo de um teste rápido do tipo duplo percurso

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Desse modo, um teste é considerado reagente (positivo) quando são visualizadas as linhas de Teste (T) e de Controle (C) da reação (Figura 5). A presença apenas da linha de controle indica resultado não reagente (negativo) (Figura 6).

Figura 5 – Exemplo de dispositivo de teste com resultado reagente



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Figura 6 – Exemplo de dispositivo de teste com resultado não reagente



Fonte: DCCI/SVS/MS.

A ausência da linha de Controle (C), mesmo se houver cor na linha de Teste (T), indica que a reação não ocorreu adequadamente e, portanto, o teste é considerado inválido, devendo ser descartado; a seguir, um novo teste deve ser realizado (Figura 7).

Figura 7 – Exemplos de dispositivos de testes inválidos



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Todos os kits de testes rápidos são acompanhados por instruções de uso (bulas) que devem ser rigorosamente seguidas, principalmente no que diz respeito ao quantitativo de amostra necessário, volume do tampão, tempo de leitura do resultado, temperatura de transporte e armazenamento dos testes, dentre outras particularidades de cada conjunto diagnóstico.

Caso haja qualquer inconformidade em relação aos TR que não estejam previstas nas instruções de uso, o fabricante do teste deve ser informado por meio da abertura de um chamado no Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) com o preenchimento de um formulário padrão disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/testes-rapidos>. Os canais de atendimento do SAC de cada fabricante podem ser encontrados nas embalagens dos kits e/ou instruções de uso dos testes.

Além do fabricante, caso necessário, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também pode ser comunicada, pois ela realiza a tecnovigilância dos produtos

pós comercialização; a contribuição do consumidor nessa vigilância é essencial para a manutenção da qualidade dos produtos, sobretudo dos testes rápidos. Para tanto, disponibiliza-se o endereço eletrônico <http://portal.anvisa.gov.br/tecnovigilancia>.

2.3 ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS-TESTE

Toda oferta de testagem deve estar acompanhada por orientações pré e pós-teste. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde conheça os fatores que podem interferir na leitura e na interpretação dos resultados do TR.

A fase pré-teste refere-se às situações que antecedem a execução do teste e é específica para cada infecção investigada. Essa fase deve ser conduzida com o rigor técnico necessário para garantir segurança à pessoa que está sendo testada.

É importante que a pessoa em atendimento seja acolhida com empatia e cordialidade. Na recepção, o nome completo deve ser conferido verbalmente com o contido na requisição, utilizando-se, quando for o caso, o nome social. A pessoa precisa se sentir confortável para esclarecer suas dúvidas tanto sobre os procedimentos que serão realizados como em relação aos eventuais encaminhamentos.

O caráter voluntário da testagem deve ser reafirmado, esclarecendo-se que o atendimento à pessoa é confidencial.

Após a realização da testagem, a comunicação do resultado deve ser objetiva, clara, sigilosa e individualizada.

Um dos objetivos essenciais do pós-teste é apoiar o usuário que vivencia situações de risco acrescido ou se encontra em situação/contexto de vulnerabilidade no fortalecimento de práticas mais seguras para não se infectar, informando-o sobre estratégias de redução de danos e valorizando a prevenção.

Nos casos de resultados reagentes, o profissional da saúde deve orientar o indivíduo sobre a importância da adesão ao tratamento gratuito ofertado pelo SUS, bem como todo o acompanhamento e monitoramento laboratorial e clínico. A vinculação da pessoa ao Serviço de Saúde está relacionada a uma boa orientação pós-teste.

Para tanto, o serviço deve contar com uma equipe de profissionais de saúde capacitados e preparados para realizar o teste e entregar o resultado, avaliar fatores estruturais (sociais e de contextos) potencialmente produtores de barreiras e conhecer o fluxo de serviços de saúde de sua região para realizar os encaminhamentos, quando necessários.

2.4 TESTAGEM RÁPIDA EM AÇÕES FORA DO SERVIÇO DE SAÚDE (EXTRAMUROS)

As ações extramuros focadas em populações-chave e prioritárias constituem uma ocasião para que as pessoas em situação de maior vulnerabilidade para o HIV acessem o diagnóstico oportuno e têm o potencial para atingir um público não alcançado pelos serviços de saúde. As ações de base comunitária realizadas pelas OSC e as ações extramuros conduzidas pelas equipes dos serviços de saúde devem oferecer a testagem rápida e distribuir autotestes no contexto das ações de Prevenção Combinada.

Os testes rápidos que utilizam amostra de fluido oral são considerados não invasivos; dessa forma, esse tipo de teste é um importante recurso para as abordagens fora dos serviços de saúde. Tais ações permitem a identificação de possíveis casos de HIV de forma oportuna, voluntária, sigilosa e gratuita nos espaços de sociabilidade das populações-chave e prioritárias. Como os TR são considerados testes de triagem, há a necessidade de encaminhamento das pessoas com resultado reagente aos serviços de saúde para conclusão do diagnóstico e cuidado contínuo (BRASIL, 2018a).

2.5 TESTE RÁPIDO: RESPONSABILIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Nos serviços de saúde, os TR podem ser realizados por qualquer componente da equipe, desde que devidamente capacitado, e essa capacitação pode ocorrer presencialmente ou a distância. A emissão do laudo e a supervisão da equipe são de responsabilidade dos profissionais de saúde de nível superior habilitados pelos seus respectivos conselhos regionais de classe profissional. Consulte seu conselho.

O Ministério da Saúde (MS) disponibiliza gratuitamente uma plataforma de educação permanente, o Telelab (www.telelab.aids.gov.br), com cursos de capacitação a distância compostos por manuais e videoaulas.

Todos os serviços de saúde da Atenção Primária podem solicitar o fornecimento dos TR. Essa solicitação deverá ser feita por meio do Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (Sisloglab). Para isso, a instituição deverá entrar em contato com a Coordenação Estadual ou da Capital, dependendo do fluxo de distribuição dos testes de cada estado/capital, e solicitar a sua inclusão na Rede de Capilaridade dos Testes Rápidos.

O uso desse sistema pelo serviço de saúde é extremamente importante, pois ele possibilita a obtenção de informações sobre:

- 1) A utilização dos TR pelos serviços de saúde;
- 2) O planejamento de novas aquisições com base no consumo prévio de testes;
- 3) A distribuição dos testes no Brasil;
- 4) Testes inválidos que necessitam de reposição;
- 5) O quantitativo de testes perdidos nos serviços (ex.: testes danificados).

O MS também disponibiliza às pessoas que realizam TR de rotina um programa de Avaliação Externa da Qualidade para Testes Rápidos (AEQ-TR). Esse programa constitui um instrumento com foco educacional, não punitivo, não obrigatório e gratuito. A participação na AEQ-TR permite que cada profissional avalie individualmente seu desempenho perante a execução de testes rápidos e reflita sobre os resultados obtidos nas rodadas de avaliação, aprimorando suas práticas, se necessário, e mantendo-se atualizado e treinado. Ao final de cada rodada, os profissionais que atingem a pontuação mínima requerida recebem a certificação. Mais informações sobre o programa AEQ-TR estão disponíveis em <https://qualitr.paginas.ufsc.br/>.

2.6 AUTOTESTES PARA HIV

O autoteste para HIV é definido como um processo no qual um indivíduo coleta sua própria amostra (fluido oral ou sangue) e, em seguida, realiza um teste e interpreta o resultado, sozinho ou com alguém em quem confia (WHO, 2019a).

Em caso de resultado reagente, há a necessidade de que a pessoa procure por um serviço de saúde para a conclusão do diagnóstico e o cuidado contínuo (BRASIL, 2018a).

Mais informações sobre autotestes de HIV podem ser obtidas na página https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/aids/diretrizes-para-a-distribuicao-do-autoteste-de-hiv-no-brasil_compressed-1.pdf.

3. CUIDADO INTEGRAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

No período de 2010 a 2020, o Brasil apresentou queda de 29,9% no coeficiente de mortalidade por aids padronizado para o Brasil, que passou de 5,7 para 4,0 óbitos por 100 mil habitantes. Esse resultado está associado, dentre outros fatores, à oferta de tratamento para todos introduzida no país em 2013 (BRASIL, 2021a). Alguns desafios permanecem, como a ampliação de oferta de testagem para HIV, sífilis e outras IST, a expansão de serviços de saúde capacitados e qualificados para o cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), a redução dos casos de abandono de tratamento, a ampliação da vigilância em saúde para esses casos e a redução do estigma e discriminação.

A redução da mortalidade gera uma mudança no perfil epidemiológico. Se antes os pacientes eram diagnosticados em estágios avançados de imunodeficiência, com a necessidade de esquemas de tratamento complexos, hoje o perfil é mais próximo a um cuidado de doença crônica, com pacientes estáveis e esquemas simplificados de tratamento.

Porém, o cenário nacional ainda é o do cuidado do HIV centrado em serviços especializados, como se o paciente com essa condição não estivesse sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, que possui um protagonismo importante no cuidado e acompanhamento longitudinal das pessoas, famílias e comunidades. Uma parte significativa desses serviços especializados estão atendendo a demanda sem fluxos organizados e atuando isoladamente, de forma não colaborativa com a rede de atenção do SUS de suas regiões.

Ou seja, serviços altamente especializados estão manejando casos crônicos, de pacientes sem comorbidades e estáveis do ponto de vista do HIV, mas que apresentam outras demandas de saúde, como hipertensão arterial sistêmica ou diabetes *mellitus* tipo 2, e outras necessidades de cuidado integral. Enquanto isso, pacientes mais graves precisam aguardar vaga na agenda desses centros especializados, “disputando” espaço de cuidado com os pacientes crônicos estáveis.

A estimativa é de que, em 2020, 936 mil pessoas viviam com HIV no país, das quais 820 mil estavam diagnosticadas, e 666 mil pessoas se encontravam em tratamento naquele ano. Diante da meta 95-95-95 do Unaid, com 95% das PVHA diagnosticadas até 2030, 95% das diagnosticadas em tratamento e 95% das pessoas em tratamento com carga viral suprimida, ainda é preciso ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento qualificado (BRASIL, 2021b; UNAIDS, 2021).

Os atributos da Atenção Primária são: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Como atributos derivados, têm-se a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). É necessário levar em conta esses atributos e o cenário epidemiológico para entender e construir uma rede de atenção, inclusive para o cuidado das PVHA, com uma lógica de cuidado compartilhado.

3.1 LINHA DE CUIDADO E REDE DE ATENÇÃO À PVHA

A ampliação da oferta do TR de HIV nos serviços de saúde, incluindo serviços da APS, a adoção e divulgação das estratégias de Prevenção Combinada, a simplificação do tratamento, o sucesso terapêutico e a diminuição da mortalidade, aliada ao aumento da sobrevida e da

qualidade de vida das PVHA, trazem à tona a necessidade de uma reorganização do modelo assistencial vigente, incorporando o HIV como um agravo crônico.

Dessa forma, o cuidado integral das PVHA pressupõe a inclusão e a integração de serviços de complexidades assistenciais diferentes, visando o atendimento das demandas trazidas pelos sujeitos em sua totalidade, processo que vai além do manejo clínico e da prescrição de antirretrovirais. As linhas de cuidado constroem esse fluxo a partir dos pontos de atenção, estruturando um projeto geral de cuidado por meio de ações matriciais que envolvem atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância e assistência direcionadas ao atendimento das demandas e particularidades dos grupos.

Oportuno ainda, nesse sentido, é o encaminhamento das PVHA e/ou pessoas com outros agravos em situação de vulnerabilidade social, seja material (privação de renda ou falta de acesso aos serviços públicos) seja relacional (fragilização de vínculos familiares e/ou comunitários e de pertencimento, vivência de situações de discriminação, entre outras) para avaliar inclusão social, com abordagens integradoras para estabelecimento de linhas de cuidado, acesso universal à saúde e proteção social, levando em consideração os determinantes sociais dessas doenças.

No processo de construção das linhas de cuidado para as PVHA, é de suma importância que haja respeito, não discriminação e não estigmatização em relação a essas pessoas, além de confidencialidade e sigilo de suas informações.

Para dar apoio a essa estratégia, encontram-se disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo> os seguintes materiais de suporte:

- 5 Passos para a Implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: manual para gestores.
- Caderno de Boas Práticas no Manejo do HIV na Atenção Primária.
- Manual de Manejo do HIV na Atenção Básica: manual para médicos.
- Cuidado integral das pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional.
- HIV na Atenção Básica: 5 Passos.
- Cuidado Integral da PVHA na Unidade Básica de Saúde (<https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/672-o-cuidado-integral-da-pvhiv-na-unidade-basica-de-saude>).
- Linha de Cuidado de HIV/Aids no Adulto (<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hiv/>).

3.2 DIAGNÓSTICO DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nos últimos anos, diversas ações buscando a ampliação do acesso ao diagnóstico do vírus foram realizadas, em especial a disponibilização de testes rápidos de HIV em serviços de saúde não especializados.

É fundamental que as equipes de saúde ofereçam a possibilidade de testagem para o HIV e outras IST a todos os pacientes sexualmente ativos, independentemente de sintomas ou queixas. Oferecer a testagem para o HIV e outras IST durante avaliações de rotina, mesmo na ausência de sintomas, em especial à população jovem, permite construir um vínculo maior entre profissional e paciente e diagnosticar precocemente a infecção, instituindo-se, assim, os benefícios do tratamento e melhorando o prognóstico e qualidade de vida do usuário e suas parcerias.

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada para a RAS, ofertando serviços perto de onde as pessoas moram e de forma articulada com as necessidades e demandas do território. A APS deve conhecer os usuários e suas famílias e atuar de forma integrada e contínua. Dessa forma, é importante que esses serviços possam, além de ofertar a testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C, estimular a realização do teste pela população, facilitando também o acesso.

Recomenda-se que a oferta ocorra sob livre demanda, sem que haja horários ou turnos específicos para a realização da testagem, incorporando-se essa atividade no processo de trabalho cotidiano da equipe.

Em 17 de dezembro de 2013, foi publicada a Portaria nº 29, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e normatiza a testagem para o HIV em território nacional. Nessa portaria, são apresentados algoritmos que permitem o diagnóstico seguro da infecção. Dentre os algoritmos recomendados, existem aqueles baseados na utilização de testes rápidos, que são imunoenaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.

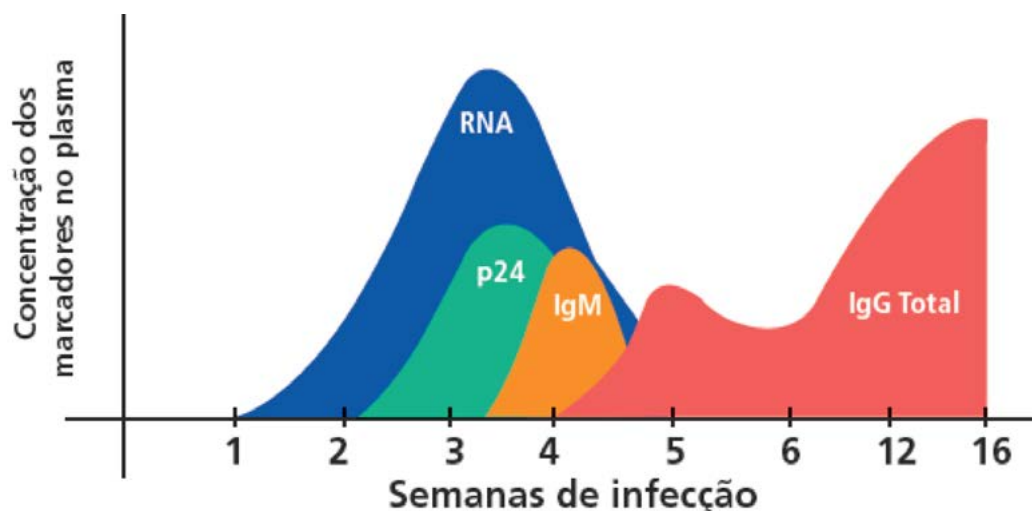
Para mais informações sobre o diagnóstico da infecção pelo HIV, consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018a), disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf.

3. 2. I ASPECTOS GERAIS DO DIAGNÓSTICO DO HIV

O diagnóstico do HIV é realizado pela associação de critérios epidemiológicos, sinais e sintomas clínicos e resultados de testes diagnósticos. Esses testes podem detectar partes do vírus (proteínas, material genético – RNA) circulantes no organismo do indivíduo infectado, ou então, anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema imunitário da pessoa após a infecção.

A seguir, apresenta-se um gráfico com os principais marcadores da infecção pelo HIV presentes na corrente sanguínea, de acordo com o período em que surgem após a infecção, seu desaparecimento ou manutenção ao longo do tempo (Figura 8).

Figura 8 – Principais marcadores do HIV de acordo com o tempo de infecção



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Ao analisar o gráfico, é possível concluir que o material genético do vírus, isto é, o RNA, é o primeiro marcador a ser detectado, seguido pela p24, uma proteína viral, e pelos anticorpos anti-HIV – iniciando com a detecção da IgM, imunoglobulina que aparece primeiramente em resposta a um estímulo antigênico, seguida pela IgG, imunoglobulina mais especializada contra um determinado antígeno.

O período de tempo correspondente entre a infecção até a detecção de um marcador (material genético, proteína ou anticorpos) é denominado janela diagnóstica. No gráfico, é possível observar que o período de janela diagnóstica para detecção da proteína p24 (duas semanas), por exemplo, é maior do que para detecção do RNA viral (uma semana), o qual, por sua vez, é menor do que para a detecção dos anticorpos (a partir da terceira semana).

De maneira particular, quando o marcador que está sendo pesquisado é um anticorpo, essa janela diagnóstica também pode ser denominada como janela imunológica, que vai variar de acordo com o tipo de teste (ou seja, se ele consegue detectar IgM e/ou IgG e em que quantidade), e também de acordo com a capacidade de produção de anticorpos pelo organismo infectado. No gráfico, a detecção de anticorpos inicia-se entre a terceira e quarta semana de infecção, quando se considera IgM, e na quarta semana de infecção, quando se considera IgG. Portanto, nos casos não reagentes, em que persistir a suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir a testagem após 30 dias com a coleta de uma nova amostra.

Durante a janela imunológica, os testes que pesquisam anticorpos não são capazes de detectá-los, mesmo se a pessoa estiver infectada pelo vírus. Porém, é importante ressaltar que a pessoa pode transmitir o HIV mesmo no período de janela imunológica.

3. 2. 2 FLUXOGRAMA DE TESTAGEM RÁPIDA PARA O HIV

Os fluxogramas de testagem rápida para o HIV, disponíveis no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2018a), preconizam a realização de dois testes rápidos sequencialmente, quando o primeiro

TR realizado gerar resultado reagente. Após dois testes rápidos reagentes (TR1 e TR2), deve-se solicitar imediatamente a realização do exame de carga viral. Esse exame, além de complementar o diagnóstico, também será o primeiro teste do monitoramento da infecção pelo HIV. Para agilidade no processo de atendimento, o ideal é que a pessoa já saia da APS com a solicitação de **carga viral** feita, a qual poderá ser realizada por **médicos e enfermeiros**. As orientações sobre essa solicitação serão abordadas de maneira mais detalhada no tópico seguinte.

Nas situações em que o primeiro teste for reagente e o segundo for não reagente, o fluxograma deve ser repetido com a mesma ordem de realização dos testes. Caso persistam os resultados discordantes entre o TR1 e o TR2, uma amostra deverá ser coletada e encaminhada para realização de exames laboratoriais.

Nas situações em que o resultado do TR1 for não reagente, considera-se que o teste não detectou anticorpos anti-HIV na amostra desse paciente, sugerindo ausência de infecção pelo HIV. Se persistir a suspeita, a testagem deverá ser repetida após 30 dias com a coleta de uma nova amostra (BRASIL, 2018a).

O Ministério da Saúde disponibiliza os testes rápidos para HIV aos serviços de saúde e, periodicamente, as orientações sobre qual teste rápido fornecido deve ser utilizado como TR1 e qual deve ser empregado como TR2. É muito importante que as orientações sejam seguidas pelas equipes, pois, ao se estabelecer essa ordem, consideram-se as questões logísticas e também de desempenho do teste (sensibilidade e especificidade).

3. 2. 3 EXAMES DE CARGA VIRAL DE HIV E CONTAGEM DE LINFÓCITOS T-CD4+

Além dos testes rápidos para o HIV, a Atenção Primária também deve disponibilizar acesso aos exames de carga viral de HIV (CV-HIV) e contagem de linfócitos T-CD4+.

Os exames de CV-HIV realizam a quantificação do material genético das partículas virais (HIV RNA) nas amostras do indivíduo. Além de ser utilizada nos fluxogramas de diagnóstico laboratorial e também como teste complementar dos fluxogramas de testes rápidos, a carga viral de HIV é amplamente empregada para o monitoramento da infecção pelo HIV. Esse exame deve ser realizado com a periodicidade preconizada no PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts> (BRASIL, 2018b).

Por sua vez, a contagem de linfócitos T-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias para infecções oportunistas. Com esse exame, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias. A periodicidade de solicitação desse exame também deve obedecer ao PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

Esses exames **podem ser solicitados por médicos e enfermeiros** que atendem as PVHA via “Laudo médico para emissão de BPA-I” disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao/siscel>. Para isso, **os profissionais (médicos e enfermeiros) deverão estar cadastrados**

no Siscel – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao/siscel>) como **profissionais solicitantes**; da mesma forma, **a instituição à qual eles pertencem também deve estar cadastrada no Siscel como instituição solicitante**. Os resultados poderão ser obtidos pelos profissionais de maneira impressa, enviados pelos laboratórios, ou preferencialmente via web, por meio do **Sistema Laudo**. Informações sobre cadastramento de instituição e profissional solicitante no Siscel e no Sistema Laudo estão disponíveis no endereço eletrônico <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao>.

Para a realização da coleta de amostras de CV-HIV e contagem de linfócitos T-CD4+ na APS utilizando pontos de coleta já existentes na região, é necessário que os “Laudos médicos para emissão de BPA-I” já estejam disponíveis nas unidades de saúde e que os pacientes sejam encaminhados para os postos de coleta estabelecidos. Em seguida, os profissionais solicitantes poderão acessar o resultado via web pelo **Sistema Laudo** (<https://laudo.aids.gov.br/login>).

3.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O conceito de Vigilância Epidemiológica encontra-se na Lei nº 8.080, como um dispositivo que compõe o SUS. As informações geradas pela vigilância têm por finalidade subsidiar as recomendações e a adoção de medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Das fontes de informação em vigilância, uma das mais importantes é a notificação compulsória de casos. A última Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC) foi regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2 do MS, de 28 de setembro de 2017.

A notificação compulsória é obrigatória para os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como para os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

O instrumento utilizado para a notificação dos casos é a Ficha de Notificação e Investigação (FNI). As fichas são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Assim como outros agravos de notificação compulsória, os casos de HIV/aids em crianças, de HIV/aids em adultos e de HIV em gestantes fazem parte da LDNC, e devem ser digitados no Sinan.

Para saber mais sobre os critérios de notificação do HIV/aids, você pode acessar os seguintes materiais:

- Guia de Vigilância em Saúde, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.
- 5 Passos para Implementação da Vigilância Epidemiológica da Infecção pelo HIV/ Aids, Gestante HIV Positiva e Criança Exposta ao HIV, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes>.
- Portal do Sinan, que contém os instrumentos para notificação e análise dos dados, disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/gestante-hiv>, <http://portalsinan.saude.gov.br/aids-adulto> e <http://portalsinan.saude.gov.br/aids-crianca>.

3.4 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA VIVENDO COM HIV NA APS

A utilização de um método clínico de cuidado centrado na pessoa pode aumentar a satisfação de profissionais e pacientes, possibilitando a redução de preocupações e queixas. Em geral, uma abordagem centrada na doença não consegue captar os medos, angústias e expectativas do paciente com relação ao significado daquela condição para sua vida, principalmente quando falamos de temas cercados de estigma e discriminação, como o HIV. Uma determinada doença é o que todos com aquela doença têm em comum, mas as experiências da doença de cada um são únicas. Para auxiliar no processo de diagnóstico e acompanhamento das PVHA, busque:

- Compreender o entendimento de saúde e doença por parte da pessoa.
- Identificar os objetivos comuns como perspectivas entre você e o paciente para ter chances de um desfecho mais favorável. Isso é particularmente importante para indivíduos com menor chance de adesão aos tratamentos propostos.
- Considerar o sofrimento, medo e angústias como forma de entender o papel desses sentimentos no surgimento de algumas doenças.
- Utilizar perguntas como “qual a sua maior preocupação?”, “quanto você está sentindo que isso afeta sua vida?” e “no que você acredita que posso ajudar?”.

3. 4. I ATRIBUIÇÕES DA APS PARA A EFETIVAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL DA PVHA

O manejo das PVHA deve ser multiprofissional. Algumas atribuições dos profissionais responsáveis por esse trabalho serão detalhadas a seguir.

Enfermeiro:

- Realizar consulta de enfermagem, executar procedimentos, solicitar exames complementares;
- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- Abordar medos e expectativas com relação ao tratamento e evolução do HIV;
- Verificar e reforçar a adesão;
- Orientar sobre possíveis eventos adversos das medicações;
- Reforçar as orientações de prevenção de outras IST e solicitar exames diagnósticos em caso de exposição sexual de risco;
- Realizar rastreamento de sífilis, hepatites B e C, clamídia e gonococo, de acordo com os protocolos;
- Solicitar contagem de LT-CD4+, CV-HIV e outros exames indicados;
- Discutir planejamento familiar, saúde sexual e métodos anticoncepcionais;
- Avaliar sintomas de TB e verificar indicação de profilaxia para infecção latente da tuberculose (ILTb);
- Avaliar rastreamentos indicados (colpocitologia oncológica e mamografia) e vacinas;
- Realizar interconsulta médica no caso de sinais e sintomas ou avaliação de exames complementares, quando necessário;
- Realizar vigilância com relação à realização dos exames e à presença em consultas na APS e/ou serviços especializados;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados;
- Avaliar e orientar encaminhamento aos serviços de assistência no território em caso de situação de vulnerabilidades e necessidade de proteção social;
- Promover a coordenação do cuidado.

Médico:

- Prescrever TARV por meio dos formulários específicos, quando capacitado;
- Solicitar contagem de LT-CD4+, CV-HIV e outros exames indicados;
- Abordar medos e expectativas com relação ao tratamento e evolução do HIV;
- Verificar e reforçar a adesão, além de pesquisar possíveis efeitos colaterais das medicações;
- Reforçar orientações de prevenção de outras IST e solicitar exames diagnósticos em caso de exposição sexual de risco;
- Realizar rastreamento de sífilis, hepatites B e C, clamídia e gonococo, de acordo com os protocolos;
- Discutir planejamento familiar, saúde sexual e métodos anticoncepcionais;
- Avaliar sintomas de TB e indicação de ILTB;
- Avaliar rastreamentos indicados (colpocitologia oncótica e mamografia) e vacinas;
- Avaliar sinais, sintomas e exames complementares;
- Realizar vigilância com relação à realização dos exames e à presença em consultas na APS e/ou serviços especializados;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados;
- Promover a coordenação do cuidado;
- Realizar encaminhamento para outros pontos da RAS, quando indicado.

Farmacêutico:

- Prestar a Atenção Farmacêutica ao usuário;
- Promover apoio matricial para a APS;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados;
- Verificar e estimular a adesão ao tratamento e realizar acompanhamento farmacoterapêutico;
- Orientar sobre os efeitos adversos mais comuns dos medicamentos utilizados;
- Compreender a rotina do paciente e orientá-lo quanto ao melhor horário para o uso do medicamento;
- Realizar vigilância sobre os casos de maior risco de abandono do acompanhamento ou tratamento, em atuação conjunta com a equipe;
- Orientar e avaliar interações dos medicamentos;
- Avaliar o conhecimento do paciente sobre o tratamento;
- Realizar dispensação da TARV;
- Organizar e manter cadastro atualizado com dados técnico-científicos das drogas, fármacos e medicamentos disponíveis na farmácia;
- Estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica.

Educador físico:

- Promover apoio matricial para a eSF;
- Supervisionar, estimular e promover a atividade física e a prática regular de exercícios, tendo em vista que esses elementos aumentam a disposição e a autoestima, além de ajudar a prevenir os problemas causados pela lipodistrofia, dislipidemia, resistência à insulina e osteoporose, bem como as doenças cardiovasculares;
- Reforçar a importância da adesão ao tratamento e acompanhamento e reportar à equipe de referência possíveis condições clínicas manifestas durante o exercício;

- Estimular as PVHA clinicamente estáveis a praticar exercícios físicos, desde que adequados ao seu preparo físico atual e suas comorbidades;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados.

Psicólogo:

- Promover apoio matricial com serviços especializados de saúde mental;
- Abordar medos e expectativas com relação ao tratamento e evolução do HIV e outras IST;
- Promover psicoterapia individual ou em grupo para casos indicados;
- Identificar possíveis barreiras psicossociais à adesão;
- Avaliar uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas;
- Realizar visita domiciliar de apoio psicossocial para os casos indicados.

Nutricionista:

- Promover apoio matricial com outros pontos da RAS;
- Promover alimentação saudável, com o objetivo de fornecer os nutrientes necessários ao funcionamento do organismo, preservar o sistema imunológico, melhorar a tolerância aos ARV e favorecer a sua absorção, prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos e auxiliar no seu controle, promover a saúde e melhorar o desempenho físico e mental;
- Considerar o estágio da infecção pelo HIV e as patologias associadas, tais como diabetes, hipertensão, obesidade, lipodistrofia, estilo de vida e atividade física habitual;
- Realizar visita domiciliar para os casos indicados.

3. 4. 2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO DO HIV EM SERVIÇOS DA APS

Os pacientes que serão manejados na Atenção Primária e os que deverão ser encaminhados para seguimento nos serviços especializados precisam ser definidos mediante a estratificação de risco acordada localmente. O modelo geral apresentado no Quadro 5, a seguir, é apenas um exemplo. Um modelo de estratificação de risco deve ser definido localmente, a depender da capacidade da rede de serviços instalada e da disponibilidade de profissionais de saúde. É importante que fiquem claros os critérios clínicos a serem considerados, conforme segue:

Quadro 5 – Modelo de estratificação de risco

CONDIÇÕES	LOCAL DE SEGUIMENTO
Assintomáticos estáveis	Atenção Primária
Sinais ou sintomas ou diagnóstico de aids avançada	Serviço Especializado
Doença renal crônica (TFG < 60 mL/min ou proteinúria)	
Insuficiência cardíaca classes III e IV, cardiomiopatia isquêmica classes III e IV, outras cardiomiopatias	
Alterações neurológicas ou psiquiátricas incapacitantes ou de difícil manejo medicamentoso por interações com a TARV	
Pacientes coinfectados (TB-HIV, HBV-HIV, HCV-HIV)	
Gestantes e crianças	
CD4 < 200 células/mm ³	Serviço Especializado
Indicação de tratamento de segunda linha	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Aos pacientes com critérios de acompanhamento na Atenção Primária que estão no serviço especializado, deve-se avaliar a possibilidade de que sejam referenciados para seguimento na APS.

É importante, nesse momento, considerar o desejo da PVHA com respeito a ser ou não atendida em uma Unidade de Saúde próxima à sua casa, acolhendo suas dúvidas em relação ao sigilo e confidencialidade de suas informações.

Dessa forma, o itinerário terapêutico desse indivíduo deve resultar no acolhimento e atendimento de suas necessidades em saúde, o que não significa que o usuário encaminhado fique vinculado apenas ao serviço especializado. A Atenção Primária continua participando enquanto referência desse cuidado. Ou seja, toda PVHA deve ser acolhida na APS, que deverá coordenar o cuidado, independentemente da condição clínica e do local de tratamento do HIV. Além do cuidado clínico, a rede de atenção especializada pode realizar capacitação dos profissionais, apoio matricial, discussão de casos e consulta compartilhada, entre outras, com a APS.

A situação da gestante com HIV é um exemplo importante do itinerário apontado anteriormente. Sabe-se que a porta de entrada preferencial das gestantes dá-se pela APS e que, mesmo referenciadas, elas devem seguir com o cuidado compartilhado.

As pessoas que já chegam ao serviço com $LT-CD4+ < 350$ células/mm³ precisam ser encaminhadas rapidamente a um serviço de referência.

As pessoas que chegam ao serviço com $LT-CD4+ > 350$ células/mm³ e que estão assintomáticas podem permanecer na APS. Aquelas sintomáticas (com sintomas de AIDS avançada) ou com contagem de $LT-CD4 < 200$ células/mm³ precisam ser encaminhadas com prioridade a um serviço de referência.

3. 4. 3 ABORDAGEM INICIAL DA PVHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Toda pessoa com HIV deve ser acolhida pela equipe da APS, que deverá realizar a escuta qualificada, o acompanhamento longitudinal e a coordenação do cuidado – tudo isso, a considerar as peculiaridades do território e a segurança do paciente, independentemente da condição clínica e do local onde a pessoa fará o tratamento do HIV.

É importante que o profissional da unidade de APS realize exame físico e anamnese que contemple informações relevantes para ajudar a definir o plano de cuidado para o indivíduo, tais como história familiar e reprodutiva, abordagem de vulnerabilidades, saúde mental, entre outras.

A seguir, apresentamos um roteiro para realizar a abordagem inicial da PVHA nos serviços de saúde (Quadro 6).

Quadro 6 – Roteiro de abordagem inicial para PVHA

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Explicar a doença: transmissão, história natural, significado da contagem de LT-CD4+ e do exame de carga viral, impacto da terapia antirretroviral (TARV) na morbimortalidade Discutir o tempo provável de soropositividade Fazer revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV Checar se há contagens de LT-CD4+ e exames de CV-HIV anteriores Discutir uso de ARV e se houve eventos adversos prévios (ex.: com uso de PEP e PrEP)
História médica atual e passada	Avaliar: • História de tuberculose, prova tuberculínica, profilaxia e/ou tratamento prévio • História de doença mental • IO prévia ou atual e necessidade de profilaxia para IO • Outras infecções ou comorbidades atuais e/ou pregressas • Histórico de imunizações • Uso de medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
Riscos e vulnerabilidades	Avaliar: • Parcerias e práticas sexuais • Utilização de preservativos e outros métodos de prevenção • História de sífilis e outras IST • Uso de tabaco, álcool e outras drogas • Interesse em reduzir os danos à saúde
História psicossocial	Avaliar: • Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho, domicílio e alimentação
Saúde reprodutiva	Discutir/avaliar: • Desejo de ter filhos • Métodos contraceptivos • Estado sorológico da(s) parceria(s) e filho(s)
História familiar	Revisar histórico de: • Doenças cardiovasculares e hipertensão • Dislipidemias • Diabetes • Neoplasias

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Nesse momento, também podem ser solicitados os exames para avaliação inicial, listados a seguir:

Quadro 7 – Exames complementares para abordagem inicial

Contagem de LT-CD4+ e exame de CV-HIV
Genotipagem pré-tratamento ^(a)
Hemograma completo
Glicemia de jejum
Dosagem de lipídios (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)
Avaliação hepática e renal (AST, ALT, FA, BT e frações, Cr, exame básico de urina)
Teste imunológico para sífilis ^(b)
Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs para verificação de imunização)
IgG para toxoplasmose
Sorologia para HTLV I e II e Chagas ^(c)
Prova tuberculínica (PT)
Radiografia de tórax

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Indicada APENAS para gestantes, casos novos com coinfeção TB-HIV, pessoas que tenham se infectado com parceria em uso de TARV e crianças e adolescentes pré-tratamento com ARV.

^(b) Consultar o “Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis”, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis/view> ou o Capítulo 5 – Sífilis na Atenção Primária à Saúde.

^(c) Triagem para indivíduos oriundos de áreas endêmicas.

3.5 MANEJO CLÍNICO DO HIV NA APS

Desde 2013, o Ministério da Saúde recomenda o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico, por existirem evidências de benefícios relacionados à redução da morbimortalidade e da transmissibilidade da infecção.

O conceito “Indetectável = Intransmissível” significa que pessoas vivendo com HIV/aids em tratamento, com carga viral indetectável há pelo menos seis meses, não transmitem o HIV por meio de relações sexuais. Foram realizados estudos sobre a transmissão sexual do HIV entre milhares de casais, sem um único caso de transmissão sexual do HIV de uma PVHA com CV suprimida à sua parceria soronegativa (Figura 12).

É importante que os serviços de saúde realizem educação em saúde dentro e fora das unidades de saúde (escolas, praças, associações de moradores, conselhos locais) e priorizem o acesso na oferta da testagem para o HIV como forma de garantir diagnóstico e início de tratamento precoces. Devem-se manejar os casos seguindo as recomendações dos protocolos vigentes (<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>), solicitar e avaliar exames iniciais/de monitoramento, iniciar a TARV e utilizar o serviço de apoio matricial da RAS sempre que necessário.

A TARV deve ser iniciada quando a PVHA estiver informada sobre seus benefícios e riscos, além de motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo. É necessário enfatizar que a TARV, uma vez iniciada, não poderá ser interrompida. Em nenhuma situação deve haver qualquer tipo de coerção para o início da TARV.

Conforme o PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Quadro 8), para

os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo/nucleotídeo (ITRN/ITRNT) – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – juntamente com o inibidor de integrase (INI) dolutegravir (DTG).

Para consultar os esquemas de tratamento nos casos de coinfeção TB-HIV ou situações de intolerância ou contraindicações, acesse: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

Quadro 8 – Terapia antirretroviral em adultos: esquema preferencial

SITUAÇÃO	ESQUEMA	DOSE DIÁRIA
Adultos: início de tratamento	TDF/3TC + DTG	300mg/300mg (“2x1”) + 50mg, 1x/dia

Fonte: DCCI/SVS/MS.

VAMOS COMEÇAR?

Antes de tudo, é importante que você saiba que é essencial consultar a história de tratamento do usuário quando de sua chegada à Unidade de Saúde pela primeira vez. Isso é possível consultando o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), disponível em <http://azt.aids.gov.br/>.

3. 5. 1 COMO PRESCREVER A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

- Acesse o Formulário de Dispensação em <http://azt.aids.gov.br/>, aba documentos.
- No campo “Formulários”, clique em “Formulário de Dispensação de ARV – Tratamento”.
- Preencha os campos do formulário conforme as orientações disponíveis na segunda página do próprio formulário.
- Indique a validade do formulário.
- Não se esqueça de carimbar e assinar.
- Anexe a prescrição em receituário comum, com posologias e modo de uso para orientações ao paciente.
- Agende uma consulta entre duas a quatro semanas após o início da TARV para avaliação de efeitos adversos, adesão ao tratamento e vínculo.
- Nos casos em que a Unidade não disponha de sistema informatizado, o “Formulário de Solicitação de Medicamentos – Tratamento” deve estar disponível impresso para preenchimento manual.

3. 5. 2 COMO ORIENTAR A PVHA PARA A RETIRADA DA TARV

- Ajude a pessoa a escolher a Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) mais adequada para ela e a oriente sobre os horários de funcionamento (caso a Unidade não seja uma UDM).
- Para a primeira retirada dos medicamentos, é interessante que a PVHA tenha acesso a informações sobre as medicações, posologia e efeitos colaterais, além de orientações gerais sobre a UDM, vínculo e adesão.
- O paciente deve dirigir-se à UDM selecionada com o “Formulário de Dispensação de ARV – Tratamento” devidamente preenchido, carimbado e assinado, além de documento com foto.
- Esclareça que o formulário tem validade para 30, 60, 90, 120, 150 ou 180 dias, com retirada de no máximo de 90 dias, conforme disponibilidade de estoque da UDM.
- No momento da dispensação, o farmacêutico responsável deve verificar o correto

preenchimento do formulário, observar a quantidade de medicamentos prescrita e fornecer informações quanto à posologia e efeitos colaterais dos medicamentos.

3. 5. 3 FALHA NA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Com os esquemas antirretrovirais modernos, pelo menos 80% dos pacientes apresentam CV-HIV inferior a 50 cópias/mL (CV indetectável) após um ano de tratamento, e a maioria mantém a supressão viral nos anos seguintes.

O principal parâmetro para caracterizar a falha da TARV é a falha virológica, isto é, CV-HIV detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento, ou rebote da CV-HIV em indivíduos que haviam atingido supressão viral sob tratamento. Em todos os casos, a CV-HIV detectável deve ser confirmada em coleta consecutiva após intervalo de quatro semanas do exame anterior.

Quando a falha acontece, deve-se iniciar a TARV de resgate. É fundamental o reconhecimento precoce da falha virológica, além da escolha cuidadosa da estratégia e dos medicamentos a serem utilizados no novo esquema.

Inúmeros fatores podem contribuir para falha aos ARV, os quais devem ser considerados na investigação.

A principal causa de falha da TARV é a **adesão irregular** do paciente ao tratamento. Depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso e comorbidades, além de efeitos adversos e posologia complexa, contribuem para a adesão irregular, além de outros elementos, como:

- Esquemas inadequados: a utilização de esquemas subótimos, tais como terapia dupla, terapia tripla contendo apenas ITRN ou número insuficiente de medicamentos ativos, pode levar à supressão viral incompleta.
- Fatores farmacológicos: deve-se pesquisar a possibilidade de administração incorreta dos ARV, incluindo quebra de comprimidos, interações medicamentosas ou erros de prescrição, além de outros fatores que resultam em má absorção ou eliminação acelerada dos medicamentos.
- Resistência viral: a resistência genotípica do HIV aos antirretrovirais pode ser identificada no momento da falha em até 90% dos casos, podendo ser tanto causa como consequência desta.

Pacientes que necessitem realizar investigação de falha virológica devem ser encaminhados ao serviço especializado, com a garantia de consulta e realização de exames em tempo oportuno.

3.6 FERRAMENTAS PARA QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO ÀS PVHA

O cuidado contínuo das PVHA se inicia já na oferta da testagem do HIV e outras IST e inclui acolhimento, vínculo e responsabilização em todo o processo de cuidado, com respeito à autonomia e protagonismo da pessoa na construção de estratégias que facilitem o acesso e a vinculação aos serviços de seguimento do HIV e, sobretudo, que promovam a adesão ao tratamento.

3. 6. 1 VINCULAÇÃO

O processo de vinculação é bastante abrangente. Começa com o acolhimento, orientação e direcionamento do usuário, seguindo com o monitoramento clínico e o encaminhamento da pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames, tenha acesso à TARV o mais breve possível e desenvolva autonomia para o autocuidado (BRASIL, 2017a).

COMO CONSTRUIR A VINCULAÇÃO?

A ligação entre o momento da testagem e o acesso ao serviço de saúde que fará o acompanhamento para o cuidado contínuo da pessoa recém diagnosticada com HIV deve se dar da forma mais articulada e integrada possível para, assim, facilitar o vínculo. Esse processo compreende:

- Encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência, sejam estes da Atenção Primária ou Especializada, de acordo com a organização da rede local, com estabelecimento de estratégias para a garantia do acesso e o cuidado compartilhado;
- Acompanhamento dos usuários após o diagnóstico, quando estes ainda não estiverem vinculados a um serviço de referência, de modo a contribuir com o processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e com a adesão ao processo de cuidado contínuo.

A seguir, são apresentadas algumas sugestões para qualificar o encaminhamento ao serviço de seguimento do cuidado contínuo das PVHA e a construção de vínculo no serviço de saúde:

- Contatar previamente o serviço de referência que acolherá a PVHA;
- Encaminhar a PVHA com a referência do profissional que irá atendê-la, data e horário do exame e/ou primeira consulta;
- Manter contato com a PVHA, oferecendo apoio e suporte para suas necessidades, durante o processo de vinculação.

Em todo o processo de vinculação, deve-se atentar para a garantia do vínculo da PVHA ao serviço de saúde, a orientação e o fortalecimento da sua autonomia em relação ao autocuidado.

3. 6. 2 ENGAJAMENTO E RETENÇÃO

O engajamento da PVHA diz respeito ao processo contínuo de acompanhamento clínico das PVHA vinculadas aos serviços de saúde. Tem como objetivo propiciar o envolvimento dos usuários no seu processo de cuidado contínuo, o comparecimento às consultas nos intervalos recomendados, a realização de exames de seguimento e o acesso à TARV no tempo oportuno, respeitando a autonomia e o autocuidado.

COMO CONSTRUIR O ENGAJAMENTO E A RETENÇÃO?

Essa etapa do processo de cuidado contínuo envolve maior participação do usuário para potencializar o envolvimento no seu processo de cuidado. Isso pode ser feito a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), significa o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação

de risco e vulnerabilidades (BRASIL, 2007). O PTS dos usuários com diagnóstico positivo para o HIV pode ser construído a partir de quatro momentos: diagnóstico, trocas de informações e definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

Isso posto, cabe lembrar que essa etapa envolve a **retenção** das PVHA no processo de tratamento, um dos indicadores de monitoramento clínico. A retenção nos serviços engloba tanto as PVHA que estão em TARV quanto aquelas que ainda não iniciaram a terapia, e pode ser trabalhada de formas distintas nesses dois grupos.

Para as pessoas que iniciaram a TARV, os conceitos de retenção e de adesão interagem entre si. Além do comparecimento às consultas, o indivíduo deve também retirar regularmente os medicamentos. Diante do não comparecimento a uma consulta ou do atraso na retirada de medicamentos, o serviço de APS deverá contatar a PVHA e realizar a busca ativa do indivíduo, com especial atenção para as pessoas com apresentação tardia (LT-CD4+ < 350 células/mm³), os coinfectados TB-HIV e outras IST, gestantes, adolescentes e crianças, populações-chave e prioritárias e pessoas em situação de maior vulnerabilidade.

COMO ORGANIZAR OS SERVIÇOS?

Os serviços de saúde devem estar organizados para atender as PVHA de maneira eficaz e garantir sistematicamente:

- Espaço para recepção e acolhimento de novos usuários;
- Agendamento das consultas, a ser cumprido conforme o intervalo recomendado. Os intervalos variam segundo a necessidade de cada PVHA;
- Monitoramento sistemático dos sistemas de informação para acompanhar a evolução clínica das PVHA que estejam com carga viral detectável, que apresentem irregularidade no tratamento ou que tenham alguma coinfeção;
- Solicitação e acompanhamento dos resultados dos exames, conforme rotina estabelecida nas recomendações dos PCDT vigentes.

3. 6. 3 ADESÃO

Entende-se como adesão a utilização correta dos medicamentos ARV prescritos pela equipe de saúde para o tratamento das PVHA, respeitando as doses, horários e outras indicações. Ressalta-se que o processo de adesão vai além da ingestão de medicamentos, incluindo também o fortalecimento da PVHA; o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde; o acesso à informação; o acompanhamento clínico-laboratorial; a adequação aos hábitos e necessidades individuais; e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde para promover a corresponsabilização do cuidado e, com isso, promover maior autonomia dos usuários.

COMO CONSTRUIR A ADESÃO?

Todas as pessoas envolvidas no processo de adesão podem usar o momento do contato com a PVHA para fortalecer a importância de aderir à TARV, reforçando os benefícios dos medicamentos e ouvindo possíveis dificuldades, além de elaborar estratégias que possam orientar e auxiliar o indivíduo em relação à sua saúde.

Ações de adesão podem ser realizadas por meio de **acolhimento, escuta qualificada, atendimento individual, grupos de educação em saúde (presenciais e/ou virtuais), articulação com OSC, ações intersetoriais**, dentre outras formas que poderão ser organizadas no território, de acordo com as demandas e necessidades daquele contexto.

As equipes de saúde devem realizar orientações e intervenções que visem o fortalecimento do cuidado e a promoção da saúde, sem, necessariamente, ter como foco o HIV. **As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**² podem ser utilizadas como ferramentas de qualificação do cuidado na Atenção Primária, a exemplo da fitoterapia, acupuntura, homeopatia, entre outras. Estas práticas integrativas e complementares e as práticas populares no SUS fortalecem o cuidado integral e a compreensão ampliada da saúde.

Para saber mais sobre as etapas do cuidado contínuo, acesse <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

3. 6. 4 ABANDONO E REVINCULAÇÃO

São várias as questões que podem levar uma pessoa a interromper seu tratamento do HIV. Falhas na adesão ou abandono da TARV podem ser determinadas por razões multifatoriais, tais como aspectos socioeconômicos, culturais, psicológicos e institucionais, além daqueles advindos da relação entre o profissional de saúde e o usuário e da dificuldade de vinculação deste último ao serviço de saúde (BRASIL, 2008a).

O abandono da TARV pode ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e qualquer outra ação relacionada ao autocuidado (BRASIL, 2008a). Nesses casos, o serviço pode realizar esse acompanhamento por meio do monitoramento clínico e da busca ativa, além de qualificar a escuta para compreender as dificuldades e motivos que levaram ao abandono.

Quando ocorre o abandono, é necessário persistir para restabelecer o vínculo interrompido entre a PVHA e o serviço de saúde, processo denominado de revinculação, como conceito de monitoramento clínico.

O QUE É ABANDONO?

O conceito de abandono está relacionado àquelas PVHA que já iniciaram TARV em algum momento, mas que, por algum motivo, interromperam a ingestão do medicamento, abrangendo também o afastamento do acompanhamento relacionado às consultas, exames e demais ações de cuidado. A importância do entendimento desse conceito está diretamente relacionada à necessidade de implementação de ações de cuidado integral, visando a garantia de longitudinalidade do cuidado.

QUEM FAZ O MONITORAMENTO DO ABANDONO?

Toda a equipe de saúde deve ser responsável por realizar o monitoramento da adesão ao tratamento das PVHA vinculadas aos serviços. A adesão ao tratamento necessita ser abordada em cada contato do usuário com a unidade de saúde, quando se devem reforçar os benefícios da não interrupção do tratamento e realizar a escuta qualificada da PVHA, entendendo situações que possam estar dificultando ou impedindo a manutenção do tratamento.

²As PICS foram instituídas no SUS mediante a Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que “aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde”, e ampliadas pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, que “inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares”.

COMO FAZER A PREVENÇÃO E O MONITORAMENTO DO ABANDONO?

51

Além de realizar o acolhimento e a escuta da PVHA, os profissionais de saúde podem, a partir das demandas trazidas, propor estratégias em conjunto com o usuário para transpor potenciais dificuldades de adesão ao tratamento, retomando e fortalecendo o PTS.

Vale a pena ressaltar que, para que a PVHA seja caracterizada como “PVHA em abandono”, ela deve estar há mais de 100 dias sem dispensação de TARV, um período considerado grande se pensarmos nos benefícios trazidos pela manutenção do tratamento e a consequente supressão viral. Dessa forma, é importante que as equipes de saúde possam estabelecer, em sua rotina de trabalho, o monitoramento contínuo das dispensações de ARV às PVHA vinculadas aos serviços sob sua responsabilidade, podendo intervir antes que o abandono de fato aconteça. Eventuais faltas ou atrasos nas consultas e/ou nas dispensações de TARV podem indicar a necessidade de um olhar mais singularizado e a retomada do PTS, de forma a tentar evitar o abandono.

Nos casos em que houver perda de seguimento e/ou de vínculo com o serviço de saúde, é necessário iniciar o processo de **revinculação**.

Existem diversas possibilidades de intervenções, como busca ativa, discussões em reuniões de equipe e realização de visitas domiciliares. Cabe reiterar que as equipes multiprofissionais da APS devem realizar ações de monitoramento e vigilância epidemiológica desde que **resguardem as questões éticas e qualquer informação de saúde do cidadão brasileiro**, considerando a revogação da Instrução Normativa nº 1.626/GM/MS/2007 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/in1626_10_07_2007.html) pela Instrução Normativa nº 593/2015 (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/int0593_20_05_2015.html), que a substituiu e que desobrigou a exigência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O QUE É REVINCULAÇÃO?

O processo de revinculação envolve todas as ações necessárias para que haja restabelecimento do vínculo da PVHA com o serviço de saúde e a continuidade do tratamento antirretroviral.

QUEM CONSTRÓI A REVINCULAÇÃO?

Assim como a vinculação, o processo de revinculação deve ser feito por profissionais da saúde e/ou membros das OSC.

COMO ORGANIZAR O SERVIÇO?

O processo de revinculação se inicia pela identificação das PVHA que abandonaram o tratamento. A equipe de saúde consegue essa informação consultando o relatório de abandono do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) ou o relatório de atraso de dispensação do Siclom (atrasos a partir de 101 dias), devendo atuar em articulação com a realidade vivenciada no território.

Após esse passo, é importante pensar na estratégia que será utilizada para retomar o contato com o usuário. As PVHA podem ser contactadas pelas equipes de saúde com o objetivo de promover cuidados e atenção, a partir do compromisso ético-profissional

que preconiza o sigilo do diagnóstico. Sendo assim, os usuários que não desejarem ser contatados devem informar à equipe multiprofissional, que poderá anotar essa informação no prontuário, junto à assinatura da PVHA.

Na revinculação, a ação entre pares pode aumentar as chances de o usuário aceitar o apoio para retomar o vínculo, assim como no processo de vinculação. Isso se deve à identificação da PVHA com o vinculador.

Uma vez que o processo é voltado para pessoas que já foram vinculadas anteriormente, mas que não seguiram o tratamento, é importante, além de compreender o motivo que ocasionou a interrupção do tratamento:

- Verificar o local de residência da pessoa, mapeando os serviços mais próximos e as possibilidades existentes dentro da rede local;
- Conhecer o fluxo de referência estabelecido entre os pontos de atenção da rede;
- Abordar questões sobre confidencialidade e sigilo.

Nos casos em que a opção for pela revinculação do usuário em outra Unidade de Saúde, ou quando esse processo for mediado em parceria com OSC, a equipe pode, antes do encaminhamento da PVHA, realizar algumas ações que facilitam o processo, tais como:

- Contatar o serviço de referência que receberá a PVHA;
- Encaminhar a PVHA para acolhimento na unidade de referência sabendo qual profissional fará o primeiro atendimento, assim como a data e horário da consulta;
- Manter contato com a PVHA, oferecendo apoio e suporte em suas necessidades durante esse processo de revinculação.

Como já houve abandono de tratamento, é importante avaliar se o usuário precisa ser acompanhado com maior frequência ou por um período de tempo maior, como forma de fortalecer o vínculo, a adesão e o acompanhamento longitudinal. Periodicamente, deve-se retomar a tentativa de contato e/ou buscar a ocorrência de outro desfecho, como migração para outro serviço ou óbito. Esses casos não devem mais ser considerados como “perda de seguimento”.

3.7 SISTEMA DE MONITORAMENTO CLÍNICO

O monitoramento clínico das PVHA pode ser realizado mediante os recursos disponíveis, como prontuários, reuniões de equipe, PTS, sistemas de informação – como, por exemplo, o Sistema de Informações de Monitoramento Clínico das PVHA (SIMC), de forma a realizar acompanhamento mais frequente da evolução clínica das PVHA que estão com carga viral detectável, que apresentam irregularidade no tratamento ou que se enquadrem nos demais casos citados anteriormente. A gestão da clínica pode ser usada para gerar ações de melhoria contínua no cuidado das PVHA.

Atualmente, o SIMC monitora as PVHA que não iniciaram a terapia antirretroviral (relatórios de “gap” de tratamento), em abandono de terapia (relatórios de acompanhamento de TARV), gestantes com carga viral detectável, tratamento da ILTB e pessoas com CV detectável (relatórios de carga viral). As informações sobre as lacunas de tratamento do HIV são obtidas a partir do cruzamento de dados do Siscel e Sicom.

A ferramenta possibilita que gestores e profissionais da saúde monitorem etapas importantes do cuidado contínuo das PVHA, além da proposição de ações relacionadas à vigilância, gestão e atenção à saúde que removam barreiras de acesso e contribuam para o aprimoramento do processo de cuidado da saúde dessas pessoas. Recomenda-se que os profissionais de saúde envolvidos no cuidado das PVHA realizem o cadastro nos principais sistemas de informação para poderem acessar informações importantes que auxiliam no processo de cuidado contínuo, tais como:

- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (Siscel) – desenvolvido com o intuito de monitorar os procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+ e quantificação da carga viral do HIV, para avaliação de indicação de tratamento e seguimento de pessoas em terapia antirretroviral;
- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) – tem por objetivo o gerenciamento logístico dos ARV e dos insumos de prevenção, quais sejam, preservativos feminino e masculino e gel lubrificante. As informações são utilizadas para o controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais das PVHA e uso de diferentes esquemas terapêuticos: <http://azt.aids.gov.br/> (gerencial) e <https://siclom.aids.gov.br/> (logístico).
- Sistema Laudo – módulo de consulta e/ou impressão de resultados de exames carga viral de HIV-I, contagem de linfócitos T-CD4+/CD8+, genotipagem de HIV-I e tipificação do alelo HLA-B*5701;
- Impressão de laudos e resultados do Siscel e do Sistema de Controle de Exames de Genotipagem (Sisgeno) – <https://laudo.aids.gov.br/>;
- Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV (SIMC): <http://simc.aids.gov.br/>.

3.8 CUIDADO COMPARTILHADO DAS PVHA ENTRE APS E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Diante da proposta de ampliação do cuidado compartilhado das PVHA entre atenção especializada e Atenção Primária, o desafio da qualificação dos médicos de família ou generalistas, enfermeiros e outros membros da equipe acerca dessa pauta precisa estar na agenda. É um processo que, se feito de forma adequada, possibilita assegurar a agilidade no início do tratamento, aumentar a adesão e garantir o cuidado de outras demandas de saúde. Essa mudança de orientação para a lógica do cuidado compartilhado traz uma série de desafios, que vão desde garantia de sigilo e acolhimento adequado até a qualificação clínica dos profissionais.

Alguns pacientes podem permanecer sob o cuidado da APS, sem necessidade de encaminhamento para a atenção especializada. Mesmo para os que apresentam critérios para encaminhamento, como crianças e gestantes, o cuidado compartilhado deve ser avaliado como ferramenta importante para o acompanhamento de saúde desses pacientes.

Os serviços especializados continuam participando do cuidado como referência, caso haja mudanças na situação de saúde do paciente, além de integrarem atividades como capacitação dos profissionais, matriciamento, discussão de casos e consulta compartilhada, entre outras possibilidades.

4 HEPATITES VIRAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo primário pelo tecido hepático, e que podem apresentar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém com importantes particularidades (BRASIL, 2018c). Cinco vírus são responsáveis pela maioria dos casos de hepatites virais: o vírus da hepatite A (HAV), o da hepatite B (HBV), o da hepatite C (HCV), o da hepatite D (HDV) e o da hepatite E (HEV) (WHO, 2021). Todos podem causar hepatite aguda; entretanto, apenas o HBV, o HCV e o HDV causam frequentemente hepatite crônica, que pode provocar lesão hepática progressiva e carcinoma hepatocelular (CHC). Desses, o HBV e o HCV são responsáveis por 96% da mortalidade por hepatites virais, sendo que o HDV pode ser cofator em algumas mortes de pessoas com HBV (WHO, 2017).

Em virtude da necessidade de ampliação de estratégias que contribuam para a eliminação das hepatites virais no Brasil, e sendo a Atenção Primária à Saúde a principal porta de entrada aos serviços do SUS, este capítulo tem por objetivo apresentar diretrizes que subsidiem as ações das equipes da APS quanto à prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pelas hepatites virais no território brasileiro.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2019, 58 milhões de pessoas viviam com infecção pelo HCV no mundo, representando 0,75% da população; no mesmo ano, 296 milhões de pessoas, ou 3,8% da população mundial, viviam com infecção crônica pelo HBV. As hepatites virais B e C foram, nesse mesmo período, juntas, responsáveis por 1,1 milhão de mortes, principalmente por cirrose e CHC (WHO, 2021). Projeções apontam que, em 2040, as mortes por hepatites crônicas irão ultrapassar a mortalidade associada ao HIV, à tuberculose e à malária (FOREMAN *et al.*, 2018). A menos que mais pessoas com infecção por HBV e HCV sejam diagnosticadas e tratadas, o número de mortes por hepatites virais continuará a aumentar.

No Brasil, a prevalência da infecção crônica pelo HBV, estimada em 2017, era de aproximadamente 1,1 milhão de casos e a prevalência de infecção crônica pelo HCV, de 657 mil pessoas (0,32% da população) (BENZAKEN *et al.*, 2019). Em maio de 2016, a OMS lançou a primeira “Estratégia Global do Setor de Saúde contra as Hepatites Virais, 2016-2021”, visando a eliminação das hepatites virais como um problema de saúde pública. Para isso, propõe como objetivos mundiais a redução de novas infecções em 90% e a redução de mortes em 65%, até 2030 (WHO, 2017).

A maioria das pessoas com infecção crônica pelas hepatites virais desconhece seu diagnóstico, constituindo elo fundamental na cadeia de transmissão dessas infecções. As equipes da APS têm papel decisivo na prevenção, no rastreamento, no diagnóstico, no tratamento e no acompanhamento das pessoas com hepatites virais, sintomáticas ou não. Nesse contexto, destaca-se a atuação do profissional enfermeiro para o rastreamento oportuno, a confirmação do diagnóstico e a definição do nível de atenção em que os pacientes receberão o tratamento, bem como a importância de que o tratamento de casos mais simples seja realizado pelo médico que atua na APS. Para mais detalhes acerca da atuação do enfermeiro no contexto das hepatites virais, consulte a Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/DCCI/SVS/MS pelo link: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-369-2020-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view.

Para que esses profissionais exerçam tais atividades, é imprescindível que recebam capacitações específicas sobre as diretrizes e protocolos referentes às hepatites virais. Além disso, são de suma importância treinamentos que desenvolvam habilidades como articulação territorial, identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade e de casos suspeitos, informação em saúde para a população geral sobre os agravos, métodos preventivos (incluindo uso de preservativos e redução de danos), testagem, acolhimento, solicitação de exames para confirmação diagnóstica, encaminhamentos para o tratamento e vacinação de pacientes suscetíveis.

Sobre o cuidado individual, é importante solicitar exames laboratoriais adequados, avaliar as indicações de tratamento, tratar na APS os casos de menor complexidade e encaminhar para serviços especializados os de maior complexidade, mantendo a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Considerando esse contexto, espera-se que o conteúdo aqui descrito seja eficaz na abordagem dos agravos e que promova, para as equipes da APS, a ampliação do olhar para as hepatites virais, à luz da integralidade do cuidado a ser prestado à sua população adscrita, por meio da oportunização de ações já executadas rotineiramente, agregando ações voltadas às hepatites.

4.1 HEPATITE A

O HAV se replica no fígado, é excretado na bile e eliminado nas fezes, resultando na transmissão pela via fecal-oral. Esse vírus interfere na função hepática, desencadeando uma resposta imune que provoca inflamação no fígado.

A doença tem grande relação com alimentos ou água contaminados, baixos níveis de saneamento básico e de higiene pessoal (WHO, 2022a). Outras formas de transmissão são o contato interpessoal próximo (intradomiciliar, com pessoas em situação de rua ou entre crianças em creches) e o contato sexual, especialmente em HSH (MATHENY; KINGERY, 2012). A transmissão parenteral é rara, mas pode ocorrer se o doador estiver na fase de viremia do período de incubação (BRASIL, 2018c). Contribuem para a transmissão a estabilidade do HAV no meio ambiente e a grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados. Crianças podem manter a eliminação viral até cinco meses após a resolução clínica da doença.

A hepatite A possui quatro fases clínicas, embora estas não ocorram em todos os pacientes, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 9 – Fases clínicas da hepatite A

FASE	DURAÇÃO	SINAIS E SINTOMAS
Incubação	15 a 45 dias (média de 30 dias)	A pessoa infectada é assintomática, mas pode estar eliminando o vírus ativamente nas fezes. O período de transmissibilidade ocorre duas semanas antes do início dos sintomas até o final da segunda semana da doença.

CONTINUA

CONCLUSÃO

Pré-ictérica	Dias a semanas	Precede o início da icterícia; é caracterizada por sintomas prodrômicos inespecíficos, como anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou ao olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite, exantema papular ou maculopapular. Colúria ocorre antes do início da icterícia.
Icterícia	70% a 80% em adultos 5% a 10% em menores de 6 anos	A maioria dos sintomas diminui, mas hepatomegalia e desconforto à palpação em hipocôndrio direito ocorrem em cerca da metade dos pacientes.
Convalescência	Os sintomas duram menos de 2 meses, apesar de 3% a 20% das pessoas sintomáticas terem doença prolongada ou recidivante por até 6 meses	

Fonte: DCCI/SVS/MS, com base em BRASIL, 2008b; GLIKSON *et al.*, 1992.

A probabilidade de curso sintomático aumenta com a idade (GREGORY; ARMSTRONG, 2002), assim como a taxa de letalidade. A letalidade também é maior em pessoas com hepatopatia crônica, que estão sob risco aumentado de insuficiência hepática aguda (WILLIAMS *et al.*, 1996).

4. 1. 1 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO (INFECÇÃO AGUDA)

- 1) Lavar as mãos (principalmente após o uso do sanitário e a troca de fraldas, e antes do preparo de alimentos)*;
- 2) Lavar com água tratada, clorada ou fervida os alimentos que são consumidos crus, deixando-os de molho por 30 minutos;
- 3) Cozinhar bem os alimentos antes de consumi-los, principalmente mariscos, frutos do mar e peixes;
- 4) Lavar adequadamente pratos, copos, talheres e mamadeiras;
- 5) Usar instalações sanitárias*;
- 6) No caso de creches, pré-escolas, lanchonetes, restaurantes e instituições fechadas, adotar medidas rigorosas de higiene, tais como a desinfecção de objetos, bancadas e chão, utilizando hipoclorito de sódio a 2,5% ou água sanitária;
- 7) Não tomar banho ou brincar perto de valões, riachos, chafarizes, enchentes ou próximo a locais onde haja esgoto;
- 8) Evitar a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios;
- 9) Usar preservativos e higienizar as mãos, genitália, períneo e região anal antes e depois das relações sexuais;
- 10) Higienizar vibradores, *plugs* anais e vaginais e outros acessórios eróticos;
- 11) Uso de barreiras de látex durante o sexo oral-anal e de luvas de látex para dedilhado ou “fisting”.

*Também são recomendações para casos de hepatite E ativa.

A infecção atual ou recente pode ser determinada pela presença de anticorpos anti-HAV IgM no soro, que permanecem detectáveis por cerca de seis meses. Já a infecção pregressa pode ser determinada pela presença de anticorpos anti-HAV IgG no soro, que surgem logo após o início dos sintomas e conferem imunidade em longo prazo – geralmente, por toda a vida (JACOBSEN, 2009).

Não há nenhum tratamento específico para hepatite A. O mais importante é evitar medicações desnecessárias e hepatotóxicas. A hospitalização está indicada apenas nos casos de insuficiência hepática aguda. O tratamento visa a manutenção do conforto e o equilíbrio nutricional adequado, incluindo reposição de fluidos perdidos pelos vômitos e diarreia (WHO, 2022a).

4. 1. 2 IMUNIZAÇÃO

A vacina inativada de hepatite A é altamente eficaz e segura e constitui a principal medida de prevenção contra a hepatite A. **A gestação e a lactação não representam contraindicações para a imunização.** Atualmente, faz parte do calendário infantil, no esquema de uma dose aos 15 meses de idade, podendo ser utilizada a partir dos 12 meses até os 4 anos, 11 meses e 29 dias de vida. Além disso, a vacina está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) no esquema de duas doses – com intervalo mínimo de seis meses – para pessoas acima de 1 ano de idade, com as seguintes condições:

- Hepatopatias crônicas de qualquer etiologia, inclusive infecção crônica pelo HBV e/ou pelo HCV;
- Pessoas com coagulopatias, hemoglobinopatias, trissomias, doenças de depósito ou fibrose cística (mucoviscidose);
- Pessoas vivendo com HIV;
- Pessoas submetidas a terapia imunossupressora ou que vivem com doença imunodepressora;
- Candidatos a transplante de órgão sólido, cadastrados em programas de transplantes e transplantados de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea);
- Doadores de órgão sólido ou de células-tronco hematopoiéticas (medula óssea), cadastrados em programas de transplantes.

A atuação da APS é estratégica para a prevenção e controle da hepatite A, por possibilitar um olhar mais próximo ao território e suas condições. Para tanto, é importante a realização de um diagnóstico situacional e mapeamento dos principais locais de risco para a infecção pelo HAV (locais sem saneamento básico e/ou com abastecimento de água irregular, o que pode levar a um armazenamento inadequado, dentre outros), bem como a identificação de bolsões de pessoas suscetíveis, relacionados à baixa cobertura vacinal da hepatite A em crianças.

As ações de prevenção compreendem a educação em saúde sobre higiene, vacinação e armazenamento de água em situações adversas; os espaços podem ser variados, seja na própria unidade de saúde ou em ações extramuros nas creches e escolas, em locais estratégicos do território. Em relação à possibilidade de infecção em virtude de práticas sexuais, conforme supracitado, cabe às equipes a identificação de espaços possíveis que abordem essa temática.

Outra ação que merece destaque versa sobre a atuação articulada entre a APS e a vigilância local quando da ocorrência de surtos da doença, em casos de alagamentos ou outros desastres, por exemplo. Para isso, os fluxos devem estar bem alinhados, para que a detecção, notificação e vacinação de bloqueio ocorram oportunamente.

4.2 HEPATITE B

A infecção pelo HBV é uma das mais comuns e representa um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, devido à sua elevada morbidade e mortalidade. Em 2019, a OMS estimou que 296 milhões de pessoas (3,8% da população mundial) viviam com infecção crônica pelo HBV. No mundo, nesse mesmo período, as hepatites virais B e C foram, juntas, responsáveis por 1,1 milhão de mortes, principalmente por cirrose e carcinoma hepatocelular (WHO, 2021). Os óbitos pelo HBV ocorrem, principalmente, devido à cirrose e ao CHC, com uma proporção atribuída também à coinfeção pelo vírus da hepatite D (WHO, 2017).

No Brasil, entre 2011 e 2019, pode-se observar uma redução de 20,7% nas taxas de detecção de hepatite B, que passaram de 8,5 para 6,7 casos para cada 100 mil habitantes, respectivamente. No ano de 2021, a taxa de detecção foi de 3,4 casos para cada 100 mil habitantes, a menor da série histórica (BRASIL, 2022b). A epidemiologia da hepatite B não é homogênea no cenário nacional (LOPES; SCHINORI, 2011). Há uma concentração dos casos na região Amazônica e em grupos populacionais com mais vulnerabilidades associadas, como profissionais do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas em situação de rua, dentre outras.

A presença de HBsAg estabelece o diagnóstico de infecção pelo HBV, que pode causar hepatite aguda ou crônica, ambas geralmente oligossintomáticas. A infecção crônica é definida pela presença de HBsAg por um período igual ou superior a meses, sendo considerada um processo dinâmico, que reflete a interação entre a replicação viral e a resposta imune do hospedeiro, podendo evoluir gradual ou rapidamente. A história natural da infecção é marcada por evolução silenciosa, com diagnóstico, geralmente, após décadas da infecção. Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado e costumam manifestar-se apenas em fases mais avançadas da doença. A icterícia ocorre em menos de um terço dos infectados.

O risco de desenvolver infecção crônica pelo HBV após exposição aguda varia de acordo com a idade, sendo de 90% para os recém-nascidos de mães HBeAg positivas, de 25% a 30% para lactentes a menores de 5 anos, e de até menos de 5% em adultos (BEASLEY; HUANG, 1983; MCMAHON *et al.*, 1985). A incidência global de hepatite B é em grande parte impulsionada pela transmissão vertical (TV) e na primeira infância, sendo este um dos principais pontos discutidos nas estratégias de eliminação das hepatites virais propostas pela OMS (THOMAS, 2019). Além disso, pessoas imunossuprimidas têm maior probabilidade de desenvolver infecção crônica pelo HBV após infecção aguda (BODSWORTH; COOPER; DONOVAN, 1991).

O HBV pode ser transmitido de diversas formas, a saber:

- Em relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada;
- Por transmissão vertical (da mãe infectada para a criança, durante a gestação e o parto);

- Via percutânea/parenteral (compartilhamento de material para uso de drogas, como seringas, agulhas, cachimbos; compartilhamento de materiais de higiene pessoal, como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam);
- Na confecção de tatuagem, colocação de piercings e procedimentos odontológicos ou cirúrgicos que não atendam às normas de biossegurança;
- Por contato próximo de pessoa a pessoa (presumivelmente por cortes, feridas e soluções de continuidade) (PETERSEN *et al.*, 1976);
- Por transfusão de sangue (mais relacionada ao período anterior a 1993).

O HBV pode sobreviver fora do corpo, em uma gota de sangue, por períodos prolongados (BOND *et al.*, 1981), apresentando maiores chances de infectar um indivíduo suscetível quando comparado com o HCV e o HIV.

4. 2. I TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DO HBV (TR HBsAg)

Atualmente, o MS vem discutindo estratégias para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C, bem como aumentar a cobertura vacinal para hepatite B. Dentre as principais ações, está a ampla oferta do teste rápido para o rastreio da população. Essa tecnologia é de fácil execução e prescinde de estrutura laboratorial, podendo ser realizada em diversos ambientes, incluindo UBS, CTA, ações extramuros e outras iniciativas. **É recomendado que todas as pessoas sem histórico de vacinação completa para hepatite B** façam o teste de HBsAg, como forma de identificar casos de infecção crônica pelo HBV. É preciso lembrar que essas pessoas devem ser vacinadas caso o TR tenha resultado não reagente. A indisponibilidade do teste não é um impeditivo para o início do esquema vacinal, que deve ser instituído o mais precocemente possível em todos os indivíduos suscetíveis.

O uso do TR para hepatite B é amplamente recomendado para a testagem da população geral suscetível, principalmente em indivíduos com 20 anos ou mais, devido à menor cobertura vacinal a partir dessa idade no Brasil. Ademais, deve ser utilizado para o rastreio de populações mais vulneráveis, como:

- Indivíduos ou filhos de indivíduos que são provenientes ou possuem algum vínculo epidemiológico com pessoas de estados da Região Amazônica;
- Usuários de drogas injetáveis ou inalatórias;
- PVHA e outras populações imunossuprimidas;
- Gays e HSH;
- Hepatopatas (incluindo pessoas com HCV) e nefropatas crônicos;
- Populações privadas de liberdade;
- Mulheres grávidas;
- Filhos de mães HBsAg reagentes
- Profissionais de saúde e trabalhadores de segurança pública
- Contatos familiares ou íntimos (incluindo sexuais) de pessoas HBsAg positivas;
- Pessoas procurando atendimento para IST,
- Pessoas em uso de PEP ou PrEP;
- Doadores de tecido, órgãos, sêmen ou sangue;
- Pessoas com múltiplos parceiros sexuais sem uso consistente de preservativo,
- Pessoas trans, entre outros.

4. 2. 2 CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Um resultado reagente do TR para HBsAg (ou por sorologia convencional) deve ser seguido de exames que complementam o diagnóstico e que podem auxiliar na indicação de tratamento do paciente. As orientações para o diagnóstico da hepatite B podem ser encontradas no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico> (BRASIL, 2018c).

O diagnóstico da hepatite B é confirmado por meio de teste molecular para HBV-DNA detectável ou sorologia para anti-HBc reagente. A interpretação dos marcadores é importante para definir se a pessoa apresenta infecção aguda ou infecção crônica ativa, bem como se teve contato prévio com o vírus da hepatite B ou se apresenta imunidade vacinal, ou se está suscetível à infecção pelo HBV.

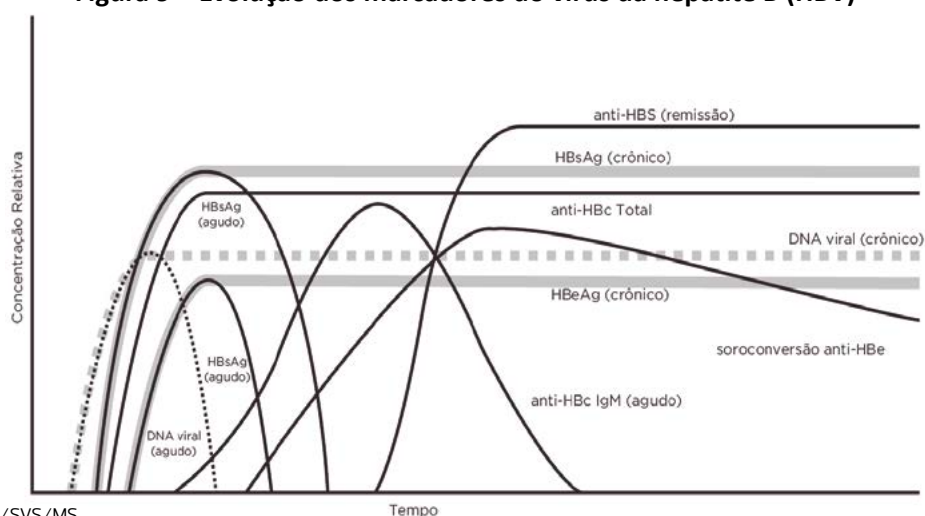
Quadro 10 – Interpretação dos marcadores para hepatite B

CONDIÇÃO DE C ASO	HBsAg	Anti-HBc TOTAL	Anti-HBc IgM	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBs
Suscetível/sem contato prévio com HBV	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Período de incubação	(+/-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Hepatite B aguda	(+)	(+)	(+)	(+/-)	(+/-)	(-)
Final da fase aguda	(-)	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)
Hepatite B crônica	(+)	(+)	(-)	(+/-)	(+/-)	(-)
Hepatite B curada	(-)	(+)	(-)	(-)	(+/-)	(+) ^(a)
Imunizado por vacinação	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Em alguns casos de hepatite B curada, o anti-HBs não é detectado por estar em baixos títulos, não sendo necessário vacinar (BRASIL, 2022a).

Figura 9 – Evolução dos marcadores do vírus da hepatite B (HBV)



Fonte: DCCI/SVS/MS.

De acordo com a Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS, a solicitação desses exames pode ser realizada pelos enfermeiros, o que facilita o processo e reduz o tempo para que a pessoa seja avaliada quanto à necessidade de tratamento, à definição do nível de atenção em que receberá o cuidado e outras condutas. O fluxograma da Figura 10,

a seguir, busca facilitar a execução das ações do cuidado à pessoa com hepatite B na APS. Para mais detalhes acerca da atuação do enfermeiro no contexto das hepatites virais, acesse a Nota pelo link: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-369-2020-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view.

Fluxograma de Diagnóstico e Manejo da Infecção pelo HBV

```

    graph TD
      Q1{Tem registro de esquema vacinal completo para hepatite B?} -- Sim --> A[Avaliar se a pessoa faz parte de grupo mais vulnerável à infecção que justifique a indicação de anti-HBs. Caso não faça, considerar imunizado.]
      Q1 -- Não --> Q2{{Apresenta algumas dessas condições?  
PVHA; infecção HCV (fará uso de DAA); diálise; hepatopatia ou CHC sem diagnóstico etiológico; usuários de drogas injetáveis; imunossupressão/quimioterapia (atual ou prevista); doadores de sangue, tecidos, órgãos ou sêmen?}}
      A --> Q2
      Q2 -- Sim --> R1[Realizar TR (ou HBsAg laboratorial) e anti-HBc total laboratorial]
      Q2 -- Não --> R2[Realizar TR (ou HBsAg laboratorial)]
      R1 --> Q3{{Resultado de TR HBsAg ou anti-HBc total reagente?}}
      R2 --> Q3
      Q3 -- Não --> G1[Garantir o esquema vacinal completo e sua documentação.  
Incentivar a vacinação e testagem de familiares e parceiros sexuais.]
      Q3 -- Sim --> Q4{{HBV-DNA detectável ou HBBeAg reagente?}}
      Q4 -- Não --> G2[Provável falso positivo de HBsAg  
Solicitar outros marcadores (Anti-HBc total e Anti-HBe) ou repetir o HBsAg e/ou HBV-DNA em 30 dias]
      Q4 -- Sim --> G3[Diagnóstico presumido de infecção pelo HBV  
Notificar os casos:  
Solicitar testes complementares: anti-HBc IgM ou total (caso não tenha sido realizado), HBV-DNA, HBBeAg, ALT, AST, INR, BTf, B-HCG(a), hemograma, creatinina TR para HCV, HIV e sífilis. Anti-HDV se houver vínculo epidemiológico com a Região Amazônica;  
Gestantes: encaminhar ao pré-natal de alto risco. Avaliar necessidade de tratamento ou profilaxia da TV.  
Verificar a vacinação e testar familiares e sexuais.  
Agendar retorno em 2-4 semanas.]
      G3 --> Q5{{Ant-HBc IgM reagente?}}
      Q5 -- Não --> Q4
      Q5 -- Sim --> G4[Diagnóstico de infecção aguda pelo HBV ou agudização de infecção crônica  
Verificar a presença de sinais de gravidade(b) que indiquem tratamento imediato e encaminhamento urgente para serviço especializado.  
Orientar quanto à prevenção da transmissão(c).  
Verificar a vacinação de familiares de 1º grau, contactantes domiciliares e sexuais.  
Gestantes devem ter encaminhamento ao pré-natal de alto risco e avaliação sobre a necessidade de tratamento ou profilaxia da transmissão vertical.  
Repetir o HBsAg (ou TR) 6 após meses o diagnóstico]
      G4 --> Q6{{TR ou HBsAg reagente?}}
      Q6 -- Não --> G5[Cura funcional]
      Q6 -- Sim --> G6[Diagnóstico de infecção crônica pelo HBV  
Garantir o seguimento do indivíduo para avaliação de indicação de tratamento (o nível de atenção para tratamento fica a critério do gestor local).  
Verificar a vacinação de familiares de 1º grau, contactantes domiciliares e sexuais.  
Solicitar demais exames para seguimento, conforme orientações do PCDT para Hepatite B e coinfeções.  
Gestantes devem ter encaminhamento ao pré-natal de alto risco e avaliação sobre a necessidade de tratamento ou profilaxia da transmissão vertical.  
Orientar quanto à prevenção da transmissão.  
Encaminhar para vacinação de hepatite A, se o paciente não for imune na indisponibilidade de anti-HAV.]
  
```

Utilizar métodos de barreira nas relações sexuais se a parceira não for imune ao HIV; não compartilhar escova de dentes, lâminas (de barbear/deplilar), alicates, cortadores de unha), equipamentos para injeção ou uso de drogas, equipamentos para testagem de glicemia (glicosete), devem ser tratados imediatamente com análogo de nucleos(t)ídico e ser encaminhados em caráter de **URGÊNCIA** ao Serviço de Assistência Especializada.

A história natural da infecção pelo HBV é marcada por evolução silenciosa, e o diagnóstico, geralmente, ocorre anos após a infecção. Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado e costumam manifestar-se apenas em fases mais avançadas da doença. A infecção crônica pelo HBV é um processo dinâmico e pode ser dividida em cinco fases distintas, levando em consideração a presença de HBeAg, os níveis de HBV-DNA, os valores de ALT e, eventualmente, a presença ou ausência de inflamação hepática (EASL, 2017):

1) **HBeAg reagente – infecção:** previamente denominada fase imunotolerante, é caracterizada pela presença de HBeAg reagente, valores persistentemente normais de ALT (< 35 U/L em homens e < 25 U/L em mulheres) e altos níveis de HBV-DNA – com grande risco de transmissão viral. No fígado, há fibrose ou necroinflamação mínima ou ausente. Essa fase é mais frequente e prolongada naqueles infectados nos primeiros anos de vida, e pode durar de dez a 40 anos.

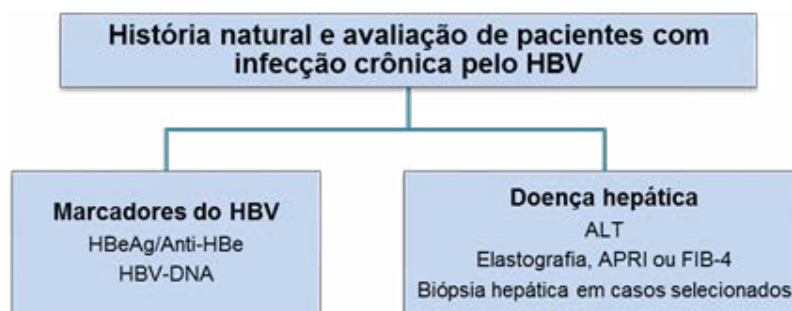
2) **HBeAg reagente – hepatite:** anteriormente denominada fase imunorreativa, é definida pela presença de HBeAg reagente, elevações nos níveis de ALT e redução nos valores de carga viral. No fígado, há necroinflamação moderada ou grave e progressão acelerada para fibrose. Pode ter duração de menos de cinco anos a mais de 25 anos (COFFIN *et al.*, 2018).

3) **HBeAg não reagente – infecção:** antiga fase de portador inativo, também denominada de fase de baixa replicação viral. Caracteriza-se por valores de ALT normais, HBV-DNA indetectável ou abaixo de 2.000 UI/mL e anti-HBe reagente, refletindo controle imune parcial da infecção, havendo bom prognóstico para indivíduos não cirróticos que permanecem nessa fase. Entretanto, o acompanhamento clínico regular é fundamental para a rápida detecção de escape viral, resultado de imunossupressão ou de mutações que conferem capacidade de evasão à resposta imune do hospedeiro. A taxa de perda de HBsAg com ou sem soroconversão para anti-HBs ocorre espontaneamente em 1% a 3% dos casos por ano (LAMPERTICO *et al.*, 2017).

4) **HBeAg não reagente – hepatite:** também chamada de fase de reativação, define-se por HBeAg não reagente (geralmente com anti-HBe reagente) e valores flutuantes e alterados de ALT e HBV-DNA. A histologia hepática mostra necroinflamação e fibrose. A maioria dos indivíduos possui mutação pré-core e/ou da região do promotor basal do core. Essa fase está associada a baixas taxas de remissão espontânea da doença e risco elevado para complicações, como cirrose descompensada e CHC.

5) **HBsAg não reagente:** denominada de fase de cura funcional. É assinalada pela negatificação do HBsAg sérico, com ou sem anti-HBs e/ou anti-HBc reagentes. Os valores de ALT são normais e os níveis séricos de DNA são indetectáveis ou muito baixos (infecção oculta). Pela permanência do cccDNA no fígado, a imunossupressão intensa pode levar à reativação nesses pacientes, justificando o seguimento regular nessa situação. A perda do HBsAg antes do início da cirrose está associada a um risco mínimo de complicações e um aumento na sobrevida.

Figura 11 – História natural e avaliação de pacientes com infecção crônica pelo HBV



Fonte: DCCI/SVS/MS, adaptado de EASL, 2017.

Quadro 11 – Avaliação da infecção crônica pelo HBV de acordo com a presença de HBeAg, níveis de HBV-DNA, valores de ALT e presença ou ausência de doença hepática

MARCADORES HBV E DOENÇA HEPÁTICA	HBEAG	POSITIVO	HBEAG	NEGATIVO
	INFECÇÃO CRÔNICA	HEPATITE CRÔNICA	INFECÇÃO CRÔNICA	HEPATITE CRÔNICA
HBeAg	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
HBV-DNA	> 10 ⁷ UI/mL	10 ⁴ – 10 ⁷ UI/mL	< 2.000 UI/mL ^(a)	> 2.000 UI/mL
ALT	Normal	Elevado	Normal	Elevado ^(b)
Doença hepática	Ausente ou mínima	Moderada/grave	Ausente	Moderada/grave
Nomenclatura antiga	Imunotolerante	Imunorreativo	Portador inativo	Reativação

Fonte: adaptado de EASL, 2017.

^(a) HBV-DNA pode estar entre 2.000 a 20.000 UI/mL em alguns pacientes sem sinais de hepatite crônica.

^(b) Persistente ou intermitente.

O risco de progressão para cirrose e CHC é variável e influenciado pela resposta imune do hospedeiro. Fatores de risco para progressão para CHC incluem:

- **Fatores do hospedeiro:** cirrose, necroinflamação hepática crônica, idade avançada, sexo masculino, origem africana, abuso de álcool, coinfeções crônicas com outros vírus de hepatites ou HIV, diabetes mellitus ou síndrome metabólica, tabagismo ativo, história familiar positiva e/ou;
- **Fatores do HBV:** alta carga viral e/ou níveis de HBsAg, genótipo C [$>B$], mutações específicas (EASL, 2017).

4. 2. 3 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO (INFECÇÃO ATIVA)

Alguns cuidados também devem ser observados nos casos em que se sabe que o indivíduo tem infecção ativa pelo HBV, a fim de minimizar as chances de transmissão para outras pessoas. As pessoas com infecção devem:

- 1) Ter seus contatos sexuais e domiciliares e parentes de primeiro grau testados e vacinados para hepatite B;
- 2) Utilizar proteção de barreira (preservativos) durante as relações sexuais, se o parceiro não for vacinado ou não possuir imunidade natural;
- 3) Não compartilhar instrumentos perfurocortantes e objetos de higiene pessoal, como escovas de dente, lâminas de barbear ou depilar, navalhas, alicates de unha ou outros itens que possam conter sangue;
- 4) Não compartilhar equipamentos de injeção ou quaisquer outros objetos

para o uso de drogas inaladas, fumadas ou injetadas;

- 5) Não compartilhar equipamentos de testagem de glicemia;
- 6) Cobrir feridas e cortes abertos na pele;
- 7) Limpar respingos de sangue com solução clorada;
- 8) Não doar sangue ou espermatozoides.

4. 2. 4 IMUNIZAÇÃO

A vacinação é a principal medida de prevenção contra a hepatite B, sendo extremamente eficaz e segura. A APS precisa estabelecer estratégias para ofertar e disponibilizar a vacina hepatite B para toda a população, em todas as oportunidades que levam as pessoas a acessarem os serviços de saúde. A verificação da situação vacinal deve ser uma rotina dos profissionais de saúde, entendendo-se que todo atendimento realizado é uma oportunidade para a abordagem integral às condições de saúde das pessoas.

A vacina hepatite B está inserida no calendário vacinal infantil com indicação de início do esquema de quatro doses ao nascer. Contudo, desde 2016 a vacina hepatite B passou a ser recomendada para todas as pessoas que não tenham sido vacinadas previamente com o esquema completo, independentemente da idade. Para tanto, há uma recomendação geral de vacinação em três doses, com intervalos bem estabelecidos, para adultos imunocompetentes. Todavia, a dose e o número de aplicações que compõem o esquema podem ser diferentes para pessoas em condições especiais, como os imunocomprometidos. Os profissionais de saúde precisam estar atentos para realizar a vacinação contra hepatite B, em dose adequada, para todas as pessoas suscetíveis que estiverem sob os seus cuidados.

A gestação e a lactação não representam contraindicações para a imunização contra a hepatite B. Pelo contrário, a vacinação de mulheres em idade fértil e gestantes é uma ação importante para a prevenção da transmissão vertical (PTV) do HBV.

4. 2. 5 ESQUEMAS VACINAIS

4. 2. 5. I Recém-nascidos

O esquema para essa população constitui-se na administração de quatro doses da vacina. A primeira dose da vacina hepatite B (recombinante) deve ser aplicada o mais precocemente possível nas primeiras 24 horas após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas, ainda na maternidade. Essa dose, chamada de dose ao nascer, pode ser administrada até 30 dias após o nascimento. A continuidade desse esquema vacinal ocorre aos 2, 4 e 6 meses de vida, por meio da administração da vacina Penta. O intervalo mínimo entre as doses poderá ser de 30 dias; no entanto, a terceira dose da vacina Penta não deverá ser administrada antes dos 6 meses de vida.

Para recém-nascidos de mulheres com HBsAg reagente, deve-se realizar o esquema vacinal da mesma forma. Contudo, além da primeira dose da vacina hepatite B (recombinante) ao nascer, deve ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). A dose da vacina ao nascimento e da IGHAHB deve ser feita preferencialmente na sala de parto ou nas primeiras 12 horas e, se não for possível, em

até 24 horas após o parto, podendo a IGHAB ser administrada no máximo, até sete dias de vida. A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B.

ATENÇÃO:

Não administrar a vacina hepatite B (recombinante) em crianças que não a receberam em até 1 mês de vida.

Para crianças com 6 anos, 11 meses e 29 dias, sem comprovação de vacina ou com esquema vacinal incompleto, deve-se iniciar ou completar esquema com a vacina Penta, com intervalo de 60 dias entre as doses.

O início do esquema vacinal com a vacina Penta não está indicado para crianças a partir dos 7 anos de idade.

4. 2. 5. 2 Pessoas a partir de 7 anos de idade, incluindo gestantes

Sem comprovação vacinal: administrar três doses da vacina hepatite B (recombinante) com intervalo de 30 dias, entre a primeira e a segunda dose, e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Com esquema vacinal incompleto: não reiniciar o esquema, apenas completá-lo conforme situação encontrada.

No caso de gestantes, se não for possível completar o esquema durante a gestação, este deverá ser concluído após o parto.

INTERVALOS MÍNIMOS E CONDUTA FRENTE AO ATRASO DE DOSES

Caso ocorra a interrupção do esquema após a primeira dose, a segunda dose deverá ser administrada assim que possível, e a terceira deve ser programada para seis meses após a primeira dose, mantendo o intervalo de pelo menos oito semanas entre a segunda e a terceira dose. Caso apenas a terceira dose esteja atrasada, esta deverá ser administrada assim que for possível. A dose final do esquema de vacinação deverá ser administrada pelo menos oito semanas após a segunda dose e pelo menos 16 semanas após a primeira dose para que o esquema seja considerado válido; o intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose deve ser de quatro semanas.

4. 2. 5. 3 Pessoas vivendo com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos, imunossuprimidos e outras populações

As pessoas vivendo com HIV e alguns grupos populacionais, como nefropatas crônicos pré-dialíticos ou em diálise; transplantados de órgãos sólidos; pacientes com neoplasias e/ou que necessitem de quimioterapia, radioterapia, corticoterapia; pessoas com outras imunodeficiências e cirróticos devem receber o esquema de quatro aplicações da vacina hepatite B, com o dobro da dose recomendada para a respectiva idade. Além disso, considerando situações como o transplante de órgãos sólidos, que pode acontecer a qualquer momento, ou diante da necessidade de iniciar terapia imunossupressora, pode-se considerar o encurtamento do esquema de quatro doses

em 0, 1, 2 e a última aplicação entre seis e 12 meses. Em crianças e adolescentes com infecção pelo HIV, não vacinadas, com o esquema que se inicia ao nascer, deve-se usar o mesmo esquema indicado para PVHA adultas.

Para essas pessoas, assim como outras populações de maior risco, que compreendem pessoas imunocompetentes, como profissionais de saúde, há indicação de realização de anti-HBs para verificação de resposta vacinal. Essa recomendação não se estende a toda população, em virtude da alta efetividade do esquema vacinal completo.

Portanto, deve-se priorizar a realização de anti-HBs entre um e dois meses após o término do esquema de vacinação completo, para aqueles que apresentam risco muito elevado de exposição ao HBV ou risco de perda da resposta de memória imunológica, conforme segue (SCHILLIE *et al.*, 2018):

- a) Crianças nascidas de mães com HBsAg reagente ou com o resultado do HBsAg ainda não conhecido. Nesses casos, a criança deve ser submetida aos testes sorológicos anti-HBs e HBsAg;
- b) Trabalhadores da saúde e trabalhadores da segurança pública sob risco de exposição a sangue ou fluidos corpóreos;
- c) Pacientes com doença renal crônica em diálise;
- d) Pessoas vivendo com HIV/aids;
- e) Pessoas imunossuprimidas (ex.: receptores de transplante de células tronco hematopoiéticas ou pessoas recebendo quimioterapia);
- f) Pessoas em lista de transplante de órgãos sólidos;
- g) Parcerias sexuais de pessoas com HBsAg reagente.

Consulte o capítulo “Vacinação e outras formas de prevenção contra hepatite B”, do PCDT para Hepatite B e Coinfecções, disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/view, para saber mais sobre a vacinação contra a hepatite B.

Para informações adicionais referentes a pessoas com condições clínicas especiais, recomenda-se consultar o Manual dos CRIE, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf

Para mais detalhes sobre a vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação, consulte o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_epidemiologica_eventos_adversos_pos_vacinacao.pdf

4. 2. 6 IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B (IGHAHB)

Em geral, a IGHAB está indicada em dose única, concomitantemente à aplicação da vacina para hepatite B (aplicadas ambas em grupos musculares separados), para indivíduos suscetíveis, conforme indicação do Manual dos CRIE (link para acesso descrito anteriormente) e do PCDT para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de->

conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_-risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view. A administração da IGHAHB deve se dar nas seguintes situações:

- 1) PTV do vírus da hepatite B: aplicar a IGHAHB preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida (até, no máximo, sete dias após o parto).
- 2) Vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por HBV: aplicar a IGHAHB preferencialmente nas primeiras 24 horas e, no máximo, até sete dias depois do acidente.
- 3) Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B: a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 24 horas, podendo ser usada, no máximo, até 14 dias depois da exposição.
- 4) Vítimas de violência sexual: aplicar a IGHAHB preferencialmente nas primeiras 24 horas, no máximo, até 14 dias depois da violência sexual;
- 5) Imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.

Gestantes expostas à infecção pelo HBV, em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, deverão receber associação de vacina e IGHAHB.

A amamentação não está contraindicada em razão da hepatite B, ainda que não tenham sido realizadas ações para PTV da hepatite B, desde que não haja coinfeção com HIV. Porém, deve-se reforçar a necessidade e garantir o uso das estratégias profiláticas para reduzir o risco de aquisição da infecção pela criança exposta.

Para saber mais sobre as formas de prevenção da TV do HBV, veja as orientações constantes no tópico 4.8 deste documento – Transmissão vertical das hepatites virais – ou, ainda, consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais e o PCDT para Hepatite B e Coinfecções, disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

4. 2. 7 TRATAMENTO DA HEPATITE B

Após o resultado positivo e a confirmação do diagnóstico da infecção pelo HBV, o tratamento será realizado com antivirais específicos, disponibilizados no SUS, de acordo com o PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

Além do uso dos medicamentos, quando necessário, é importante evitar o consumo de bebidas alcoólicas e, caso o paciente tenha cirrose, orienta-se que esse consumo seja interrompido. Os tratamentos disponíveis atualmente não eliminam o vírus da hepatite B do organismo, mas oferecem a possibilidade de o paciente atingir a “cura funcional”, além de retardar a progressão da cirrose, reduzir a incidência de câncer de fígado e melhorar a sobrevida em longo prazo.

O tratamento da hepatite B ainda é bastante centralizado na Atenção Especializada; contudo, é importante que esse cuidado esteja compartilhado com a Atenção Primária. Não há impeditivo para que serviços da APS que disponham de condições façam a prescrição do tratamento e acompanhem as pessoas com hepatite B.

Para conhecer os critérios de tratamento e os medicamentos disponíveis no SUS para hepatite B, consulte o PCDT vigente, no endereço: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2016/hepatites-virais/pcdt_hepatite_b_270917.pdf/view. Os medicamentos podem ser requisitados por meio do receituário médico, juntamente com o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos, disponível na aba geral do endereço <https://siclomhepatites.aids.gov.br/>.

4.3 HEPATITE C

HEPATITE C TEM CURA!

Diante do surgimento dos antivirais de ação direta (DAA), medicamentos que, quando usados adequadamente, promovem taxas de cura da infecção pelo HCV superiores a 95%, com esquemas de tratamentos com duração de 8, 12, 16 e 24 semanas, o mundo pôde vislumbrar a possibilidade de discutir a eliminação da hepatite C. Essa proposta foi apresentada pela OMS em 2016, e vários países, incluindo o Brasil, assumiram o compromisso para a eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030. As metas da estratégia global buscam reduzir as novas infecções de hepatites virais em 90% e as mortes por esses agravos em 65% até 2030 (WHO, 2017).

Nesse caminho, a Atenção Primária à Saúde é imprescindível para que o Brasil tenha sucesso frente à eliminação das hepatites. A APS apresenta grande potencial para efetivar ações que impactem na ampliação do rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes infectados pelo vírus da hepatite C, sendo extremamente importante fortalecer, junto aos profissionais de saúde e à população, a discussão sobre essa temática.

A transmissão do HCV ocorre principalmente por via parenteral, pelo contato com sangue contaminado; pelo compartilhamento de agulhas, seringas e outros objetos para uso de drogas; pela reutilização ou falha de esterilização de equipamentos médicos ou odontológicos, falha de esterilização de equipamentos de manicure e reutilização de material para realização de tatuagem; e pelo uso de sangue e seus derivados contaminados (WHO, 2022b; WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014). A transmissão sexual do HCV também tem sido relatada de forma esporádica; de modo geral, é pouco comum e ocorre em relações sem uso de preservativo. Há também a possibilidade de transmissão vertical em menor proporção dos casos (FAUTEUX-DANIEL *et al.*, 2017).

Em geral, a hepatite C aguda apresenta evolução subclínica. Os sintomas da infecção pelo HCV estão presentes em uma minoria dos casos (20% a 30%); ocorrem, geralmente, entre 4 e 12 semanas após a exposição ao vírus e costumam ser inespecíficos (anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal). Uma pequena parte dos pacientes apresenta icterícia ou escurecimento da urina (WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014). Casos de insuficiência hepática ou casos fulminantes são extremamente raros (FARCI *et al.*, 1996).

A hepatite crônica pelo HCV é uma doença de caráter insidioso e se caracteriza por um processo inflamatório persistente. Na ausência de tratamento, há cronificação em 60% a 85% dos casos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo. Uma vez estabelecido o diagnóstico de cirrose hepática, o risco anual para o surgimento de CHC é de 1% a 5% (WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014). O risco

anual de descompensação hepática é de 3% a 6%. Após um primeiro episódio de descompensação hepática, o risco de óbito, nos 12 meses seguintes, é de 15% a 20% (WESTBROOK; DUSHEIKO, 2014).

Habitualmente, a hepatite C é descoberta em sua fase crônica. Na maioria das vezes, o diagnóstico ocorre após o rastreamento de indivíduos assintomáticos com sorologia reagente por meio de teste rápido ou laboratorial de rotina, ou por doação de sangue. Esse fato reitera a importância do conhecimento técnico por toda a equipe multiprofissional, bem como o aumento da oferta de testes rápidos ou sorológicos – especialmente para as populações com fatores de vulnerabilidade à infecção pelo HCV.

Considerando que a hepatite C é uma doença silenciosa e assintomática na maioria das situações, a identificação das pessoas infectadas por esse vírus torna-se um desafio. A Atenção Primária deve implementar ações dentro das rotinas dos serviços de saúde para oportunizar a testagem, a adequada vinculação e o seguimento das populações prioritárias para hepatite C que vivem em seu território adscrito, além de fortalecer as discussões sobre esse agravo junto à população geral.

4. 3. 1 TESTE RÁPIDO (TR ANTI-HCV)

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento da hepatite C em todo país, todos os grupos populacionais mencionados a seguir devem ser testados quanto à presença do HCV. Os TR anti-HCV devem ser preferencialmente utilizados para essa testagem e devem estar disponíveis em todas UBS, além dos CTA e outros serviços de saúde ou lugares estratégicos para a testagem das populações prioritárias.

Os gestores locais e dos serviços devem organizar seus fluxos de maneira a garantir a oferta oportuna e o amplo acesso aos testes rápidos. Alguns grupos populacionais prioritários necessitam ser testados pelo menos uma vez na vida, a exemplo de todas as pessoas com 40 anos ou mais, diabéticos e hipertensos. Outros grupos, por sua maior vulnerabilidade a situações de risco para infecção pelo HCV, devem ser testados de forma periódica, conforme o quadro a seguir:

Quadro 12 – Periodicidade de testagem para hepatite C, segundo população

POPULAÇÃO	PERIODICIDADE DA TESTAGEM
Todas as pessoas com 40 anos ou mais	Ao menos uma vez na vida
Filhos de mães que vivem com hepatite C	Teste molecular (HCV-RNA) entre 3 e 6 meses de idade. O anti-HCV deve ser realizado, ao menos uma vez na vida, após 18 meses de idade
Pessoas com parcerias sexuais com pessoa que tem/teve hepatite C	Ao menos uma vez na vida
Pessoas que moram com alguém que tem/teve hepatite C	Ao menos uma vez na vida
Pessoas em situação de rua	Anualmente
Indígenas, quilombolas ou ribeirinhos	Ao menos uma vez na vida
Profissionais do sexo	Anualmente
Profissionais de saúde, de segurança pública (policiais, bombeiros), estética (manicure etc.)	Anualmente
Pessoas que estão privadas de liberdade e outras situações de restrição ^(a)	Anualmente
Pessoas que estiveram privadas de liberdade	Ao menos uma vez na vida

CONCLUSÃO

Exposição percutânea/parenteral ou acidentes com materiais biológicos que não obedecem às normas de vigilância sanitária ^(b)	Ao menos uma vez na vida. Para episódios atuais, testar na oportunidade e repetir entre 4 a 6 meses após a exposição
Pessoas com antecedente de uso de álcool e outras drogas injetáveis, inalatórias, fumadas ou álcool	Ao menos uma vez na vida
Pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas injetáveis, inalatórias, fumadas ou álcool	Anualmente
Gays, HSH e pessoas com prática sexual anal receptiva sem o uso de preservativo	Anualmente
Travestis e transexuais	Anualmente
Pessoas em uso de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses após exposição
Pessoas em PrEP	Trimestralmente
Pessoas que sofreram violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses após exposição
Pessoas com múltiplas parcerias sexuais e/ou com uso inconsistente de preservativo	Anualmente
Pessoas em hemodiálise	Na admissão no centro de hemodiálise e, depois, repetir semestralmente ou quando houver qualquer elevação de ALT/AST ^(c)
Pessoas com doença renal crônica não submetidas a diálise	No diagnóstico
Pessoas com diabetes mellitus	Ao menos uma vez na vida
Pessoas com doenças cardiovasculares e/ou hipertensão	Ao menos uma vez na vida
Pessoas com que fizeram transplante de órgãos e tecidos em qualquer tempo	Ao menos uma vez na vida
Sinais de doença hepática sem diagnóstico, alteração de enzimas hepáticas, hepatomegalia, esplenomegalia, plaquetopenia ou icterícia	Ao menos uma vez na vida
Gestante	Na primeira consulta de pré-natal
Mulheres com planejamento familiar	Ao menos uma vez na vida
Pessoas que receberam transfusão de sangue ou hemoderivados (principalmente antes de 1993)	Ao menos uma vez na vida
Pessoas que possuem antecedentes psiquiátricos ou que realizam imunossupressão	Ao menos uma vez na vida
Pessoas com hepatopatias	Ao menos uma vez na vida
Pessoas com diagnóstico de IST	No diagnóstico
Pessoas com histórico de IST	Anualmente
Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)	Anualmente
Pessoas imunodeprimidas (incluindo candidatos à quimioterapia/terapia imunossupressora)	Anualmente

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Inclui moradores e funcionários de clínicas para pessoas com déficit cognitivo, transtorno psiquiátrico ou outras situações de alta dependência para os cuidados pessoais.

^(b) Inclui procedimentos em ambientes de assistência à saúde (médicos, odontológicos), procedimentos estéticos (tatuagem, piercing, escarificação, manicure, lâminas de barbear/depillar) e outros que não obedeceram às normas de vigilância sanitária.

^(c) Realizar o HCV-RNA como exame complementar do anti-HCV "reagente"; realizar o HCV-RNA, mesmo com um anti-HCV "não reagente", quando houver alteração de ALT/TGP (realizada mensalmente) acima do limite superior de normalidade (LSN) ou 50% acima da ALT/TGP basal do paciente ao iniciar o procedimento de diálise; para os casos sem alteração de transaminases, o anti-HCV deve ser repetido a cada seis meses, como forma de monitoramento.

4. 3. 2 CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA E SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

O anti-HCV é um marcador que indica contato prévio com o vírus. Isoladamente, um resultado reagente não permite diferenciar uma infecção resolvida naturalmente de uma infecção ativa; portanto, precisa ser complementado por meio de um teste

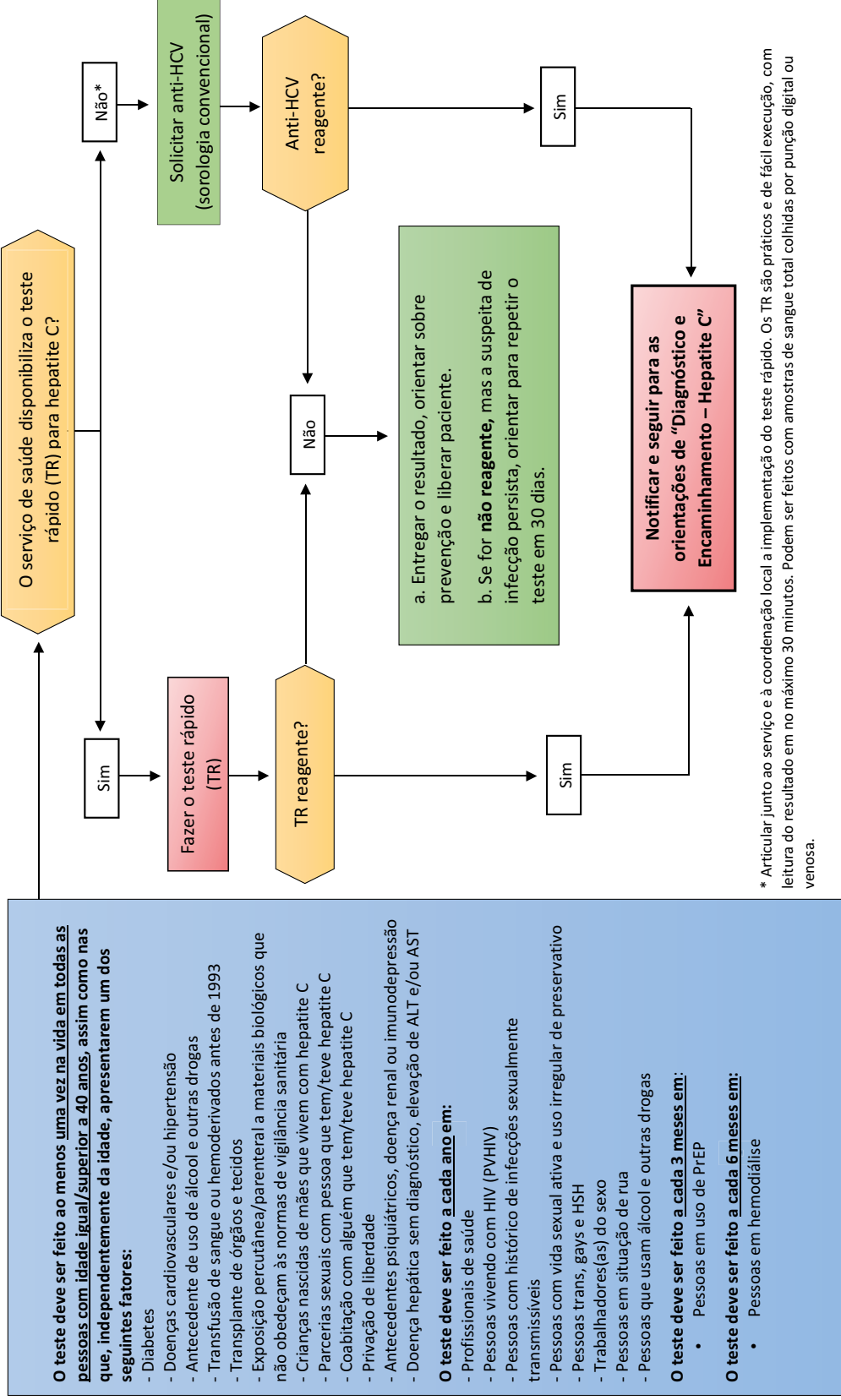
molecular para detectar o HCV-RNA (carga viral) circulante na pessoa para confirmar a presença da infecção ativa. No mesmo pedido da carga viral confirmatória, pode ser solicitada a genotipagem do HCV, quando exigida para definição de tratamento ou retratamento. Para saber se é necessário solicitar a genotipagem, devem-se consultar as orientações do PCDT para Hepatite C e Coinfecções vigente, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf/view.

A solicitação do HCV-RNA (carga viral), da genotipagem e dos demais exames complementares pode ser realizada pelos profissionais enfermeiros, conforme a Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS. A referida Nota também instrumentaliza os enfermeiros, a partir do resultado dos exames, a definir o nível de atenção em que o paciente deverá ser tratado e acompanhado, sendo que os casos menos complexos podem receber a prescrição de tratamento na APS. Essa estratégia otimiza o itinerário terapêutico e o uso dos recursos em saúde, incluindo a diminuição do número de consultas médicas necessárias, tanto na APS quanto na Atenção Especializada. Além disso, amplia o diagnóstico, oportuniza o tratamento mais precoce e melhora o acesso ao mesmo. A nota está disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-369-2020-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view.

As orientações para o diagnóstico da hepatite C estão disponíveis no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais (https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hepatites_virais_web_3108181.pdf), assim como no PCDT para Hepatite C e Coinfecções https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf/view.

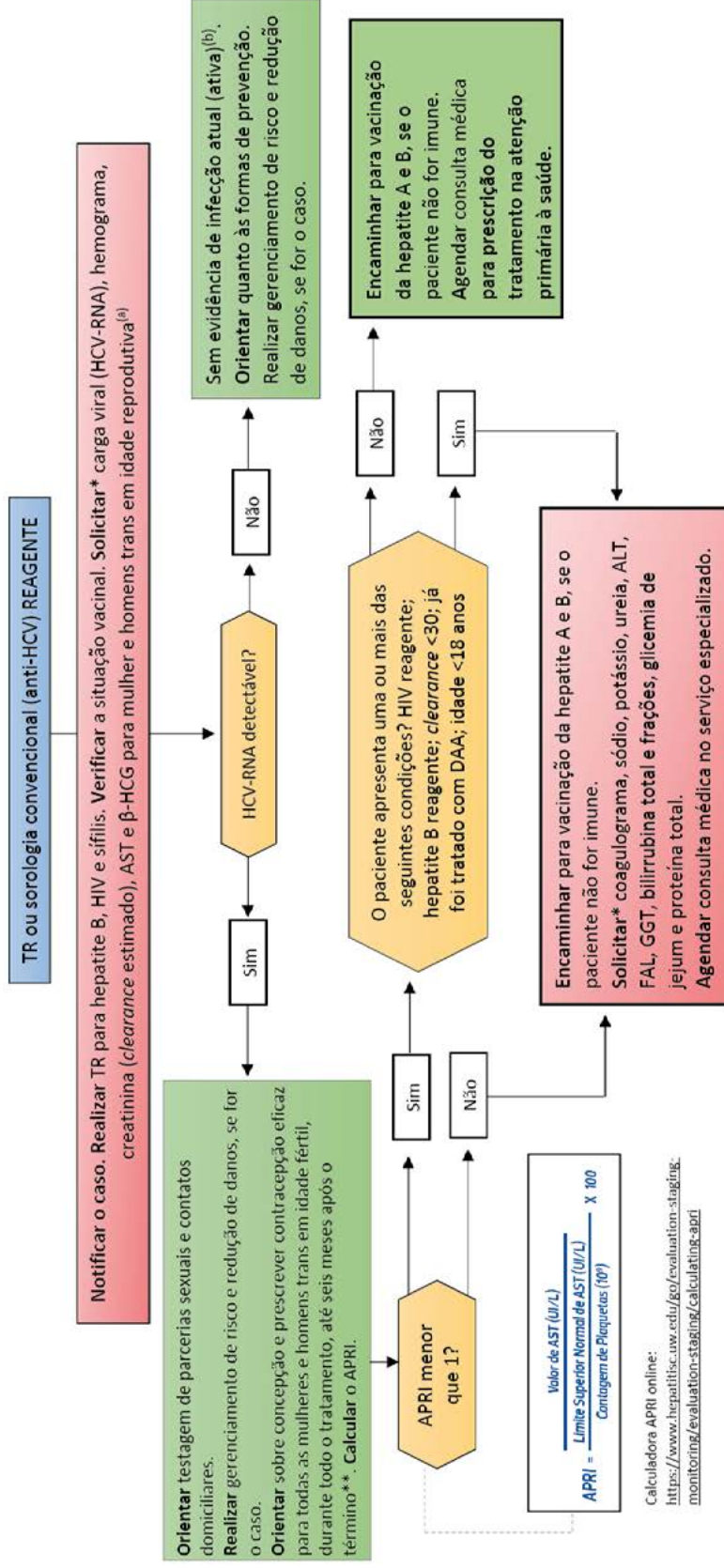
O fluxograma a seguir busca facilitar a execução das ações para ampliação do rastreamento, diagnóstico e do cuidado à pessoa com hepatite C na APS.

Figura 12 – Fluxograma de triagem para o diagnóstico da pessoa com hepatite C



Fonte: DCCI/SVS/MS, com base na Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS.

Figura 13 – Fluxograma de diagnóstico e encaminhamento das pessoas com hepatite C



IMPORTANTE:

* As solicitações de exames confirmatórios e complementares podem ser feitas por profissionais de saúde de nível superior devidamente registrados em seus conselhos de classe, a exemplo de enfermeiros e médicos, de forma a oportunizar o tratamento, conferindo celeridade no cuidado às pessoas com HCV.
** O tratamento da hepatite C durante a gestação está contraindicado em decorrência dos efeitos teratogênicos da ribavirina e abortígenos da alfa interferona, além da ausência de estudos que garantam a segurança no uso dos novos medicamentos.

^(a) No caso de gestantes, encaminhar para o pré-natal de alto risco.

^(b) A repetição do teste molecular está indicada, a critério médico, nos seguintes casos de resultado HCV RNA não detectável: 1) suspeita de nova exposição nos seis meses que antecedem a realização da sorologia; 2) forte suspeita clínica de doença pelo HCV; 3) qualquer suspeita em relação ao manuseio ou armazenamento inadequado da amostra utilizada para realização do teste molecular.

É recomendada a testagem de todas as gestantes para hepatite C no pré-natal. Os casos reagentes devem ser encaminhados ao pré-natal de alto risco. No caso de mulheres em tratamento para hepatite C que descobrirem a gravidez no curso do tratamento, o uso dos medicamentos deve ser suspenso de forma imediata.

Não há evidências de que o aleitamento colabora para a transmissão vertical da hepatite C. Assim, a amamentação pode ser realizada desde que a paciente não tenha coinfeção com HIV. A presença de fissuras ou feridas com sangramento na mama constitui um meio de exposição ao lactente. Nesse caso, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação na mama lesionada e, até a completa cicatrização, deve-se manter a ordenha e o descarte do leite.

Para saber mais sobre a prevenção da transmissão vertical do HCV, veja o tópico 4.8 deste documento – Transmissão vertical das hepatites virais – ou consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais ou o PCDT para Hepatite C e Coinfecções, disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

4. 3. 3 TRATAMENTO DA HEPATITE C

Até poucos anos atrás, o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da hepatite C eram aspectos abordados somente pelo nível especializado de atenção à saúde. Os tratamentos não eram indicados em todas as situações, acarretavam uma série de eventos adversos aos pacientes e tinham baixas taxas de sucesso terapêutico, o que exigia um cuidado mais cauteloso e complexo.

Em 2015, o SUS passou a disponibilizar os novos DAA, que são medicamentos de administração oral, praticamente sem efeitos colaterais e capazes de curar mais de 95% dos casos de infecção pelo HCV, mediante esquemas terapêuticos que duram entre 8 a 24 semanas.

Os novos tratamentos revolucionaram o cuidado aos pacientes com hepatite C, que deixou de ser uma doença com baixa chance de cura para se tornar um agravo tratável e curável. As tecnologias para o diagnóstico também evoluíram, permitindo, inclusive, que o tratamento seja realizado sem a necessidade de exames invasivos como a biópsia hepática, o que configurava uma importante barreira de acesso. Atualmente, mais de 80% dos pacientes tratados para hepatite C no SUS não têm cirrose hepática ou outros fatores complicadores, que impediriam o seu cuidado no nível da APS.

No ano de 2020, a Portaria GM/MS nº 1.537, de 12 de junho (disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1537_15_06_2020.html), passou a prever a possibilidade de que o tratamento dos casos menos complexos de hepatites virais seja realizado na APS, quando houver orientação publicada pelo MS, por meio dos PCDT ou outros instrumentos de orientação técnica. Essa orientação veio juntamente com esforços de todos os níveis de gestão do SUS para descentralizar o acesso aos tratamentos das hepatites B e C, que foram retirados do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e passaram a integrar o rol do Componente Estratégico. Essa medida permitiu que os medicamentos estejam disponíveis nas farmácias, o que os gestores municipais e estaduais entenderam como oportuno, inclusive com a possibilidade de dispensação pelas farmácias da APS.

No intuito de instrumentalizar a construção e a implementação de ações no âmbito da APS, o Ministério da Saúde publicou a linha de cuidado para hepatites virais B e C no adulto, disponível em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/>.

O diagnóstico e o tratamento dos casos menos complexos de hepatite C na APS, por meio da atuação de enfermeiros e médicos de família e comunidade, é a estratégia que pode levar o Brasil à eliminação da hepatite C até 2030. Para tanto, o Ministério da Saúde tem simplificado os PCDT, guias e fluxos, além de disponibilizar ferramentas e cursos para subsidiar e capacitar esses profissionais acerca das hepatites virais.

Para auxiliar na elaboração de estratégias que possam resultar na ampliação do diagnóstico das pessoas com hepatite C, consulte a já citada Nota Técnica nº 369/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/copy_of_notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-369-2020-cgahv-dcci-svs-ms.pdf/view, assim como os Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2021/fluxogramas-para-manejo-clinico-das-ist/view>.

A definição do esquema terapêutico para os casos menos complexos de hepatite C é simples e pode ser feita a partir do HCV-RNA associado ao genótipo do HCV, quando há disponibilidade apenas de medicamentos que tratam alguns dos seis genótipos do vírus. Contudo, na disponibilidade de medicamentos pangenotípicos, ou seja, que tratam a infecção de todos os genótipos do HCV, o tratamento pode ser definido sem a necessidade do exame de genotipagem.

Para saber quais tratamentos estão disponíveis no SUS para hepatite C, consulte o PCDT vigente, disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2017/hepatites-virais/pcdt_hepatite_c_06_2019_isbn.pdf/view.

Os medicamentos podem ser solicitados por meio do receituário médico comum, juntamente com o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos, disponível na aba geral do endereço <https://siclomhepatites.aids.gov.br/>.

4.4 HEPATITE D

O HDV é um RNA subvírus pequeno, esférico, defectivo e satélite obrigatório do HBV, ou seja, depende do antígeno de superfície do HBV, o HBsAg, para a montagem e liberação do vírion (SUREAU; NEGRO, 2016).

Estima-se que de 15 a 20 milhões de pessoas no mundo estejam acometidas pelo HDV (CIANCIO; RIZZETTO, 2014), vírus que causa formas mais graves de hepatites, agudas ou crônicas, e implica um risco maior para desenvolvimento de cirrose e CHC em comparação com a monoinfecção pelo HBV (SUREAU; NEGRO, 2016). No Brasil, a hepatite D, ou Delta, apresenta taxas de prevalência elevadas na Bacia Amazônica (BRAGA *et al.*, 2012). Em 2021, 73,7% dos casos do país estavam concentrados na região Norte. Considerando o período entre 2000 e 2021, observa-se que 54% e 32,4% dos casos notificados concentram-se nos estados do Amazonas e do Acre, respectivamente (BRASIL, 2022b).

As formas de transmissão são idênticas às da hepatite B, e o curso clínico da hepatite D aguda, geralmente, é indistinguível do da hepatite B aguda (SMEDILE *et al.*,

1982). Os sintomas não são específicos e incluem fadiga, náuseas e hiporexia, sendo acompanhados por elevação das transaminases. A fase icterica, embora nem sempre observada, caracteriza-se por elevação das bilirrubinas séricas. A insuficiência hepática aguda pode complicar a hepatite D aguda, especialmente em casos de superinfecção pelo HDV em pacientes com hepatite B crônica. Em pacientes simultaneamente coinfectados com HDV e HBV, a progressão para infecção crônica ocorre em taxas semelhantes às da monoinfecção pelo HBV (cerca de 5% em adultos); porém, na superinfecção, a grande maioria (80%) progride para hepatite D crônica (FARCI *et al.*, 1983).

O diagnóstico sorológico da hepatite Delta é baseado na detecção de anticorpos anti-HDV IgG. Pacientes portadores de hepatite B residentes em áreas endêmicas ou com antecedente epidemiológico correspondente são candidatos à investigação e, caso apresentem exame anti-HDV IgG reagente, a confirmação da hepatite Delta será realizada por meio do somatório das informações clínicas, epidemiológicas e demográficas. A confirmação do diagnóstico também poderá ser realizada por meio da quantificação do HDV-RNA ou do anti-HDV IgM, atualmente realizados apenas em caráter de pesquisa clínica. Excepcionalmente, a confirmação diagnóstica poderá se dar por meio do exame de histopatologia para identificação da hepatite D.

O objetivo principal do tratamento é o controle do dano hepático infligido. Todos os pacientes portadores de hepatite Delta são candidatos à terapia composta por alfapecuinterferona 2a e/ou um ITRN(t) (tenofovir ou entecavir) e devem ser encaminhados a um serviço especializado para tratamento. A imunização contra hepatite B é a principal forma de prevenção da doença.

4.5 HEPATITE E

O HEV é um pequeno RNA vírus, de fita simples positiva, pertencente à família Hepeviridae, do gênero Orthohepevirus. O HEV é excretado na bile e nas fezes, e sua transmissão é fecal-oral. O vírus da hepatite E é primariamente hepatotrópico, mas o tropismo em outros tecidos, incluindo o neuronal, o renal e a placenta, tem sido relatado, possivelmente explicando algumas das manifestações extra-hepáticas (DEBING *et al.*, 2016; PISCHKE *et al.*, 2017).

Estima-se que ocorram mundialmente cerca de 20 milhões de casos anuais de infecção pelo HEV, com 3,3 milhões de casos sintomáticos. A OMS calcula que cerca de 3,3% da mortalidade por hepatites virais em 2015 foi devida ao HEV (WHO, 2022c). A infecção é mais prevalente na Ásia e na África (REIN *et al.*, 2012).

Os genótipos 1 e 2 do vírus acometem apenas humanos, com transmissão fecal-oral via água contaminada, sobretudo em locais com infraestrutura sanitária frágil. Casos esporádicos são comuns, mas podem ser intercalados por grandes surtos envolvendo centenas a milhares de pessoas. Geralmente, em adultos jovens, esses genótipos causam hepatite aguda de curta duração, autolimitada (duas a seis semanas) e clinicamente indistinguível de outras causas de hepatite viral aguda. A taxa de mortalidade em mulheres grávidas é de até 25%, sendo mais alta no terceiro trimestre. As mortes são causadas por insuficiência hepática fulminante e complicações obstétricas como eclâmpsia e hemorragia, associadas a elevada mortalidade perinatal. Outros grupos de risco para evolução desfavorável são pessoas com hepatopatia crônica (DEBING *et al.*, 2016; PISCHKE *et al.*, 2017).

Os genótipos 3 e 4 do HEV causam zoonose, que tem como hospedeiro primário o porco. Esses genótipos predominam em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento, como os da América do Sul. Uma importante via de infecção para humanos é o consumo de carne suína mal cozida ou crua. Outra forma de transmissão zoonótica seria o consumo de água ou alimentos contaminados com fezes de porcos (DALTON *et al.*, 2018).

Vias menos frequentes de transmissão incluem a transfusão de hemocomponentes e a transmissão vertical perinatal. Em pacientes imunossuprimidos, como transplantados de órgãos sólidos, com aids e em terapia com imunobiológicos (como rituximabe), há o risco de infecção crônica pelo HEV e a necessidade de tratamento com antivirais.

4.6 NOTIFICAÇÃO DE CASOS

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória regular. Todos os casos devem ser notificados e registrados no Sinan em até sete dias, conforme descrito na Nota Informativa nº 55/2019-CGAE/.DIAHV/SVS/MS, disponível em <http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais>.

4.7 ACOLHIMENTO E VINCULAÇÃO DO USUÁRIO NA APS

O serviço de saúde deve garantir confidencialidade e acesso humanizado no acolhimento do usuário que deseja realizar o teste para hepatites virais, HIV e IST. Essa consideração deve envolver trabalhadores de todos os setores da unidade. O usuário deve ser atendido, sem discriminação, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo e/ou condição de vida. Grupos populacionais considerados em situação de vulnerabilidade, como trabalhadores do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, adolescentes em conflito com a lei, gays e HSH, pessoas trans e travestis, sempre estiveram submetidos a julgamento moral. É importante e necessário reforçar o acolhimento desses segmentos populacionais no serviço, como um direito de cidadania.

O gerenciamento de risco tem um papel importante na promoção da saúde, pois visa proporcionar à pessoa condições de avaliar seus próprios riscos e tomar decisões realistas quanto à sua prevenção e aos problemas que possam estar relacionados às hepatites virais, HIV/aids e IST, o que leva o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e na manutenção da própria saúde. Esse processo precisa ser desenvolvido considerando o contexto de vida e os aspectos socioculturais em que os sujeitos estão inseridos.

Se o resultado da testagem for positivo, a detecção precoce permitirá o acompanhamento e tratamento das hepatites crônicas, além do aconselhamento para a adoção de cuidados que possam reduzir a possibilidade de transmissão para outras pessoas. Se o resultado for negativo, haverá a oportunidade de trabalhar as questões relativas à prevenção e à vulnerabilidade do indivíduo à infecção.

A vinculação dos usuários com TR reagente para HBV e/ou HCV ao serviço de saúde é uma forma de assegurar a realização dos exames necessários para a confirmação do diagnóstico, a avaliação da indicação do tratamento (o nível de atenção para tratamento fica a critério do gestor local) e seu acompanhamento no sistema de saúde. O usuário é considerado vinculado ao serviço de saúde após a realização da primeira consulta.

O Ministério da Saúde tem trabalhado para disponibilizar ferramentas que contribuam para a capacitação dos trabalhadores em saúde em relação às hepatites virais e para subsidiar os profissionais que atuam diretamente na assistência e no cuidado desses agravos. Dentre essas iniciativas, destacam-se:

- O curso EaD “A enfermagem no contexto das hepatites virais”, via plataforma UnaSUS;
- O curso “O cuidado integral das hepatites B e C na APS”, via plataforma Telelab (https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/337452/mod_resource/content/3/manual%20-%20modulo%20I%20-%20ajustes.pdf);
- A publicação das “Linhas de Cuidado das hepatites B e C do Ministério da Saúde” (<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/unidade-de-atencao-primaria/>).

5 SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

80

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher ou homem trans com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (GOMEZ *et al.*, 2013; BRASIL, 2022a).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou não os valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais (WORKOWSKI; BOLAN, 2015; PEELING *et al.*, 2017).

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

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele (PEELING *et al.*, 2017). Essas lesões se tornam raras ou inexistentes a partir do primeiro ano de doença (DOMINGUES *et al.*, 2021).

5.1 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA SÍFILIS

A sífilis é dividida em estágios que orientam o tratamento e o monitoramento, conforme segue (WORKOWSKI; BOLAN, 2015):

Sífilis recente (primária, secundária e latente recente)

até um ano de evolução

Sífilis tardia (latente tardia e terciária)

mais de um ano de evolução

Sífilis primária: o tempo de incubação é de dez a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por uma úlcera geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento), sendo denominada “cancro duro”. A lesão primária é acompanhada de linfadenopatia regional (acometendo linfonodos localizados próximos ao cancro duro). Sua duração pode variar, em geral, de três a oito semanas, e seu desaparecimento

independe de tratamento. Pode não ser notada ou não ser valorizada pelo paciente. Embora menos frequente, em alguns casos a lesão primária pode ser múltipla.

Sífilis secundária: ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro, ainda que manifestações iniciais do secundarismo possam surgir em um período de até um ano. Excepcionalmente, as lesões podem ocorrer em concomitância com a manifestação primária. As manifestações são muito variáveis, mas tendem a seguir uma cronologia própria.

Inicialmente, apresenta-se uma erupção macular eritematosa pouco visível (roséola), principalmente no tronco e na raiz dos membros. Nessa fase, são comuns as placas mucosas, assim como lesões acinzentadas e pouco visíveis nas mucosas. As lesões cutâneas progridem para lesões mais evidentes, papulosas eritemato-acastanhadas, que podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais. Habitualmente, atingem a região plantar e palmar, com um colarinho de descamação característico, em geral não pruriginoso.

Mais adiante, podem ser identificados condilomas planos nas dobras mucosas, especialmente na área anogenital. Trata-se de lesões úmidas e vegetantes, que são frequentemente confundidas com as verrugas anogenitais causadas pelo HPV. Alopecia em clareiras e madarose 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, têm-se tornado mais frequentes os quadros oculares, especialmente uveítes. A neurosífilis meningovascular, com acometimento dos pares cranianos, além de quadros meníngeos e isquêmicos, pode acompanhar essa fase, contrariando a ideia de que a doença neurológica é exclusiva de sífilis tardia. Há que se considerar esse diagnóstico especialmente, mas não exclusivamente, em pacientes com imunodepressão.

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 faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. A sífilis latente é dividida em latente recente (até 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.

Sífilis terciária: ocorre aproximadamente em 15% a 25% das infecções não tratadas, após um período variável de latência, podendo surgir entre um ano e 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. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.

5.2 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE SÍFILIS

Os testes utilizados para o diagnóstico de sífilis são divididos em duas categorias: exames diretos e testes imunológicos. Os mais utilizados atualmente são os testes imunológicos, aos quais daremos destaque nesta publicação.

Os testes imunológicos caracterizam-se pela realização de pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes são subdivididos em duas classes, os treponêmicos e os não treponêmicos (Quadro 13).

Quadro 13 – Métodos diagnósticos de sífilis: testes imunológicos

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Testes treponêmicos: são testes que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. 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.

Existem vários tipos de testes treponêmicos. Os testes rápidos distribuídos pelo Ministério da Saúde são um exemplo de teste treponêmico, sendo os mais indicados para início de diagnóstico. Veja mais sobre TR no Capítulo 2 – Testes rápidos na Atenção Primária à Saúde.

Os TR são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Utilizam amostras de sangue total colhidas por punção digital ou venosa. Têm a vantagem de ser realizados no momento da consulta, possibilitando tratamento imediato.

Testes não treponêmicos: esses testes detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum* e tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro.

Os testes não treponêmicos são utilizados para o diagnóstico (como primeiro teste ou teste complementar) e também para o monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura.

Uma vez observada reatividade no teste, a amostra deve ser diluída em um fator 2 de diluição, até a última diluição em que não haja mais reatividade no teste. O resultado

final dos testes reagentes, portanto, deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:8 etc.). A queda adequada dos títulos é o indicativo de sucesso do tratamento. Os testes não treponêmicos mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*) e o RPR (do inglês *Rapid Plasma Reagin*). Resultados falso-reagentes, ainda que raros, podem ocorrer, pois anticorpos anticardiolipina podem estar presentes em outras doenças. Por isso, é sempre importante realizar testes treponêmicos e não treponêmicos para a definição laboratorial do diagnóstico.

TÍTULO x DILUIÇÃO

Quando os títulos da amostra diminuem em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16), isso significa que o título da amostra caiu quatro vezes. Isso porque a amostra é diluída em um fator 2; logo, uma diluição equivale a dois títulos.

Para realizar um teste não treponêmico, são feitas várias diluições da amostra. A última diluição que ainda apresenta reatividade permite determinar o título (ex.: amostra reagente até a diluição 1:16 corresponde ao título 16).

No Brasil, a maioria dos laboratórios libera o resultado na forma de diluição.

Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados títulos baixos nesses testes. Títulos baixos ($< 1:4$) podem persistir por meses ou anos. Pessoas com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro de tratamento e sem data de infecção conhecida e sem sinais ou sintomas, são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia, devendo ser tratadas.

IMPORTANTE



A análise isolada do título de um único resultado de um teste não treponêmico (ex.: VDRL, RPR) é um equívoco frequente. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas.

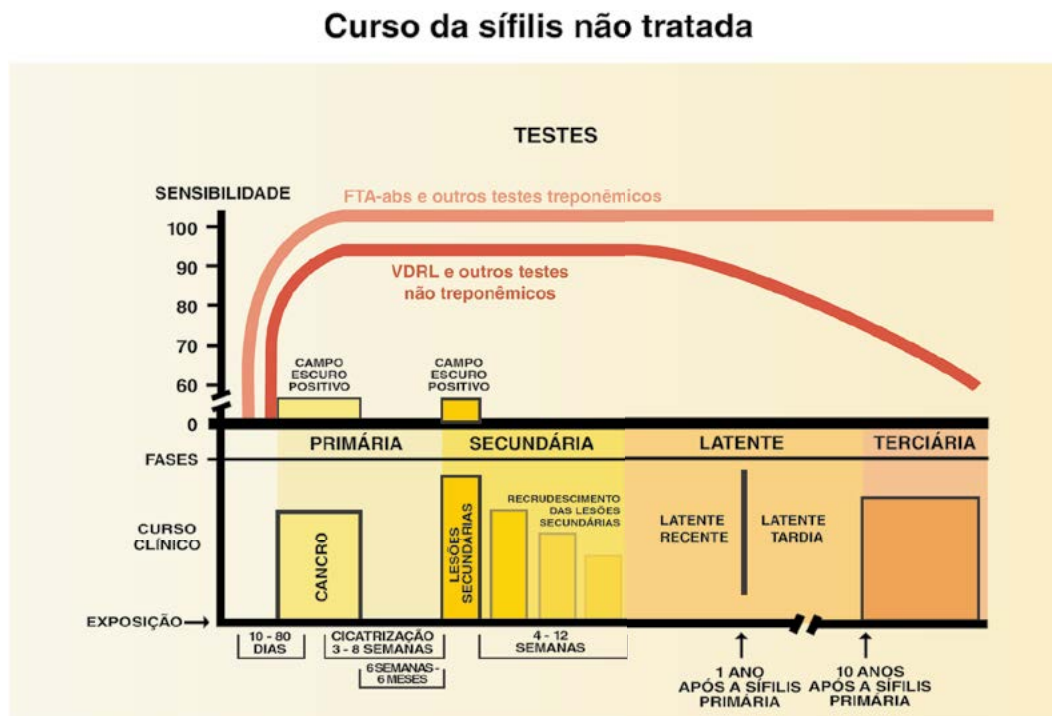
Há que se incorporar definitivamente a ideia de que títulos altos nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados, e de que títulos baixos podem ser encontrados em três situações:

- Infecção recente;
- Estágios tardios da infecção (sífilis tardia);
- Casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Esse fenômeno pode ser temporário ou persistente e é denominado cicatriz sorológica.

Os testes treponêmicos (ex.: testes rápidos, FTA-Abs, TPHA), por sua vez, permanecem quase sempre reagentes por toda a vida, apesar de tratamento adequado. Entretanto, frente a achados clínico-epidemiológicos, na ausência de tratamento, são indicativos de doença ativa. Ainda assim, os testes não treponêmicos devem ser solicitados para acompanhamento sorológico.

A Figura 14 apresenta o desempenho dos testes diagnósticos em cada estágio de sífilis.

Figura 14 – Estágios clínicos e métodos diagnósticos de sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Para mais informações sobre os testes, consultar o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), ambos disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

5.3 DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

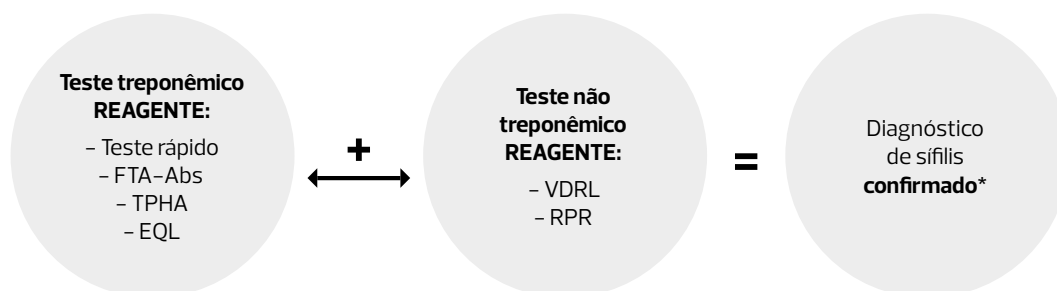
O diagnóstico de sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, consequentemente, o tratamento adequado.

A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorecem a suspeição clínica. Entretanto, não há sinal ou sintoma patognomônico da doença. Portanto, para a confirmação do diagnóstico é necessária a solicitação de testes diagnósticos. Nas fases sintomáticas, é possível a realização de exames diretos, enquanto os testes imunológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência.

Considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido. A combinação de testes sequenciais tem por objetivo aumentar o valor

preditivo positivo (VPP) de um resultado reagente no teste inicial. O fluxograma em série está apresentado na Figura 15.

Figura 15 – Fluxo diagnóstico da sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

*O diagnóstico de sífilis não estará confirmado quando houver presença de cicatriz sorológica, ou seja, persistência de resultados reagentes nos testes treponêmicos e/ou não treponêmicos com baixa titulação após o tratamento adequado, afastada a possibilidade de reinfeção.

Considerando a epidemia de sífilis no Brasil e a sensibilidade dos fluxos de diagnóstico, recomenda-se iniciar a investigação pelo **teste treponêmico**, que é o primeiro teste a ficar reagente.

Os profissionais de saúde, tanto da medicina quanto da enfermagem, devem solicitar os testes imunológicos para sífilis, explicitando no formulário de solicitação a finalidade do exame:

- **Diagnóstico de sífilis:** solicitação para rede laboratorial. Deverá ser solicitado na indisponibilidade do teste rápido no serviço.
- **Diagnóstico de sífilis após TR reagente:** quando foi realizada a testagem rápida no serviço de saúde, com resultado reagente. Nesse momento, o laboratório iniciará a investigação com o teste não treponêmico.
- **Monitoramento do tratamento de sífilis:** quando o diagnóstico e o tratamento da sífilis já foram realizados e é necessário monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos.

5.4 TRATAMENTO DA SÍFILIS

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo o único medicamento com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. Outras opções para não gestantes, como a doxiciclina e a ceftriaxona, devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para garantir resposta clínica e cura sorológica.

Devido ao cenário epidemiológico atual, recomenda-se tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico) nas seguintes situações (independentemente da presença de sinais e sintomas de sífilis):

- Gestantes;
- Vítimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.

A realização do tratamento com apenas um teste reagente 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).

Para pacientes sintomáticos com suspeita de sífilis primária e secundária e impossibilidade de realização de qualquer teste diagnóstico, recomenda-se tratamento empírico imediato para sífilis recente, assim como para as respectivas parcerias sexuais.

A avaliação e tratamento das parcerias sexuais é crucial para interromper a cadeia de transmissão da infecção.

A benzilpenicilina benzatina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM). A região ventro-glútea é a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, constituindo tecido subcutâneo de menor espessura, o que resulta em poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016). Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.

A presença de silicone (prótese ou silicone líquido industrial) nos locais recomendados pode impossibilitar a aplicação IM do medicamento. Nesses casos, optar pelo medicamento alternativo, conforme o Quadro 14.

O Quadro 14 apresenta os esquemas terapêuticos utilizados para sífilis, de acordo com a classificação clínica.

Quadro 14 – Tratamento e monitoramento de sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^(a) (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) ^(b)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, via oral (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 ^(c) 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, endovenosa (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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.

^(b) No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose (GHANEM *et al.*, 2020).

^(c) Em não gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (WHO, 2016). Em gestantes, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 7 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (GHANEM *et al.*, 2020).

Um terço das parcerias sexuais de pessoas com sífilis recente desenvolverão sífilis dentro de 30 dias da exposição. Portanto, além da avaliação clínica e do seguimento laboratorial, **se houve exposição à pessoa com sífilis (até os 90 dias anteriores), recomenda-se oferta de tratamento presuntivo a essas parcerias sexuais, independentemente de estágio clínico, sinais/sintomas ou resultado de testes, com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões, UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).**

Todas as parcerias sexuais devem ser testadas. Quando o teste de sífilis for reagente, recomenda-se tratamento de sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico.

A administração de benzilpenicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Primária, tanto para a pessoa com sífilis quanto para suas(s) parceria(s) sexual(is).

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.: anti-inflamatórios não esteroides – 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 com sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2022a).

A reação de Jarisch-Herxheimer é um evento que pode ocorrer durante as 24 horas após a primeira dose de penicilina, em especial nas fases primária ou secundária. Caracteriza-se por exacerbação das lesões cutâneas, mal-estar geral, febre, cefaleia e artralgia, que regredem espontaneamente após 12 a 24 horas (BUTLER, 2017). Pode ser controlada com o uso de analgésicos simples, conforme a necessidade, sem ser preciso descontinuar o tratamento. As pessoas com prescrição de tratamento devem ser alertadas quanto à possibilidade de ocorrência dessa reação, em especial para que se faça distinção em relação aos quadros de alergia à penicilina.

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de benzilpenicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na APS. 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 de Atenção Básica nº 28, v. II, “Acolhimento à Demanda Espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica”, Capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, p. 25 (BRASIL, 2013a).

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015, do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que reforça a importância da administração da benzilpenicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica (COFEN, 2015), além da Nota Técnica Cofen/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde (COFEN, 2017).

Para o seguimento do paciente, os testes não treponêmicos (ex.: VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população (incluindo PVHA), a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses).

5.5 MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS

A pessoa tratada com sucesso pode ser liberada de novas coletas após um ano de seguimento pós-tratamento. Entretanto, a aquisição de uma nova IST, especialmente sífilis, é um fator de risco para outras IST. Deve ser fortemente considerada a realização de rastreamento de acordo com a história sexual e o gerenciamento de risco para sífilis e outras IST na população de pessoas curadas de sífilis.

Pode haver diferença de até uma diluição nos testes não treponêmicos realizados em momentos diferentes e/ou quando realizados por diferentes observadores. Por essa razão, variações do título em uma diluição (ex.: de 1:2 para 1:4; ou de 1:16 para 1:8) devem ser analisadas com cautela.

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfecção e definir a conduta correta para cada caso. Didaticamente, a resposta ao tratamento é classificada em:

- Resposta imunológica adequada;
- Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfecção.

O monitoramento deve ser realizado com teste não treponêmico e, sempre que possível, com o mesmo método diagnóstico.

Por exemplo: se o diagnóstico for realizado com VDRL, deve-se manter seguimento com VDRL. Em caso de diagnóstico realizado com RPR, manter seguimento com RPR.

Atualmente, para definição de resposta imunológica adequada, utiliza-se o teste não treponêmico não reagente ou uma queda na titulação duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. A partir de nove meses, espera-se que os testes não treponêmicos sejam não reagentes ou se estabilizem em títulos baixos (pelo menos dois testes seguidos) (DOMINGUES et al., 2021). Quanto mais precoces forem o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá o desaparecimento dos anticorpos circulantes, com a consequente negatização dos testes não treponêmicos, ou, ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Deve-se realizar a coleta do teste não treponêmico, sempre que possível, no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente se o tratamento só for iniciado após alguns dias do diagnóstico. Isso é importante para a documentação da titulação no momento do início do tratamento e servirá como base para o monitoramento clínico.

A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos após o tratamento adequado, 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” (*serofast*) e não caracteriza falha terapêutica.

5.6 CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS: REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

Muitas vezes, é difícil distinguir entre reinfecção, reativação e cicatriz sorológica, sendo fundamental a avaliação da presença de sinais e sintomas clínicos novos, da epidemiologia (reexposição), do histórico de tratamento (duração, adesão e medicamento utilizado) e dos exames laboratoriais prévios, para facilitar a elucidação diagnóstica.

Quadro 15 – Critérios de retratamento de sífilis: reativação ou reinfecção

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para > 1:8; ou de 1:128 para > 1:32),

OU

Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16),

OU

Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O esquema de retratamento para sífilis recente ou tardia irá depender de cada caso. A investigação de neurosífilis por meio de punção lombar está indicada na população geral, quando não houver exposição sexual no período que justifique uma reinfecção – lembrando que os casos de neurosífilis podem ocorrer em qualquer fase da doença. Para PVHA, a investigação está recomendada em todos os casos de retratamento, independentemente de haver ocorrido ou não nova exposição. As indicações para pesquisa de neurosífilis estão descritas no quadro a seguir:

Quadro 16 – Indicação de punção lombar para pesquisa de neurosífilis

- Na presença de sintomas neurológicos ou oftalmológicos;
- Em caso de evidência de sífilis terciária ativa;
- Após falha ao tratamento clínico sem reexposição sexual (ver critérios de retratamento, Quadro 15). Para PVHA, a punção lombar está indicada após falha ao tratamento, independentemente da história sexual.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

6 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

90

A abordagem das IST ainda é considerada um desafio para os profissionais de saúde. Trata-se de um tópico que adquire importância pela prevalência dessas infecções na população brasileira e seu impacto na vida e nos relacionamentos dos pacientes. As queixas de problemas genitais correspondem a 4,8% dos motivos de consultas na APS. Embora nem todas as queixas genitais estejam relacionadas às IST, o número de pessoas não diagnosticadas ou com demandas ocultas relacionadas aos tópicos de saúde sexual pode representar um desafio ainda maior.

Apesar de os esquemas de tratamento serem relativamente simples do ponto de vista de prescrição, o “conjunto da obra” para executar o cuidado de forma integral pode apresentar elementos complexos, que vão desde a dificuldade de consolidar um processo de trabalho que não sirva como barreira adicional ao cuidado até os mitos e estigmas relacionados ao diagnóstico de uma IST.

O cuidado de forma integral precisa levar em conta a discussão de acesso, tendo em vista, inclusive, as populações em situações de vulnerabilidade, as habilidades de comunicação para saúde sexual, a abordagem diagnóstica, a necessidade ou não de exames complementares, a qualificação das prescrições, a adesão ao tratamento, a oferta de Prevenção Combinada, a busca ativa, o trabalho multiprofissional e a abordagem de parcerias sexuais.

A apresentação clínica das IST que possuem longos períodos assintomáticos ou sinais e sintomas leves pode fazer com que as pessoas não busquem o serviço de saúde, ou o façam tardiamente e, durante esse período, aumentem a cadeia de transmissão.

Outro elemento importante se relaciona à resistência da *Neisseria gonorrhoeae*, preocupação mundial que consta na lista de “patógenos prioritários” resistentes a antibióticos da OMS (ECDC, 2018). No Brasil, a realidade não é diferente. A rede nacional de vigilância para monitorar a resistência antimicrobiana de *N. gonorrhoeae*, o Projeto SenGono, constatou alta resistência desse patógeno à penicilina, à tetraciclina e ao ciprofloxacino, além de uma resistência emergente e em expansão à azitromicina.

O vínculo construído entre os profissionais da APS e usuários é uma ferramenta importante para explorar o universo da saúde sexual. Por isso, apesar dos desafios, a Atenção Primária é essencial para o cuidado integral na abordagem das pessoas com IST e para desatar os nós relativos a esses agravos.

6.1 RASTREAMENTO

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas a fim de estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado (GATES, 2001; WILSON; JUNGNER, 1968).

O Quadro 17 descreve o rastreamento de IST recomendado por subgrupo populacional, respeitando o limite estabelecido pela prevenção quaternária (GÉRVAS; PÉREZ FERNÁNDEZ, 2006). Para o restante da população, a testagem para sífilis e demais IST não incluídas no quadro dependerá da avaliação de risco, devendo fazer parte da abordagem de gerenciamento de risco.

Quadro 17 – Rastreamento de IST

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: na primeira consulta do pré-natal
Pai/parceiro	Oferecer os testes rápidos ao pai/parceiro nos momentos em que forem solicitados os da gestante (ver acima)		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Oferecer os testes rápidos ao pai/parceiro nos momentos em que forem solicitados os da gestante (ver acima)
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral a anual
Profissionais do sexo				
Travestis/ transexuais				
Pessoas que fazem uso abusivo de 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	-	-	-
Pessoas vivendo com HIV/aids	-	Semestral	No momento do diagnóstico	Semestral a anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			Semestral a anual
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	-	Semestral a anual
Violaência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição		Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída ^(g) Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses

CONTINUA

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 a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	Hepatite B: no atendimento inicial e de acordo com a profilaxia pós-exposição instituída ^(g) Hepatite C: no atendimento inicial, 4 a 6 semanas e 4 a 6 meses

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) HIV: preferencialmente com teste rápido.

^(b) Sífilis: preferencialmente com teste rápido.

^(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 faringéas), utilizar testes com validação para tais sítios de coleta.

^(d) Hepatite B: preferencialmente com teste rápido. Realizar o rastreamento em indivíduos suscetíveis à hepatite B. Pessoa suscetível é aquela que possui HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente e que não possui registro de esquema vacinal completo com três doses aplicadas adequadamente, ou, se indicada avaliação de soroconversão, não apresentou soroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores). Recomenda-se vacinar toda pessoa suscetível. Para mais informações sobre grupos que necessitam esquemas especiais de vacinação (ex.: PVHA), consultar o PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

^(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 em qualquer idade gestacional, e as mulheres suscetíveis devem ser vacinadas.

^(g) Em caso de HbsAg (TR ou imunoensaio laboratorial) não reagente em indivíduos suscetíveis, iniciar ou completar o esquema vacinal para hepatite B e avaliar a indicação de IGHAHB. O anti-HBs deve ser realizado preferencialmente um a dois meses após a última dose da vacina (ou em até seis meses) e, nos casos em que a IGHAHB foi aplicada, pelo menos seis meses após a última dose de IGHAHB. Resultados positivos para HbsAg devem ser conduzidos conforme orientações do PCDT para Hepatite B e Coinfecções.

6.2 ESTRATÉGIAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM IST E SUAS PARCERIAS

Para interromper a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. Portanto, essa informação deve ser repassada à pessoa com IST, ao mesmo tempo em que se fornecem instrumentos para comunicação e todo apoio até o final do processo.

Uma pessoa com IST nunca é só uma pessoa. É uma rede de parcerias sexuais que estão infectadas.

A anamnese, a identificação das diferentes vulnerabilidades e o exame físico são importantes elementos na abordagem integral às pessoas com IST. Após um relato de exposição sexual de risco, quando indicado, procede-se à coleta de material biológico para exame laboratorial e, sempre que disponíveis, devem ser realizados exames para gonorreia, clamídia, sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C.

As amostras para os exames laboratoriais indicados devem ser colhidas no momento da primeira consulta; caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a **conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes**. A consulta clínica se completa com a prescrição e orientações de tratamento, além da definição de estratégia para seguimento e atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento.

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção no serviço. Para tanto, o profissional deve promover informação/educação em saúde e assegurar um ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações.

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas (a maioria) ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST corretamente diagnosticada ou tratada. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a reinfecção ou a infecção de sua parceira sexual.

A transmissibilidade da infecção é maior quando o acesso ao tratamento é menor. A vigilância epidemiológica e o manejo dos contatos sexuais também são estratégias para alcançar e tratar todas as pessoas infectadas.

Todas essas intervenções devem ser acompanhadas pela promoção da busca adequada aos serviços de saúde. Os demais passos estão ligados ao acesso a serviços de qualidade, envolvendo infraestrutura, equipamentos, insumos, recursos financeiros e humanos e educação permanente. Esses serviços devem ter condições mínimas de atendimento, além de estar inseridos em uma rede de atenção que possibilite o encaminhamento para níveis mais complexos, quando necessário.

O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato, com o menor tempo de espera possível, podendo esse período ser aproveitado para a realização de ações de informação/educação em saúde individual e coletiva. O atendimento imediato de uma pessoa com IST não é apenas uma ação curativa, mas também visa à interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outras IST e complicações decorrentes das infecções, com atenção especial aos espaços de privação de liberdade, nos quais existe pouca disponibilização de insumos de prevenção.

Para mais informações sobre abordagem de parcerias sexuais, consulte o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

6.3 MANEJO INTEGRAL DAS PESSOAS COM IST SINTOMÁTICAS

Após o relato de relação sexual desprotegida e sintomas de IST, o profissional de saúde deverá proceder com as condutas de diagnóstico e tratamento.

Embora possam sofrer variações, essas manifestações têm etiologias bem estabelecidas, o que facilita a escolha e a realização dos testes para o diagnóstico e tratamento. As principais manifestações clínicas das IST são:

- Corrimento vaginal,
- Corrimento uretral,
- Úlceras genitais e
- Verrugas anogenitais.

As condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, em razão de sua baixa sensibilidade e especificidade. As ações clínicas complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequados. No entanto, apesar da relevância do uso de testes laboratoriais no manejo clínico das IST, caso estes não estejam disponíveis, recomenda-se o tratamento baseado na clínica em todo caso de suspeita de IST.

Existem situações, como o corrimento vaginal, em que o exame especular e testes mínimos são recomendados, sem os quais é impossível o adequado manejo do caso. Por outro lado, no manejo de doença inflamatória pélvica (DIP), considerando-se a urgência da intervenção, a conduta mais indicada é a instituição de tratamento imediato.

O manejo das IST sintomáticas segue condutas baseadas em fluxogramas (com e sem a utilização de testes laboratoriais), conforme a Figura 16. No seguimento das etapas do fluxograma, é indispensável aprofundar cada item, especialmente a anamnese acurada e o exame físico detalhado.

O Quadro 18, a seguir, apresenta as principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos.

Quadro 18 – Principais síndromes em IST e os respectivos agentes etiológicos

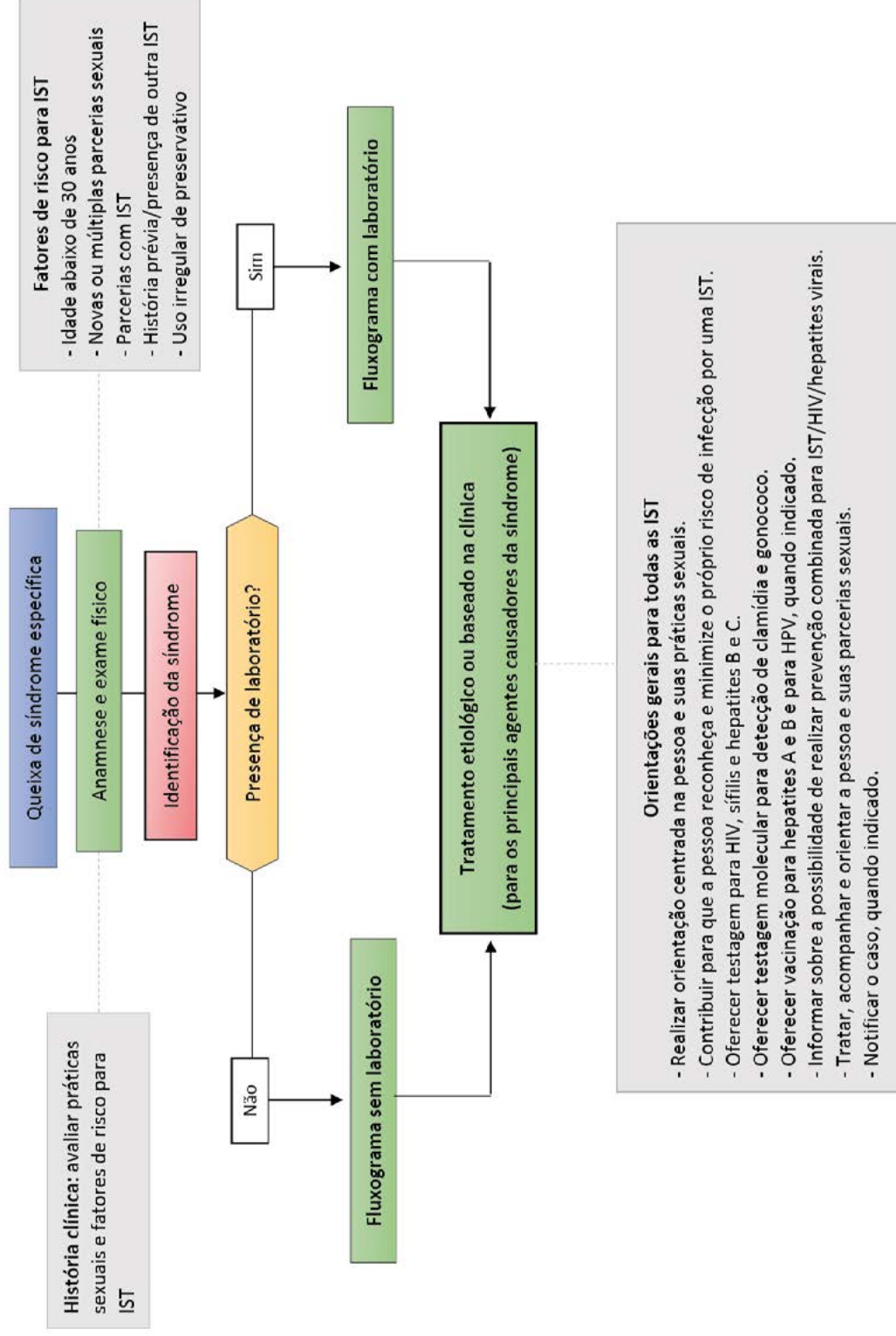
SÍNDROME – ÚLCERA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovariantes L1, L2 e L3)	Linfogranuloma venéreo (LGV)
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancroide
Vírus do Herpes simplex (tipo 2)	Herpes genital ^(a)
<i>Klebsiella granulomatis</i>	Donovanose
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
SÍNDROME – CORRIMENTO URETRAL/VAGINAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
<i>Candida albicans</i>	Candidíase vulvovaginal ^(b)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (sorovariantes D a K)	Clamídia
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Infecção causada por micoplasma
Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^(b)
SÍNDROME – VERRUGA ANOGENITAL	
Possíveis agentes etiológicos	Infecção
Papilomavírus humano (HPV)	Condiloma acuminado ^(a)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) Infecções não curáveis, porém tratáveis.

^(b) Infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal; não são consideradas IST.

Figura 16 – Fluxograma para o manejo clínico de IST sintomáticas



Para acessar a todos os fluxogramas de IST, consulte os Fluxogramas para Manejo Clínico das Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

6.4 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO VAGINAL

O corrimento vaginal é uma queixa comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva. Em serviços que atendem com frequência casos de IST, o corrimento vaginal é o principal sintoma referido pelas mulheres atendidas (BASTOS *et al.*, 2000; MENEZES, 2003; PASSOS; APPOLINÁRIO; VARELLA, 2003). Entre gestantes, é o primeiro ou segundo motivo da consulta, após verruga anogenital (BEHETS *et al.*, 1998; DALY; WANGEL; HOFFMAN, 1998; DIALLO *et al.*, 1998).

A vulvovaginite e a vaginose são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, responsáveis por inúmeras consultas. São afecções do epitélio estratificado da vulva e/ou vagina, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, principalmente *Candida albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial *Gardnerella vaginalis*; e o protozoário *Trichomonas vaginalis*. Dessas, somente a tricomoníase é considerada uma IST; as demais são denominadas infecções do trato reprodutivo (ITR).

As mulheres com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem orientadas sobre as diferenças entre as ITR. O diagnóstico de uma IST tem implicações que não se verificam nas infecções endógenas ou iatrogênicas, como a necessidade de orientação e tratamento de parcerias sexuais. É importante avaliar a percepção da mulher quanto à existência de corrimento vaginal fisiológico.

A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor. Dessa forma, há a necessidade de indagar sobre:

- Consistência, cor e alterações no odor do corrimento;
- Presença de prurido;
- Irritação local;
- Dispareunia;
- Disúria externa.

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

- Comportamentos e práticas sexuais;
- Data da última menstruação (DUM);
- Práticas de higiene vaginal e uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos; e/ou
- Outros potenciais agentes irritantes locais.

Apesar do papel da anamnese no cuidado das pessoas com corrimento vaginal, a característica do corrimento vaginal, de forma isolada, não deve ser a base para o diagnóstico. Também é necessário diferenciar a secreção vaginal fisiológica de um quadro patológico.

Nesse sentido, a importância do exame ginecológico deve ser reforçada. Durante esse procedimento, o profissional de saúde precisa observar as características do corrimento, bem como a existência de ulcerações, edema e/ou eritema. Esta é a propedêutica essencial da abordagem das ITR, que deve ser realizada conforme os seguintes passos, descritos no quadro a seguir:

Quadro 19 – Exame ginecológico e IST

- Examinar a genitália externa e a região anal.
- Separar os lábios vaginais para visualizar o introito vaginal integralmente.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, o fundo de saco e o colo uterino.
- Fazer o teste de pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal lateral (evitar tocar o colo).
- Colher material para o teste de Whiff (teste das aminas ou do “cheiro” – em uma lâmina ou chumaço de gaze, acrescentar uma gota de KOH 10% sobre o conteúdo vaginal coletado, sendo positivo se apresentar cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível.
- Havendo possibilidade de realização no local, coletar material endocervical para cultura de *N. gonorrhoeae* em meio de transporte e pesquisa de *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* por biologia molecular; a amostra para biologia molecular pode ser substituída pela urina de primeiro jato (armazenada na bexiga no mínimo por 4 horas), seguindo as orientações de coleta e armazenamento, conforme o meio a ser utilizado.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica) e a colposcopia não devem ser realizados com o intuito de diagnosticar vulvovaginite, vaginose e cervicite. Quando indicados (ex.: para rastreio de lesão intraepitelial cervical), devem preferencialmente ser realizados após tratamento das ITR.

A seguir, abordaremos alguns aspectos específicos dos principais agentes etiológicos de corrimentos vaginais e cervicites.

6. 4. I CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

O fungo *Candida albicans* é o principal agente etiológico da candidíase vulvovaginal (CVV), sendo responsável por 80% a 92% dos casos. O restante é causado por espécies não *albicans* (*glabrata*, *tropicalis*, *krusei*, *parapsilosis*) e *Saccharomyces cerevisiae* (HOLLAND *et al.*, 2003). Durante a vida reprodutiva, 10% a 20% das mulheres serão colonizadas por *Candida spp.*, de forma assintomática, sem requerer tratamento (LINDNER; PLANTEMA; HOOGKAMP-KORSTANJE, 1978).

Dentre os fatores que predisõem à CVV, destacam-se:

- Gravidez;
- Obesidade;
- Diabetes *mellitus* (descompensado);
- Uso de corticoides;
- Uso de antibióticos;
- Uso de contraceptivos orais;
- Uso de imunossupressores ou quimio/radioterapia;
- Alterações na resposta imunológica (imunodeficiência);
- Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local;
- Contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (ex.: talcos, perfumes, sabonetes ou desodorantes íntimos);
- Infecção pelo HIV.

A maioria das CVV não são complicadas e respondem a vários esquemas terapêuticos. Todavia, 5% das mulheres apresentam inabilidade de controle do processo agudo, o que leva à instalação da forma recorrente do agravo.

A CVV recorrente (CVVR) é definida quando a paciente reporta quatro ou mais episódios sintomáticos de CVV em um ano (SOBEL, 1985).

A CVV classifica-se em CVV **não complicada** e **CVV complicada**. É considerada **não complicada** quando presentes todos os critérios a seguir: sintomas leves/moderados, frequência esporádica, agente etiológico *C. albicans* e ausência de comorbidades. Por outro lado, considera-se CVV **complicada** quando presente pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas intensos, frequência recorrente (CVVR), agente etiológico não *albicans* (*glabrata*, *kruzei*), presença de comorbidades (diabetes, HIV) ou gestação (SOBEL, 2017).

Os sintomas de uma CVV clássica são prurido, ardência, corrimento geralmente grumoso e sem odor, dispareunia de introito vaginal e disúria externa. Os sinais característicos são eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso (com placas de cor branca aderidas à parede vaginal), edema vulvar, escoriações e lesões satélites, por vezes pustulosas pelo ato de coçar.

Para a citologia a fresco, utiliza-se soro fisiológico e hidróxido de potássio a 10% a fim de visibilizar a presença de hifas e/ou esporos dos fungos. Além disso, a CVV está associada a pH vaginal normal (< 4,5).

Para o diagnóstico diferencial da CVVR, deve-se considerar líquen escleroso, vulvovestibulite, dermatite vulvar, vulvodínea, vaginite citolítica, vaginite inflamatória descamativa, formas atípicas de herpes genital e reações de hipersensibilidade (SOBEL, 2017).

O tratamento indicado para os casos de CVV está apresentado no Quadro 20.

Quadro 20 – Tratamento de candidíase vulvovaginal

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	TRATAMENTO
PRIMEIRA OPÇÃO	Miconazol creme a 2% ou outros derivados imidazólicos, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias
SEGUNDA OPÇÃO	Fluconazol 150mg, via oral (VO), dose única OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia

CONTINUA

CVV COMPLICADA E CVV RECORRENTE	<u>Indução:</u> Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, dias 1, 4 e 7 OU Itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 1 dia OU Miconazol creme vaginal tópico diário por 10-14 dias <u>Manutenção:</u> Fluconazol 150 mg, VO, 1x/semana, por 6 meses OU Miconazol creme vaginal tópico, 2x/semana OU Óvulo vaginal, 1x/semana, durante 6 meses
--	---

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Observações:

- As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas.
- A CVV é comum durante a gestação, podendo haver recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.
- Tratamento em gestantes e lactantes: somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado.

PARTICULARIDADES: CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

- Nos casos recorrentes ou de difícil controle, devem-se investigar as causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV e uso de corticoides).
- Dentre as reações adversas raras (entre 0,01% e 0,1%) do uso do fluconazol, citam-se agranulocitose, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anafilaxia, angioedema, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipocalcemia, toxicidade e insuficiência hepática.
- PVHA: devem ser tratadas com os esquemas habituais.

6. 4. 2 VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana (VB) é a desordem mais frequente do trato genital inferior entre mulheres em idade reprodutiva (gestantes ou não), e a causa mais prevalente de corrimento vaginal com odor fétido. Está associada à perda de lactobacilos e ao crescimento de inúmeras bactérias, bacilos e cocos Gram-negativos anaeróbicos, com predomínio de *Gardnerella vaginalis*, seguida de *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus spp.*, *Mobiluncus curtisii*, *Mobinculus mulieris*, *Bacteroides spp.*, *Prevotella spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e *Streptococcus agalactie* (grupo B).

A VB aumenta o risco de aquisição de IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (estando associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea). Quando presente nos procedimentos invasivos, como curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino (DIU), aumenta o risco de doença inflamatória pélvica (DIP).

Sem lactobacilos, o pH aumenta e a *Gardnerella vaginalis* produz aminoácidos, os quais são quebrados pelas bactérias anaeróbicas da VB em aminas voláteis (putrecina

e cadaverina), levando ao odor desagradável, particularmente após o coito e a menstruação (que alcalinizam o conteúdo vaginal), o que constitui a principal queixa da paciente. A afecção é facilmente identificada ao exame especular, que mostra as paredes vaginais em sua maioria íntegras, marrons e homogêneas ao teste de Schiller, banhadas por corrimento perolado bolhoso em decorrência das aminas voláteis.

Se a microscopia estiver disponível, o diagnóstico é realizado na presença de pelo menos três critérios de Amsel (AMSEL *et al.*, 1983):

- Corrimento vaginal homogêneo;
- pH > 4,5;
- Presença de *clue cells* (células guia) no exame de lâmina a fresco;
- Teste de Whiff positivo (odor fétido das aminas com adição de hidróxido de potássio a 10%).

Não há indicação de rastreamento de vaginose bacteriana em mulheres assintomáticas. O tratamento é recomendado para mulheres sintomáticas e para assintomáticas quando grávidas, especialmente aquelas com histórico de parto pré-termo e que apresentem comorbidades ou potencial risco de complicações (previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital). O tratamento deve ser simultâneo ao procedimento, não havendo razão para sua suspensão ou adiamento.

A recorrência após o tratamento é comum: 15% a 30% das mulheres apresentam VB sintomática 30 a 90 dias após a terapia com antibióticos, enquanto 70% das pacientes experimentam uma recorrência em nove meses (BRADSHAW *et al.*, 2006; LARSSON, 1992; SOBEL *et al.*, 1993).

Algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais; dentre elas, atividade sexual frequente sem uso de duchas vaginais, inadequada resposta imune e resistência bacteriana aos imidazólicos. Cepas de *Atopobium vaginae* resistentes ao metronidazol são identificadas em várias portadoras de vaginose bacteriana recorrente (VBR); contudo, esses bacilos são sensíveis à clindamicina e às cefalosporinas.

Quadro 21 – Tratamento de vaginose bacteriana

VAGINOSE BACTERIANA	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias
Segunda opção	Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias
Recorrente	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10-14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via vaginal, 1x/dia, por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com óvulo de ácido bórico intravaginal de 600 mg ao dia por 21 dias e metronidazol gel vaginal 100 mg/g, 2x/semana, por 4-6 meses
Observações:	
• O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. • Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Particularidades: vaginose bacteriana

PVHA: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e do ritonavir.

6. 4. 3 TRICOMONÍASE

A tricomoníase é causada por um protozoário flagelado unicelular, o *Trichomonas vaginalis*, e parasita com mais frequência a genitália feminina que a masculina. É considerada uma IST.

Os sinais e sintomas característicos consistem em corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido (na maioria dos casos, lembrando peixe) e prurido eventual, que pode constituir reação alérgica à afecção. Em caso de inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia (SOOD; CAPIL, 2008). Também podem ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria. Cerca de 30% dos casos são assintomáticos, mas algum sinal clínico pode aparecer.

No exame especular, percebem-se microulcerações que dão ao colo uterino um aspecto de morango ou framboesa (teste de Schiller “onçoide” ou “tigroide”). A transudação inflamatória das paredes vaginais eleva o pH para 6,7 a 7,5 e, nesse meio alcalino, pode surgir variada flora bacteriana patogênica, inclusive anaeróbica; por conseguinte, se estabelece a vaginose bacteriana associada, que libera as aminas com odor fétido, além de provocar bolhas no corrimento vaginal purulento.

O diagnóstico laboratorial microbiológico mais comum é o exame a fresco, mediante gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, com observação do parasita ao microscópio. Habitualmente, visualiza-se o movimento do protozoário, que é flagelado, e um grande número de leucócitos. O pH quase sempre é maior que 5,0. Na maioria dos casos, o teste das aminas é positivo. À bacterioscopia com coloração pelo método de Gram, observa-se o parasita Gram-negativo, de morfologia característica. A cultura pode ser requisitada nos casos de difícil diagnóstico. Os meios de cultura são vários e incluem os de Diamond, Trichosel e In Pouch TV (HAEFNER, 1999).

Quadro 22 – Tratamento de tricomoníase

TRICOMONÍASE	TRATAMENTO
Primeira opção (incluindo gestantes e lactantes)	Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total 2 g) OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias
Observações:	
- As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em recém-nascidos (RN). - Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.	

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Observações:

- Durante o tratamento com metronidazol, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, devido à interação de derivados imidazólicos com álcool, caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e “gosto metálico na boca”).
- Também durante o tratamento, devem-se suspender as relações sexuais.
- Manter o tratamento durante a menstruação.

O tratamento da(s) parceria(s) sexual(is), quando indicado, deve ser realizado de forma preferencialmente presencial, com a devida orientação, solicitação de exames de outras IST (sífilis, HIV, hepatites B e C) e identificação, captação e tratamento de outras parcerias sexuais, buscando a cadeia de transmissão.

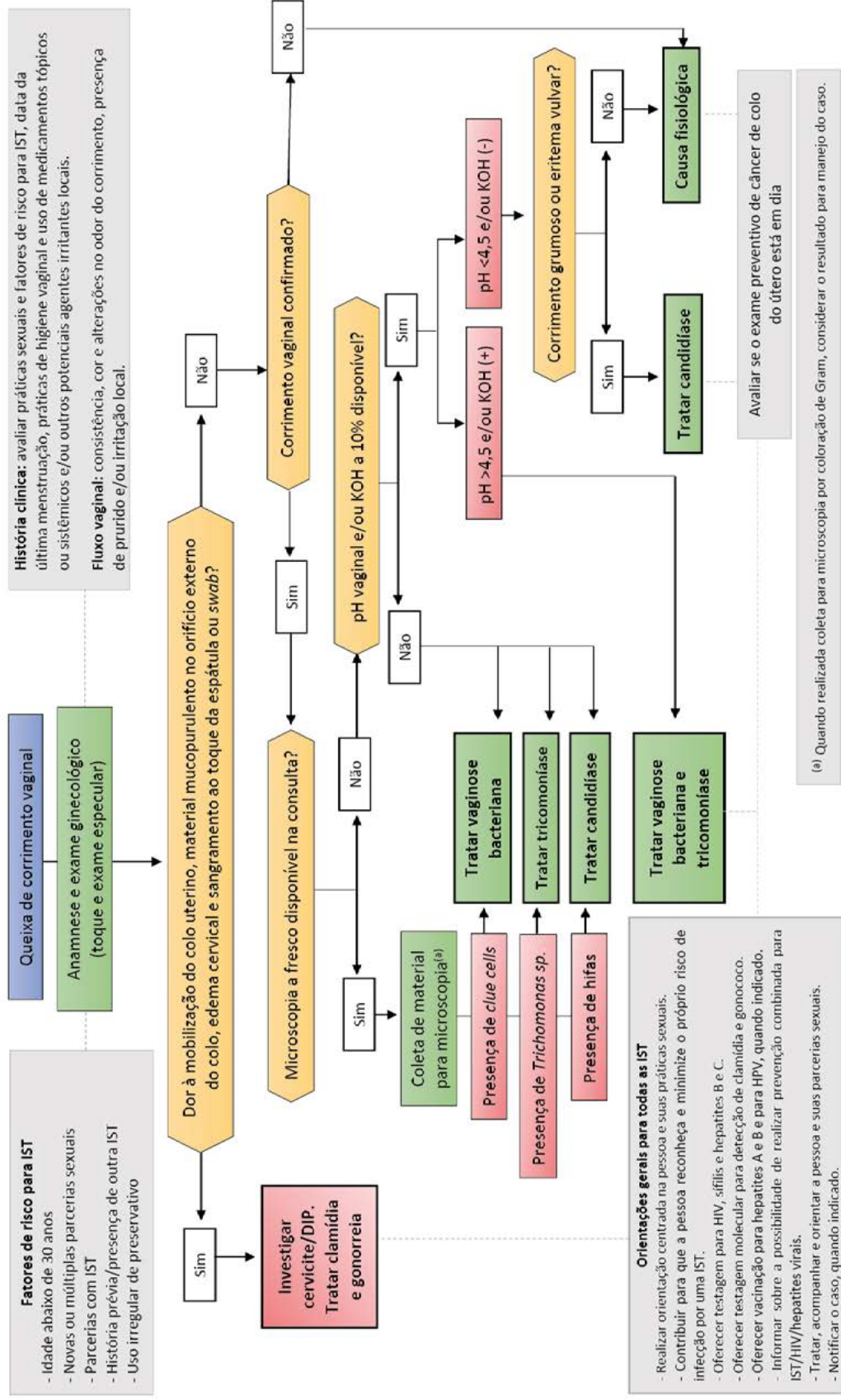
PARTICULARIDADES: TRICOMONÍASE

a. PVHA: devem ser tratadas com os esquemas habituais, mas atentar para a interação medicamentosa entre o metronidazol e o ritonavir, que pode elevar a intensidade de náuseas e vômitos, reduzindo a adesão aos antirretrovirais. Para evitar tal ocorrência, recomenda-se intervalo de duas horas entre as ingestas do metronidazol e do ritonavir.

b. A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares e tricomoníase, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após três meses, para avaliar se as alterações persistem.

A seguir, na Figura 17, encontra-se o fluxograma para o manejo clínico de corrimento vaginal. Se necessário, consulte também a Figura 18 para o manejo clínico de cervicite.

Figura 17 – Fluxograma para o manejo clínico de corrimento vaginal



6. 4. 4 CERVICITE

As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica (STAMM, 1999; PATTON, 1985; PAAVONEN; EGGERT-KRUSE, 1999; MARDH, 2004; ROBERTS *et al.*, 2007; BAKKEN *et al.*, 2007; BAKKEN; GHADERI, 2009; LAND *et al.*, 2010). Os principais agentes etiológicos são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

Os fatores associados à prevalência são: mulheres sexualmente ativas com idade inferior a 25 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, história prévia ou presença de outra IST e uso irregular de preservativo (CURRIE; BOWDEN, 2007; LAMONTAGNE *et al.*, 2007; SKJELDESTAD *et al.*, 2009; EVANS; DAS; KINGHORN, 2009; WETMORE; MANHART; WASSEHEIT, 2010; PINTO *et al.*, 2011).

Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo, edema cervical e sangramento ao toque da espátula ou *swab*. As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem dor pélvica, DIP, gravidez ectópica e infertilidade (STAMM, 1999).

As infecções por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* em mulheres frequentemente não produzem corrimento vaginal; entretanto, se ao exame especular for constatada a presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo ou teste do cotonete positivo, a paciente deve ser tratada para gonorreia e clamídia, pois esses são os agentes etiológicos mais frequentes da cervicite mucopurulenta ou endocervicite – inflamação da mucosa endocervical.

O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae* pode ser feito pela detecção do material genético dos agentes infecciosos por biologia molecular. Esse método é o de escolha para os casos assintomáticos e sintomáticos. Para os casos sintomáticos, a cervicite gonocócica também pode ser diagnosticada pela identificação do gonococo após cultura em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), a partir de amostras endocervicais.

As infecções gonocócicas ou por clamídia durante a gravidez podem estar relacionadas a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do recém-nascido (MANN *et al.*, 2010; ANDREWS *et al.*, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2009; ROURS *et al.*, 2011).

No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite (PEIPERT, 2003). A oftalmia neonatal, definida como conjuntivite purulenta do RN, ocorre no primeiro mês de vida e pode levar à cegueira, especialmente, quando causada pela *N. gonorrhoeae*. Por isso, a doença deve ser tratada imediatamente, a fim de prevenir dano ocular. Geralmente, o RN é levado ao serviço de saúde por causa de eritema e edema de pálpebras e conjuntiva e/ou presença de material mucopurulento nos olhos.

A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu período de incubação varia de cinco a 14 dias. A frequência relativa da infecção pelos dois agentes etiológicos depende da prevalência dessas IST em gestantes e do uso da profilaxia ocular na primeira hora após o nascimento, a qual é efetiva contra *N. gonorrhoeae*, mas frequentemente

não o é contra *C. trachomatis*. Na ocasião do parto vaginal, o risco de transmissão vertical situa-se entre 30% e 50%, tanto para *N. gonorrhoeae* como para *C. trachomatis*.

É recomendada pelo PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais a realização de pesquisa para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* por biologia molecular na primeira consulta de pré-natal, em gestante com até 30 anos de idade (BRASIL, 2022a).

O tratamento das cervicites se dá de acordo com o agente etiológico e é apresentado no quadro a seguir.

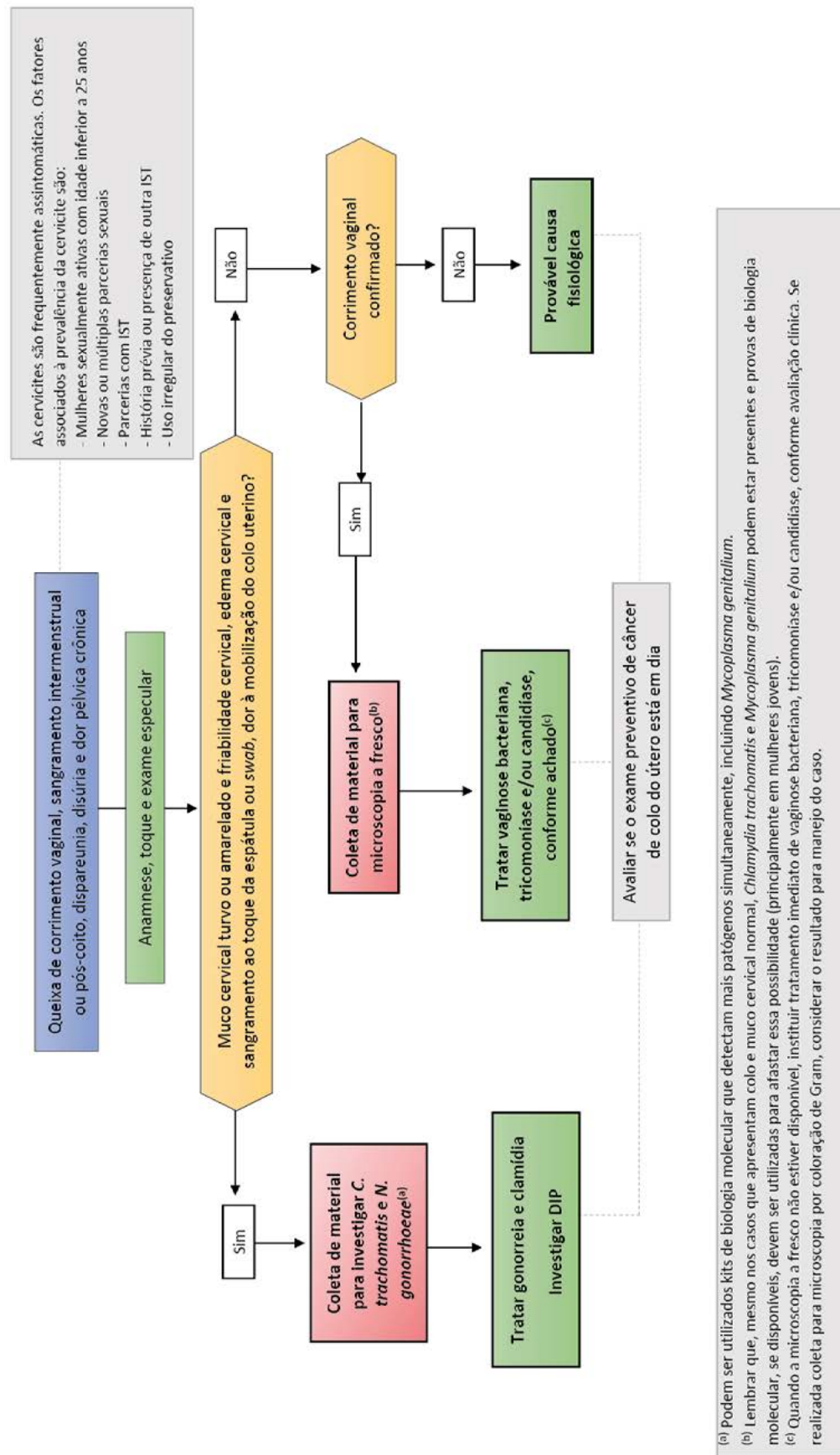
Quadro 23 – Tratamento de gonorreia e clamídia

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

A seguir, encontra-se na Figura 18 o fluxograma para o manejo clínico de cervicite. Se necessário, também consultar a Figura 17 para o manejo clínico de corrimento vaginal.

Figura 18 – Fluxograma para o manejo clínico de cervicite



6.5 INFECÇÕES QUE CAUSAM CORRIMENTO URETRAL

As uretrites são caracterizadas por inflamação e corrimento uretral. Os agentes microbianos das uretrites podem ser transmitidos por relação sexual vaginal, anal e oral. O corrimento uretral costuma ter aspecto que varia de mucoide a purulento, com volume variável, estando associado a dor uretral (independentemente da micção), disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral.

Os agentes etiológicos mais frequentes das uretrites são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Outros agentes, como *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum*, enterobactérias (nas relações anais insertivas), *Mycoplasma genitalium*, vírus do herpes simples (HSV, do inglês *herpes simplex virus*), adenovírus e *Candida sp.* são menos frequentes. Causas traumáticas (produtos e objetos utilizados na prática sexual) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial das uretrites.

A infecção retal é geralmente assintomática, mas pode causar proctite (12%) ou desconforto perianal ou anal (7%), sendo mais frequente em HSH.

Para os casos assintomáticos, o método diagnóstico de escolha é a detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular.

6. 5. 1 URETRITE GONOCÓCICA

É um processo infeccioso e inflamatório da mucosa uretral, causado por *Neisseria gonorrhoeae* (diplococo Gram-negativo intracelular). O risco de transmissão de um parceiro infectado a outro é, em média, de 50% por ato sexual. Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção: as membranas mucosas da uretra (uretrite), endocérvice (cervicite), reto (proctite), faringe (faringite) e conjuntiva (conjuntivite).

A infecção uretral no homem é assintomática em menos de 10% dos casos. Nos casos sintomáticos, há presença de corrimento em mais de 80% e de disúria em mais de 50%. O período de incubação costuma ser de dois a cinco dias após a infecção. Nas mulheres, a uretrite gonocócica é frequentemente assintomática.

O corrimento mucopurulento ou purulento é frequente. Raramente, há relato de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite (dor, edema, prurido, hiperemia da região prepucial, descamação da mucosa e, em alguns casos, material purulento e de odor desagradável no prepúcio). As complicações no homem ocorrem por infecção ascendente a partir da uretra, podendo ocasionar orquiepididimite, prostatite e estenose de uretra.

6. 5. 2 URETRITE NÃO GONOCÓCICA

É a uretrite sintomática cuja bacterioscopia pela coloração de Gram, cultura e detecção de material genético por biologia molecular são negativas para o gonococo. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, como *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, entre outros (GAYDOS et al., 2009, DALEY et al., 2014; LIS et al., 2015).

A infecção por clamídia no homem é responsável por aproximadamente 50% dos casos de uretrite não gonocócica. A transmissão ocorre pelo contato sexual (risco

de 20% por ato), sendo o período de incubação, no homem, de 14 a 21 dias. Estima-se que dois terços das parceiras estáveis de homens com uretrite não gonocócica hospedem *C. trachomatis* na endocérvice. Elas podem reinfectar suas parcerias sexuais e desenvolver quadro de DIP se permanecerem sem tratamento.

A uretrite não gonocócica caracteriza-se, habitualmente, pela presença de corrimentos mucoides, discretos, com disúria leve e intermitente. A uretrite subaguda é a forma de apresentação em aproximadamente 50% dos pacientes com uretrite causada por *C. trachomatis*. Entretanto, em alguns casos, os corrimentos das uretrites não gonocócicas podem simular, clinicamente, os da gonorreia. As uretrites causadas por *C. trachomatis* podem evoluir para prostatite, epididimite, balanite, conjuntivite (por autoinoculação) e síndrome uretro-conjuntivo-sinovial ou síndrome de Reiter.

Após a identificação dos sinais e sintomas clínicos de uretrite, devem-se executar os testes diagnósticos apropriados. Devido às taxas de resistência, é fundamental priorizar testes que identifiquem o agente infeccioso, principalmente em casos de reinfecção. Descrevem-se a seguir os métodos diagnósticos incorporados ao SUS:

- Detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular: método com elevada sensibilidade e especificidade. Além de definir o agente etiológico para os casos de infecções sintomáticas, consiste no método de escolha para o rastreio de infecções assintomáticas.
- Bacterioscopia: a coloração de Gram é um método rápido e possui bom desempenho para o diagnóstico de gonorreia em homens sintomáticos com corrimento uretral. A infecção gonocócica é estabelecida pela presença de diplococos Gram-negativos intracelulares em leucócitos polimorfonucleares. Em mulheres, no entanto, o esfregaço de secreções cervicais detecta apenas 40% a 60% das infecções. Isso ocorre porque a flora vaginal é densa e a identificação dos diplococos Gram-negativos pode ficar comprometida. Outra razão para essa baixa sensibilidade pode ser o número reduzido de gonococos nos esfregaços de amostras da endocérvice ou falha técnica na coleta. O diagnóstico de pessoas assintomáticas por microscopia não é recomendado.
- Cultura de amostras de corrimento uretral em meio seletivo de Thayer-Martin ou similar: útil na identificação de *N. gonorrhoeae*, quando causador da infecção. As colônias Gram-negativas, oxidase e catalase positivas devem ser submetidas a provas bioquímicas (manuais ou automatizadas) para confirmação da espécie *N. gonorrhoeae*, pois o meio seletivo permite o crescimento de demais espécies do gênero *Neisseria*;
- O teste positivo de esterase leucocitária na urina de primeiro jato, ou exame microscópico de sedimento urinário de primeiro jato, apresentando > 10 leucócitos polimorfonucleares por campo, sugere presença de infecção, mas não define o agente infeccioso. Portanto, poderá ser utilizado na ausência dos outros métodos.

Além da identificação do patógeno, quando possível, é importante investigar o perfil de susceptibilidade aos antimicrobianos para cepas isoladas e identificadas como *N. gonorrhoeae*, para fins de vigilância da resistência desse patógeno.

Para mais informações sobre o diagnóstico laboratorial de corrimento uretral, consulte o manual da OMS, Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (WHO, 2013) e as aulas do Telelab, disponíveis em <http://telelab.aids.gov.br>.

O Quadro 24 apresenta um resumo sobre as opções de tratamento para uretrites.

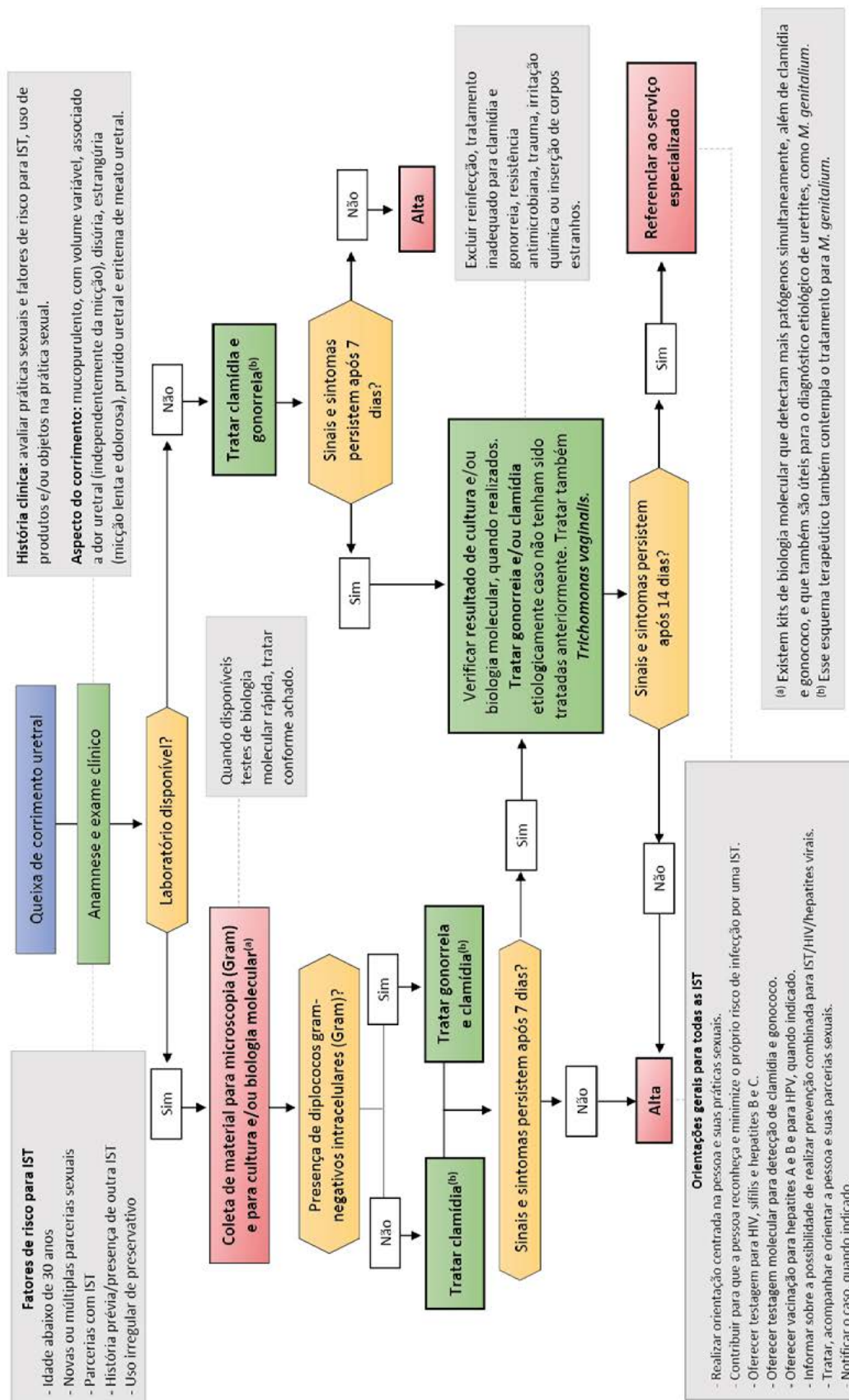
Quadro 24 – Tratamento de uretrites

CONDIÇÃO CLÍNICA	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
Uretrite sem identificação do agente etiológico	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe)	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite não gonocócica	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Uretrite por clamídia	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias	A resolução dos sintomas pode levar até 7 dias após a conclusão da terapia
Retratamento de infecções gonocócicas	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Gentamicina 240 mg, IM MAIS Azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única	Para casos de falha de tratamento. Possíveis reinfecções devem ser tratadas com as doses habituais
Uretrite por Mycoplasma genitalium	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Uretrite por Trichomonas vaginalis	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 7 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias	–
Infecção gonocócica disseminada (exceto meningite e endocardite)	Ceftriaxona 1 g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	–	–
Conjuntivite gonocócica no adulto	Ceftriaxona 1 g, IM, dose única	–	–
Observações: • Se o paciente apresentar alergia grave às cefalosporinas, indicar azitromicina 500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2 g). • Os pacientes e a(s) parceria(s) devem se abster de relações sexuais desprotegidas até que o tratamento de ambos esteja completo (ou seja, após o término do tratamento com múltiplas doses ou por 7 dias após a terapia com dose única).			

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Quando o diagnóstico etiológico não for possível, o tratamento deverá basear-se em achados clínicos com o uso de fluxograma, conforme a Figura 19.

Figura 19 – Fluxograma para o manejo clínico de corrimento uretral



6.6 INFECÇÕES QUE CAUSAM ÚLCERA GENITAL

As úlceras genitais representam uma síndrome clínica muitas vezes produzida por IST e se manifestam como lesões ulcerativas erosivas, precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Embora a úlcera genital esteja frequentemente associada às IST na população sexualmente ativa, em particular nos adolescentes e adultos jovens, a queixa de úlcera genital não é exclusividade das IST e pode estar associada a infecções inespecíficas por fungos, vírus ou bactérias. Nesta seção, serão abordadas as IST que se manifestam com úlceras genitais em alguma fase da doença.

A etiologia das úlceras genitais é determinada pela associação de sinais e sintomas clínicos, do histórico de exposição ao risco e dos resultados de testes diagnósticos. Os agentes etiológicos que mais causam úlcera genital são:

- *Treponema pallidum* (sífilis);
- HSV-1 e HSV-2 (herpes perioral e genital, respectivamente);
- *Haemophilus ducreyi* (cancroide);
- *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV);
- *Klebsiella granulomatis* (donovanose).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação em uma mesma lesão, como úlcera genital por *Treponema pallidum* e HSV-2. A prevalência dos agentes etiológicos sofre influência de fatores geográficos, socioeconômicos e de gênero, além do número de parcerias sexuais, uso de drogas, circuncisão, sexo profissional, entre outros.

A presença de úlcera genital está associada a um elevado risco de transmissão e aquisição do HIV e tem sido descrita como a principal causa da difusão desse vírus entre as populações em situação de vulnerabilidade; portanto, o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV.

A microscopia é a única opção de teste laboratorial existente no SUS para auxiliar no diagnóstico etiológico das úlceras genitais e está disponível para detecção de *Haemophilus ducreyi* e *Treponema pallidum*.

6.6.1 SÍFILIS PRIMÁRIA

A sífilis primária, também conhecida como “cancro duro”, ocorre após o contato sexual com o indivíduo infectado. O período de incubação é de dez a 90 dias (média de três semanas). A primeira manifestação é caracterizada por úlcera, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento), indolor, com base endurecida e fundo limpo, rica em treponemas. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento.

Para mais informações, consultar o Capítulo 5 – Sífilis na Atenção Primária à Saúde, que aborda o tema sífilis detalhadamente.

6. 6. 2 HERPES GENITAL

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem à família *Herpesviridae*, da qual fazem parte o citomegalovírus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais.

As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primo-infecção herpética e surtos recidivantes. Sabe-se que muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolverão manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada entre 13% e 37%. Entre as pessoas com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser dolorosas, atípicas e de maior duração.

A primo-infecção herpética tem um período de incubação médio de seis dias. Em geral, é uma manifestação mais severa, caracterizada pelo surgimento de lesões eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que rapidamente evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas e de localização variável na região genital.

O quadro local na primo-infecção costuma ser bastante sintomático e, na maioria das vezes, é acompanhado de manifestações gerais, podendo cursar com febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.

Após a infecção genital primária por HSV-2 ou HSV-1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios nos primeiros 12 meses, por reativação viral. Essa reativação deve-se a quadros infecciosos, exposição à radiação ultravioleta, traumatismos locais, menstruação, estresse físico ou emocional, antibioticoterapia prolongada e/ou imunodeficiência.

O quadro clínico das recorrências é menos intenso que o observado na primo-infecção e pode ser precedido de sintomas prodrômicos característicos, como prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região anogenital.

A recorrência tende a se dar na mesma localização da lesão inicial. As lesões podem ser cutâneas e/ou mucosas. Apresentam-se como vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou policíclicas. As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias, com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é se tornarem menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.

As gestantes portadoras de herpes simples apresentam risco acrescido de complicações fetais e neonatais, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto. Recomenda-se a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas.

Nos pacientes com imunodepressão, podem ocorrer manifestações atípicas, com lesões ulceradas ou hipertróficas de grandes dimensões.

O Quadro 25 apresenta o tratamento para herpes genital:

Quadro 25 – Tratamento de herpes genital

CONDIÇÃO CLÍNICA	TRATAMENTO	COMENTÁRIOS
Primeiro episódio	Aciclovir 200 mg, 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 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3x/dia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 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 200 mg, 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). É 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 PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso.
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio. Se a primo-infecção ocorreu na gestação ou se recidivas foram frequentes no período gestacional, pode-se realizar terapia supressiva, a partir da 36ª semana, com aciclovir 400 mg, 3x/dia.	
Observações: • O tratamento com antivirais é eficaz para a 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.

6. 6. 3 CANCROIDE

O cancroide é uma afecção provocada pelo *Haemophilus ducreyi*, mais frequente nas regiões tropicais. Denomina-se também cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey. O período de incubação é geralmente de três a cinco dias, podendo se estender por até duas semanas. O risco de infecção em uma relação sexual é de 80%, mais frequente em homens.

As lesões são dolorosas, geralmente múltiplas e devidas à autoinoculação. A borda é irregular, apresentando contornos eritemato-edematosos e fundo heterogêneo, recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido, que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil.

No homem, as localizações mais frequentes são no frênulo e sulco bálango-prepucial;

na mulher, na fúrcula e face interna dos pequenos e grandes lábios. Em 30% a 50% dos pacientes, a bactéria atinge os linfonodos inguino-crurais (bubão), sendo unilaterais em 2/3 dos casos, observados quase exclusivamente no sexo masculino pelas características anatômicas da drenagem linfática. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica.

A cicatrização pode ser desfigurante. A aspiração, com agulha de grosso calibre, dos gânglios linfáticos regionais comprometidos é indicada para alívio de linfonodos tensos e com flutuação. São contraindicadas a incisão com drenagem ou excisão dos linfonodos acometidos.

O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose e erosões traumáticas infectadas.

Quadro 26 – Tratamento de cancroide

PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única OU Ciprofloxacino(a) 500 mg, 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.
Observação: PVHA com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento. A cura nessas pessoas, pode ser retardada, com possibilidade de falha terapêutica com qualquer dos esquemas recomendados.		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

6. 6. 4 LINFOGRANULOMA VENÉREO

O linfogranuloma venéreo (LGV) é causado por *Chlamydia trachomatis*, sorotipos L1, L2 e L3. A manifestação clínica mais comum é a linfadenopatia inguinal e/ou femoral, já que esses sorotipos são altamente invasivos aos tecidos linfáticos.

A evolução da doença ocorre em três fases: inoculação, disseminação linfática regional e sequelas, que são descritas a seguir:

- **Fase de inoculação:** inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequela. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. Localiza-se, no homem, no sulco coronal, frênulo e prepúcio; na mulher, na parede vaginal posterior, colo uterino, fúrcula e outras partes da genitália externa.
- **Fase de disseminação linfática regional:** no homem, a linfadenopatia inguinal se desenvolve entre uma a seis semanas após a lesão inicial; é geralmente unilateral (em 70% dos casos) e se constitui no principal motivo da consulta. Na mulher, a localização da adenopatia depende do local da lesão de inoculação.
- **Fase de sequelas:** o comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente fundidos em uma grande massa. A lesão da região anal pode levar a proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Podem ocorrer sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo. Os bubões que

se tornarem flutuantes podem ser aspirados com agulha calibrosa, não devendo ser incisados cirurgicamente. A obstrução linfática crônica leva à elefantíase genital, que na mulher é denominada estiomele. Além disso, podem ocorrer fístulas retais, vaginais e vesicais, além de estenose retal.

Recomenda-se a pesquisa de *C. trachomatis* em praticantes de sexo anal que apresentem úlceras anorretais. Mulheres com prática de coito anal ou HSH receptivos podem apresentar proctocolites como manifestação inicial. O uso de preservativos ou outros métodos de barreira para sexo oral, vaginal e anal previnem a infecção por *C. trachomatis*. Acessórios sexuais devem ser limpos antes de sua utilização, sendo necessariamente de uso individual.

O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital e estenose uretral ou retal.

Quadro 27 – Tratamento de linfogranuloma venéreo

PRIMEIRA OPÇÃO	ALTERNATIVA	COMENTÁRIOS
Doxiciclina^(a) 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x/ dia, por 21 dias	Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, 1x/semana, por 21 dias (preferencial nas gestantes)	As parcerias sexuais devem ser tratadas. Se a parceria for sintomática, o tratamento deve ser realizado com os mesmos medicamentos do caso-índice. Se a parceria for assintomática, recomenda-se um dos tratamentos abaixo: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina ^(a) 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/ dia, por 7 dias. O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia. A antibioticoterapia não tem efeito expressivo na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem sequelas como estenose retal ou elefantíase genital.
Observação: PVHA com cancroide e LGV devem ser monitoradas cuidadosamente, visto que podem necessitar de maior tempo de tratamento. A cura nessas pessoas, pode ser retardada, com possibilidade de falha terapêutica com qualquer dos esquemas recomendados.		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

(a) A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

6. 6. 5 DONOVANOSE

É uma IST crônica progressiva, causada pela bactéria *Klebsiella granulomatis*. Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais. É pouco frequente, ocorrendo na maioria das vezes em climas tropicais e subtropicais. A donovanose (granuloma inguinal) está frequentemente associada à transmissão sexual, embora os mecanismos de transmissão não sejam bem conhecidos, sendo sua transmissibilidade baixa.

O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo tornar-se vegetante ou úlcero-vegetante. As lesões costumam ser múltiplas, sendo frequente a configuração em “espelho” nas bordas cutâneas e/ou mucosas.

Há predileção pelas regiões de dobras e região perianal. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na

região inguinal, quase sempre unilaterais. Na mulher, a forma elefantíase é uma sequela tardia, observada quando há predomínio de fenômenos obstrutivos linfáticos. A localização extragenital é rara e, quase sempre, ocorre a partir de lesões genitais ou perigenitais primárias.

O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

Quadro 28 – Tratamento de donovanose

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

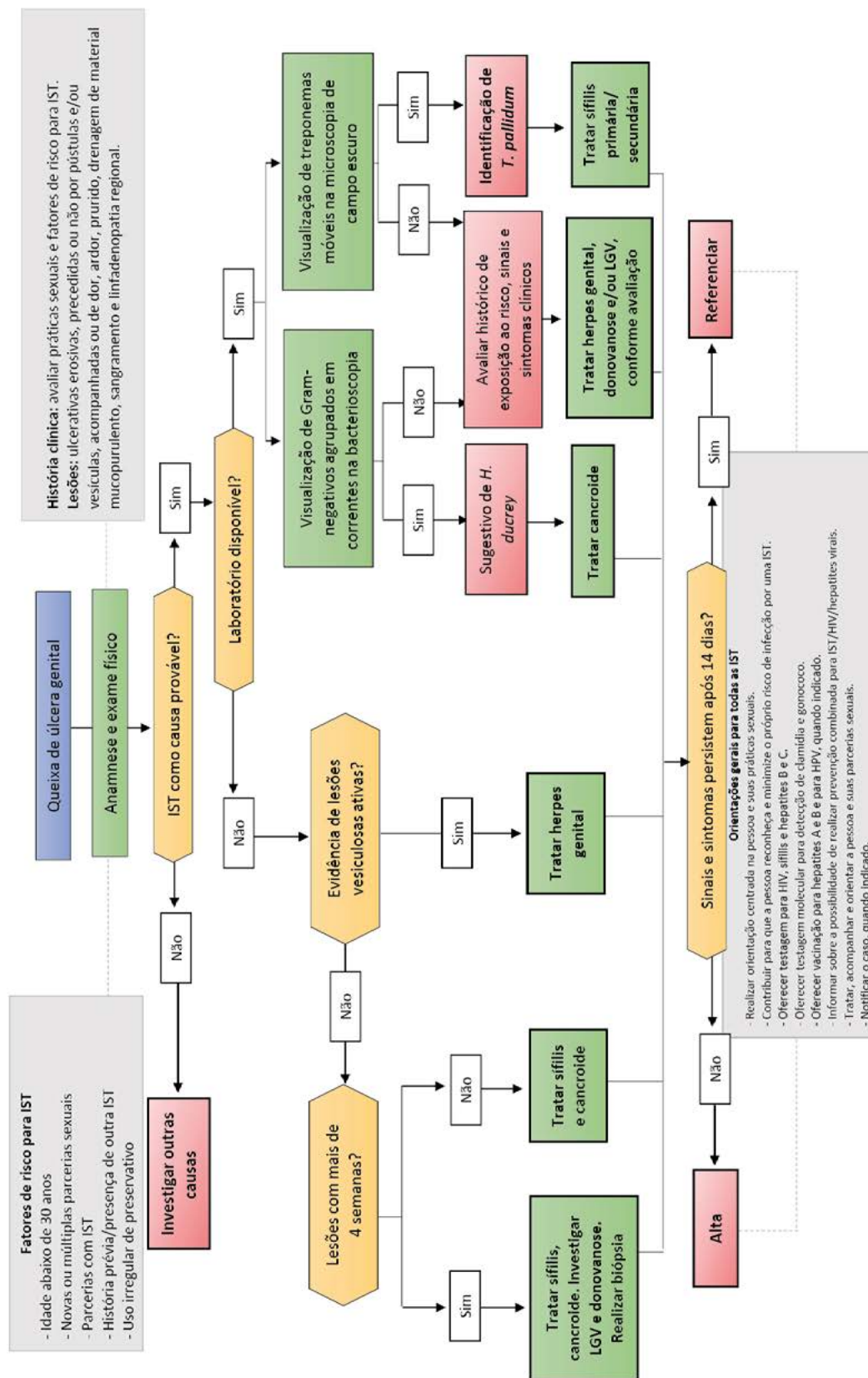
Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A doxiciclina está contraindicada para gestantes e lactantes.

^(b) O ciprofloxacino está contraindicado para gestantes, lactantes e crianças.

Quando o diagnóstico etiológico não for possível, o tratamento de úlcera genital deverá basear-se em achados clínicos com o uso de fluxogramas, conforme a Figura 20.

Figura 20 – Fluxograma para o manejo clínico de infecções que causam úlcera genital



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Para saber mais sobre outras infecções que causam úlcera genital, acesse o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

6. 6. 6 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou decorrente de manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipertonite).

Constitui uma das mais importantes complicações das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida. Está associada a sequelas importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem infertilidade por fator tubário, gravidez ectópica e dor pélvica crônica.

A maioria dos casos de DIP (85%) é causada por agentes patogênicos sexualmente transmitidos ou associados à vaginose bacteriana. Classicamente reconhecidas como as principais etiologias de DIP, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* têm mostrado incidência decrescente, sendo encontradas, em alguns estudos, em 1/3 dos casos (TRENT *et al.*, 2011; SHORT *et al.*, 2009; SWEET *et al.*, 2012).

Menos de 15% dos casos agudos de DIP não são transmitidos sexualmente, mas associados a germes entéricos (ex.: *Peptococcus*, *Peptoestreptococcus*, *Bacteroides*, *Escherichia coli*, *Streptococcus agalactiae* e *Campylobacter spp.*), patógenos respiratórios (ex.: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus* do Grupo A e *Staphylococcus aureus*) ou *Mycoplasma* e *Ureaplasma* que colonizam o trato genital inferior (BRUNHAM; GOTTLIEB; PAAVONEN, 2015; HAGGERTY; TAYLOR, 2011; WEINSTEIN; STILES, 2011; MCGOWIN; ANDERSON-SMITS, 2011; WORKOWSKI; BERMAN, 2010).

Os aeróbios facultativos da microbiota são considerados agentes causadores potenciais (BRUNHAM *et al.*, 2015).

Mais recentemente, partindo da observação de que dois terços das mulheres com IST não tinham história anterior ou tratamento de DIP (WIENSENFELD, 2018), foi proposto o conceito de DIP subclínica. Essa condição é tão comumente encontrada quanto a DIP clínica e apresenta as mesmas etiologias.

6. 6. 6. 1 Diagnóstico de DIP

Quando uma mulher sexualmente ativa se apresenta com dor abdominal baixa e/ou dor pélvica, deverá investigar DIP no diagnóstico diferencial, independentemente da história de atividade sexual recente.

O diagnóstico clínico de DIP sintomática resulta em 65% a 90% de valor preditivo positivo para salpingite em comparação com a laparoscopia (WORKOWSKI; BERMAN, 2010), sendo este último considerado o exame “padrão ouro” (PAPAVARNAS *et al.*, 1990).

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito mediante manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve manter um elevado nível de suspeição, com o intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

O exame clínico deve incluir:

- Aferição de sinais vitais;
- Exame abdominal;
- Exame especular vaginal, incluindo inspeção do colo de útero para friabilidade (sangramento fácil) e corrimento mucopurulento cervical;
- Exame bimanual, com mobilização do colo e palpação dos anexos.

Os sinais/sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (*spotting*), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque, podem estar presentes na DIP. A ocorrência de *spotting* em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativa de DIP, devendo ser investigada.

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

- Três critérios maiores MAIS um critério menor; OU
- Um critério elaborado.

Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade do diagnóstico clínico de DIP.

Quadro 29 – Critérios diagnósticos de DIP

CRITÉRIOS MAIORES
• Dor no hipogástrico • Dor à palpação dos anexos • Dor à mobilização do colo uterino
CRITÉRIOS MENORES
• Temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura retal > 38,3°C • Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal • Massa pélvica • Mais de 10 leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice • Leucocitose em sangue periférico • Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada • Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas
CRITÉRIOS ELABORADOS
• Evidência histopatológica de endometrite • Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem • Laparoscopia com evidência de DIP

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Já os diagnósticos diferenciais de DIP incluem: gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário,

torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.

Os exames laboratoriais e de imagem são utilizados para diagnóstico etiológico e avaliação da gravidade e estão elencados a seguir:

- Hemograma completo;
- Velocidade de hemossedimentação;
- Proteína C reativa;
- Exame bacterioscópico para vaginose bacteriana;
- Cultura de material de endocérvice com antibiograma;
- Detecção de clamídia e gonococo por biologia molecular;
- Pesquisa de *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* no material de endocérvice, da uretra, de laparoscopia ou de punção do fundo de saco posterior;
- Exame qualitativo de urina e urocultura (para afastar hipótese de infecção do trato urinário);
- Hemocultura;
- Teste de gravidez (para afastar gravidez ectópica);
- Exames de imagem: a ultrassonografia transvaginal e pélvica é um método acessível e não invasivo no diagnóstico de complicações relacionadas à DIP, como abscesso tubo-ovariano, cistos ovarianos e torção de ovário. O principal achado ultrassonográfico na DIP é a presença de uma fina camada líquida preenchendo a trompa, com ou sem a presença de líquido livre na pelve.

6. 6. 6. 2 Tratamento de DIP

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. Os critérios para tratamento hospitalar de DIP estão resumidos no quadro seguinte.

Quadro 30 – Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

O tratamento imediato evita complicações tardias (infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica) (HILLIS et al., 1993). Analgésicos e anti-inflamatórios são úteis e, se a mulher estiver desidratada, o uso de fluidos intravenosos está indicado. Devido à diversidade de agentes etiológicos implicados na DIP, a melhor conduta é a associação de antibióticos. A monoterapia não é recomendada.

Os esquemas terapêuticos devem apresentar cobertura antimicrobiana para os agentes etiológicos de DIP, conforme o Quadro 31.

Quadro 31 – Tratamento de DIP

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina ^(a) 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 14 dias	Cefotaxima 500 mg, IM, dose única MAIS Doxiciclina ^(a) 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia,	
Hospitalar	Ceftriaxona 1 g, IV, 1x/dia, por 14 dias MAIS Doxiciclina ^(a) 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias MAIS Metronidazol 400 mg, IV, de 12/12h	Clindamicina 900 mg, IV, 3x/dia, por 14 dias MAIS Gentamicina (IV ou IM): 3-5 mg/kg, 1x/dia, por 14 dias	Ampicilina/sulbactam 3 g, IV, 6/6h, por 14 dias MAIS Doxiciclina ^(a) 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 14 dias
Observações: - O uso parenteral deverá ser suspenso 24 horas após a cessação dos sintomas, e a continuação terapêutica antimicrobiana por via oral deve se estender até 14 dias. - Orientar quanto ao não uso de bebidas alcoólicas durante e após 24 horas do uso de metronidazol, para evitar efeito dissulfiran (antabuse) símile.			

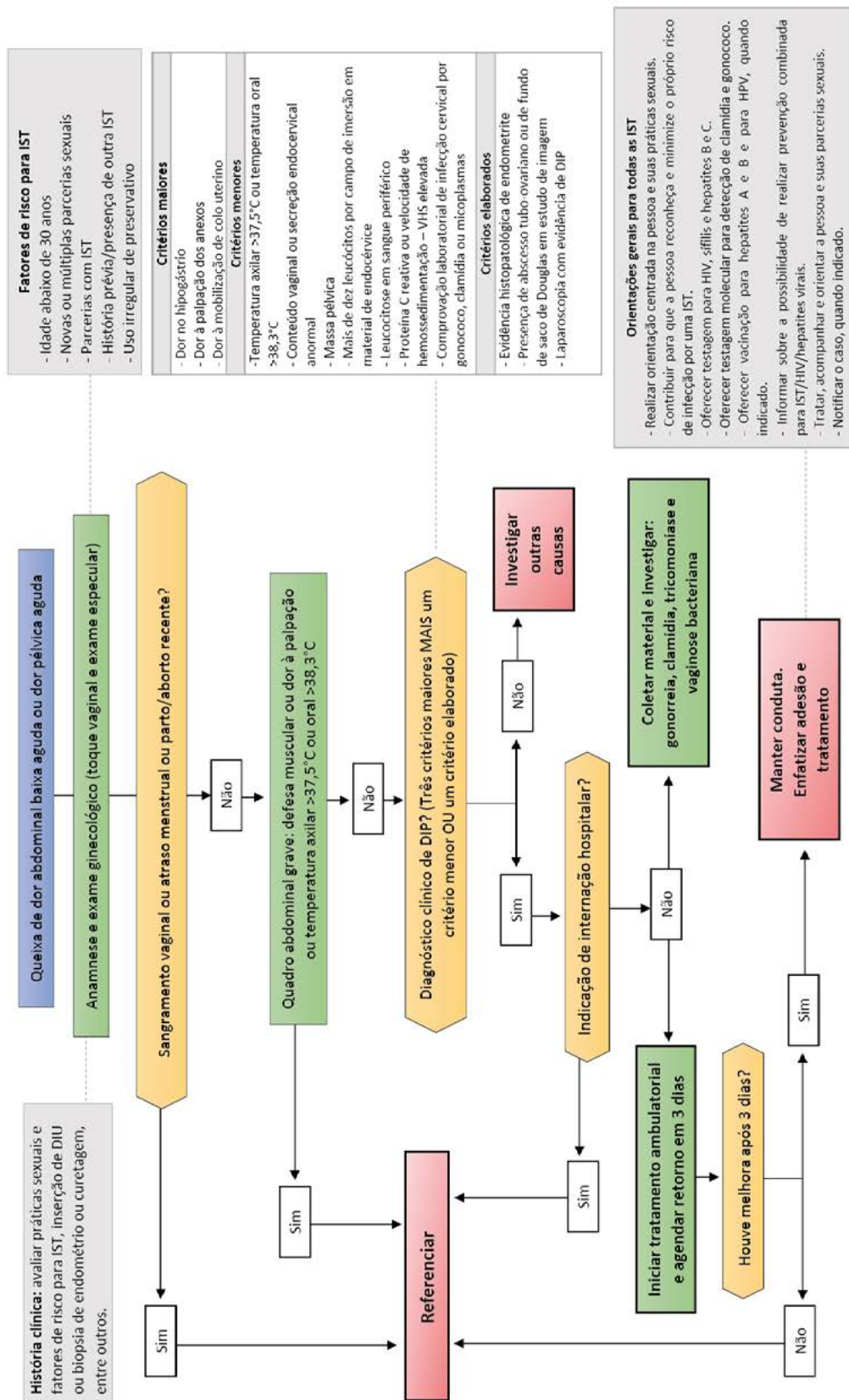
Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A doxiciclina é contraindicada durante a gravidez.**Observações:**

- A melhora clínica das pacientes com DIP deverá acontecer nos três primeiros dias após o início do tratamento antimicrobiano. A cura é baseada no desaparecimento dos sinais e sintomas.
- As parcerias sexuais dos dois meses anteriores ao diagnóstico, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Recomenda-se ceftriaxona 500 mg, IM, associada a azitromicina 1 g, VO, ambas em dose única.
- Se a paciente for usuária de DIU, não há necessidade de remoção do dispositivo (MCGOWIN; ANDERSON-SMITS, 2011); porém, caso exista indicação, a remoção não deve ser anterior à instituição da antibioticoterapia, devendo ser realizada somente após duas doses do esquema terapêutico (PHAC, 2008). Nesses casos, orientar a paciente sobre uso de métodos de barreira (preservativo masculino e feminino, diafragma etc.). Não recomendar duchas vaginais.

Quando o diagnóstico etiológico não for possível, o tratamento deverá basear-se em achados clínicos com o uso de fluxogramas, conforme a Figura 21.

Figura 21 – Fluxograma para o manejo clínico de DIP



Fonte: DCCI/SVS/MS.

6.7 INFECÇÕES QUE CAUSAM VERRUGAS ANOGENITAIS

6. 7. 1 INFECÇÃO PELO HPV

O HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano) é um DNA-virus de cadeia dupla, não encapsulado, membro da família Papillomaviridae. Infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas e alguns tipos de câncer. Atualmente, são identificados mais de 200 tipos de HPV, sendo que, desses, aproximadamente 40 acometem o trato anogenital.

A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara.

O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual, e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas. Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações do exame preventivo do câncer de colo de útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com o potencial oncogênico e com as lesões às quais costumam estar associados:

- Baixo risco oncogênico: tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72 e 81.
- Alto risco oncogênico: tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

Os tipos 26, 53 e 66 provavelmente são de alto risco oncogênico, enquanto os tipos 34, 57 e 83, de risco indeterminado.

Os tipos de HPV que causam verrugas genitais são quase sempre diferentes daqueles que causam câncer. O tempo médio entre a infecção pelo HPV de alto risco e o desenvolvimento do câncer cervical é de aproximadamente 20 anos, de acordo com o tipo do vírus, sua carga viral, sua capacidade de persistência e o estado imunológico do hospedeiro. Tabagismo e deficiências imunológicas, incluindo as causadas pela infecção pelo HIV, desnutrição, cânceres e drogas imunossupressoras são fatores predisponentes.

As alterações subclínicas são detectadas pelo exame citopatológico de colo de útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões escamosas de baixo grau (LSIL – *low grade intraepithelial lesions*), equivalente ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau I (NIC I).

Os tipos de alto potencial oncogênico são em geral associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (HSIL – *high grade intraepithelial lesions*), correspondendo à histopatologia aos quadros de displasia moderada, grave ou carcinoma in situ – também denominadas neoplasias intraepiteliais cervicais grau 2 (NIC 2) ou grau 3 (NIC 3). Esta última é considerada carcinoma *in situ*.

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Atingir alta cobertura no rastreamento da população definida como alvo é o componente mais importante para se obter significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer de colo do útero. Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras (BRASIL, 2014).

Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontram-se as dificuldades de acesso e acolhimento enfrentadas pelas mulheres, seja pela rigidez na agenda das equipes, que nem sempre estão abertas à disponibilidade da mulher, seja pelo não acolhimento de singularidades. Mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade: todos esses segmentos populacionais específicos demandam adequações para o acesso ao serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, raciais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do cuidado em saúde. Um público que exige especial atenção das equipes de saúde é o de mulheres lésbicas. Esse grupo pode ser mais vulnerável ao câncer do colo do útero, pela crença errônea das próprias mulheres e dos profissionais de saúde acerca da suposta impossibilidade de infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres. Assim, o exame de prevenção do câncer do colo uterino pode equivocadamente deixar de ser ofertado a essa população, com perda da janela de oportunidade para o diagnóstico precoce (BRASIL, 2016a).

O rastreamento deve ser realizado em todas as mulheres a partir de 25 anos de idade que iniciaram atividade sexual, e em seguida, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade. Conhecer as indicações de acordo com faixa etária e condições clínicas é importante para qualificar o cuidado e evitar o rastreamento em mulheres fora do preconizado e da periodicidade recomendada, evitando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2016a).

A Atenção Primária, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), tem importante papel na ampliação do rastreamento e monitoramento da população adscrita, realizando busca ativa dessas mulheres, de modo a impactar positivamente na redução da morbimortalidade por essa doença. É atribuição da APS prestar cuidado integral e conduzir ações de promoção à saúde, rastreamento e detecção precoce, bem como acompanhar o seguimento terapêutico das mulheres nos demais níveis de atenção, quando diante de resultado de citopatológico de colo do útero alterado (BRASIL, 2016a).

Como forma de prevenção primária, a vacinação é uma opção segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. Existe robusta evidência do benefício individual e populacional da vacina, com demonstração de redução da ocorrência de lesões benignas e malignas (CHOW *et al.*, 2015; KAHN *et al.*, 2016; SMITH; CANFELL, 2017; GOGGIN *et al.*, 2018).

Para detecção precoce, o exame preventivo do câncer de colo de útero é indicado, mesmo para as mulheres vacinadas, na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram

atividade sexual. Para mulheres portadoras do HIV ou imunodeprimidas, o exame deve ser realizado logo após o início da atividade sexual, com periodicidade anual após dois exames normais consecutivos realizados com intervalo semestral (BRASIL, 2016a).

Cabe ao profissional da APS realizar encaminhamento dos casos que necessitam de avaliação aos serviços de referência, de acordo com os critérios estabelecidos pela gestão municipal, estadual e/ou federal (BRASIL, 2016a).

6. 7. 1. 1 Manifestações clínicas

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas; quando pontiagudas, denominam-se condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir alguns centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície mostra-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes. As verrugas anogenitais resultam quase exclusivamente de tipos não oncogênicos de HPV.

No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálcão-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvix. Em ambos, podem ser encontradas nas regiões inguinais ou perianais. As manifestações perianais são mais frequentes, ainda que não exclusivas, em pessoas que tenham atividade sexual anal receptiva. Menos frequentemente, podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas e mucosas nasal, oral e laríngea.

As PVHA apresentam maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais decorrentes da infecção pelo HPV.

6. 7. 1. 2 Diagnóstico

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Há indicação de biópsia para estudo histopatológico em situações especiais, sendo elas:

- Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;
- Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;
- Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade.

As mulheres com verrugas anogenitais requerem um exame ginecológico completo, incluindo o exame citopatológico de Papanicolaou e, quando indicada pelas alterações citológicas, colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Pacientes com lesões anais, idealmente, devem ter um exame proctológico com anoscopia e toque retal.

6. 7. 1. 3 Tratamento das verrugas anogenitais

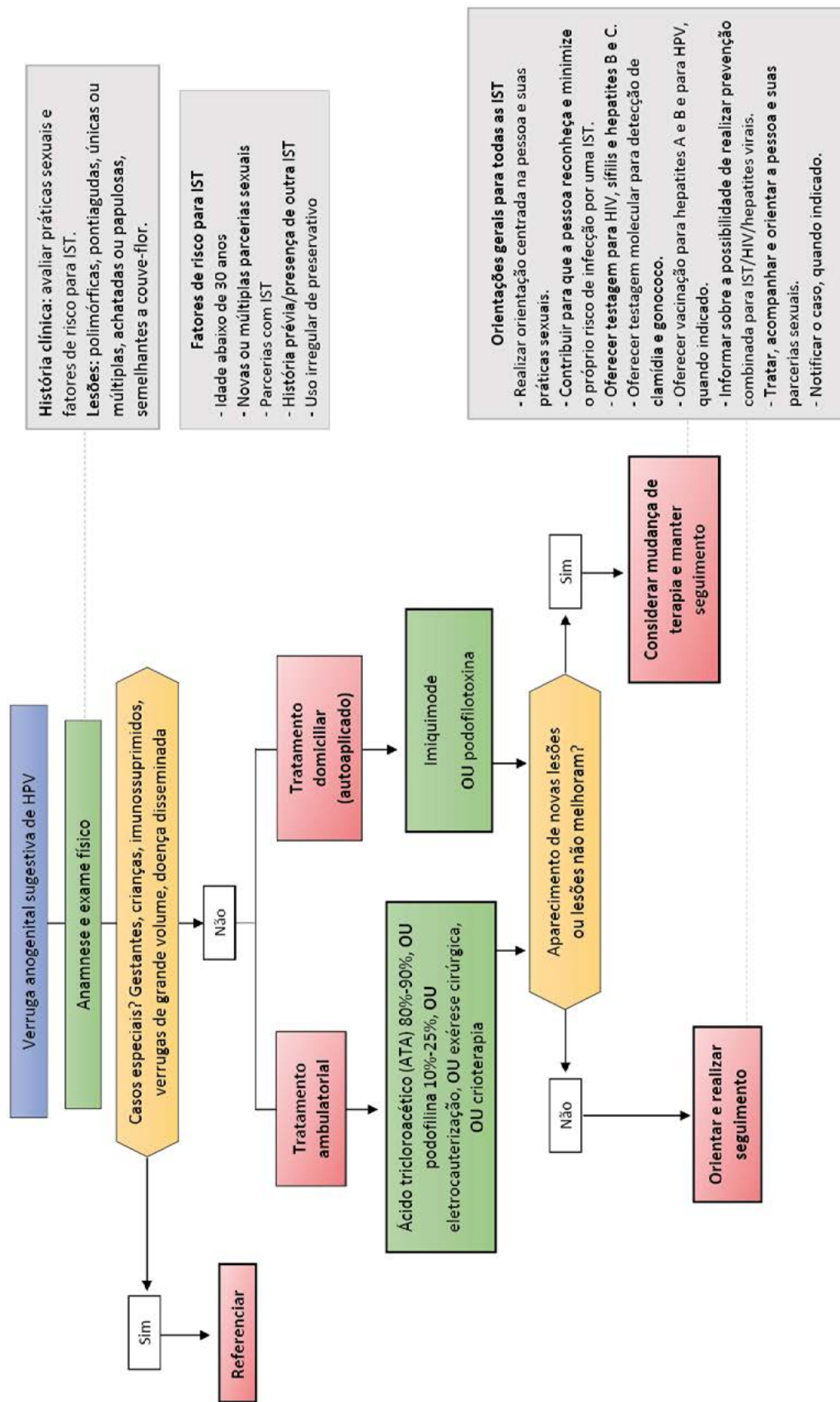
O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis. Apesar de haver recomendação de tratamento, não há evidência de

que os tratamentos disponíveis modifiquem a história natural da infecção pelo HPV. Independentemente da instituição de tratamentos, as lesões podem desaparecer, permanecer inalteradas ou aumentar em número e/ou volume. Recidivas são frequentes em tempo bastante variável, podendo ocorrer após meses ou anos.

Recomenda-se considerar a mudança de opção terapêutica quando não houver melhora significativa após três sessões, ou caso as verrugas não desapareçam após seis sessões de tratamento. Existe a possibilidade de combinação de tratamentos, com estrito controle dos efeitos inflamatórios sobre os tecidos normais.

A seguir, na Figura 22, encontra-se o fluxograma para o manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV).

Figura 22 – Fluxograma para o manejo clínico de verrugas anogenitais (HPV)



Fonte: DCCI/SVS/MS.

TRATAMENTO DOMICILIAR

É bastante conveniente por ser autoaplicado, dispensando visitas ao serviço de saúde. São imprescindíveis instruções detalhadas sobre a forma de aplicação e as potenciais complicações. Como autotratamentos já incorporados ao SUS, têm-se o imiquimode e a podofilotoxina. O imiquimode apresenta menos efeitos locais que a podofilotoxina, mas implica maior tempo de tratamento (quatro meses vs. quatro semanas). Não há diferença entre as taxas de abandono (PADHIAR; KARIA; AGGARWAL, 2006; YAN *et al.*, 2006; KOMERICKI *et al.*, 2011; THURGAR *et al.*, 2016).

a. Imiquimode 50mg/g creme: é um modulador da resposta imunológica pela indução do interferon alfa e de outras citocinas.

Os homens não circuncidados que estiverem tratando verrugas localizadas sob o prepúcio devem retrair-lo e limpar a região diariamente. O imiquimode não destrói o vírus, mas auxilia na eliminação da verruga. Portanto, novas verrugas podem aparecer durante o tratamento. A exposição da pele à luz solar (inclusive ao bronzear artificial) durante o tratamento deve ser evitada, em razão do aumento da sensibilidade cutânea a queimaduras. A inflamação provocada pelo imiquimode é o seu mecanismo de ação terapêutico; portanto, será observada uma irritação e eritema no local do tratamento. É destinado apenas para uso externo, não devendo ser usado na uretra, vagina, colo do útero ou na parte interna do ânus.

Como aplicar o tratamento tópico com imiquimode:

- 1) Antes de se deitar, lavar as mãos e a área a ser tratada com água e sabonete neutro. Secar bem a área limpa. Abrir um sachê novo de imiquimode e espremer-lo, a fim de liberar o creme na ponta do dedo indicador;
- 2) Aplicar uma camada fina de imiquimode sobre a região afetada e massagear suavemente até o creme desaparecer;
- 3) Após a aplicação, jogar fora o sachê e lavar as mãos com água e sabão;
- 4) Deixar o creme agir por seis a dez horas sobre as verrugas genitais externas, evitando qualquer banho ou ducha;
- 5) Após esse período, lavar a região tratada com água e sabonete suave. Abrir sempre um novo sachê a cada aplicação do produto;
- 6) Após o uso, sempre jogar fora o sachê;
- 7) Nunca guardar a sobra do sachê para usá-la posteriormente. Doses maiores que as recomendadas podem levar a um aumento de reações adversas no local de aplicação.

Posologia:

Para as verrugas externas genitais/anais, as aplicações devem ser realizadas em dias alternados (três vezes por semana), por exemplo, às segundas, quartas e sextas, ou às terças, quintas e sábados. O tratamento com imiquimode deve ser mantido até o desaparecimento das verrugas ou por um período máximo de 16 semanas a cada episódio de verrugas.

Reações adversas:

As reações adversas mais comuns ocorrem na área de aplicação do produto e incluem vermelhidão, descamação, erosão da pele, escoriação e inchaço.

b. Podofilotoxina: é a forma purificada da podofilina e possui propriedades antimitóticas. A absorção sistêmica após a aplicação tópica é muito baixa.

Como aplicar o tratamento tópico de podofilotoxina:

- 1) Antes de aplicar o creme, lavar as áreas afetadas com água e sabão e secá-las completamente;
- 2) Utilizando a ponta dos dedos, aplicar quantidade de creme suficiente para cobrir cada verruga, permanecendo com as pernas afastadas uma da outra até que o creme seja totalmente absorvido;
- 3) Se o creme entrar em contato com a pele sadia, ele deve ser retirado com água e sabão. O contato prolongado com a pele sadia deve ser evitado;
- 4) As mãos devem ser completamente lavadas após cada aplicação.

Posologia:

A aplicação de podofilotoxina deve ser feita duas vezes ao dia, pela manhã e à noite, por três dias consecutivos (dias 1, 2 e 3), seguida por um período de quatro dias sem aplicação (um ciclo de tratamento). Caso haja qualquer verruga remanescente após sete dias de aplicação, outro ciclo de tratamento pode ser feito. Recomendam-se, no máximo, quatro ciclos de tratamento.

Reações adversas:

Pode ocorrer irritação local no segundo ou terceiro dia de aplicação, associada ao início da necrose da verruga. Na maioria dos casos, as reações são leves. Sensibilização da pele, prurido, ardor, eritema, úlcera epitelial superficial e balanopostite foram relatados. A irritação local diminui gradativamente após o tratamento.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

a. Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução: agente cáustico que promove destruição dos condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar uma pequena quantidade com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões. Deve-se evitar o contato com a mucosa normal e permitir que a solução seque – observa-se um branqueamento semelhante à porcelana. A frequência e número de sessões deve variar conforme a resposta, sendo adequado iniciar com aplicações semanais. É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar, frente ao potencial dano aos tecidos e suas complicações.

b. Podofilina 10% a 25% (solução): derivada de plantas (*Podophyllum peltatum* ou *Podophyllum emodi*), tem ação antimitótica, podendo trazer dano ao tecido lesado e ao tecido normal. Aplicar a podofilina sobre as verrugas e aguardar a secagem, evitando o contato com o tecido são. A frequência e o número de sessões variam conforme a

resposta ao tratamento, sendo adequado iniciar com aplicações semanais. Em cada sessão, limitar o volume utilizado a 0,5 mL e a área tratada a 10 cm². Além de irritação local, a absorção de grande quantidade da substância pode acarretar cardio, neuro e nefrotoxicidade. **É contraindicada na gestação.**

c. Eletrocauterização: exige equipamento específico e anestesia local. É apropriada para o caso de lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas. Como vantagem, permite a destruição de todas as lesões em uma sessão. Os resultados dependem da experiência do operador; o uso inadequado da técnica pode resultar em cicatrizes desfigurantes e, excepcionalmente, estenose ou fístulas em estruturas tubulares, como uretra, canal anal e vaginal.

d. Exérese cirúrgica: requer anestesia local. A exérese tangencial (“*shaving*”) com tesoura delicada ou lâmina é um excelente método, vez que, além da remoção completa das lesões, permite o estudo histopatológico dos fragmentos. É adequada para lesões volumosas, especialmente as pedunculadas. Em geral, não é necessário realizar sutura ou procedimento para hemostasia, sendo suficiente a compressão do local operado.

e. Crioterapia: o nitrogênio líquido é atualmente a substância mais usada no tratamento ambulatorial das verrugas. Tem seu ponto de ebulição a -192°C e promove citólise térmica. Pode ser utilizada por meio de sondas, aplicadores de algodão ou, em sua forma mais prática, em spray, mediante equipamento específico. **A crioterapia é atóxica, podendo ser utilizada na gestação.** É muito apropriada em caso de lesões isoladas e queratinizadas. Geralmente bem tolerada, pode, excepcionalmente, requerer anestesia. A frequência e o número de sessões variam conforme a resposta ao tratamento, sendo adequado iniciar com aplicações semanais.

É importante que as parcerias sexuais sejam orientadas e examinadas. O profissional precisa ter segurança quanto às informações prestadas, eliminando dúvidas sobre os aspectos da transmissão. Pelo fato de a infecção ser assintomática e ter um período de incubação potencialmente longo, na maioria das vezes não é possível estabelecer em qual parceria sexual iniciou-se a infecção. É mesmo possível que a infecção inicial tenha ocorrido em uma parceria sexual que não apresenta qualquer manifestação. A ocorrência de verrugas anogenitais pode ser causa de sofrimento psicológico, com repercussão nos relacionamentos interpessoais. A presença das lesões, como de outras IST, pode trazer insegurança às relações, inclusive com risco de estabelecimento de violência. Daí a importância de abrir uma possibilidade de consulta para as parcerias sexuais.

6.8 INFECÇÕES ENTÉRICAS E INTESTINAIS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As infecções assintomáticas constituem a maioria dos casos, sendo mantenedoras da cadeia de transmissão (KENT *et al.*, 2005; WIESNER *et al.*, 1974). Quanto aos sinais e sintomas, eles são divididos em baixos (retais) e altos (colônicos). Os baixos incluem dor anal, corrimento anal mucopurulento, tenesmo e hematoquezia. Por sua vez, os altos envolvem diarreia, dor abdominal, cólicas, náuseas e febre.

O uso de preservativos é um método eficaz de proteção contra a aquisição de infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis. No entanto, deve-se levar

em consideração que os agentes etiológicos podem ser disseminados sem a penetração peniana (SIGLE; KIM, 2015). As relações sexuais com uso de dedos, instrumentos sexuais e a prática boca-ânus também podem ser meios de transmissão. Isso torna necessária a adição de outras medidas de prevenção para uma prática sexual mais segura. As medidas de prevenção para a prática sexual anal são: usar preservativo e gel lubrificante; usar barreiras de látex durante o sexo oral-anal e luvas de látex para dedilhado ou “*fisting*”; lavar as mãos e a região genital e anal antes e depois do ato sexual; higienizar vibradores, plugs anais e vaginais.

As infecções mais comuns são proctite, proctocolite e enterite. Para saber mais sobre o manejo clínico dessas infecções, acesse o PCDT para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

7 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE

De acordo com o Caderno de Atenção Básica 32, “a unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial de todas as pessoas, a incluir gestantes no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher as necessidades, inclusive proporcionando o acesso universal com acompanhamento longitudinal e integral, principalmente durante a gravidez” (BRASIL, 2012a, p. 37). A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Primária à Saúde, em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Mesmo antes que a gestante acesse a APS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil. As equipes precisam conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento familiar. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior o vínculo e o acolhimento da equipe com a mulher e a sua parceria, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Nesse contexto, as equipes da APS devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

- Garanta o atendimento no ambulatório de pré-natal de alto risco.
- Mantenha acompanhamento da equipe da área de abrangência. Em casos de mudança de território, entrar em comunicação para compartilhamento do caso.
- Monitore os retornos no ambulatório de alto risco por meio da discussão do caso em reunião de equipe e comunicação frequente da equipe e/ou gerência com o serviço especializado, garantindo ética e sigilo.
- Planeje visitas domiciliares mensais pelos agentes comunitários de saúde (ACS), e também pela equipe, se necessário.
- Defina o hospital de referência de alto risco para o parto.
- Agende consulta de puerpério para a primeira semana pós-parto.
- Identifique fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco:
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (ultrassom gestacional mostrando malformação fetal) e outras IST (condiloma);
 - Hanseníase;
 - Tuberculose;
 - Abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de APS e de serviços especializados organizada para a atenção obstétrica e neonatal qualificadas, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência e de comunicação facilitada.

7.1 TRANSMISSÃO VERTICAL

A gestação é um evento marcante na vida de uma mulher e um momento único para o cuidado integral dessa mulher; portanto, é muito importante informá-la de que, para além de todas as outras etapas do acompanhamento no pré-natal, alguns exames solicitados, como testes rápidos para HIV, hepatites virais e sífilis, definirão as consultas para um parto “livre” de intercorrências para o recém-nascido. Por isso, além de solicitar os testes, é necessário informar a gestante sobre o porquê da solicitação, bem como sobre a “leitura” dos resultados. Também é fundamental que, nessa fase, aconteça o incentivo à realização do pré-natal do parceiro, envolvendo-o na rotina de pré-natal, parto, pós-parto e desenvolvimento da criança.

Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas quanto às infecções sexualmente transmissíveis e receber orientações sobre a possibilidade de prevenção da transmissão para a criança, especialmente de HIV/aids, sífilis e hepatites virais (B e C).

A transmissão vertical (da mãe para o seu filho) é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. A maior parte dos casos de TV do HIV (cerca de 65%) ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação, havendo ainda o risco adicional de transmissão pós-parto por meio do aleitamento materno. O aleitamento materno apresenta riscos adicionais de transmissão (de 7% a 22%), que se renovam a cada exposição da criança ao peito.

A taxa de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção, situa-se em torno de 25,5%. No entanto, diversos estudos publicados na literatura médica demonstram a redução da TV do HIV para níveis entre 1% e 2%, por meio de intervenções preventivas, tais como o uso de antirretrovirais combinados (que promove a queda da carga viral materna para menos que 1.000 cópias/mL ao final da gestação); o parto por cirurgia cesariana eletiva; o uso de quimioprofilaxia com zidovudina (AZT) na parturiente e no recém-nascido; e a não amamentação.

O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção na gestante e do trimestre da gestação. Essas considerações justificam a necessidade de duas testagens na gestação (na primeira consulta e no terceiro trimestre) e no momento da internação hospitalar (seja para o parto ou para a curetagem uterina por aborto). A realização da testagem para sífilis no início do terceiro trimestre (28ª semana) permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado como tratado intraútero. Preferencialmente, deve-se realizar o teste rápido para sífilis para o rastreamento no pré-natal e também no encerramento da gestação.

O rastreamento para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* também é recomendado na gestação, com realização de pesquisa para clamídia e gonococo por biologia molecular na primeira consulta de pré-natal, em gestantes até 30 anos de idade (BRASIL, 2022a).

O diagnóstico precoce (com o uso de testes rápidos) e a atenção adequada no pré-natal reduzem a transmissão vertical. A presença de IST na gestação pode afetar a criança e causar complicações, como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido.

A atenção integral às pessoas com IST e às suas parcerias sexuais, no momento adequado e oportuno, interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções e melhora a qualidade de vida das pessoas. É fundamental orientá-las sobre a prevenção da transmissão e de novas infecções, assim como sobre os sinais e sintomas, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e a importância de evitar contato sexual até que a parceria seja tratada e orientada.

Considerando a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, reduzindo sobremaneira a transmissão vertical.

O percentual de cronificação no RN infectado pelo vírus da hepatite B (HBV) por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma em uma fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal.

7. 1. 1 TESTAGEM PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Os testes que devem ser realizados pela gestante para prevenir a transmissão vertical de infecções estão detalhados a seguir:

- **Sífilis:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, ou se houver história de exposição de risco/violência sexual, independentemente de exames anteriores.

- **Hepatite B:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante apresente-se no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem dessa gestante para hepatite B na maternidade.

- **HIV:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores.

- **Hepatite C:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação).

- **Gonorreia e infecção por clamídia:** na primeira consulta do pré-natal em gestantes com idade menor ou igual a 30 anos, quando disponível.

- **Vaginose bacteriana:** na primeira consulta do pré-natal em mulheres com alto risco de trabalho de parto pré-termo; realizar coleta de colpocitologia oncótica (se necessário).

- **Estreptococo do grupo B:** da 35ª a 37ª semana gestacional; realizar coleta de cultura de secreção vaginal e endoanal, quando disponível.

Além disso, a testagem para IST deve ser realizada em qualquer momento de exposição de risco e/ou violência sexual.

Para mais informações sobre testagem, consulte o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, o Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis e o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/manuais-tecnicos-para-diagnostico>.

7.2 TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. O risco dessa IST está diretamente relacionado à presença de lesões sifilíticas mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária).

A TV acontece mais frequentemente intraútero, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa. A probabilidade da ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior (em torno de 70% a 100%) quando a gestante apresenta sífilis primária ou secundária.

Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo (CDC, 1999). A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das gestantes não tratadas. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13%, em partos prematuros ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (SC).

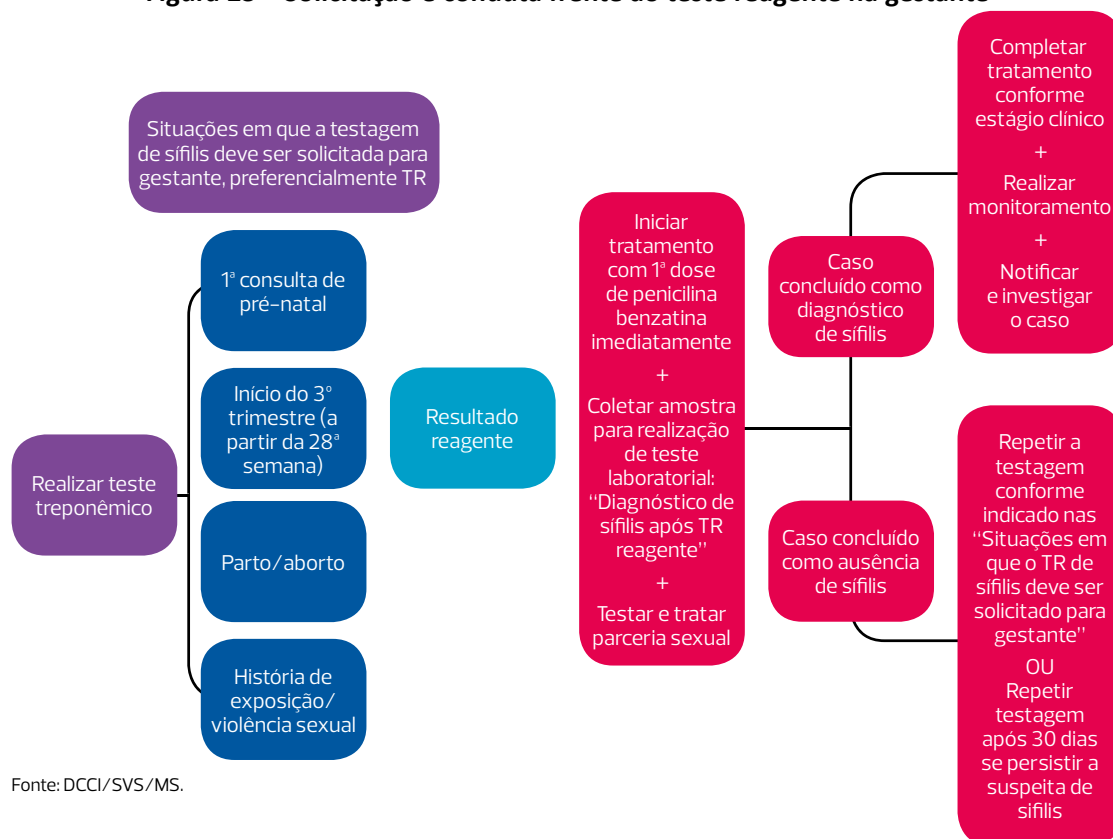
Portanto, trata-se de uma doença que pode ser prevenida, sendo possível alcançar a eliminação da SC por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento de sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais (WHO, 2012). Além disso, o risco de desfechos desfavoráveis à criança será mínimo se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação.

7.2.1 TESTAGEM RÁPIDA E TRATAMENTO IMEDIATO DA GESTANTE

Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Quando o TR treponêmico for utilizado como o primeiro teste, nos casos reagentes, é necessário iniciar o tratamento, coletar uma amostra de sangue venoso e encaminhá-la para realização de um teste não treponêmico laboratorial e definição do diagnóstico. A Figura 23 apresenta um fluxograma que resume as oportunidades de testagem com TR e a conduta frente a um resultado reagente na gestante.

Figura 23 – Solicitação e conduta frente ao teste reagente na gestante



Fonte: DCCI/SVS/MS.

7. 2. 2 TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A **benzilpenicilina benzatina** é a **única opção segura e eficaz** para tratamento adequado das gestantes.

Embora outros antibióticos (como as tetraciclins orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, estes não são recomendados no período da gestação por causa da toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária. Há ainda relato de resistência do *Treponema pallidum* aos macrolídeos.

Não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto e, por isso, esse medicamento não é recomendado no tratamento de sífilis na gravidez.

Os serviços de saúde devem se organizar para realização da busca ativa, visando o início precoce do pré-natal. Devem, ainda, realizar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais também para testagem e tratamento em momento oportuno. O quadro seguinte apresenta um resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis em gestantes.

Quadro 32 – Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO ^(a)
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) ^(b)
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 ^(c) Dose total: 7,2 milhões UI, IM

Fonte: DCCI/SVS/MS.

^(a) A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

^(b) Alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose (GHANEM *et al.*, 2020).

^(c) O intervalo entre doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado (GHANEM *et al.*, 2020).

7. 2. 3 MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS NA GESTANTE

O seguimento da gestante com sífilis deve levar em consideração tanto os sinais e os sintomas clínicos quanto o monitoramento laboratorial da resposta ao tratamento. Os testes não treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST, por exemplo) devem ser realizados mensalmente nas gestantes, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles. A quantificação do título de teste não treponêmico deve ser obtida no início do tratamento (idealmente, no primeiro dia de tratamento), uma vez que os títulos podem aumentar significativamente após alguns dias entre o diagnóstico de sífilis e o início de tratamento. Isso é importante para a documentação da real queda da titulação, evitando a necessidade de retratamento.

O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento e definir a conduta mais correta para cada caso. Didaticamente, classifica-se a resposta ao tratamento em:

- Resposta imunológica adequada;
- Critérios de retratamento: reativação e/ou reinfeção.

7. 2. 4 RESPOSTA IMUNOLÓGICA AO TRATAMENTO DE SÍFILIS

Considera-se sucesso de tratamento para sífilis em gestante, após a última dose de penicilina (WORKOWSKI; BOLAN, 2015; GHANEM *et al.*, 2020; ROMANOWSKI *et al.*, 1991; TONG *et al.*, 2013):

- A diminuição da titulação do teste não treponêmico em duas diluições (ex.: de 1:64 para 1:16) em até três meses e quatro diluições (ex.: de 1:64 para 1:4) em até seis meses, com evolução até a sororreversão (teste não treponêmico não reagente).
- A diminuição na titulação em duas diluições em até seis meses para sífilis recente ou em até 12 meses para sífilis tardia.

Ressalta-se a importância de a gestante ser testada mensalmente após o tratamento, para avaliar, além da queda de títulos, a possibilidade de elevação destes por tratamento inadequado, falha terapêutica ou reinfeção. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9 e 12 meses).

7. 2. 5 CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO DE SÍFILIS: REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

São critérios de retratamento e necessitam de conduta ativa do profissional de saúde:

- Ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente, primária e secundária) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para > 1:8; ou de 1:128 para > 1:32); OU
- Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex.: de 1:16 para 1:64; ou de 1:4 para 1:16); OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas clínicos.

O esquema de retratamento, se para sífilis recente ou tardia, irá depender de cada caso. Para mais informações sobre sífilis em gestante, acesse o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

7. 2. 6 CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

O referenciamento da criança exposta no momento da alta compete ao estabelecimento de saúde. Além disso, a APS tem papel fundamental como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede para essas crianças. Essas ações incluem:

Receber referência da maternidade quanto à investigação clínica e laboratorial realizada na maternidade	Realizar seguimento clínico e laboratorial da criança exposta à sífilis ou com sífilis congênita.	Realizar puericultura conforme orientações da Saúde da Criança.
Notificar criança conforme definição de caso de sífilis congênita, se durante o seguimento houver alteração clínica e/ou laboratorial.	Coordenar o cuidado: referência e contrarreferência para especialidade, de acordo com protocolos e necessidade clínica.	Manter diálogo com a mulher puérpera sobre saúde sexual, ofertar Prevenção Combinada e rastrear para IST/HIV.

7. 2. 6. 1 Exame físico da criança exposta à sífilis

Na criança exposta à sífilis, para exclusão da possibilidade de sífilis congênita, o exame físico deve ser completamente normal; o achado de qualquer sinal ou sintoma deve levar à investigação complementar, e a SC será incluída no diagnóstico diferencial. Vale lembrar que os sinais e sintomas de sífilis são inespecíficos e podem ser encontrados em outras síndromes congênitas, como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus simplex, sepse neonatal, hepatite neonatal, hidropisia fetal, entre outros.

Deve haver atenção específica aos sinais e sintomas mais clássicos, referentes às manifestações precoces de sífilis congênita. A presença de sinais e sintomas inclui a criança na classificação de SC sintomática, com necessidade de notificação compulsória e tratamento imediato.

A única situação em que o tratamento não é necessário é a da criança exposta à sífilis, nascida assintomática, cuja mãe foi adequadamente tratada e cujo teste não treponêmico é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno.

Essas crianças não são notificadas na maternidade, mas devem ser acompanhadas na Atenção Primária, com seguimento clínico e laboratorial.

7. 2. 6. 2 Testagem para sífilis na criança exposta

Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico periférico. **O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado**, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes.

No teste não treponêmico, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de SC. Alguns estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com sífilis congênita têm resultado pareado do teste não treponêmico maior que o materno (RAWSTRON *et al.*, 2001; MORSHED; SINGH, 2015); portanto, é fundamental a realização do seguimento de todas as crianças.

Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos (ex.: teste rápido) do RN e da mãe que possa sugerir SC. Dessa forma, não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses, quando não há mais anticorpos treponêmicos maternos circulando no organismo da criança (SINGH *et al.*, 2013).

7. 2. 6. 3 Seguimento clínico-laboratorial da criança exposta à sífilis

É esperado que os testes não treponêmicos das crianças declinem aos três meses de idade, devendo ser não reagentes aos seis meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada. A resposta pode ser mais lenta em crianças tratadas após um mês de idade. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.

A falha no tratamento para prevenir a ocorrência de SC é indicada por:

- Persistência da titulação reagente do teste não treponêmico aos seis meses de idade; E/OU
- Aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após).

Nesses dois casos, as crianças serão notificadas para sífilis congênita e submetidas à punção lombar para estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) com análise do VDRL, contagem celular e proteína, devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio.

O seguimento deve ser feito na puericultura, na Atenção Primária, durante as consultas de rotina, conforme orientação da Saúde da Criança (BRASIL, 2012b), com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. A partir dessa idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita.

Para saber mais sobre sífilis congênita, acesse o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

O Quadro 33 sumariza as recomendações do seguimento clínico das crianças exposta à sífilis.

Quadro 33 – Seguimento clínico da criança exposta à sífilis

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento no nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno referente as manifestações precoces de sífilis congênita e ao desenvolvimento neuropsicomotor. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e seja apenas passagem passiva de anticorpo materno.
	Avaliação laboratorial com TNT com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.	Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou persistência da titulação aos 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, submetida a coleta de líquido, tratada para sífilis congênita com benzilpenicilina potássica (cristalina) por 10 dias e notificada a vigilância epidemiológica. A partir dos 18 meses de idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita.
Observações: - Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. - Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. - Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses). - Oferecer teste rápido para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7. 2. 7 CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Já a sífilis congênita tardia é definida como aquela em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança.

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de SC, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Independentemente do histórico de tratamento materno, as crianças com resultado de teste não treponêmico maior que o da mãe em pelo menos duas diluições

(ex.: mãe 1:4 e RN $\geq$ 1:16) são consideradas caso de SC, devendo ser notificadas, investigadas, tratadas e acompanhadas quanto a aspectos clínicos e laboratoriais.

7. 2. 7. 1 Exame físico da criança com sífilis congênita

Nas crianças com sífilis congênita, aproximadamente 60% a 90% dos RN vivos são assintomáticos ao nascimento (BOWEN *et al.*, 2015; ORTIZ-LOPEZ *et al.*, 2012); apenas os casos mais graves nascem com sinais/sintomas. As manifestações clínicas das crianças com SC raramente surgem após três a quatro meses; dois terços desenvolvem sintomas em três a oito semanas (HERREMANS; KORTBEEK; NOTERMANS, 2010).

As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia surgem em aproximadamente 40% das crianças nascidas de mulheres não tratadas para sífilis durante a gestação. Algumas manifestações podem ser prevenidas por meio do tratamento materno durante a gestação ou do tratamento da criança nos primeiros três meses de vida (PUTKONEN, 1963; STAMOS; ROWLEY, 1994). Porém, outras manifestações, como a ceratite e a deformidade tibial, chamada tibia em sabre, podem ocorrer e progredir, a despeito de terapêutica apropriada (OKSALA, 1957).

As manifestações de sífilis congênita tardia estão descritas no Quadro 34.

Quadro 34 – Manifestações clínicas de sífilis congênita tardia

CARACTERÍSTICAS	MANIFESTAÇÕES
Faciais	Fronte olímpica, nariz em sela, hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva.
Oftalmológicas	Ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica.
Auditivas	Perda auditiva sensorial.
Orofaringeas	Dentes de Hutchinson: incisivos medianos deformados, molares em amora, perfuração do palato duro.
Cutâneas	Rágades (fissuras periorais e perinasais), gomas.
Sistema nervoso central	Atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, paresia juvenil.
Esqueléticas	Tibia em sabre, sinal de Higoumenakis (alargamento da porção esternoclavicular da clavícula), juntas de Clutton (artrite indolor), escápula escafoide.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

7. 2. 7. 2 Testagem para sífilis e exames complementares para a criança com sífilis congênita

Nos casos de sífilis congênita, o *T. pallidum* é liberado diretamente na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas decorrem da resposta inflamatória e são variáveis. Ossos, fígado, pâncreas, intestino, rins e baço são os órgãos mais frequente e gravemente envolvidos. Dessa forma, a investigação com exames complementares tem como objetivo a identificação dessas alterações (WOODS, 2005).

Os testes de sífilis e exames deverão ser realizados de acordo com o Quadro 35.

Quadro 35 – Testes de sífilis e exames complementares para crianças com sífilis congênita

EXAME COMPLEMENTAR	NA MATERNIDADE	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
Teste não treponêmico	Coletar amostras de sangue periférico do RN e da mãe pareadas para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.
Teste treponêmico	Não realizar	NÃO é obrigatório. Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita.
Hemograma	SIM	De acordo com alterações clínicas, ou a critério clínico.	- Anemia hemolítica com Coombs não reagente no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal; - Leucopenia ou leucocitose; - Hemólise, que pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e macroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica; - Plaquetopenia.
Plaquetas	SIM	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurosífilis), até normalização.	Trombocitopenia.
Exames para avaliação de função hepática, pancreática, renal e distúrbios eletrolíticos	SIM		- Aumento das transaminases; - Icterícia; - Distúrbios hidroeletrólíticos
Líquor (LCR)	SIM		- VDRL reagente no líquido; - Pleocitose; - Proteína aumentada (valores de exames líquóricos no Quadro 36); - VDRL reagente no líquido ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurosífilis.

CONTINUA

Radiografia de ossos longos	SIM	De acordo com alterações clínicas	- Bandas metafisárias luzentes (diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas); - Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metáfise proximal tibial (sinal de Wimberger – diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal); - Serrilhado metafisário (sinal de Wegener); - Periostite diafisária com neoformação óssea (pode acontecer em outras patologias); - Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.
Radiografia de tórax	SIM		A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.
Neuroimagem	A critério clínico		Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável. O Ultrassom Transfontanela (USTF) é uma opção de exame não invasivo.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Para o exame líquórico do RN, consideram-se os valores para diagnóstico de neurosífilis constantes no quadro seguinte.

Quadro 36 – Valores de exame líquórico em crianças com suspeita de neurosífilis

PARÂMETRO	LCR NORMAL PRÉ-TERMO	LCR NORMAL A TERMO	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NO RN	LCR SUGESTIVO DE SÍFILIS NAS CRIANÇAS MAIORES QUE 28 DIAS
Leucócitos	9–8 células/mm ³ (LVN: 0–29 células/mm ³)	8–7 células/mm ³ (LVN: 0–32 células/mm ³)	>25 células/mm ³	>5 células/mm ³
Proteínas	115mg/dL (LVN: 65–150mg/dL)	90mg/dL (LVN: 20–170mg/dL)	>150mg/dL	>40mg/dL
VDRL	Não reagente	Não reagente	Reagente	Reagente

Fonte: Lago; Vaccari; Fiori, 2013; Volpe *et al.*, 2008.

7. 2. 7. 3 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

O seguimento deve ser feito na puericultura, na Atenção Primária, durante as consultas de rotina, conforme orientação da Saúde da Criança (BRASIL, 2012b), com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além dos testes de sífilis e exames complementares constantes no Quadro 35.

Mesmo recebendo tratamento com penicilina na maternidade, deve-se considerar que essa criança se insere em um grupo de risco de desenvolvimento de sífilis congênita sintomática. Assim, é fundamental o monitoramento dessa criança.

O seguimento clínico mínimo das crianças com sífilis congênita (sintomáticas e assintomáticas) está descrito no Quadro 37. As orientações poderão mudar de acordo com as necessidades da criança, devendo ser garantido o cuidado tanto na Atenção Primária como nos serviços especializados e hospitalares, quando for o caso.

Quadro 37 – Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
Consultas ambulatoriais de puericultura	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18, com retorno para checagem de exames complementares, se for o caso. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Diante da elevação de títulos em duas diluições em teste não treponêmico ou sua não negatificação até 18 meses ou persistência de títulos baixos, reavaliar a criança e proceder ao retratamento. Se criança for tratada de forma não adequada, quanto à dose e/ou tempo preconizado, realizar busca ativa da criança para reavaliação clínico-laboratorial e reinício do tratamento.
Consultas oftalmológicas	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
Consultas audiológicas	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.
Consultas neurológicas	Semestrais por 2 anos	Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor. No caso de neurosífilis, repetir punção lombar a cada 6 meses, até normalização bioquímica, citológica e sorológica. Se o VDRL líquido se mantiver reagente ou celularidade e/ou proteína líquoricos se mantiverem alterados, realizar nova investigação clínico laboratorial e retratar. Exames de imagem também podem ser considerados nesse cenário.
Observações: - Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. - Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. - Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).		

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Para saber mais sobre o manejo clínico da criança com sífilis congênita, consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

7.3 TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Para promover e proteger o direito à saúde sexual e planejamento familiar das mulheres vivendo com HIV, os serviços de saúde devem se adequar às necessidades e especificidades dessas mulheres ao longo dos seus ciclos de vida. A escuta ativa e a

promoção de um ambiente favorável ao diálogo sobre as práticas sexuais das mulheres e suas perspectivas sobre reprodução devem estar presentes em todas as oportunidades de contato, em qualquer acesso aos serviços de saúde.

Essa abordagem possibilita o vínculo e facilita a adesão às tecnologias disponíveis, que devem sempre ser oferecidas pelos profissionais. Isso implica uma nova abordagem do cuidado – como a ampliação da perspectiva para a Prevenção Combinada, concepção e anticoncepção, além de PrEP e PEP, quando indicado. As atividades dos profissionais de saúde na assistência ao planejamento familiar devem ser, preferencialmente, multidisciplinares e integradas, envolvendo atividades educativas, orientações, oferta de insumos e tecnologias de concepção e anticoncepção, além da articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde. Para mais informações sobre Prevenção Combinada, consultar o Capítulo 1.

Para a concepção, deve ser ofertada orientação desde o período de planejamento familiar até o pré-natal, parto e puerpério, com informações sobre estratégias de redução da transmissão vertical do HIV e outras IST, bem como para as parcerias sexuais. As ações de anticoncepção devem incluir abordagem à identificação de práticas sexuais de risco e oferta de Prevenção Combinada, além de ações de anticoncepção para todas as mulheres em idade reprodutiva que o desejarem. As intervenções de planejamento familiar devem ser individualizadas de acordo com cada situação apresentada, levando-se em conta as vulnerabilidades sociais e individuais.

Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. No entanto, sem o adequado planejamento e seguimento (WHO, 2016), está bem estabelecido que esse risco é de 15% a 45%.

No quadro a seguir, está descrita a organização da linha de cuidado para a prevenção da transmissão vertical (PTV) do HIV:

Quadro 38 – Linha de cuidado para prevenção da transmissão vertical do HIV na Atenção Primária

- Realizar pré-natal de todas as gestantes e parcerias sexuais;
- Testar gestantes para HIV na 1ª consulta do pré-natal (idealmente no 1º trimestre), no 3º trimestre de gestação, e sempre que houver história de prática sexual de risco ou violência sexual;
- Preencher adequadamente o cartão da gestante;
- Testar parcerias sexuais para HIV;
- Orientar a gestante vivendo com HIV sobre os motivos da NÃO amamentação, o direito de receber fórmula láctea infantil e a inibição da lactação com cabergolina;
- Verificar o esquema vacinal das gestantes;
- Referenciar as gestantes com diagnóstico de HIV para o serviço especializado, mantendo o cuidado compartilhado na Atenção Primária;
- Notificar e investigar os casos de gestantes e parcerias sexuais com HIV;
- Manter o cuidado compartilhado de criança exposta ao HIV com o serviço especializado;
- Aconselhar todas as mulheres sobre o planejamento reprodutivo, independentemente da sorologia, incluindo rastreamento de IST.

7. 3. 1 ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DA INFECÇÃO PELO HIV NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

As equipes multiprofissionais da APS devem orientar as gestantes sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a PTV. No momento da testagem, faz-se necessário um ambiente de confiança e respeito, que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo a atenção resolutive e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.

A testagem para HIV deve ser realizada no primeiro trimestre, idealmente na primeira consulta do pré-natal, e no início do terceiro trimestre de gestação, podendo ainda ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual (Figura 24).

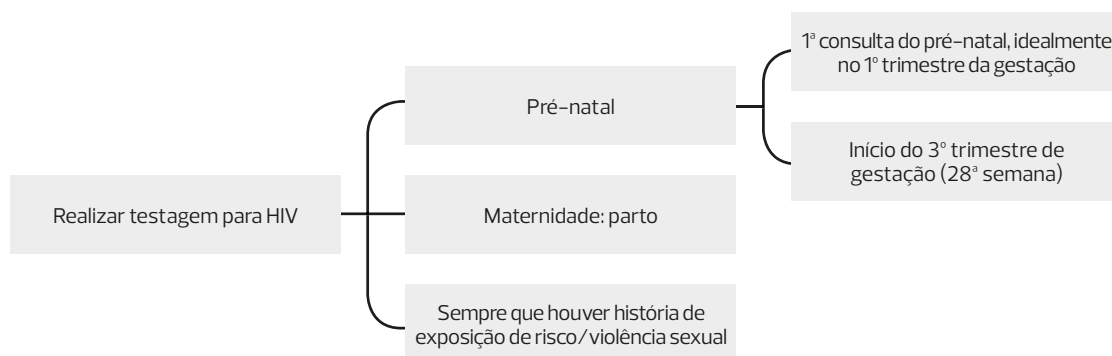
Está recomendada a realização de testagem rápida também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, devendo ser ofertada, nessa ocasião, a testagem combinada para HIV, sífilis, hepatite B (em caso de gestante sem esquema vacinal completo) e hepatite C, sempre que oportuno.

A realização imediata do teste de CV-HIV está indicada após a confirmação da infecção pelo HIV por qualquer um dos fluxogramas de diagnóstico. O teste de genotipagem pré-tratamento está indicado para todas as gestantes. Esse teste deverá ser solicitado e a amostra de sangue coletada antes de iniciar a TARV. Não é necessário aguardar o resultado da genotipagem para o início da TARV.

Os **testes rápidos** para HIV são os métodos preferenciais para diagnóstico, pois possibilitam início adequado da TARV e resposta virológica mais precoce.

A **testagem laboratorial** pode ser utilizada, desde que a entrega do resultado ocorra em tempo oportuno, tendo como objetivo não apenas o início do tratamento precoce da gestante para a sua própria saúde, mas também a prevenção da transmissão vertical, que depende de uma janela de tempo.

Figura 24 – Momentos para oferecer testagem de HIV à gestante



Fonte: DCCI/SVS/MS.

7. 3. 2 ABORDAGEM INICIAL DA GESTANTE INFECTADA PELO HIV

Esta seção aborda as recomendações para auxiliar os profissionais das equipes multiprofissionais da APS, além dos serviços especializados no atendimento inicial às gestantes com diagnóstico de infecção pelo HIV, e que não apresentem manifestações de infecções oportunistas (IO).

As gestantes diagnosticadas com HIV, a partir de qualquer metodologia de testagem, devem ser encaminhadas para seguimento no pré-natal de alto risco ou em Serviço de Atenção Especializada (SAE), de acordo a situação clínica, **devendo manter o vínculo permanente e acompanhamento com a Atenção Primária**, como mostra a Figura 25.

Figura 25 – Fluxograma de local de atendimento da gestante com HIV, de acordo com sua situação clínica



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Um dos objetivos da avaliação inicial de uma pessoa recém-diagnosticada com a infecção pelo HIV é estabelecer uma boa relação profissional-usuário, criar vínculo e realizar uma abordagem receptiva e acolhedora. A linguagem acessível à pessoa é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da TARV, contribuindo para a adesão ao tratamento e ao seguimento.

Os itens listados a seguir servem como um roteiro para orientar a abordagem no acompanhamento inicial da gestante infectada pelo HIV:

1. Avaliar o nível de conhecimento da gestante sobre a doença e explicar a infecção pelo HIV e sua evolução, assim como o risco de transmissão vertical e a elevada eficácia das medidas preventivas;
2. Enfatizar o impacto positivo do início do uso de TARV para a PTV e para a qualidade de vida, destacando a importância da adesão nesse processo;
3. Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de IO, bem como a necessidade de iniciar profilaxia para essas infecções;
4. Avaliar a possível infecção pelo HIV nas parcerias sexuais e filhos(as);
5. Abordar aspectos relacionados à saúde sexual e à Prevenção Combinada.

Apesar das evidências de que o desejo da mulher de proteger a saúde de seu filho e de se manter saudável leve à melhor adesão à TARV durante a gravidez, diferentes estudos demonstram que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição prévia aos ARV atingem supressão viral próxima ao parto.

A principal causa para a não supressão viral nesse grupo é a **adesão insuficiente**, que costuma se agravar após o parto. Para o sucesso das políticas atuais de tratamento e acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV durante o pré-natal e após o parto, as equipes multiprofissionais da APS devem estar atentas aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão. É imprescindível que essas mulheres recebam informações

sobre os benefícios da TARV e que lhes seja garantido espaço para a discussão de eventuais temores sobre possíveis impactos negativos das medicações nos fetos e RN.

7. 3. 3 AVALIAÇÃO LABORATORIAL INICIAL

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes vivendo com HIV tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher e identificar o status da infecção pelo HIV (situação imunológica e virológica inicial), a presença de comorbidades e de fatores que possam interferir na evolução da gravidez.

O nível da **CV-HIV** é um dos fatores mais importantes associados ao risco de transmissão vertical do HIV e auxilia no seguimento e na definição da via de parto.

A taxa de TV do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de ARV que mantêm níveis de CV-HIV inferiores a 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a CV estiver indetectável. Além disso, a CV-HIV é utilizada para o monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à TARV.

Durante o seguimento da gestante infectada pelo HIV, devem ser realizados pelo menos três exames de CV-HIV durante a gestação:

- Na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia;
- Duas a quatro semanas após a introdução da TARV, para avaliar a resposta ao tratamento;
- A partir da 34ª semana, para indicação da via de parto.

A CV-HIV também deverá ser solicitada quando a TARV for modificada por qualquer motivo, duas a quatro semanas após a mudança de esquema, para avaliar a resposta ao tratamento. A solicitação da CV-HIV, ainda, faz parte da avaliação da gestante, em qualquer momento, quando há dúvidas sobre a adesão à TARV.

7. 3. 4 IMUNIZAÇÕES NA GESTANTE VIVENDO COM HIV/AIDS

Além dos aspectos que dizem respeito à gestação, é preciso considerar as condições imunológicas da gestante vivendo com HIV/aids. Na infecção pelo HIV, à medida que aumenta a imunossupressão, reduz-se a possibilidade de resposta imunológica consistente.

Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em PVHA sintomáticas ou com imunodeficiência grave, com presença de IO ou contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³, até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de TARV, o que proporciona melhora na resposta vacinal e reduz o risco de complicações pós-vacinais.

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas na gestação.

A vacina da febre amarela deve ser evitada; porém, em regiões de risco elevado ou em situações de surto, poderá ser administrada, avaliando-se relação de risco-benefício, devido à alta morbimortalidade da doença, a partir do terceiro trimestre da gestação. Nessas situações, será necessária a avaliação de um especialista e a correlação com a contagem de LT-CD4+ da gestante (Nota Informativa nº 01/2017/

SVS/MS, disponível em <http://azt.aids.gov.br/documentos/NOTA%20INFORMATIVA-FEBRE%20AMARELA.pdf>).

Para saber mais sobre as vacinas recomendadas para gestantes vivendo com HIV/ aids, consulte o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo>.

7. 3. 5 O PUERPÉRIO

De acordo com o CAB 32 (BRASIL, 2012a), a atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

A equipe deve utilizar esse momento para realizar, além da escuta qualificada, diversas orientações e procedimentos, destinando-os tanto à parturiente quanto ao seu parceiro.

Para qualificar as ações da equipe de Atenção Primária nesse importante momento da linha de cuidado materno-infantil, é importante ampliar as ações ligadas às abordagens sobre saúde sexual e planejamento familiar.

No que se refere à PTV, é fundamental que os seguintes cuidados sejam observados:

- Orientar sobre atividade sexual, informando a usuária sobre prevenção às IST/aids;
- Caso a puérpera tenha tido relações sexuais sem proteção, ofertar a testagem para HIV;
- Informar sobre as possibilidades de resultados, bem como os procedimentos e condutas que serão realizados em caso de resultado reagente;
- Explicar as complicações decorrentes da não realização da profilaxia, caso esta seja necessária.

7. 3. 5. I Acompanhamento da mulher vivendo com HIV no puerpério

A puérpera deverá ser orientada quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o seguimento da criança até a definição da situação imunológica desta. É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao tratamento, principalmente o não comparecimento a consultas agendadas em serviço de referência para HIV, quando o diagnóstico é feito na maternidade. A frequência às consultas deve ser estimulada e monitorada, lançando-se mão de busca ativa por meio dos ACS e de outros profissionais da equipe, se necessário.

O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e o puerpério imediato, é igual ao de qualquer outra mulher, devendo-se prever o seu retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.

A caderneta da gestante deve ser utilizada por ter informações importantes para o acompanhamento da criança e para futuras gestações. Por esse motivo, deverá ser atualizada e devolvida à puérpera com todas as anotações referentes ao período da internação para o parto.

É necessário considerar que mulheres que não amamentam tendem a ter um

período menor de amenorreia, podendo voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto. Assim, considerando os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, estas (bem como suas parcerias sexuais) devem ser acompanhadas nas ações de saúde sexual e planejamento familiar, para que façam escolhas de forma consciente e segura.

7. 3. 5. 2 Contraindicações à amamentação da mulher vivendo com HIV e fornecimento de fórmula láctea infantil

Para as crianças filhas de mães vivendo com HIV, a amamentação está contraindicada, mesmo se a mulher estiver em uso regular de TARV e com carga viral indetectável (WAITT *et al.*, 2018).

Para essas crianças, está previsto o fornecimento de fórmula láctea, que garante o crescimento e desenvolvimento de forma adequada. A amamentação cruzada também é contraindicada em qualquer situação.

É importante que os profissionais de saúde sempre abordem a mulher de maneira respeitosa para identificar possíveis exposições de crianças à amamentação. Nesses casos, a PEP deve ser considerada para a criança, com encaminhamento para seguimento diagnóstico.

Para mais informações sobre como realizar a investigação diagnóstica da criança exposta ao HIV e indicações de PEP, consulte o PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes e o PCDT para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, disponíveis em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

7. 3. 6 CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV

As crianças expostas ao HIV devem ser atendidas em serviços especializados em HIV, compartilhando o cuidado com a Atenção Primária, pelo menos até a definição de seu diagnóstico.

Recomenda-se que as crianças expostas ao HIV e não infectadas realizem acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência (pela exposição ao HIV e aos ARV). A TARV deve ser indicada para todas as crianças e adolescentes vivendo com HIV, independentemente de fatores clínicos, da contagem de LT-CD4+ e da CV-HIV.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar déficits.

A passagem transplacentária de anticorpos maternos do tipo IgG anti-HIV, principalmente no terceiro trimestre de gestação, interfere no diagnóstico da infecção vertical. Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade. Portanto, a detecção de anticorpos anti-HIV não é recomendada para o diagnóstico em crianças menores de 12 meses, sendo necessária a realização de testes que detectem o material genético do vírus, como a quantificação da carga viral (CV-HIV).

O diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças é orientado de acordo com a faixa etária, conforme recomendação do PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Em crianças acima de 18 meses de idade, segue-se o mesmo

fluxo laboratorial para a população geral.

A transmissão por aleitamento materno pode se dar pela mãe que apresenta resultado não reagente para HIV no pré-natal e no momento do parto, mas que se infectou durante a lactação; também há a possibilidade de a criança se infectar por meio de amamentação cruzada (igualmente não recomendada).

A equipe multiprofissional que realiza o acompanhamento da criança exposta deve estar atenta quanto ao risco de transmissão vertical do HIV após o nascimento, mesmo em crianças e adolescentes. Após o parto, crianças e adolescentes também podem se infectar pelo HIV por meio do aleitamento. Diante de suspeita clínica, o profissional de saúde deve sempre proceder à investigação clínico-laboratorial completa para infecção pelo HIV.

7. 3. 6. I Rotina de acompanhamento clínico e laboratorial da criança exposta ao HIV

O acompanhamento deve ser mensal nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do 1º ano de vida. Em todas as consultas das equipes da APS, deve-se registrar o peso, o comprimento e o perímetro cefálico.

A anamnese deve ser completa. Explorar a presença de sinais e sintomas sugestivos de toxicidade mitocondrial, que pode se apresentar como manifestações neurológicas, incluindo encefalopatia, convulsões e retardo do desenvolvimento, sintomas cardíacos devidos a miocardiopatia e disfunção de ventrículo esquerdo, sintomas gastrointestinais atribuíveis a hepatite (esteatose hepática), miopatia, retinopatia, pancreatite e acidose láctica.

A avaliação clínica da equipe deve sempre conter o exame físico detalhado da criança, acompanhado da observação dos sinais específicos do HIV: presença de linfonodos, alterações no perímetro cefálico, retardo de crescimento e desenvolvimento, hepatoesplenomegalia, candidíase oral e/ou genital e sinais clínicos de malformação congênita associada ao uso de ARV.

7.4 TRANSMISSÃO VERTICAL DA HEPATITE B

O HBV pode ser transmitido por via vertical (perinatal e intrauterina). A via perinatal, no momento do parto, é uma das vias mais importantes de transmissão para os RN. Nesse cenário, a evolução é desfavorável, com maior chance de cronificação.

Um dos objetivos do pré-natal é a identificação das mulheres portadoras crônicas do HBV. O teste rápido é uma importante ferramenta de acesso rápido ao resultado do HBsAg, que deve ser realizado no primeiro trimestre ou quando se iniciar o pré-natal. Mulheres não imunizadas previamente ou com esquema vacinal incompleto e suscetíveis devem iniciar ou completar seu esquema vacinal na gestação.

Nas pacientes com infecção crônica pelo HBV com indicação de tratamento, deve-se prescrever o uso de tenofovir (TDF) conforme as recomendações para as demais populações. Para aquelas sem indicação de tratamento, mas com CV elevada (> 200.000 UI/mL, com resultado estar disponível até a 24ª semana) ou com a presença simultânea dos marcadores HBsAg e HBeAg reagentes, está indicada a profilaxia durante

a gestação também com TDF a partir da 24^a à 28^a semana de gestação. Caso não tenha sido possível iniciá-la oportunamente, pode-se introduzir o uso de TDF até o final da gestação. Contudo, nessas situações, os desfechos positivos podem sofrer prejuízos.

A administração de IGHAHB e a vacinação para hepatite B para o RN ao nascimento estão indicadas para todos RN cujas mães apresentem HBsAg reagente, independentemente da indicação e/ou uso de profilaxia ou tratamento durante a gestação. O uso da IGHAHB e a vacinação nas primeiras 12 a 24 horas de vida reduz o risco de transmissão para 5% a 10%. A associação da profilaxia com TDF reduziu a zero o número de transmissões em estudos clínicos (JOURDAIN *et al.*, 2018; PAN *et al.*, 2016).

O quadro a seguir sintetiza os principais aspectos ligados ao cuidado das gestantes com exame HBsAg reagente:

Quadro 39 – Conduta frente à gestante com HBsAg reagente

Orientar e referenciar as gestantes já durante o pré-natal para unidades obstétricas que assegurem a administração de vacina hepatite B e da imunoglobulina humana anti- hepatite B (IGHAHB) ao recém-nascido.

Documentar a referência e contrareferência no cartão da gestante.

Realizar pesquisa de HBsAg nas gestantes que não foram avaliadas durante o pré-natal, no momento da admissão hospitalar para o parto.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Gestantes com indicação de tratamento ou profilaxia para hepatite B devem ser acompanhadas em serviços especializados, em cuidado compartilhado com a Atenção Primária. Porém, em situações em que haja demora (depois de 24 semanas) ou impossibilidade de encaminhamento, deve-se considerar iniciar profilaxia ou tratamento na APS.

7. 4. I SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE B

As crianças expostas ao vírus da hepatite B devem ser atendidas em serviços especializados, compartilhando o cuidado com a Atenção Primária.

Na ausência de informações sobre o estado imunológico da mãe, recomenda-se a administração da vacina de hepatite B imediatamente na sala de parto, a coleta do HbsAg materno e o fornecimento de IGHAHB à criança confirmada como exposta dentro dos primeiros sete dias de vida (BRASIL, 2017c).

Para as crianças expostas ao HBV que não receberam seguimento adequado durante o período pós-natal, com vacina e IGHAHB, deverá ser realizada investigação

quanto à infecção pelo HBV. Esse fluxo também necessita ser seguido por aquelas crianças expostas que chegam tardiamente ao serviço de saúde e sem registro de profilaxia para hepatite B após o nascimento.

Para saber mais sobre a transmissão vertical da hepatite B o seguimento da criança exposta ao HBV, acesse o PCDT para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

7.5 TRANSMISSÃO VERTICAL DA HEPATITE C

Recomenda-se a realização da testagem para HCV (preferencialmente com teste rápido) em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal (preferencialmente no primeiro trimestre), em todas as gestações e nas mulheres em planejamento reprodutivo. A infecção pelo HCV ocorre pela via parenteral, por meio da exposição ao sangue contaminado, por via sexual e por transmissão vertical, que é a principal via de transmissão em crianças infectadas pelo HCV (KUSHNER; TERRAULT, 2019).

A gestante com HCV deve coletar, no início do pré-natal, dosagens de CV-HCV e testes de função hepática, para avaliar risco de TV-HCV e estadiamento de doença hepática (CHUNG *et al.*, 2018). Em relação ao tratamento da gestante, salienta-se que, os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos, sendo então, contraindicados durante esse período (KUSHNER; TERRAULT, 2019; JHAVERI, *et al.*, 2018). Se for confirmada a gestação durante o tratamento da hepatite C, este deverá ser suspenso.

Recomenda-se que mulheres em idade fértil em tratamento de hepatite C sejam submetidas a testes de gravidez com periodicidade e que utilizem contracepção de barreira. Após o fim do tratamento, deve-se evitar gestação pelos seis meses seguintes.

7.5.1 SEGUIMENTO DA CRIANÇA EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE C

As crianças expostas ao vírus da hepatite C devem ser atendidas em serviços especializados, compartilhando o cuidado com a Atenção Primária.

O diagnóstico da infecção pelo HCV em indivíduos com menos de 18 meses de vida deve ser feito por teste molecular. A avaliação laboratorial precoce tem por objetivo a vinculação da criança exposta em um serviço para seguimento, além do estadiamento da doença hepática nos casos de infecção por HCV. Recomenda-se que o primeiro teste seja feito entre três e seis meses de idade (BRASIL, 2018c).

Para saber mais sobre a transmissão vertical da hepatite C e o seguimento da criança exposta ao vírus da hepatite C, acesse o PCDT para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts>.

7.6 HTLV

Os vírus HTLV I e 2 pertencem à família Retroviridae, sendo que a infecção não implica, necessariamente, o desenvolvimento de processos patogênicos. As vias de transmissão são a sexual, a parenteral e a vertical (gestação, parto ou aleitamento materno, principalmente) (GONÇALVES, 2010; GESSAIN; CASSAR, 2012; CARNEIRO-PROIETTI, 2006).

O HTLV está associado a doenças neurológicas, oftalmológicas e dermatológicas, assim como a leucemia/linfoma (GONÇALVES, 2010). Das pessoas infectadas pelo HTLV, aproximadamente 90% permanecerão assintomáticas ao longo de suas vidas. Essas pessoas mantêm uma rede de transmissão silenciosa pela via sexual, sanguínea e vertical.

O aleitamento materno é a principal via de transmissão vertical, ocorrendo em 20% a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas. O risco está associado a variáveis individuais, a exemplo do tempo de amamentação. A transmissão intrauterina ou no período periparto ocorre em menos de 5% dos casos (ROSADAS *et al.*, 2018; ROSADAS; TAYLOR, 2019).

As recomendações para PTV do HTLV são:

- Uso de preservativo em todas as relações sexuais;
- Oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis;
- **Contraindicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2**, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e fórmulas lácteas infantis (GONÇALVES, 2010; ROSADAS; TAYLOR, 2019).

7.7 VÍRUS ZIKA

O vírus Zika é um *Flavivírus* capaz de causar infecção em humanos. A maioria das pessoas infectadas apresentará a forma assintomática da infecção. Em pessoas sintomáticas, os principais sinais e sintomas são *rash* cutâneo, febre, conjuntivite, cefaleia, dores articulares e mialgia (MUSSO; KO; BAUD, 2019).

As anomalias congênitas associadas à infecção pelo vírus Zika foram observadas logo após a entrada do vírus no território nacional. A microcefalia foi o acometimento mais frequente do SNC e desencadeou situação de alerta no Brasil, por ter sido considerado uma Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2016c).

O vírus pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti* (o mesmo que transmite dengue, Chikungunya e febre amarela), assim como por transmissão vertical e sexual. A principal medida de combate à infecção é a prevenção, com medidas de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas), de modo a diminuir chance de picada pelo mosquito. Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo vírus Zika e nem tratamento específico (BRASIL, 2016c).

A **transmissão sexual do vírus Zika** foi comprovada por inúmeros relatos de casos, sendo a Zika considerada uma IST, cuja transmissão sexual pode ser evitada por meio do **uso de preservativo** (WHO, 2019b).

Deve-se reforçar a importância do uso do preservativo, especialmente após viagens a áreas endêmicas ou suspeita e/ou confirmação do diagnóstico da infecção pela parceria sexual. Isso porque a persistência das partículas virais foi observada em fluidos corporais, como sêmen WHO, 2019b).

Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:

- Aguardar até **três meses** após infecção presumida ou confirmada pelo vírus Zika, quando o homem foi infectado;
- Aguardar até **dois meses** após infecção presumida ou confirmada pelo vírus Zika, quando a mulher foi infectada.

Em áreas endêmicas, casais que desejam a concepção devem ser orientados quanto aos riscos da infecção pelo vírus Zika e a possibilidade de malformações fetais. Para áreas endêmicas, a recomendação de uso contínuo do preservativo durante toda a gestação deve fazer parte do aconselhamento durante as consultas de pré-natal (MUSSO; KO; BAUD, 2019). Até o presente momento, não há casos de transmissão por meio da reprodução assistida, mas se recomenda que, nos tratamentos de fertilidade, os prazos acima citados sejam considerados.

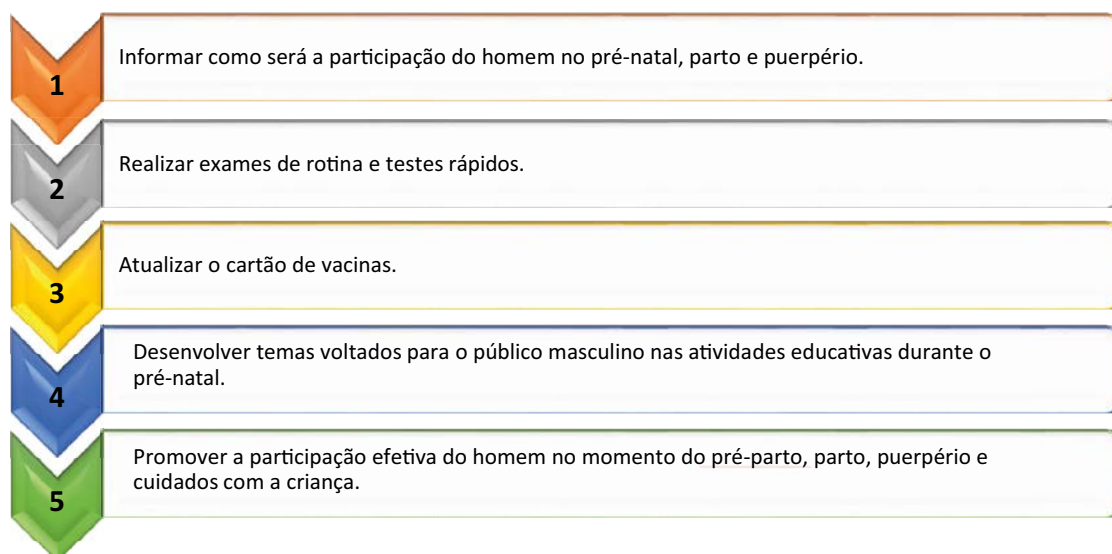
O diagnóstico precoce da infecção pelo vírus Zika na gestante, por meio de exames de detecção do RNA viral mediante PCR e/ou sorologias, auxilia no rastreamento das gestações de alto risco. Esses exames também são utilizados no seguimento especializado para a criança que tenha nascido com alguma anomalia congênita.

7.8 ESTRATÉGIA PRÉ-NATAL DO PAI/PARCEIRO

A gestação é um momento especial, repleto de significados e emoções para a família, e um acontecimento que demanda uma série de ações pela área da saúde. Nos últimos anos, um tema tem emergido cada vez com mais força, exigindo debates, ações e, principalmente, uma mudança de olhar por parte dos pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e ativistas e para os próprios pais: a importância do envolvimento ativo do pai/parceiro.

Muitos homens de diferentes idades demonstram desejo de participar ou efetivamente participam de todos os momentos da gravidez, desde a decisão compartilhada de ter um filho, passando por todas as fases da gestação, até o desenvolvimento da criança (UNFPA, 2007). Os homens podem e devem ser cada vez mais integralmente envolvidos nas ações de saúde sexual e planejamento familiar, pré-natal, parto, amamentação, entre outros.

Para promover esse envolvimento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tem como um dos seus eixos prioritários de atuação a Paternidade e Cuidado. Um ponto fundamental para a consolidação desse eixo é expansão, na rede SUS, da Estratégia Pré-Natal do Pai/Parceiro (EPNP), formulada pela Coordenação de Saúde do Homem – COSAH/DECIV/SAPS/MS, que visa integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que o parceiro acompanhe a mulher nas consultas de pré-natal realizadas nas unidades de saúde da APS e também realize algumas ações de prevenção à saúde, como: testes rápidos para diagnosticar sífilis, HIV/aids e hepatites B e C; atualização do cartão de vacinação; participação em atividades educativas desenvolvidas durante as consultas de pré-natal; etc.

Figura 26 – Cinco passos sugeridos para a realização da EPNP

Fonte: COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

A realização da EPNP traz vários benefícios para todos os envolvidos, como demonstrado a seguir.

Figura 27 – Benefícios para a saúde do homem e de toda a família relacionados à promoção do exercício da paternidade ativa

Fonte: BRASIL, 2018d.

Para saber mais sobre a EPNP, acesse o Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf.

Toda consulta de pré-natal é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens, as gestantes e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, transmissão vertical, cuidados com a criança, entre outros, constituindo assim um importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde.

Para fortalecimento da Estratégia do Pré-Natal do Pai/Parceiro na prevenção das IST e transmissão vertical, a Portaria nº 1.474, de 8 de setembro de 2017, inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais do SUS (SIGTAP) os procedimentos Consulta Pré-Natal do Parceiro (03.01.01.023-4); Teste Rápido para Detecção de HIV na Gestante ou Pai/Parceiro (02.14.01.004-0) e Teste Rápido para Sífilis na Gestante ou Pai/Parceiro (02.14.01.008-2).

O argumento central trazido por esse debate é que, dessa forma, é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero, inserindo o homem nas responsabilidades relacionadas à reprodução, pré-natal, parto e cuidados com as crianças, que por muito tempo foram direcionados apenas às mulheres, contribuindo assim para o estabelecimento de vínculos familiares saudáveis.

7.9 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HIV/AIDS, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde têm como atribuição realizar a notificação compulsória das doenças e agravos de interesse nacional; por conseguinte, são responsáveis, em parte, pela principal fonte de dados (a notificação) que gera informações para subsidiar políticas de saúde. Além disso, as equipes da APS são essenciais para a adoção de medidas de prevenção e controle oportuno das doenças ou agravos.

Vale lembrar que a não notificação (subnotificação) dos casos de sífilis adquirida, sífilis congênita, sífilis em gestantes, hepatites virais, aids em adultos e crianças, HIV em adultos e crianças, HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao HIV, para além de comprometer o monitoramento assistencial dos casos e a terapêutica medicamentosa, pode refletir negativamente na programação orçamentária, comprometendo a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos, serviços laboratoriais e assistenciais, entre outras ações de vigilância.

Portanto, é fundamental que os profissionais das equipes da APS estejam atentos para identificar um caso confirmado que atenda o critério de definição de caso para notificação, disponível no Guia de Vigilância em Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt->

br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view), realizem a notificação na Ficha de Notificação e Investigação (FNI) e, posteriormente, encaminhem o caso ao serviço de vigilância epidemiológica municipal/distrital, por meio de rotina estabelecida previamente. **É importante que os profissionais conheçam o fluxo estabelecido no serviço para que as notificações sejam encaminhadas de forma correta e em tempo hábil.**

As informações produzidas, em grande parte, com base nos dados das notificações de doenças podem ser acessadas nos Boletins Epidemiológicos de HIV/ Aids, Sífilis e Hepatites Virais, produzidos, anualmente, pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS). Esses boletins apresentam informações e análises sobre os casos desses agravos no Brasil, regiões, estados e capitais, de acordo com os principais indicadores epidemiológicos e operacionais estabelecidos, e se encontram disponíveis em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos>.

Além disso, com a finalidade de fornecer uma imagem mais completa da atual situação dessas doenças em todo o país, os dados dos Boletins também constam para os 5.570 municípios brasileiros no Pannel de Indicadores Epidemiológicos, disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/paineis-de-informacoes/pannel-de-indicadores-epidemiologicos-I>.

Por fim, para saber mais sobre os critérios e instrumentos para notificação, você pode acessar os seguintes materiais:

- Guia de Vigilância em Saúde, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view.
- Portal do Sinan, que contém os instrumentos para notificação e análise dos dados, disponível em <http://www.portalsinan.saude.gov.br/gestante-hiv>, <http://portalsinan.saude.gov.br/aids-adulto> e <http://portalsinan.saude.gov.br/aids-crianca>.

8 EQUIDADE E ATENÇÃO À SAÚDE DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS E EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Diferentemente de igualdade, o conceito de equidade assume, em seu significado, uma dimensão moral, política, ética e de justiça social. Nesse sentido, a equidade em saúde reconhece as especificidades e as situações de vulnerabilidades e iniquidades às quais algumas populações, historicamente, foram e estão expostas. Busca-se “tratar desigualmente os desiguais” e reduzir ou eliminar tais desigualdades em saúde, que são resultado dos determinantes sociais da saúde e de fatores considerados evitáveis, injustos e por vezes provocados. Os gestores, profissionais e serviços de saúde têm o compromisso de reduzir ou anular as iniquidades e as desvantagens iniciais para que todos e todas possam “resolver as suas demandas de saúde, independentemente do grupo social ao qual pertençam” (BARATA, 2009, p. 20).

Determinantes sociais de saúde como classe social, orientação sexual, raça/cor, moradia, trabalho, alimentação, entre outros, incidem direta e indiretamente sobre a vida e os processos de saúde, cuidado, adoecimento e morte das populações. Por essa razão, alguns grupos estão mais vulneráveis/suscetíveis que outros e correm maiores riscos de serem acometidos por uma doença, agravo, óbito ou outra condição relacionada à saúde. É considerando a vulnerabilidade e os riscos de alguns segmentos populacionais específicos que se compreende, portanto, a importância de identificar populações-chave e populações prioritárias para equalizar o acesso aos serviços de saúde, incluindo o acesso às consultas e exames, ao conjunto amplo de informações e conhecimentos, à dispensação de medicamentos e ações outras que contemplem as demandas e necessidades específicas de cada indivíduo e grupo, promovendo um atendimento integral.

8.1 DOS GRUPOS DE RISCO À VULNERABILIDADE

No que tange ao HIV/aids, desde o princípio, as ações de prevenção se concentraram em alguns grupos populacionais, tendo em vista o perfil da epidemia com prevalência desproporcional de HIV entre esses grupos e a população geral. Apesar de controlada na população brasileira de um modo geral, a prevalência de HIV/aids segue elevada em alguns estratos sociais específicos.

A resposta à epidemia de HIV/aids é organizada com base no conceito de situação de **vulnerabilidade**, segundo o qual a aids “[...] não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger” (AYRES *et al.*, 2006, p. 396).

Entre 1985 e 1995, o conceito de grupo de risco foi sendo superado pelas concepções de **comportamento e situação de risco**. Sem dúvida um avanço, mas que não impactava os processos de estigmatização, pois enfocava exclusivamente as responsabilidades individuais. Apenas a partir de 1995, a noção de situação de **vulnerabilidade** permitiria superar tal estágio.

Todavia, se a concepção de grupo de risco foi superada, infelizmente não se pode dizer o mesmo da desproporcional incidência de casos de HIV/aids em determinados grupos populacionais. É por isso que se costuma dizer que “[...] no Brasil existe uma epidemia concentrada em populações-chave e prioritárias, e é primordial que estas sejam ouvidas no processo de articulação dos pontos de atenção no território” (BRASIL, 2017a).

Segundo a OMS, considera-se que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção de um determinado agravo contabilizam menos de 1% na população geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (UNAIDS/WHO, 2002).

No Brasil, os níveis epidemiológicos se apresentam concentrados em alguns segmentos populacionais específicos. Devido a essas evidências, mas não apenas a elas, essas populações são reconhecidas pelo Ministério da Saúde, juntamente com outros segmentos, como populações-chave, conforme já mencionadas no Capítulo I:

- Gays e outros homens que fazem sexo com homens;
- Pessoas que usam álcool e outras drogas;
- Trabalhadoras do sexo;
- Pessoas trans; e
- Pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017a).

Destaca-se que, para além das populações-chave, é fundamental observar que outros segmentos populacionais também apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids em comparação com a média da população geral e, portanto, também devem ser focalizados pelo MS em ações específicas de prevenção. São populações prioritárias:

- População negra;
- População jovem;
- População em situação de rua; e
- População indígena (BRASIL, 2017a).

Para saber mais sobre as especificidades das populações-chave e prioritárias para o HIV, consulte o documento Prevenção Combinada do HIV, disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view.

8. 1. 1 POPULAÇÃO NEGRA

As desigualdades e iniquidades raciais permanecem sendo um grande problema de saúde pública não somente no Brasil, mas em diversos países. Historicamente, a população negra – composta pela soma de pretos e pardos – foi/está colocada às margens da sociedade e isso tem se traduzido nas péssimas condições de vida e saúde dessa população. Frequentemente, as populações negras (idosas, jovens, LGBT, mulheres, homens, crianças, em situação de rua e outras) têm apresentado mais desfechos negativos de saúde em comparação com outras populações, principalmente a branca. O **racismo estrutural** (e todas as dimensões nas quais ele se apresenta, pessoal/internalizado, interpessoal e institucional) (GELEDÉS, 2013), constitui-se como um **determinante social** que sobrepõe as diversas vulnerabilidades da população

negra no Brasil, potencializando e condicionando muitos dos agravos que acometem esse segmento. Por tal razão, o racismo estrutural deve ser compreendido como uma barreira de acesso aos serviços de saúde das populações negras e como um grande desafio a ser urgentemente superado com vistas à promoção da equidade no SUS.

Dito isso, a estratificação por raça/cor dos indicadores epidemiológicos torna-se fundamental para a análise e compreensão das iniquidades raciais e sociais e também para a formulação de políticas públicas que combatam os efeitos negativos do racismo sob a saúde da população negra. Os dados apontados a seguir sobre HIV/aids, hepatites virais e sífilis foram retirados dos Boletins Epidemiológicos do DCCI/SVS/MS.

O HIV/aids tem um impacto maior na população negra quando comparadas às populações não negras. No período de 2007 a junho de 2021, observou-se que, entre os casos de HIV registrados no Sinan, 39,4% ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente). Entre os homens, 40,9% dos casos ocorreram em brancos e 50,3% em negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%); entre as mulheres, 35,9% dos casos se verificaram em brancas e 55,1% em negras (pretas, 13,0% e pardas, 42,1%) (BRASIL, 2021a).

Quando analisados os casos de aids nos últimos dez anos (2010 a junho de 2021) e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 9,8 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas brancas. No mesmo período, houve aumento de 12,9 pontos percentuais na proporção de casos entre as pessoas negras. Observando-se a série histórica, nota-se que, desde 2010, os casos de aids são mais prevalentes em mulheres negras, enquanto entre homens negros isso ocorre desde 2012. No ano de 2020, as proporções observadas foram de 58,3% e 60,0% entre homens negros e mulheres negras, respectivamente. Em relação aos óbitos, quando distribuídos proporcionalmente os notificados no ano de 2020 por raça/cor, observou-se que 61,9% dos óbitos foram entre negros (47,0% em pardos e 14,9% em pretos), 37,6% entre brancos, 0,3% entre amarelos e 0,3% entre indígenas. A proporção de óbitos entre mulheres negras foi superior à observada em homens negros: 62,9% e 61,4%, respectivamente. Realizando uma comparação entre os anos de 2010 e 2020, verificou-se queda de 10,6 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas brancas e crescimento de 10,4 pontos percentuais na proporção de óbitos de pessoas negras (BRASIL, 2021a).

No que diz respeito aos casos confirmados de hepatite A segundo raça/cor por ano do diagnóstico no Brasil, verificou-se que, entre os indivíduos com a informação de raça/cor conhecida no ano de 2020, aqueles autodeclarados pardos ou pretos concentram a maior proporção de casos (51,5%, sendo 42,4% pardos e 9,1% pretos), seguidos dos brancos (47,6%), amarelos (0,3%) e indígenas (0,6%). Em relação à hepatite B, a distribuição proporcional dos casos segundo raça/cor, no mesmo ano, mostrou que a maioria dos casos notificados está entre as pessoas autodeclaradas pardas e pretas (55,2%, sendo 42,7% pardas e 12,5% pretas), seguidas das brancas (42,5%), amarelas (1,1%) e indígenas (1,2%). Comparando 1999 com 2020, observou-se que as proporções das notificações de casos entre pessoas autodeclaradas pretas e pardas é ascendente, com aumento de 95,3% e 116,2%, respectivamente. A tendência contrária é verificada nas notificações entre pessoas autodeclaradas de raça/cor branca, com queda de 40,0%. Quanto à hepatite C, entre os casos que incluíram a informação referente à raça/cor, 55,3% foram referidos como brancos, 33,3% como pardos,

10,2% como pretos, 0,9% como amarelos e 0,3% como indígenas (BRASIL, 2021c).

Em 2020, a maior parte das pessoas notificadas por casos de sífilis adquirida segundo raça/cor era da raça/cor parda (39,4%), seguida da branca (35,3%) e de preta (10,8%); considerando-se pardos e pretos, o percentual foi de 50,2%. A notificação de indivíduos de raça/cor amarela e indígena somou 1,6% dos casos (BRASIL, 2021e). No mesmo ano, identificou-se que 52,7% das mulheres gestantes diagnosticadas com sífilis eram pardas, 27,4% brancas e 12,0% pretas. Se somadas as mulheres pretas e pardas, o percentual foi de 64,7%.

Nos Boletins Epidemiológicos do DCCI podem ser consultados todos os gráficos e tabelas correspondentes às informações referidas acima.

8. 1. 2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Política Nacional para a População em Situação de Rua conceitua esse segmento como um “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009).

Na busca por ações e serviços de saúde, a população em situação de rua (PSR) é marcada por inúmeras barreiras de acesso que impactam negativamente sua saúde, como o preconceito, a burocracia no atendimento, a fragilidade nos encaminhamentos, a morosidade para a realização de exames, a baixa escuta profissional e a distância dos estabelecimentos de saúde, somada à dificuldade de transporte e acessibilidade (DE OLIVEIRA, 2021). Além disso, a falta de sensibilidade às especificidades e particularidades dessa população, assim como a baixa humanização no cuidado a esse público, também podem se tornar barreiras no acesso à saúde.

Devido às dificuldades acima elencadas, no que tange ao acesso aos serviços de saúde, a PSR está mais exposta ao risco de contrair IST. Por exemplo, gestantes podem não ter acesso à assistência pré-natal, ou realizá-la tardiamente ou de forma irregular, o que dificulta o diagnóstico precoce, o tratamento, o seguimento clínico-laboratorial e a busca de parcerias sexuais.

Importante destacar que o HIV e a sífilis podem ser transmitidos verticalmente durante a gestação, na ausência de tratamento oportuno, o que impacta diretamente as pessoas em situação de rua, devido à dificuldade no acesso e continuidade do tratamento. No Brasil, a taxa estimada de transmissão vertical do HIV pode chegar a 30% quando não é utilizada a terapia antirretroviral. No entanto, se adotada a TARV e as demais medidas preventivas, essa taxa pode se reduzir para menos de 2%, principalmente quando não ocorre a amamentação. No período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas no país 141.025 gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2021a).

Em 2021, o Brasil padronizou o procedimento para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis em municípios com 100 mil ou mais habitantes e em estados que cumpram e mantenham critérios mínimos de atenção à saúde das gestantes e recém-nascidos, bem como alcancem as metas de eliminação por meio dos

indicadores estabelecidos. Essa certificação é uma importante estratégia de estímulo às gestões estaduais e municipais para a sistematização dos esforços já realizados nos últimos anos (BRASIL, 2021d). Tal cenário denota a necessidade de priorizar a população em situação de rua no cuidado integral ao HIV e às demais IST, destacando a transmissão vertical como importante agravo, que compromete a saúde de gestantes e recém-nascidos. Diante disso, a população em situação de rua é prioridade de atuação no cuidado integral ao HIV e demais IST.

Para o cuidado de prevenção e promoção à saúde, é fundamental considerar a dinâmica local em cada município, região ou estado, com o objetivo de ofertar estratégias relacionadas às dinâmicas sociais locais e, que, portanto, variam de acordo com o território. As fragilidades e vulnerabilidades da PSR devem-se a contextos históricos e sociais (BRASIL, 2017a). Destaca-se que a “população em situação de rua está mais presente em grandes centros urbanos, pois é onde também se concentram as maiores desigualdades sociais” (BRASIL, 2017a, p. 29).

Para contribuir para a ampliação do acesso das pessoas em situação de rua aos serviços e ações de saúde, o Ministério da Saúde formulou a Nota Informativa Conjunta nº 10 de 2017 DIAHV/SVS/MS e DAB/SAS/MS (BRASIL, 2017b) (disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-conjunta-no-102017-diahvsvsms-e-dabsasms>), que tem como ponto central garantir à PSR o acesso ao conjunto de procedimentos relacionados à prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para todas as IST, por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) para aqueles que não possuem documento de identificação. Além disso, cabe frisar que o acesso à saúde da PSR não está condicionado à apresentação de documento oficial como o CPF, bem como a comprovante de residência, posto que a Portaria GM/MS nº 2.236/2021 (disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2236_20_09_2021.html), que dispõe sobre o Cadastro Nacional de Usuários do SUS e institui o aplicativo “Conecte SUS Cidadão”, não inclui as pessoas em situação de rua, ciganos e nômades na exigência de endereço de domicílio permanente para cadastramento e atualização cadastral.

A saúde sexual e os riscos de exposição ao HIV/aids, hepatites virais e outras IST devem estar sempre em pauta nas abordagens dos profissionais de saúde direcionadas às populações em situação de rua. “A sexualidade é uma temática muito viva nesse grupo social, desse modo, não costumam ter constrangimentos ou dificuldades para mencionar questões relativas a esse assunto” (BRASIL, 2012a, p. 63).

É sabido que a existência de informações sobre formas de prevenção e promoção da saúde constitui uma ferramenta fundamental para evitar IST. Faz-se necessário, então, ofertar informações que contribuam para a construção de estratégias que viabilizem a formação de um saber crítico e responsável e que estejam à disposição da PSR (SILVA et al., 2019). Portanto, é de suma importância a inclusão e a estratificação da população em situação de rua em todas as fichas de notificação de agravos e doenças, bem como sua inserção nos sistemas de informação oficiais, considerando as populações em situação de vulnerabilidade.

A interseccionalidade trata da associação de sistemas múltiplos de subordinação e opressões, e busca também compreender e identificar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação (CRENSHAW, 2002). As intersecções podem ser de raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, classe social,

entre outras. Tais interseccionalidades trazem relações de poder que reproduzem violências, exclusões e desigualdades sociais. Não há como falar sobre a garantia de direitos e acesso à saúde sem olhar profundamente para o contexto histórico, social e cultural no Brasil, assim como em qualquer outro país marcado pelo racismo, colonialismo, machismo, patriarcado, imperialismo e capitalismo. São esses moldes que ainda estruturam as sociedades e seguem sendo grandes produtores de desigualdades e iniquidades sociais.

Uma pessoa vivendo com HIV/Aids, por exemplo, pode ser negra, transgênero, possuir deficiência e estar em situação de rua. De forma geral, a experiência de vida, a garantia dos direitos e o acesso aos serviços e bens públicos dessa pessoa será atravessada por todos esses marcadores. Diversos estudos científicos nacionais e internacionais têm evidenciado o quanto as desigualdades e iniquidades interseccionais impedem o avanço das ações para conter diferentes epidemias, incluindo a de HIV/aids no mundo. Por essa razão, as políticas e ações em saúde devem ser formuladas a partir de uma perspectiva interseccional, isto é, considerando os marcadores sociais, a soma das opressões e as interações que estas assumem na vida das minorias, grupos específicos e em situação de vulnerabilidade.

Por fim, sugere-se manter um olhar sensível para as populações chaves e prioritárias, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade, assim como para os determinantes e condicionantes sociais da saúde, com o objetivo de propiciar a equidade no acesso à saúde.

8. 1. 3 POPULAÇÕES DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS E POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS

As populações do campo, floresta e águas (CFA) são compostas por camponeses, incluídos os agricultores familiares, os assentados, os acampados e os assalariados, que residam ou não no campo (BRASIL, 2013b). Incluem-se, ademais, os povos e comunidades tradicionais (PCT), que, conforme o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, são definidos como:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (BRASIL, 2007a, s. p.).

Trata-se de populações que possuem modos de vida, trabalho, produção e reprodução social diretamente conectados com o ambiente em que vivem. Considera-se que os modos de produção e reprodução da vida – como o acesso à educação, à moradia e ao trabalho e as condições ambientais, as especificidades culturais, a conjuntura de envelhecimento, entre outros – incidem sobre a saúde e, consequentemente, sobre a qualidade de vida das populações (BRASIL, 2013b).

Há estudos, por exemplo, que evidenciam uma alta prevalência de sífilis e demais IST em populações ribeirinhas e endossam a necessidade de criar e fortalecer estratégias direcionadas à prevenção e ao rastreamento e monitoramento dessas doenças nessas populações (PAULA, DE *et al.*, 2022; PEREIRA NOGUEIRA *et al.*, 2013b).

Além disso, cumpre ressaltar que alguns povos e comunidades tradicionais, a exemplo dos povos ciganos, têm particularidades culturais que precisam ser consideradas pelos profissionais de saúde e aplicadas ao seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2016c). Para mais informações acerca dessas especificidades culturais, é importante que gestores e profissionais de saúde acessem o Guia Orientador para a Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano (https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/Guia_Orientador_para_a_Atento_Integral__Sade_do_Povo_Cigano.pdf) e o Guia de Diretrizes para a Atenção integral à saúde das populações do campo, floresta e águas (CFA) e povos e comunidades tradicionais (PCT) (https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/Guia_de_diretrizes_para_a_Atento_Integral__Sade_das_Populaes_do_Campo_Floresta_e_guas_CFA_e_Povos_e_Comunidades_Tradicionais_PCTs.pdf).

Há poucas informações estratificadas sobre a incidência dessas doenças nas populações CFA e PCT, o que reforça a necessidade de levantar ações territoriais de promoção e prevenção da saúde que sejam direcionadas para esses segmentos, no intuito de subsidiar ações futuras que visem melhorar o seu nível de saúde e construir indicadores. As estratégias territoriais de promoção e prevenção da saúde incluem ações de qualificação, educação permanente, testagem, acompanhamento de casos, dispensação de medicamentos e outras.

9 REFERÊNCIAS

ANDREWS WW, Klebanoff MA, Thom EA, Hauth JC, Carey JC, Meis PJ, et al., Midpregnancy genitourinary tract infection with *Chlamydia trachomatis*: Association with subsequent preterm delivery in women with bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis*. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2006;194(2):493–500. Available from: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)01377-3/abstract](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)01377-3/abstract).

AMSEL R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KCS, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med* [Internet]. 1983;74(1):14–22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0002934383911129>.

ARMSTRONG, G.L., BELL, B.P. Hepatitis A virus infections in the United States: model-based estimates and implications for childhood immunization. *Pediatrics*. 2002 May;109(5):839–45. doi: 10.1542/peds.109.5.839. PMID: 11986444.

AYRES JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S., et al., (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ. 2006.

BAKKEN IJ, Skjeldestad FE, Nordbø SA. *Chlamydia trachomatis* infections increase the risk for ectopic pregnancy: A population-based, nested case-control study. *Sex Transm Dis*. 2007;34(3):166–9.

BAKKEN IJ, Ghaderi S. Incidence of pelvic inflammatory disease in a large cohort of women tested for *Chlamydia trachomatis*: A historical follow-up study. *BMC Infect Dis*. 2009;9:5–9.

BARATA, Rita. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BASTOS LM, Passos MRL, Tibúrcio AS, Varella RQ, Pinheiro VMS. Gestantes atendidas no setor de doenças sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. *DST- J .bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2000;12(2):5–12. Available from: <http://www.dst.uff.br/>.

BEASLEY, R.P., HWANG, L.Y. Postnatal Infectivity of Hepatitis B Surface Antigen-Carrier Mothers, *The Journal of Infectious Diseases*, Volume 147, Issue 2, February 1983, Pages 185–190, <https://doi.org/10.1093/infdis/147.2.185>.

BEHETS FM, Ward E, Fox L, Reed R, Spruyt A, Bennet L, et al., Sexually transmitted diseases are common in women attending Jamaican family planning clinics and appropriate detection tools are lacking. *Sex Transm Infect*. 1998;74(Suppl 1):S123–7.

BENZAKEN, A. S. et al., Hepatitis C disease burden and strategies for elimination by 2030 in Brazil. A mathematical modeling approach. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* [online]. 2019, v. 23, n. 3 [Accessed 15 ago 2022] , pp. 182-190. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.04.010>. Epub 09 Sept 2019. ISSN 1678-4391. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.04.010>.

BRADSHAW CS, Morton AN, Hocking J, Garland SM, Morris MB, Moss LM, et al., High recurrence rates of bacterial vaginosis over the course of 12 months after oral metronidazole therapy and factors associated with recurrence. *J Infect Dis.* 2006;193(11):1478–86.

BODSWORTH, N.J., COOPER, D.A., DONOVAN, B. The influence of human immunodeficiency virus type 1 infection on the development of the hepatitis B virus carrier state. *Journal of Infectious Diseases*, v. 163, n. 5, p. 1138-1140, 1991.

BOND, W.W. et al., Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. *Lancet.* 1981 Mar 7;1(8219):550-1. doi: 10.1016/s0140-6736(81)92877-4. PMID: 6111645.

BOWEN, V. et al., Increase in incidence of congenital syphilis, United States, 2012-2014. *MMWR*, v. 64, n. 44, p. 1241-1245, 2015.

BRAGA, W.S.M. et al., Hepatitis D virus infection in the Western Brazilian Amazon far from a vanishing disease. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* [online]. 2012, v. 45, n. 6 [Accessed 17 sep 2022] , pp. 691-695. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822012000600007>. Epub 04 Jan 2013. ISSN 1678-9849. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822012000600007>.

BRASIL, 2002. CBO-TEM, Profissional do sexo, CBO 5198-05, TEM – Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-tem/519805-profissional-do-sexo>. Acesso em: maio. 2022.

BRASIL. Decreto Nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa | 2014. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 187p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. II. 1st ed. Vol. II, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. 290 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. I. ed.; I. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Estratégia de Resposta ao vírus Zika e o combate ao mosquito transmissor. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2016c. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/.arquivos/estrategia-deresposta-ao-virus-zika.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Como envolver o homem trabalhador no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano. Brasília DF, 2016c. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 123 p.: il. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta Nº 10, de 2017b - DIAHV/SVS/

MS e DAB/SAS/MS. Informa sobre os procedimentos a serem adotados, considerando ações de prevenção, diagnóstico, assistência, tratamento e dispensação de medicamentos para IST, do HIV/Aids e Hepatites Virais para População em Situação de Rua. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2017/-notas_informativas/ni_10_svs_e_sas_acesso_pop_rua_pdf_18828.pdf?file=1&type=node&id=64361&force=1. Acesso realizado em 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde; 2022a. (Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da saúde; secretaria de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico - Hepatites virais. Brasília, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV.. Brasília: MS; 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hepatites-virais-2021>. Acesso em: 18 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Brasília-DF. Número Especial, outubro de 2021e. Acesso em 9 de março de 2022. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/68209/boletim_sifilis_2021_internet.pdf?file=1&type=node&id=68209&force=1.

BRUNHAM RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med*. 2015;372(21):2039–48.

BUTLER T. The Jarisch-Herxheimer reaction after antibiotic treatment of spirochetal infections: A review of recent cases and our understanding of pathogenesis. *Am J Trop Med Hyg*. 2017;96(1):46–52.

CARNEIRO-PROIETTI, A.; CATALAN-SOARES, B. C.; CASTRO-COSTA, C. M. et al., HTLV in the Americas: challenges and perspectives. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 19(1), 2006.

CARRIÓ, F. B. Entrevista Clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Congenital syphilis – United States 2003-2008. *MMWR*. 1999;48(34):757–61.

CHOW, E. P. F. et al., Human papillomavirus in young women with Chlamydia trachomatis infection 7 years after the Australian human papillomavirus vaccination programme: A cross-sectional study. *Lancet Infect. Dis.*, v. 15, n. 11, p. 1314-1323, 2015.

CHUNG, R. T. et al., Hepatitis C guidance 2018 update: AASLD-IDS recommendations for testing, managing, and treating Hepatitis C Virus infection. *Clinical Infectious Diseases*, Chicago, v. 67, n. 10, p. 1477-1492, 2018.

CIANCIO, A., RIZZETTO M. Chronic hepatitis D at a standstill: where do we go from here? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014 Jan;11(1):68-71. doi: 10.1038/nrgastro.2013.164. Epub 2013 Sep 10. PMID: 24019153.

CLEMENT ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2014;312(18):1905–17.

CLUTTERBUCK, D. J. et al., UK national guideline on safer sex advice. *Int. J. STD. AIDS*, v. 23, n. 6, p. 381-388, 2012.

COFEN. Parecer no 09/2016/CTAS/COFEN, de 6 de maio de 2016. Solicitação de parecer sobre a administração de medicamentos por via IM em pacientes que usam prótese de silicone. [Internet]. Brasília; 2016. Available from: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-092016ctascofen_42147.html.

COFEN. Decisão cofen no 0094/2015, de 8 de julho de 2015. Revoga o parecer de conselheiro 008/2014. PAD COFEN 032/2012. Administração de penicilina pelos profissionais de enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2015. Available from: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html.

COFEN. Nota-Técnica- COFEN/CTLN - N° 03/2017, de 14 de junho de 2017. Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: COFEN; 2017. Available from: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-TÉCNICA-COFEN-CTLN-N°-03-2017.pdf>.

COFFIN, C.S. et al., Management of Hepatitis B Virus Infection: 2018 Guidelines from the Canadian Association for the Study of Liver Disease and Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. *Can Liver J* [Internet]. 2018 Dec [cited 2022 nov 8];1(4):156–217. Available from: <https://canlivj.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/canlivj>.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2022.

CURRIE MJ, Bowden FJ. The importance of chlamydial infections in obstetrics and gynaecology: An update. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol*. 2007;47(1):2–8.

DALEY, G. M. et al., *Mycoplasma genitalium*: a review. *Int. J. STD AIDS*, v. 25, n. 7, p. 475-487, 2014.

DALTON, H.R. et al., EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. *Journal of hepatology*, v. 68, n. 6, p. 1256-1271, 2018.

DALY CC, Wangel AM, Hoffman IF. Validation of the WHO diagnostic algorithm and development of an alternative scoring system for management of women presenting with vaginal discharge in Malawi. *Sex Transm Infect*. 1998;74(Supl 1):S50–8.

DE OLIVEIRA, M. A. et al., O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [s. l.], v. 55, p. 1–7, 2021. Available at: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020033903744>. Acesso em: 8 fev. 2022.

DEBING, Y., MORADPOUR, D., NEYTS, J., GOUTTENOIRE, J. Update on hepatitis E virology: Implications for clinical practice. *J Hepatol*. 2016; 65: 200-212.

DIALLO, M. O. et al., Evaluation of simple diagnostic algorithms for *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* cervical infections in female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Sex. Transm. Infect.*, v. 74, Supple. 1, p. S106-S111, 1998.

DOMINGUES CSB, Duarte G, Passos MRL, Sztajnbok DCDN, Menezes MLB. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis [Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: congenital syphilis and child exposed to syphilis]. *Epidemiol Serv Saude*. 2021 Mar

15;30(spe1):e2020597. Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/S1679-4974202100005.esp1

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017 Aug;67(2):370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28427875.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC). Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe, 2016 [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm: ECDC; 2018. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonococcal-antimicrobial-susceptibility-surveillance-europe-2018>.

EVANS C, Das C, Kinghorn G. A retrospective study of recurrent chlamydia infection in men and women: is there a role for targeted screening for those at risk. *Int J STD AIDS*. 2009;20(3):188–92.

FARCI P, et al., Hepatitis C virus-associated fulminant hepatic failure. *N Engl J Med*. 1996 Aug 29;335(9):631–4. doi: 10.1056/NEJM199608293350904. PMID: 8687517.

FARCI, P. et al., Delta hepatitis in inapparent carriers of hepatitis B surface antigen. A disease simulating acute hepatitis B progressive to chronicity. *Gastroenterology*. 1983 Sep;85(3):669-73. PMID: 6873613.

FAUTEUX-DANIEL S, et al., Vertical Transmission of Hepatitis C Virus: Variable Transmission Bottleneck and Evidence of Midgestation In Utero Infection. *J Virol*. 2017 Nov 14;91(23):e01372-17. doi: 10.1128/JVI.01372-17. PMID: 28931691; PMCID: PMC5686730.

FOREMAN, K.J. et al., Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):2052-2090. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31694-5. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30340847; PMCID: PMC6227505.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. Situação da População Mundial 2007. Relatório. UNFPA.

GATES TJ. Screening for cancer: Evaluating the evidence. *Am Fam Physician*. 2001;63(3):513–22.

GAYDOS CA, Maldeis NE, Hardick A, Hardick J, Quinn TC. *Mycoplasma genitalium* compared to chlamydia, gonorrhoea and trichomonas as an aetiological agent of urethritis in men attending STD clinics. *Sex Transm Infect*. 2009;85(6):438–40.

GELEDÉS – Instituto da Mulher Negra e Cfemea – Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Racismo Institucional – uma Abordagem Conceitual. Trama Design, 2013. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/FINAL-WEB-Racismo-Institucional-uma-abordagem-conceitual.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

GÉRVAS J, Fernández MP. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor

de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria (Limits to the power of medicine to define disease and risk factor, and quarternary prevention). *Gac Sanit* [Internet]. 2006;20(SUPPL. 3):66–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13101092>.

GESSAIN, A.; CASSAR, O. Epidemiological aspects and world distribution of HTLV-I infection. Département de Virologie, Unité d'épidémiologie et physiopathologie des virus oncogènes, Institut Pasteur, Paris, France 2 CNRS, URA3015, Paris, France REVIEW ARTICLE published: 15 November 2012 doi: 10.3389/fmicb.2012.00388.

GHANEM KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*. 2020;382(9):845–54.

GLIKSON, M., GALUN, E., OREN, R., TUR-KASPA, R., SHOUVAL, D. Relapsing hepatitis A. Review of 14 cases and literature survey. *Medicine (Baltimore)*. 1992 Jan;71(1):14–23. doi: 10.1097/00005792-199201000-00002. PMID: 1312659.

GOGGIN P, Sauvageau C, Gilca V, Defay F, Lambert G, Mathieu-CS, et al., Low prevalence of vaccine-type HPV infections in young women following the implementation of a school-based and catch-up vaccination in Quebec, Canada. *Hum Vaccines Immunother*. 2018;14(1):118–23.

GOMEZ GB, Kamb ML, Newman LM, Mark J, Broutet N, Hawkes SJ. Untreated maternal syphilis and adverse outcomes of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91(3):217–26.

GONÇALVES, D. U.; PROIETTI, F. A.; RIBAS, J. G. R.; et al., Epidemiology, Treatment, and Prevention of Human T-Cell Leukemia Virus Type I-Associated Diseases CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS, July 2010, p. 577–589 Vol. 23, No. 3 0893-8512/10/\$12.00doi:10.1128/CMR.00063-09.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; BATTISTELLA NEMES, M. I. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 19, n. 52, p. 5-8, mar. 2015.

HAEFNER HK. Current evaluation and management of vulvovaginitis. *Clin Obs Gynecol*. 1999;42(2):184–95.

HAGGERTY, C. L.; TAYLOR, B. D. Mycoplasma genitalium: an emerging cause of pelvic inflammatory disease. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*, p. 959816, 2011.

HERREMANS, T.; KORTBEEK, L.; NOTERMANS, D. W. A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.*, v. 29, n. 5, p. 495-501, 2010.

HILLIS SD, Joesoef R, Marchbanks PA, Wasserheit JN, Cates W, Westrom L. Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1993;168(5):1503–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(11\)90790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(11)90790-X).

HICKSON, F. What is the point of HIV prevention? Sydney: Australia; 2010. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/AFAO/whats-the-point-of-hiv-prevention>. Acesso em: 20

maio 2022.

HOLLAND J, Young ML, Lee O, Chen SCA. Vulvovaginal carriage of yeasts other than *Candida albicans*. *Sex Transm Infect.* 2003;79(3):249–50.

JACOBSEN, Kathryn H. The global prevalence of hepatitis A virus infection and susceptibility: a systematic review. 2009.

JHAVERI, R. et al., Universal screening of pregnant women for Hepatitis C: the time is now. *Clinical Infectious Diseases*, Chicago, v. 67, n. 10, p. 1493-1497, 2018.

JOURDAIN, N. Ngo Giang Huong, L. Harrison, L. Decker, W. Khamduang, C. Tierney, et. al. Tenofovir versus Placebo to Prevent Perinatal Transmission of Hepatitis B. *The new england journal of medicine*. n engl j med 378;10 nejm.org March 8, 2018.

KAHN JA, Widdice LE, Ding L, Huang B, Brown DR, Franco EL, et al., Substantial decline in vaccine-type Human Papillomavirus (HPV) among vaccinated young women during the first 8 years after HPV vaccine introduction in a community. *Clin Infect Dis.* 2016;63(10):1281–7.

KENT, C. K. et al., Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin. Infect. Dis.*, v. 41, n. 1, p. 67-74, 2005.

KOMERICKI P, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W. Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of anogenital warts. *Sex Transm Dis.* 2011;38(3):216–8.

KUSHNER, T.; TERRAULT, N. A. Hepatitis C in pregnancy: a unique opportunity to improve the hepatitis C cascade of care. *Hepatology Communications*, Hoboken, NJ, v. 3, n. 1, p. 20-28, 2019.

LAGO, E. G.; VACCARI, A.; FIORI, R. M. Clinical features and follow-up of congenital syphilis. *Sex. Transm. Dis.*, v. 40, n. 2, p. 85-94, 2013.

LAMONTAGNE DS, Baster K, Emmett L, Nichols T, Randall S, McLean L, et al., Incidence and reinfection rates of genital chlamydial infection among women aged 16-24 years attending general practice, family planning and genitourinary medicine clinics in England: A prospective cohort study by the Chlamydia Recall Study Advisory Group. *Sex Transm Infect.* 2007;83(4):292–303.

LAMPERTICO, P. et al., EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2017;67(2):370–98.

LAND JA, Van Bergen JEAM, Morré SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening. *Hum Reprod Update.* 2010;16(2):189–204.

LARSSON PG. Treatment of bacterial vaginosis. *Int J STD AIDS.* 1992;3:239–47.

LINDNER JGEM, Plantema FHF, Hoogkamp-Korstanje JAA. Quantitative studies of

the vaginal flora of healthy women and of obstetric and gynaecological patients. *J Med Microbiol.* 1978;11(3):233–41.

LIS, R. et al., *Mycoplasma genitalium* Infection and Female Reproductive Tract Disease: A Meta-analysis. *Clin. Infect. Dis.*, v. 61, n. 3, p. 418-426, 2015.

LOPES, T. G.S.L., SCHINORI, M. I. Aspectos gerais da hepatite B. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, v. 10, n. 3, p. 337-344, 2011.

MACHADO D, Castro J, Palmeira-de-Oliveira A, Martinez-de-Oliveira J, Cerca N. Bacterial vaginosis biofilms: challenges to current therapies and emerging solutions. *Front Microbiol.* 2016;6:1528–41.

MANN JR, M. S.; Gill, T. Sexually transmitted infection is associated with increased risk of preterm birth in South Carolina women insured by medicaid. *J. Matern Neonatal Med.*, v. 23, n. 6, p. 563-568, 2010.

MARDH PA. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial salpingitis. *Curr Opin Infect Dis.* 2004;17(1):49–52.

MATHENY, Samuel C.; KINGERY, Joe E. Hepatitis A. *American family physician*, v. 86, n. 11, p. 1027-1034, 2012.

MCGOWIN, C. L.; ANDERSON-SMITS, C. *Mycoplasma genitalium*: an emerging cause of sexually transmitted disease in women. *PLoS Pathog.*, v. 7, n. 5, p. e1001324, 2011.

MCMAHON, et al., (1985) Acute Hepatitis B Virus Infection: Relation of Age to the Clinical Expression of Disease and Subsequent Development of the Carrier State. *The Journal of Infectious Diseases*, 151, 599-603.

MENEZES MLB. Prevalência de infecções cérvico-vaginais e validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. Universidade Estadual de Campinas; 2003.

MORSHED, M. G.; SINGH, A. E. Recent trends in the serologic diagnosis of syphilis. *Clin. Vaccine Immunol.*, [S.l.], v. 22, p. 137-147, 2015.

MUSSO, D.; KO, A. I.; BAUD, D. Zika Virus Infection: after the pandemic. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 381, n. 15, p. 1444-1457, 2019.

NEGREIROS, T.C. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *ALCEU*, v. 5, n. 4, p. 77-86, 2004.

NUSBAUM, M. R.; HAMILTON, C. D. The proactive sexual health history. *Am. Fam. Physician.*, v. 66, n. 9, p. 1705-17152, 2002.

OKSALA, A. Interstitial keratitis after adequate penicillin therapy; a case report. *Br. J. Vener. Dis.*, v. 33, n. 2, p. 113-114, 1957.

ORTIZ-LOPEZ, N. et al., Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, v. 31, n. 9, p. 988-990, 2012.

PAAVONEN J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: Impact on human reproduction.

Hum Reprod Update. 1999;5(5):433–47.

PADHIAR, B.; KARIA, U.; AGGARWAL, R. A comparative study of efficacy of imiquimod 5% versus podophyllin 20% in treatment of external and genital warts (60 patients). Indian J. Sex. Transm. Dis., v. 27, n. 2, p. 67-69, 2006 .

PAN, C. Q.; DUAN, Z.; DAI, E. et al., Tenofovir to prevent hepatitis B transmission in mothers with high viral load. N Engl J Med 2016; 374:2324–2334.

PAPAVARNAS, C. P.; VENTER, P. F., VAN STADEN MJ. Acute salpingitis--laparoscopic and microbiological evaluation. South African Med. J., v. 8 n. 21, p. 4003-4404, 1990.

PASSOS MRL, Appolinário MAO, Varella RQ. Atendimento de gestantes numa clínica de DST. DST- J .bras Doenças Sex Transm. 2003;15(1):23–9.

PATTON DL. Immunopathology and histopathology of experimental chlamydial salpingitis. Rev Infect Dis. 1985;7(6):746–53.

PAULA, I. M. T. DE et al., Infecções de transmissão sexual en la población ribereña: prevalencia y comportamiento de riesgo. Enfermería Global, 1 jan. 2022. v. 21, n. 1, p. 295–327. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/484571>. Acesso em: 26 abr. 2022.

PEELING RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. Nat Rev Dis Prim. 2017;3:17073.

PEIPERT, J. F. Genital chlamydial infections. N. Engl. J. Med., v. 349, n. 25, p. 2424-2430, 2003.

PEREIRA NOGUEIRA, W. et al., Sífilis em comunidades ribeirinhas: prevalência e fatores associados. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 7 jan. 2022. v. 56, p. e20210258. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/bMqK677RkztF6zwYBFZWsrN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2022.

PETERSEN, N.J. et al., Hepatitis B surface antigen in saliva, impetiginous lesions, and the environment in two remote Alaskan villages. Appl Environ Microbiol. 1976 Oct;32(4):572-4. doi: 10.1128/aem.32.4.572-574.1976. PMID: 791124; PMCID: PMC170308.

PHAC. Pelvic Inflammatory Disease (PID). In: PHAC, editor. Updates to the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections [Internet]. Ottawa: PHAC; 2008. Available from: https://fhs.mcmaster.ca/medicine/infectious_diseases/residents/docs/Canadian-STI-Guidelines2008.pdf.

PINTO VM, Szwarcwald CL, Baroni C, Stringari LL, Inocêncio LA, Miranda AE. Chlamydia trachomatis prevalence and risk behaviors in parturient women aged 15 to 24 in Brazil. Sex Transm Dis. 2011;38(10):957–61.

PISCHKE, S., HARTL, J., PAS, S.D., LOHSE, A.W., JACOBS, B.C., VAN DER EIJK, A.A. Hepatitis E virus: Infection beyond the liver?. J Hepatol. 2017; 66: 1082-1095.

PUTKONEN, T. Does early treatment prevent dental changes in congenital syphilis? *Acta. Derm. Venerol.*, v. 43, p. 240-249, 1963.

RAWSTRON, A. S. et al., Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year. *Sex. Transm. Dis.*, v. 28, n. 7, p. 412-416, 2001.

REIN, D.B., STEVENS, G.A., THEAKER, J., WITTENBORN, J.S., WIERSMA, S.T. The global burden of hepatitis E virus genotypes 1 and 2 in 2005. *Hepatology*. 2012 Apr;55(4):988-97. doi: 10.1002/hep.25505. PMID: 22121109.

ROBERTS TE, Robinson S, Barton PM, Bryan S, McCarthy A, Macleod J, et al., Cost effectiveness of home based population screening for *Chlamydia trachomatis* in the UK: Economic evaluation of chlamydia screening studies (ClasS) project. *Br Med J*. 2007;335(7614):291-4.

ROMANOWSKI B, Sutherland R, Fick GH, Mooney D, Love EJ. Serologic response to treatment of infectious syphilis. *Ann Intern Med*. 1991;114(12):1005-9.

ROSADAS, C.; TAYLOR, G. P. Mother-to-child HTLV-I transmission: Unmet research needs. *Frontiers in Microbiology, Lausanne*, v. 10, p. 1-18, 2019.

ROSADAS, C. et al., Estimation of HTLV-I vertical transmission cases in Brazil per annum. *PloS Neglected Tropical Diseases, San Francisco*, v. 12, n. 11, p. 1-14, 2018.

ROURS, G. I. J. G. et al., *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy associated with preterm delivery: A population-based prospective cohort study. *Eur. J. Epidemiol.*, v. 26, n. 6, p. 493-502, 2011.

SCHILLIE, S. et al., Prevention of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Recomm Rep*. 2018;67:1-31.

SHORT, V. L. et al., Clinical presentation of *Mycoplasma genitalium* infection versus *Neisseria gonorrhoeae* infection among women with pelvic inflammatory disease. *Clin. Infect. Dis.*, v. 48, n. 1, p. 41-47, 2009.

SIGLE, G. W.; KIM, R. Sexually transmitted proctitis. *Clin. Colon Rectal Surg.*, v. 28, n. 2, p. 70-78, 2015.

SILVA E. F. et al., Conhecimento sobre o HIV/Aids de pessoas em situação de rua. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 27, p. e836, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e836.2019>. Acesso em: 20 bri 2022.

SILVEIRA, M. F. et al., *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy and the risk of preterm birth: A case-control study. *Int. J. STD AIDS*, v. 20, n. 7, p. 465- 469, 2009.

SINGH, A. E. et al., Seroreversion of treponemal tests in infants meeting Canadian surveillance criteria for confirmed early congenital syphilis. *Pediatr. Infect. Dis. J.*, v. 32, n. 3, p. 199-202, 2013.

SKJEDESTAD FE, Marsico MA, Sings HL, Nordbø SA, Størvold G. Incidence and risk

factors for genital chlamydia trachomatis infection: a 4-year prospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2009;36(5):273–9.

SMEDILE, Antonina et al., Radioimmunoassay detection of igm antibodies to the hbv-associated delta (δ) antigen: Clinical significance in δ infection. *Journal of Medical Virology*, v. 9, n. 2, p. 131-138, 1982.

SMITH, M. A.; CANFELL, K. Projected impact of HPV vaccination and primary HPV screening on cervical adenocarcinoma: example from Australia. *Papillomavirus Res.*, v. 3, p. 134-141, 2017.

SOBEL JD. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1985;152(7):924–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(85\)80003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(85)80003-X).

SOBEL JD. Candida vulvovaginitis [Internet]. UpToDate. 2017. Available from: [http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Candida vulvovaginitis.pdf](http://enjoypregnancyclub.com/wp-content/uploads/2017/06/Candida_vulvovaginitis.pdf).

SOBEL JD, Schmitt C, Meriwether C. Long-term follow-Up of patients with bacterial vaginosis treated with oral metronidazole and topical clindamycin. *J Infect Dis*. 1993;167(3):783–4.

SOOD S, Kapil A. An update on *Trichomonas vaginalis*. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2008;29(1):7.

STAMM WE. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: Holmes KK, Mardh PA, editors. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York: MacGraw-Hill; 1999.

STAMOS, J. K; ROWLEY, A. H. Timely diagnosis of congenital infections. *Pediatr. Clin. North Am.*, v. 41, n. 5, p. 1017-1033, 1994.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUREAU, C., NEGRO F. The hepatitis delta virus: Replication and pathogenesis. *J Hepatol*. 2016 Apr;64 (1 Suppl):S102-S116. doi: 10.1016/j.jhep.2016.02.013. PMID: 27084031.

SWEET, R. L. Pelvic inflammatory disease: current concepts of diagnosis and management. *Curr. Infect. Dis. Rep.*, v. 14, n. 2, p. 194-203, 2012.

THOMAS, D.L. Global Elimination of Chronic Hepatitis. *N Engl J Med*. 2019 May 23;380(21):2041-2050. doi: 10.1056/NEJMr1810477. PMID: 31116920.

THURGAR, E. et al., Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. *Health Technol. Assess.*, v. 20, n. 24, p. 1-485, 2016.

TONG, M. L. et al., Factors associated with serological cure and the serofast state of HIV-negative patients with primary, secondary, latent, and tertiary syphilis. *PLoS One*, v. 8, n. 7, p. e70102, 2013.

TRENT, M. et al., Recurrent PID, subsequent STI, and reproductive health outcomes: findings from the PID evaluation and clinical health (PEACH) study. *Sex. Transm. Dis.*, v. 38, n. 9, p. 879-881, 2011.

UNAIDS/WHO (United Nations Joint Programme on HIV/AIDS/World Health Organization). Initiating second generation HIV surveillance systems: practical guidelines. Geneva: UNAIDS/WHO, 2002.

UNAIDS. 90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Unaid, 2014.

UNAIDS. Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. Global AIDS Update 2021. Geneva: 2021.

VOLPE, J. J. Neurology of the newborn. 5.ed. Philadelphia: Saunders, 2008.

WAITT, C. et al., Does U=U for breastfeeding mothers and infants? Breastfeeding by mothers on effective treatment for HIV infection in high-income settings. *Lancet HIV*, [S. l.], v. 5, n. 9, p. e531-e536, 2018.

WEINSTEIN, S. A.; STILES, B. G. A review of the epidemiology, diagnosis and evidence-based management of *Mycoplasma genitalium*. *Sex. Health*, v. 8, n. 2, p. 143-158, 2011.

WESTBROOK, R.H., DUSHEIKO G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol*. 2014 Nov;61(1 Suppl):S58-68. doi: 10.1016/j.jhep.2014.07.012. Epub 2014 Nov 3. PMID: 25443346.

WETMORE CM, Manhart LE, Wasserheit JN. Randomized controlled trials of interventions to prevent sexually transmitted infections: Learning from the past to plan for the future. *Epidemiol Rev*. 2010;32(1):121-36.

WIENSENFELD HC. Pelvic inflammatory disease: treatment in adults and adolescents [Internet]. UpToDate. 2018. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents>.

WIESNER, P.J. et al., Clinical spectrum of pharyngeal gonococcal infection. *N. Engl. J. Med.*, v. 288, n. 4, p. 181-185, 1974.

WILLIAMS, Roger. Classification, etiology, and considerations of outcome in acute liver failure. In: *Seminars in liver disease*. © 1996 by Thieme Medical Publishers, Inc., 1996. p. 343-348.

WILSON J, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968;34. Public health papers No 34. Geneva: World Health Organization; 1968. 168 p.

WOODS, C. R. Syphilis in children: congenital and acquired. *Semin. Pediatr. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 16, p. 245, 2005.

WORKOWSKI KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Vol. 64, *MMWR Recommendations and Reports*. 2015.

WORKOWSKI, K. A.; BERMAN, S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm. Reports, v. 59, RR-12, p. 1-110, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO meeting. Geneva: WHO, 1975. v. 572.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana [Internet]. World Health Organization. Brasília: Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde; 2013. 270 p. Available from: www.who.int/reproductivehealth.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017. Global Hepatitis Report, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommends HIV self-testing – evidence update and considerations for success. November 2019, Geneva. Geneva: WHO, 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus. Geneva: WHO, 2019b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis A. Geneva: WHO, [2022a]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis C. Geneva: WHO, [2022b]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis E. Geneva: WHO, [2022c]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-e>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hepatitis. Geneva: WHO, [2021]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1. Acesso em: 10 ago. 2022.

YAN, J. et al., Meta-analysis of 5% imiquimod and 0.5% podophyllotoxin in the treatment of condylomata acuminata. *Dermatology*, v. 213, n. 3, p. 218-223, 2006.

YUDIN MH, Money DM. Screening and Management of Bacterial Vaginosis in Pregnancy.

J Obstet Gynaecol Canada. 2008;30(8):702–8.

ZHANG RL, Wang QQ, Zhang JP, Yang LJ. Molecular subtyping of *Treponema pallidum* and associated factors of serofast status in early syphilis patients: Identified novel genotype and cytokine marker. PLoS One. 2017;12(4):e0175477.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições
Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV/AIDS, HEPATITES VIRAIS, SÍFILIS E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Cadernos de Atenção Básica, nº 18

1ª edição atualizada

versão preliminar



Brasília – DF
2022

**DISQUE
SAÚDE 136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal