



CADERNOS DE
ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

HIV/Aids, hepatites e outras DST

Cadernos de Atenção Básica - n.º 18

Brasília - DF
2006



CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

HIV/Aids, hepatites e outras DST

Cadernos de Atenção Básica - n.º 18
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Cadernos de Atenção Básica, n. 18
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SEPN 511, bloco C, Edifício Bittar IV, 4.º andar
CEP: 70058-900, Brasília - DF
Tels.: (61) 3448-8040
Fax.: (61) 3448-8248
Homepage: www.saude.gov.br/nutricao

Supervisão Geral:

Luis Fernando Rolim Sampaio e Antonio Dercy Silveira Filho

Equipe de elaboração:

Relação p. 197

Revisão técnica:

Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos (Coordenação Técnica)
Bernardo Augusto Nunan
Fernanda Nogueira
Maria do Perpétuo Socorro Albuquerque Matos
Mie Okamura

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
HIV/Aids, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,
Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
197 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1107-3

1. Vigilância epidemiológica. 2. Saúde pública. 3. Doenças sexualmente transmissíveis.
4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. I. Título. II. Série.

NLMWC 140

Catalogação na fonte - Editora MS - OS 2006/0263

Títulos para indexação:

Em inglês: HIV/Sida, Hepatitis and others STD

Em espanhol: VIH/Sida, Hepatitis y otras EST

SUMÁRIO

Apresentação	6
Prefácio	7
I A Unidade Básica de Saúde e o manejo do HIV, Hepatites e Outras DST	9
Atribuições da equipe de Atenção Básica	13
II Ações de prevenção ao HIV e Outras DST na Atenção Básica à Saúde	18
III Doenças sexualmente transmissíveis e Outras infecções prevalentes	42
do trato genital inferior	
IV Transmissão Vertical da sífilis	75
V Transmissão Vertical do HIV	99
VI Infecção pelo HIV	119
VII Hepatites virais	148
VIII Infecção pelo HTLV I e II	168
IX Diagnóstico laboratorial – coleta de sangue	175
X Biossegurança	179
XI Critérios para armazenamento e dispensação de medicamentos e preservativos	191
Bibliografia	195
Equipe de elaboração	196

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, na estruturação dos serviços e no padrão de assistência oferecida à população pelo sistema público de saúde.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de saúde nos municípios, os profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica como um todo necessitam de programas e conteúdos para desempenhar suas atribuições, de forma a atender, cada vez mais, às necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde vem ampliando sua parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família, de modo a intensificar o processo de qualificação em serviço dos profissionais que compõem as equipes. A publicação da série *Cadernos de Atenção Básica* representa, assim, um complemento a este trabalho. Seu objetivo é reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas para o trabalho das equipes de Atenção Básica. A elaboração de cada caderno conta com a participação da respectiva área técnica do Ministério da Saúde, caracterizando uma importante articulação.

Os *Cadernos de Atenção Básica* possuem também a tarefa de indicar, em linhas gerais, os limites de responsabilidade da atenção básica no sistema de saúde, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessários e sua articulação com as unidades de referência específicas.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde

A Atenção Básica à Saúde, como o nome preconiza, deve ser o ponto de partida de um atendimento à Saúde Pública eficiente e eficaz. Cabe a esse nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. Algumas DST quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito.

Também, as hepatites virais, constituem-se em um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A maioria das pessoas infectadas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão dessas infecções.

Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, é possível controlar essa infecção por meio de ações que promovem a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora. As tendências recentemente apresentadas pela epidemia do HIV neste país – heterossexualização, feminização, juvenilização, pauperização e interiorização – colocam a sociedade contemporânea diante do grande desafio: em um contexto socioeconômico de extraordinário acúmulo e concentração de bens e oportunidades, como promover os serviços de Saúde Pública com vistas à redução das desigualdades, especialmente quanto à qualidade da saúde da população? Conflitos de poder e violência nas relações entre gêneros, intolerância entre as gerações e seus valores culturais, exploração econômica e marginalização de contingentes majoritários, em extensas regiões do país, certamente contribuem para explicar as tendências epidemiológicas apresentadas.

Entretanto, e para nossa sorte, justamente essa constatação vem confirmar a importância de fazer: da prevenção e da assistência preventiva ao paciente, um princípio; do competente profissional em saúde, um cidadão; do cidadão, um agente em defesa da sua própria vida.

Garantindo a atenção com o respeito e a confiança que merece um ser integral, inteligente, sensível, considerando sua individualidade, estaremos contribuindo para que se constituam pessoas e membros de uma comunidade atuante, que sabe utilizar os serviços públicos à sua disposição com critério e discernimento e que tem responsabilidade pela promoção e proteção da saúde, avançando para o exercício pleno da cidadania.

A dimensão dos serviços oferecidos pelas unidades básicas de saúde, portanto, é muito mais ampla, oportuna e urgente. Supõe o compromisso maior com os princípios do Sistema Único de Saúde, cuja implementação é o objetivo e a preocupação de todos os profissionais cientes da sua missão social. O presente Caderno de Atenção Básica, que temos a honra de apresentar, foi elaborado com o intuito de dar instrumentos às equipes de saúde para uma abordagem técnica, humanitária e social aos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV, ampliando-lhes a visão para o controle desses agravos. Sem preconceito ou discriminação. Com solidariedade.

Mariângela Simão

Programa Nacional de DST e Aids

Gerusa Maria Figueiredo

Programa Nacional de Hepatites Virais

Luis Fernando Rolim Sampaio

Departamento de Atenção Básica

I. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E O MANEJO DO HIV, HEPATITES E OUTRAS DST

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Reconhecer a importância dos serviços de Atenção Básica na prevenção, diagnóstico e assistência ao HIV, hepatites e outras DST.
2. Conhecer os fluxogramas de organização dos serviços para diagnóstico e assistência ao HIV, hepatites e outras DST.
3. Elencar as atribuições da equipe de Atenção Básica no atendimento ao HIV, hepatites e outras DST.
4. Conhecer estratégias que possibilitem o desenvolvimento das ações de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e assistência a portadores de HIV, hepatites e outras DST.
5. Conhecer a importância da Vigilância Epidemiológica, os princípios e ações a serem desenvolvidas no nível local.

I. A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E O MANEJO DO HIV, HEPATITES E OUTRAS DST

I INTRODUÇÃO

Considerando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS (Constituição Federal de 1988) de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência.

São muito amplas as possibilidades de ação, no âmbito dos serviços de Atenção Básica, no que se refere ao manejo desse grupo de agravos.

As ações da Atenção Básica devem incluir:

- a) Atividades educativas para promoção à saúde e prevenção.
- b) Aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência.
- c) Diagnóstico precoce das DST, infecção pelo HIV, hepatites e HTLV.
- d) Tratamento adequado da grande maioria das DST.
- e) Encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto.
- f) Prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV.
- g) Manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.

A atenção integral a esse grupo de agravos necessita não apenas da implementação de ações básicas de prevenção e assistência, mas também o fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existentes no município/região, cuja resolubilidade varia de acordo com os recursos financeiros, técnicos, humanos e de infra-estrutura do serviço.

É fundamental que a organização dos serviços de saúde promovam um melhor acesso àqueles que buscam o serviço e que cada profissional incorpore em sua rotina a preocupação de identificar os pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo.

Também se faz necessário o desenvolvimento de ações na comunidade que promovam o aumento da percepção de risco para esses agravos, além de estimular a adoção de práticas seguras para a saúde.

UBS resolutivas e de fácil acesso são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/aids e na incidência das DST no país.

2 O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE DST NO SUS

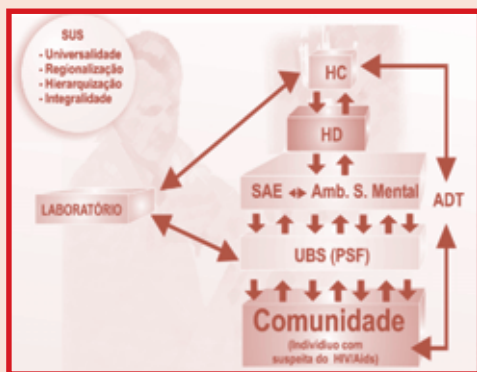


A Atenção Básica, por meio das ações informativas/educativas desenvolvidas na comunidade e nas UBS, promoverá maior conscientização da população com relação às DST. Conseqüentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de DST e seus parceiros, tomando as UBS porta de entrada para esses pacientes, reduzindo assim a automedicação e a procura da resolução do problema em farmácias.

A abordagem sindrômica das DST, detalhada neste caderno, instrumentaliza as UBS, permitindo realizar durante a primeira consulta do indivíduo nesse nível de atenção, aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados para cerca de 90-92% das DST. Os casos persistentes (8-10%) deverão ser encaminhados aos serviços de referência em DST.

A utilização do nível terciário de atendimento (1%, ou menos, dos casos) se reserva às complicações, como por exemplo, à doença inflamatória pélvica (DIP), o que deve se tornar exceção com a instituição do manejo adequado das DST nas UBS.

3 O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HIV/AIDS NO SUS



As atividades informativo-educativas, desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) nas comunidades e pelos profissionais das UBS, deverão despertar os indivíduos para a realização do teste anti-HIV.

Pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV chegarão as UBS para esclarecimento de seu quadro clínico. Portanto, as UBS devem se estruturar para responder a essa demanda, proporcionando oportunidade de diagnóstico ao primeiro contato, e encaminhamento aos serviços especializados disponíveis no SUS.

Os serviços especializados para atenção às pessoas vivendo com HIV/aids são: Serviço de Assistência Especializado (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

4 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS (UDI) NO SUS

Entre as pessoas HIV positivas encontram-se aquelas que adquiriram a infecção praticando sexo desprotegido com parceiro(s) UDI ou por serem usuários(as) de drogas injetáveis, compartilhando agulhas e seringas.

O manejo dessas pessoas requer ação conjunta da Atenção Básica com outros serviços especializados. Ver capítulo II, pp. 19-25.

5 O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HEPATITE VIRAL E DE HTLV NO SUS

Consultar os capítulos específicos – VII-Hepatites Virais pp. 148-167 e VIII-HTLV pp. 168-174.

6 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA O MANEJO DO HIV E OUTRAS DST

Os serviços de Atenção Básica à Saúde devem realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade.

A integralidade da atenção prestada pelas unidades básicas e pelos serviços especializados deve incluir ações de promoção à saúde, prevenção e assistência, garantindo o acesso a aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de enfermagem, apoio emocional e suporte social. Deve incorporar ações, para os indivíduos afetados e seus familiares, que promovam a inserção social, além de assegurar a eles melhor qualidade de vida.

Para isso se faz necessário:

Definir papéis e funções para cada nível de atendimento.

Estabelecer os fluxos de referência e contra-referência.

Disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento.

Garantir a qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades da população.

Os fluxogramas apresentados na p. 11 demonstram que para estabelecer o manejo do HIV, e outras DST, os serviços de Atenção Básica devem atuar em conjunto com os

profissionais das diversas áreas do conhecimento (serviços especializados), saúde mental e serviços de apoio comunitário.

7 ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições da equipe de Atenção Básica no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DST se apóiam nas seguintes diretrizes:

1. Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolvem as questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas etc.
2. Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/aids.
3. Aumentar a conscientização da população com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos.
4. Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções.
5. Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos.
6. Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (Casas de Apoio, Casas de Passagem etc.).

Tendo por base o exposto, podemos definir as seguintes atribuições para a equipe de Atenção Básica:

7.1 NA COMUNIDADE

1. Desenvolver atividades informativo-educativas, com o objetivo de conscientizar a população quanto à prevenção e controle desses agravos e ao uso indevido de drogas.
2. Estabelecer uma relação de confiança com o portador de DST, HIV/aids, e UD.
3. Verificar se as gestantes estão sendo acompanhadas no pré-natal e se foram realizados testes para HIV, Hepatite B e sífilis, conforme recomendado.
4. Verificar também se foram realizados os testes no momento da internação hospitalar, seja para o parto, seja por curetagem uterina por abortamento ou outra intercorrência na gestação.
5. Identificar as pessoas com queixa sugestiva de DST e encaminhar para avaliação na Unidade Básica de Saúde.

Realizar o processo de programação e planejamento das ações de promoção à saúde e prevenção às DST/HIV/aids e UD envolvendo a comunidade.

Observação:

Para suporte técnico das ações de informação/educação delegadas aos ACS, consultar as publicações do Ministério da Saúde: Prevenção e controle das DST/aids na comunidade: Manual do Agente Comunitário de Saúde, 1999; Aprendendo sobre aids e doenças sexualmente transmissíveis: o livro da família, 1999; O que precisamos saber sobre DST: mini-álbum; O vídeo de nº 18 com livreto, da série "Agentes em Ação", 1998.

7.2 NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. Estabelecer uma relação de confiança, com o portador de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV, que busque a UBS.
2. Desenvolver atividades informativo-educativas de prevenção e controle desses agravos.
3. Garantir acolhimento a todas as pessoas que busquem as UBS.
4. Organizar o processo de trabalho da unidade para atendimento da demanda identificada na comunidade.
5. Realizar aconselhamento e oferecer o teste anti-HIV aos portadores de DST, às pessoas vulneráveis e aos que buscam o serviço com clínica sugestiva de DST, HIV/aids ou história de risco para esses agravos.
6. Promover a adesão das gestantes ao pré-natal e oferecer o teste para sífilis, para Hepatite B e para o HIV, a todas as gestantes da área de abrangência da unidade, realizando aconselhamento pré e pós-teste.
7. Inserir a abordagem de risco para as DST e infecção pelo HIV nas diferentes atividades realizadas (acolhimento, atividades em grupo, planejamento familiar, pré-natal etc.).
8. Utilizar a abordagem sindrômica na assistência ao portador de DST, levando em conta o contexto pessoal, familiar e social em que a doença se desenvolve.
9. Desencadear ações de aconselhamento/testagem e tratamento voltadas aos parceiros sexuais dos portadores desses agravos.
10. Realizar a coleta de sangue para encaminhamento ao laboratório de referência na medida em que a unidade esteja organizada para essa atividade.
11. Garantir a observância das normas de precaução universal, a fim de evitar exposição ocupacional a material biológico.
12. Realizar as ações, de vigilância epidemiológica, pertinentes a cada caso.
13. Encaminhar as pessoas vivendo com HIV/aids e/ou hepatites virais aos serviços de referência, e realizar acompanhamento que contribua com esses serviços para melhorar a adesão às recomendações a ao tratamento.

14. Atuar em conjunto com os serviços especializados no tratamento da dependência química e na assistência aos usuários de drogas portadores do HIV e/ou hepatites virais.
15. Realizar assistência domiciliar aos pacientes portadores de aids, buscando atuar de forma integrada com a equipe de assistência domiciliar terapêutica (ADT/aids).

8 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vigilância Epidemiológica é o conjunto de atividades que permitem reunir informações indispensáveis para conhecer, a cada momento, o comportamento ou a história natural de um agravo. A partir desse conhecimento, detectar ou prever mudanças que possam ocorrer nos fatores que o condicionam, com a finalidade de recomendar medidas oportunas que levem à prevenção e ao controle do agravo.

A vigilância epidemiológica só será eficiente se puder proporcionar informações fidedignas. Caso contrário, corre-se um grande risco de desenvolver ações de forma empírica, sem que se obtenha o impacto esperado.

As ações de vigilância somente serão eficazes a partir do momento que o profissional de saúde esteja capacitado para conhecer e executar as medidas recomendadas.

8.1 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES

- **Gerar, de forma atualizada, toda a informação necessária.**
- **Processar, analisar e interpretar os dados.**
- **Recomendar a implantação e/ou implementação das atividades pertinentes ao controle imediato ou em longo prazo do agravo.**

A contribuição que o profissional da Atenção Básica pode dar ao Sistema de Vigilância Epidemiológica das DST/HIV/Aids é fundamental. Ela compreende não só o preenchimento adequado dos dados que compõem a ficha de notificação compulsória de doenças, como também a participação na investigação epidemiológica e análise dos dados que permitirá conhecer as características da doença no nível local e ainda o acompanhamento do fluxo de referência e contra-referência desses pacientes.

As informações técnicas e os fluxos de notificação de casos serão apresentados em cada capítulo, de forma a permitir que a equipe de Atenção Básica participe desse processo.

A atividade de vigilância epidemiológica pode ser definida como a produção de informação para a ação.

8.2 PRINCÍPIOS E USOS NA ATENÇÃO BÁSICA

A vigilância epidemiológica vai permitir à equipe da Atenção Básica conhecer melhor o perfil epidemiológico da população na sua área de atuação. Um exemplo disso é a epidemia do HIV/aids, que em alguns locais assume características próprias, apresentando-se predominantemente em determinados grupos populacionais, como usuários de drogas, homossexuais, população carcerária etc, e em outros apresenta-se de forma generalizada, atingindo heterossexuais e mulheres.

Observa-se ainda que em algumas localidades a introdução do HIV é recente e a velocidade de crescimento é grande, enquanto em outras que convivem com o vírus há mais tempo, a velocidade de crescimento se desacelera, dando sinais de estabilização. Essas diferentes situações precisam ser identificadas, pois exigem estratégias diferenciadas.

Saber quem adoece, do que adoece e quando adoece é de fundamental importância para a definição de prioridades e para uma ação estratégica ágil e eficiente, e a avaliação das ações locais com bases mais consistentes.

Para que isso aconteça, é importante que o profissional da Atenção Básica, além da notificação dos casos, realize a consolidação e a análise dos dados relativos às pessoas de sua área de atuação.

É importante destacar que as pessoas residentes em uma determinada área podem procurar tanto uma unidade de saúde dessa área como outros serviços. Portanto, é fundamental que o nível municipal realize a consolidação dos dados por área de abrangência, devolvendo a informação para que a equipe tome conhecimento e possa planejar e desenvolver as ações pertinentes.

8.3 SISTEMA NACIONAL DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN

Esse sistema facilita o processo de coleta, registro e transferência de dados de doenças de notificação compulsória. Ele foi concebido para ser trabalhado a partir do nível local, devendo, portanto, ser operacionalizado na unidade da Atenção Básica.

O formulário de entrada de dados no SINAN foi elaborado em duas partes:

- Ficha Individual de Notificação, que deve ser encaminhada a partir da suspeita clínica.
- Ficha Individual de Investigação, que constitui um roteiro de investigação distinto para cada agravo, cujo preenchimento é desencadeado a partir da notificação.

Observação:

Para as DST, exceto nos casos de sífilis materna/sífilis congênita, não há uma investigação específica, devendo ser encaminhada apenas a Ficha Individual de Notificação.

No caso da aids, como a notificação se dá a partir do caso confirmado, a notificação e investigação são realizadas no mesmo momento pelo serviço especializado.

■ ■ ■ PONTOS PARA REFLEXÃO

1. Como a equipe da Atenção Básica pode organizar adequadamente a prevenção e a assistência as DST/HIV/aids.
2. Como a equipe de Atenção Básica construirá um elo de confiança com a população para desenvolver as ações relativas as DST,HIV/aids, hepatites e HTLV.
3. Existe um sistema de referência/contra-referência? Em caso de resposta negativa, como estabelecer esse sistema para garantir a integralidade da atenção as DST,HIV/aids, hepatites e HTLV?
4. Qual a contribuição da equipe da Atenção Básica para melhorar a vigilância epidemiológica na sua área de abrangência?
5. Como a equipe da Atenção Básica pode usar a vigilância epidemiológica para melhorar a sua atuação?

II. AÇÕES DE PREVENÇÃO AO HIV E OUTRAS DST NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

Fomentar o repasse de informações sobre prevenção em DST/HIV/Aids, visando incorporar as ações preventivas na rotina dos serviços da atenção básica. Ao final da leitura deste texto a equipe estará informada para:

1. Reconhecer a importância da inclusão das ações de prevenção ao HIV e outras DST na atenção básica à saúde, implementando as atividades na rotina dos serviços.
2. Compreender as vulnerabilidades, a que podem estar sujeitas as pessoas, para o HIV e outras DST e, conseqüentemente, orientar melhor a comunidade sobre a adoção de práticas que minimizem ou eliminem essas vulnerabilidades.
3. Estimular a testagem para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e da sífilis.
4. Identificar os grupos populacionais mais vulneráveis para o HIV e outras DST de sua comunidade, considerando-os prioritários para as ações de prevenção e controle desses agravos e promover ações que tanto facilitem o acesso desses grupos aos serviços de saúde, quanto possibilitem aos profissionais de saúde a superação de preconceitos e discriminação.
5. Promover, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ações educativas e acesso aos insumos de prevenção (preservativos masculino e/ou feminino, gel lubrificante e kit de redução de danos).
6. Estabelecer estratégias de busca ativa, respeitando os princípios da ética, sigilo e cidadania, que garantam a convocação dos(as) parceiros(as) de pessoas portadoras do HIV e/ou outras DST, prevenindo, assim, infecções e reinfecções.
7. Encaminhar aos serviços de referência os casos que necessitem de atendimento especializado.
8. Promover o envolvimento da comunidade e de lideranças locais na discussão e execução das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência referentes às DST/HIV/aids e temas correlacionados.

II. AÇÕES DE PREVENÇÃO AO HIV E OUTRAS DST NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

ASPECTOS GERAIS

A epidemia da aids trouxe para os profissionais da saúde o desafio de aprender a lidar com o ser humano nas suas questões mais íntimas. Ela exige a reflexão do modelo de atenção à saúde e a definição de ações de prevenção nos diferentes níveis de gestão do SUS, considerando o contexto de desigualdade social e de acesso aos serviços de saúde.

Muitos esforços têm sido feitos para a incorporação efetiva das ações de prevenção ao HIV e outras DST no âmbito da atenção à saúde, Atenção Básica é de fundamental importância para a promoção dessas ações, uma vez que possui uma rede de serviços capilarizada em todo o território nacional e suas equipes trabalham com enfoque na promoção da saúde, tendo uma grande inserção na comunidade.

AÇÕES DE PREVENÇÃO

As ações de prevenção ao HIV e outras DST são norteadas por:

- Respeito à diversidade de orientação sexual e estilos de vida.
- Diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas.
- Concepção sobre redução de danos na abordagem/atendimento aos usuários de drogas.
- Consideração à singularidade de cada usuário.
- Articulação com a sociedade civil organizada.
- Acolhimento e estímulo à testagem para o HIV.
- Atitudes de solidariedade e antidiscriminatórias e garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas vivendo com HIV/aids.

O trabalho de equipe tem sido proposto com base na realidade da comunidade e orientado a partir dos conceitos-chave de risco e vulnerabilidade.

O que é risco?

É a exposição de indivíduos ou grupo de pessoas a situações que os tornam suscetíveis às infecções e ao adoecimento.

O conceito de risco, historicamente centrado no indivíduo, tornou-se insuficiente para explicar os determinantes da epidemia do HIV. Considerando a natureza dinâmica

dos comportamentos individuais e sua interação com dimensões socioeconômicas e culturais, incorporou-se o conceito de vulnerabilidade, favorecendo estratégias mais efetivas de prevenção a esse agravo.

O que é vulnerabilidade?

É o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano.

A transmissão do HIV e dos agentes causais de outras DST não se dá aleatoriamente. Ela está relacionada aos modos de interação e crenças de diferentes grupos populacionais. Além dos fatores individuais, locais e pessoais, a vulnerabilidade ao HIV/aids e a outras DST é determinada por um contexto geral de desenvolvimento do país, que inclui o nível de renda da população, o respeito aos direitos humanos fundamentais, o acesso aos serviços sociais, de saúde e de educação, assim como suas circunstâncias.

Três dimensões principais de vulnerabilidade devem ser consideradas:

- **A individual**, que está relacionada, principalmente com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer sua infecção. Por exemplo, a falta de informação de medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV, a pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar que se encontra em situação(ões) de risco de infecção e o baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, como o uso sistemático de preservativos nas relações sexuais.
- **A social**, que diz respeito à incidência de fatores sociais e econômicos na exposição ao risco de infecção pelo HIV de determinados segmentos populacionais. As situações de pobreza, o desemprego, a falta de moradia, a baixa escolaridade, a violência, o preconceito e a discriminação expõem alguns grupos a situações de risco muito mais freqüentemente do que outros.
- **A institucional**, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em grupos populacionais e/ou localidades, envolvendo instituições governamentais, não-governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo. Exemplos de vulnerabilidade institucional são serviços de saúde que não disponibilizam preservativo e a descentralização insuficiente da testagem anti-HIV para os serviços de atenção básica.

Considerando essas dimensões, existem grupos populacionais que são fortemente estigmatizados e historicamente excluídos dos serviços de saúde, vivendo, portanto, situações de maior vulnerabilidade. Entre eles estão: transgêneros, pessoas que usam

drogas, gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e jovens em situação de rua. Esses grupos podem variar regionalmente, por isso é fundamental que as equipes de saúde identifiquem quais são os grupos mais vulneráveis as DST e ao HIV/aids na sua comunidade.

A população em geral, também, pode viver em situações de ausência de proteção. Ou seja, (a) na medida em que não use de modo efetivo o preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais, seja isto por falta de informação, pelo efeito do uso de substâncias que reduzem sua percepção de risco, ou ainda pelas desigualdades nas relações entre mulheres e homens. (b) quando tem seu direito individual ou social violado, seu acesso aos serviços de saúde bloqueado e, portanto, não disponha de forma efetiva de informações/conhecimentos e meios que possam assegurar decisões sobre sua situação de risco. Portanto, essas condições a que estão sujeitas a pessoa e/ou a população são fatores determinantes de vulnerabilidade.

Um aspecto fundamental a ser considerado na análise tanto da vulnerabilidade individual quanto da social são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existentes entre homens e mulheres. Em todas as sociedades, ser homem ou ser mulher significa ter códigos e valores diferenciados perante o grupo. Na sociedade em que vivemos, essa diferença se expressa de forma desfavorável às mulheres, que freqüentemente se encontram numa posição em que se evidencia a dominação masculina. Nas práticas sexuais, essa desigualdade de poder se traduz em situações de exploração sexual de mulheres e meninas, dificuldades de negociação do uso do preservativo e muitas outras situações em que o desejo do homem se sobrepõe ao desejo e à possibilidade de se proteger da mulher. Com isso, elas se encontram em situação de maior vulnerabilidade ao HIV/aids e outras DST. Falar de prevenção, em tempos de HIV/aids, exige que se fale da sexualidade, da dicotomia existente nas relações de gênero e de como as práticas sexuais se expressam nesse universo.

2 O QUE É IMPORTANTE ENTENDER PARA ABORDAR MELHOR AS PRINCIPAIS SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE

2.1 AS PRÁTICAS SEXUAIS SEM PRESERVATIVO

Na maioria das vezes, as práticas sexuais sem preservativo estão relacionadas com situações específicas, como as desigualdades nas relações de gênero, condições sociais, mitos, fatores morais e religiosos, prática do sexo comercial, uso de drogas, orientação sexual e situações de exclusões decorrentes, adolescência, viver com HIV/aids, ter parceria fixa, acesso ao insumo, entre outras.

- **Condições sociais:** baixo poder aquisitivo, significando dificuldade de acesso ao insumo (preservativo); baixa escolaridade, que influi diretamente no acesso de informações e na negociação do uso do preservativo.

- **Relações de gênero:** as mulheres encontram-se em situação de maior vulnerabilidade pela dificuldade de negociação do uso de preservativo, em razão da situação de desigualdade em que prevalece a dominação masculina, principalmente nas parcerias fixas.
- **Mitos:** diminuição do prazer quando se usa preservativo, diminuição do “tesão”, falta de credibilidade no uso de preservativo como forma de prevenção, diminuição da “potência”.
- **Fatores morais e religiosos:** Como as questões religiosas são de foro pessoal, compete ao profissional ou agente de saúde adotar sempre que possível uma posição pró-ativa de respeito aos aspectos culturais. Ou seja, os fatores morais e religiosos devem ser considerados e avaliados, identificando se as práticas religiosas da pessoa incluem rituais que utilizam objetos cortantes, se há adoção de indicações contrárias ao uso do preservativo, se há práticas favoráveis à prevenção, entre outros fatores, identificando assim que ações devem ser colocadas em prática.

- **Prática do sexo comercial:**

No caso de profissionais do sexo feminino:

- Estigma da profissão, na medida em que as prostitutas se sentem fragilizadas pelo forte preconceito vivido.
- Cliente já ser conhecido (já ser considerado como um “amigo”).
- Oferta de maior pagamento por parte de alguns clientes.
- Idade e/ou tempo na profissão, que acarreta maior dificuldade em conseguir clientes, comprometendo assim a negociação/uso do preservativo.
- Uso de álcool e/ou outras drogas.

No caso de profissionais do sexo masculino (michês ou garotos de programa), além dos motivos acima relatados (estigma, baixo poder de negociação, imposição do cliente, uso de drogas, etc.) o não uso do preservativo também se associa ao fato de esse grupo, freqüentemente, não se reconhecer como profissionais do sexo, fato que gera dificuldades no acesso, na abordagem e na adoção de práticas preventivas;

- **Uso de drogas:** Outro grupo populacional que exige um entendimento de suas especificidades em função de seu estilo de vida e das práticas que o caracterizam é o de usuários de drogas. A alteração da capacidade crítica, ocasionada pelo efeito do consumo de substâncias psicoativas faz com que as pessoas que usam drogas apresentem maior dificuldade no uso consistente de preservativos. As mulheres que usam drogas podem ter maior dificuldade ainda na negociação do uso do preservativo, já que ao uso de drogas também podem ser associadas as desigualdades nas relações de gênero e a comercialização do sexo para obtenção de drogas.
- **Transexualidade:** para o segmento populacional de transgêneros, o não-uso está relacionado à exclusão social, ao preconceito da sociedade e à decorrente da baixa auto-estima, à falta de acesso à informação, aos insumos e aos serviços de saúde.

- **Homossexualidade:** o uso do preservativo entre esse segmento populacional está condicionado aos contextos de exclusão e discriminação. Além disso, nas relações entre parceiros fixos, é comum o abandono do preservativo. Outro ponto comum entre gays e que deve ser considerado é a efetividade das pactuações sobre uso e não-uso de preservativos entre parceiros.
- **Adolescência:** é comum os adolescentes dispensarem o uso do preservativo quando consideram uma relação como estável. A noção de relação estável entre os jovens pode ser, muitas vezes, concebida como aquela que continua após o segundo encontro ou depois de uma semana, ou seja, que se desenvolve em um curto espaço de tempo. Para os adolescentes em situação de rua, somam-se as dificuldades de acesso aos insumos de prevenção e aos serviços de saúde, além de situações comuns de violência. Também observamos nesse contexto que as experiências são marcadas pelas vivências de grupo, inclusive as referentes à sexualidade.
- **Pessoas vivendo com HIV/aids:** para as pessoas soropositivas, o não-uso do preservativo envolve diferentes e complexas questões, entre as quais se destaca a dificuldade em revelar sua condição sorológica ao(s) parceiro(s). Nas relações fixas entre pessoas soropositivas, o não-uso do preservativo é ocasionado, muitas vezes, pelo desconhecimento sobre a grande possibilidade de reinfecção entre os parceiros.
- **Acesso ao preservativo:** não ter renda para compra desse insumo, ou não ter acesso aos serviços de saúde e/ou organizações da sociedade civil que disponibilizem o preservativo gratuitamente são fatores que impedem a adoção sistemática de práticas sexuais seguras.

O uso consistente do preservativo, com parceiros fixos e eventuais, deve ser sempre discutido.

2.2 O COMPARTILHAMENTO E UTILIZAÇÃO DE MATERIAL PERFUROCORTANTE OU MATERIAL NÃO-ESTÉRIL (SERINGAS, AGULHAS OU OUTROS OBJETOS)

Compartilhamento de materiais para injeção:

O uso compartilhado de seringas e agulhas entre pessoas que fazem o uso de drogas pela via injetável pode ocorrer tanto por dificuldade de acesso a informação, quanto pela dificuldade de acesso a material estéril. Muitas vezes, há persistência no uso compartilhado desses materiais por razões ritualísticas. A via sangüínea é uma forma de transmissão importante, pois é direta. Visando diminuir o risco a que estão expostos os usuários de drogas, são desenvolvidas, junto a esse grupo populacional, as chamadas ações de **redução de danos**.

O que é redução de danos no contexto do HIV e outras DST?

É o conjunto de ações que visam a diminuir os prejuízos biológicos, econômicos e sociais trazidos pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente implicar no abandono do consumo, considerando que, naquele momento, algumas pessoas não querem ou não conseguem parar de usar drogas.

No início da epidemia de aids, esse conceito esteve vinculado aos usuários de drogas injetáveis; depois ele se estendeu a qualquer forma de consumo de substâncias psicoativas, mesmo as legalmente permitidas, como o álcool, tabaco e medicamentos, considerando que qualquer substância psicoativa que altere a capacidade de discernimento ou a percepção do indivíduo pode colocá-lo em situação de maior vulnerabilidade.

As ações de redução de danos incluem a oferta de informação adequada a usuários de drogas e à sua rede social e a disponibilização de material estéril - os chamados *kits* de redução de danos, compostos por seringas, agulhas, potes para dissolução, lenço de desinfecção para o local da aplicação, preservativo e material educativo.

O compartilhamento de seringas e agulhas também é fator importante a ser considerado entre transgêneros e adolescentes, por razões distintas. Entre transgêneros, o desejo de transformar seu corpo, tornando-o mais feminino, pode implicar, muitas vezes, em correr graves riscos, sobretudo em função da aplicação de silicone (industrial ou médico). Na maioria das vezes, essa aplicação ocorre sem orientação de profissionais de saúde e é realizada por “bombadeiras” (nome comumente dado às mulheres que realizam a aplicação do silicone injetável) que nem sempre possuem noções de biossegurança, higiene e conhecimento sobre efeitos colaterais da aplicação do silicone líquido e nem mesmo material descartável ou estéril disponível. Poucos profissionais de saúde e médicos desenvolvem trabalhos de orientação sobre o uso seguro de hormônios e sobre a aplicação do silicone com esses grupos.

Para os jovens, o uso de anabolizantes e esteróides na forma injetável, particularmente sem orientação médica, representa um alto risco. Essa prática tem implicado o compartilhamento do material de injeção e o uso de medicação não-apropriada (na maioria das vezes de uso veterinário), que pode gerar problemas de saúde importantes, que vão da cirrose hepática ao óbito.

Material perfurocortante

Outro ponto importante são as medidas de biossegurança que devem ser adotadas pelo profissional da saúde ao manusear material perfurocortante. Devemos lembrar que todo material perfurocortante pode estar potencialmente contaminado, devendo, portanto, estar localizado em áreas de difícil acesso às crianças e à população como um todo, e ser recolhido nos postos de saúde para que sejam descartados adequadamente como lixo hospitalar, a fim de evitar a exposição das pessoas a fatores contaminantes. A

adoção universal de normas-padrão de biossegurança, prática de todo serviço de saúde, deve ser orientada à comunidade.

Outro contexto em que, também, é importante considerar a utilização de materiais perfurocortantes é no desenvolvimento de determinados rituais de algumas religiões, como, por exemplo, o candomblé (que se utiliza, com frequência, de lâminas, navalhas, pedaços de ramos de árvores, etc.).

Na doação de sangue, deve ser observada e exigida pelo doador a utilização de materiais, agulhas e seringas descartáveis.

2.3 TRANSMISSÃO VERTICAL (GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO)

No pré-natal, a gestante é orientada a realizar exames para proteger sua saúde e prevenir a transmissão de doenças para seu bebê. E entre essas doenças estão a sífilis, o HIV, a Hepatite B e o HTLV.

A transmissão do HIV de mãe para filho – transmissão vertical – pode se dar durante a gestação, durante o trabalho de parto e no parto, e pela amamentação. A realização do pré-natal, com oferecimento da testagem para o HIV e do aconselhamento pré e pós-teste, amplia as chances da gestante ter um bebê saudável, por possibilitar diagnóstico precoce e tratamento adequado da gestante soropositiva para o HIV e de seu recém-nascido. O teste anti-HIV deve ser realizado com o consentimento da gestante, e ela tem direito ao sigilo quanto ao resultado.

As gestantes que não realizaram o pré-natal, ou que apesar de terem realizado não tenham sido testadas para o HIV, ou que embora testadas para o HIV não tenham recebido o resultado sobre sua condição sorológica, deverão ter ao final da gestação (3º trimestre) ou na hora do parto a oportunidade de realizar esse diagnóstico com testes rápidos anti-HIV. Essa testagem, porém, deverá ser realizada após seu consentimento. Essa medida possibilitará a instituição de intervenções que visam à redução da transmissão vertical do HIV, ou seja, a cirurgia cesariana, o uso do AZT quimioprolático na parturiente HIV+ e em seu recém-nascido, e a não-amamentação, conforme as recomendações do PN-DST/AIDS/SVS/MS.

O diagnóstico e tratamento adequado da sífilis materna durante a gestação previne a sífilis congênita. Os testes para diagnóstico da sífilis materna, de triagem (VDRL) e confirmatório (MHATP ou outros testes treponêmicos) deverão ser realizados também na maternidade, visando, nessa ocasião, à redução da morbi-mortalidade por sífilis congênita.

O HTLV pode ser transmitido durante a gestação, no parto, e principalmente pela amamentação – esse risco se situa entre 13% a 22%, e se renova a cada exposição da criança ao seio materno. Por esse motivo essas crianças não podem ser amamentadas.

Para maiores informações consultar os capítulos IV pp.75-98, V, pp.99-118, e VIII, pp.168-174.

A realização do teste anti-HIV deve ser autorizada pela gestante após aconselhamento feito pelo profissional de saúde capacitado para essa atividade.

Os testes para diagnóstico de sífilis materna fazem parte da rotina de exames do pré-natal.

Nas maternidades, a estratégia de ampliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e de redução da morbi-mortalidade por sífilis congênita, vem sendo implantada progressivamente no país pelo Projeto Nascer-Maternidades.

2.4 DST, TUBERCULOSE e HEPATITES

- Ter tido uma DST significa que a pessoa pode ter se exposto também ao HIV, ou a outra DST, pelo não-uso do preservativo. Além disso, a ocorrência de doença sexualmente transmissível é facilitadora para infecção pelo HIV % a presença de DST aumenta em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV, caso haja relação sexual desprotegida com uma pessoa portadora. Por outro lado, a presença de uma DST em pessoa infectada pelo HIV, aumenta o grau de transmissibilidade desse vírus para outra pessoa.
- A tuberculose tem se apresentado de forma preocupante entre as pessoas que fazem uso de drogas, especialmente entre aqueles que fazem uso de *crack*. Vale dizer, que o uso dessa droga, na maioria das vezes, se dá em grupo e com compartilhamento do equipamento (cachimbo). Os ambientes escolhidos para uso são, geralmente, insalubres, sem ventilação, úmidos e sem condições adequadas de higiene. Há que se considerar, ainda, o aumento da suscetibilidade para tuberculose e outras infecções em pessoas que fazem uso compulsivo de *crack*, em razão do emagrecimento rápido e alterações no sistema imunológico.
- A hepatite B apresenta uma prevalência alta na população, particularmente naqueles grupos que chamamos de mais vulneráveis (homossexuais, usuários de drogas e jovens). Entretanto, a maioria das pessoas não sabe sobre sua condição sorológica e, embora exista vacinação indicada para os grupos mais vulneráveis, a demanda é inferior à esperada. Lembrando que a hepatite B pode ser transmitida pela via sexual e sangüínea, os cuidados recomendados são os mesmos que os indicados para o HIV: uso de preservativos nas relações sexuais e o não-compartilhamento de material perfurocortante (seringas e agulhas).

3 AS AÇÕES DE PREVENÇÃO NA ROTINA DE TRABALHO DA ATENÇÃO BÁSICA

27

As ações na área da prevenção ao HIV e outras DST, entendidas como estratégias para o enfrentamento e controle desses agravos, prevêm a ampliação do acesso da população à informação qualificada e aos insumos de prevenção. Sabendo que não é possível transformar comportamentos e práticas em curto espaço de tempo, é fundamental estabelecer um processo de educação permanente que ajude as pessoas a se reconhecerem como responsáveis pela promoção de sua saúde. No campo das DST/HIV/aids aprendemos que a discussão de temas como cidadania, relação de gênero, sexualidade, uso de drogas, etnia e direitos humanos favorecem a construção de valores e atitudes saudáveis, promovendo o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

As ações de prevenção quando realizadas pelos profissionais da atenção básica, seja na comunidade ou na unidade de saúde, impactam na prevenção e controle dessas doenças, uma vez que esses profissionais de saúde estarão promovendo maior acesso e adesão das pessoas aos serviços de saúde e aos insumos de prevenção, bem como possibilitando diagnóstico precoce e acompanhamento adequado dos casos.

3.1 INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

A visão crítica dos profissionais de saúde subsidiará a definição das melhores estratégias para identificação/abordagem e encaminhamento de segmentos populacionais mais vulneráveis, a partir de sua experiência no trabalho com a comunidade. Assim, o trabalho proposto pela equipe de saúde terá uma maior sintonia com a demanda do usuário/comunidade.

Rotina de Trabalho

- Realização de mapeamento/identificação da(s) área(s) de maior vulnerabilidade – é importante considerar estabelecimentos e locais tradicionalmente não reconhecidos (bares, pontos de prostituição, casas ou locais de uso de drogas, entre outros), pois neles podemos desenvolver ações preventivas importantes, facilitando o acesso aos insumos de prevenção e o encaminhamento aos serviços de saúde.
- Cadastro de famílias e atualização das informações – o cadastro normalmente segue a regra de notificar as casas residenciais, mas também é importante o cadastro de estabelecimentos de referência da comunidade.
- Identificação das pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade – devemos lembrar que alguns grupos populacionais mais vulneráveis têm dificuldade em fornecer dados tais como endereço/nome/documento e outros que facilitem sua identificação. Portanto, é necessário criar mecanismos que permitam que esses grupos sejam acessados e as ações contabilizadas, respeitando o direito de privacidade e facilitando o vínculo com o serviço de saúde.

- Orientação às famílias para utilização dos serviços de saúde, facilitando o encaminhamento e agendamento de consultas e exames quando necessário. Esse trabalho poderá ser imprescindível, especialmente com os grupos mais vulneráveis identificados na comunidade. É preciso lembrar do estigma associado a esses grupos e das atitudes discriminatórias às quais estão sujeitos cotidianamente. Alterar esse quadro é um compromisso e parte do trabalho.
- Encaminhamento e vacinação contra hepatite B de pessoas de grupos prioritários (menores de 21 anos, portadores de HIV e outros grupos vulneráveis), assim como o acompanhamento de gestantes.
- Orientação, durante as visitas familiares e no acompanhamento mensal de todas as famílias, sobre os insumos de prevenção. Essa orientação deve ser realizada de modo simples, sempre observando o limite que é dado pelo usuário do serviço, pois nem todas as pessoas se sentem à vontade para falar de assuntos íntimos, como sexo e uso de drogas.
- Conhecimento e repasse de informações para os demais membros da equipe sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente daquelas em situação de vulnerabilidade – quem trabalha junto à comunidade consegue perceber seu dinamismo, acompanhar as mudanças e adequar as informações de modo a atender às necessidades reais da população.
- Promoção da educação e da mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas de prevenção. Existem várias formas de intervenção. Uma delas é a utilização de espaços e/ou realização de atividades culturais (teatros, grupos de música, jornais locais, programas de rádios comunitárias) para a veiculação de informações preventivas, ajudando no esclarecimento de dúvidas e na sensibilização da comunidade.
 - Esses são apenas alguns exemplos para melhor compreensão das ações de prevenção, de como é possível inseri-las na rotina de trabalho da comunidade, considerando as atividades já executadas pelo agente.

3.2 INTERVENÇÃO NA UNIDADE DE SAÚDE

No momento em que os profissionais das unidades de saúde estabelecerem estratégias de identificação, prevenção e acolhimento da população, é importante que incluam os grupos de maior vulnerabilidade para o HIV e outras DST na UBS, com aceitação dos estilos de vida da população, inclusive do uso de drogas.

Inserir ações sobre DST/HIV/aids na rotina do serviço demanda uma reflexão sobre confidencialidade, ética, sigilo das informações obtidas e o abandono de atitudes preconceituosas por parte da equipe. Muitas vezes surgem situações adversas, surpreendentes, que impactam os procedimentos corriqueiros e exigem reformulações de valores, de atitudes e de protocolos instalados. A atuação profissional deve ir além de um “repasso de informação”.

Rotina de Trabalho

- **ACOLHIMENTO:** o serviço de saúde deve garantir confidencialidade e acesso humanizado para o usuário que deseja realizar o teste para o HIV e para o portador de DST e/ou de HIV/aids. Essa consideração deve envolver trabalhadores de todos os setores da unidade. O usuário deve se sentir acolhido, sem discriminação, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. Grupos populacionais considerados mais vulneráveis, como, por exemplo, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, homossexuais, travestis, sempre estiveram submetidos a julgamento moral. É importante e necessário reforçar o acolhimento desses segmentos populacionais no serviço, como um direito de cidadania.
- **SALA DE ESPERA:** esse espaço deve ser valorizado com a inclusão de ações para educação em saúde. A troca de informações sobre o HIV/aids e outras DST, e o esclarecimento de dúvidas favorecem a autopercepção dos riscos para essas infecções. Aconselhamento coletivo, demonstração do uso do preservativo e exibição de vídeos educativos seguidos de debates são estratégias eficientes para abordagem de temas associados à prevenção das DST/HIV/aids e do uso de drogas, tais como: sexualidade, gênero, redução de danos, vulnerabilidade, cidadania e diagnóstico precoce. Ver considerações referidas no item 3.1, último parágrafo do item “rotina de trabalho”, p.28.
- **CONSULTA:** esse momento deve ser marcado pelo estabelecimento de diálogo aberto, estimulando a expressão de situações relacionadas às DST/HIV/aids, práticas sexuais e uso de drogas, que impliquem vulnerabilidade para a infecção. Isso possibilita a compreensão da necessidade de oferta da testagem para o HIV e orientação sobre medidas preventivas, considerando a singularidade de cada usuário.
- **ACONSELHAMENTO:** toda a equipe da Atenção Básica deve compreender o processo de aconselhamento, de forma que ele não se reduza a um único encontro entre o profissional de saúde e o usuário(a). O aconselhamento deverá ser desenvolvido em vários momentos, e ser estendido a grupos. Tanto a dinâmica grupal quanto a individual devem favorecer a percepção pela pessoa de sua vulnerabilidade, a partir do reconhecimento do que sabe e sente e do estímulo à sua participação nos atendimentos subseqüentes. Observa-se que a avaliação da própria vulnerabilidade, em que são explorados aspectos íntimos da sexualidade e do uso de drogas, é mais bem trabalhada em atendimento individual. Porém, nos atendimentos em grupo, a escuta das falas dos participantes propicia a reflexão e lembra ao usuário(a) aspectos importantes que deverão ser tratados no atendimento individual.

Para a efetividade dessa ação, o profissional deve ter conhecimentos atualizados em DST/HIV/aids e uso de drogas. É importante que toda a pessoa atendida nas UBS

tenha oportunidade de receber informações e esclarecer dúvidas sobre as DST, reconhecer e avaliar sua própria vulnerabilidade, receber apoio emocional (quando necessário) e realizar o teste quando reconhecer e entender, a importância e o impacto, dessa atitude para sua vida.

Toda testagem para o HIV deve ser acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste, sempre com o consentimento do(a) usuário(a). A comunicação do resultado é um momento que exige bastante do profissional de saúde e do usuário. A equipe deve estar apta para reduzir o impacto do diagnóstico, se o resultado for positivo, e ter bons argumentos para reforçar práticas preventivas no caso de resultado negativo.

- **COMUNICAÇÃO AOS PARCEIROS SEXUAIS:** os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de comunicar seus parceiros sexuais sobre o quadro de infecção existente, trazendo-os para o aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados. **A comunicação dos parceiros obedecerá aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação.**
- Serão considerados parceiros, para fins de comunicação ou convocação, aquelas pessoas com quem o usuário relacionou-se ou relaciona-se sexualmente e/ou compartilha ou compartilhou equipamentos durante o consumo de drogas injetáveis.
- A convocação do(s) parceiro(s) poderá ser realizada das seguintes formas: pelo paciente-índice, por comunicação por correspondência (aerograma) ou por busca ativa pelo profissional de saúde. Em caso do não-comparecimento dos parceiros, o uso de cartões para comunicação é recomendado. Caso os parceiros não atendam à comunicação por cartão, ou o paciente-índice não queira entregar os cartões, mas concorde em fornecer dados de identificação do(s) parceiro(s), pode-se realizar as comunicações por meio de aerogramas. Na eventualidade do não-comparecimento do(s) parceiro(s) convidado(s) por aerograma ou outro instrumento de comunicação, pode-se proceder à busca ativa por meio de profissionais qualificados (ACS ou outro da equipe). O profissional realizará não apenas a comunicação, mas também informará e orientará sobre aspectos relacionados à prevenção da infecção pelo HIV e de outras DST.
- Em especial, é fundamental que se garanta a testagem e aconselhamento de parceiros de gestantes com sífilis, parceiros de pessoas com outra DST e parceiros de pessoas vivendo com o HIV. É importante lembrar que essa ação deve sempre ser realizada observando os princípios da ética e do sigilo. Cada caso é um caso, e requer da equipe a formulação de estratégia específica de enfrentamento.
- Informação ao cônjuge/responsável trata-se de situação especial no terreno do sigilo profissional, em que se aceita a existência de direito e dever do médico em revelar, mesmo sem a concordância do paciente, a existência de infecção pelo HIV. Certamente, incluem-se nesse grupo tanto o cônjuge quanto os parceiros sexuais conhecidos, futuro cônjuge e membros de grupo de uso de drogas endovenosas. A ruptura do sigilo está amparada no dever de proteção à saúde de terceiros.

- É preciso entender, no entanto, que essa revelação deve ser feita, em princípio, com a concordância e a colaboração do usuário(a). A iniciativa do médico deve ser precedida de todos os esforços possíveis para que o próprio usuário informe ao(s) parceiro(s) sobre sua condição. Sendo infrutíferos esses esforços, a comunicação deverá ser feita pelo médico. É importante lembrar que essa atitude poderá romper a relação de confiança da pessoa-índice com a equipe, embora configure justa causa, prevista no artigo 102 do Código de Ética Médica (CFM nº 14/88). A definição de um profissional responsável pelo sistema de comunicação de parceiros em cada UBS colabora para o desenvolvimento dessa atividade.
- **EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:** a promoção de discussões de casos com a equipe, debates e grupos de trabalho sobre temas específicos, favorece o estabelecimento de uma dinâmica de trabalho que possa contemplar as necessidades da comunidade e dos próprios profissionais da unidade de saúde.

4 O ACONSELHAMENTO EM DST/HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA

Aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.

No contexto da epidemia do HIV, a prática de aconselhamento tem se configurado como uma estratégia de prevenção de suma importância, sendo parte essencial do processo de diagnóstico do HIV. Para orientar a realização dessa prática, foram sistematizados procedimentos pré e pós-teste com conteúdos bem definidos, que auxiliam o profissional/serviço a incorporar uma concepção de trabalho e a lógica da promoção à saúde com ações de prevenção do HIV, hepatites e outras DST.

4.1 QUEM FAZ O ACONSELHAMENTO

Todos os profissionais da equipe de saúde, após capacitação específica, poderão realizar o aconselhamento, respeitando as atribuições estabelecidas por sua categoria profissional. Para isso, é fundamental que os profissionais:

- Tenham informações atualizadas e tecnicamente corretas sobre o HIV e aids, e outras DST.
- Reconheçam suas próprias limitações e potencialidades.
- Percebam as necessidades da pessoa em atendimento, dando sempre que possível respostas a essas demandas e respeitando a individualidade da pessoa.
- Adotem uma postura de acolhimento, valorizando o que a pessoa sabe, pensa e sente a respeito de si mesma.

Agindo dessa forma, estabelece-se o vínculo de confiança, essencial nesse processo.

Cabe à equipe de saúde funcionar de maneira harmônica e integrada e organizar-se da forma mais conveniente, para que o aconselhamento seja desenvolvido durante o processo de atendimento dos usuários.

Para que o aconselhamento seja viável, os profissionais devem reconhecer os próprios limites, rever seus conceitos e preconceitos, e saber que não podem responder a tudo.

4.2 PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

- O processo de aconselhamento inclui componentes educativos, de avaliação de risco e de apoio emocional.
- No momento educativo, há a troca de informações sobre HIV/aids e outras DST, o esclarecimento de dúvidas, orientação e demonstração do uso correto do preservativo (masculino e feminino), esclarecimento sobre o teste anti-HIV e informação sobre a disponibilização de insumos de prevenção.
- A avaliação de risco consiste num diálogo objetivo sobre estilo de vida, exposições a situações de risco relacionadas a práticas sexuais e uso de drogas, levando o(a) usuário(a) a perceber suas práticas de risco e suas possibilidades de proteção.
- O apoio emocional implica no estabelecimento de uma relação de confiança com o(a) usuário(a) para que este(a) se sinta acolhido(a) e atendido(a) nas suas necessidades específicas.

Para a realização do processo de aconselhamento é necessário:

- Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações.
- Identificar com clareza as necessidades do(a) usuário(a) ou do grupo.
- Facilitar a expressão de sentimentos e prestar apoio emocional.
- Explorar as situações de risco do(a) usuário(a) ou grupo (práticas sexuais de risco, uso de drogas, histórico de DST) e medidas de prevenção específicas.
- Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário(a).
- Considerar as possíveis reações emocionais que venham a ocorrer durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção neste período.
- Enfatizar a relação entre DST e HIV.
- Reforçar a necessidade do atendimento do(s) parceiro(s) sexual(is) e/ou daquele(s) que compartilha(m) os materiais para uso de drogas.

- Identificar a rede de apoio disponível (família, parceiros, amigos, trabalho, outros).
- Ajudar a pessoa a reconhecer suas responsabilidades e identificar dificuldades para a adoção de práticas mais seguras, reforçando sua auto-estima e autoconfiança.
- Oferecer o teste anti-HIV e solicitá-lo, com o consentimento do(a) usuário(a).
- Informar sobre a disponibilização de insumos de prevenção no serviço e em outros locais.
- Encaminhar o(a) paciente para outros serviços, quando necessário, incluindo atendimento psicoterápico e/ou grupos comunitários de apoio.

Para gestantes, além das informações referidas acima, explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para o controle da infecção materna, quanto para a prevenção da transmissão vertical.

No caso de profissional de saúde envolvido em acidente ocupacional com risco de infecção para o HIV e outras DST:

- Considerar a especificidade do acidente.
- Encaminhar ao serviço de referência para avaliação de risco e início de terapia anti-retroviral (TARV) quando indicado.
- Afirmar a necessidade de retorno para a busca do resultado do teste.

Para maiores esclarecimentos, consultar o capítulo X - Biossegurança pp. 179-190.

4.3 ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE ANTI-HIV:

4.3.1 diante de resultado negativo

- Informar que um resultado negativo pode significar duas situações: a pessoa não está infectada, ou foi infectada tão recentemente que seu organismo não produziu anticorpos numa quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado ("janela imunológica").
- Na hipótese de "janela imunológica", orientar sobre a necessidade de um novo teste, e reforçar a necessidade de não-exposição ao risco de infecção para o HIV e outras DST.
- Lembrar que um resultado negativo não significa imunidade.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Com os usuários de drogas, reforçar os benefícios do uso exclusivo de materiais para o consumo de drogas injetáveis e disponibilizar o kit de redução de danos.
- Lembrar que o uso de algumas drogas, mesmo lícitas, podem alterar a percepção de risco, prejudicando a adoção de práticas seguras.

4.3.2 diante de resultado positivo

- Reafirmar o caráter confidencial e voluntário da testagem anti-HIV.
- Garantir à pessoa o tempo necessário para que ela assimile o impacto do diagnóstico e expresse dúvidas, sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc).
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, ressaltando que a infecção é controlada.
- Ressaltando a importância de acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção.
- Encaminhar o paciente para o serviço especializado, com atendimento multidisciplinar e grupos comunitários de apoio.
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta questões de gênero, vulnerabilidade, direitos reprodutivos, diversidade sexual e uso de drogas.
- Reforçar a necessidade do uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais, e no caso de usuários de drogas injetáveis, reforçar a necessidade do não compartilhamento de seringas e agulhas, lembrando a necessidade de redução dos riscos de reinfeção e transmissão desse vírus para outras pessoas.

Para gestante, além das informações acima, informar que:

- A transmissão vertical do HIV (transmissão do HIV de mãe para filho) pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, no parto e pela amamentação.
- A transmissão vertical do HIV pode ser reduzida com a instituição de intervenções profiláticas - via de parto e uso de terapia anti-retroviral (TARV), indicada após avaliação clínica e laboratorial (avaliação de sua situação imunológica, pela contagem de células T-CD4+ e de sua carga viral circulante) e não amamentação.
- Em caso de carga viral alta por ocasião do parto, para prevenir a transmissão da infecção para o bebê, a cirurgia cesariana eletiva* é a via de parto de escolha. Esse fato reforça a importância da adesão da gestante a TARV indicada pelo serviço especializado, e o monitoramento do adequado cumprimento dessa recomendação pela equipe de atenção básica.
- Para o recém-nascido estará indicado o uso do AZT em solução oral logo após seu nascimento, que deverá ser mantido durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias).
- Existe o risco de transmissão do HIV (e do HTLV) pela amamentação, tanto pela mãe quanto por outra mulher (amamentação pela ama de leite). Por esse motivo a amamentação é contra-indicada, bem como o aleitamento cruzado, devendo essas mulheres ser orientadas quanto a obtenção e o preparo do leite artificial (fórmula infantil). E no caso de bebês prematuros e/ou de baixo peso, que necessitam do

leite humano, serem orientadas de como obter esse leite pasteurizado de um Banco de Leite Humano reconhecido pelo Ministério da Saúde.

- Toda criança exposta ao HIV terá, ao nascer, o resultado do teste anti-HIV positivo, pela presença de anticorpos maternos. Portanto, será necessário o acompanhamento da criança, em serviço especializado, até definição de seu diagnóstico.
- É necessário que o(s) parceiro(s) realize(m) o teste anti-HIV.
- É importante o uso correto do preservativo (masculino ou feminino) durante todas as relações sexuais, com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo HIV e de outras DST.
- Após avaliação do caso, o profissional de saúde poderá concluir da necessidade de realizar o teste de todos os filhos do casal.
 - Operação cesariana eletiva é aquela realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras.

O profissional de saúde deve garantir o tempo necessário para que a pessoa, e somente ela, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte psicológico necessário nesse processo.

Havendo a impossibilidade, ou dificuldades de acesso da gestante a serviço especializado, o médico da equipe de atenção básica deverá proceder conforme descrito no capítulo V (Transmissão Vertical do HIV) pp.99-118. Para maiores informações consultar o documento de consenso de TARV em gestantes "Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes", em www.aids.gov.br

O profissional de saúde deverá apoiar a portadora de HIV quanto à recomendação de não amamentar, colaborando para o fortalecimento do vínculo afetivo com seu filho. Deverá orientar quanto ao preparo e administração da fórmula infantil e sobre a introdução gradativa de outros alimentos (consultar o "*Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*" e o "*Manual Normativo para profissionais de saúde de maternidades - referência para mulheres que não podem amamentar*" do MS, em www.aids.gov.br). O profissional de saúde deverá, ainda, subsidiar a mulher com argumentos lógicos que lhe possibilitem explicar para familiares e outras pessoas, o fato de não estar amamentando, possibilitando-lhe assim, atender a sua vontade de manter em sigilo seu estado sorológico de portadora do HIV.

4.3.3 diante de resultado indeterminado

- Explicar que um resultado indeterminado pode significar: um falso positivo ou um verdadeiro positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão ainda em quantidade suficiente para serem detectados pelos testes diagnósticos utilizados (janela imunológica).

- Orientar a realização de nova coleta para refazer o teste no período de 30 dias da emissão do resultado da primeira amostra, para verificar se houve soroconversão.
- Discutir as possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste, e referir a sua disponibilidade para o atendimento sem agendamento prévio; se necessário, encaminhar o(a) usuário(a) para atendimento psicoterápico.
- Reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção pelo HIV, hepatites e outras DST.

Observação:

No caso de gestantes, essa condição se constitui situação na qual a realização de exames como a carga viral deve ser considerada para auxiliar na definição da necessidade de uso de terapia anti-retroviral para redução da transmissão vertical. Para isso, a gestante deverá ser encaminhada para um serviço de referência que possa utilizar estratégias adequadas na confirmação do seu estado sorológico.

O profissional de saúde deverá se colocar à disposição da mulher, tantas vezes quantas forem necessárias, para prestar esclarecimentos e suporte psicológico durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

A mulher, e seu parceiro, deverão ser orientados para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Reforçar as medidas para prevenção do HIV e outras DST em todas as oportunidades com a mulher.

5 INSUMOS DE PREVENÇÃO

Considerando as formas de transmissão sangüínea e sexual do HIV, e de outras DST, foi definida uma política específica sobre insumos de prevenção. Além do preservativo masculino e feminino, são considerados insumos de prevenção, o gel lubrificante e o *kit* de redução de danos.

5.1 PRESERVATIVOS

O ato de ofertar o preservativo pode facilitar o acesso e o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a população, promovendo maior receptividade às ações de educação para a saúde.

A transmissão sexual é a principal responsável pela maioria dos casos notificados de aids, e o preservativo (masculino/feminino), quando usado de maneira correta e sistemática, se constitui como principal insumo de prevenção, reduzindo o risco de transmissão do HIV e outras DST, além de quando usado de forma combinada com outro método contraceptivo, ser altamente eficaz também para essa finalidade (confere dupla-proteção).

A disponibilização do preservativo feminino é de suma importância, pois vem ao encontro da necessidade de ampliar os insumos de prevenção para as mulheres, considerando a feminização da epidemia de aids no país e as dificuldades existentes na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro.

O limitado número de preservativos femininos disponíveis determina, porém, critérios de priorização de acesso desse insumo para as mulheres que se encontram em situações de maior vulnerabilidade:

1. Profissionais do sexo.
2. Mulheres HIV+ e/ou parceiras de homens HIV+.
4. Mulheres usuárias de drogas e/ou parceiras de usuários de drogas injetáveis.
5. Mulheres com DST e/ou parceiras de homens com DST.
6. Mulheres com histórico de DST.

O preservativo feminino pode ser distribuído juntamente com o masculino, fortalecendo a idéia de co-responsabilidade no cuidado da saúde sexual e reprodutiva por parte de homens e mulheres. No entanto, é preciso sempre reforçar que os dois tipos de preservativos não devem ser utilizados ao mesmo tempo, pois isso aumenta a possibilidade de rompimento pelo atrito.

Note: o uso de preservativos é o único método que oferece dupla proteção. Ou seja, é eficaz tanto para a **redução do risco de transmissão do HIV e outras DST, quanto para contracepção**. Sua segurança, no entanto, depende do uso correto e sistemático em todas as relações sexuais.



1. Após verificar o prazo de validade do preservativo e o selo de qualidade, abrir a embalagem com as mãos, não utilizando quaisquer objetos cortantes que possam rasgar ou furar o preservativo (facas, tesouras, canivetes).
2. Deve ser colocado antes da penetração, durante a ereção peniana. O reservatório existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando-se todo o ar do seu interior.
3. Ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis.

4. Após a ejaculação, retirar o preservativo com o pênis ainda ereto.
5. Retirar o preservativo, segurando-o pela base para que não haja vazamento de esperma.
6. O preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo após o uso, nunca no vaso sanitário.

Observações:

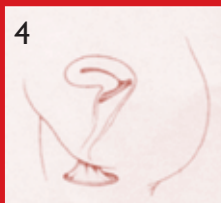
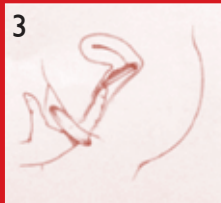
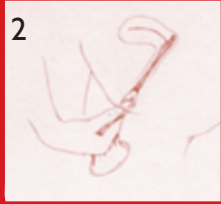
- Os preservativos devem ser utilizados **apenas** com lubrificantes à **base de água**, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura.
- Em caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente.
- Não devem ser mantidos em porta-luvas de carros, bolsas e carteiras por tempo prolongado pois, a exposição ao calor poderá danificar o látex. O Programa Nacional de DST/Aids disponibiliza preservativos masculinos em dois tamanhos: 49 mm e 52 mm.

Os fatores de risco para ruptura ou escape do preservativos masculinos são:

- Más condições de armazenamento.
- Não-observação do prazo de validade.
- Abertura inadequada da embalagem (com dentes, tesouras etc.).
- Lubrificação vaginal insuficiente.
- Sexo anal sem lubrificação adequada.
- Uso de lubrificantes à base de óleo.
- Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo.
- Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis.
- Perda de ereção durante o ato sexual.
- Retirada do pênis sem que se segure firmemente a base do preservativo.
- Uso de dois preservativos (devido à fricção que ocorre entre eles).

Quanto ao armazenamento e estocagem, reportar ao capítulo XI sobre Critérios de armazenamento e dispensação de medicamentos e preservativos pp. 192-195.

5.1.2 Uso correto do PRESERVATIVO FEMININO



O preservativo feminino pode ser colocado bem antes da relação sexual e já vem lubrificado. No entanto, se for preciso, podem ser usados lubrificantes de base aquosa;

1. O anel móvel interno deve ser apertado, para introdução na vagina;
2. Para colocá-lo, corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada);
3. Com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero;
4. A argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; Para iniciar a penetração, deve-se segurar o anel externos e guiar o pênis para seu centro, de modo a evitar que o pênis entre pela lateral do preservativo;
5. Deve ser retirado com tranquilidade após a relação, antes que a mulher se levante, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo. Deve ser dado um nó e desprezado no lixo e não em vaso sanitário.

Observação:

Assim como o preservativo masculino, o feminino é descartável, devendo ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação sexual.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia e prazer no uso.

Note: Os preservativos – masculino e feminino - não devem ser usados ao mesmo tempo, porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

Durante sua disponibilização, o profissional de saúde deve reforçar:

- A qualidade do preservativo oferecido no serviço público.
- Que não há interferência no prazer sexual.
- Questões de gênero e possibilidades de negociação do uso do preservativo.
- A necessidade de conhecer e lidar com o próprio corpo.
- O uso no sexo oral.
- A aquisição em unidades públicas de saúde de forma gratuita ou em farmácias.

5.2 GEL LUBRIFICANTE

Somente o gel lubrificante à base de água é considerado como um insumo de prevenção, uma vez que não oferece qualquer risco ao látex do preservativo masculino. Outras fórmulas de gel lubrificante - ou produtos utilizados com o mesmo objetivo, como a vaselina – podem ocasionar o rompimento do preservativo e, portanto, não são recomendadas.

O uso do gel lubrificante associado ao preservativo masculino é indicado, sobretudo, para as relações sexuais anais, por proporcionar maior conforto e por reduzir significativamente o risco de rompimento do preservativo durante essas relações.

Considerando as atuais restrições na disponibilização desse insumo por parte das esferas governamentais, sua distribuição gratuita como insumo de prevenção ao HIV e outras DST é feita, prioritariamente, para homossexuais e travestis.

5.3 KIT DE REDUÇÃO DE DANOS

O *kit* de redução de danos é composto por: agulhas, seringas, algodão para higienização, água destilada, preservativo, copo para diluição e material informativo sobre prevenção do HIV e outras DST. A quantidade deve ser adaptada à realidade da população usuária.

A oferta desse insumo não é simples, pois exige dos profissionais maior familiaridade e capacidade em lidar com os preconceitos sobre o tema drogas e redução de danos.

Para a disponibilização desse insumo na unidade, é necessária ampla discussão com a equipe para que os profissionais compreendam a importância da oferta como ação de saúde pública. Essa discussão precisa também ser realizada com os usuários do serviço de saúde, para que a entendam e a aceitem.

Para as pessoas que usam drogas, uma boa estratégia é deixar em locais apropriados à mostra *kits* de redução de danos (vitrine em espaços coletivos e individuais do serviço), pois essa experiência comprova que os usuários de drogas são bem

acolhidos na instituição promovendo conseqüentemente a motivação desses usuários para questionar sobre o *kit*. Esse pode ser um bom ponto de partida para estabelecimento de vínculo de confiança com essa população.

A adoção de práticas preventivas pela população, especialmente o uso correto e sistemático dos insumos de prevenção, é um dos maiores desafios, e para que isso se concretize a participação dos profissionais da Atenção Básica é fundamental.

PONTOS PARA REFLEXÃO:

1. O papel da equipe de Atenção Básica nas práticas de prevenção, diagnóstico (aconselhamento e testagem) e assistência das pessoas com HIV ou outras DST.
2. A importância da prática do acolhimento e aconselhamento na rotina da UBS.
3. As relações de gênero e o exercício da sexualidade influenciando na vulnerabilidade dos indivíduos.
4. Atuação do profissional da Atenção Básica na interrupção da cadeia de transmissão do HIV e outras DST.
5. Quais as estratégias da equipe para a identificação e a busca de parceiros sexuais e/ou que compartilham agulhas e seringas, no controle do HIV e outras DST.
6. A importância da percepção de risco e vulnerabilidade da pessoa nas ações de prevenção e o impacto disso na epidemia de aids na comunidade.
7. Quais as populações em situação de maior vulnerabilidade e risco existentes em sua comunidade?
8. Como a equipe poderá colaborar para que os portadores de HIV/aids tenham garantidos os direitos ao trabalho, à socialização comunitária, ao lazer e à cultura?
9. A implantação da estratégia de redução de danos deve garantir aos usuários de drogas injetáveis e não injetáveis seu direito à saúde e o acesso aos insumos de prevenção ao HIV e outras DST.
10. A importância de parcerias intersetoriais (sociedade civil e setores governamentais) para a ampliação das ações de controle do HIV e outras DST. Como a equipe de atenção básica pode atuar no estabelecimento dessas parcerias.
11. Qual a importância da disponibilização dos insumos de prevenção na interrupção da cadeia de transmissão do HIV e outras DST. A equipe tem critérios para distribuição de preservativos?

III. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E OUTRAS INFECÇÕES PREVALENTES DO TRATO GENITAL INFERIOR

ABORDAGEM SINDRÔMICA

OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Identificar a importância da abordagem sindrômica de casos de DST e outras infecções prevalentes do trato genital inferior.
2. Identificar as principais características da abordagem sindrômica.
3. Conhecer a lógica dos fluxogramas propostos para cada síndrome.
4. Conhecer os esquemas terapêuticos propostos para os casos de DST e outras infecções prevalentes do trato genital inferior.
5. Compreender a importância e as atribuições da vigilância epidemiológica das DST.
6. Conhecer os objetivos específicos da vigilância das DST.
7. Conhecer a atuação da equipe da Atenção Básica na vigilância desses agravos.
8. Conhecer a definição de “caso de DST”, para fins de vigilância epidemiológica, baseando-se na abordagem sindrômica/etiológica.
9. Conhecer o fluxo da notificação do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) para os casos de DST.

III. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E OUTRAS INFECÇÕES PREVALENTES DO TRATO GENITAL INFERIOR

ABORDAGEM SINDRÔMICA

I INTRODUÇÃO

Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem permanecer assintomáticas ou evoluir para doenças sintomáticas como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais¹. Isso, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos, permanecendo transmissores e mantendo-se como elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções. Se, por um lado não é possível conhecer a real magnitude das DST no Brasil, a sua transcendência é por demais conhecida²:

- São consideradas atualmente o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV.
- Algumas, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo o óbito.
- Durante a gestação, algumas podem ser transmitidas ao feto, causando-lhe importantes lesões ou mesmo provocando o abortamento.
- Podem causar grande impacto psicológico em seus portadores, levando-os muitas vezes a tomar iniciativas equivocadas, como procurar assistência com pessoas sem a devida formação para tal (balconistas de farmácia, curandeiros etc.), e a prática inadequada da automedicação.
- Causam também grande impacto social, que se traduz em custos indiretos para a economia do país e que, somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam os custos totais.

Apesar disso, as DST são agravos que podem ser evitados com ações de prevenção primária como, por exemplo, o uso adequado de preservativos em todas as relações

¹Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Para publicação.

²Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 1999 - 3ª edição.

sexuais. Com exceção das DST causadas por vírus, existem tratamentos eficazes para todas elas. Portanto, na medida em que se consiga conscientizar o portador da necessidade de procurar rapidamente um serviço de saúde para receber orientação e tratamento adequados, lograr-se-á romper a cadeia de transmissão dessas doenças e, conseqüentemente, da infecção pelo HIV.

Assim, o controle das DST é possível, desde que existam programas de prevenção e uma rede de serviços resolutivos. Para isso as unidades de saúde devem ser acessíveis para pronto atendimento e ter profissionais preparados para realizar acolhimento, aconselhamento, diagnóstico e tratamento imediatos aos portadores de DST e de seus parceiros sexuais. É necessário também que tenham a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos.

Por outro lado, essas ações demandam e dependem da implementação de um sistema de vigilância epidemiológica simples, factível, ágil e consistente, e que não dependa de demorados procedimentos diagnósticos e investigativos para que a notificação seja realizada. Esse sistema deve atentar para a heterogeneidade da epidemiologia dessas doenças e empregar metodologias complementares para traçar um panorama da ocorrência das DST.

O atendimento de pacientes com DST tem os seguintes objetivos:

1. Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível.
2. Evitar as complicações advindas das DST assim como a transmissão do HIV.
3. A regressão imediata dos sintomas.

O objetivo desse atendimento é tentar prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados. Instrumentos específicos já desenvolvidos e testados, os fluxogramas auxiliarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões para o diagnóstico das DST. Seguindo os passos dos fluxogramas, o profissional estará habilitado a:

1. Fazer o diagnóstico sindrômico.
2. Iniciar o tratamento imediatamente.
3. Realizar aconselhamento para:
 - a) A testagem para o HIV (anti-HIV) e sífilis (VDRL).
 - b) A adesão ao tratamento.
 - c) A promoção do uso de preservativos (masculino ou feminino) com vistas à redução de riscos de reinfecção e transmissão para o(s) parceiros(s) sexual(is).
 - d) A convocação do(s) parceiro(s) para o diagnóstico e o tratamento de DST e infecção pelo HIV.

Pelo exposto, podemos concluir que o atendimento e tratamento imediatos dos portadores de DST, pela abordagem sindrômica, não é apenas uma ação curativa, é antes de tudo uma ação preventiva.

Os fluxogramas para o diagnóstico sindrômico constituem-se em uma série de quadros de ação e decisão que contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes. Após a identificação do problema clínico, que se encontra no topo do fluxograma, o profissional deve seguir passo a passo, tomando as decisões necessárias, de acordo com os achados clínicos. Ao final de cada fluxograma são apresentadas as informações correspondentes a cada quadro de decisão e ação (notas de esclarecimento).

Observação:

Informações mais detalhadas estão disponíveis no Manual de Controle das DST (publicação do Ministério da Saúde – disponível em www.aids.gov.br).

A figura abaixo exemplifica a situação atual das DST, da infecção à cura. Essa situação poderá ser revertida com a universalização da assistência às DST no SUS, propiciada pela abordagem sindrômica.



Fonte: Organização Mundial de Saúde

2 ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DST

Os fluxogramas específicos foram desenvolvidos a partir da queixa principal que motivou o(a) paciente a buscar o atendimento, e pelos achados etiológicos mais prevalentes em cada síndrome e ajustados a partir de um estudo de validação nacional.

2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A anamnese e o exame físico do(a) paciente constituem-se nos principais elementos diagnósticos das DST, mesmo quando disponíveis os recursos de laboratório. O profissional de saúde, conhecendo os principais aspectos anatômicos e funcionais, tanto do organismo masculino quanto do feminino, poderá associar os dados da anamnese e fazer um diagnóstico de presunção das principais síndromes (abordagem sindrômica).

Como falar em DST implica lidar com questões de foro íntimo, decorrentes do exercício da sexualidade, uma anamnese consistente e precisa implica a construção de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o(a) paciente em atendimento. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas deverão ser evitadas, garantindo o diálogo, apesar das diferenças.

As equipes da Atenção Básica têm permanentemente a oportunidade de conversar sobre aspectos da intimidade da vida do(a) paciente e, portanto, precisam ter clareza de que questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, violência, conceito de risco, de vulnerabilidade e outros, são apresentados das mais variadas formas, de acordo com a história de vida e os valores do profissional e do paciente. Caso essas condições não sejam garantidas, poderão ocorrer: a omissão de informações necessárias para a realização do diagnóstico; despreocupação ou superdimensionamento quanto à gravidade da doença causando, dessa forma, angústias desnecessárias e, até mesmo, desajustes nos relacionamentos.

Nesse sentido, o(a) paciente deverá ser visto(a) como um todo, com sentimentos, crenças e valores determinantes das práticas de risco e atitudes diante do tratamento prescrito. É importante lembrar que outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências etc.), o estado nutricional, as associações entre as diferentes DST (co-infecções) e o uso de medicamentos, podem interferir tanto no diagnóstico como no tratamento da DST que motivou a consulta.

Sendo assim, deverá ser realizado o exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outros agravos por meio de inspeção geral, controle de pressão arterial, toque retal etc. Nas mulheres, realizar a palpação das mamas e, quando houver indicação, a citologia oncótica do colo do útero.

Lembre-se que:

Uma queixa de corrimento vaginal pode não significar DST.

Diversas DST podem apresentar-se de maneira assintomática na mulher, durante período variável de tempo, aumentando o risco de complicações graves.

Exame Físico: Observar pele e mucosas, particularmente couro cabeludo, orofaringe, palma das mãos, plantas dos pés e genitais. Palpar os gânglios de todos os segmentos corporais. Quaisquer lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto-relevo, hiperêmica, hipercrômica, circular, irregular, circinada etc.) deverão ser anotadas e correlacionadas com a história em questão.

A sífilis é uma doença sistêmica, manifestando-se nos genitais e em outros locais, tais como orofaringe, couro cabeludo, sistema nervoso central etc. A gonorréia pode apresentar formas diferentes da enfermidade, abrangendo regiões não-genitais (faringite, osteoartrite, conjuntivite, periepatite etc.). O eritema multiforme e a cefaléia podem acompanhar o linfogranuloma venéreo.

Assim sendo, as DST não devem ser procuradas por sinais isolados, mas sim por um conjunto de informações e de dados clínicos que possam sugerir o diagnóstico.

Exame genital feminino: Para a adequada realização do exame, o profissional necessitará contar com a cooperação da paciente. Para tanto, deverá captar sua confiança, descrevendo todos os procedimentos a serem realizados, ressaltando o fato de que o exame não é doloroso, mas depende do relaxamento da mulher, e que o material a ser utilizado é esterilizado. O exame deve ser realizado com a paciente em posição ginecológica.

No **exame estático**, deve-se observar a disposição dos pêlos, conformações anatômicas (grandes e pequenos lábios, clitóris, hímen, Monte de Vênus, períneo, borda anal), distrofias, discromias, tumorações, ulcerações etc.

Para o **exame dinâmico**, utilizar luvas de procedimento descartáveis. Deve-se colocar os dedos indicador e médio no intróito vaginal, na região que corresponde às glândulas de Bartholin (correspondendo à posição aproximada das “5” e “7” horas), e tracioná-las para baixo e para fora. Com isso pode-se entreabrir a vulva, que ficará completamente exposta, solicitando-se à paciente para aumentar a pressão intra-abdominal, facilitando a introdução do espelho.

O **exame especular** deverá ser feito após breve explicação à paciente sobre o procedimento, na seguinte ordem:

1. Colocar o espelho sempre com uma inclinação de 75°, pressionando a parede posterior da vagina, evitando o traumatismo de uretra e bexiga, exercendo rotação do espelho para a posição horizontal e abrindo-o até a exposição do colo do útero.
2. Observar a coloração e o pregueamento vaginal, além do aspecto do colo do útero, principalmente da secreção cervical.
3. Não havendo secreção vaginal ou cervical anormal, ou após o tratamento das secreções ou lesões, coletar material para colpocitologia oncótica, quando houver indicação.
4. Quando em presença de secreção anormal ou friabilidade do colo, lesões vegetantes ou ulceradas, efetuar a coleta do material com técnica adequada para análise laboratorial, quando disponível na Unidade Básica de Saúde. As pacientes devem ser tratadas imediatamente, de acordo com a abordagem sindrômica descrita neste Caderno. Se por ocasião do retorno da paciente para o controle de cura o problema persistir, encaminhar a paciente para o serviço de referência mais próximo, ou medicar segundo o resultado da análise laboratorial quando esta tiver sido realizada na Unidade Básica de Saúde.
5. Quando houver indicação a coleta da citologia oncótica cervical deve ser realizada após o tratamento das DST.
6. Quando o profissional suspeitar da impossibilidade de retorno da usuária para a realização do exame preventivo do câncer de colo do útero, a coleta pode ser feita imediatamente.

As ações de controle do câncer do colo do útero estão disponíveis no Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, do Ministério da Saúde, 2006.

A retirada do espéculo deverá ser tão cuidadosa quanto a sua colocação, evitando-se prender o colo entre as lâminas do espéculo ou retirando-se o mesmo totalmente aberto, o que poderá causar dor e traumatismo uretral. Durante a retirada, lenta e cuidadosa, observar as paredes vaginais.

Nota: as coletas dos materiais deverão ser feitas antes de qualquer lubrificação ou limpeza, devendo ser evitada, portanto, a colocação de vaselina no espéculo.

○ **toque vaginal** também deverá ser previamente explicado à paciente e realizado com luva previamente lubrificada. Deve-se usar inicialmente o dedo indicador para deprimir o períneo posterior, o que contribuirá para o relaxamento da musculatura. São introduzidos então o dedo médio e o indicador, procurando sentir a elasticidade vaginal, presença de tumorações e/ou abaulamentos, consistência e tamanho do colo e aberturas do canal cervical. Movendo-se o colo para um lado e outro, traciona-se os ligamentos cardinais e largo, podendo evidenciar-se a presença de dor, sugerindo processos inflamatórios, o que é fundamental para o diagnóstico de DIP (doença inflamatória pélvica).

Somente após todas essas manobras é que se deve tocar com a outra mão a parede abdominal da paciente, sempre respeitando os movimentos respiratórios e aproveitando a expiração para a palpação profunda. A mão vaginal empurra o colo e o útero para cima, de modo que o fundo possa ser palpado entre a mão abdominal e a vaginal. Durante a palpação, notar seu tamanho, a consistência, a mobilidade, a regularidade de sua forma, o ângulo em relação ao colo e à vagina e a possível sensibilidade da paciente.

As regiões anexas são palpadas inserindo os dedos na vagina lateralmente ao colo, até o fundo do fórnix, e tracionando as estruturas na pelve com a mão abdominal. As estruturas anexas (ligamento largo, trompa e ovário) são palpadas entre as duas mãos. Essas estruturas podem não ser palpáveis, principalmente em mulheres após a menopausa ou obesas. Geralmente as trompas não são palpáveis, a menos que estejam aumentadas. Deve-se procurar por massas e alterações da sensibilidade. O tamanho, a forma, a consistência e a sensibilidade de qualquer massa também devem ser determinados.

○ **toque retal**, quando indicado, deverá ser explicado para a paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir à paciente para fazer força abdominal (Manobra de Valsalva) durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de massas. Utilizando a mesma técnica abdomino-vaginal, as estruturas pélvicas são novamente palpadas. Deve-se prestar atenção especial ao

septo retovaginal, aos ligamentos uterossacrais, ao fundo de saco de Douglas e ao fundo uterino posterior. É durante esse exame que melhor se encontram massas do fundo de saco.

Exame genital masculino: Para uma melhor inspeção, tanto da região inguinal quanto dos órgãos genitais externos, o paciente deverá estar em pé, com as pernas afastadas, e o clínico sentado à sua frente. Para a região anorretal, o paciente deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou, melhor ainda, deitado em decúbito lateral com leve anteflexão do tronco e da coxa não encostada na maca.

Observar e palpar cadeias ganglionares e quaisquer outras tumorações, ulcerações, fístulas, fissuras etc. Notar possíveis desvios do eixo peniano, aberturas anômalas da uretra, assimetria testicular, processo inflamatório da bolsa escrotal.

○ **toque retal**, quando indicado, deverá ser previamente explicado ao paciente, e realizado com uso de lubrificante. Facilita o exame pedir ao paciente para fazer força abdominal (Manobra de Valsalva) durante a inserção do dedo examinador. Palpa-se o canal anal à procura de tumorações e saliências, além de alterações da próstata.

2.2 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL/TRATAMENTO

A utilização dos fluxogramas abaixo especificados, desenvolvidos, testados e validados para a realidade brasileira, provê a possibilidade de diagnóstico e tratamento adequados e imediatos para cada síndrome, e assim a ruptura imediata da cadeia de transmissão. Quando, durante a leitura dos parágrafos relativos ao tratamento houver o sinal “+” entre as colunas ou linhas deve-se interpretar como a associação de uma das opções de antibióticos da primeira com uma das opções da segunda coluna ou linha.

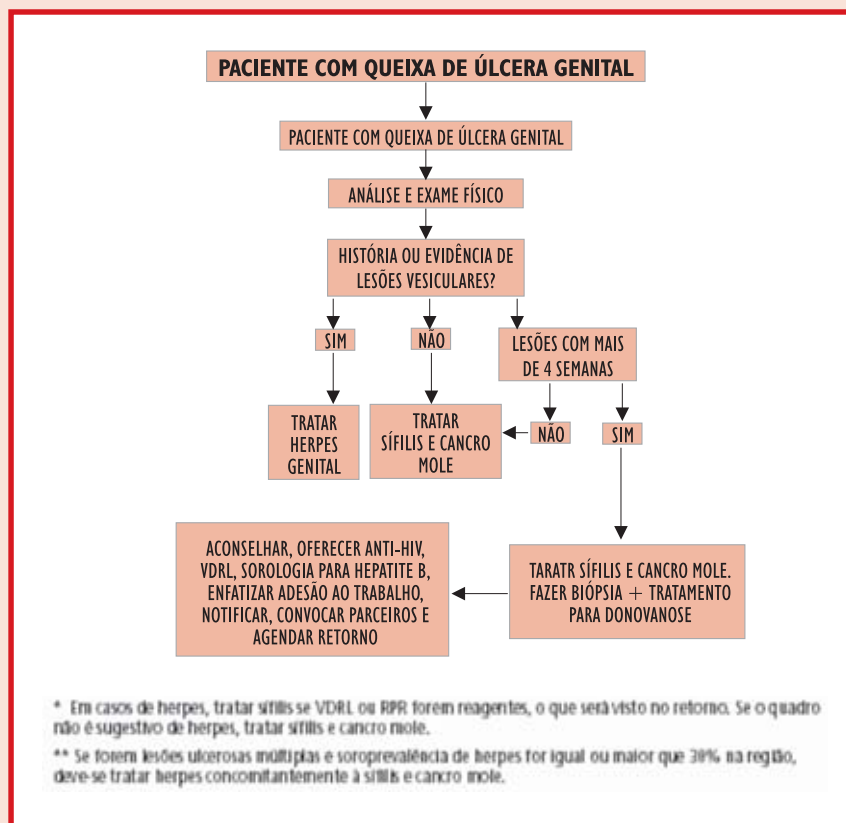
A coleta de materiais para exames laboratoriais deverá ser realizada, sempre que possível, na ocasião da primeira consulta. Isso possibilitará a complementação terapêutica, quando se fizer necessário, por ocasião do retorno do paciente (para avaliação de cura ou quando da persistência dos sintomas), contribuindo, também, para o conhecimento da prevalência dos agentes etiológicos na área de abrangência. Para maiores detalhes quanto à correta técnica de coleta desses materiais, consultar os manuais técnicos do TELELAB, sistema de treinamento à distância para profissionais de laboratório ou os responsáveis diretos pela coleta dos espécimes (na página do Programa Nacional de DST e Aids - www.aids.gov.br, ou por meio do endereço eletrônico telelab@aims.gov.br).

2.3 FLUXOGRAMAS

Os fluxogramas são a base de consulta e orientação do profissional de saúde na tomada de decisões. O quadro abaixo resume os fluxogramas que serão vistos a seguir:

FLUXOGRAMAS	ÚLCERA GENITAL
	CORRIMENTO URETRAL E CORRIMENTO CERVICAL
	CORRIMENTO VAGINAL
	DOR PÉLVICA
Lembrar que no atendimento de pessoa com DST, o profissional de saúde deverá incluir:	
1. Exame clínico-genital minucioso, visando à busca de outras DST coexistentes.	
2. Aconselhamento que permita a percepção e a adoção de práticas para a redução de risco como, por exemplo, o uso de preservativos.	
3. Oferecimento do teste anti-HIV e de sífilis.	
4. Orientações para adesão ao tratamento instituído e às outras recomendações.	
5. Diagnóstico e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is).	
6. Notificação do caso.	

ÚLCERAS GENITAIS



PACIENTE COM QUEIXA DE ÚLCERA GENITAL

- O quadro representa a principal queixa da pessoa ao se apresentar no serviço de saúde.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- Quadro de ação que indica a necessidade de avaliar as características da úlcera genital e a existência de outro sinal de DST.
- Deve-se examinar a genitália externa e interna (na mulher), inspecionar períneo e região anorretal, observar e palpar a região inguinal e cadeias ganglionares. Sempre que possível, coletar material para o diagnóstico etiológico.

HISTÓRIA OU EVIDÊNCIA DE LESÕES VESICULOSAS?

- Quadro de decisão que mostra a necessidade de se investigar a possibilidade de ser um episódio de herpes genital. É suficiente para o diagnóstico a evidência ou história de vesículas agrupadas em “cacho”, sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ardência, prurido ou sintomas uretrais, especialmente com história de recorrência das lesões.

TRATAR HERPES GENITAL

No primeiro episódio de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com:	Nas recorrências de herpes genital, o tratamento deve ser iniciado de preferência quando aparecerem os primeiros pródromos (dores articulares, aumento de sensibilidade, prurido) com:
Aciclovir 400 mg , VO, 8/8 horas por 7 dias, ou aciclovir 200mg, VO, 4/4 horas por 7 dias; ou	Aciclovir 400 mg , VO, 8/8 horas por 5 dias, ou
Valaciclovir 1 g , VO, 12/12 horas por 7 a 10 dias; ou	Valaciclovir 500 mg , VO, 12/12 horas por 5 dias; ou
Famciclovir 250 mg , VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.	Famciclovir 125 mg , VO, 12/12 horas por 5 dias.

No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, o tratamento deve ser injetável:

Aciclovir 5 a 10 mg por kg de peso, IV, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias ou até resolução clínica do caso.

Gestantes: evitar tratar as recidivas. Tratar o primeiro episódio com:

Aciclovir 400 mg, VO, 8/8 horas por 7 a 10 dias.

TRATAR SÍFILIS E CANCRO MOLE

Como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole, respectivamente:

SÍFILIS PRIMÁRIA	CANCRO MOLE
Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI , via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega); ou	Azitromicina 1 g , VO, em dose única; ou
Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg , VO, 6/6 horas por 15 dias (menos eficaz que a penicilina).	Ciprofloxacino 500 mg , VO, 12/12 horas, por 3 dias (contra-indicado para gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou
	Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg , VO, de 6/6 horas, por 7 dias; ou
	Ceftriaxona 250 mg , IM, dose única.

Gestantes: tratar sífilis e cancro mole respectivamente com:

Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única. + **Eritromicina (estearato) 500 mg**, VO, de 6/6 horas, por 7 dias, ou até a cura clínica.

Observação:

Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas (ver capítulo IV, item 8 pp.87-88). Na impossibilidade, podem ser tratadas com Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis com até 1 ano de evolução, ou recente) ou 30 dias (sífilis com mais de 1 ano de evolução, ou tardia). Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo obrigatória à investigação e tratamento adequados da criança ainda na maternidade (ver capítulo IV, Anexo I, pp.94-96). A equipe de Atenção Básica deve encaminhar a criança ao serviço especializado caso essas recomendações não tenham sido cumpridas.

LESÕES COM MAIS DE QUATRO SEMANAS?

Lesões com mais de quatro semanas podem significar quadro crônico compatível com donovnose, neoplasias ou outras patologias.

REFERENCIAR PARA A REALIZAÇÃO DE BIÓPSIA E INICIAR TRATAMENTO PARA DONOVANOSE

Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia para investigar neoplasias e outras patologias. Tratar sífilis e cancro mole (conforme esquema referido acima) e, simultaneamente, iniciar o tratamento para **donovnose** com:

Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica (contra-indicado para gestantes, nutrízes e crianças menores de 10 anos); **ou**

Eritromicina (estearato), 500 mg, VO, de 6/6 horas, por no mínimo 3 semanas, ou até a cura clínica.

Sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas, ou até a cura clínica; ou

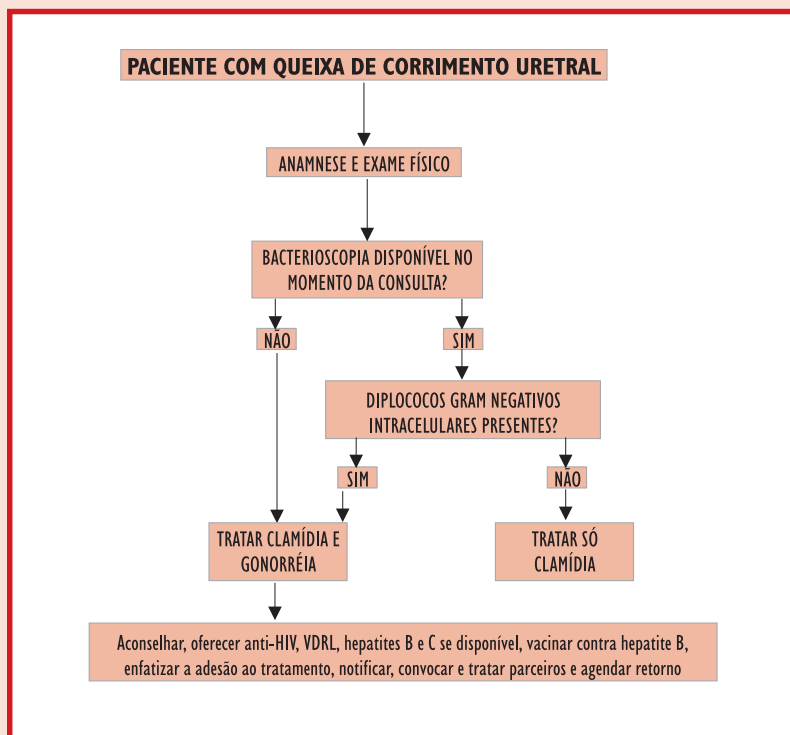
Tetraciclina 500 mg, de 6/6 horas, durante 3 semanas ou até a cura clínica; ou Azitromicina 1 g, VO, em dose única, seguido por 500 mg VO/dia por 3 semanas ou até cicatrizar as lesões.

REALIZAR ACONSELHAMENTO, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ENFATIZAR A ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES E AO TRATAMENTO, DIAGNOSTICAR E TRATAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR, AGENDAR RETORNO.

Esse quadro de ação apóia-se nas seguintes recomendações:

- Conversar com a pessoa sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis e para o HIV, uma vez que é muito freqüente a presença de mais de uma DST.
- Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas. Caso não seja possível, fazer uso do preservativo.
- Oferecer e estimular o uso de preservativos em todas as relações sexuais, orientando quanto à técnica de uso.
- Encorajar a pessoa a comunicar ao(s) parceiro(s) sexual(is), dos últimos três meses, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à pessoa cartão(ões) de convocação de parceiro(s), devidamente preenchido(s). Essa atividade é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção.
- Notificar o caso no formulário apropriado (SINAN).
- Agendar o retorno da pessoa para o controle de cura e entrega de resultados dos exames laboratoriais, quando realizados.
- No caso de donovanose, alertar para a longa duração do tratamento e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, encaminhar para serviço especializado.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde sempre que suspeitar de DST.

Deve-se aproveitar essa oportunidade para a coleta de material para a citologia oncótica (Papanicolaou), sendo essa indicação norteadas pelas normas e diretrizes do programa de prevenção do câncer de colo do útero.

CORRIMENTO URETRAL**NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO URETRAL****PACIENTE COM QUEIXA DE CORRIMENTO URETRAL**

Esse quadro representa a principal queixa da pessoa ao se apresentar no serviço de saúde.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Quadro de ação que indica a necessidade de avaliar as características do corrimento uretral e a existência de outro sinal de DST. Ao exame físico, com o prepúcio retraído, verificar se o corrimento provém realmente do meato uretral. Se não houver corrimento visível, solicitar ao paciente que ordene a uretra, comprimindo o pênis da base à glândula. Se mesmo assim não se observar o corrimento, sendo a história consistente, siga o fluxograma considerando a queixa principal.

BACTERIOSCOPIA DISPONÍVEL NO MOMENTO DA CONSULTA?

Esse quadro de decisão indica que a bacterioscopia auxilia na conduta a ser seguida. Deve-se questionar o paciente sobre a utilização prévia de antibióticos ou sobre uma eventual micção imediatamente anterior à coleta do material, o que poderia comprometer sua qualidade.

DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS INTRACELULARES³ PRESENTES?

SIM: diagnosticar-se gonorréia. Nesse caso trata-se gonorréia e clamídia, em virtude de não haver a possibilidade de descartar a co-infecção pela clamídia.

NÃO: tratar apenas a infecção por clamídia.

TRATAR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

Esse quadro de ação orienta o tratamento simultâneo para infecção por clamídia e gonorréia, respectivamente com:

CLAMÍDIA		GONORRÉIA
Azitromicina 1 g, VO, em dose única; ou		Ciprofloxacina 500 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos e em gestantes/nutrizes); ou
Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, durante 7 dias (contra-indicado para gestantes, nutrizes e crianças menores de 10 anos).	+	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
Eritromicina (estearato/estolato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias.		Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou
		Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos e em gestantes/nutrizes).

TRATAR CLAMÍDIA

Esse quadro de ação indica que se estiverem ausentes os diplococos, deve-se tratar apenas a clamídia, segundo o esquema acima.

ATENÇÃO: em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

Eritromicina 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias, + Metronidazol 2 g, VO, dose única.

REALIZAR ACONSELHAMENTO, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ENFATIZAR A ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES E AO TRATAMENTO, DIAGNOSTICAR E TRATAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR, AGENDAR RETORNO.

Esse quadro de ação apóia-se nas seguintes recomendações:

- Conversar com a pessoa sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis e para o HIV, uma vez que é muito freqüente a presença de mais de uma DST.
- Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas. Caso não seja possível, fazer uso do preservativo.

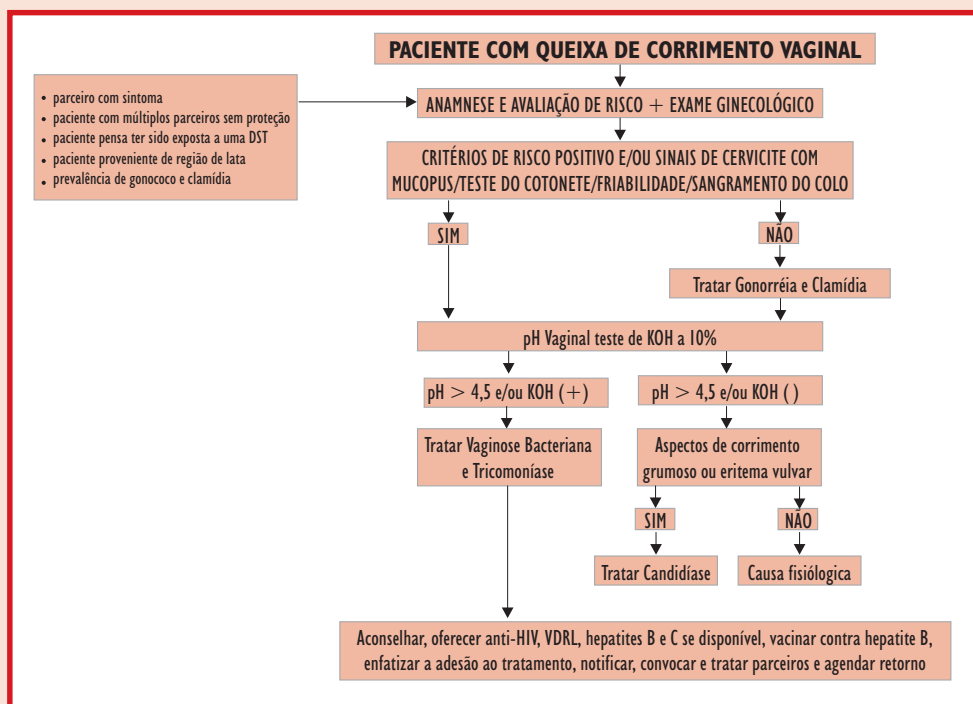
³A presença de diplococos exclusivamente extracelulares também define o diagnóstico de gonorréia.

- Oferecer e estimular o uso de preservativos em todas as relações sexuais, orientando quanto à técnica de uso.
- Encorajar a pessoa a comunicar ao(s) parceiro(s) sexual(is) dos últimos três meses, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à pessoa cartão(ões) de convocação de parceiro(s), devidamente preenchido(s). Essa atividade é fundamental para interromper a cadeia de transmissão e evitar a reinfecção.
- Notificar o caso no formulário apropriado (SINAN).
- Agendar o retorno da pessoa para o controle de cura e entrega de resultados dos exames laboratoriais, quando realizados.
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde sempre que suspeitar de DST.

Quando houver indicação, deve-se aproveitar a oportunidade para a coleta de material para a citologia oncótica (Papanicolaou). A indicação para realização desse exame está norteadas nas normas e diretrizes do programa de prevenção do câncer de colo do útero.

CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

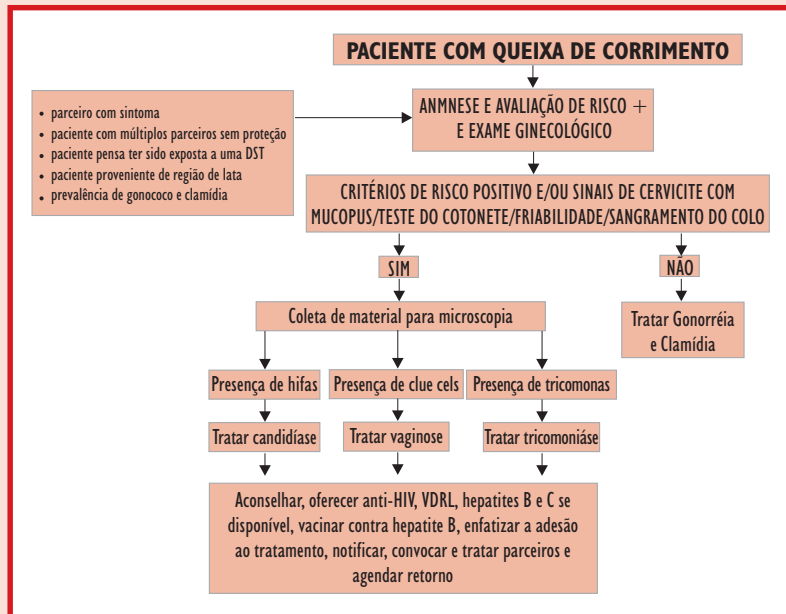
SEM MICROSCOPIA



CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE

COM MICROSCOPIA

57



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTOS VAGINAIS

PACIENTES COM QUEIXA DE CORRIMENTO VAGINAL, OU PRESENÇA DE CORRIMENTO DETECTADA PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE.

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrito o corrimento vaginal como a principal queixa da mulher ao se apresentar no serviço de saúde, ou como achado clínico ao exame ginecológico.

ANAMNESE (DETERMINAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE RISCO)

Em mulheres com queixa espontânea de corrimento vaginal, realizar anamnese incluindo os critérios de risco para identificação daquelas com maior possibilidade de infecção cervical por gonococo ou clamídia. Nestes casos, mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente será considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante, como descrito adiante. A presença de qualquer critério é suficiente para indicar tratamento.

Critérios de risco para infecção cervical (WHO. RTI 2004):

- Parceiro com sintomas.
- Paciente com múltiplos parceiros, sem proteção.
- Paciente acredita ter se exposto a DST.
- Paciente proveniente de áreas de alta prevalência de gonococo (> 10%) e clamídia (> 20%).

EXAME CLÍNICO-GINECOLÓGICO

É parte essencial do fluxograma de conduta e deve ser realizado segundo os passos abaixo:

- Examinar a genitália externa e região anal.
- Separar os lábios vaginais para visualizar o intróito vaginal integralmente.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e 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” = lâmina com uma gota de KOH 10% sobre uma gota de conteúdo vaginal, sendo positivo se cheiro de peixe podre) e para realização da bacterioscopia, quando disponível.
- Fazer teste do cotonete do conteúdo cervical (colher *swab* endocervical com cotonete e observar se muco purulento contrapondo em papel branco).
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos, pesquisa de clamídia.

(I) MUCOPUS ENDOCERVICAL OU COLO FRIÁVEL OU DOR À MOBILIZAÇÃO DO COLO OU SCORE DE RISCO MAIOR OU IGUAL A DOIS?

 sim

Se a paciente apresentar os sinais clínicos de cervicite (mucopus ou colo friável) ou apresentar score de risco maior ou igual a dois, recomenda-se o tratamento **simultâneo** para as causas mais comuns e importantes de cervicite, que são **gonorréia** e **clamídia**.

TRATAR INFECÇÃO POR CLAMÍDIA E GONORRÉIA

CLAMÍDIA	GONORRÉIA
Azitromicina , 1g, VO, dose única; ou	Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou
Doxiciclina 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 10 anos); ou	Ciprofloxacino 500 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrízes e menores de 18 anos); ou Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou
Eritromicina (estearato) , 500 mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias.	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou
	Tianfenicol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias.

CLAMÍDIA	GONORRÉIA
Amoxicilina 500 mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias; ou	Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou
Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 06/06 horas, por 7 dias; ou	+ Ofloxacina 400 mg , VO, dose única; ou
Eritromicina (estearato) 250 mg, VO, de 06/06 horas, por 14 dias (casos de intolerância gástrica); ou	Espectinomicina 2 g IM, dose única.
Azitromicina 1 g, VO, dose única.	

PARCEIROS

Tratar conforme preconizado para o caso índice.

PORTADORAS DO HIV

Pacientes infectadas pelo HIV devem ser tratadas com os esquemas acima referidos.

(II) CORRIMENTO VAGINAL PRESENTE?

 não

Não havendo evidências de corrimento vaginal nem sinais de cervicite, e sendo avaliado os critérios de risco, deve-se **pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas**.

As causas fisiológicas e/ou não infecciosas podem ser assim investigadas:

- A vagina apresenta normalmente secreções fisiológicas que podem aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente.
- As secreções também podem ser de origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno).

A paciente deve ser esclarecida sobre essas possibilidades e orientada para retorno quando indicado.

Devem ser oferecidos os testes para sífilis e anti-HIV após o aconselhamento.

A citologia oncótica deve ser realizada quando houver indicação, segundo as diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino.

(II) CORRIMENTO VAGINAL PRESENTE?

 sim

Havendo evidências de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível proceder à análise microscópica que é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal, seguindo as etapas do fluxograma.

MICROSCOPIA DISPONÍVEL NA CONSULTA?

sim

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para preparar o conteúdo vaginal para análise microscópica: a fresco, com KOH a 10%, ou pelo método de Gram. A seguir alguns possíveis achados e respectivos diagnósticos:

- *Clue-cells* (“células-chave”) e/ou a ausência de lactobacilos = vaginose bacteriana.
- Microorganismos flagelados móveis = tricomoníase.
- Hifas ou micélios birrefringentes semelhantes a um caniço e esporos de leveduras = candidíase (ver tratamentos sugeridos adiante).

MICROSCOPIA DISPONÍVEL NA CONSULTA?

não

Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar a medida do pH vaginal e o teste das aminas (“do cheiro”), que auxiliam a realização de um diagnóstico mais preciso que aquele baseado simplesmente no aspecto do corrimento (diagnóstico clínico), enganoso na maioria das vezes.

TESTE DO PH VAGINAL E/OU TESTE DAS AMINAS DISPONÍVEL?

não

Não estando disponíveis no momento da consulta o teste para a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal no exame especular, a paciente deve ser **tratada para todas as possíveis patologias** que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase (ver tratamentos sugeridos adiante).

TESTE DO PH VAGINAL E/OU TESTE DAS AMINAS DISPONÍVEL?

sim

O teste do pH vaginal e o teste das aminas (do KOH ou do cheiro) são testes fáceis, baratos e rápidos (ver procedimentos acima em Exame Clínico-Ginecológico). O valor do pH vaginal normal varia de 4 a 4,5. Estando, portanto, nessa faixa, deve-se pensar em causas fisiológicas ou não-infecciosas.

Ph MENOR QUE 4?

sim, sugere a presença de candidíase.

Ph MAIOR QUE 4,5?

sim, sugere tricomoníase e/ou vaginose bacteriana.

O teste das aminas positivo fornece o diagnóstico de vaginose bacteriana e, em alguns casos, da tricomoníase.

SE O TESTE DE PH FOR NORMAL (entre 4 e 4,5) E O TESTE DAS AMINAS FOR NEGATIVO:

É preciso investigar uma possível causa fisiológica e/ou não-infecciosa, conforme descrito anteriormente.

TRATAR TRICOMONÍASE

Metronidazol 2 g, VO, dose única, ou

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou

Secnidazol 2 g, VO, dose única; ou

Tinidazol 2 g, VO, dose única.

EM GESTANTES

Metronidazol 400 mg, VO, 12/12 horas por 7 dias ou metronidazol 250 mg, VO, 3 vezes ao dia por 7 dias. Observação: Tratar somente **após o fim do primeiro trimestre** de gravidez.

EM NUTRIZES

Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; ou Metronidazol 2 g, VO, dose única. Observação: **suspender o aleitamento por 24 horas.** A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

PARCEIROS

Tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento, em dose única.

PORTADORAS DO HIV:

Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

- Lembrar que apenas a tricomoníase é uma DST. A vaginose e a candidíase são infecções endógenas.
- O tratamento tópico isolado é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral, e nos casos de alcoolatria.
- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a **ingestão de álcool** (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e que se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, prurido ou *rash* cutâneo e "gosto metálico na boca").
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar

associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 ou 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.

- Durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais. Na impossibilidade, usar o preservativo.
- Recomendar à paciente manter o tratamento quando menstruar.

TRATAR VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou
Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou
Metronidazol Gel 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; ou
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou
Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes pois aumenta o risco de amniorexe prematura).

GESTANTES

Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após o final do primeiro trimestre); ou
Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; ou

NUTRIZES

Metronidazol 2 g, VO, dose única. Observação: **suspender o aleitamento por 24 horas**. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

PARCEIROS

Por não ser uma DST, o(s) parceiro(s) sexual(ais) não precisa(m) ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

PORTADORAS DO HIV

Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e que se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, prurido e/ou *rash* cutâneo, “gosto metálico na boca”)

O tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral e nos casos de alcoolatria.

TRATAR SIMULTANEAMENTE TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; ou
Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou
Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou
Secnidazol 2 g, VO, dose única.

EM GESTANTES

Metronidazol 400 mg, VO, 12/12 horas por 7 dias ou **metronidazol 250 mg**, VO, 3 vezes ao dia por 7 dias.
Observação: Tratar somente **após o fim do primeiro trimestre** de gravidez.

EM NUTRIZES

Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 12/12 horas, por 5 dias; **ou**

Metronidazol 2 g, VO, dose única. Observação: **suspender o aleitamento por 24 horas.**

A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

PARCEIROS

Tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento, em dose única.

PORTADORAS DO HIV

Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

- Lembrar que apenas a tricomoníase é uma DST. A vaginose e a candidíase são infecções endógenas.
- O tratamento tópico isolado é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral, e nos casos de alcoolatria.
- Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a **ingestão de álcool** (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e que se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, prurido ou *rash* cutâneo e “gosto metálico na boca”).
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, estas podem estar associadas à tricomoníase. Nesses casos, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia após 2 ou 3 meses, para avaliar se há persistência dessas alterações.
- Durante o tratamento, deve-se suspender as relações sexuais. Na impossibilidade, usar o preservativo.
- Recomendar à paciente manter o tratamento quando menstruar.

TRATAR VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**

Metronidazol 2 g, VO, dose única; **ou**

Metronidazol Gel 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 2 vezes ao dia, por 5 dias; **ou**

Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**

Clindamicina creme 2%, 1 aplicador à noite, por 7 dias (contra-indicado em gestantes pois aumenta o risco de amniorexe prematura).

GESTANTES

Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias (somente após o final do primeiro trimestre); **ou**

Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; **ou**

NUTRIZES

Metronidazol 2 g, VO, dose única. Observação: **suspender o aleitamento por 24 horas**. A nutriz deverá ser orientada para retirar o leite necessário para alimentar o bebê durante esse período, antes de iniciar o tratamento.

PARCEIROS

Por não ser uma DST, o(s) parceiro(s) sexual(ais) não precisa(m) ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

PORTADORAS DO HIV

Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações:

Durante o tratamento com qualquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro consequente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e que se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, prurido e/ou *rash* cutâneo, “gosto metálico na boca”)

○ tratamento tópico é indicado nos casos de intolerância aos medicamentos via oral e nos casos de alcoolatria.

TRATAR SIMULTANEAMENTE TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; **ou**

Metronidazol 2 g, VO, dose única; **ou**

Tinidazol 2 g, VO, dose única; **ou**

Secnidazol 2 g, VO, dose única.

GESTANTES

tratar após completado o primeiro trimestre com **Metronidazol** 250 mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias.

PARCEIROS

Metronidazol 2 g, VO dose única.

Portadoras do HIV

devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

TRATAR CANDIDÍASE

Miconazol, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite, ao deitar-se, por 7 dias; **ou**

Clotrimazol, creme vaginal a 1%, 1 aplicação via vaginal, à noite, ao deitar-se, durante 6 a 12 dias; **ou**

Clotrimazol, óvulos de 100 mg, 1 aplicação via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 7 dias; **ou**

Tioconazol creme a 6,5%, ou óvulos de 300 mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; **ou**

Fluconazol de 150 mg, VO em dose única ou **Itraconazol** 200 mg, VO, 12/12 horas em 24 horas; **ou**

Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação, via vaginal, à noite, ao deitar-se, por 14 dias.

O **tratamento sistêmico** deve ser feito somente nos **casos recorrentes ou de difícil controle**. Nesses casos, investigar causas sistêmicas predisponentes (diabetes, imunodeficiência etc.). Tratar com:

Itraconazol 200 mg, VO, de 12/12 horas, só duas doses; **ou**

Fluconazol 150 mg, VO, dose única; **ou**

Cetoconazol 400 mg, VO, por dia, por 5 dias.

GESTANTES

A candidíase vulvovaginal é muito comum no transcorrer da gravidez, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelece nesse período. Qualquer um dos tratamentos tópicos acima relacionados pode ser usado em gestantes. Deve ser dada preferência ao **Miconazol, Terconazol ou Clotrimazol, por um período de 7 dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico.**

PARCEIROS

Por não ser uma DST, o(s) parceiro(s) sexual(ais) não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

PORTADORAS DO HIV

Devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

Observações

- Em mulheres que apresentam quatro ou mais episódios por ano, devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, inclusive a infecção pelo HIV, uso de corticóides etc.
- Sempre orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

REALIZAR ACONSELHAMENTO, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, ENFATIZAR A ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES E AO TRATAMENTO, DIAGNOSTICAR E TRATAR PARCEIRO(S) NOS CASOS DE CERVICITE E TRICOMONÍASE, NOTIFICAR OS CASOS DE CERVICITE E AGENDAR RETORNO.

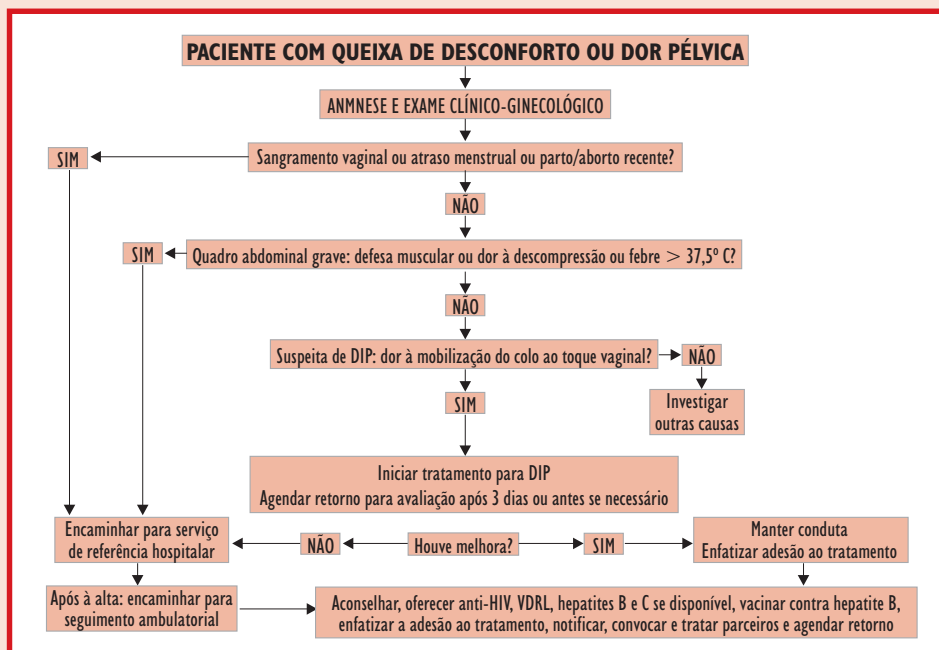
Esse quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Realizar aconselhamento e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para a paciente:

- Conduzir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas. Na impossibilidade, usar preservativos.
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, ou adotar outras formas de sexo seguro.
- Oferecer preservativos à paciente, orientando-a sobre a técnica de uso.
- Recomendar retorno ao serviço de saúde na reincidência de problemas genitais.
- A comunicação ao(s) parceiro(s) sexual(is) é indicada apenas nos casos em que a cervicite ou a tricomoníase forem a causa do corrimento vaginal. Nesses casos, fornecer à paciente cartão de convocação para parceiro(s) sexual(is) do último mês, devidamente preenchido(s) para que possa(m) ser atendido(s) e tratado(s). Essa atividade é fundamental para se interromper a cadeia de transmissão, e para evitar que a paciente se reinfecte.
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e para a coleta de material para a citologia oncológica (Papanicolaou), sendo essa indicação norteadas pelas normas e diretrizes do programa de Prevenção do Câncer de colo do útero.

Vaginose bacteriana e candidíase não são consideradas DST. São infecções do trato genital inferior muito prevalentes e requerem tratamento oportuno e adequado. Sua presença aumenta o risco de infecção pelo HIV e outras DST.

DOR PÉLVICA



ANAMNESE (DETERMINAR CRITÉRIOS DE RISCO)

Realizar anamnese determinando, neste momento, os critérios de risco, a fim de identificar as mulheres que podem ser portadoras de uma endocervicite assintomática, como demonstrado no fluxograma de corrimento vaginal. Se algum critério de risco for positivo, a paciente é considerada como portadora assintomática e deve receber o tratamento concomitante para Gonococo e Clamídia.

EXAME CLÍNICO – GINECOLÓGICO

Deve seguir os mesmos passos já descritos no fluxograma de corrimento vaginal. Se houver corrimento e possibilidade de apoio laboratorial, coletar material para realização de bacterioscopia, e fazer o teste do pH e o teste das aminas; em seguida, limpe o colo uterino e observe se existe mucopus endocervical (teste do cotonete) ou friabilidade do colo. Após exame da vulva, vagina, colo uterino e conteúdo vaginal, realizar o exame pélvico bimanual. Ao toque vaginal, pesquise hipersensibilidade do fundo de saco, dor à mobilização do colo ou anexos, e a presença de massas ou coleções.

SANGRAMENTO VAGINAL OU ATRASO MENSTRUAL OU PARTO/ABORTO RECENTE?

sim

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, perda de sangue pela vagina podem ter um quadro grave instalado, ou por se instalar, e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência.

QUADRO ABDOMINAL GRAVE: DEFESA MUSCULAR OU DOR À DESCOMPRESSÃO OU FEBRE > 37,5°C?

sim

Se a paciente apresenta febre maior que 37,5°C ou, ao exame abdominal, defesa muscular ou dor forte ou moderada à descompressão súbita, estaremos diante de um quadro abdominal grave. **A paciente deverá ser encaminhada para serviço de referência para a definição do diagnóstico, tratamento e seguimento de forma imediata e adequada.**

SUSPEITA DE DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP): DOR À MOBILIZAÇÃO DO COLO E DOR À PALPAÇÃO DE ANEXOS?

sim

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver defesa muscular, dor à descompressão ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente

em nível ambulatorial, este poderá ser realizado conforme esquema sugerido a seguir. Caso contrário, a paciente deve ser encaminhada imediatamente ao serviço de referência.

MUCOPUS ENDOCERVICAL OU COLO FRIÁVEL OU CRITÉRIOS DE RISCO?

 sim

Após a limpeza do colo uterino, se for observado mucopus endocervical ou friabilidade, configura-se o quadro de cervicite mucopurulenta. Não sendo identificados esses dois sinais, mas os critérios de risco positivo, conforme orientado acima, estabeleceu-se o diagnóstico presuntivo de endocervicite, devendo-se seguir, nestes casos, o fluxograma de Corrimentos Vaginais (apresentado anteriormente), com o objetivo de preservar a saúde reprodutiva da paciente.

 não

Outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, aderências, tumores ou varizes pélvicas, alterações gastro-intestinais (verminoses, constipação intestinal, colecistopatia). Algumas destas hipóteses diagnósticas só poderão ser investigadas em serviços de maior complexidade.

INICIAR TRATAMENTO PARA DIP E MARCAR RETORNO PARA AVALIAÇÃO APÓS 3 DIAS OU ANTES, SE NECESSÁRIO

O quadro de ação indica que, ao iniciar-se o tratamento para DIP na UBS, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias. Se não houver melhora em vinte e quatro horas, ou se houver piora do quadro, voltar imediatamente.

Em usuárias de DIU, esse dispositivo deve ser retirado tão logo se verifique resposta ao tratamento instituído (normalização da temperatura corporal, melhora do estado geral etc.).

Algumas medidas gerais devem ser recomendadas, tais como: repouso, abstinência sexual e o tratamento sintomático com analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais.

Os esquemas recomendados para antibioticoterapia de pacientes com DIP leve, sem sinais de peritonismo importante ou febre (tratamento ambulatorial) são :

Esquema 1	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única	+	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por + 14 dias; ou	Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 14 dias; ou	
Esquema 2	Ofloxacina 400 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias	+	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias	+	Metronidazol 500 mg VO de 12/12 horas, por 14 dias; ou

HOUVE MELHORA DO QUADRO?

sim

O tratamento instituído deve ser mantido, enfatizando a importância de ser concluído mesmo que já tenha havido grande melhora.

sim

Encaminhar para tratamento hospitalar.

REALIZAR ACONSELHAMENTO, OFERECER VDRL E ANTI-HIV, DIAGNOSTICAR E TRATAR PARCEIRO(S), NOTIFICAR E AGENDAR RETORNO.

O quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Realizar aconselhamento e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para a paciente:
- Concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido.
- Interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas.
- Após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo seguro.
- Oferecer preservativos à paciente, orientando-a sobre a técnica de uso.
- Recomendar seu retorno ao serviço de saúde se ela voltar a ter problemas genitais.
- Quando a queixa que motiva a consulta é de dor pélvica, a paciente deve ser encorajada a comunicar sobre a sua doença o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is) do último mês, para que possa(m) ser atendido(s) e tratado(s). Fornecer à paciente cartão de convocação para parceiro(s), devidamente preenchido(s). Essa atividade é fundamental para se romper a cadeia de transmissão, e para evitar que a paciente se reinfecte. **Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.**
- Notificar o caso no formulário apropriado.
- Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e para coleta de material para a citologia oncológica (Papanicolaou), sendo essa indicação norteadas pelas normas e diretrizes do programa de Prevenção do Câncer de colo do útero.

3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pesquisa de outras DST: as associações entre diferentes DST são freqüentes. Destaca-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV. Para isso, o cumprimento de todos os passos da anamnese, do exame físico e da coleta de secreções e de material para a realização do diagnóstico etiológico, o oferecimento dos testes sorológico para sífilis e anti-HIV e o aconselhamento, devem fazer parte da rotina.

Associação com o câncer cervical: a prevalência da infecção pelo HPV, entre as mulheres portadoras do HIV, aumenta com o declínio de sua imunidade (declínio no número de células T-CD4+) e com a progressão clínica da doença (aumento de carga viral).

O Exame de Papanicolau se mostra anormal em aproximadamente 25 a 40% das mulheres HIV positivas, o que significa taxas aumentadas de 10 a 11 vezes quando comparadas com as HIV negativas. A frequência e severidade das anormalidades aumentam com o comprometimento do estado clínico-laboratorial de sua infecção. Para maiores informações sobre o tema, consultar a publicação do Ministério da Saúde "Diagnóstico e Manejo Clínico da Infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) - Norma Técnica", Série Manuais n.º 48, 2003, também acessível na página do Programa Nacional de DST e Aids, www.aids.gov.br.

4 INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV)

4.1 CONCEITO

Doença infecciosa, de transmissão freqüentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

4.2 AGENTE ETIOLÓGICO

O Papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital.

Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino, da vulva, da vagina e da região anal.

4.3 Associação de subtipos HPV e doenças neoplásicas e seus precursores.

Classificação	Tipos de HPV	Associação com lesões cervicais
Baixo risco: Estão associados às infecções benignas do trato genital como o condiloma acuminado ou plano e neoplasias intraepiteliais de baixo grau. Estão presentes na maioria das infecções clinicamente aparentes (verrugas genitais visíveis) e podem aparecer na vulva, no colo uterino, na vagina, no pênis, no escroto, na uretra e no ânus.	<ul style="list-style-type: none"> • % 6, 11, 42, 43 e 44. 	<ul style="list-style-type: none"> • % 20,2% em NIC de baixo grau, praticamente inexistentes em carcinomas invasores
Alto risco: Possuem uma alta correlação com as neoplasias intraepiteliais de alto grau e carcinomas do colo uterino, da vulva, do ânus e do pênis (raro)	<ul style="list-style-type: none"> • % 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 59 e 68. • % 16. • % 18, 45, 46, 56. 	<ul style="list-style-type: none"> • % 23,8% em NIC de alto grau, mas em apenas 10,5% dos carcinomas invasores. • % 47,1% em NIC de alto grau ou carcinoma invasor. • % 6,5% em NIC de alto grau e 26,8 em Ca invasor.

5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST

5.1 OBJETIVOS

A vigilância das DST tem como objetivo fundamental oferecer subsídios para o planejamento, gerenciamento e avaliação das medidas de prevenção e controle dessas doenças.

5.2 OPERACIONALIZAÇÃO

A vigilância das DST tem como base a notificação imediata de determinadas doenças específicas e síndromes. Essa vigilância se completa com estudos de prevalência em diferentes populações que fornecem as estimativas e tendências nacionais.

5.3 O QUE SE NOTIFICA

Já se encontra inserida no SINAN uma lista de seis DST, sendo três síndromes e três doenças específicas (ver quadro abaixo), que será utilizada para notificação simplificada.

Essas doenças e síndromes (ver definições de casos ao final) são consideradas estratégicas do ponto de vista epidemiológico por: serem altamente incidentes e/ou prevalentes; por permitirem a identificação de uma população de alto risco para a aquisição do HIV (a dos portadores de DST); e pelo fato de seu monitoramento permitir ações concretas para o seu controle e para o controle da transmissão do HIV.

DST	CODIGO CID 10 (SINAN WINDOWS)
SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL)	N485
SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL	R36
SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL	N72
SÍFILIS EM ADULTOS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA)	A53
HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO)	A60
CONDILOMA ACUMINADO (VERRUGAS ANOGENITAIS)	A630

A utilização da notificação baseada em síndromes aumenta a sensibilidade e a agilidade do sistema⁴ e se apóia no fato de que os diagnósticos clínicos específicos de DST têm uma sensibilidade muito baixa⁵, já que diagnósticos etiológicos dependem de procedimentos laboratoriais demorados.

5.4 DEFINIÇÕES DE CASOS

- **SÍNDROME DA ÚLCERA GENITAL (EXCLUÍDO HERPES GENITAL):**
presença de lesão anogenital ulcerada, de origem não-traumática, excluída a evidência clínica ou antecedente de pequenas lesões vesiculosas, em homem ou mulher, associada ou não à bacterioscopia pelo Gram (com presença de estreptobacilos Gram negativos sugestivos de *H. ducreyi*), associada ou não à pesquisa de *Treponema pallidum* “em campo escuro” positiva, ou sorologia reagente para sífilis.
- **SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM:**
presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído e, se necessário, pela compressão da base do pênis em direção à glândula (“ordenha”), associado ou não à bacterioscopia com diplococos Gram negativos intracelulares ou cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*, associado ou não à presença de ELISA ou IMF Direta reagente para clamídia.
- **SÍNDROME DO CORRIMENTO CERVICAL:**
presença de mucopus cervical associado ou não à hiperemia, friabilidade, ectopia ou colpíte, verificados obrigatoriamente ao exame especular.
- **SÍFILIS (EXCLUÍDA A FORMA PRIMÁRIA):**
presença de sífilides papulosas disseminadas (principalmente palmo-plantares), e/ou condiloma plano, acompanhados ou não por poliadenomegalia, e sorologia positiva (sífilis secundária); ou sorologia positiva em portador assintomático de sífilis (sífilis latente); ou presença de lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurismas) ou articulares (artropatia de Charcot) e sorologia positiva (sífilis terciária).
- **HERPES GENITAL (APENAS O PRIMEIRO EPISÓDIO):**
evidência de pequenas lesões ulcerativas na região anogenital, que foram precedidas por lesões vesiculosas isoladas ou agrupadas em “cacho”, sobre base eritematosa, cujo aparecimento, por sua vez, foi precedido de ardor ou prurido, associado ou não com presença de células gigantes com inclusões intranucleares (de Tzank) ao exame microscópico direto do líquido vesiculoso ou sorologia positiva para HSV 1 ou 2.

⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNAIDS – Guidelines for Sexually Transmitted Diseases Surveillance, WHO / UNAIDS, 1999

⁵MOHERDAUI, F et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine), 1998; 74(supl 1):S38-S43

- CONDILOMA ACUMINADO / HPV:
presença de lesão vegetante característica ou subclínica na região anogenital, única ou múltipla, localizada ou difusa e de tamanho e visibilidade variáveis, além do encontro de alterações citopatológicas compatíveis com a infecção pelo HPV.

5.5 INSTRUMENTO DE NOTIFICAÇÃO

O formulário a ser utilizado para a notificação de casos de DST é a **Ficha Individual de Notificação do SINAN** já utilizada em todo o território nacional para a notificação de agravos. Não há uma ficha específica de notificação para as DST. As informações deverão contemplar:

- Agravado.
- Área geográfica (urbana/rua, bairro e rural/ sítio, chácara com referência).
- Gênero.
- Grupo etário.
- Grau de instrução.
- Unidade notificante.
- Data do início dos sintomas (úlceras genitais, herpes genital, corrimento uretral) ou data do diagnóstico (corrimento cervical, sífilis e condiloma acuminado).

5.6 FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE DST

Este fluxo proposto é o mesmo seguido pelas demais notificações feitas no SINAN.



5.7 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A consolidação e análise dos dados são feitas em todos os níveis. Como já foi apontado anteriormente, destaca-se a importância da análise no nível local.

PONTOS PARA REFLEXÃO:

1. Que estratégias operacionais serão necessárias para que sua UBS estabeleça o atendimento do(a) portador(a) de DST, observando os princípios da confidencialidade e do pronto atendimento para casos e parceiros?
2. Como as atividades educativas e de aconselhamento para casos de DST poderão ser incluídas na rotina de sua UBS?
3. Que recursos de laboratório poderão estar disponíveis, no momento da consulta de um(a) portador(a) de DST, em sua UBS?
4. Que estratégias serão utilizadas para garantir o acesso ao tratamento dos casos de DST?
5. Qual a contribuição da equipe de atenção básica para melhorar a Vigilância epidemiológica das DST na sua área de atuação?
6. Quais são as principais características desses agravos no nível local?
7. Como a equipe de atenção básica usa a VE dessas doenças para melhorar a sua atuação?
8. Quais as dificuldades para a implantação de um modelo que contemple a realidade local?
9. Quais as dificuldades locais para o desenvolvimento do fluxo de informação adequado?

IV. TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

75

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Conhecer a etiopatogenia da transmissão vertical (transmissão materno-fetal) da sífilis.
2. Conhecer as principais medidas para prevenção da sífilis materna.
3. Conhecer as principais medidas para prevenção da sífilis congênita.
4. Saber realizar o diagnóstico e tratamento da sífilis materna.
5. Compreender como se realizam o diagnóstico e tratamento da sífilis congênita.
6. Conhecer o instrumento de vigilância epidemiológica de casos de gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita.

IV. TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

I INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual ou materno-fetal, sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica de menor ou maior tempo de duração. A prevenção da sífilis congênita pode ser feita com medidas simples, de baixo custo e altamente eficazes, traduzidas no diagnóstico da sífilis materna e no tratamento adequado da mãe e de seu(s) parceiro(s) sexual(is), resultando no tratamento simultâneo do conceito. A ocorrência de casos de sífilis congênita revela falhas graves no sistema de saúde. **A sífilis congênita é considerada, portanto, um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante.**

2 AGENTE ETIOLÓGICO

O agente etiológico é o *Treponema pallidum*, uma bactéria espiroqueta, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

3 ETIOPATOGENIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

O *Treponema pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária atingindo o feto. Acreditava-se que a infecção fetal não ocorresse antes do 4º mês de gestação, entretanto já se constatou a presença de *T. pallidum* em fetos abortados desde com menos de 10 semanas de gestação. Isso aponta para o fato de que **a infecção do feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação**. O risco de transmissão ao feto varia de acordo com o estágio da doença na gestante. Assim, a taxa de transmissão vertical da sífilis nas fases primária e secundária da doença (com elevada carga treponêmica circulante), em mulheres não tratadas, é de 70 a 100%, reduzindo para 30% nas fases latentes (recente e tardia) ou terciária (redução da carga treponêmica causada pela resposta imunológica).

O desfecho da infecção treponêmica na gestação pode ser a prematuridade, abortamento espontâneo, óbito fetal (em até 40% dos casos de sífilis na gestação poderá ocorrer morte do feto ou do neonato); recém-nascidos sintomáticos (com as manifestações clássicas) e recém-nascidos assintomáticos. A ausência de sinais clínicos em recém-nascidos é freqüente (65 a 70% dos casos). Essas crianças aparentemente saudáveis apresentarão, se não tratadas, as manifestações tardias da doença, muitas vezes irreversíveis. A sífilis congênita apresenta, da mesma forma que a sífilis adquirida, dois estágios: o precoce, quando as manifestações clínicas são diagnosticadas até o segundo ano de vida; e o tardio, após esse período.

As alterações patológicas ocasionadas pela sífilis, observadas na mulher grávida, são as mesmas que ocorrem naquela não-grávida.

Lembrando:

A transmissão para o feto pode ocorrer em qualquer estágio da gestação;

A apresentação assintomática é a mais freqüente;

Até 40% das gestações que cursam com sífilis resultam em morte do concepto.

O objetivo maior é identificar e tratar as gestantes com sífilis e seu(s) parceiro(s), a fim de se evitar a transmissão para o feto.

4 QUADRO CLÍNICO - CLASSIFICAÇÃO

Sífilis Adquirida	Recente (com menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente.
	Tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária.
Sífilis Congênita	Recente (diagnosticados até o 2º ano de vida).
	Tardia (diagnosticados após o 2º ano de vida).

SÍFILIS PRIMÁRIA OU CANCRO DURO

O cancro duro, classicamente, caracteriza-se pela presença de lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21 dias), após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. No homem, o cancro aparece com maior freqüência na glândula e sulco bálano-prepucial. Na mulher, é mais comum nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. Eventualmente as lesões de inoculação surgem em outras áreas que não a genital.

SÍFILIS SECUNDÁRIA

Geralmente caracteriza-se pela presença de lesões cutâneo-mucosas, de 6 a 8 semanas após o aparecimento do cancro duro. As lesões são geralmente acompanhadas de poliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, há artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia. Mais raramente, observa-se comprometimento hepático e ocular, como uveíte. Dentre essas lesões, são comuns:

- Manchas eritematosas (roséolas), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme.
- Pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas a princípio, e, posteriormente, escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. A localização dessas lesões nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária.

- Alopécia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas.
- Lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placas mucosas).
- Lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano).

As lesões das fases primária e secundária são altamente infectantes; a manipulação dessas lesões pelo profissional de saúde deve ser cuidadosa, com o uso de luvas.

SÍFILIS LATENTE (RECENTE E TARDIA)

É a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos e, portanto, **tem o seu diagnóstico feito apenas por meio de testes sorológicos**. Sua duração é variável e seu curso poderá ser interrompido com sinais e sintomas da forma secundária (pode haver recorrência em aproximadamente 25% dos casos) ou terciária.

SÍFILIS TERCIÁRIA

Os sinais e sintomas geralmente aparecem de 3 a 12 anos ou mais após o início da infecção, principalmente por lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); neurológicas (*tabes dorsalis*, demência, goma cerebral); cardiovasculares (aneurisma aórtico) e osteo-articulares (gomas, artropatia de Charcot).

Não se observam, usualmente, treponemas nas lesões da fase terciária e as sorologias apresentam, usualmente, títulos baixos.

SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE

Quando os sinais e sintomas surgem **até o 2º(segundo) ano de vida**. Os principais são:

- Prematuridade.
- Baixo peso.
- Choro ao manuseio.
- Hepatomegalia e esplenomegalia.
- Rinite serosanguinolenta.
- Obstrução nasal.
- Osteocondrite.
- Periostite ou osteíte.
- Alterações respiratórias/pneumonia.
- Icterícia.
- Anemia severa.
- Hidropsia.

- Pseudoparalisia dos membros.
- Fissuras periorificiais (olhos, boca, ânus).
- Condiloma plano, pênfigo palmo-plantar e outras lesões cutâneas.

Sífilis congênita tardia

Quando os sinais e sintomas surgem **a partir do 2º (segundo) ano de vida**. Os principais são:

- Tíbia em lâmina de sabre.
- Fronte olímpica.
- Nariz em sela.
- Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson).
- Mandíbula curta.
- Arco palatino elevado.
- Ceratite intersticial.
- Surdez (lesão do 8º par craniano).
- Dificuldade no aprendizado.

ÓBITO FETAL (NATIMORTO) POR SÍFILIS

Considera-se o *natimorto* como caso de sífilis congênita, quando, diante da mãe portadora de sífilis não-tratada ou inadequadamente tratada (ver item 6.2 p.85 – Tratamento Inadequado da Sífilis Materna), temos um feto morto com idade igual ou superior a 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.

ABORTO POR SÍFILIS

Considera-se o *aborto* como caso de sífilis congênita, quando, diante da mãe portadora de sífilis não-tratada ou inadequadamente tratada (ver item 6.2 p.85 – Tratamento Inadequado da Sífilis Materna), temos um feto morto com idade inferior a 22 semanas de gestação ou com peso menor que 500 gramas.

5 EXAMES COMPLEMENTARES

5.1 NA SÍFILIS ADQUIRIDA

Pesquisa direta

É a pesquisa do *Treponema pallidum* em microscopia de campo escuro, prata (Fontana-Tribondeau), imunofluorescência direta ou Giemsa, em material proveniente de lesão ulcerada suspeita, ou do condiloma plano e placas mucosas da fase secundária

da doença. Esse exame, apesar de relativamente simples, exige técnica cuidadosa de coleta e nem sempre está disponível.

Sorologia não treponêmica

VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e **RPR** (*Rapid Plasm Reagin*) são exames qualitativos e quantitativos, **sendo utilizados para o diagnóstico e o seguimento pós-terapêutico**. Deve ser solicitado para **todas as gestantes** no mínimo duas vezes no pré-natal (na primeira consulta e no terceiro trimestre) e na internação para o parto, abortamento ou qualquer outra intercorrência durante a gestação. Todos os **portadores de DST** ou pessoas que se expuseram a **risco** de adquirir uma DST e para qualquer pessoa sempre que se suspeitar do diagnóstico de sífilis, em qualquer uma de suas fases, deve se solicitar o teste.

○ **VDRL** tende a tornar-se reativo a partir da segunda semana do aparecimento do cancro (sífilis primária), ou em torno de 50 dias do contágio, e sofre uma elevação ao longo do tempo; via de regra, a titulação está mais elevada na fase secundária da doença. Observa-se redução dos títulos a partir do primeiro ano de evolução da doença, mesmo sem tratamento. Havendo o tratamento correto, observa-se a queda dos títulos após algumas semanas. A negatificação geralmente ocorre entre 9 e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica.

Assim, **títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não**. As dúvidas poderão ser esclarecidas pela anamnese, exame físico e repetição periódica dos testes não-treponêmicos (sorologia quantitativa) e/ou testes treponêmicos (sorologia qualitativa). Dois títulos baixos, em um teste não treponêmico, com intervalo de 30 dias ou mais, excluem sífilis recente. Um teste treponêmico negativo exclui o diagnóstico de sífilis em atividade, observado o período de “janela imunológica”.

Três títulos sucessivamente baixos (menores ou iguais a 1/4), com intervalo superior a 30 dias, sem qualquer indício de reinfeção, é indicativo de “memória” sorológica. O paciente poderá receber alta e deverá ser esclarecido sobre o fato de que, por muito tempo, ou até por toda a vida, apresentará sorologia não-treponêmica reativa.

Idealmente, todos os exames com resultados reagentes deverão ser submetidos a testes confirmatórios, preferencialmente na mesma amostra. Um VDRL reagente com um teste treponêmico não reagente representa um falso positivo.

Resultados de VDRL falso positivos podem ocorrer em várias situações, como por exemplo: hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide.

Sorologia Treponêmica

É realizada por meio da imunofluorescência com o *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (**FTA-Abs**), ou o *Treponema Pallidum Microhemagglutination* (MHATP), ou *Treponema Pallidum Hemagglutination* (**TPHA**) ou o *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*

(**ELISA**). São testes qualitativos, mais específicos, que, em geral, tendem a tornar-se reativos a partir do 15º dia da infecção, sendo portanto úteis para a confirmação da infecção e para a exclusão de resultados de VDRL falso-positivos.

Os testes treponêmicos não são indicados para o seguimento pós-terapêutico (controle de cura), pois, na maior parte dos casos, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.

5.2 NA SÍFILIS CONGÊNITA

SOROLOGIA NÃO-TREPONÊMICA

VDRL ou RPR: estão indicados para o diagnóstico inicial (triagem) e para o seguimento terapêutico.

Recém-nascidos tratados podem apresentar sorologias reagentes por longos períodos, mesmo após a cura da infecção, evoluindo, porém, com queda progressiva nas titulações, até que se tornam não-reagentes. Na ocorrência de sífilis congênita, ao contrário, os títulos se mantêm ou ascendem, caracterizando uma infecção ativa. Por isso, o VDRL é recomendável para seguimento terapêutico.

Recém-nascidos não-infectados podem apresentar anticorpos maternos transferidos por via placentária. Nesses casos, em geral, o teste será reagente nos primeiros seis meses de vida. Por esse motivo, o diagnóstico de sífilis congênita exige a realização de um elenco de exames que permitam a classificação clínica do caso (diagnóstico e estadiamento), para que a terapia adequada seja instituída.

SOROLOGIA TREPONÊMICA

○ **FTA-Abs/IgG**, quando reagente em material do recém-nascido, significa transferência materna de anticorpos via placentária. ○ **FTA-Abs/IgM**, por sua baixa sensibilidade em recém nascidos, pode apresentar desempenho inadequado para a definição do diagnóstico. Assim, não é recomendável a realização de exames treponêmicos para a confirmação de sífilis congênita em recém-nascidos. No entanto, se reagentes após o 18º mês de vida, confirma o diagnóstico da infecção.

RX de Ossos LONGOS

○ envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), causando osteocondrite, osteíte e periostite, é achado comum da sífilis congênita sintomática, pois, em 70% a 90% desses casos, as radiografias de ossos longos revelam anormalidades metafisárias, patognomônicas da infecção (bandas translúcidas). A sensibilidade do exame radiológico, para identificação dessas alterações, no diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas, é desconhecida. Estima-se que, entre 4% a 20% dos recém-nascidos infectados assintomáticos, a única alteração seja o achado radiográfico, o que justifica a realização desse exame nos casos suspeitos de sífilis congênita.

Exame do Líquido Céfalo-Raquidiano (LCR)

Recomenda-se realizar LCR em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso de sífilis congênita, mesmo quando o diagnóstico é realizado fora do período neonatal (> 28 dias de vida). Deve-se avaliar a celularidade, a proteínorraquia e o VDRL liquóricos.

Exame de fundo de olho

Recomenda-se a realização do exame de fundo de olho em todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita. **Nas crianças com sintoma(s) essa avaliação é mandatória.**

LEMBRANDO:

Todo recém-nascido com sífilis congênita deverá ser investigado quanto à presença de neurosífilis.

6 MEDIDAS DE PREVENÇÃO, CONTROLE E TRATAMENTO

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada. A sífilis congênita é uma das doenças de mais fácil prevenção, bastando que a gestante infectada seja detectada, e prontamente tratada, assim como o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(is).

Em virtude da possibilidade da mulher com vida sexual ativa infectar-se/reinfectar-se a qualquer momento, e, estando infectada, transmitir a doença, quando gestante, para o seu filho, as medidas de controle devem abranger outros momentos em que a mulher procura a unidade de saúde (UBS ou ambulatorios de especialidade), ou seja, antes da gravidez (consulta para o planejamento familiar, para a prevenção do câncer, etc), na gestação (início do pré-natal e no 7º mês) e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto, para curetagem por abortamento ou por qualquer outra intercorrência na gravidez.

LEMBRANDO:

É necessário testar, sistematicamente, todas as gestantes duas vezes na gestação, no mínimo, e no momento da admissão para o parto ou de qualquer internação hospitalar durante a gestação.

ANTES DA GRAVIDEZ	Prevenção da sífilis na população feminina em geral
	Tratamento da sífilis adquirida (mulher e parceiro[s]).
DURANTE A GRAVIDEZ	Diagnóstico e tratamento precoce de sífilis materna, e do(s) parceiro(s), durante o pré-natal (VDRL no início e no 7º mês).
NA MATERNIDADE	Diagnóstico e tratamento da sífilis materna, e do(s) parceiro(s), na admissão para parto, curetagem por abortamento, ou outra intercorrência na gravidez.
	Investigação diagnóstica e tratamento da sífilis congênita prevenindo a morbi-mortalidade da doença.

6.1 ANTES DA GRAVIDEZ

PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO FEMININA EM GERAL:

- Informar sobre as DST e infecção pelo HIV/aids.
- Aconselhar/testar para a sífilis (VDRL) as mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros.
- Aconselhar/testar para a sífilis, e para o HIV (com seu consentimento), as mulheres que manifestem intenção de engravidar (o planejamento familiar é o momento oportuno para essa ação).
- Realizar tratamento adequado e imediato dos casos diagnosticados em mulheres, e seus parceiros.

TRATAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA:

Sífilis primária (cancro duro)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI , via intramuscular, em dose única (1.2 milhão U.I., em cada glúteo).
Sífilis recente (secundária e latente)	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão U.I., em cada glúteo), repetida após 1 semana (dose total de 4.800.000 UI).
Sífilis tardia (latente e terciária) ou com duração ignorada	Penicilina G. Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão U.I., em cada glúteo), semanal, por 3 semanas (dose total de 7.200.000 UI).

RECOMENDAÇÕES PARA O SEGUIMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA (TRATAMENTO ANTES DA GRAVIDEZ):

1. Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento, recomendando o uso regular do preservativo (masculino e feminino), durante e após o tratamento.
2. Realizar controle de cura **trimestral** por meio do VDRL durante o primeiro ano (seguimento sorológico quantitativo de 3 em 3 meses, para detectar falhas terapêuticas e reinfecções). Testes treponêmicos não são indicados para seguimento.
3. Orientar os indivíduos com sífilis e seu(s) parceiro(s) sobre a importância de não se candidatar(em) à doação de sangue e órgãos.

Observação:

Considera-se resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos até a negatização em um período de 6 a 12 meses. Se após esse período ainda houver reatividade, porém em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de 6 em 6 meses por um período de 12 meses.

Elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de reinfeção.

1. No caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos do VDRL (ex.: de 1:2 para 1:8), ou mais, o tratamento deve ser reiniciado ou refeito.
2. Mulheres com **história comprovada** de alergia à penicilina (evento raro) – ver item 8 p.87-88, Alergia à Penicilina – podem ser tratadas com eritromicina (estearato/estolato), 500 mg, V.O., de 6/6 horas, por 15 dias, para a sífilis recente; e, por 30 dias, para a sífilis tardia. Podem ser também usadas, a tetraciclina que é indicada na mesma dosagem e a doxiciclina, 100 mg, VO, de 12/12 horas, por 15 dias, na sífilis recente; e por 30 dias, na sífilis tardia.

Observação:

- a. Quando do uso dessas drogas em qualquer situação o diagnóstico de gravidez deve ser afastado, tendo em vista que estes medicamentos, com exceção da eritromicina (estearato), são contra-indicados em gestantes e nutrízes.
 - b. Estudos recentes tem apontado a azitromicina como uma opção terapêutica na impossibilidade de uso da penicilina.
 - c. Todas essas drogas exigem, no entanto, estreita vigilância (seguimento dos casos e parceiros), por apresentarem menor eficácia que a penicilina.
3. Em alguns casos de sífilis secundária, após a dose terapêutica inicial, poderá surgir a reação febril de *Jarisch - Herxheimer*, com exacerbação das lesões cutâneas, febre artralguas e cefaléia, geralmente exigindo apenas cuidados sintomáticos (ocorre involução espontânea em 12 a 48 horas). **Essa reação não significa hipersensibilidade à droga, não se justificando a interrupção do esquema terapêutico, e não voltará a ocorrer nas próximas aplicações.** Ao iniciar o tratamento o paciente deve ser alertado sobre a possibilidade de desenvolver essa reação. Medicações sintomáticas podem ser necessárias.
 4. Pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizada(o)s para receber tratamento com penicilina cristalina.
 5. Pacientes com diagnóstico de sífilis com tempo de evolução desconhecido devem ser tratada(o)s como sífilis latente tardia (dose total de 7.200.000 U.I.).
 6. Não há dados consistentes que demonstrem a necessidade de esquemas diferenciados de tratamento da sífilis em portadores do HIV (MMWR, 2002).
 7. O estudo do líquido céfalo-raquidiano está indicado para os pacientes HIV+ com diagnóstico de sífilis latente tardia, sífilis de duração desconhecida e/ou falha do tratamento (MMWR, 1998).

6.2 DURANTE A GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SÍFILIS MATERNA NO PRÉ-NATAL:

O Ministério da Saúde recomenda a realização do teste de triagem para sífilis (VDRL ou RPR), na primeira consulta do pré-natal, que idealmente deverá ocorrer no primeiro trimestre da gravidez, repetindo a testagem no início do terceiro trimestre (7º mês) para detectar infecções/reinfecções. Na ausência de teste confirmatório (FTA-Abs ou TPHA), ou se o período de tempo entre a disponibilidade do confirmatório e a data provável do parto for inferior ao menos a 7 semanas, considerar para tratamento todas as gestantes com VDRL, ou RPR, reagente desde que não tratadas anteriormente ou tratadas de forma inadequada.

TRATAMENTO INADEQUADO DA SÍFILIS MATERNA

É assim considerado:

1. Todo aquele realizado com qualquer medicamento que não seja penicilina.
2. Tratamento incompleto, mesmo tendo sido realizado com penicilina.
3. Tratamento realizado ou finalizado no período menor que 30 dias antes do parto.
4. Quando o parceiro não foi tratado, ou foi tratado inadequadamente, e manteve contato sexual com a gestante após seu tratamento, sem usar o preservativo (masculino ou feminino).

Todo tratamento inadequado de sífilis materna resulta em caso de sífilis congênita.

TRATAMENTO IMEDIATO DA SÍFILIS MATERNA, E DE SEU(S) PARCEIRO(S) EVITANDO A TRANSMISSÃO PARA O FETO:

O tratamento deverá ser feito com penicilina, nas doses especificadas (ver esquema terapêutico - tratamento da sífilis adquirida – item 6.1 p.83).

Observações:

- a) **Gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina devem ser dessensibilizadas e tratadas com a penicilina**, em ambiente hospitalar, referência para esse procedimento (ver item 8 p.87-88 - Alergia à Penicilina), tendo em vista ser a penicilina o único tratamento que trata a mãe e seu concepto.
- b) Na impossibilidade de execução da dessensibilização, a sífilis materna poderá ser tratada com a eritromicina (**estearato**) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 15 dias (sífilis recente) e 30 dias (sífilis tardia). **Entretanto, essa gestante não será considerada adequadamente tratada para fins de transmissão fetal, sendo mandatória a investigação e o tratamento adequado da criança logo após seu nascimento (ver também “Definição de Caso de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica”).**

Registrar no cartão da gestante quando o tratamento for realizado com drogas alternativas (eritromicina, azitromicina ou ceftriaxona).

- c) **O OFERECIMENTO DO TESTE ANTI-HIV** para todas as gestantes/parturientes/puérperas com aconselhamento pré e pós-teste, fica reforçada nas portadoras de sífilis, tendo em vista que se trata de uma DST e a co-infecção com o *Treponema pallidum* pode facilitar a transmissão vertical do HIV.

RECOMENDAÇÕES PARA O SEGUIMENTO DA SÍFILIS MATERNA (TRATAMENTO DA SÍFILIS ADQUIRIDA DURANTE A GRAVIDEZ):

1. Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento, recomendando o uso regular do preservativo (masculino e feminino), durante e após o tratamento.
2. Realizar o controle de cura **mensal** por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos duas titulações em até 6 meses. No entanto, muitas mulheres chegarão ao parto sem ter alcançado essa queda dos títulos (MMWR, vol.51, nº. RR-6). Recomenda-se, então, avaliar o tratamento realizado, tratamento do parceiro e a presença de co-infecção pelo HIV para a definição de condutas.
3. Reiniciar o tratamento em caso de interrupção, ou se houver quadruplicação dos títulos (ex.: de 1:2 para 1:8);

PORTADORAS DO HIV

- Nas gestantes infectadas pelo HIV, a história natural da doença pode ser alterada, bem como o seu quadro clínico.
- A neurosífilis e a falha de tratamento podem ser mais frequentes nessas mulheres.
- A queda dos títulos, após o tratamento adequado, pode se dar em velocidade diferente da não-infectada.

6.3 NA MATERNIDADE

TRIAGEM DA SÍFILIS MATERNA NA MATERNIDADE:

1. Realizar o VDRL em toda mulher admitida para o parto, ou admitida para curetagem por abortamento ou outras intercorrências na gravidez (Portarias 2104/02 e 766/04).
2. Nos casos de VDRL reagente na maternidade, as mulheres devem ser submetidas à confirmação pelo TPHA (Portarias 2104/02 e 822/03), desde que não diagnosticadas e tratadas anteriormente (verificar o cartão da gestante).
3. Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis materna, e seu(s) parceiro(s), conforme referido (ver tratamento de sífilis adquirida – item 6.1 p.83).

MANEJO ADEQUADO DO RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA.

- Realizar VDRL em amostra de **sangue periférico** de todos os recém-nascidos, cujas mães apresentaram VDRL reagente na gestação e não tenham recebido tratamento adequado ou apresentaram VDRL reagente no momento do parto.

Observação:

o sangue de cordão umbilical não é adequado para o diagnóstico de sífilis no recém-nato, pois podem ocorrer resultados falsos.

- Tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita (ver adiante, no item 9 pp.88-89 e Anexo I. pp.94-96).
- Notificação e investigação dos casos de sífilis congênita, incluindo os natimortos (ver item 10 pp.91-93).

A equipe de atenção básica deve verificar se foram realizadas as ações de diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica, pela maternidade.

7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍFILIS PRIMÁRIA	cancro mole; herpes genital; donovanose; linfogranuloma venéreo, trauma.
SÍFILIS SECUNDÁRIA	farmacodermias; doenças exantemáticas não vesiculosas; hanseníase; colagenoses.

8 ALERGIA À PENICILINA

8.1 INTRODUÇÃO

Não existem alternativas, comprovadamente eficazes e disponíveis, à penicilina para o tratamento da neurosífilis, da sífilis congênita e da sífilis em gestantes. O diagnóstico de alergia à penicilina deve ser, então, adequadamente estabelecido antes de se indicar o uso de outro medicamento para o tratamento da sífilis nessas circunstâncias. O tratamento da sífilis com outro medicamento que não a penicilina durante a gestação determinará o nascimento de uma criança com sífilis congênita.

A história de alergia à penicilina só pode ser confirmada com a realização de testes de sensibilidade adequados. Essa avaliação compreende, em primeiro lugar, uma anamnese dirigida eficiente, que oriente para a real indicação da realização dos testes de sensibilidade à penicilina que, na grande maioria dos casos, não são necessários. Por ser incomum, muitos autores defendem a não-realização dos testes de sensibilidade para todas as gestantes, sendo entretanto obrigatório quando houver história de alergia à penicilina, colhida por meio da anamnese.

É muito comum a prescrição de penicilina com a recomendação de “*aplicar após teste negativo*”, que na maioria dos casos são realizados **de forma completamente incorreta**, expondo a pessoa ao mesmo risco de reação a que seria submetida caso recebesse a injeção de penicilina prescrita, sendo alérgica. Felizmente esse é um evento raro, apresentando a maioria das “reações às penicilinas” uma natureza relativamente benigna. As reações anafiláticas ocorrem em 10 a 40 em 100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente dois óbitos em 100.000 injeções.

Observação:

Os efeitos secundários das drogas podem ser incorretamente considerados como reações alérgicas. O uso da penicilina ou seus derivados em pessoas com mononucleose infecciosa, uma infecção viral, pode desencadear um *rash* que pode ser confundido com alergia; o tratamento da sífilis secundária, com penicilina, pode causar a *reação de Jarish-Herxheimer*, por liberação de antígenos dos espiroquetas mortos, uma a duas horas após o tratamento, simulando reações alérgicas do tipo imediato. Há intensificação do *rash* cutâneo (roséolas sífilíticas), elevação de temperatura, calafrios, cefaléia e, raramente, hipotensão. No primeiro exemplo, não há indicação do uso do medicamento e, no segundo exemplo, não há indicação de suspensão do tratamento com penicilina.

8.2 DESSENSIBILIZAÇÃO

Esse procedimento não deve ser realizado na Unidade Básica de Saúde, pois podem ocorrer reações que necessitam de intervenções imediatas e de maior complexidade, não disponíveis nesse nível de atenção. Sendo assim, a dessensibilização deverá ser realizada em ambiente hospitalar, ou onde se possa assegurar atendimento de emergência e medidas de cuidados intensivos, caso ocorram manifestações de alergia. Havendo reação alérgica, o procedimento deverá ser interrompido e instituir-se tratamento alternativo para a sífilis.

Para maiores informações ver Manual de testes de sensibilidade à penicilina, em www.aids.gov.br/Documentos e Publicações.

9 MANEJO CLÍNICO DA SÍFILIS CONGÊNITA

9.1 CONSIDERAÇÕES:

O manejo da sífilis congênita exige cuidados especiais, tanto de diagnóstico quanto de tratamento, ou seja, os recém-nascidos de mães com diagnóstico de sífilis durante a gestação, tratadas ou não, ou ainda aquelas inadequadamente

tratadas¹, deverão realizar, independentemente do resultado de seu VDRL (de sangue periférico): raio X de ossos longos; punção lombar; hemograma e outros exames, quando clinicamente indicados. A terapia será realizada de acordo com os resultados desses testes e a análise clínico-epidemiológica da infecção materna, com penicilina cristalina, procaína ou benzatina (consultar o Anexo I pp.94-96 para detalhes). Não sendo a administração de penicilina cristalina atividade possível na UBS, faz-se necessário estabelecer junto ao gestor local qual a referência para o encaminhamento dos casos, quando necessário.

9.2 NO PERÍODO PÓS – NEONATAL (após 28º dia de vida)

Toda criança nascida de mãe inadequadamente tratada ou com quadro clínico sugestivo de sífilis congênita (ver item 4 pp.78-79 – Quadro Clínico da Sífilis Congênita Precoce) deve ser cuidadosamente investigada, como referimos acima, em referência hospitalar. Confirmando-se o diagnóstico, o tratamento será instituído obedecendo-se à rotina referida no anexo I desse capítulo.

9.3 SEGUIMENTO PÓS – TRATAMENTO PARA SÍFILIS CONGÊNITA:

1. Garantir controle clínico **mensal**, na UBS, até o 6º mês de vida, e bimensais do 6º ao 12º mês.
2. Realizar VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo com dois exames consecutivos de VDRL negativos.
3. Realizar TPHA ou FTA-abs após os 18 meses de idade para a confirmação do caso.
4. Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder a repetição dos exames sorológicos.
5. Reinvestigar a criança, diante das elevações de títulos sorológicos, ou da sua não-negativação até os 18 meses (consultar item 5.2 pp.81-82).
6. Recomenda-se realizar acompanhamento oftalmológico e audiológico semestralmente por dois anos.

¹Tratamento inadequado para sífilis materna:

- é todo tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento inadequado para a fase clínica da doença; ou
- instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto; ou
- ausência de documentação de tratamento anterior; ou
- ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado; ou
- parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento.

7. Encaminhar a criança que apresentou alteração do LCR, a cada 6 meses, para a reavaliação líquórica, até a normalização do mesmo.
8. Encaminhar as crianças tratadas de forma inadequada (na dose e/ou tempo do tratamento), para reavaliação clínico-laboratorial:
 - Se houver alterações, a criança deverá ser tratada novamente, obedecendo aos esquemas descritos no anexo I.
 - Se normal, seguir ambulatorialmente (UBS).

10 VIGILÂNCIA DA SÍFILIS EM GESTANTES E DA SÍFILIS CONGÊNITA

No Brasil, as DST não são eventos de notificação compulsória, exceção feita à sífilis em gestantes, recém incorporada ao rol dos agravos notificáveis (portaria nº 33, de 14 de julho de 2005). A sífilis congênita, ao contrário, tem sua notificação compulsória estabelecida desde 1986. Ambos agravos contam com fichas de notificação próprias.

A sífilis congênita representa um agravo prioritário na política do Ministério da Saúde do Brasil. A vigilância epidemiológica insere-se, portanto, como estratégia para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de controle.

10.1 VIGILÂNCIA DA SÍFILIS EM GESTANTES

10.1.1 OBJETIVOS

- Controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*.
- Acompanhar o comportamento da infecção nas gestantes e parturientes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle.

10.1.2 DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTES PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Serão notificadas todas as gestantes, ou parturientes, com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico confirmatório, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.

10.1.3 QUE AÇÕES DE SAÚDE DEVEM SER EXECUTADAS PARA GERAR IMPACTO?

- Testar todas as gestantes para a infecção pelo *Treponema pallidum* (VDRL).
- Tratar adequadamente todas as gestantes infectadas pelo *Treponema pallidum*.

- Tratar adequadamente todos os parceiros das gestantes identificadas.

10.1.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO – SINAN GESTANTE COM SÍFILIS

Instrumento de notificação/investigação: ficha de notificação padronizada.

Locais de notificação

- Serviços de pré-natal e UBS.

Fluxo de informação

- Segue o mesmo fluxo dos outros agravos de notificação compulsória nacional.

10.1.5 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A consolidação e análise dos dados devem ser feitas em todos os níveis. Como já foi apontado anteriormente, destaca-se a importância da análise no nível local. Nesse nível é importante conhecer:

- As gestantes da área que foram testadas (n° de gestantes da área testadas / n° de gestantes da área $\times 100$).
- Prevalência de gestantes com sífilis (n° de gestantes da área com teste reagente / n° de gestantes testadas da área $\times 100$).
- Taxa de gestantes tratadas (n° de gestantes tratadas adequadamente / n° de gestantes com exames reagentes $\times 100$).
- Taxa de parceiros tratados (n° de parceiros tratados adequadamente / n° de parceiros de gestantes com exames reagentes $\times 100$).

Esses indicadores permitem avaliar a cobertura da testagem para sífilis em gestantes da área de abrangência e avaliar as ações de diagnóstico e tratamento da sífilis no pré-natal e a conseqüente redução da sua transmissão vertical.

10.2 VIGILÂNCIA DA SÍFILIS CONGÊNITA

10.2.1 OBJETIVOS

- Controlar a transmissão vertical do *Treponema pallidum*.
- Acompanhar o comportamento da infecção congênita para o planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle.
- Avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes e parturientes.

10.2.2 DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Quatro critérios compõem a definição de caso de sífilis congênita vigente:

1º Critério – Toda criança, produto de abortamento ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

2º Critério – Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em todos os casos acima descritos, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

3º Critério – Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica² ou radiológica³ de sífilis congênita.

4º Critério – Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

10.2.3 POPULAÇÃO SOB VIGILÂNCIA

- Todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério.
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

10.2.4 QUE AÇÕES DE SAÚDE DEVEM SER EXECUTADAS PARA GERAR IMPACTO?

- Captação da gestante e o início precoce do pré-natal.
- Realização do VDRL na primeira consulta (primeiro trimestre da gestação) e um segundo teste na 28ª semana.
- Instituição do tratamento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s).

² Critérios líquóricos: acima de 25 leucócitos/mm³ e/ou proteínas acima de 150 mg/dl associado a VDRL reagente ou não. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou no conteúdo protéico no líquido. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas. Após o período neonatal (após 28 dias de vida), as alterações líquóricas incluem: VDRL positivo e/ou leucocitose de mais de 05 leucócitos/mm³ e/ou nível de proteínas maior do que 40 mg/dl..

³ Alterações de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero): osteocondrite, osteíte e periostite.

- Realização de VDRL na admissão para o parto/curetagem.
- Tratamento de todos os casos de sífilis congênita identificados.
- Notificação dos casos de sífilis congênita.

10.2.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO – SINAN GESTANTE COM SÍFILIS

Instrumento de notificação/investigação: ficha de notificação padronizada.

Locais de notificação

- Serviços de parto, pediatria e UBS.

Fluxo de informação

- Segue o mesmo fluxo dos outros agravos de notificação compulsória nacional.

10.2.6 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A consolidação e análise dos dados devem ser feitas em todos os níveis. Como já foi apontado anteriormente, destaca-se a importância da análise no nível local. Nesse nível é importante conhecer:

- Taxa de incidência de sífilis congênita (n° de casos de sífilis congênita / n° de nascidos vivos x 1000)

PONTOS PARA REFLEXÃO:

1. Que medidas deverão ser adotadas na rotina de sua equipe para que todas as gestantes sejam testadas e acompanhadas adequadamente, visando a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública em sua comunidade?
2. Que medidas deverão ser adotadas na rotina de sua equipe para que todos os parceiros de gestantes com sífilis sejam abordados quanto ao diagnóstico e tratamento, visando a eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública em sua comunidade?
3. A sua equipe conhece e utiliza as informações geradas no SISPRENATAL, referentes ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para implementação de ações?
4. Que serviço de pediatria servirá como referência para diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de sífilis congênita?
5. Qual a contribuição da equipe de atenção básica para melhorar a Vigilância epidemiológica (VE) da sífilis em gestantes e da sífilis congênita na sua área de atuação?
6. Como a equipe de atenção básica usa a VE da sífilis em gestantes e da sífilis congênita para melhorar a sua atuação.

■ ■ ■ TRATAMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA

MANEJO CLÍNICO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA

NO PERÍODO NEONATAL

A. Nos recém-nascidos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do VDRL do recém-nascido, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos, punção lombar (na impossibilidade de realizar este exame, tratar o caso como neurosífilis), e outros exames, quando clinicamente indicados. De acordo com a avaliação clínica e de exames complementares:

- A1. Se houver alterações clínicas e/ou sorológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ou penicilina G procaína 50.000 UI/Kg, dose única diária, IM, durante 10 dias.
- A2. Se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito com penicilina G cristalina⁴, na dose de 50.000 UI/Kg/dose, por via endovenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.
- A3. Se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e a sorologia for negativa, deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina⁵ por via intramuscular na dose única de 50.000 UI/Kg.

O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com VDRL sérico após conclusão do tratamento (ver seguimento, adiante). Sendo impossível garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado com o esquema A1.

B. Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido; se este for reagente com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise do LCR:

- B1. Se houver alterações clínicas e/ou radiológicas, e/ou hematológica sem alterações líquóricas, o tratamento deverá ser feito como em A1.
- B2. Se houver alteração líquórica, o tratamento deverá ser feito como em A2.

⁴Níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina procaína, justificando o uso da penicilina cristalina.

⁵O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em pacientes assintomáticos e com exames complementares normais não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

- C. Nos recém-nascidos de mães adequadamente tratadas: realizar o VDRL em amostra de sangue periférico do recém-nascido:
- C.1 Se for assintomático e o VDRL não for reagente proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento⁶ deve-se proceder o tratamento com penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/Kg.
- C.2 Se for assintomático e tiver o VDRL reagente, com título igual ou menor que o materno acompanhar clinicamente (ver Seguimento). Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar como A1 (sem alterações de LCR) ou A2 (se houver alterações no LCR).

NO PERÍODO PÓS-NEONATAL (APÓS 28º DIA DE VIDA)

Crianças com quadros clínico e sorológico sugestivos de sífilis congênita devem ser cuidadosamente investigadas, obedecendo-se à rotina acima referida. Confirmando-se o diagnóstico, proceder ao tratamento conforme preconizado, observando-se o intervalo das aplicações que, para a penicilina G cristalina, deve ser de 4 em 4 horas, e para a penicilina G procaína, de 12 em 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses preconizados.

SEGUIMENTO:

- Consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês.
- Realizar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos.
- Realizar teste treponêmico (TPHA, FTA-Abs ou ELISA) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso.
- Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto acima.
- Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento.
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico semestral por dois anos.
- Nos casos em que o LCR mostrou-se alterado, deve ser realizada uma reavaliação líquórica a cada 6 meses até a normalização do mesmo; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e re-tratamento;

⁶O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais clínicos. O pediatra na alta hospitalar deve esclarecer a mãe sobre os riscos da não identificação da criança caso ela tenha sífilis (seqüelas, principalmente surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro).

- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial, e reiniciar o tratamento da criança, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

Observações:

- No caso de interrupção do tratamento por mais de 1 dia, ele deverá ser reiniciado segundo o esquema preconizado.
- Em relação às ações de biossegurança, são recomendadas as precauções-padrão de contato para todos os casos de sífilis congênita por até 24 horas após o início do tratamento com a penicilina, especialmente se houver lesão cutâneo-mucosa.
- Os dados da literatura científica nacional e internacional disponíveis até o momento não permitem a recomendação de uso de outro antimicrobiano. Assim, o tratamento com penicilina por via parenteral deve ser realizado, mesmo quando a **ampicilina** é inicialmente prescrita para o tratamento de sepse neonatal.
- Em todas as crianças incluídas como caso de sífilis congênita deverão ser realizados exames neurológico, oftalmológico (fundo de olho) e audiológico.

(Instrumento de Notificação – Sífilis Congênita) - frente

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO Nº _____ FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS CONGÊNITA	
Dados Gerais	1 Município de Notificação	2 Individual	3 Data da Notificação
	4 Município de Nascimento	Código ICBGE	
	5 Intendência de Saúde (ou outra autoridade competente)	Código	
Dados do Caso	6 Agente	7 Código (CID-10)	8 Data dos Primeiros Sintomas
	SÍFILIS CONGÊNITA		9 Data do Nascimento
	10 Nome do Paciente	11 Nome da Mãe	
	12 (a) Estado (b) Sexo (c) Idade (d) Grau de escolaridade (e) Ocupação (f) Tipo de parto (g) Tipo de parto (h) Tipo de parto (i) Tipo de parto (j) Tipo de parto (k) Tipo de parto (l) Tipo de parto (m) Tipo de parto (n) Tipo de parto (o) Tipo de parto (p) Tipo de parto (q) Tipo de parto (r) Tipo de parto (s) Tipo de parto (t) Tipo de parto (u) Tipo de parto (v) Tipo de parto (w) Tipo de parto (x) Tipo de parto (y) Tipo de parto (z) Tipo de parto (aa) Tipo de parto (ab) Tipo de parto (ac) Tipo de parto (ad) Tipo de parto (ae) Tipo de parto (af) Tipo de parto (ag) Tipo de parto (ah) Tipo de parto (ai) Tipo de parto (aj) Tipo de parto (ak) Tipo de parto (al) Tipo de parto (am) Tipo de parto (an) Tipo de parto (ao) Tipo de parto (ap) Tipo de parto (aq) Tipo de parto (ar) Tipo de parto (as) Tipo de parto (at) Tipo de parto (au) Tipo de parto (av) Tipo de parto (aw) Tipo de parto (ax) Tipo de parto (ay) Tipo de parto (az) Tipo de parto (ba) Tipo de parto (bb) Tipo de parto (bc) Tipo de parto (bd) Tipo de parto (be) Tipo de parto (bf) Tipo de parto (bg) Tipo de parto (bh) Tipo de parto (bi) Tipo de parto (bj) Tipo de parto (bk) Tipo de parto (bl) Tipo de parto (bm) Tipo de parto (bn) Tipo de parto (bo) Tipo de parto (bp) Tipo de parto (bq) Tipo de parto (br) Tipo de parto (bs) Tipo de parto (bt) Tipo de parto (bu) Tipo de parto (bv) Tipo de parto (bw) Tipo de parto (bx) Tipo de parto (by) Tipo de parto (bz) Tipo de parto (ca) Tipo de parto (cb) Tipo de parto (cc) Tipo de parto (cd) Tipo de parto (ce) Tipo de parto (cf) Tipo de parto (cg) Tipo de parto (ch) Tipo de parto (ci) Tipo de parto (cj) Tipo de parto (ck) Tipo de parto (cl) Tipo de parto (cm) Tipo de parto (cn) Tipo de parto (co) Tipo de parto (cp) Tipo de parto (cq) Tipo de parto (cr) Tipo de parto (cs) Tipo de parto (ct) Tipo de parto (cu) Tipo de parto (cv) Tipo de parto (cw) Tipo de parto (cx) Tipo de parto (cy) Tipo de parto (cz) Tipo de parto (da) Tipo de parto (db) Tipo de parto (dc) Tipo de parto (dd) Tipo de parto (de) Tipo de parto (df) Tipo de parto (dg) Tipo de parto (dh) Tipo de parto (di) Tipo de parto (dj) Tipo de parto (dk) Tipo de parto (dl) Tipo de parto (dm) Tipo de parto (dn) Tipo de parto (do) Tipo de parto (dp) Tipo de parto (dq) Tipo de parto (dr) Tipo de parto (ds) Tipo de parto (dt) Tipo de parto (du) Tipo de parto (dv) Tipo de parto (dw) Tipo de parto (dx) Tipo de parto (dy) Tipo de parto (dz) Tipo de parto (ea) Tipo de parto (eb) Tipo de parto (ec) Tipo de parto (ed) Tipo de parto (ee) Tipo de parto (ef) Tipo de parto (eg) Tipo de parto (eh) Tipo de parto (ei) Tipo de parto (ej) Tipo de parto (ek) Tipo de parto (el) Tipo de parto (em) Tipo de parto (en) Tipo de parto (eo) Tipo de parto (ep) Tipo de parto (eq) Tipo de parto (er) Tipo de parto (es) Tipo de parto (et) Tipo de parto (eu) Tipo de parto (ev) Tipo de parto (ew) Tipo de parto (ex) Tipo de parto (ey) Tipo de parto (ez) Tipo de parto (fa) Tipo de parto (fb) Tipo de parto (fc) Tipo de parto (fd) Tipo de parto (fe) Tipo de parto (ff) Tipo de parto (fg) Tipo de parto (fh) Tipo de parto (fi) Tipo de parto (fj) Tipo de parto (fk) Tipo de parto (fl) Tipo de parto (fm) Tipo de parto (fn) Tipo de parto (fo) Tipo de parto (fp) Tipo de parto (fq) Tipo de parto (fr) Tipo de parto (fs) Tipo de parto (ft) Tipo de parto (fu) Tipo de parto (fv) Tipo de parto (fw) Tipo de parto (fx) Tipo de parto (fy) Tipo de parto (fz) Tipo de parto (ga) Tipo de parto (gb) Tipo de parto (gc) Tipo de parto (gd) Tipo de parto (ge) Tipo de parto (gf) Tipo de parto (gg) Tipo de parto (gh) Tipo de parto (gi) Tipo de parto (gj) Tipo de parto (gk) Tipo de parto (gl) Tipo de parto (gm) Tipo de parto (gn) Tipo de parto (go) Tipo de parto (gp) Tipo de parto (gq) Tipo de parto (gr) Tipo de parto (gs) Tipo de parto (gt) Tipo de parto (gu) Tipo de parto (gv) Tipo de parto (gw) Tipo de parto (gx) Tipo de parto (gy) Tipo de parto (gz) Tipo de parto (ha) Tipo de parto (hb) Tipo de parto (hc) Tipo de parto (hd) Tipo de parto (he) Tipo de parto (hf) Tipo de parto (hg) Tipo de parto (hh) Tipo de parto (hi) Tipo de parto (hj) Tipo de parto (hk) Tipo de parto (hl) Tipo de parto (hm) Tipo de parto (hn) Tipo de parto (ho) Tipo de parto (hp) Tipo de parto (hq) Tipo de parto (hr) Tipo de parto (hs) Tipo de parto (ht) Tipo de parto (hu) Tipo de parto (hv) Tipo de parto (hw) Tipo de parto (hx) Tipo de parto (hy) Tipo de parto (hz) Tipo de parto (ia) Tipo de parto (ib) Tipo de parto (ic) Tipo de parto (id) Tipo de parto (ie) Tipo de parto (if) Tipo de parto (ig) Tipo de parto (ih) Tipo de parto (ii) Tipo de parto (ij) Tipo de parto (ik) Tipo de parto (il) Tipo de parto (im) Tipo de parto (in) Tipo de parto (io) Tipo de parto (ip) Tipo de parto (iq) Tipo de parto (ir) Tipo de parto (is) Tipo de parto (it) Tipo de parto (iu) Tipo de parto (iv) Tipo de parto (iw) Tipo de parto (ix) Tipo de parto (iy) Tipo de parto (iz) Tipo de parto (ja) Tipo de parto (jb) Tipo de parto (jc) Tipo de parto (jd) Tipo de parto (je) Tipo de parto (jf) Tipo de parto (jg) Tipo de parto (jh) Tipo de parto (ji) Tipo de parto (jj) Tipo de parto (jk) Tipo de parto (jl) Tipo de parto (jm) Tipo de parto (jn) Tipo de parto (jo) Tipo de parto (jp) Tipo de parto (jq) Tipo de parto (jr) Tipo de parto (js) Tipo de parto (jt) Tipo de parto (ju) Tipo de parto (jv) Tipo de parto (jw) Tipo de parto (jx) Tipo de parto (jy) Tipo de parto (jz) Tipo de parto (ka) Tipo de parto (kb) Tipo de parto (kc) Tipo de parto (kd) Tipo de parto (ke) Tipo de parto (kf) Tipo de parto (kg) Tipo de parto (kh) Tipo de parto (ki) Tipo de parto (kj) Tipo de parto (kl) Tipo de parto (km) Tipo de parto (kn) Tipo de parto (ko) Tipo de parto (kp) Tipo de parto (kq) Tipo de parto (kr) Tipo de parto (ks) Tipo de parto (kt) Tipo de parto (ku) Tipo de parto (kv) Tipo de parto (kw) Tipo de parto (kx) Tipo de parto (ky) Tipo de parto (kz) Tipo de parto (la) Tipo de parto (lb) Tipo de parto (lc) Tipo de parto (ld) Tipo de parto (le) Tipo de parto (lf) Tipo de parto (lg) Tipo de parto (lh) Tipo de parto (li) Tipo de parto (lj) Tipo de parto (lk) Tipo de parto (ll) Tipo de parto (lm) Tipo de parto (ln) Tipo de parto (lo) Tipo de parto (lp) Tipo de parto (lq) Tipo de parto (lr) Tipo de parto (ls) Tipo de parto (lt) Tipo de parto (lu) Tipo de parto (lv) Tipo de parto (lw) Tipo de parto (lx) Tipo de parto (ly) Tipo de parto (lz) Tipo de parto (ma) Tipo de parto (mb) Tipo de parto (mc) Tipo de parto (md) Tipo de parto (me) Tipo de parto (mf) Tipo de parto (mg) Tipo de parto (mh) Tipo de parto (mi) Tipo de parto (mj) Tipo de parto (mk) Tipo de parto (ml) Tipo de parto (mm) Tipo de parto (mn) Tipo de parto (mo) Tipo de parto (mp) Tipo de parto (mq) Tipo de parto (mr) Tipo de parto (ms) Tipo de parto (mt) Tipo de parto (mu) Tipo de parto (mv) Tipo de parto (mw) Tipo de parto (mx) Tipo de parto (my) Tipo de parto (mz) Tipo de parto (na) Tipo de parto (nb) Tipo de parto (nc) Tipo de parto (nd) Tipo de parto (ne) Tipo de parto (nf) Tipo de parto (ng) Tipo de parto (nh) Tipo de parto (ni) Tipo de parto (nj) Tipo de parto (nk) Tipo de parto (nl) Tipo de parto (nm) Tipo de parto (nn) Tipo de parto (no) Tipo de parto (np) Tipo de parto (nq) Tipo de parto (nr) Tipo de parto (ns) Tipo de parto (nt) Tipo de parto (nu) Tipo de parto (nv) Tipo de parto (nw) Tipo de parto (nx) Tipo de parto (ny) Tipo de parto (nz) Tipo de parto (oa) Tipo de parto (ob) Tipo de parto (oc) Tipo de parto (od) Tipo de parto (oe) Tipo de parto (of) Tipo de parto (og) Tipo de parto (oh) Tipo de parto (oi) Tipo de parto (oj) Tipo de parto (ok) Tipo de parto (ol) Tipo de parto (om) Tipo de parto (on) Tipo de parto (oo) Tipo de parto (op) Tipo de parto (oq) Tipo de parto (or) Tipo de parto (os) Tipo de parto (ot) Tipo de parto (ou) Tipo de parto (ov) Tipo de parto (ow) Tipo de parto (ox) Tipo de parto (oy) Tipo de parto (oz) Tipo de parto (pa) Tipo de parto (pb) Tipo de parto (pc) Tipo de parto (pd) Tipo de parto (pe) Tipo de parto (pf) Tipo de parto (pg) Tipo de parto (ph) Tipo de parto (pi) Tipo de parto (pj) Tipo de parto (pk) Tipo de parto (pl) Tipo de parto (pm) Tipo de parto (pn) Tipo de parto (po) Tipo de parto (pp) Tipo de parto (pq) Tipo de parto (pr) Tipo de parto (ps) Tipo de parto (pt) Tipo de parto (pu) Tipo de parto (pv) Tipo de parto (pw) Tipo de parto (px) Tipo de parto (py) Tipo de parto (pz) Tipo de parto (qa) Tipo de parto (qb) Tipo de parto (qc) Tipo de parto (qd) Tipo de parto (qe) Tipo de parto (qf) Tipo de parto (qg) Tipo de parto (qh) Tipo de parto (qi) Tipo de parto (qj) Tipo de parto (qk) Tipo de parto (ql) Tipo de parto (qm) Tipo de parto (qn) Tipo de parto (qo) Tipo de parto (qp) Tipo de parto (qq) Tipo de parto (qr) Tipo de parto (qs) Tipo de parto (qt) Tipo de parto (qu) Tipo de parto (qv) Tipo de parto (qw) Tipo de parto (qx) Tipo de parto (qy) Tipo de parto (qz) Tipo de parto (ra) Tipo de parto (rb) Tipo de parto (rc) Tipo de parto (rd) Tipo de parto (re) Tipo de parto (rf) Tipo de parto (rg) Tipo de parto (rh) Tipo de parto (ri) Tipo de parto (rj) Tipo de parto (rk) Tipo de parto (rl) Tipo de parto (rm) Tipo de parto (rn) Tipo de parto (ro) Tipo de parto (rp) Tipo de parto (rq) Tipo de parto (rr) Tipo de parto (rs) Tipo de parto (rt) Tipo de parto (ru) Tipo de parto (rv) Tipo de parto (rw) Tipo de parto (rx) Tipo de parto (ry) Tipo de parto (rz) Tipo de parto (sa) Tipo de parto (sb) Tipo de parto (sc) Tipo de parto (sd) Tipo de parto (se) Tipo de parto (sf) Tipo de parto (sg) Tipo de parto (sh) Tipo de parto (si) Tipo de parto (sj) Tipo de parto (sk) Tipo de parto (sl) Tipo de parto (sm) Tipo de parto (sn) Tipo de parto (so) Tipo de parto (sp) Tipo de parto (sq) Tipo de parto (sr) Tipo de parto (ss) Tipo de parto (st) Tipo de parto (su) Tipo de parto (sv) Tipo de parto (sw) Tipo de parto (sx) Tipo de parto (sy) Tipo de parto (sz) Tipo de parto (ta) Tipo de parto (tb) Tipo de parto (tc) Tipo de parto (td) Tipo de parto (te) Tipo de parto (tf) Tipo de parto (tg) Tipo de parto (th) Tipo de parto (ti) Tipo de parto (tj) Tipo de parto (tk) Tipo de parto (tl) Tipo de parto (tm) Tipo de parto (tn) Tipo de parto (to) Tipo de parto (tp) Tipo de parto (tq) Tipo de parto (tr) Tipo de parto (ts) Tipo de parto (tt) Tipo de parto (tu) Tipo de parto (tv) Tipo de parto (tw) Tipo de parto (tx) Tipo de parto (ty) Tipo de parto (tz) Tipo de parto (ua) Tipo de parto (ub) Tipo de parto (uc) Tipo de parto (ud) Tipo de parto (ue) Tipo de parto (uf) Tipo de parto (ug) Tipo de parto (uh) Tipo de parto (ui) Tipo de parto (uj) Tipo de parto (uk) Tipo de parto (ul) Tipo de parto (um) Tipo de parto (un) Tipo de parto (uo) Tipo de parto (up) Tipo de parto (uq) Tipo de parto (ur) Tipo de parto (us) Tipo de parto (ut) Tipo de parto (uu) Tipo de parto (uv) Tipo de parto (uw) Tipo de parto (ux) Tipo de parto (uy) Tipo de parto (uz) Tipo de parto (va) Tipo de parto (vb) Tipo de parto (vc) Tipo de parto (vd) Tipo de parto (ve) Tipo de parto (vf) Tipo de parto (vg) Tipo de parto (vh) Tipo de parto (vi) Tipo de parto (vj) Tipo de parto (vk) Tipo de parto (vl) Tipo de parto (vm) Tipo de parto (vn) Tipo de parto (vo) Tipo de parto (vp) Tipo de parto (vq) Tipo de parto (vr) Tipo de parto (vs) Tipo de parto (vt) Tipo de parto (vu) Tipo de parto (vv) Tipo de parto (vw) Tipo de parto (vx) Tipo de parto (vy) Tipo de parto (vz) Tipo de parto (wa) Tipo de parto (wb) Tipo de parto (wc) Tipo de parto (wd) Tipo de parto (we) Tipo de parto (wf) Tipo de parto (wg) Tipo de parto (wh) Tipo de parto (wi) Tipo de parto (wj) Tipo de parto (wk) Tipo de parto (wl) Tipo de parto (wm) Tipo de parto (wn) Tipo de parto (wo) Tipo de parto (wp) Tipo de parto (wq) Tipo de parto (wr) Tipo de parto (ws) Tipo de parto (wt) Tipo de parto (wu) Tipo de parto (wv) Tipo de parto (ww) Tipo de parto (wx) Tipo de parto (wy) Tipo de parto (wz) Tipo de parto (xa) Tipo de parto (xb) Tipo de parto (xc) Tipo de parto (xd) Tipo de parto (xe) Tipo de parto (xf) Tipo de parto (xg) Tipo de parto (xh) Tipo de parto (xi) Tipo de parto (xj) Tipo de parto (xk) Tipo de parto (xl) Tipo de parto (xm) Tipo de parto (xn) Tipo de parto (xo) Tipo de parto (xp) Tipo de parto (xq) Tipo de parto (xr) Tipo de parto (xs) Tipo de parto (xt) Tipo de parto (xu) Tipo de parto (xv) Tipo de parto (xw) Tipo de parto (xx) Tipo de parto (xy) Tipo de parto (xz) Tipo de parto (ya) Tipo de parto (yb) Tipo de parto (yc) Tipo de parto (yd) Tipo de parto (ye) Tipo de parto (yf) Tipo de parto (yg) Tipo de parto (yh) Tipo de parto (yi) Tipo de parto (yj) Tipo de parto (yk) Tipo de parto (yl) Tipo de parto (ym) Tipo de parto (yn) Tipo de parto (yo) Tipo de parto (yp) Tipo de parto (yq) Tipo de parto (yr) Tipo de parto (ys) Tipo de parto (yt) Tipo de parto (yu) Tipo de parto (yv) Tipo de parto (yw) Tipo de parto (yx) Tipo de parto (yy) Tipo de parto (yz) Tipo de parto (za) Tipo de parto (zb) Tipo de parto (zc) Tipo de parto (zd) Tipo de parto (ze) Tipo de parto (zf) Tipo de parto (zg) Tipo de parto (zh) Tipo de parto (zi) Tipo de parto (zj) Tipo de parto (zk) Tipo de parto (zl) Tipo de parto (zm) Tipo de parto (zn) Tipo de parto (zo) Tipo de parto (zp) Tipo de parto (zq) Tipo de parto (zr) Tipo de parto (zs) Tipo de parto (zt) Tipo de parto (zu) Tipo de parto (zv) Tipo de parto (zw) Tipo de parto (zx) Tipo de parto (zy) Tipo de parto (zz)		
Dados de Evolução	15 Local de residência atualizada	16 Número	17 Data de início (dia, mês, ano)
	18 Ponto de Referência	19 UF	20 Município de Residência
	21 Bairro	22 CEP	23 País (se residente fora do Brasil)
	24 Sexo (1- Masculino 2- Feminino 3- Não informado)	25 País (se residente fora do Brasil)	26 Código
Dados Complementares			
Antecedentes Igitais do Casado	28 Data da investigação	29 Idade da Mãe no momento da NTA	30 Sexo
	31 História pré-natal (1- Não 2- Não 3- Ignorado)	32 Pré-natal Específico e Local	33 História pré-natal (1- Não 2- Não 3- Ignorado)
	34 Sífilis diagnosticada durante a gravidez (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	35 Pa (caixa) Tratado (1- Com 2- Sem 3- Não informado)	36 Cálculo clínico para sífilis (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)
Dados de Laboratório do Casado	37 Teste de reagente (1- Certo 2- Não certo 3- Não realizado 4- Ignorado)	38 Título	39 Data
	40 Teste de reagente (1- Certo 2- Não certo 3- Não realizado 4- Ignorado)	41 Título	42 Data
	43 Teste de reagente (1- Certo 2- Não certo 3- Não realizado 4- Ignorado)	44 Título	45 Data
	46 Teste de reagente (1- Certo 2- Não certo 3- Não realizado 4- Ignorado)	47 Título	48 Data
Tratamento	49 Esquema de tratamento (1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 4- Ignorado)	50 Data do início do tratamento	51 Data de término do tratamento
	52 L (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	53 Múltiplo de nascimento	54 Local de Nascimento (Maternidade Hospital)
	55 Estado Gestacional ao Nascer (1- 37 semanas 2- 38 semanas 3- 39 semanas 4- 40 semanas 5- 41 semanas 6- 42 semanas 7- Não informado)	56 Peso ao Nascer (em gramas)	57 Sexo do bebê
Antecedentes Igitais do Casado	58 Aborto (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	59 Sexo do bebê	60 Data do Óbito
	61 Aborto (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	62 Sexo do bebê	63 Data do Óbito
	64 Aborto (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	65 Sexo do bebê	66 Data do Óbito
Dados Clínicos do Casado	67 Síndrome de Sífilis e Sinais e Sintomas (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	68 Síndrome de Sífilis e Sinais e Sintomas (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	
	69 Síndrome de Sífilis e Sinais e Sintomas (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	70 Síndrome de Sífilis e Sinais e Sintomas (1- Sim 2- Não 3- Ignorado)	

9 Sífilis Congênita

OBS: Esta ficha deve ser utilizada para o caso notificado a partir de 01/01/2004

SVB 14.0104

V. TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Conhecer a etiopatogenia da transmissão vertical do HIV.
2. Conhecer as principais medidas para redução da transmissão vertical do HIV.
3. Compreender como se realiza o acompanhamento da gestante HIV positiva durante a gestação, no parto e no puerpério.
4. Compreender como se realiza o acompanhamento clínico da criança que esteve verticalmente exposta ao HIV.
5. Identificar a importância das ações desenvolvidas pela equipe de Atenção Básica para a prevenção da transmissão vertical do HIV.
6. Conhecer os instrumentos para a vigilância epidemiológica de gestantes HIV positivas e crianças expostas verticalmente ao HIV.
7. Conhecer os objetivos específicos da Vigilância do HIV em gestantes HIV+ e crianças expostas.
8. Conhecer as atribuições da equipe de Atenção Básica na Vigilância do HIV.

V. TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

I INTRODUÇÃO

A patogênese da transmissão vertical do HIV está relacionada a múltiplos fatores. Dentre eles destacam-se:

- a) Fatores virais, tais como a carga viral, genotipo e fenotipo viral.
- b) Fatores maternos, incluindo estado clínico e imunológico, presença de DST e outras co-infecções, e o estado nutricional materno.
- c) Fatores comportamentais, como o uso de drogas e prática sexual desprotegida.
- d) Fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intra-parto.
- e) Fatores inerentes ao recém-nascido, tais como prematuridade e baixo peso ao nascer.
- f) A prática do aleitamento materno.

A carga viral elevada e o tempo prolongado de ruptura das membranas amnióticas são reconhecidas como os principais fatores associados à transmissão vertical do HIV. A carga viral nas secreções cervicovaginais e no leite materno têm se mostrado, respectivamente, importante determinante de risco de transmissão intra-parto e pela amamentação; bolsa rota por mais de 4 horas aumenta progressivamente a taxa de transmissão (cerca de 2% a cada hora, até 24 horas).

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorrem tardiamente na gestação, e principalmente durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, e os 35% restantes ocorrem intra-útero principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão, que se renova a cada exposição da criança ao peito (mamada), de 7% a 22%.

Em 1994, os resultados do *Paediatric Aids Clinical Trial Group* (PACTG), protocolo 076, evidenciaram pela primeira vez a possibilidade de reduzir a transmissão vertical do HIV em 67,5%, com o uso do AZT durante a gestação, no trabalho de parto e no parto propriamente dito, e pelos recém-nascidos por 42 dias, sendo essas crianças alimentadas exclusivamente com fórmula infantil. A partir de então, o resultado desse estudo constituiu-se num dos mais relevantes avanços do conhecimento sobre o HIV. Demonstrou-se nesse estudo que a taxa de transmissão foi de 8,3% no grupo tratado com o AZT e de 25,5% nas crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que não receberam esse tratamento (grupo sem intervenção).

Após a publicação dos resultados desse estudo, vários outros vêm comprovando que intervenções com anti-retrovirais, mesmo que realizadas tardiamente, e até como

intervenção isolada (monoterapia com AZT na parturiente e no recém-nascido, por 42 dias, ou apenas no recém-nascido), podem reduzir a transmissão vertical do HIV, demonstrando assim, que todo e qualquer momento com a gestante, parturiente ou puérpera se constitui em oportunidade para a redução da transmissão vertical do HIV.

Está amplamente comprovado que o uso de terapia anti-retrovirais (TARV) combinada (AZT e dois outros ARV) é capaz de reduzir significativamente a carga viral plasmática do HIV para níveis indetectáveis. Por esse motivo, a realização precoce do diagnóstico materno (antes da gestação ou no início desse período) possibilitará os melhores resultados de controle da infecção materna, com conseqüente redução da transmissão para a criança. Com base nisso, o Ministério da Saúde recomenda que a gestante receba TARV de acordo com sua avaliação clínica e laboratorial (avaliação dos níveis de T-CD4+ e Carga Viral). As diretrizes para o uso de TARV em gestantes e profilaxia da transmissão desse vírus para a criança são revisadas e publicadas, geralmente, a cada ano, no documento de consenso “*Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*” (para maiores informações consultar, a última edição, em <http://www.aids.gov.br>).

Ações combinadas (administração de TARV + adequada assistência para a mãe e seu bebê) podem reduzir as taxas de transmissão vertical para cifras menores que 1%.

Pelo exposto, fica evidente que o manejo das gestantes portadoras do HIV exige cuidados especiais, relativos a:

- Acompanhamento clínico-obstétrico e laboratorial.
- Instituição da terapia anti-retroviral, e avaliação de sua eficácia e efeitos adversos.
- Adesão ao tratamento e outras recomendações.
- Apoio psicológico e social.

Exige, portanto, referência constituída por equipe multidisciplinar. Assim, faz –se necessário que as UBS tenham estabelecidas as referências: os SAE (Serviços de Assistência Especializados para portadoras do HIV) e os Serviços de Pré-natal e Parto (referência para gestantes/parturientes com risco acrescido, e entre essas, as portadoras de HIV), para o encaminhamento dos casos.

A identificação de gestantes soropositivas para o HIV possibilitará o acompanhamento adequado da mulher (durante todo o ciclo gravídico-puerperal) e de seu bebê até definição do diagnóstico.

2 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do HIV no início da gestação constitui-se em intervenção muito eficaz para a redução da transmissão vertical e controle da doença materna.

Para aumentar o número de gestantes testadas para o HIV, é fundamental que haja maior adesão (dos profissionais de saúde e das usuárias) às ações voltadas para a detecção dessa infecção.

Nesse sentido, a incorporação dessas ações pela UBS promoverá grande impacto no controle da epidemia, em nível nacional.

Para que as ações de redução da transmissão vertical do HIV possam acontecer, todo e qualquer serviço que realiza pré-natal deverá:

Oferecer o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. A realização do teste, porém, deverá ser sempre voluntária e confidencial.

Para isso, **cada UBS necessita ter um laboratório definido para a realização do teste de triagem anti-HIV**, possibilitando o encaminhamento das gestantes, ou, idealmente, das amostras de sangue.

Observação:

A detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses, realiza-se conforme demonstra o “Fluxograma/Notas do Fluxograma, pp.144-147 - Portaria de Nº 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, D.O da União, Seção I, Edição 22 de 30.01.2003” (Essa Portaria será republicada, em virtude da alteração quanto a idade para a realização do diagnóstico usando anticorpos anti-HIV, que passa a considerar a idade acima de 18 meses ao invés de 2 anos – já alterada nesta publicação).

A Política Brasileira tem diretrizes bem estabelecidas, pautadas em **ações que reduzem os riscos de transmissão intra-útero/intraparto e eliminam o risco de transmissão pela amamentação**.

As dificuldades da rede em realizar um pré-natal de qualidade e prover diagnóstico laboratorial do HIV resultam em identificação insuficiente de gestantes portadoras do HIV, encontrando-se a cobertura especialmente baixa naquelas provenientes de camadas populacionais sabidamente de maior vulnerabilidade/risco para o HIV e outras DST. Dessa maneira, o acesso às intervenções estabelecidas para as gestantes infectadas pelo HIV e seus recém-nascidos não estão sendo garantidas para essa população.

O uso de testes rápidos anti-HIV tem indicação, principalmente, em ocasiões nas quais existe a necessidade de se avaliar e decidir rapidamente sobre a utilização de profilaxia medicamentosa, tais como:

- Gestantes no último trimestre da gestação, parturientes e puérperas não-testadas anteriormente, ou sem o resultado do teste que realizou previamente.
- Profissionais de saúde envolvidos em acidente ocupacional com risco de exposição ao HIV (o teste rápido é realizado no paciente-fonte mediante seu consentimento verbal).

Pode ser indicado, ainda, para a triagem de mulheres no terceiro trimestre de gestação (34ª a 36ª semana) que tenham tido diagnóstico negativo anteriormente, mas que a avaliação epidemiológica (sua e/ou de seu parceiro) aponte a necessidade de reavaliação do diagnóstico de infecção pelo HIV – critérios de vulnerabilidade/risco acrescido para o HIV e outras DST (usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis, portadora de alguma DST em prática de sexo inseguro etc.).

O uso de testes rápidos anti-HIV se aplica, principalmente, nos casos de gestantes prestes a entrar em trabalho de parto, ou já em trabalho de parto (parturientes), e no paciente-fonte quando do envolvimento do profissional de saúde em acidente ocupacional com risco de exposição ao HIV.

Observação:

O algoritmo para o diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos foi desenvolvido a partir de uma avaliação do desempenho de diferentes marcas desses insumos. Nesse estudo, onde foram utilizadas amostras de gestantes, não foi observada a ocorrência de resultados falso-positivos quando da utilização de dois testes rápidos, apesar de saber-se que essa população tem uma baixa prevalência para a infecção pelo HIV. Nessa avaliação, os resultados dos testes rápidos foram comparados com os Elisa (EIA) e western blot (WB). Os testes rápidos selecionados para a composição do algoritmo para o diagnóstico apresentaram desempenho equivalente ao EIA e WB, razão pela qual não há necessidade de se fazer qualquer teste confirmatório após a realização dos testes rápidos propostos no algoritmo, disposto na Portaria N° 34, de 28 de julho de 2005 (vide, no Anexo I, Fluxograma/Notas do fluxograma da Portaria N° 34/SVS/MS pp. I 14 e I 15).

FIGURA 2



A figura 2 demonstra, claramente, que as ações voltadas para a redução da transmissão vertical do HIV, iniciadas no Brasil em 1995-1996, vêm causando diminuição do número de casos de aids em crianças, por transmissão vertical, apesar da baixa cobertura (menos de 60%), do total de mães HIV+ estimadas, diagnosticadas. Em termos proporcionais, a queda da transmissão vertical observada passa de 5%, em 1996, para 1,6% em 2001.

3 CONDUTA CLÍNICA E TERAPÊUTICA PARA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A abordagem deste item não se destina a habilitar as equipes da Atenção Básica para o manejo terapêutico de gestantes HIV+ e criança expostas à transmissão vertical. Contempla informações para a atuação conjunta com os serviços especializados (SAE). **Nos locais onde seja necessário que a equipe de atenção básica atue como referência, os profissionais deverão receber capacitação específica.**

3.1 TERAPIA ANTI-RETROVIRAL NA GESTANTE

Por se constituir em assunto cuja dinâmica dos conhecimentos científicos resulta em constantes descobertas, alterando as diretrizes do manejo clínico/terapêutico dessa população, o Ministério da Saúde, por meio do PN-DST/AIDS, reúne anualmente ou a cada dois anos, “experts” para revisar as diretrizes definidas no consenso *“Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes”* que, em linhas gerais, faz as seguintes recomendações:

- Coletar sangue da gestante, sempre que possível, para a realização da contagem de linfócitos T-CD4+ e medida da carga viral, antes de iniciar o uso de terapia anti-retroviral. Esses testes possibilitarão uma melhor avaliação do esquema terapêutico a ser instituído, da necessidade de quimioprofilaxia para infecções oportunistas, seguimento terapêutico e definição da via de parto.
- O esquema terapêutico a ser instituído por critério médico especializado (avaliação clínica e laboratorial da gestante) poderá incluir, esquema anti-retroviral na gestante com o objetivo de prevenir a transmissão vertical – profilaxia com TARV, ou a instituição dessa terapia por haver indicação pelo estado clínico e/ou imunológico comprometido da mulher – TARV-tratamento, de acordo com as recomendações de uso de TARV em gestantes, do documento de consenso do ano vigente.
 1. O acompanhamento da gestante HIV+ inclui, dentre outros exames, o monitoramento da situação imunológica (contagem do nº de linfócitos T- CD4+) e virológica (quantificação da carga viral). Esses exames deverão, idealmente, ser realizados a cada três meses. Na impossibilidade, deverão ser realizados no início do pré-natal, realizando pelo menos a carga viral no período próximo ao parto (34ª semana), com o objetivo de definir a via de parto.
 2. Estabelecer, durante todo o pré-natal e no pós-parto, o acompanhamento conjunto da mulher por médicos capacitados no manejo de mulheres infectadas pelo HIV (serviços especializados, de pré-natal e SAE). Essa ação conjunta possibilitará que o esquema anti-retroviral seja instituído e ajustado a partir da avaliação conjunta desses especialistas e sempre após discussão com a paciente sobre os riscos/benefícios, efeitos adversos e adesão.

3. O parceiro deve sempre ser aconselhado e testado para o HIV.
4. O uso do preservativo deve ser sempre estimulado, mesmo sendo os dois parceiros portadores da infecção pelo HIV, para evitar infecção cruzada e risco de transmissão de cepas virais resistentes.
5. O objetivo de reduzir a transmissão vertical faz com que toda gestante infectada pelo HIV seja medicada com anti-retroviral independentemente de seu estado imunológico ou virológico, sendo, todavia, a orientação de uso da terapia anti-retroviral definida caso a caso.
6. O AZT, preferencialmente, deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante portadora do HIV, já que esse medicamento anti-retroviral apresenta eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, além de não apresentar efeitos adversos que contra-indiquem seu uso no recém-nascido.
7. Quando a oportunidade de iniciar a terapia anti-retroviral no início da gestação (logo após a 14ª semana, nas assintomáticas) for perdida, o tratamento com ARV deverá ser iniciado em qualquer idade gestacional, e o AZT deverá ser instituído na parturiente e no recém-nascido (ver no Anexo 2, p. 116 – Esquema terapêutico preconizado pelo PACTG 076).
8. As mulheres HIV+, em uso de anti-retroviral previamente à gestação, serão informadas, nos serviços especializados, sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento no tocante à evolução da sua própria doença, devendo também ser considerados os potenciais efeitos adversos da terapêutica anti-retroviral sobre a criança. As condutas serão decididas, caso a caso, pelo obstetra e o clínico especializado, em conjunto com a gestante.
9. A gestante deverá ser monitorada com hemograma e transaminases, no início do tratamento com ARV e, a seguir, a cada mês. Diante da ocorrência de efeitos adversos (anemia, neutropenia, leucopenia, náuseas e vômitos entre outros) a conduta tomada deverá ser reavaliada conjuntamente por clínico e obstetra experientes que acompanham a paciente.

3.2 QUIMIOPROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, NA PARTURIENTE

1. Administrar a Zidovudina (o AZT) por via intravenosa durante todo o trabalho de parto e parto, até a ligadura do cordão umbilical (ver no Anexo 2, p. 116 – Esquema terapêutico preconizado pelo PACTG 076).
2. Toda mulher tem o direito de ter uma referência formalizada para a realização de seu parto. Todavia, em função das dificuldades enfrentadas pelas mulheres nesse momento, e com o objetivo de minimizar os riscos de transmissão do vírus para o recém-nascido, **se faz necessário que às gestantes HIV+ durante seu pré-natal**

sejam orientadas quanto ao uso do esquema alternativo com o AZT oral para o momento do parto, iniciando-o se necessário (ver no Anexo 2, p.116 – Esquema terapêutico preconizado pelo PACTG 076).

Mesmo as mulheres que não receberam o AZT oral durante a gestação devem receber o AZT injetável durante o trabalho de parto, e no parto, até o clampeamento do cordão umbilical.

3.3 QUIMIOPROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, NO RECÉM-NASCIDO

Com relação ao manejo dos recém-nascidos expostos ao HIV o consenso “*Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*” faz as seguintes recomendações:

1. A quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV, no recém-nascido, baseia-se na administração do AZT em solução oral (xarope). Essa terapia deve iniciar-se o mais breve possível, **idealmente ainda na sala de parto para todos os recém-nascidos** (ou nas primeiras duas horas após o nascimento).
2. As crianças cujas mães receberam o esquema completo do AZT intravenoso (durante o trabalho de parto/parto % mínimo de três horas de AZT) podem iniciar essa terapia até a 8^a (oitava) hora pós-parto.
3. Os bebês cujas mães não receberam o AZT intravenoso ou o receberam de forma incompleta (dose de ataque, sem/com a dose de manutenção iniciada) obrigatoriamente devem receber a zidovudina solução oral o mais cedo possível (nas 2 (duas) primeiras horas após seu nascimento).
4. Em ambos os casos o AZT deverá ser mantido até a 6^a semana de vida (42 dias).
5. Até o momento, não há comprovação de eficácia quando o tratamento quimioprolático com o AZT é iniciado 48 horas após o nascimento. A indicação da profilaxia após esse período fica a critério médico.

Os filhos de gestantes infectadas pelo HIV devem receber o AZT em solução oral, mesmo que suas mães não tenham recebido o AZT durante a gestação e no parto (diagnóstico de infecção pelo HIV no puerpério). Nesses casos, o AZT deverá ser iniciado imediatamente após esse diagnóstico.

6. Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose do esquema terapêutico preconizado pelo PACTG 076 (ver no Anexo 2, em Observação, p.116).
7. O recém-nascido deverá ser lavado com água e sabão, imediatamente após o parto.
8. As vias aéreas do recém-nascido, quando necessário, devem ser aspiradas delicadamente, evitando traumatismos em mucosas.

9. Recomenda-se a realização de hemograma completo, pela ocorrência de anemia no recém-nascido em uso de AZT, possibilitando o monitoramento da criança no início do tratamento e após 6 e 12 semanas.
10. Não amamentar. Alimentar o neonato com fórmula infantil (consultar o *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*, do Ministério da Saúde, em www.aids.gov.br). É contra-indicado o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mulher % a ama de leite).

Observação:

Se a criança exposta for prematura ou de baixo peso, e por esse motivo não puder ser alimentada com fórmula infantil, deverá, por esse critério, ser alimentada com leite humano pasteurizado fornecido por um Banco de Leite Humano.

11. A criança deverá ficar com sua mãe em alojamento conjunto.
12. Assegurar o acompanhamento da criança por pediatra capacitado para o atendimento de crianças verticalmente expostas ao HIV. A criança deve receber quimioprofilaxia para pneumonia pelo *Pneumocysts jiroveci*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP), a partir da quarta semana de vida até a definição de seu estado sorológico para o HIV, na dosagem de 750 mg de SMX/m²/dia, divididos em 2 doses diárias, 3 vezes por semana, em dias consecutivos.

4 NO PARTO

A via de parto é definida segundo os níveis de carga viral materna aferida próximo ao parto (na 34^a semana ou mais). Em linhas gerais, o consenso "**Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes**" faz as seguintes recomendações:

1. Estão contra-indicados todos os procedimentos invasivos durante a gestação, o trabalho de parto e o parto (amniocentese, amniotomia).
2. Evitar a episiotomia, sempre que possível, no parto vaginal.
3. Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos (usar o Partograma).
4. Evitar que as mulheres portadoras do HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado.
5. Estando o parto cesáreo indicado, a redução da transmissão vertical do HIV se dará, principalmente, se este for realizado de forma eletiva - membranas amnióticas íntegras, e antes do início do trabalho de parto.

Atenção: Se optar pela operação cesariana eletiva, as seguintes considerações devem ser observadas:

- A confirmação da idade gestacional deve ser cuidadosamente estabelecida, para prevenir a prematuridade iatrogênica. Para tanto, a avaliação deve ser feita utilizando-se parâmetros clínico-obstétricos (data da última menstruação, altura de fundo uterino) e do ultra-som, realizado idealmente antes da 20ª semana (1ª metade da gestação). Esses critérios auxiliam no estabelecimento do dia do parto operatório, que deverá ser planejado entre a 38ª a 39ª semana, a fim de evitar o nascimento de crianças prematuras.
 - Cesáreas eletivas devem sempre ser planejadas e executadas em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal. Para isso, os serviços de pré-natal devem atuar em conjunto com a maternidade de referência estabelecendo, previamente, o dia e a hora para admissão da mulher.
 - O horário da internação deve prever o tempo necessário para a administração do AZT injetável (dose de ataque seguida da dose de manutenção) que deve ser iniciada 3 (três) horas antes do início da cesariana e mantido até a ligadura do cordão umbilical, uma vez que a meia-vida intra-celular do medicamento é de 3 horas.
6. Como há a possibilidade de mulheres com indicação de parto cesáreo iniciarem o trabalho de parto em data anterior à prevista, a mulher deverá ser alertada para:
- a) Iniciar o esquema alternativo com AZT oral tão logo inicie o trabalho de parto (ver Anexo 2, p. 116).

Observação:

Essa recomendação se aplica também para as mulheres com indicação do parto por via vaginal que por qualquer motivo encontrem dificuldade de acesso à maternidade.

b) Dirigir-se à maternidade de referência tão logo se inicie o trabalho de parto.

Observação:

As equipes das maternidades de referência devem ser alertadas a prestar pronto atendimento a esses casos, visto que a indicação de parto cesariano só será mantido estando as membranas amnióticas íntegras e a dilatação cervical em até 3 a 4 cm.

7. As mulheres portadoras do HIV e seu recém-nascido não deverão ser isoladas das outras mulheres.

5 RECOMENDAÇÕES NO PUERPÉRIO

1. Informar as mulheres infectadas pelo HIV sobre os riscos de transmissão do HIV pela amamentação, e orientá-las sobre como obter a fórmula infantil e quanto ao

seu uso (consultar o “*Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas*”, do M.S.). É importante que a mulher infectada pelo HIV receba suporte da equipe de saúde para não se sentir discriminada por não estar amamentando.

2. Orientar a puérpera para iniciar a inibição mecânica da lactação, logo após o parto. A inibição mecânica da lactação se consegue enfaixando as mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem causar desconforto materno (sem restringir os movimentos respiratórios e sem apertar). O enfaixamento é recomendado por período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. Essa medida isoladamente já alcança sucesso em 80% dos casos.

A utilização de inibidor de lactação deve ser considerada, quando houver indicação (dificuldades na manutenção do enfaixamento durante período prolongado no puerpério, dificuldades de manter a recomendação da não amamentação perante a família e/ou comunidade, falha da inibição mecânica), devendo ser realizada mediante o consentimento livre e esclarecido da mulher e respeitando-se as contra-indicações de uso desses medicamentos.

3. Orientar a puérpera quanto à importância do acompanhamento ginecológico e clínico especializado, e também de sua criança até a definição da situação sorológica para o HIV. É muito comum após o parto haver diminuição da adesão da mulher ao acompanhamento médico. **O comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, realizando busca ativa, se necessário.** O seguimento obstétrico da mulher portadora do HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações, é igual à rotina preconizada para outras mulheres, ou seja, deve prever seu retorno entre o 5º - 8º dia e no 42º dia pós-parto.
4. Orientar quanto ao uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais para prevenção de DST e reinfecção pelo HIV (infecção cruzada, com aquisição ou transmissão de cepas virais resistentes).
5. Realizar o aconselhamento e testagem do parceiro com situação sorológica desconhecida, respeitando o momento da mulher que deverá sinalizar a oportunidade para isso.
6. Orientar a mulher, e seu parceiro, sobre contracepção, encaminhando-a (os) para um serviço de planejamento familiar % geralmente na UBS.
7. Levantar a situação no que se refere a suporte familiar, oferecendo a mulher apoio psicológico e social, principalmente quando o diagnóstico foi realizado no momento do parto.

Atenção: Na presença de sinais clínicos de imunodeficiência (febre inexplicada com duração > 2 semanas e candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, tuberculose pulmonar no último ano, herpes zoster, dispnéia, infecções recorrentes do trato

respiratório, candidíase vaginal recorrente, herpes simples, perda de peso e" 10% do peso corporal e diarreia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de um mês), impõe-se a realização imediata, pela equipe da Atenção Básica, de quimioprofilaxia primária para pneumonia pelo *Pneumocystis jiroveci*, com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP), VO, na dose de 800 mg e 160 mg respectivamente, ou 5 mg/kg (TMP), uma vez ao dia, com complementação de ácido fólico. Esses casos devem ser encaminhados imediatamente ao serviço especializado para pacientes com HIV/aids, para avaliação clínica e laboratorial e início ou ajuste da TARV. Essa recomendação é particularmente importante para as mulheres que tiveram o diagnóstico da infecção pelo HIV durante o parto.

6 PRECAUÇÕES BÁSICAS E UNIVERSAIS

As Precauções Básicas e Universais são medidas de prevenção que **devem ser adotadas com qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas**; na manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-íntegra.

Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI (luvas, máscara, óculos de proteção, capote e avental), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.

Os profissionais de saúde, ao manipular sangue e secreções, devem adotar cuidados especiais para se prevenir contra acidentes com materiais perfurocortantes.

Para maiores informações, consultar o capítulo X.% Biossegurança, pp. 179-190.

7 VIGILÂNCIA DO HIV EM GESTANTES E CRIANÇAS EXPOSTAS

No Brasil, a infecção pelo HIV não é evento de notificação compulsória, a menos que esteja associado a critérios de definição de casos de aids estabelecidos pelo Ministério da Saúde¹. Entretanto, torna-se cada vez mais importante o estabelecimento de estratégias de vigilância da infecção assintomática do HIV e da dinâmica da infecção nos diversos grupos populacionais.

Buscando suprir essas necessidades, o **Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação de gestantes HIV+ e de crianças expostas ao HIV**. A notificação deve ser realizada pelo serviço de referência que acompanha o caso. Cabe à Atenção Básica acompanhar, em conjunto com esse serviço, as pessoas de sua área de abrangência.

¹ Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças, Brasil-2004.

Além disso, a vigilância do HIV inclui o monitoramento dos resultados dos testes de indivíduos que procuram os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e estudos de prevalência anuais (estudos-sentinela), coordenados pelo Programa Nacional de DST/AIDS, em determinadas populações como parturientes, conscritos do exercito e profissionais do sexo.

Crianças expostas ao HIV são aquelas nascidas de mães infectadas pelo HIV ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV (aleitamento cruzado).

Para maiores informações consultar o INSTRUMENTO de NOTIFICAÇÃO: “Ficha de Investigação de Gestantes HIV+ e Crianças Expostas” utilizada para a notificação padronizada, no Anexo 3., pp.117 e 118.

O documento de consenso “*Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral em Gestantes*” é distribuído aos profissionais da área, podendo também ser obtido nas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/AIDS ou pela internet no site www.aids.gov.br

OBJETIVOS DESSA VIGILÂNCIA

1. Identificar gestantes/parturientes/puérperas HIV+ e crianças expostas.
2. Monitorar a incidência da infecção pelo HIV entre gestantes e parturientes para subsídio do planejamento, orçamento e agilização do desenvolvimento das ações de prevenção da transmissão vertical.
3. Avaliar a execução dos protocolos de profilaxia da transmissão vertical no pré-natal, parto e acompanhamento do recém-nascido para detecção de situações de entrave no desenvolvimento das ações preconizadas.

OPERACIONALIZAÇÃO

Serão notificadas e investigadas todas as gestantes/parturientes/ puérperas cujo resultado laboratorial de pesquisa para o HIV for positivo (segundo a Portaria de N° 59/GM/MS, de 28/01/2003 ou a Portaria de N° 34/SVS/MS, de 28/07/2005).

Observação:

Quando na maternidade for usado um único teste rápido anti-HIV, considerar o primeiro resultado reagente, ou seja, **não-precisa para a notificação, dos resultados do(s) teste(s) confirmatório(s)**. – Não se confirmando, o caso será descartado pela equipe de vigilância epidemiológica.

Serão consideradas expostas todas as crianças filhas de mães soropositivas para o HIV ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV.

A notificação compulsória de gestantes/parturientes/puérperas HIV+ e crianças expostas está prevista na Portaria n° 993/GM/MS, de 04/09/2000. O caso é encerrado



com o conhecimento do “*status*” sorológico da criança, que será definido quando a criança completar 18 meses (teste anti-HIV), ou antes, por testes moleculares (PCR).

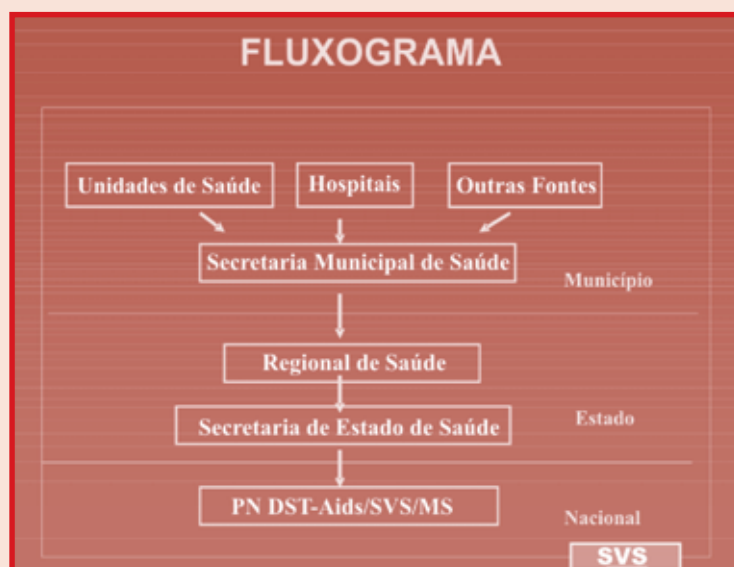
CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A consolidação e análise dos dados são feitas em todos os níveis. Como já foi apontado anteriormente, destaca-se a importância da análise no nível local. Nesse nível é importante conhecer:

- As gestantes da área que foram testadas (n° de gestantes da área testadas / n° de gestantes da área $\times 100$).
- Prevalência de gestantes HIV+ da área (n° de gestantes da área com teste reagentes/ n° de gestantes testadas da área $\times 100$).
- Taxa de transmissão vertical do HIV entre as crianças da área expostas ao HIV (n° de crianças da área expostas ao HIV que se tornaram infectadas / n° de crianças da área expostas à infecção pelo HIV $\times 100$).

Esses indicadores permitem avaliar a cobertura da testagem do HIV em gestantes da área de abrangência e avaliar a qualidade das ações de profilaxia da transmissão vertical no pré-natal, parto e pós-parto.

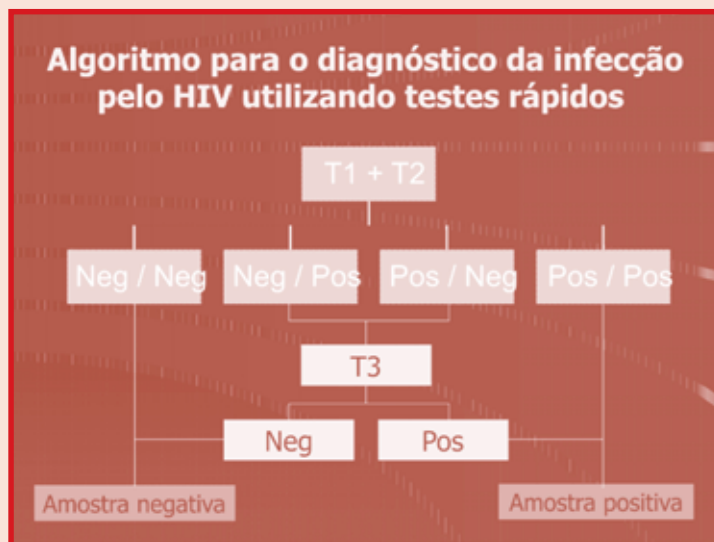
FLUXOGRAMA DE NOTIFICAÇÃO DE GESTANTES/ PARTURIENTES/ PUÉRPERAS HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS



O fluxo proposto é o mesmo seguido pelas demais notificações feitas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

■ ■ ■ PONTOS PARA REFLEXÃO

1. Que medidas deverão ser adotadas na rotina de sua equipe para que todas as gestantes sejam aconselhadas e testadas para a infecção pelo HIV?
2. Que medidas deverão ser adotadas para que as gestantes de sua comunidade, identificadas como portadoras do HIV, recebam a TARV indicada?
3. Que serviços especializados para gestantes infectadas pelo HIV (serviços de pré-natal e SAE/HD) poderão servir de referência para acompanhamento conjunto por sua equipe?
4. Que maternidade poderá ser estabelecida como referência para encaminhamento das gestantes portadoras do HIV de sua comunidade?
5. Que serviço especializado servirá como referência para o acompanhamento das crianças de sua comunidade expostas ao HIV?
6. A sua equipe conhece e utiliza as informações geradas no SISPRENATAL, referentes ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para implementação de ações?
7. Qual a contribuição da equipe de Atenção Básica para melhorar a vigilância epidemiológica do HIV na sua área de atuação?
8. Como a equipe de Atenção Básica usa a vigilância epidemiológica do HIV para melhorar a sua atuação?



■ ■ ■ **Notas do fluxograma da Portaria de Nº 34/SVS/MS, de 28 de julho de 2005.**

Diagnóstico da Infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria de Nº 34, de 28 de julho de 2005, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados que tem por objetivo a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de dezoito meses, em áreas de difícil acesso e em maternidades.

Ao chegar ao serviço de saúde, o indivíduo tem uma amostra de sangue coletada preferencialmente por punção digital, podendo também ser coletada por meio de punção venosa.

Essa amostra deve inicialmente ser utilizada para a realização de dois testes rápidos em paralelo para toda e qualquer amostra. Esses testes rápidos serão distribuídos exclusivamente pelo Ministério da Saúde.

Após a realização dos dois testes rápidos podemos observar os seguintes resultados:

- A. As amostras que apresentarem resultados negativos nos dois testes rápidos, terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV”.
- B. As amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos, terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV”. Nesse caso, não é necessária a coleta de uma nova amostra para a realização dos testes confirmatórios anti-HIV (imunofluorescência indireta, imunoblot ou *western blot*).
- C. As amostras que apresentarem resultados discordantes nos dois testes rápidos, deverão ser submetidas a um terceiro teste rápido denominado de *tiebreaker*.

C.1 Se o terceiro teste rápido apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “Negativa para HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir o conjunto de procedimentos seqüenciados, para investigação de soroconversão.

C.2 Quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “Positiva para HIV”.

Cabe ressaltar que a detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a dezoito meses não caracteriza infecção devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária à realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

A definição da utilização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV somente foi possível após uma avaliação do desempenho desses insumos promovida pelo Ministério da Saúde, razão pela qual somente poderão ser utilizadas as marcas de produtos definidas por esse órgão governamental.

Os resultados dessa avaliação permitiram a elaboração de um algoritmo utilizando-se somente os testes rápidos, sem que haja necessidade de coletar-se uma nova amostra para a realização dos testes Elisa e confirmatórios, uma vez que os insumos utilizados já foram avaliados frente aos testes convencionais realizados em laboratórios. Por isso é importante pontuar que toda estratégia de realização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em serviços de saúde será totalmente coordenada pelo Ministério da Saúde, cabendo a este a aquisição e distribuição dos insumos, a seleção dos serviços e a capacitação dos profissionais de saúde.

Finalizando, é importante ressaltar que todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente o disposto na Portaria Nº 59, de 28 de janeiro de 2003. (vide Fluxograma e Notas do Fluxograma pp. 144 a 147).

ESQUEMA TERAPÊUTICO DO PACTG 076

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NA GESTANTE

AZT - cápsulas de 100 mg, via oral - a partir da 14ª semana até o parto.

Dose diária 600 mg, divididos em 3 doses diárias de 200 mg, **ou**
600 mg, divididos em 2 doses diárias de 300 mg (esse esquema facilita a adesão terapêutica).

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NA PARTURIENTE

AZT injetável – frasco ampola de 200 mg com 20 ml (10 mg/ml) – A parturiente deve receber AZT endovenoso, desde o início do trabalho de parto até o clampamento do cordão umbilical.

Dose: Iniciar a infusão, em acesso venoso, individualizado, com 2 mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1 mg/kg/hora, até o clampamento do cordão umbilical. Diluído em soro glicosado a 5%, a concentração não deve exceder 4 mg/ml (ver esquema abaixo).

Observação: Essa recomendação se refere a todo tipo de parto, incluindo cesárea eletiva, sendo que neste caso, o AZT IV deve ser iniciado 3 horas antes da intervenção cirúrgica.

Esquema alternativo com AZT oral – para uso em situações de não disponibilidade do AZT injetável durante o trabalho de parto / parto.

Dose: 300 mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300 mg a cada 3 horas, até o clampamento do cordão umbilical.

PREPARAÇÃO DO AZT PARA INFUSÃO INTRAVENOSA EM 100 ML DE SORO GLICOSADO A 5%

ATAQUE (2 mg/kg) Correr na primeira hora	Peso da paciente	40 kg	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg
	Quantidade de AZT	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
	Número de gotas/min	36 gts/min	37 gts/min	37 gts/min	38 gts/min	39 gts/min	39gts/min
MANUTENÇÃO (1mg/kg/hora) Em infusão contínua	Quantidade de AZT	4 ml	5 ml	6 ml	7 ml	8 ml	9 ml
	Número de gotas/min	35gts/min	35 gts/min	35 gts/min	36 gts/min	36 gts/min	36 gts/min

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NO RECÉM-NASCIDO:

AZT – solução oral, 10 mg/ml – iniciar preferencialmente até a 2ª hora pós-parto. Quando a mãe recebe o esquema completo do AZT IV (dose de ataque e manutenção) o AZT no recém-nascido pode ser iniciado até a 8ª hora pós-parto. Quando a mãe não receber o AZT IV, a recomendação de iniciar o AZT logo após o parto (até a 2ª hora) é obrigatória.

Dose diária: 2 mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas (42 dias).

Observação:

Em crianças prematuras, abaixo de 34 semanas de gestação, a dose de AZT apropriada ainda não está definida. Entretanto, o protocolo 331 do *Pediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTG 331)* sugere 1,5 mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas, nas primeiras duas semanas e 2 mg/kg a cada 8 horas, por mais 4 semanas. Nas crianças acima de 34 semanas, a farmacocinética do medicamento é semelhante à das crianças a termo.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SISGHIV SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE GESTANTE HIV+ E CRIANÇAS EXPOSTAS		Nº		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação 2 - Individual		2	Data da Notificação	
	3	Município de Notificação		Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		
Dados do Caso	5	GESTANTE HIV + E CRIANÇAS EXPOSTAS		6	Data do Diagnóstico	
	7	Gestante/Parturiente/Mãe da criança exposta		8	Data de Nascimento	
	9	Idade D - dias M - meses A - anos	10	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 9 - Ignorado				
Dados de Residência	13	Número do Cartão SUS		14	Nome da mãe	
	15	Logradouro (rua, avenida,...)		16	Número	
	17	Complemento (apto., casa, ...)		18	Ponto de Referência	
	19	Município de Residência		20	UF	
	21	Bairro		22	CEP	
	23	(DDD) Telefone		24	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25	País (se residente fora do Brasil)		26	Código	
Dados Complementares do Caso						
Categoria de Exposição da	26	Evidência laboratorial do HIV: 1 - Teste rápido reagente 2 - Teste definitivo reagente 9 - Ignorado			27	Informações sobre a parceria sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
			<input type="checkbox"/> Antes do pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o pré-natal <input type="checkbox"/> Durante o parto <input type="checkbox"/> Após o parto		<input type="checkbox"/> Parceiro HIV+/AIDS <input type="checkbox"/> Parceiro Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Com Múltiplos Parceiros <input type="checkbox"/> Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis <input type="checkbox"/> Parceiro Transfundido <input type="checkbox"/> Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres <input type="checkbox"/> Parceiro Hemofílico	
	28	Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		29	História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	30	Acidente com material biológico com posterior soroconversão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado		31	Transmissão Vertical 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 9 - Ignorado	
Pré-Natal						
Dados Pré-Natal	32	Município de realização do Pré-Natal		33	Unidade de realização do pré-natal:	
			Código	Código		
	34	Nº da Gestante no SISPRENATAL		35	Idade gestacional da 1ª consulta de pré-natal: semanas	
				36		Data provável do parto:
	37	Caso confirmado de aids: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		38	Em uso de anti-retrovirais para tratamento 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	39	Se realizado profilaxia com anti-retroviral idade gestacional de início semanas				
40	Se não fez profilaxia, motivos: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
		<input type="checkbox"/> Não realização do teste anti-HIV		<input type="checkbox"/> Anti-retroviral não disponível		
		<input type="checkbox"/> Atraso no resultado do teste anti-HIV		<input type="checkbox"/> Anti-retroviral não oferecido		
		<input type="checkbox"/> Recusa da gestante		<input type="checkbox"/> Em uso anti-retroviral para tratamento		
		Outros motivos: _____				

Parto			
41 Município do local do parto	Código	42 Local de realização do parto	Código
43 Data do parto:		44 Idade gestacional:	<input type="checkbox"/> semanas
45 Fez pré-natal?	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	46 Se sim, nº consultas:	
47 Município de realização do pré-natal	Código	48 Unidade pré-natal	Código
49 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 00 - não usou 99 - ignorado		
50 Tempo de ruptura das membranas (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - menor que 4h 2 - maior que 4h 3 - não se aplica 9 - ignorado		
51 Evolução da gravidez:	<input type="checkbox"/> 1 - Parto Vaginal 2 - Parto Césario 3 - Aborto	52 Gestação múltipla:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não
53 Fez uso de anti-retroviral durante o parto:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
54 Óbito materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não	55 Crianças:	<input type="checkbox"/> 1 - Vivo 2 - Natimorto 3 - Não se aplica
56 Início da profilaxia com anti-retroviral na criança (horas):	<input type="checkbox"/> 1 - nas primeiras 24h 2 - após 24h do nascimento 3 - não se aplica 4 - não realizado 9 - ignorado		
Criança			
57 Município da unidade de acompanhamento	Código	58 Unidade de acompanhamento da criança:	Código
59 Nome da criança:		60 Data de nascimento:	
61 Sexo: <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 9 - ignorado	62 Município do local de parto	Código	63 Local de nascimento (Unidade de Saúde):
64 Alojamento materno:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	65 Se sim, tempo (dias):	
66 Alojamento cruzado:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	67 Se sim, tempo (dias):	
68 Tempo total de uso de profilaxia com anti-retroviral oral (semanas):	<input type="checkbox"/> 1 - menos de 3 2 - de 3 a 5 3 - 6 semanas 4 - não usou 9 - ignorado		
69 Utilizou outro anti-retroviral:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 3 - não se aplica 9 - ignorado		
Dados laboratoriais			
70 Carga viral (1ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado	Data da coleta	Resultado
71 Carga viral (2ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - Indetectável
72 Carga viral (3ª)	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		<input type="checkbox"/> 1 - detectável 2 - Indetectável
73 Sorologia anti-HIV aos 24 meses	Data da coleta	<input type="checkbox"/> 1 - reagente 2 - não reagente 3 - inconclusivo 4 - não realizado 9 - ignorado	
Conclusão			
74 Encerramento do caso	<input type="checkbox"/> 1 - infectado 2 - não infectado 3 - indeterminada 4 - perda de seguimento 5 - Óbito		
75 Se óbito, data:			
76 Causa do óbito relacionada à aids:	<input type="checkbox"/> 1 - sim 2 - não 9 - ignorado		
77 Responsável pelo preenchimento:		78 Data:	

VI. INFECÇÃO PELO HIV

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Conhecer o perfil epidemiológico da aids no Brasil.
2. Conhecer as formas de transmissão da infecção pelo HIV.
3. Conhecer as formas de prevenção e controle da infecção pelo HIV.
4. Conhecer o ciclo vital do HIV na célula humana.
5. Conhecer os aspectos clínicos da infecção pelo HIV, identificando seus sinais e sintomas.
6. Identificar as diferenças entre a infecção pelo HIV e a aids.
7. Conhecer os princípios básicos dos testes diagnósticos da infecção pelo HIV.
8. Conhecer os princípios básicos para profilaxia das infecções oportunistas.
9. Conhecer os princípios básicos sobre opções de tratamento para a infecção pelo HIV.
10. Conhecer as estratégias para auxiliar o portador do HIV, em uso de terapia anti-retroviral, com o objetivo de melhor adesão ao tratamento.
11. Compreender o papel da equipe de Atenção Básica no acompanhamento conjunto com a equipe de ADT ao paciente com aids.

VI. INFECÇÃO PELO HIV

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, a equipe de Atenção Básica obterá conhecimentos que lhe permitirá atuar, de forma conjunta, com o serviço especializado no atendimento de portadores do HIV/aids. Objetiva-se ainda, subsidiar esses profissionais com informações sobre os meios de prevenção e controle da infecção pelo HIV.

Para atender a esses objetivos, propõem-se as seguintes competências para a equipe de Atenção Básica:

1. Identificar o risco de infecção pelo HIV das pessoas residentes na área de abrangência da UBS, promovendo a redução do risco e, realizar o aconselhamento para o teste anti-HIV.
2. Identificar o conjunto de sintomas e sinais que sugerem a infecção pelo HIV durante a fase de latência clínica, e o desenvolvimento de infecções oportunistas (IO) relacionadas ao HIV.
3. Adotar as providências para a confirmação do diagnóstico e encaminhamento para o serviço especializado (SAE/HD).
4. Realizar acompanhamento conjunto, com o serviço especializado, contribuindo para que as pessoas HIV+ em uso de terapia anti-retroviral, tenham uma melhor adesão ao tratamento.
5. Contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/aids de sua área de abrangência.

Observação:

Na inexistência de serviço especializado para atendimento de pessoas com HIV/aids, o médico da equipe de Atenção Básica estará autorizado a prescrever terapia anti-retroviral (TARV), após capacitação especializada e com atualização periódica, sendo, para isso, cadastrado como clínico capacitado para o atendimento desses pacientes.

2 EPIDEMIOLOGIA

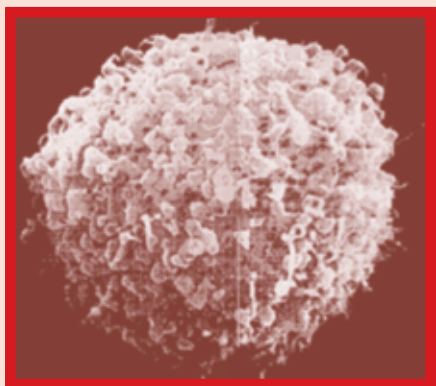
A aids foi reconhecida em 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença. Posteriormente, alguns casos, ocorridos nos últimos anos da década 70, foram identificados como tendo sido aids.

No Brasil, a aids foi identificada pela primeira vez em 1982, quando do diagnóstico em pacientes homo ou bissexuais. Um caso foi reconhecido retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como tendo ocorrido em 1980. Importantes mudanças em seu perfil epidemiológico vêm ocorrendo:

- Em sua primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada.
- Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis – UDI, dando início nessa fase a um processo mais ou menos simultâneo de **pauperização** e **interiorização** da epidemia.
- Nos últimos anos, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição **heterossexual** vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres (**feminização** da epidemia).
- Hoje, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual (em 1991, 15,7%; em 1997, já se atingiu a cifra de 36,3%; em 2003, 58,3%, mantendo-se essa tendência até os dias atuais).

3 AGENTE ETIOLÓGICO

FIGURA 1

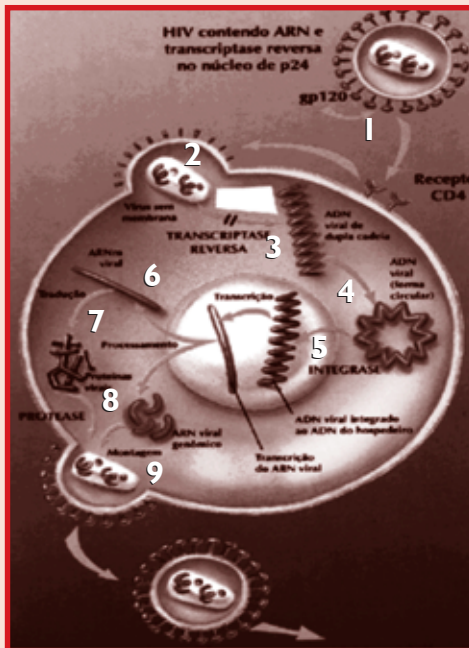


O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da família *Retroviridae* e subfamília *Lentivirinae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos. O HIV utiliza para multiplicar-se uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição RNA viral para uma cópia DNA, integrando-se ao genoma do hospedeiro.

O HIV-1 foi isolado em 1983 de pacientes com aids pelos pesquisadores Luc Montagnier, na França e Robert Gallo, nos EUA. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. O termo HIV (*Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana) foi recomendado por um comitê internacional, reunido nesse mesmo ano, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos.

4 CICLO VITAL DO HIV NA CÉLULA HUMANA

FIGURA 2



1. Ligação de glicoproteínas virais (gp120) ao receptor específico da superfície celular (principalmente CD4).
2. Fusão do envelope do vírus com a membrana da célula hospedeira.
3. Liberação do "core" do vírus para o citoplasma da célula hospedeira.
4. Transcrição do RNA viral em DNA complementar (função da enzima transcriptase reversa).
5. Transporte do DNA complementar para o núcleo da célula, onde pode haver integração no genoma celular (provírus), dependente da enzima integrase, ou permanecer em forma circular isoladamente.

6. O provírus é reativado e produz RNA mensageiro viral indo então para o citoplasma da célula.
7. Proteínas virais são produzidas e quebradas em subunidades por meio das enzimas proteases.
8. As proteínas virais produzidas regulam a síntese de novos genomas virais e formam a estrutura externa de outros vírus que serão liberados pela célula hospedeira.
9. O vírion recém-formado é liberado para o meio circundante da célula hospedeira, podendo permanecer no fluido extracelular ou infectar novas células.

A interferência em qualquer um desses passos do ciclo vital do vírus impede a multiplicação e/ou à liberação de novos vírus. As drogas anti-retrovirais (ARV) interferem nas fases desse ciclo (p.ex: o ARV que interfere na fase 4 – inibidores da transcriptase reversa - e o que interfere na fase 7 – inibidores da protease).

5 TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E CONTROLE

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual, sangüínea e vertical.

Além dessas três formas mais freqüentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais de saúde.

Algumas considerações sobre essas formas de transmissão, prevenção e controle permitirá às equipes de Atenção Básica identificar o risco dessa infecção nos usuários da UBS.

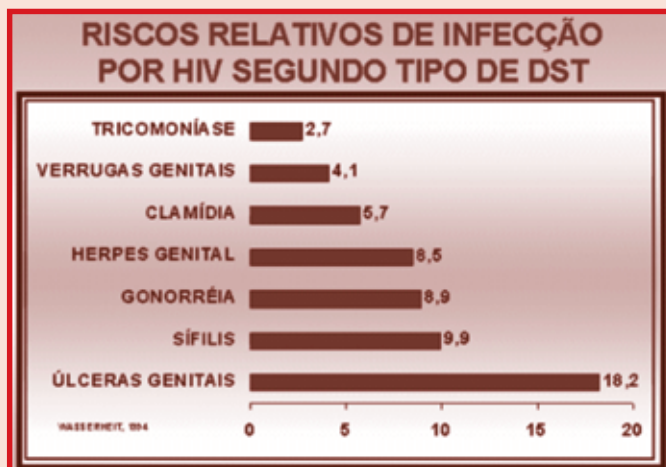
5.1 TRANSMISSÃO SEXUAL

É essa a principal forma de transmissão do HIV no Brasil e no Mundo, sendo a transmissão heterossexual considerada pela OMS, como a mais freqüente do ponto de vista global.

Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV numa relação heterossexual são:

- Alta viremia (durante a fase da infecção primária e na imunodeficiência avançada).
- Relação anal receptiva.
- Relação sexual durante a menstruação.
- Presença de outra DST - ver na Figura 3 os riscos relativos de infecção por HIV segundo o tipo de DST, principalmente as ulcerativas. Sabe-se hoje que as úlceras resultantes de infecções por agentes sexualmente transmissíveis, como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV.

FIGURA 3



Outro importante aspecto a ser considerado, quando se pensa em transmissão sexual, é o da vulnerabilidade de cada pessoa. A vulnerabilidade existe quando estão presentes circunstâncias desfavoráveis para a percepção de risco e/ou para adoção de medidas preventivas (ver capítulo II, pp.18-41. deste caderno).

PREVENÇÃO E CONTROLE

Preservativos – os preservativos, masculinos ou femininos, são as únicas barreiras comprovadamente efetivas contra o HIV e outras DST, quando usados de forma correta

e sistemática. Os estudos demonstram que o uso do preservativo masculino pode reduzir o risco de transmissão do HIV e de outras DST em até 95%.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento da técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia (ver capítulo II, pp.36-40).

Vale ressaltar a eficácia comprovada do uso do preservativo na prevenção da transmissão do HIV em casais sorodiferentes.

Espermicidas – são substâncias químicas que são utilizadas para recobrir a vagina e colo do útero, com o objetivo de impedir a penetração dos espermatozoides no canal cervical e, bioquimicamente, imobilizar ou destruir os espermatozoides.

O produto espermicida à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% é o mais amplamente utilizado no Brasil e no mundo. Entretanto, o uso de alguns métodos contraceptivos contendo N-9 podem aumentar o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST. Isso foi demonstrado em um ensaio clínico que observou risco acrescido entre usuárias/os desse produto. A razão desse risco acrescido reside no fato de o N-9 provocar lesões (fissuras/microfissuras) na mucosa vaginal e retal, dependendo da frequência de uso e do volume aplicado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta, então, que as pessoas que estejam sob risco acrescido para a infecção pelo HIV e outras DST, especialmente as que têm muitas relações sexuais diárias, não devem usar métodos contraceptivos que contenham o N-9. Assim, somente uma boa avaliação de risco, obtida no momento do aconselhamento, poderá fornecer ao profissional de saúde condições de uma perfeita indicação do método.

A prevenção e o tratamento adequado da(s) DST, além de quebrar a cadeia de transmissão, dificulta a transmissão do HIV e auxilia no prognóstico do portador de HIV, dificultando a progressão para doença clínica, conforme demonstra a Figura 4, abaixo.

FIGURA 4



5.2 TRANSMISSÃO SANGÜÍNEA

A transmissão, por meio da **transfusão de sangue e derivados**, tem apresentado importância decrescente nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle de qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil.

O **uso de drogas injetáveis**, associado ao compartilhamento de seringas e agulhas, apresenta alta probabilidade de transmissão sangüínea do HIV. Esse tipo de transmissão vem crescendo em várias partes do mundo, como Ásia, América Latina e Caribe. No Brasil, essa transmissão vem aumentando nas áreas da rota do tráfico de drogas, principalmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

PREVENÇÃO E CONTROLE

A **transmissão pela transfusão de sangue e derivados** deve ser prevenida por meio do controle da qualidade pelos bancos de sangue.

Os profissionais de saúde devem estar atentos, e denunciar as irregularidades às autoridades sanitárias. Estarão, dessa forma, desempenhando papel de grande relevância na prevenção e controle da transmissão do HIV/HTLV/Hepatites e outras doenças que podem ser transmitidas pelo sangue.

Outra importante ação dos profissionais de saúde é solicitar o teste anti-HIV, após aconselhamento, na própria UBS, desestimulando, com isso, a procura dos bancos de sangue para a realização desse teste.

Prevenção em usuários de drogas injetáveis (UDI) – Os UDI representam uma população particularmente importante, em virtude da alta prevalência do HIV nesse grupo. Conseqüentemente, representam risco de transmissão para os parceiros sexuais e para os que compartilham agulhas e seringas. Ressalta-se, também, o risco da transmissão vertical quando ocorre a infecção da parceira.

A disseminação da infecção pelo HIV entre UDI em vários países levantou importantes questões sobre a natureza de seu comportamento e sobre a possibilidade de modificá-lo por meio de intervenções preventivas, reduzindo o risco de transmissão do HIV. Em locais onde a política de redução de danos foi implantada observou-se a redução da incidência de transmissão do HIV nessa população.

A vulnerabilidade dos(as) UDI para o HIV, aliada à exclusão social vivenciada por eles(elas), apontam para a necessidade da realização de ações de prevenção na UBS, destinadas a essa população, tais como:

- I. Acolhimento do(a) UDI na UBS: a) facilitar o acesso dessas pessoas na UBS e aos serviços de tratamento da dependência de drogas, quando indicado; b) realizar o acompanhamento clínico dessa população, na própria UBS, e na sua comunidade; c) disponibilizar a testagem sorológica, com aconselhamento.

- 2) Articulação com programas de redução de danos, incluindo ações de redução de danos com os usuários de drogas: orientação para uso seguro de drogas injetáveis (troca de seringas e agulhas) e para a prática de sexo seguro.

5.3 TRANSMISSÃO VERTICAL

Entre os exames essenciais do pré-natal inclui-se a obrigatoriedade da oferta do teste anti-HIV a todas às gestantes, com aconselhamento pré e pós-teste. O diagnóstico precoce permite o controle da doença materna e a prevenção da transmissão vertical do HIV.

PREVENÇÃO E CONTROLE

- TARV instituída de acordo com criteriosa avaliação clínica e laboratorial da gestante.
- Via de parto indicada de acordo com os níveis da carga viral materna, aferida no final da gestação (34^a semana).
- Quimioprofilaxia instituída com o AZT injetável na parturiente, no início do trabalho de parto, permanecendo até o clampeamento do cordão umbilical.
- Quimioprofilaxia instituída com o AZT em solução oral no recém-nascido, logo após seu nascimento, permanecendo em uso por 42 dias.
- Criança alimentada, exclusivamente, com a fórmula infantil.

Para maiores informações ver capítulo V, pp.99-118.

5.4 TRANSMISSÃO OCUPACIONAL

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde se ferem acidentalmente com instrumentos perfurocortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV.

Estima-se que o risco médio de contrair o HIV, após uma exposição percutânea ao sangue contaminado, seja de aproximadamente 0,03%, aumentando esse risco para aproximadamente 0,1% no caso de exposição de mucosas.

Os fatores de risco identificados como favorecedores deste tipo de transmissão, são:

- a) A profundidade e extensão do ferimento.
- b) A presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento.
- c) A exposição envolvendo agulha inserida diretamente na veia ou artéria de paciente portador de HIV.
- d) O paciente, fonte da infecção, ter evidências de imunodeficiência avançada (sinais clínicos da doença, carga viral elevada, T-CD4+ baixo).

Boa parte dos acidentes ocorre ao se manusear sangue e secreções em pacientes com sorologia desconhecida. Ocorrendo o acidente, aliado aos esforços de diagnóstico do paciente-fonte, recomenda-se observar manejo idêntico ao realizado nos casos sabidamente em portadores do HIV.

PREVENÇÃO E CONTROLE

O meio mais eficiente de reduzir-se tanto a transmissão profissional-paciente quanto a paciente-profissional baseia-se:

- Na utilização sistemática das normas de biossegurança.
- Na determinação dos fatores de risco associados, e na sua eliminação.
- Na implantação de novas tecnologias da instrumentação, usadas na rotina de procedimentos invasivos.

O profissional de saúde acidentado com risco de infecção pelo HIV, deverá ser encaminhado nas primeiras horas (idealmente dentro de 1 a 2 horas), após o acidente, para a quimioprofilaxia com anti-retrovirais. A duração da quimioprofilaxia é de 4 semanas.

Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é eficaz quando iniciada de 24 a 36 horas após o acidente.

Para maiores informações ver capítulo X pp. 179-190.

5.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o HIV tenha sido isolado de vários fluidos corporais que contenha células inflamatórias, **somente o contato com sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno contaminados têm sido implicados como fontes de infecção desse vírus.**

Conclui-se, pela experiência cumulativa e suficientemente ampla, que **não há qualquer justificativa para restringir o convívio de indivíduos infectados pelo HIV de seus ambientes domésticos, escolares, sociais ou profissionais.**

6 ASPECTOS CLÍNICOS DA INFECÇÃO PELO HIV

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas:

1. Infecção aguda.
2. Fase assintomática, também conhecida como latência clínica.
3. Fase sintomática inicial ou precoce.
4. Aids.

FIGURA 5



6.1 INFECÇÃO AGUDA

A infecção aguda, também chamada de síndrome da infecção retroviral aguda ou infecção primária, ocorre em cerca de 50% a 90% dos pacientes. **Seu diagnóstico é pouco realizado, em razão do baixo índice de suspeição**, sendo, em sua maioria, retrospectivo.

O tempo entre a exposição e os sintomas, é de 5 a 30 dias. A história natural da infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada quanto por resposta imune intensa. Nessa fase da infecção, existem evidências de que a imunidade celular desempenha papel fundamental no controle da viremia.

Os sintomas aparecem durante o pico da viremia e da atividade imunológica. **As manifestações clínicas podem variar desde quadro gripal até uma síndrome, que se assemelha à mononucleose.** Os pacientes podem apresentar sintomas de infecção viral, como: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações mucocutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Alguns pacientes ainda podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré.

Os achados laboratoriais inespecíficos são transitórios e incluem: linfopenia seguida de linfocitose; presença de linfócitos atípicos; plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. Os sintomas duram, em média, 14 dias, sendo o quadro clínico autolimitado.

Janela imunológica: também chamada de janela biológica, é o tempo compreendido entre a aquisição da infecção e a soroconversão.

O tempo decorrido para que a sorologia anti-HIV torne-se positiva é de 6 a 12 semanas após a aquisição do vírus, com o período médio de aproximadamente 2 meses. Os testes utilizados apresentam geralmente níveis de até 95% de soroconversão nos primeiros 6 meses após a transmissão.

Soroconversão: é a positivação da sorologia para o HIV. A soroconversão é acompanhada de uma queda expressiva na quantidade de vírus no plasma (carga viral), seguida pela recuperação parcial dos linfócitos T-CD4+ no sangue periférico. Essa recuperação é devida tanto à resposta imune celular quanto à humoral. Nessa fase observa-se o seqüestro das partículas virais e das células infectadas (linfócitos T- D4+) pelos órgãos linfóides responsáveis pela imunidade, particularmente os linfonodos.

Após a resolução da fase aguda, ocorre a estabilização da viremia em níveis variáveis. A queda progressiva da contagem de linfócitos T-CD4+ está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a aids.

6.2 FASE ASSINTOMÁTICA (LATÊNCIA CLÍNICA)

Na infecção precoce pelo HIV, também conhecida como fase assintomática, o estado clínico básico é mínimo ou inexistente. **Alguns pacientes podem apresentar uma linfadenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor.**

- A abordagem clínica nessa fase deve-se prender desde o início, a uma história clínica prévia, investigando-se condições de base como: hipertensão arterial sistêmica; diabetes; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); doenças hepáticas; renais; pulmonares; intestinais; doenças sexualmente transmissíveis; tuberculose e outras doenças endêmicas; doenças psiquiátricas; uso prévio ou atual de medicamentos; enfim, **situações que podem complicar ou ser agravantes em alguma fase de desenvolvimento da doença pelo HIV.**
- São extremamente importantes: a história familiar; os hábitos de vida; uma avaliação do perfil emocional e psicossocial do paciente; como também uma avaliação do seu nível de entendimento e orientação sobre a doença.
- No que diz respeito ao monitoramento laboratorial, a avaliação dos níveis de carga viral e T-CD4+ serão realizadas, idealmente, a cada três meses, pelo serviço especializado.

Pelo exposto, fica evidente o papel importante que desempenham os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, e em especial nas Equipes Saúde da Família, pois têm a oportunidade ímpar de acompanhar as pessoas no contexto familiar, cultural e social.

6.3 FASE SINTOMÁTICA INICIAL (OU PRECOCE)

Nesta fase, o portador de HIV pode apresentar **sinais e sintomas inespecíficos de intensidade variável**, além de **processos oportunistas de menor gravidade**, principalmente na pele e nas mucosas. As alterações mais freqüentes são:

6.3.1 Sinais e Sintomas Inespecíficos

- **Sudorese noturna:** é queixa bastante comum e tipicamente inespecífica entre os pacientes com infecção sintomática inicial pelo HIV. Pode ser recorrente e vir

acompanhada ou não de febre. Nessa situação deve ser considerada a possibilidade de infecção oportunista, devendo-se lançar mão de investigação clínica e laboratorial específicas.

- **Fadiga:** freqüente manifestação da infecção sintomática inicial pelo HIV. Geralmente sentida no final de tarde ou após atividade física. Fadiga progressiva e debilitante deve alertar para a presença de infecção oportunista, devendo ser sempre pesquisada.
- **Emagrecimento:** é um dos mais comuns entre os sintomas gerais associados à infecção pelo HIV, estando presente em 95-100% dos pacientes com doença em progressão. Geralmente encontra-se associado a outros sintomas, como anorexia. A associação com diarréia aquosa faz com que esse sinal seja mais intenso.
- **Trombocitopenia:** na maioria das vezes, é uma anormalidade hematológica isolada, com um número normal ou aumentado de megacariócitos na medula óssea e níveis elevados de imunoglobulinas, associadas a plaquetas – síndrome clínica chamada púrpura trombocitopênica imune. Clinicamente, os pacientes podem apresentar somente sangramentos mínimos como petéquias, equimoses e, ocasionalmente, epistaxes. Laboratorialmente, considera-se nesse caso, o número de plaquetas menor que 100.000 células/mm³.

6.3.2 Processos Oportunistas de menor gravidade

- **Candidíase Oral e Vaginal (inclusive a recorrente)** – incluem as seguintes espécies patogênicas: *Candida albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* e outras menos comumente isoladas.

A candidíase oral é a mais comum infecção fúngica em pessoas portadoras do HIV. Apresenta-se com sintomas e aparência macroscópica características, descritas a seguir:

- **Forma Pseudomembranosa:** consiste em placas esbranquiçadas, removíveis da língua e mucosas, que podem ser pequenas ou amplas e disseminadas.
- **Forma Eritematosa:** é vista como placas avermelhadas em mucosa, palato mole e duro, ou superfície dorsal da língua.
- **Queilite Angular:** também freqüente, produz eritema e fissuras nos ângulos da boca.

As mulheres infectadas pelo HIV+ podem apresentar como manifestação precoce de imunodeficiência pelo HIV, bem como nas fases mais avançadas da doença, formas extensas ou recorrentes de candidíase vulvovaginal, com ou sem acometimento oral.

- **Leucoplasia Pilosa Oral:** é um espessamento epitelial benigno, causado provavelmente pelo vírus Epstein-Barr. Clinicamente apresenta-se como lesões brancas, não facilmente removíveis, que variam em tamanho e aparência, podendo ser planas, ou em forma de pregas, vilosidades ou projeções. Ocorre mais

freqüentemente nas margens laterais da língua, mas podem ocupar localizações da mucosa oral: mucosa bucal, palato mole e duro.

- **Gengivite:** a gengivite e outras doenças periodontais podem manifestar-se de forma leve ou agressiva em pacientes com infecção pelo HIV. Em estágios mais avançados da doença pelo HIV, observa-se freqüentemente uma evolução rapidamente progressiva levando a um processo necrotizante acompanhado de dor, perda de tecidos moles periodontais, exposição e seqüestro ósseo.
- **Úlceras Aftosas:** em indivíduos infectados pelo HIV, é comum a presença de úlceras extensas, resultantes da coalescência de pequenas úlceras, em cavidade oral e faringe, de caráter recorrente, e etiologia não definida. Resultam em grande incômodo, produzindo odinofagia, anorexia e debilitação do estado geral, com sintomas constitucionais tais como emagrecimento, astenia, febre prolongada etc, acompanhando o quadro.
- **Diarréia:** a infecção pelo HIV, desde sua fase inicial, têm a diarréia como manifestação freqüente. Determinar a causa da diarréia pode ser difícil, portanto, faz-se necessário o exame das fezes para agentes específicos.

Na infecção precoce pelo HIV, os patógenos entéricos mais comuns são: *Salmonella sp*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Strongyloides stercoralis*, adenovírus, astrovírus, rotavírus.

Agentes como *Cryptosporidium parvum* e *Isospora belli*, geralmente reconhecidos em fase mais avançada da doença causada pelo HIV, podem apresentar-se como expressão clínica autolimitada e/ou recorrente.

- **Sinusopatias:** sinusites e outras sinusopatias ocorrem com relativa freqüência entre os pacientes com infecção pelo HIV.

A forma aguda é mais comum no estágio inicial da doença pelo HIV, incluindo os mesmos agentes considerados em pacientes imunocompetentes: *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis* e *H. influenzae*. Outros agentes, como *S. aureus*, *P. aeruginosa*, e fungos, têm sido achados em sinusite aguda, porém, seu comprometimento em sinusites crônicas é maior. Fazem parte do quadro: febre, cefaléia, sintomas locais e drenagem mucopurulenta nasal.

- **Herpes Simples Recorrente:** a maioria das pessoas infectadas pelo HIV são co-infectadas com um ou ambos os tipos de vírus herpes simples (HSV 1 e 2), sendo mais comum a recorrência do que a infecção primária. Embora o HSV-1 seja responsável por lesões orolabiais, e o HSV-2, por lesões genitais, os dois tipos podem causar infecção em qualquer sítio. A sintomatologia clássica pode manifestar-se independentemente do estágio da doença pelo HIV. Todavia, a apresentação clínica dos quadros de recorrência é geralmente atípica, ao comparar-se aos quadros em indivíduos imunocompetentes.

- **Herpes Zoster:** a maioria dos adultos foi previamente infectada pelo vírus varicela zoster, e, de modo similar ao HSV, pacientes com doença pelo HIV desenvolvem pelo menos algum episódio de herpes zoster. O quadro inicia com dor radicular intensa, *rash* localizado ou segmentar, comprometendo um a três dermatômos, seguido de surgimento de maculopápulas dolorosas, que evoluem para vesículas com conteúdo infectante, e para crostas, havendo lesões concomitantes com todas essas fases. Pode também apresentar-se com disseminação cutânea extensa.

6.4 AIDS: DOENÇAS OPORTUNISTAS

Uma vez instalada a aids, as pessoas portadoras do HIV apresentam sinais e sintomas de processos oportunistas, representados principalmente pelas seguintes doenças:

- Infecções oportunistas (pneumonias, meningites e enterites).
- Tumores (sarcoma de Kaposi e linfomas).
- Alterações neurológicas induzidas pelo HIV.

Doenças oportunistas são, portanto, as que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária do hospedeiro.

6.4.1 INFECÇÕES OPORTUNISTAS (IO)

São infecções que podem ser causadas por microrganismos não considerados usualmente patogênicos, ou seja, não capazes de desencadear doença em pessoas com sistema imune normal. No entanto, microrganismos normalmente patogênicos também podem, eventualmente, ser causadores de IO. Nessa situação, porém, as infecções assumem necessariamente, um caráter de maior gravidade ou agressividade, para serem consideradas oportunistas.

As infecções oportunistas associadas à aids são várias, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários e fungos. Entre as mais freqüentes temos:

- **Vírus:** citomegalovirose, herpes simplex, herpes zoster, leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- **Bactérias:** micobacterioses (tuberculose e complexo *Mycobacterium avium-intracellulare*), pneumonias (*S. pneumoniae*), salmonelose.
- **Fungos:** pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmose.
- **Protozoários:** toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase.

6.4.2 OS TUMORES

Certas neoplasias são mais freqüentes, entre elas: sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin, neoplasias intra-epiteliais anal e cervical.

É importante assinalar que o câncer de colo do útero compõe, em vários países inclusive no Brasil, o elenco de doenças que pontuam a definição de caso de aids em mulher.

6.4.3 ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS INDUZIDAS PELO HIV

Além da ação primária sobre linfócitos e macrófagos, o HIV apresenta também um neurotropismo bastante acentuado, cuja intensidade pode variar conforme a cepa viral, mas que, freqüentemente, leva ao aparecimento de síndromes neurológicas específicas, particularmente nas fases mais avançadas da infecção.

Entre as manifestações neurológicas mais freqüentes estão: um quadro de atrofia cerebral e demência progressiva; neuropatias periféricas; e a mielopatia vacuolar (todas relacionadas com a ação do HIV, e do próprio sistema imune, no tecido nervoso central e periférico).

A Figura 6 sumariza a evolução da doença pelo HIV, a qual foi graficamente demonstrada na Figura 5 p. 128, pontuando as condutas no manejo adequado desses pacientes.

FIGURA 6



7 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA NAS UBS

7.1 ANAMNESE

Uma história detalhada permite ao profissional informações indicativas do comportamento de risco para as DST e para a infecção pelo HIV. Com base nas informações adquiridas, o profissional poderá, em conjunto com o paciente, construir processos que minimizem ou eliminem os riscos de uma reinfecção e/ou transmissão para outras pessoas.

Febre prolongada, de baixa intensidade, é freqüentemente a primeira manifestação de infecções como pneumonia pelo *Pneumocystis carinii* (pneumocistose), tuberculose, criptococose, ou neoplasias, especialmente os linfomas.

Diarréia pode resultar de doenças oportunistas no trato gastrointestinal, ou por toxicidade às drogas utilizadas no tratamento do HIV e suas complicações.

Pessoas infectadas pelo HIV apresentam risco significativamente maior de desenvolver tuberculose ativa que a população em geral. A doença, quando presente, manifesta-se de forma mais grave, sendo importante causa de mortalidade nessa população. A co-infecção Tb/HIV representa, hoje, mais de 50% entre as doenças oportunistas que acometem o portador de HIV. Portanto, é imprescindível investigar a história clínica pregressa e contatos recentes com pessoas com tuberculose ativa (bacilífera).

É importante pesquisar a história pregressa das DST, especialmente a sífilis, uma vez que associada à infecção pelo HIV aumenta o risco de envolvimento clínico do sistema nervoso central (SNC).

História de verrugas genitais ou coito anal receptivo, em mulheres e homens, deve ser cuidadosamente pesquisado. A co-infecção HIV e Papilomavírus Humano (HPV) podem predispor às displasias e ao câncer cervical, bem como ao carcinoma de células escamosas na região perianal.

Pacientes com história prévia de infecção pelo vírus das hepatites B e C podem experimentar reativação viral durante o curso da infecção crônica pelo HIV, levando à progressão para estados de hepatite clinicamente ativa. Vale ressaltar que a hepatite C apresenta uma progressão mais acelerada em indivíduos co-infectados pelo HIV.

7.2 EXAME FÍSICO

A pesquisa de sinais sugestivos de infecção pelo HIV, assinalados no item 6, pp. 127-133, deve fazer parte da preocupação dos profissionais de saúde das UBS.

Atenção especial deve ser dada ao examinar os locais onde os processos oportunistas característicos de infecção pelo HIV são freqüentes, tais como: a) pele; b) cavidade oral; c) fundo de olho; d) região genital e perianal.

Muitas condições comuns de pele, incluindo-se eczema, dermatite seborréica, psoríase, verrugas comuns, molusco contagioso e infecção pelo vírus herpes simples, podem ser exacerbadas ou apresentar-se de forma atípica quando em co-infecção com o HIV.

As manifestações oportunistas, indicativas de imunodeficiência mais grave, geralmente se manifestam por meio de síndromes respiratórias, digestivas e/ou neurológicas. Portanto, esses sistemas devem ser sempre bem examinados.

Como referido no item 6, o HIV pode penetrar no SNC, resultando numa variedade de síndromes neurológicas, incluindo meningite asséptica, encefalopatia, mielites, como também neuropatias periféricas e autonômicas. Cefaléias persistentes, mudanças de comportamento, perda de memória e inabilidade de concentração podem significar manifestações da infecção pelo HIV, de uma das doenças oportunistas ou tumor envolvendo o SNC.

Envolvimento de nervos periféricos pelo HIV pode manifestar-se por parestesia dolorosa, fraqueza e dormência. É importante enfatizar que as pessoas portadoras do HIV, particularmente nas fases mais avançadas da doença, fazem uso de diversos tipos de medicamentos, cujos efeitos colaterais podem ser de natureza neurológica.

7.3 TESTES DIAGNÓSTICOS

Os testes para detecção da infecção pelo HIV podem ser divididos, basicamente, em quatro grupos: a) testes de detecção de anticorpos; b) testes de detecção de antígenos; c) testes de amplificação do genoma do vírus; e d) técnicas de cultura viral.

As técnicas rotineiramente utilizadas para o diagnóstico da infecção pelo HIV são as baseadas na detecção de anticorpos contra o vírus, os chamados testes anti-HIV. Essas técnicas apresentam excelentes resultados. Além de serem menos dispendiosas, são de escolha para toda e qualquer triagem inicial. Detectam a resposta do hospedeiro contra o vírus (os anticorpos) e não o próprio vírus.

As outras três técnicas detectam diretamente o vírus, ou suas partículas, e são utilizadas em situações específicas, tais como: esclarecimento de exames sorológicos indeterminados, acompanhamento laboratorial de pacientes e mensuração da carga viral para controle de tratamento.

Os anticorpos contra o HIV aparecem, principalmente, no soro ou plasma de indivíduos infectados, numa média de 6 a 12 semanas após a infecção.

Em crianças menores de 2 anos, o resultado dos testes sorológicos é de difícil interpretação, em virtude da presença de anticorpos maternos transferidos passivamente através da placenta. Nesses casos, em virtude dos testes imunológicos anti-HIV não permitirem a caracterização da infecção, recomenda-se que a avaliação inicial de diagnóstico seja realizada por testes de biologia molecular para detecção direta do vírus (PCR, NASBA, bDNA¹ – exames de detecção da carga viral).

TESTES DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS

- **ELISA (ensaio imunoenzimático):** essa técnica vem sendo amplamente utilizada na triagem de anticorpos contra o vírus, pela sua facilidade de automação, custo relativamente baixo e elevada sensibilidade e especificidade.
- **Imunofluorescência indireta:** é um teste utilizado na etapa de confirmação sorológica.
- **Western-blot:** esse teste é considerado “padrão ouro” para confirmação do resultado reagente na etapa de triagem. Tem alta especificidade e sensibilidade, mas, comparado aos demais testes sorológicos, tem um elevado custo.

¹Representam técnicas de mensuração de carga viral realizadas por diferentes laboratórios no país.

Para maiores informações, ver no Anexo I, pp. 144-147, o fluxograma estabelecido pela Portaria N° 59/GM/MS de 18.01.2003.

- **Testes rápidos:** dispensam em geral a utilização de equipamentos para a sua realização, sendo de fácil execução e leitura visual. Sua aplicação é voltada para situações emergenciais que requerem o uso profilático com ARV, ou seja, em centros obstétricos, e no paciente-fonte após acidente ocupacional. Esse teste tem aplicação, ainda, em locais onde a avaliação de custo-benefício justifica seu uso. Os testes rápidos são executados em tempo inferior a 30 minutos.

Para maiores informações, ver no Capítulo V, Anexo I, pp. 114 e 115, o fluxograma estabelecido pela Portaria N° 34/SVS/MS de 28.07.2005.

7.4 ACOMPANHAMENTO DE USO DA TERAPIA ANTI-RETROVIRAL/ADESÃO

7.4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A indicação de uso de terapia anti-retroviral é um tema complexo, sujeito a constantes mudanças e incorporação de novos conhecimentos, e por isso definida e revisada anualmente por um grupo técnico assessor de *experts*, nomeado em portaria do Ministério da Saúde.

Por essa razão, a terapia anti-retroviral para o HIV deve ser prescrita por infectologista, ou outro médico capacitado, que definirá, baseado nas recomendações do consenso vigente, o momento de início e qual a melhor combinação a ser instituída.

Como referido no item I, p. 120 espera-se que os profissionais da Atenção Básica: a) realizem o diagnóstico o mais precocemente possível das pessoas que vivem na área de abrangência da unidade de saúde; b) encaminhem o portador ao serviço especializado; e c) realizem o acompanhamento do paciente, conjuntamente com o especialista, no que se refere:

- Ao monitoramento do comparecimento, ao serviço especializado, periodicamente, conforme recomendação.
- Ao acompanhamento de sua adesão à TARV prescrita.
- Ao estímulo e monitoramento de sua adesão às práticas preventivas, evitando sua reinfecção e a transmissão do vírus para outras pessoas.
- Ao apoio psicossocial para o portador e a família, visando à melhora de sua qualidade de vida.

Temos três classes de drogas liberadas para o tratamento anti-HIV, os Inibidores da Transcriptase Reversa, os Inibidores da Protease e o inibidor de fusão (o T20). Temos a seguir breves informações sobre os anti-retrovirais de maior uso:

Inibidores da Transcriptase Reversa – são drogas que inibem a replicação do HIV, bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa, que age convertendo o RNA

viral em DNA. Atualmente temos disponíveis substâncias Nucleosídeas (AZT; 3TC; d4T; ddI; Abacavir) e Não-Nucleosídeas (Nevirapina; Delavirdina; e Efavirenz).

Inibidores da Protease – essas drogas agem no último estágio da formação do HIV, impedindo a ação da enzima protease. Essa enzima é fundamental para a clivagem das cadeias protéicas, produzidas pela célula infectada, em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão cada partícula do HIV. Atualmente temos à disposição: Indinavir; Nelfinavir, Ritonavir; Saquinavir; Amprenavir, Lopinavir/Ritonavir.

Ver no Quadro I abaixo, a descrição dos anti-retrovirais atualmente disponíveis, seus efeitos colaterais primários e toxicidade.

QUADRO I

Anti-Retroviral – classificação/agente terapêutico	Efeitos Colaterais Primários e Toxicidade
Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeos (ITRNs)	
<ul style="list-style-type: none"> • Zidovudina (AZT) • Lamivudina (3TC) • Estavudina (d4T) • Didanosina (ddI) • Abacavir (ABC) • Tenofovir (TDF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia, neutropenia, náusea, cefaléia, insônia, dores musculares e astenia. • Dores abdominais, náusea, diarreia, exantema e pancreatite. • Neuropatia periférica, cefaléia, diarreia, náusea, insônia, anorexia, pancreatite, provas de função hepática alteradas, anemia e neutropenia. • Pancreatite, acidose láctica, neuropatia, diarreia, dores abdominais e náusea. • Náusea, diarreia, anorexia, dores abdominais, fadiga, cefaléia, insônia e reações de hipersensibilidade. • Nefrotoxicidade, náuseas, vômitos e diarreia. Redução de peso e tamanho, osteopenia e redução do fator de crescimento insulina-smile em fetos de macacos expostos. Há poucos dados em humanos.
Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Nucleosídeos (ITRNNs)	
- Nevirapina (NVP)	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema (incluindo casos da Síndrome de Stevens-Johnson), febre, náuseas, cefaléia, hepatite, e provas de função hepática alteradas.
- Efavirenz (EFV)	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema (incluindo casos da Síndrome de Stevens-Johnson), insônia, sonolência, tontura, distúrbio de concentração e anormalidades do sono.
Inibidores de Protease (IP)	
<ul style="list-style-type: none"> • Indinavir (IDV) • Nelfinavir (NFV) • Ritonavir (RTV) • Saquinavir (SQV) • Amprenavir (AMP) • Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) • Atazanavir (ATV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas, dores abdominais, nefrolitíase e hiperbilirrubinemia indireta, lipodistrofia. • Diarreia, náuseas, dores abdominais, astenia e exantema, lipodistrofia. • Astenia, diarreia, náuseas, parestesia circunmoral, alterações do apetite e aumento do colesterol e dos triglicérides, lipodistrofia. • Diarreia, dores abdominais, náuseas, hiperglicemia e provas de função hepática, alteradas. • Náuseas, diarreia, exantema, parestesia circunmoral, alterações do apetite e depressão; • Diarreia, fadiga, cefaléia, náuseas e aumento do colesterol e dos triglicérides. • Hiperbilirrubinemia indireta, hematúria microscópica.
Inibidores de Fusão	
• Enfuvirtida (ENF ou T20)	<ul style="list-style-type: none"> • Há poucos dados, sendo admitido o seu uso somente nos casos com multiresistência.

Terapia combinada é o tratamento anti-retroviral, com associação de pelo menos três drogas da mesma classe farmacológica (p ex., três inibidores da transcriptase reversa), ou de classes diferentes (p ex., dois inibidores da transcriptase reversa e um inibidor de protease).

As recomendações de TARV no Brasil têm por base evidências científicas de que a associação de drogas, promove a redução da replicação viral e a redução na emergência de cepas multirresistentes.

Define-se falha terapêutica em pacientes fazendo uso de terapia anti-retroviral, analisando-se três parâmetros:

- Clínico: surgimento de sintomas relacionados com aids ou manifestações oportunistas.
- Imunológico: queda > 25% da contagem de linfócitos T-CD4+.
- Viroológico: elevação da carga viral superior a 0,5 log.

Além da terapia anti-HIV, para alguns pacientes, o serviço especializado poderá prescrever quimioprofilaxia e imunização para certos processos oportunistas mais prevalentes, cuja relação custo-benefício tem se mostrado amplamente favorável.

Para maiores detalhes, consultar o “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças”, e “Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV” do ano em vigência.

7.4.2 ADESÃO À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL – COMO MELHORAR

O termo **adesão** ao tratamento deve ser visto como o resultado de um processo em que o paciente não apenas cumpre a prescrição estabelecida pelo serviço especializado, mas também entende, concorda e segue as orientações advindas, inclusive, da equipe de Atenção Básica. Significa que deve existir uma “parceria” entre as equipes de saúde e o paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos no tratamento, seja no próprio sistema de saúde, no trabalho, em casa e na comunidade.

No caso específico da terapia anti-retroviral, está demonstrado que a mínima falha na adesão ao tratamento pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral. Como consequência, ocorrerá a emergência de cepas virais resistentes, a elevação da carga viral plasmática, a repopulação dos tecidos linfóides e o recrudescimento da doença.

A terapia anti-retroviral para o HIV ainda muito complexa, dificulta a adesão terapêutica a longo prazo. São geralmente, duas a três doses ao dia, com um grande número de comprimidos ou cápsulas (frequentemente 20-25 unidades por dia), interferindo no regime alimentar e hábitos de vida da pessoa.

Considerando-se os fatores que afetam a adesão terapêutica, as seguintes estratégias são recomendadas para se estabelecer e manter uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral:

- I. **A terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e a necessidade de adesão ao tratamento sejam entendidos e aceitos pelo paciente** – Para isso, os profissionais da Atenção Básica devem tomar conhecimento das orientações do regime terapêutico instituído, e reforçá-las de forma mais simples, clara e precisa possível, com orientações

verbais, e por escrito, identificando os medicamentos pela cor, formato e nome. As indicações devem ser enfatizadas quanto: a) ao número de comprimidos e doses diárias; b) às restrições ou exigências alimentares, adaptadas à realidade do paciente; c) à necessidade de hidratação vigorosa; d) aos efeitos colaterais; e e) às interações medicamentosas. Certificar sempre, em todas as oportunidades com o(a) paciente, de que ele(ela) realmente sabe como tomar a medicação, e compreende as conseqüências da não-adesão para o sucesso do seu tratamento.

- 2. É importante adequar o regime terapêutico ao estilo de vida do paciente e não o contrário** – Esta é provavelmente a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão ao tratamento.

O profissional de Atenção Básica poderá atuar auxiliando o(a) paciente a identificar na rotina de sua vida diária as ocasiões que são facilmente seguidas, para que coincidam com os horários, adequados para a ingestão dos medicamentos (ex: escovar os dentes, ler um jornal, fazer exercícios etc.). Ou seja, esses eventos rotineiros podem ser utilizados como lembretes para se tomar os medicamentos. Para reduzir a possibilidade de esquecimento e omissão da dose, recomenda-se que os pacientes tomem a medicação antes da atividade de rotina selecionada.

Observação:

As refeições, apesar de serem situações com horários geralmente bem definidos, nem sempre funcionam como bons eventos, seja por restrições ou exigências alimentares específicas para o esquema proposto, seja por hábitos alimentares variáveis entre as pessoas.

- 3. O uso de dispositivos para lembrar das tomadas dos medicamentos, deve ser sugerido:** Oriente o paciente a utilizar dispositivos do tipo alarmes portáteis, despertadores ou *beepers*, para lembrá-lo dos horários das doses dos medicamentos.
Lembre-se de que alguns medicamentos devem ser tomados em intervalos de horário relativamente rígidos, em razão de suas propriedades farmacocinéticas.
- 4. Escala ou quadro de horários para tomada dos medicamentos:** Auxilie o(a) paciente no entendimento da escala diária de tomada dos medicamentos, definindo os horários e as atividades relacionadas com as tomadas, orientando-o para anotá-las em um diário, agenda pessoal ou calendário. Para pacientes com menor grau de instrução, é preferível fazer as orientações terapêuticas por meio de desenhos e cores, ao invés de linguagem escrita.
- 5. Mantenha o paciente sempre bem informado.** É importante que o paciente conheça todos os progressos do seu tratamento, dos resultados de seus exames laboratoriais e seu significado. Durante cada visita de controle, reveja com o paciente todo o esquema terapêutico, esclareça qualquer dúvida com relação ao tratamento ou atividades relacionadas.

6. **Oriente alguém próximo ao paciente sobre o tratamento.** No intuito de ajudar o paciente a não esquecer, ou omitir doses da medicação, sempre que possível, e com a concordância do paciente, explique o esquema terapêutico proposto a alguma pessoa em quem o paciente confia, e que o acompanhe cotidianamente (ex.: familiares, parceiros, amigos, grupos de auto-ajuda em ONG).
7. **Oriente o paciente a fazer um controle periódico das doses a serem tomadas.** É recomendado que o paciente faça um inventário diário ou semanal do número de comprimidos a serem ingeridos. A dose diária pode ser acondicionada em frascos menores (ex: frascos de filmes fotográficos vazios), ou mesmo em caixas especialmente desenhadas para este fim (devem apresentar compartimentos para separar as diversas doses).
É importante lembrar que alguns ARV (SQV, RTV, LPV/r) necessitam de acondicionamento em geladeira, o que dificulta seu uso em certos locais (por exemplo: na construção civil) e ocasiões.
8. **Tome alguns cuidados em caso de viagens, férias e finais de semana.** Em caso de mudanças na rotina do paciente, mesmo que temporárias, devem ser planejadas pelo serviço especializado, antecipadamente, as modificações necessárias nos horários e na escala de tomada dos medicamentos, de forma a não prejudicar o efeito global do tratamento. Em caso de viagens, é importante orientar o paciente quanto às condições de acondicionamento, necessidade de suprimentos extras de medicamentos e ajustes de horários, em caso de diferenças de fuso.

Diversos estudos demonstraram que uma taxa de adesão precoce é um importante fator preditivo de uma boa adesão em longo prazo. Daí ser importante fazer um maior investimento nas estratégias visando ao desenvolvimento de uma boa adesão ao tratamento, principalmente nas primeiras semanas após seu início. Recomenda-se que os retornos sejam mais freqüentes nas primeiras semanas após o início do tratamento.

Uma orientação dietética, com um nutricionista, e a organização de grupos de suporte para pacientes que fazem uso de terapia anti-retroviral são outras estratégias que podem ter sucesso em alguns casos.

Observação:

Em consequência das diversidades culturais e socioeconômicas existentes no país, as estratégias acima mencionadas podem não ser eficiente para todos os pacientes. É importante que o profissional de saúde tenha essa percepção, para ajudar ao paciente de forma mais apropriada.

Independentemente das estratégias adotadas, porém, a forma mais efetiva de se conseguir a adesão ao tratamento de qualquer doença de natureza crônica é, em última instância, motivar o paciente para o próprio tratamento, utilizando-se medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, e ajustáveis às necessidades individuais em longo prazo.

8 ATENÇÃO DOMICILIAR AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV E COM AIDS

141

Atenção Domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia (Duarte & Diogo apud, Rehem, 2003).

A Atenção Domiciliar no setor público justifica-se pelo grau de humanização que essa atenção traz para o atendimento ao usuário/família, pela possibilidade de desospitalização, com liberação de leitos para doentes que realmente deles necessitam e também pela redução de complicações decorrentes de longas internações hospitalares com redução dos custos envolvidos em todo o processo de hospitalização.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas, a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

8.1 INTERNAÇÃO DOMICILIAR

A Internação Domiciliar no âmbito do SUS, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite – CIT em 23/03/06, é o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas, clinicamente estáveis, que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidos em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

8.2 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Assistência Domiciliar pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica / Saúde da Família ou da atenção especializada.

O Ministério da Saúde define que a **Assistência Domiciliar na Atenção Básica / Saúde da Família**² é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes desse nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária (AVD)³. Para mais informações sobre a Assistência Domiciliar na Atenção Básica/Saúde da Família consultar o capítulo 10 do Caderno de Atenção Básica/Saúde da Família – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, Ministério da Saúde, 2006.

²No momento o registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB da assistência domiciliar é realizado no campo internação domiciliar, porém com a revisão dos procedimentos da Tabela SIA-SUS, a nomenclatura adotada para o registro dessa atividade na Atenção Básica passa a ser assistência domiciliar na atenção básica.

³Atividade de Vida Diária (AVD) “termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, que compreende cinco atividades básicas: banho, vestimenta, higiene pessoal, transporte e alimentação” (Vieira, 1996, p.20)

A **Assistência Domiciliar Terapêutica/aids – ADT/aids**, realizada por profissionais da atenção especializada, foi instituída a partir de 1995, no contexto do Programa das Alternativas Assistenciais as pessoas que vivem com aids, com a finalidade de prestar assistência a esses pacientes, na rede pública de saúde. A Portaria de nº 166 de 31 de dezembro de 1997 inclui na Tabela do SUS o pagamento de procedimentos referentes ao ADT/aids.

Para seu funcionamento faz-se obrigatória a presença de uma equipe multidisciplinar capacitada, vinculada ao serviço especializado, composta por: médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e, eventualmente nutricionista, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e odontólogos. As ADT/aids estão inseridas em hospitais, hospitais dia/aids (HD/aids) e serviços de assistência especializada (SAE).

De um modo geral, os pacientes que se beneficiam com essa modalidade de assistência, são aqueles que apresentam um importante grau de comprometimento do estado de saúde, necessitando de atenção constante, como por exemplo, os egressos hospitalares que já superaram a fase aguda do processo infeccioso e os portadores de doenças crônicas que necessitam de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo.

8.3 INTERFACE ENTRE A EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA E A EQUIPE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA/AIDS – ADT/AIDS

Com base no princípio da territorialização, a Atenção Básica/Saúde da Família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas que estão na área de abrangência, inclusive aquelas que estão, num determinado momento, sendo atendidas em outro nível de complexidade do sistema. Um paciente em Assistência Domiciliar Terapêutica/aids não deixará de ser acompanhado também pela equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

Deve haver a integração das atividades entre a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família e a equipe de ADT/aids, visando otimizar esforços e evitando duplicidade de ações. Relacionam-se algumas atividades:

- A equipe de ADT, ao atuar no domicílio do paciente, deve informar a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família e estabelecer a assistência em conjunto.
- Essas equipes deverão trocar informações sobre cada paciente, quanto à situação de saúde e sócio-familiar, cuidados especiais em HIV/aids, entre outros.
- Discutir o seguimento clínico e as condutas adotadas, relativos ao paciente com HIV e aids e sua família.
- A equipe da Atenção Básica/Saúde da Família deve dar assistência às eventuais intercorrências que exijam intervenção rápida, evitando agravos por ausência de condutas, até que a equipe de ADT se faça presente.

- Os profissionais da ADT/aids e da Atenção Básica/Saúde da Família deverão observar os aspectos éticos, o limite e as potencialidades entre essas equipes.
- O manejo dos antiretrovirais, seus efeitos adversos e tratamento de infecções oportunistas, deverão ser discutidos entre a equipe de ADT/aids a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família.
- Cabe a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família assistir à família do paciente com HIV/Aids, com apoio da equipe de ADT/aids para a atenção psicossocial dessa família.
- A equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deverá orientar o cuidador, utilizando como instrumento o Guia Prático do Cuidador, do Ministério da Saúde, 2006.

Uma atribuição importante da equipe da Atenção Básica /Saúde da Família é a educação em saúde à população sobre a prevenção e controle das DST/ aids.

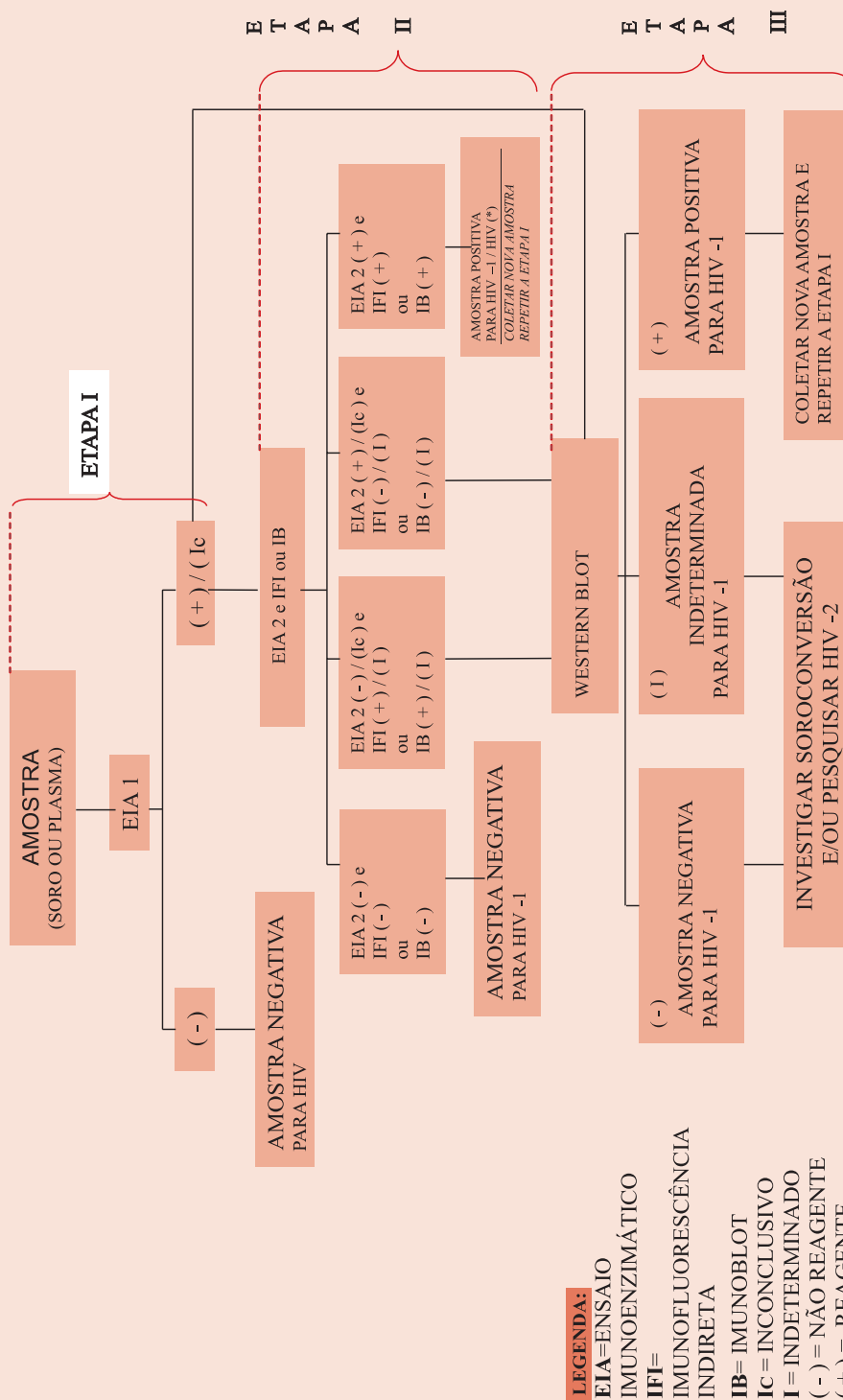
Para maiores informações consultar os manuais do Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS, “Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/aids para Profissionais de Saúde que trabalham com HIV/aids” e o “Manual para Cuidadores de Pessoas Vivendo com o HIV”, em www.aids.gov.br

9 PONTOS PARA REFLEXÃO:

1. A epidemia da aids no Brasil- Progressão e Características.
2. Formas de transmissão, prevenção e controle da infecção por HIV.
3. Interações entre as DST e o HIV.
4. Riscos relativos da infecção por HIV segundo o tipo de DST.
5. A evolução da doença pelo HIV.
6. Aspectos inerentes ao diagnóstico e tratamento do indivíduo com HIV ou aids.
7. Como pode a equipe de Atenção Básica trabalhar efetivamente na prevenção e controle da infecção pelo HIV.

ANEXO I

FIGURA 3: FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO E ANTICOR POS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 MESES



■ ■ ■ Notas do fluxograma (Portaria de N° 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003)*

145

Note: Esta Portaria será republicada, em virtude da alteração quanto a idade para aplicação do diagnóstico usando anticorpos anti-HIV, que passa a considerar a idade acima de 18 meses (já modificada nesta publicação) ao invés de 2 anos.

Diagnóstico Sorológico da Infecção pelo HIV

Com o objetivo da realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nos laboratórios públicos e privados, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria de N° 59, de 28 de janeiro de 2003, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados para os testes que visam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses.

Ao chegar ao laboratório com uma solicitação do teste anti-HIV, o indivíduo tem uma amostra de sangue coletada. Após a coleta, esta amostra é centrifugada para a obtenção de soro ou plasma que será utilizado nos testes.

A amostra deve inicialmente ser submetida à primeira etapa do conjunto de procedimentos seqüenciados, denominada de triagem sorológica (Etapa I).

Nessa etapa, a amostra deve ser submetida a um imunoensaio, como por exemplo, o Elisa (ensaio imunoenzimático). É importante ressaltar que o imunoensaio a ser utilizado não poderá ser de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos denominados anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Além disso, todos os conjuntos de diagnósticos (kits) utilizados, devem estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde.

Após a realização da etapa de triagem sorológica, podemos encontrar as seguintes situações:

1. A amostra que apresentar resultado não reagente no teste realizado, terá seu resultado definido como “ Amostra negativa para HIV “. Nesse caso, o resultado é liberado para o paciente acompanhado do aconselhamento pós-teste.
2. A amostra que apresentar resultado reagente ou inconclusivo no teste, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica.

A etapa de confirmação sorológica pode ser realizada de duas maneiras:

1. Por meio de um segundo imunoensaio em paralelo ao teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) para HIV-1 ou ao teste de Immunoblot (IB) para o HIV (etapa II). É importante ressaltar que o segundo imunoensaio deverá ter princípio metodológico e/ou antígenos distintos do primeiro imunoensaio utilizado.
2. Por meio do teste de western blot (WB) – etapa III.

Caso o laboratório adote prioritariamente a realização da etapa de confirmação com um segundo imunoensaio acompanhando da IFI ou IB, podemos encontrar as seguintes situações:

1. Amostra não reagente no segundo imunoensaio e negativa no teste de IFI ou IB, terá seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV-1”, ou “Amostra negativa para HIV”, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado.
2. Amostra reagente no segundo imunoensaio e positiva no teste de IFI ou IB, terá seu resultado definido como “Amostra positiva para HIV-1”, ou “Amostra positiva para HIV”, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir somente a etapa de triagem sorológica, visando confirmar a positividade da primeira amostra.
3. Amostra não reagente ou inconclusiva no segundo imunoensaio e positiva ou indeterminada no teste de IFI ou IB deverá ser submetida ao teste *western blot* (etapa III).
4. Amostra reagente ou inconclusiva no segundo imunoensaio e negativa ou indeterminada no teste de IFI ou IB, deverá ser submetida ao teste *western blot* (etapa III).

Após a realização do teste *western blot*, podemos encontrar as seguintes situações:

1. Amostra negativa neste teste terá seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV-1”. Neste caso, a mesma poderá ser submetida à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.
2. Amostra positiva neste teste terá seu resultado definido como “Amostra positiva para HIV-1”. Neste caso, é obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir somente a etapa de triagem sorológica, visando confirmar a positividade da primeira amostra.
3. Amostra indeterminada neste teste terá seu resultado definido como “Amostra indeterminada para HIV-1”. Neste caso, a mesma poderá ser submetida à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.

Para a investigação de soroconversão por meio da detecção de anticorpos, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados. Podem-se também utilizar outros testes baseados na detecção de antígenos ou de ácido nucléico. O resultado definitivo da infecção deve ser baseado na soroconversão completa.

Recomenda-se realizar a investigação do HIV-2 em amostras com resultados indeterminados para o HIV-1, quando os dados epidemiológicos forem sugestivos de infecção pelo HIV-2 ou se os dados clínicos forem compatíveis com a infecção HIV/aids.

Convém observar que é obrigatória a coleta de uma segunda amostra e a repetição da etapa de triagem sorológica (Etapa I) sempre que uma amostra apresentar resultado definido como **positivo** após a etapa de confirmação sorológica (Etapas II ou III),

preferencialmente em um intervalo de 30 dias após a emissão do resultado referente à primeira amostra.

As amostras com resultado definido como positivo deverão ter o resultado da primeira amostra liberado com a ressalva, por escrito, de que se trata de um resultado parcial e que somente será considerado como definitivo após a análise da segunda amostra.

Caso o resultado do teste (Etapa I) na segunda amostra seja não reagente ou inconclusivo, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados. Se após a realização da etapa de confirmação sorológica, os resultados da primeira e segunda amostra forem discordantes, deverá ser coletada uma terceira amostra e realizadas todas as etapas para conclusão do diagnóstico.

Sempre que os resultados confirmatórios da segunda amostra forem diferentes dos obtidos com a primeira amostra, será preciso considerar a possibilidade de ter havido troca de amostra ou algum erro inerente aos procedimentos de realização dos testes.

Resultados falso-positivos podem ser decorrentes de problemas técnicos no procedimento do exame ou alterações biológicas no indivíduo, que determinam reatividade, independente da condição investigada. Entre as causas de origem técnica podemos citar: contaminação de ponteiras, contaminação da reação por soros vizinhos positivos, troca de amostras, pipetagens de baixa acurácia e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos *kits*.

As semelhanças antigênicas entre microrganismos, as doenças auto-imunes, as infecções por outros vírus, e a aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (da mãe para o filho), também podem ser consideradas como possíveis causas de resultados falso-positivos.

Com relação aos resultados falso-negativos, é importante mencionar a sensibilidade do conjunto de diagnóstico utilizado, a ocorrência do período de janela imunológica, ou problemas técnicos durante a realização do ensaio. Entre estes podemos citar a troca de amostras, o uso de reagentes fora do prazo de validade, a utilização de equipamentos desajustados, a pipetagem incorreta e o transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos *kits*.

Finalmente, é importante enfatizar que mesmo com processamento adequado das amostras de sangue e a execução técnica correta de todas as etapas da reação sorológica no laboratório, é fundamental que o processo de aconselhamento antes e depois do teste seja feito de forma cuidadosa, para que o resultado do mesmo seja corretamente interpretado, tanto pelo profissional de saúde como pelo paciente, gerando atitudes que visem à promoção da saúde e/ou prevenção da infecção pelo HIV nos indivíduos testados, conforme o diagnóstico obtido a partir da avaliação clínica e laboratorial do paciente. Versão Comentada pela Assessora Técnica Cristine Ferreira

VII. HEPATITES VIRAIS

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo a equipe estará informada para:

1. Conhecer qual o âmbito de ações das equipes de atenção básica referente às hepatites virais.
2. Reconhecer a importância do desenvolvimento de ações referentes as hepatites virais na atenção básica de saúde, implementando as atividades na rotina dos serviços.
3. Utilizar e interpretar os fluxogramas de atenção às hepatites virais.
4. Realizar acompanhamento clínico dos pacientes sintomáticos e assintomáticos da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde e das equipes da estratégia de Saúde da Família.
5. Identificar e encaminhar os casos que necessitam tratamento em serviços especializados, realizando acompanhamento conjunto.

1 INTRODUÇÃO

As hepatites virais constituem-se em um grave problema de Saúde Pública no mundo e no Brasil. As equipes de atenção básica têm papel relevante na prevenção, no diagnóstico e no acompanhamento das pessoas portadoras – sintomáticas ou não – de hepatites. Para que possam exercer esse papel, é necessário que as equipes estejam aptas a informar/orientar, oferecer aconselhamento e testagem, identificar casos suspeitos, solicitar exames laboratoriais adequados e realizar encaminhamento dos casos indicados a serviços especializados.

2 EPIDEMIOLOGIA

A Organização Mundial de Saúde estima que, no mundo, 325 milhões de pessoas são portadores crônicos do vírus da hepatite B e 170 milhões são portadores crônicos do vírus da hepatite C. No Brasil, devem existir cerca de 2 milhões de portadores crônicos de hepatite B e 3 milhões de portadores da hepatite C. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do vírus da hepatite B (HBV) ou do vírus da hepatite C (HCV), o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão destas infecções.

As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo tecido hepático, que podem apresentar características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém, com importantes particularidades.

As hepatites virais têm grande importância, pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e crônicas. A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. No Brasil, também há grande variação regional na prevalência de cada um dos agentes etiológicos.

A principal via de contágio do vírus da hepatite A é a fecal-oral; por contato inter-humano ou através de água e alimentos contaminados. Contribui para a transmissão a estabilidade do vírus da hepatite A (HAV) no meio ambiente e a grande quantidade de vírus presente nas fezes dos indivíduos infectados. A transmissão parenteral é rara, mas pode ocorrer se o doador estiver na fase de viremia do período de incubação. A disseminação está relacionada com o nível socioeconômico da população, existindo variações regionais de endemicidade de acordo com o grau de saneamento básico, de educação sanitária e condições de higiene da população. Em regiões menos desenvolvidas as pessoas são expostas ao HAV em idades precoces, apresentando formas subclínicas ou anictéricas. A doença é autolimitada e de caráter benigno. Menos de 0,1% dos casos

pode evoluir para hepatite fulminante, sendo que este percentual aumenta em idades mais avançadas. Pacientes que já tiveram hepatite A apresentam imunidade para esse vírus, mas permanecem susceptíveis às outras hepatites.

A transmissão do vírus da hepatite B (HBV) se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível. A transmissão vertical (materno-infantil) também pode ocorrer. De maneira semelhante às outras hepatites, as infecções causadas pelo HBV são habitualmente anictéricas. Apenas 30% dos indivíduos apresentam a forma icterícia da doença, reconhecida clinicamente. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados cronicam. Porém, a chance de cronicização é de cerca de 70 a 90% na transmissão vertical em gestantes que possuem evidências de replicação viral (HBeAg reagente) e, 10% a 40% naquelas sem replicação do vírus. Cerca de 20% a 25% dos casos crônicos e com evidências de replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).

O vírus da hepatite C (HCV) foi identificado em 1989. O HCV é o principal agente etiológico da hepatite crônica anteriormente denominada não-A não-B. Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral e em um percentual significativo de casos não é possível identificar como ela ocorreu. É importante ressaltar que em percentual significativo de casos não é possível identificar a via de transmissão. Possuem risco acrescido para a infecção pelo HCV por via parenteral: indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, usuários de drogas intravenosas ou usuários de drogas inaladas e aspiradas que compartilham os equipamentos de uso, pessoas que fizeram tatuagens, aplicaram piercings ou que apresentam outras formas de exposição percutânea (p. ex: clientes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures, etc.) sem cuidados com as normas de biossegurança. A transmissão sexual é pouco freqüente (risco menor que 2% para parceiros estáveis) e ocorre principalmente em pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco (sem uso de preservativo), sendo que a co-existência de alguma DST – inclusive o HIV – constitui-se em um importante facilitador dessa transmissão. A transmissão vertical é rara quando comparada à hepatite B. Entretanto, já se demonstrou que gestantes com carga viral do HCV elevada ou co-infectadas pelo HIV apresentam maior risco de transmissão vertical. A cronicização ocorre em 70% a 85% dos casos, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui com padrão de acometimento histológico moderado e grave, necessitando de tratamento. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave. É importante destacar que o HCV já é o maior responsável por cirrose e transplante hepático no Mundo Ocidental.

A hepatite D é causada pelo vírus da hepatite delta (HDV), e à semelhança das outras hepatites virais pode apresentar-se como infecção assintomática, sintomática ou até com formas graves. O HDV é um vírus defectivo, satélite do HBV, que precisa do HBsAg para realizar sua replicação. A infecção delta crônica é a principal causa de cirrose hepática em crianças e adultos jovens em áreas endêmicas da Itália, Inglaterra e Brasil (região amazônica). Em razão da sua dependência funcional do vírus da hepatite B, o vírus delta tem mecanismos de transmissão idênticos aos do HBV. Dessa forma, pode ser transmitida através de relações sexuais desprotegidas, via parenteral (compartilhamento de agulhas e seringas, tatuagens, piercings, procedimentos

odontológicos ou cirúrgicos, etc.). A transmissão vertical pode ocorrer e depende da replicação do HBV. Outros líquidos orgânicos (sêmen, secreção vaginal, leite materno, etc.), também podem conter o vírus e podem constituir-se como fonte de infecção. Os portadores crônicos constituem-se importante reservatório para a disseminação do vírus da hepatite delta em áreas de alta endemicidade de infecção pelo HBV.

O vírus da hepatite E (HEV) é de transmissão fecal-oral. Essa via de transmissão favorece a disseminação da infecção nos países em desenvolvimento onde a contaminação dos reservatórios de água perpetua a doença. A transmissão interpessoal não é comum. Em alguns casos os fatores de risco não são identificados. A doença é autolimitada e pode apresentar formas clínicas graves, principalmente em gestantes.

A vigilância epidemiológica das hepatites virais no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação dos casos suspeitos, dos casos confirmados e dos surtos de hepatites virais.

3 ATENDIMENTO ÀS HEPATITES VIRAIS NO SUS

A rede de assistência às hepatites virais está dividida em três níveis: atenção básica, média e alta complexidade. De acordo com a orientação da NOAS-SUS 01/2002, o planejamento regional da atenção deve ser feito de modo integrado, para que os serviços não fiquem restritos ao âmbito municipal, garantindo o acesso do paciente aos recursos necessários para resolução de seu problema.

A rede de serviços é formada pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes do Programa de Saúde da Família, pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e pelos serviços da média e alta complexidade, conforme definido na Tabela I.

Tabela I – Competências nos níveis de atendimento das hepatites virais no SUS

Unidades	Competências
(Unidade Básica de Saúde, PSF, CTA)	Atenção Básica Promoção da saúde Prevenção Aconselhamento e triagem sorológica Acompanhamento de pacientes
Serviços Especializados (Média Complexidade)	Todas as atividades descritas para a Atenção Básica para a população da sua área de abrangência Exames confirmatórios Biópsia hepática (local ou referenciada) Definição da necessidade de tratamento Tratamento e manejo clínico de pacientes
Centro de Referência (Alta complexidade - por ex.: Hospitais Universitários)	Todas as atividades descritas para os níveis anteriores para a população da sua área de abrangência. Protocolos de pesquisa Acompanhamento de pacientes em situações especiais (falha terapêutica, co-infecção com HIV etc.)

3.1 Aconselhamento e testagem

Atualmente a maioria das pessoas infectadas pelos vírus das hepatites B e C desconhece seu estado de portador, o que ajuda a perpetuar o ciclo de transmissão destas infecções.

Ampliar a testagem sorológica para esses tipos de hepatites é estratégia fundamental para equacionar esta situação; permite que aqueles que avaliem terem estado expostos aos vírus possam conhecer seu status sorológico. Se o resultado for positivo, a detecção precoce permitirá um acompanhamento da doença, com tratamento adequado quando necessário, evitando assim que o portador chegue ao serviço de saúde apenas quando os sintomas forem manifestos, com quadro hepático mais grave; permitirá também o 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 vulnerabilidade do indivíduo à infecção.

A inserção do aconselhamento e testagem das hepatites virais na atenção básica requer conhecimento prévio de conteúdos sobre esses agravos, como também das principais vulnerabilidades para essas infecções e das necessidades particulares dos usuários. Há grupos que historicamente são excluídos dos serviços de saúde, seja por estilo de vida, hábitos de consumo e orientação sexual, tais como usuários de drogas, travestis, prostitutas e moradores de rua. Também por essas condições tornam-se mais vulneráveis às hepatites, sendo importante ampliar o acesso desses grupos aos serviços, respeitando suas especificidades.

A testagem das hepatites B e C poderá ser estimulada por meio de ações educativas, quando serão informados os seus modos de transmissão, o que possibilitará às pessoas a percepção de sua exposição ao risco de infecção. Já existe, de fato, uma demanda reprimida, representada por pessoas que receberam transfusão sanguínea antes de 1993, quando ainda não era realizada a triagem sorológica da hepatite C nos bancos de sangue, pela falta de testes comerciais disponíveis. Outras maneiras de aquisição dos vírus, como compartilhamento de materiais perfurocortantes, como seringas e agulhas, e todas aquelas que pela plausibilidade biológica propiciam passagem de sangue de uma pessoa a outra, devem ser investigadas.

O aconselhamento consiste em um processo educativo e pode se desenvolver através de um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança. Tem um papel importante na promoção da saúde, pois visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos e tome decisões realistas quanto à sua prevenção e aos problemas que possam estar relacionados às DST/HIV/Aids e às hepatites virais, levando o indivíduo a reconhecer-se como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde. Este processo precisa ser desenvolvido levando-se em consideração o contexto de vida e os aspectos sócio-culturais nos quais os sujeitos estão inseridos.

Assim, o profissional que o desenvolve tem um papel diferenciado e deve possuir algumas habilidades e características, entre as quais se destacam: habilidade de comunicação, especialmente relacionada à capacidade de escuta, sensibilidade às demandas do indivíduo, conhecimento técnico e compromisso ético. Essas habilidades podem ser construídas ao longo do exercício profissional.

O aconselhamento transcende, portanto, o âmbito da testagem e pode se desenvolver em vários momentos, quer de forma coletiva ou individual; é um momento de interação, quando são favorecidas a participação e as trocas intersubjetivas. Nele, pode-se desenvolver o processo de orientação/informação, apoio emocional e avaliação dos riscos pessoais (auto-avaliação), componentes desse processo de aconselhamento.

Estes componentes devem ocorrer de forma dinâmica e integrada, interagindo entre si, podendo em determinadas situações prevalecer um e/ou outro.

Portanto, não existe um momento específico determinado em cada aconselhamento para se educar, prestar apoio emocional ou avaliar riscos. O diferencial do profissional consiste em estar atento e perceptivo às necessidades do usuário, dando ênfase ao componente que seja mais pertinente durante o processo.

Componentes do processo de Aconselhamento:

- Educativo (orientação/informação) – recomenda-se que as informações e esclarecimentos sobre as dúvidas do usuário sejam realizados de forma interativa. Isto requer sensibilidade e perspicácia do profissional para compreender a situação do usuário e o quanto este está receptivo às informações. É necessário evitar o repasse de conteúdo em demasia e descontextualizado da vida da pessoa.

A informação/orientação, embora por si só não favoreça a mudança de comportamento, inquestionavelmente representa a primeira etapa do processo, sensibilizando o indivíduo para a necessidade de mudança.

- Apoio emocional - este é um momento bastante delicado em que a equipe precisa auxiliar o usuário para que ele se sinta de fato acolhido pelo profissional de saúde. Para oferecer apoio emocional é necessário estabelecer uma relação de confiança; dessa forma, propicia-se ao usuário a possibilidade de explicitar as práticas que o deixam vulnerável à transmissão/infecção das hepatites virais, de avaliar as possibilidades de resultados dos testes (reagente ou não reagente para as hepatites B e C), de aceitar a revelação do diagnóstico, de comunicar aos parceiros sexuais, ou ao menos, ser incentivado para fazê-lo. O sigilo das informações precisa aqui ser garantido.
- Avaliação de riscos - durante o aconselhamento deve-se evitar exposições pessoais e favorecer a auto-avaliação. O profissional de saúde deve estar atento a seus preconceitos e possibilitar ao usuário que se expresse livremente, sem juízo de valor. Conversar sobre situações de risco para as infecções por hepatites B e C, relacionadas às práticas sexuais e ao uso de drogas, ajuda o usuário a perceber seus comportamentos e sua vulnerabilidade à infecção. Neste sentido, a pessoa poderá avaliar sua exposição a riscos e a necessidade de submeter-se ou não à testagem.

Nesta etapa também é necessário incluir o planejamento de estratégias (baseado no contexto de vida do usuário) para redução de riscos, adoção de práticas sexuais mais seguras, apoio social e emocional disponível (família, amigos, parceiros e outros) frente a um resultado reagente. O profissional precisa evitar as atitudes

prescritivas e impositivas e, ao invés disto, interagir com o usuário e sensibilizá-lo sobre o processo de cuidar-se. É importante compreendê-lo como sujeito de seu processo de saúde e doença e juntos, profissional de saúde e usuário, implementarem uma estratégia singular de prevenção.

4 CASOS SUSPEITOS

As seguintes situações clínicas devem ser consideradas como suspeitas de hepatite viral:

- Icterícia aguda e colúria.
- Elevação de aminotransferases.
- História de exposição percutânea ou de mucosa a sangue e/ou secreções de pessoas portadoras ou com suspeita de infecção pelo HBV ou HCV.
- História de contato sexual ou domiciliar com indivíduo sabidamente HBsAg reagente e/ou anti-HBc reagente;
- Exames sorológicos de triagem reagentes para hepatites (doadores de sangue e/ou órgãos, usuários de hemodiálise e ambulatórios de DST).

A história pregressa detalhada do paciente com suspeita de hepatite pode auxiliar bastante na orientação do diagnóstico etiológico. É importante avaliar o passado de história de hepatite ou icterícia aguda, uso de drogas injetáveis ou aspiradas, prática sexual de risco (sem preservativo) e transfusão de sangue ou hemoderivados antes de 1993. Ao exame físico, deve-se pesquisar a presença de lesões sugestivas de uso de drogas injetáveis, tatuagens e piercings. A condição de saneamento básico e o local de residência/procedência também devem ser pesquisados.

Em função da alta circulação do vírus da hepatite A em crianças e adultos jovens, esta deve ser a primeira a ser pesquisada em casos de suspeita de hepatite aguda, salvo se o paciente apresenta algum vínculo epidemiológico ou risco específico para outro tipo de hepatite. As hepatites B e C devem ser pesquisadas antes da A se o paciente já apresentar diagnóstico sorológico prévio de hepatite A, se for encaminhado por algum serviço de triagem (p.ex: banco de sangue) com sorologia reagente para hepatite B ou C, ou se apresentar risco específico, como contato sexual com portador de hepatite B ou exposição profissional a sangue (p. ex: pessoal da área da Saúde).

Considerando a sobreposição das vias de infecção das hepatites B e C, elas sempre devem ser pesquisadas em conjunto. Apesar do risco de transmissão por via sexual da hepatite C ser bem menor do que a hepatite B, pessoas com múltiplos parceiros e com prática sexual de risco apresentam maior chance de infecção.

Todos os pacientes portadores crônicos de hepatite B, procedentes ou residentes na região amazônica, devem realizar sorologia para hepatite delta (anti-delta IgG).

5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

155

Os quadros clínicos agudos das hepatites virais são muito diversificados, variando desde formas subclínicas ou oligossintomáticas até formas fulminantes. A maioria dos casos cursa com predominância de fadiga, anorexia, náuseas, mal-estar geral e adinamia. Nos pacientes sintomáticos, o período de doença aguda se caracteriza pela presença de colúria, hipocolia fecal e icterícia. As aminotransferases (ALT/TGP e AST/TGO) são marcadores sensíveis de lesão do parênquima hepático, porém não são específicas para nenhum tipo de hepatite. A elevação da ALT/TGP geralmente é maior que da AST/TGO e já é encontrada durante o período prodrômico. Níveis mais elevados de ALT/TGP quando presentes não guardam correlação direta com a gravidade da doença. As aminotransferases, na fase mais aguda da doença, podem elevar-se dez vezes acima do limite superior da normalidade. Também são encontradas outras alterações inespecíficas como elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina e discreta linfocitose – eventualmente com atipia linfocitária.

A hepatite crônica é assintomática ou oligossintomática na grande maioria dos casos. De modo geral, as manifestações clínicas aparecem apenas em fases adiantadas de acometimento hepático. Muitas vezes o diagnóstico é feito ao acaso, a partir de alterações esporádicas de exames de avaliação de rotina ou da triagem em bancos de sangue.

Não existem manifestações clínicas ou padrões de evolução patognomônicos dos diferentes agentes. O diagnóstico etiológico só é possível por meio de exames sorológicos e/ou de biologia molecular.

Tabela 2 – Características importantes das hepatites virais

Agente etiológico	Período de incubação	Forma icterica	Cronificação
HAV	15 a 50 dias (média de 30 dias)	5% a 10% em menores de 6 anos 70% a 80% nos adultos	Não existem relatos de formas crônicas
HBV	15 a 180 dias	30%	90% em recém-nascidos 5% a 10% após 5 anos
HCV	21 a 140 dias (média de 49 dias)	Cerca de 20%	70 a 85%
HDV	É semelhante ao da hepatite B, porém menor na superinfecção: 14 a 56 dias.	Variável	Variável
HEV	15 a 60 dias (média de 40 dias)	Variável	Não existem relatos de formas crônicas

6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

As hepatites se confundem na maioria das vezes com outras doenças que também apresentam manifestações clínicas semelhantes, sejam elas infecciosas ou não. Algumas doenças que devem ser lembradas no diagnóstico diferencial das hepatites virais estão listadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Diagnóstico diferencial das hepatites virais.

Esteatose hepática não alcoólica	Exposição a produtos da indústria petroquímica
Colangite esclerosante	Doença Alcoólica do Fígado
Colelitíase/colelécistite	Herpes simples
Colestase reacional	Neoplasia (primária ou metastática) do fígado
CMV	Mononucleose
Dengue hemorrágico	Leptospirose
Febre tifóide	

7 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Os testes de função hepática, especialmente os níveis séricos da ALT/TGP e AST/TGO, apesar de serem indicadores sensíveis do dano do parênquima hepático, não são específicos para hepatites.

Os exames específicos para o diagnóstico do tipo de infecção são os sorológicos e os de biologia molecular.

7.1 Exames sorológicos

Hepatite A: Interpretação dos resultados sorológicos.

Anti-HAV Total*	Anti-HAV IgM	Interpretação
(+)	(+)	Infecção recente pelo vírus da hepatite A.
(+)	(-)	Infecção passada pelo vírus da hepatite A ou indivíduo vacinado.
(-)	(-)	Ausência de contacto com o vírus da hepatite A, não imune.

* Ver Figura 1 – fluxograma

Hepatite B aguda: Significado dos marcadores sorológicos.

Marcador	Significado
HBsAg	É o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pelo HBV. Na hepatite aguda, ele declina a níveis indetectáveis rapidamente.
Anti-HBc IgM	É marcador de infecção recente, encontrado no soro até seis meses após a infecção.
Anti-HBc IgG	É marcador de longa duração, presente nas infecções agudas e crônicas. Representa contato prévio com o vírus.
HBeAg	É marcador de replicação viral. Sua positividade indica alta infecciosidade.
Anti-HBe	Surge após o desaparecimento do HBeAg, indica o fim da fase replicativa.
Anti-HBs	É o único anticorpo que confere imunidade ao HBV. Está presente no soro após o desaparecimento do HBsAg, sendo indicador de cura e imunidade. Está presente isoladamente em pessoas vacinadas.

Hepatite B crônica: Significado dos marcadores sorológicos.

Marcador	Significado
HBsAg	Sua presença por mais de seis meses é indicativa de hepatite crônica
HBeAg	Na infecção crônica está presente enquanto ocorrer replicação viral, exceto nas cepas com mutação pré-core (não produtoras da proteína “e”).
Anti-HBe	Sua presença sugere redução ou ausência de replicação viral.

Hepatite B: Interpretação dos resultados sorológicos*

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG**	Anti-HBe	Anti-HBs
Susceptível	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Incubação	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Fase aguda	(+)	(+)	(+)	(+)	(-)	(-)
Fase aguda final ou hepatite crônica	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)
	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(-)
Início fase convalescente	(-)	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)
Imunidade, infecção passada recente.	(-)	(-)	(-)	(+)	(+)	(+)
Imunidade, infecção passada	(-)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)
Imunidade, resposta vacinal	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

*Perfis sorológicos atípicos podem ser encontrados no curso da infecção pelo HBV, tais circunstâncias necessitam da avaliação de um especialista (hepatologista ou infectologista).

**Devido à pequena disponibilidade comercial deste marcador, pode-se utilizar o anti-HBc total em seu lugar.

Hepatite C: Significado do marcador sorológico.

Marcador	Significado
Anti-HCV	Indica contato prévio com o vírus da hepatite C, mas não define se recente ou tardio. O diagnóstico de infecção aguda só pode ser feito com a viragem sorológica documentada.

Hepatite Delta: Significado dos marcadores sorológicos.

Marcador	Interpretação
HDVAg	Existe controvérsia sobre a utilidade deste marcador na detecção de hepatite delta. Segundo alguns autores, a antigenemia permite o diagnóstico em amostras de soro obtidas durante a primeira semana da doença. Para outros, o HDVAg é marcador inconstantemente detectado no soro, especialmente na superinfecção.
Anti-delta IgM	Estes anticorpos aparecem com os sintomas agudos da doença e, quando disponíveis, servem para o diagnóstico e para monitorar os pacientes submetidos à terapia com interferon, uma vez que desaparecem quando a doença é erradicada. Constituem os marcadores mais estáveis e são detectados antes que o anti-delta IgG. Existe forte correlação entre o anti-delta IgM, a presença de HDV-RNA no soro e de HDVAg no núcleo dos hepatócitos.
Anti-delta IgG	Este anticorpo é marcador de infecção passada e imunidade, que aparece no soro em torno de 12 semanas. É um anticorpo instável.

Hepatite delta: Interpretação dos resultados sorológicos.

Interpretação	HBsAg	Anti-HBc IgM	HDVAg	Anti-delta IgM	Anti-delta IgG
Co-infecção* ou superinfecção** recente	(+)	(-)	(+)	(-)	(-)
Co-infecção recente	(+)	(+)	(-)	(+)	(-)
Superinfecção recente	(+) (+)	(-) (-)	(+) (-)	(+) (+)	(-) (-)
Superinfecção antiga	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)
Imunidade	(-)	(-)	(-)	(-)	(+)

*Co-infecção: Infecção aguda simultânea pelos vírus B e delta da hepatite.

**Superinfecção: Infecção pelo vírus delta da hepatite em paciente portador crônico do vírus B da hepatite.

Interpretação dos marcadores sorológicos de hepatite E

Anti-HEV Total	Anti-HEV IgM	Interpretação
(+)/(–)	(+)	Infecção recente pelo vírus da hepatite E
(+)	(–)	Exposição prévia pelo vírus da hepatite E
(–)	(–)	Nunca teve contato com o vírus da hepatite E

7.2 Exames de biologia molecular

Os testes de biologia molecular são utilizados para detectar a presença do ácido nucléico do vírus (DNA para o vírus da hepatite B e RNA para os demais vírus da hepatite). Os testes podem ser: qualitativo (indicam a presença ou ausência do vírus na amostra pesquisada), quantitativo (indicam a carga viral presente na amostra) ou de genotipagem (indicam o genótipo do vírus).

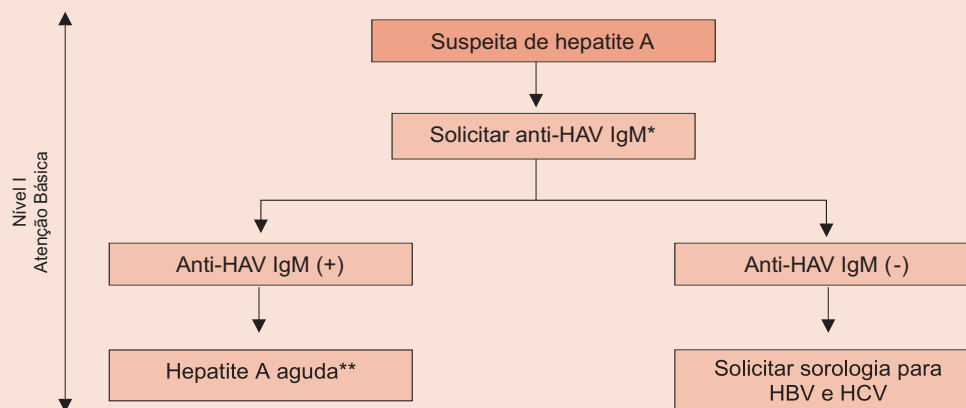
Para realização dos testes de biologia molecular existem várias técnicas (Polimerase Chain Reaction ou PCR, hibridização, branched-DNA ou b-DNA, seqüenciamento, Transcription-Mediated Amplification ou TMA). A definição da técnica a ser utilizada depende da informação clínica que se quer obter – presença ou ausência do vírus, replicação viral, genótipo do vírus, pesquisa de mutações no genoma viral, etc.

Os testes de biologia molecular têm elevado custo e, por vezes, difícil interpretação. Sua utilização, portanto, é reservada aos profissionais que atuam na média e/ou alta complexidade.

FLUXOGRAMAS LABORATORAIS DAS HEPATITES VIRAIS

As Figuras de 1 a 4 apresentam os fluxogramas para diagnóstico sorológico da hepatite A, B e C.

Figura 1. Fluxograma diagnóstico para hepatite A.

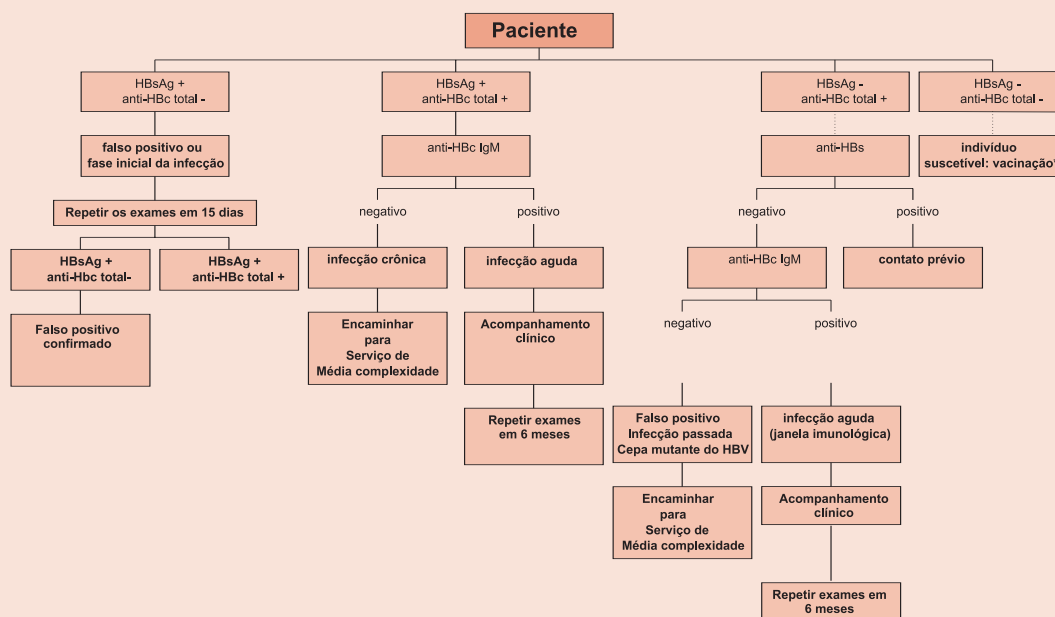


*Iniciar a investigação pela sorologia para hepatite A em crianças, adolescentes e adultos jovens, salvo se existe já o diagnóstico prévio de hepatite A, se há vínculo epidemiológico com outras hepatites ou se existe história de fatores de risco específicos para outras hepatites.

**O acompanhamento clínico de pacientes com hepatite aguda deve compreender consultas médicas quinzenais no primeiro mês e consultas mensais até a resolução do quadro (ver pp. 14). Estes intervalos podem e devem ser reduzidos caso o profissional julgue necessário um acompanhamento mais intenso em função das alterações clínicas e laboratoriais. Do ponto de vista laboratorial, é necessário dosar aminotransferases, bilirrubinas, albumina e tempo de protrombina a cada consulta médica. Em todas as consultas deve-se checar a presença de critérios de gravidade. Caso apresente algum critério de gravidade, encaminhar com urgência para Nível III (Serviços Especializados).

Os aspectos clínicos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, "flapping", torpor e coma). Laboratorialmente pode-se avaliar a gravidade pela queda do tempo de protrombina ($TP > 4$ segundos em relação ao controle ou $INR > 1.5$), que não responde ao uso de vitamina K por via parenteral. De modo geral, o quadro clínico de hepatite A benigna se resolve em um período inferior a seis meses (freqüentemente inferior a 3 meses).

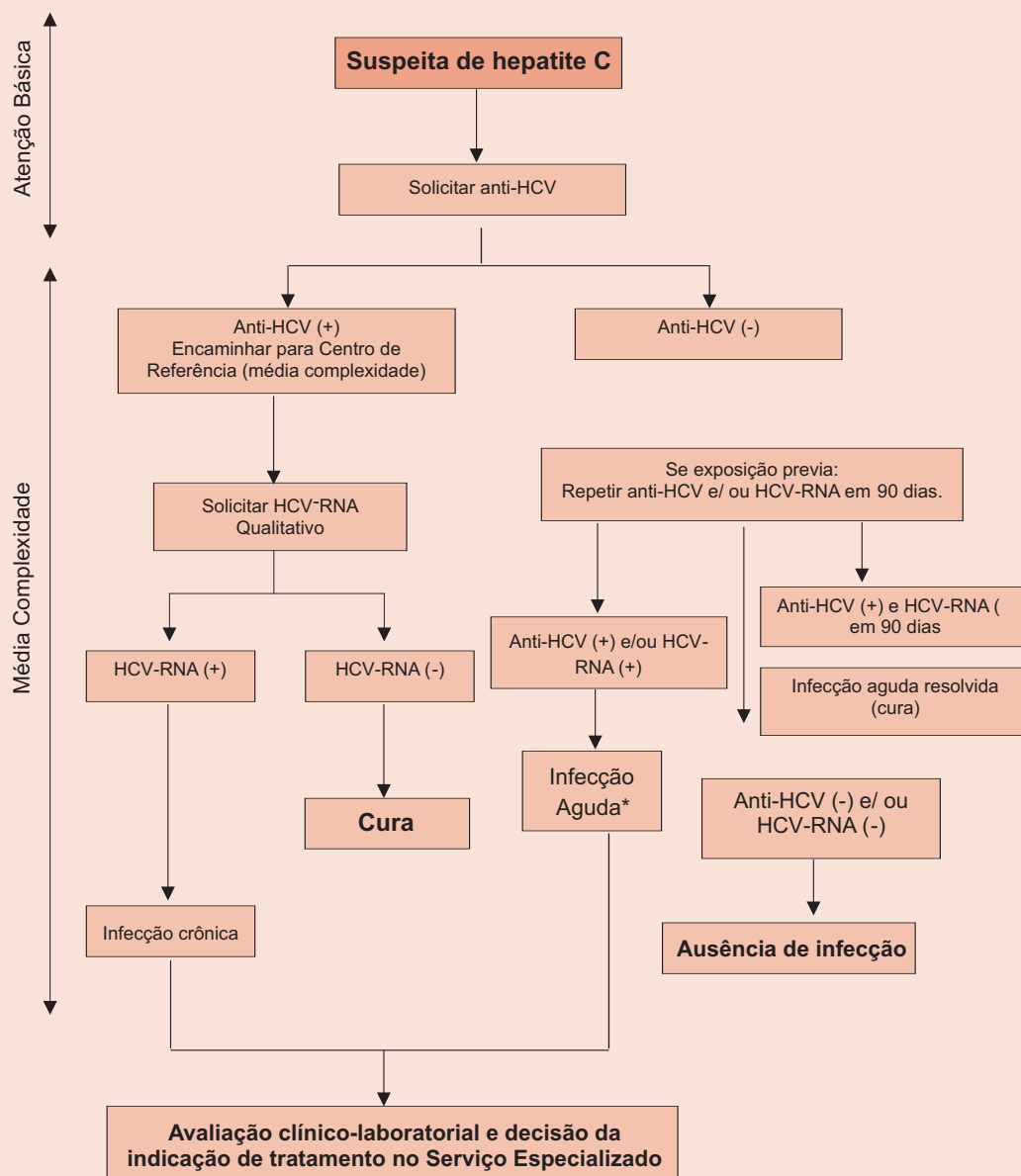
Figura 2 - Fluxograma diagnóstico para hepatite B



* O **acompanhamento clínico** de pacientes com hepatite aguda, independente do resultado de exame laboratorial estar ou não disponível, deve compreender consultas médicas quinzenais no primeiro mês e consultas mensais até a resolução do quadro – estes intervalos podem e devem ser reduzidos, caso o profissional julgue necessário um acompanhamento mais intenso em função das alterações clínicas e laboratoriais. Do ponto de vista laboratorial, é necessário dosar aminotransferases, bilirrubinas, albumina e tempo de protrombina a cada consulta médica. Em todas as visitas deve-se checar a presença de critérios de gravidade. Caso presente algum critério de gravidade, encaminhar com urgência para Serviços Especializados de Alta Complexidade. Os aspectos clínicos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, “flapping”, torpor e coma). Laboratorialmente pode-se avaliar a gravidade pela queda do tempo de protrombina (TP > 4 segundos em relação ao controle ou INR > 1,5, que não responde ao uso de vitamina K por via parenteral). De modo geral, o quadro clínico de uma hepatite B benigna se resolve em um período inferior a 3 meses. Pacientes que persistem com evidências de replicação viral após o terceiro mês tem maior probabilidade de desenvolverem formas crônicas de hepatite B e devem ser encaminhados ao serviço de referência.

** As indicações de vacinação contra hepatite B deverão contemplar as normas do Programa Nacional de Imunizações, contidas na seção sobre imunizações deste Manual.

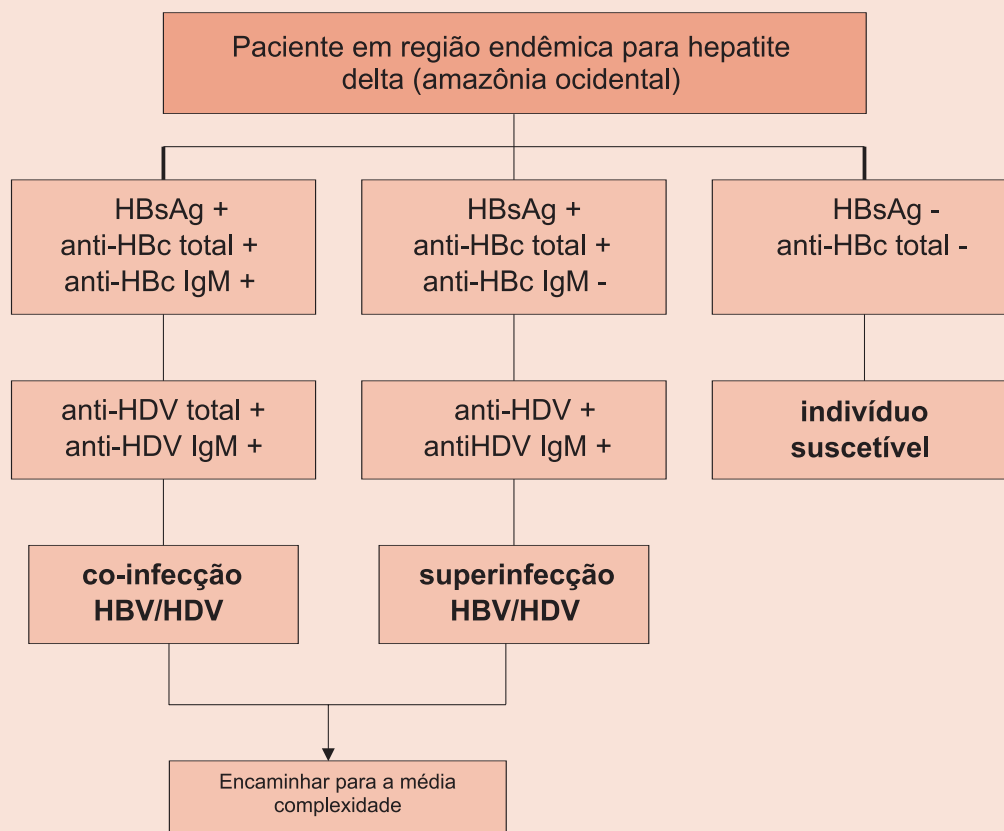
Figura 4 – Fluxograma diagnóstico de hepatite C



*O **acompanhamento clínico** de pacientes com hepatite aguda, deve ser realizado em centros de referência. O encaminhamento para o centro de referência deve ser o mais breve possível, com vistas à instituição de tratamento em tempo inferior a seis meses.

Nos casos agudos, os aspectos clínicos que indicam gravidade são: vômitos repetidos, febre prolongada, hálito hepático, hemorragias espontâneas e sinais de encefalopatia hepática (sonolência e/ou agitação psicomotora, "flapping", torpor e coma). Laboratorialmente pode-se avaliar a gravidade pela queda do tempo de protrombina (TP > 4 segundos em relação ao controle ou INR > 1.5, que não responde ao uso de vitamina K por via parenteral).

Figura 4 – Fluxograma diagnóstico de hepatite Delta



8 TRATAMENTO

8.1 Hepatite aguda

Não existe tratamento específico para as formas agudas das hepatites virais. O prognóstico é muito bom para as causadas pelos vírus HAV e HEV e a evolução resulta em recuperação completa. O uso de medicações sintomáticas para vômitos e febre deve ser realizado quando pertinente. Entretanto, faz-se necessária a máxima atenção quanto às medicações utilizadas, já que se deve evitar o emprego de drogas que tenham potencial hepatotóxico. O repouso é considerado medida adequada. A sua duração e intensidade, se absoluto ou não, são questões muito discutidas. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até praticamente a normalização das aminotransferases, liberando-se progressivamente o paciente para atividades físicas. Dieta pobre em gordura e rica em carboidratos é de uso popular, porém seu maior benefício é ser mais agradável para o paciente anorético. De forma prática, deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar. A única restrição está relacionada à ingestão de álcool, que deve ser suspensa por seis meses

no mínimo e, preferencialmente, por um ano. As drogas consideradas “hepatoprotetoras”, associadas ou não a complexos vitamínicos, não tem nenhum valor terapêutico. A administração de vitamina K durante um a três dias pode ser recomendada nos casos de queda da atividade de protrombina devido à absorção intestinal inadequada da vitamina. A administração de corticosteróide é totalmente contra-indicada.

A duas primeiras consultas terão um intervalo de duas semanas para acompanhamento clínico, independente de resultado de exames. As consultas subseqüentes devem ser realizadas a intervalos de quatro semanas, acompanhadas de seguimento laboratorial com dosagem de aminotransferases, TP, bilirrubinas e albumina com o mesmo intervalo, até a detecção de duas dosagens normais com intervalo de quatro semanas. No início do acompanhamento, realiza-se adicionalmente à dosagem de gama-GT, fosfatase alcalina e proteínas totais e frações. Estes testes são repetidos a cada quatro semanas, ou em intervalos menores de acordo com o quadro clínico do paciente. O critério de alta inclui:

- Remissão dos sintomas, podendo persistir discreta adinamia e sintomas digestivos vagos.
- Normalização das bilirrubinas.
- Normalização do tempo de protrombina.
- Normalização das aminotransferases, com pelo menos duas dosagens normais com intervalo de quatro semanas devido à possibilidade de recrudescência.

8.2 Hepatite crônica

É importante que no nível de atenção básica o atendimento seja, desde o início, voltado para ações simples que reduzam a chance de progressão para cirrose ou câncer de fígado, modificando ou desacelerando a história natural da doença. Nesse sentido, a orientação para não consumir bebidas alcoólicas, medidas de prevenção da co-infecção com HIV, controle de distúrbios metabólicos como a hiperlipidemia, obesidade e diabetes são essenciais. Cabe diagnóstico precoce, adequado encaminhamento (quando existir alterações clínicas e/ou laboratoriais) e orientação para evitar a transmissão domiciliar – não compartilhamento de utensílios e objetos de higiene contaminados com sangue (escovas de dentes, barbeadores).

Uma parcela dos casos de hepatite crônica necessitará de tratamento. A elevação das aminotransferases em pelo menos duas datas distintas, com no mínimo 30 dias de diferença, no intervalo de seis meses, pode ser indicativo de lesão hepática. Para hepatite B consideram-se significativas as elevações iguais ou superiores a duas vezes o limite superior da normalidade e para hepatite C 1,5 vezes o limite superior da normalidade. Nesta situação, é necessária a realização de biópsia hepática para avaliar a indicação de tratamento específico. A biópsia transcutânea dispensa anestesia geral e reduz o custo do procedimento. O procedimento deve ser realizado com agulhas descartáveis

apropriadas. O exame anátomo-patológico avalia o grau de atividade necro-inflamatória e fibrose do tecido hepático por meio de classificações padronizadas (METAVIR e Sociedade Brasileira de Patologia) que determinam quais os candidatos à terapia. A evolução da hepatite é lenta e nem todos desenvolvem doença grave. Por essa razão a biópsia é fundamental para estadiamento pré-tratamento.

Tabela 4. Esquemas terapêuticos para hepatite viral crônica*

Situação	Droga	Dose	Via	Duração
Hepatite B crônica	IFNc ou	5 MUI/dia ou 10 MUI 3x/sem	SC	16 a 24 semanas
Hepatite C crônica (genótipo 1)	LMV	100 mg UID	VO	48 semanas
	Peg + RBV	Alfa-2a 180 mg/sem ou alfa-2b 1,5 mg/kg/sem 11-15 mg/kg/dia (800-1.200 mg em 2 tomadas)	SCVO	48 semanas
Hepatite C crônica (genótipo 2 ou 3)	IFNc + RBV	3 MUI 3x/sem 11-15 mg/kg/dia (800-1.200 mg em 2 tomadas)	SCVO	24 semanas

IFNc - interferon convencional; Peg - interferon peguilado; LMV - lamivudina; RBV - ribavirina

* Para maiores detalhes consultar protocolos em vigência no SUS no site do Ministério da Saúde.

* Os casos de mutação pelo vírus B ou de retratamento para hepatite C deverão ser encaminhados para Serviços Especializados.

9 CO-INFECÇÃO COM O HIV

Estudos recentes indicam importante impacto das hepatites virais crônicas em pacientes infectados pelo HIV / aids. Estima-se que 10 a 40% deles apresentam co-infecção com o vírus da hepatite B e/ou C. Nos últimos anos, estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa têm mostrado que as hepatopatias (insuficiência hepática crônica, cirrose e hepatocarcinoma) estão se tornando importante causa de hospitalização e de óbito entre estes pacientes, sendo hoje a maior causa de morte entre os infectados pelo HIV segundo alguns centros. Ao contrário de outras doenças oportunistas clássicas, tem-se observado aumento da incidência das complicações crônicas das hepatites virais nessa população. Isso se explica pelo aumento da sobrevivência dos infectados pelo HIV a partir da utilização dos anti-retrovirais. Tal fato propiciou tempo para que o HCV desenvolvesse todo seu potencial letal entre os co-infectados. Não foram observadas interações significativas entre o HIV e o HAV. Apesar disso, pacientes portadores de hepatite crônica B ou C, ou com acometimento hepático prévio apresentam quadros mais graves de hepatite A. A interação entre o HIV e a hepatite B ou C é bem clara e, além da aceleração do acometimento hepático, observa-se piores taxas de resposta ao tratamento das hepatites e interações entre os medicamentos para o HIV e o HCV potencialmente graves, além de índices maiores de recidiva. Outro fato de preocupação é o risco de toxicidade hepática dos anti-retrovirais nos co-infectados. O tratamento das hepatites crônicas virais em pacientes infectados pelo HIV é complexo e deve ser

realizado, preferencialmente, em centros de referência e por profissionais que tenham experiência com as duas doenças (alta complexidade). Pacientes com HIV só podem ser tratados se estiverem em bom estado clínico e imunológico. Uma alternativa preconizada nessa população é tratar, sempre que possível, inicialmente o VHC, evitando os riscos de interações medicamentosas e hepato-toxicidade futuras.

10 IMUNIZAÇÃO

Existem vacinas contra hepatite A e B. Não existe vacina ou imunoglobulina contra hepatite C, o que reforça a necessidade de um controle adequado da cadeia de transmissão no domicílio e na comunidade, bem como entre populações de risco acrescido, através de políticas de redução de danos.

10.1 Vacina contra hepatite A

A vacina de vírus inativado contra a hepatite A está disponível nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE)/SUS para as seguintes situações:

- Pessoas com hepatopatia crônica, suscetíveis à hepatite A.
- Receptores de transplantes alogênicos ou autólogos, após transplante de medula óssea.
- Candidatos a receber transplantes autólogos de medula óssea, antes da coleta, e doadores de transplante alogênico de medula óssea.
- Doenças que indicam esplenectomia.

A imunização contra a hepatite A é realizada em duas doses, com intervalo de 30 dias entre elas.

10.2 Vacina contra hepatite B

A vacina contra hepatite B está disponível no SUS para as seguintes situações:

- Faixas etárias específicas:
 - Menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto.
 - Crianças e adolescentes entre um a 19 anos de idade.
- Para todas as faixas etárias:
 - Doadores regulares de sangue.
 - Populações indígenas.
 - Comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B.
 - Portadores de hepatite C.

- Usuários de hemodiálise.
- Politransfundidos.
- Hemofílicos.
- Talassêmicos.
 - Portadores de anemia falciforme.
 - Portadores de neoplasias.
 - Portadores de HIV (sintomáticos e assintomáticos).
 - Usuários de drogas.
- Pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, etc).
- Carcereiros de delegacias e penitenciárias.
- Homens que fazem sexo com homens.
- Profissionais do sexo.
- Profissionais de saúde.
- Coletadores de lixo hospitalar e domiciliar.
- Bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários envolvidos em atividade de resgate.

Em recém-nascidos, a primeira dose da vacina deve ser aplicada logo após o nascimento, nas primeiras 12 horas de vida, para evitar a transmissão vertical. Caso isso não tenha sido possível, iniciar o esquema o mais precocemente possível, na unidade neonatal ou na primeira visita ao Posto de Saúde. A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário básico.

A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

10.3 Imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B

A imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAHB), disponível nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais - CRIE, é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B nas seguintes situações:

- Vítimas de abuso sexual.
- Comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B.
- Vítimas de exposição sangüínea (acidente perfuro-cortante ou exposição de mucosas), quando o caso fonte for portador do HBV ou de alto risco.
- Recém-nascidos de mãe sabidamente portadora do HBV.

Pacientes que receberam a IGHAB devem iniciar ou completar o esquema de imunização contra a hepatite B.

11 AMAMENTAÇÃO

Apesar do vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do vírus B, está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana hiperimune.

A transmissão do vírus da hepatite C através do aleitamento materno não está comprovada. Dessa forma, a amamentação não está contra-indicada quando a mãe é infectada pelo vírus da hepatite C, desde que não existam fissuras no mamilo que propiciem a passagem de sangue.

12 PONTOS PARA REFLEXÃO

1. Como as atividades educativas e de aconselhamento para casos de hepatites, poderão ser incluídas na rotina de seu serviço?
2. Que estratégias operacionais serão necessárias para que seu serviço estabeleça o atendimento de pessoas com hepatites B, C e D, observando os princípios da confidencialidade e do pronto atendimento para casos e parceiros?
3. Como seu serviço se organizará para acompanhar os casos de hepatites virais, na sua área de abrangência?
4. Qual o papel da equipe na garantia de acesso ao tratamento dos casos de hepatites (B, C e D)?

VIII. INFECÇÃO PELO HTLV I e II

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Conhecer o perfil epidemiológico da infecção pelo HTLV no Brasil.
2. Conhecer as formas de transmissão da infecção pelo HTLV.
3. Conhecer as formas de prevenção e controle da infecção pelo HTLV.
4. Conhecer os aspectos clínicos da infecção pelo HTLV, identificando seus sinais e sintomas.
6. Identificar as diferenças entre a infecção pelo HTLV e a aids.
7. Conhecer os princípios básicos dos testes diagnósticos da infecção pelo HTLV.
8. Conhecer aspectos de co-infecção do HTLV e outros agentes patogênicos.
9. Conhecer os princípios básicos sobre o tratamento da infecção pelo HTLV.
10. Conhecer as atribuições da equipe de Atenção Básica no seguimento de portadores do HTLV.

VIII. INFECÇÃO PELO HTLV I e II

169

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, a equipe de Atenção Básica obterá conhecimentos que lhe permitirão atuar, de forma conjunta, com o serviço especializado no atendimento de portadores do HTLV. Objetiva-se, ainda, subsidiar esses profissionais com informações sobre os meios de prevenção e controle da infecção pelo HTLV.

Para atender a esses objetivos, propõem-se as seguintes competências para a equipe de Atenção Básica:

1. Identificar o risco de infecção pelo HTLV das pessoas residentes na área de abrangência da UBS.
2. Identificar o conjunto de sintomas e sinais que sugerem a infecção pelo HTLV.
3. Adotar as providências para a confirmação do diagnóstico e encaminhamento para o serviço especializado.
4. Contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas com HTLV de sua área de abrangência.

2 EPIDEMIOLOGIA

Os vírus linfotrópicos de células T humanas tipo I e II (HTLV I e II) são endêmicos em várias regiões do globo. As mais altas prevalências ocorrem em populações de usuários de drogas injetáveis e receptores de sangue ou hemoderivados. As taxas mais altas ocorrem no sudoeste do Japão, onde 30% da população adulta é de portadores do HTLV I. Uma outra região do mundo considerada de alta prevalência é o Caribe, onde 2% a 5% dos adultos negros são soropositivos para o HTLV I. Taxas elevadas também são encontradas na América do Sul, América Central e África subsaariana. A larga distribuição de HTLV no mundo, e o fato da infecção pelo HTLV estar difundida em populações que aparentemente não têm nenhuma inter-relação, fizeram com que alguns epidemiologistas concluíssem que esse vírus está infectando seres humanos há muito mais tempo que o HIV.

No Brasil, o HTLV I é o subtipo predominante em regiões urbanas, enquanto o HTLV II é encontrado primariamente em populações indígenas, no norte do país. A prevalência da infecção pelo HTLV I nos centros urbanos tem sido estimada em menos de 1% da população geral, podendo ser mais elevada onde há maior concentração de população afrodescendente, como por exemplo, no Estado da Bahia, onde o índice é mais elevado (1,8%).

3 AGENTE ETIOLÓGICO

O HTLV pertence à família dos retrovírus (a mesma do HIV). Apesar de ambos serem retrovírus, o HTLV tem características biológicas opostas às do HIV: enquanto este vírus induz a doença clínica na totalidade dos indivíduos infectados, o HTLV só leva ao aparecimento de sintomatologia clínica em uma minoria dos pacientes (3% a 5% dos infectados). Retrovírus são vírus RNA que contém a enzima transcriptase reversa, com a qual produz uma cópia de DNA a partir do seu genoma RNA e, assim, ao se incorporar ao genoma da célula produz, então, as proteínas virais estruturais.

4 PATOGÊNESE

A relação do HTLV com doenças em seres humanos permaneceu obscura até 1980, quando um novo retrovírus, chamado vírus T-linfotrópico humano tipo I (ou, em inglês, human T-lymphotrophic viruses I, HTLV I) foi identificado em um paciente com linfoma cutâneo. Alguns estudos conduzidos no Japão levaram à conclusão que a maioria dos pacientes adultos portadores de leucemia, ou linfoma, tinha sido exposta ao HTLV I; ou seja, pensou-se naquela época, que esse novo retrovírus, além de estar associado a leucemia e linfomas, poderia também ser a causa de uma nova doença, a aids.

Após a identificação do HIV, em 1983, e depois de uma série de estudos sobre o HTLV-I, concluiu-se que ambos, além das mesmas formas de transmissão (sexual, sanguínea e vertical) tinham também como característica comum o tropismo pelos linfócitos T, causando destruição dessas células, linfopenia e inversão da relação CD4/CD8. A infecção pelo HIV, na maioria dos casos, depois de um período de incubação de 5 a 10 anos, resulta em imunodeficiência e manifestações clínicas da aids. Em contrapartida, o HTLV I, além da destruição, causa transformações nos linfócitos T, resultando no desenvolvimento, dentre outras, de leucemia ou linfoma, depois de um período de incubação, em média, de 20 a 30 anos, numa minoria dos pacientes infectados.

Posteriormente, estudos moleculares detalhados realizados em pacientes com leucemia identificaram um outro retrovírus, com algumas características diferentes do HTLV I, que veio a ser chamado de HTLV II.

5 TRANSMISSÃO, PREVENÇÃO E CONTROLE

O HTLV é transmitido da mesma forma que o HIV, ou seja, por meio dos fluidos corpóreos, como o esperma, secreções vaginais, sangue, da gestante para o feto e da mãe à criança durante a amamentação.

Existem, no entanto, algumas características diferenciais: enquanto o HIV em nosso meio é transmitido majoritariamente pela via sexual, o HTLV não apresenta a mesma eficácia de transmissão por essa via.

Semelhante ao HIV, a transmissão por sangue contaminado (transfusões ou uso de drogas endovenosas, com compartilhamento de seringas e agulhas) é eficiente meio de contaminação.

O HTLV apresenta maior facilidade de transmissão da mãe infectada para seu filho pelo aleitamento, estando diretamente relacionada com o tempo de amamentação (risco, que se renova a cada exposição da criança ao seio materno, de 13% a 22%). O HTLV também é menos facilmente transmitido através da placenta, ou pelo canal de parto, quando comparado ao HIV. A criança nascida de mãe com HTLV deve ser alimentada, exclusivamente, com a fórmula infantil.

PREVENÇÃO E CONTROLE

As medidas de prevenção e controle da infecção pelo HTLV não diferem das medidas para o HIV. Para maiores detalhes ver o capítulo VI – Infecção pelo HIV, item 5, pp. 123-127.

Em resumo, as principais medidas de prevenção e controle da infecção pelo HTLV são:

- Controle do sangue e derivados.
- Prevenção da transmissão vertical pela amamentação.
- Quebra da cadeia de transmissão - Diagnóstico dos infectados, e orientação para o sexo seguro e não compartilhamento de seringas e agulhas por ocasião de uso de drogas endovenosas.

6 ASPECTOS CLÍNICOS DA INFECÇÃO PELO HTLV

As patologias conclusivamente associadas ao HTLV-I são a paraparesia espástica tropical ou mielopatia associada ao HTLV (PET/MAH) e a leucemia-linfoma de células T do adulto (LLCTA).

Paraparesia espástica tropical ou mielopatia associada ao HTLV (PET/MAH): doença caracterizada por alterações sensoriais progressivas e espasticidade de membros inferiores, acompanhadas por disfunção de esfíncteres (principalmente vesical), que evolui para dificuldade de deambular, incontinência urinária franca, e restrição a cadeira de rodas, nos casos mais avançados. Além disso, os pacientes frequentemente apresentam dor lombar e parestesias em MMII. Esta patologia ocorre em 0,3 a 0,5% dos pacientes infectados pelo HTLV-I.

Leucemia-linfoma de células T do adulto (LLCTA): pode se manifestar como lesões cutâneas hiperemiadas, geralmente elevadas, com aspecto de placas, ulcerações ou nódulos, mas sem acometimento visceral. Nas formas mais avançadas, o paciente apresenta níveis elevados de leucócitos no sangue periférico (por vezes superando 200.000 cels/mm³), assim como aumento dos níveis séricos de dehidrogenase láctica

(DHL), e hipercalcemia, além de acometimento visceral. O paciente com LLTA pode apresentar infecções oportunistas secundárias à imunodeficiência decorrente da leucemia.

Outras patologias associadas ao HTLV-I incluem:

- A dermatite infecciosa, que geralmente acomete crianças com idade inferior a 15 anos, e caracteriza-se por quadro eczematoso de pavilhões auriculares e região circundante, corrimento nasal, e infecções secundárias por estreptococos e/ou estafilococos. O processo é recorrente, e na maioria dos casos, desaparece com o passar do tempo, sendo raramente relatado em maiores de 15 anos de idade.
 - Artropatia (grandes articulações).
 - Uveíte.
 - Síndrome de Sjögren, em associação com a infecção pelo HTLV-I.

Essas manifestações caracterizam o que autores internacionais definem como a indução de processos inflamatórios e reações auto-ímmunes.

Vários autores demonstraram ainda, uma estreita associação entre infecção pelo HTLV I e infestação por *Strongyloides stercoralis*, assim como uma maior dificuldade de erradicar esse parasita com os tratamentos convencionais, nesses pacientes. Recentemente, foi demonstrado que infestação por *Schistosoma mansoni* também é mais freqüente em pacientes portadores do HTLV-I, e novamente observou-se a mesma dificuldade para o tratamento da parasitose.

Uma vez que o HTLV compartilha as mesmas vias de infecção que o HIV, não é incomum a co-infecção por esses dois vírus. Nesse caso, existem evidências que sugerem um efeito acelerador de uma infecção sobre a outra, contribuindo para aumentar a mortalidade, e modificar a apresentação clínica das duas infecções. Ocorre maior risco de formas graves de escabiose nos co-infetados, e também um maior risco de desenvolvimento de manifestações neurológicas nesses pacientes. Além disso, pode ocorrer uma elevação artificial da contagem de células CD4+, sem qualquer benefício imunológico resultante, dificultando o julgamento clínico e a definição do melhor momento para introdução da terapia anti-retroviral e de profilaxias específicas.

Embora existam evidências de que o HTLV II também está associado a manifestações clínicas semelhantes àsquelas encontradas para o HTLV I, os dados existentes ainda não são suficientes para implicar definitivamente esse vírus na etiologia dos processos a ele associados.

Reveste-se de fundamental importância à identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HTLV, e o encaminhamento do portador para definição do diagnóstico.

7 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA NAS UBS

173

7.1 ANAMNESE – O diagnóstico clínico está relacionado ao aparecimento dos sinais e sintomas sugestivos das patologias associadas ao vírus. Uma história detalhada permite ao profissional informações indicativas do comportamento de risco para a infecção pelo HTLV. Com base nas informações adquiridas, o profissional poderá, em conjunto com o paciente, construir processos que minimizem ou eliminem os riscos de uma re-infecção e/ou transmissão para outras pessoas.

7.2 EXAME FÍSICO – A pesquisa de sinais sugestivos de infecção pelo HTLV, assinalados no item 6, deve fazer parte da preocupação dos profissionais de saúde das UBS.

7.3 TESTES DIAGNÓSTICOS – Havendo a suspeita clínica, recomenda-se a realização de sorologia para HTLV, para comprovação diagnóstica. Assim como para o HIV, o teste usual para essa finalidade é baseado em reações imunoenzimáticas (ELISA), e também necessita confirmação por Western blot, já que não são incomuns resultados falso-positivos pelo teste de triagem (ELISA). Por vezes, testes moleculares (PCR) podem ser necessários para confirmação diagnóstica e diferenciação entre os HTLV-I e II.

7.4 CONDUÇÃO DO CASO – Uma vez suspeitada a infecção, e confirmada sorologicamente, devem-se avaliar as condições clínicas dos pacientes:

- Indivíduos assintomáticos não necessitam qualquer abordagem terapêutica. Nesses casos, preconiza-se aconselhamento sobre a infecção e suas conseqüências, ressaltando o baixo potencial de adoecimento e a clara diferenciação entre o HTLV e o HIV, fator de ansiedade para muitos pacientes. Casais sorodiferentes devem ser aconselhados a usar preservativos nas relações sexuais, e mães soropositivas devem ser desencorajadas a amamentar seus filhos. A fórmula infantil deve ser assegurada para essas crianças, durante os seus primeiros seis meses de idade. Os portadores assintomáticos devem ser reavaliados anualmente, e recomenda-se a realização de exames básicos, incluindo-se pelo menos, hemograma, dosagem de cálcio sérico e parasitológico de fezes com pesquisa de larvas (Baermann).
- Em pacientes sintomáticos, devem-se afastar outras patologias que porventura apresentem quadros clínicos semelhantes. Caso ocorram sintomas neurológicos deve-se encaminhar o paciente para avaliação clínico-laboratorial, em centros especializados. O mesmo procedimento deve ser seguido para alterações dermatológicas, oculares e outras que possam ser atribuídas ao vírus.

7.5 TRATAMENTO – Até o momento, não há tratamento específico para a infecção pelo HTLV. Pacientes sintomáticos são tratados com drogas que visam reduzir ou eliminar os sintomas clínicos, mas sem efeito sobre o agente causal. Assim, o tratamento da mielopatia é basicamente realizado com corticosteróides, drogas imunossupressoras, e

drogas relaxantes musculares, com vistas ao controle das alterações secundárias à infecção. O tratamento da LLCTA ainda é problemático, e esta patologia apresenta elevada letalidade em curto espaço de tempo, devendo sempre ser considerada como de extrema gravidade.

○ papel da Atenção Básica no tratamento desses pacientes é o de acompanhar a adesão deles às propostas terapêuticas preconizadas pelos serviços de referência.

■ ■ ■ PONTOS PARA REFLEXÃO

1. Formas de transmissão, prevenção e controle da infecção por HTLV.
2. Interações entre o HIV e o HTLV.
3. A evolução da doença pelo HTLV.
4. Aspectos inerentes ao diagnóstico e tratamento do indivíduo com HTLV.
5. Como pode a equipe de Atenção Básica trabalhar efetivamente na prevenção, controle e tratamento da infecção pelo HTLV.

IX. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL: COLETA DE SANGUE

OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

- Conhecer os procedimentos e técnicas recomendadas para a identificação, coleta, armazenamento e transporte de amostras de sangue para testes sorológicos.

1 INTRODUÇÃO

A necessidade, crescente e constante, de se quebrar a cadeia de transmissão, de controlar a infecção pelo HIV, a infecção pelos vírus das Hepatites Virais (B e C), e a infecção pelos agentes causais de outras DST, promovendo assim a prevenção e/ou a diminuição de complicações e de efeitos psicossociais dessas patologias, demanda o empenho de gestores e profissionais de saúde quanto ao aumento de cobertura de pessoas diagnosticadas e tratadas para essas patologias. Nessa perspectiva, o envolvimento dos profissionais de laboratório, oferece contribuição indispensável.

Para a confiabilidade do resultado do diagnóstico laboratorial, o profissional que realiza a coleta de sangue deve seguir, passo a passo, os procedimentos e técnicas recomendadas, identificação, preparo, armazenamento e transporte de amostras. Ao mesmo tempo, os cuidados de biossegurança indispensáveis para o desempenho seguro dessa tarefa devem ser observados.

2 TÉCNICAS PARA COLETA DE SANGUE PARA TESTES SOROLÓGICOS

É indispensável lembrar que o(a) paciente deverá ser recebido(a) com simpatia e cordialidade. Deve ser explicada, em cada etapa, os procedimentos aos quais ele(a) vai ser submetido(a), de modo a transmitir-lhe tranquilidade e conquistar a sua colaboração.

Em geral, a coleta de amostras de sangue para testes sorológicos deve ser realizada preferencialmente com o paciente em jejum. Entretanto, nos testes sorológicos para o diagnóstico das DST, o fato de o paciente não estar em jejum não impede a coleta, a menos que ele tenha ingerido alimentos gordurosos, nas últimas três horas.

2.1 CONDIÇÕES NECESSÁRIAS PARA COLETA DE SANGUE

Sala: bem iluminada e ventilada	Insumos:
pia	tubos de ensaio com tampa
cadeira reta com braçadeira regulável ou maca	algodão hidrófilo-álcool etílico a 70%
garrote	agulha descartável
estante para tubos	seringa descartável
pinça	sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável
	luvas descartáveis
	etiquetas para identificação de amostras
	recipiente com boca larga, com paredes rígidas para desprezar material descartável.

2.2 TÉCNICAS PARA COLETA DE SANGUE

Antes da coleta da amostra de sangue, identifique os tubos para colocação da amostra. Escreva na etiqueta os dados do paciente: nome, número do registro, data de nascimento, sexo, data da coleta, número ou código de registro da amostra e o nome da instituição solicitante.

Fig. 1 Coleta de sangue com seringa e agulha descartáveis

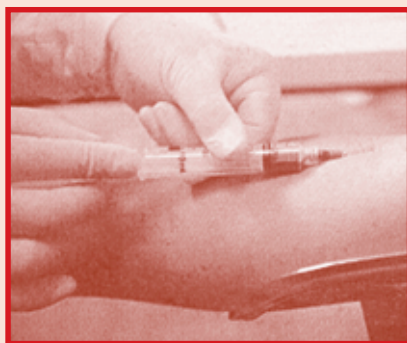
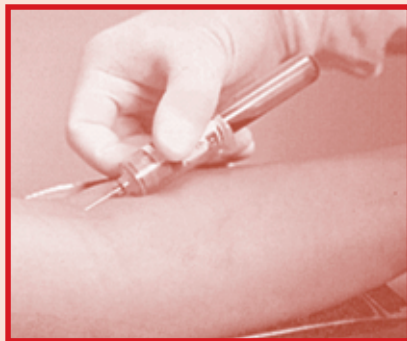


Fig. 2 Coleta de sangue com sistema a vácuo



2.3 COMO FAZER A COLETA DE SANGUE COM SERINGA E AGULHA DESCARTÁVEIS

1) Coloque a agulha na seringa sem retirar a capa protetora. Não toque na parte inferior da agulha; 2) movimente o êmbolo e pressione-o para retirar o ar; 3) ajuste o garrote e escolha a veia; 4) faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%, e não toque mais nesse local; 5) retire a capa da agulha e faça a punção; 6) solte o garrote assim que terminar a punção; 7) colete aproximadamente 10 ml de sangue. Em crianças, colete de 2 a 5 ml; 8) proteja o local da punção com algodão, enquanto retira a agulha, e pressione a seguir; 9) não reencape e nem desconecte a agulha da seringa após o uso; 10) Descarte todo o material em recipiente recomendado para material perfurocortante; 11) oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo; 12) transfira o sangue para um tubo de ensaio sem anticoagulante. Escorra delicadamente o sangue pela parede do tubo. Esse procedimento evita a hemólise da amostra.

2.4 COMO FAZER A COLETA DE SANGUE COM SISTEMA A VÁCUO E COLETA MÚLTIPLA:

1) Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha; 2) ajuste o garrote e escolha a veia; 3) faça a antissepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70% e não toque mais nesse local; 4) remova o protetor de plástico da agulha e faça a punção; 5) introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite; 6) solte o garrote assim que terminar a punção; 7) colete aproximadamente 10 ml de sangue. Em crianças, colete de 2 a 5 ml; 8) separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. 9) não reencape a agulha após o uso; 10) descarte a agulha em recipiente recomendado para material perfurocortante; 11) oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

Para se fazer uma coleta múltipla, utiliza-se o sistema a vácuo, trocando-se os tubos à medida que se for colhendo as amostras desejadas. Todos os demais procedimentos são iguais aos do sistema a vácuo.

ATENÇÃO:

jamais reencape agulhas

2.5 DESCARTE DE AGULHAS, SERINGAS, ALGODÃO E COÁGULOS.

O descarte de rejeitos (agulhas, seringas, algodão e coágulos), produzidos na coleta, deve ser feito de acordo com as normas estabelecidas para o trato do lixo hospitalar.

Todos os objetos perfuro-cortantes devem ser descartados em um recipiente de boca larga, paredes rígidas e tampa.

O algodão e os coágulos devem ser colocados em sacos plásticos e identificados como material potencialmente infectante. Todo esse material deve ser encaminhado ao lixo hospitalar.

3 ACONDICIONAMENTO DAS AMOSTRAS PARA TRANSPORTE

MATERIAIS NECESSÁRIOS

Sacos plásticos	fita adesiva	caixa térmica	envelope e caneta	etiqueta	gelo reciclável ou comum
-----------------	--------------	---------------	-------------------	----------	--------------------------

3.1 CUIDADOS AO TRANSPORTAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Comunique o envio das amostras ao destinatário, com a data e o horário de chegada previsto.
2. Acondicione as amostras em saco plástico, transparente, bem vedado.
3. Para transporte, coloque o saco com amostras em caixa térmica contendo gelo reciclável. Caso você não disponha de gelo reciclável, coloque cubos de gelo dentro de um saco plástico bem vedado, evitando o vazamento da água quando o gelo descongelar. A quantidade de gelo utilizada deve corresponder a, no mínimo, 1/3 do volume (cubagem) da embalagem.
4. Em um envelope protegido por um saco plástico, coloque as informações devidamente conferidas, relativas à amostra.
5. Prenda, com fita adesiva, esse envelope na parte interna da tampa da caixa térmica.
6. Cole, na parte externa da tampa, uma etiqueta com o nome da instituição destinatária, endereço, nome do responsável pelo recebimento; nome da instituição remetente, endereço, telefone, fax, horário de envio e validade da embalagem.

ATENÇÃO:

o prazo de validade da embalagem depende do tipo de gelo utilizado:

- Gelo reciclável – até 30 horas de validade.
- Gelo comum – até 15 horas de validade.

Esses prazos de conservação valem somente para embalagens transportadas em temperaturas de, no máximo, 28°C.

ATENÇÃO:

não envie amostras às sextas-feiras, sábados, domingos ou véspera de feriados, a menos que a instituição destinatária autorize.

PONTOS PARA REFLEXÃO

- Em que situações não se justifica a coleta de sangue ser efetuada pela equipe da UBS?
- Que cuidados devem ser observados para evitar acidentes, ao manipular materiais biológicos?

X. BIOSSEGURANÇA

179

■ ■ ■ OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

1. Conhecer os principais agentes biológicos que podem ser transmitidos por exposição ocupacional.
2. Conhecer as principais normas de biossegurança e equipamentos de proteção individual (EPI) a serem utilizadas pelos profissionais de saúde na assistência e no manuseio de material biológico de pacientes.
3. Conhecer os principais procedimentos recomendados em situações de exposição a material biológico.
4. Conhecer as principais informações a serem obtidas sobre o acidente de trabalho com exposição ao material biológico, e as orientações gerais quanto à legislação trabalhista.

X. BIOSSEGURANÇA

1 INTRODUÇÃO

Os acidentes de trabalho, com sangue ou outros fluidos potencialmente contaminados, **devem ser tratados como casos de emergência médica**, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam, para a sua maior eficácia, serem iniciadas logo após a ocorrência do acidente, apesar da eficácia destas medidas não estarem totalmente comprovada.

Deve-se destacar a necessidade de implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de saúde com as precauções universais e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como a medida mais eficaz para a redução do risco de infecção pelo HIV ou pelas hepatites em ambiente ocupacional.

Serão aqui apresentados os cuidados a serem adotados para evitar a infecção por exposição ocupacional a agentes biológicos com ênfase em HIV e Hepatites B e C.

Serão descritas as precauções universais, bem como os procedimentos que devem ser seguidos após exposição ocupacional ao material biológico potencialmente contaminado.

2 TIPOS DE EXPOSIÇÃO

As exposições que podem trazer risco de transmissão ocupacional são definidas como:

- **Exposições percutâneas** – lesões provocadas por instrumentos perfuro-cortantes (agulhas, bisturi, vidrarias).
- **Exposições em mucosas** – quando há respingos na face envolvendo olho, nariz ou boca.
- **Exposições cutâneas** – pele não íntegra, p.ex: contato com pele com dermatite ou feridas abertas e **mordeduras humanas** que são consideradas como exposição de risco quando envolvem a presença de sangue, devendo ser avaliadas tanto para o indivíduo que provocou a lesão quanto para aquele que tenha sido lesado.

A. Vírus da Imunodeficiência Humana

Em situações de exposição ao sangue, o risco médio de adquirir o HIV é de aproximadamente 0,3% após exposição percutânea, e de 0,09 % após exposição de mucosas ou de superfície da pele com lesão.

Pesquisas demonstraram que o uso profilático do AZT (zidovudina), logo após exposição ocupacional, esteve associado à redução de 81 % do risco de soroconversão após exposição

ocupacional. Atualmente, o uso combinado de anti-retrovirais é recomendado pela sua possibilidade de maior eficácia na redução do risco de transmissão do HIV.

B. Vírus das Hepatites B e C

A probabilidade de infecção pelo vírus da hepatite B, após exposição percutânea, é significativamente maior do que a probabilidade de infecção pelo HIV. Em exposições percutâneas envolvendo sangue sabidamente infectado pelo HBV e com a presença de HbeAg (o que reflete uma alta taxa de replicação viral e, portanto, uma maior quantidade de vírus circulante), o risco de hepatite clínica varia entre 22% a 31%, e o da evidência sorológica de infecção de 37% a 62%. Quando o paciente-fonte apresenta somente a presença de HbsAg (HbeAg negativo), o risco de hepatite clínica varia de 1% a 6%, e o de soroconversão, 23% a 37%.

No Brasil, a utilização da vacina contra hepatite B é recomendada para todos os profissionais de saúde.

Após exposição ocupacional ao material biológico, para profissionais não imunizados, o uso da vacina, associado à imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB), é uma medida que, comprovadamente, reduz o risco de infecção.

Para o vírus da hepatite C, o risco médio é de 1,8%. É importante ressaltar que não existe intervenção específica para prevenir a transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional.

3 NORMAS DE PRECAUÇÕES UNIVERSAIS

Precauções Universais, atualmente denominadas *Precauções Básicas*, são medidas de prevenção que devem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na assistência a **todos os pacientes**; na manipulação de sangue, secreções e excreções, e contato com mucosas e pele não-íntegra. Isso independe do diagnóstico, definido ou presumido, de doença infecciosa (HIV, hepatites B e C).

Essas medidas incluem a utilização de **Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.)**, cuja finalidade é reduzir a exposição do profissional ao sangue ou fluidos corpóreos, bem como recomendações quanto aos cuidados específicos ao manipular e descartar materiais pérfuro-cortantes contaminados por material orgânico.

A. Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

Os equipamentos de proteção individual são: luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas, e atendem às seguintes indicações:

- **Luvas** - sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas e outros).

- **Máscaras, gorros e óculos de proteção** - durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional.
- **Capotes (aventais)** - devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas.
- **Botas** - proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante (centros cirúrgicos, áreas de necrópsia e outros).

Quadro I – Recomendações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Precauções Básicas de Biossegurança

Procedimento	Lavar as mãos	Luvas****	Capote (avental)	Máscara e óculos de proteção
Exame de paciente sem contato com: sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não-íntegra	X	–	–	–
Exame de paciente, incluindo contato com: sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não-íntegra	X	X	*	–
Coleta de exames de sangue, urina e fezes	X	X	–	–
Realização de curativos	X	X	*	**
Aplicações parenterais de medicações	X	X	–	***
Punção ou dissecação venosa profunda	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal	X	X	X	X
Endoscopias, broncoscopias	X	X	X	X
Procedimentos dentários	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidade de respingos de sangue e secreções (parto normal/cirúrgico, cirurgia em geral)	X	X	X	X

*A utilização de capotes (aventais) é indicada para os procedimentos com possibilidade de maior contato do profissional com material biológico, como por exemplo, na realização de curativos de grande porte, tais como em grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e escaras de decúbito.

** O uso de óculos de proteção é recomendado somente durante os procedimentos com possibilidade de respingo.

*** O uso de óculos de proteção é também recomendado para aplicação de medicamentos quimioterápicos.

**** O profissional deverá sempre lavar as mãos imediatamente antes e após o uso das luvas.

B. Cuidados com materiais pérfuro-cortantes

Recomendações específicas devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação de material pérfuro-cortante:

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos.
- **Jamais utilizar os dedos como anteparo**, durante a realização de procedimentos que envolvam materiais pérfuro-cortantes.
- As **agulhas não devem ser reencapadas**, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos.

- Não utilizar agulhas para fixar papéis.
- Todo material perfuro-cortante (agulhas, *scalp*, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), deve ser desprezado em recipientes com tampa e resistentes à perfuração.
- Os recipientes específicos para descarte de material **não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total**, e devem ser colocados sempre no local onde é realizado o procedimento.
- Todo lixo proveniente de serviços de saúde deve, preferencialmente, ser recolhido para ser incinerado. Não dispondo o município deste serviço, proceder conforme orientação da vigilância sanitária do município.

C. Recomendações específicas para imunização

C.1. Tétano

Proceder conforme as orientações do Programa Nacional de Imunização-PNI ((Manual de Normas de Vacinação – SVS/MS).

C.2. Hepatite B

Um das principais medidas de prevenção é a vacinação de rotina contra hepatite B, indicada para todos os profissionais da área de saúde, idealmente antes de sua admissão.

A vacina contra hepatite B é extremamente eficaz e segura, induz títulos protetores em mais de 90% dos receptores adultos imunocompetentes. Os eventos adversos são raros e, usualmente, pouco importantes, tais como: dor discreta no local da aplicação (3 a 29%), febre nas primeiras 48-72 horas após a vacinação (1 a 6 %); mais raramente, fenômenos alérgicos relacionados a alguns componentes da vacina; e anafilaxia (estimativa de 1:600.000 doses). A gravidez e a lactação não são contra-indicações para a utilização da vacina.

As doses recomendadas variam conforme o fabricante do produto utilizado (de 10 a 20 mcg de HBsAg/ml para adultos, de acordo com o fabricante). A utilização de doses maiores é recomendada para os profissionais de saúde que apresentem imunodeficiência e naqueles que se encontram em programas de diálise.

A aplicação da vacina deverá ser realizada sempre por via intramuscular, em região de músculo deltóide ou no vasto-lateral. Isto porque a aplicação em glúteos, comprovadamente, tem menor eficácia em adultos.

A agenda das doses preconizada pelo Ministério da Saúde, independente da gravidade do acidente, deverá ser: 0 (primeira dose), 30 e 180 dias.

Para profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal:

- **Após a 1ª dose** - deverão realizar a 2ª dose logo que possível e a 3ª dose com um intervalo de pelo menos dois meses da dose anterior.
- **Após a 2ª dose** - deverão realizar a 3ª dose da vacina tão logo seja possível.

Para conhecimento do seu 'status sorológico', todo profissional de saúde deve realizar a pesquisa do anti-HBs, após um a dois meses do termino do esquema vacinal.

Quando não há resposta vacinal adequada após a primeira série de vacinação, grande parte dos profissionais (até 60%) responderá a uma série adicional de 3 doses. Caso persista a falta de resposta, não é recomendada uma revacinação. Uma alternativa que deve ser considerada antes do início da segunda série do esquema vacinal, ou depois da comprovação de falta de soroconversão com 6 doses da vacina (não respondedor), é a solicitação de HBsAg, para descartar a possibilidade desses profissionais terem infecção crônica pelo VHB e que, portanto, não estariam apresentando "resposta vacinal". O profissional de saúde não respondedor (sem resposta vacinal a 2 séries com 3 doses cada) deve ser considerado como susceptível à infecção pelo VHB.

Caso ocorra uma exposição a materiais biológicos com risco conhecido, ou provável, de infecção pelo HBV, o não respondedor deve utilizar a imunoglobulina hiperimune contra hepatite B.

A imunoglobulina hiperimune contra hepatite B (IGHAHB) também deve ser aplicada por via IM. Ela fornece imunidade provisória por um período de 3 a 6 meses após a administração.

A MELHOR PREVENÇÃO É NÃO SE ACIDENTAR !

4 EXPOSIÇÃO AO MATERIAL BIOLÓGICO

PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS

Os procedimentos recomendados em caso de exposição ao material biológico incluem:

- Cuidados locais na área exposta.
- Recomendações específicas para imunização contra o tétano.
- Medidas de quimioprofilaxia para hepatite B e HIV.
- Acompanhamento sorológico para o HIV, e para o vírus das hepatites B e C.

A. Cuidados locais na área exposta

Após exposição a material biológico, cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados. Recomenda-se lavagem exaustiva com água e sabão, em caso de exposição percutânea.

O uso de solução antisséptica degermante (PVP-Iodo ou clorexidina) pode também ser utilizado, embora não haja nenhuma evidência objetiva de vantagem em relação ao uso do sabão.

Após exposição em mucosas, é recomendado a lavagem exaustiva com água ou soro fisiológico a 0,9%.

Evitar o contato com soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído, na pele, pois promove aumento da área exposta. Hipoclorito ou glutaraldeído são substâncias que devem ser utilizadas exclusivamente para desinfecção de material e superfície, sendo obrigatório o uso de luvas.

B. Quimioprofilaxia para o VHB

Profissionais que tenham interrompido o esquema vacinal após a 1ª dose ou 2ª dose deverão completar o esquema vacinal (vide Normas de Precauções Universais, sub-item C.2)

Caso ocorra uma exposição a materiais biológicos com risco conhecido, ou provável, de infecção pelo VHB, o não respondedor (anti HBs negativo) deve utilizar a imunoglobulina hiper-imune contra hepatite B (Quadro 2 a seguir).

A imunoglobulina hiper-imune contra hepatite B (IGHAHB) deve ser aplicada por via IM, na dose de 0,06ml/kg de peso. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A vacina e a IGHAHB podem ser administradas simultaneamente, sendo indicada a aplicação em locais diferentes.

A aplicação da IGHAHB resulta em imunidade provisória por um período de 3 a 6 meses após a administração.

Existe maior eficácia na profilaxia pós-exposição quando a imunoglobulina é utilizada dentro das primeiras 24 a 48 horas após o acidente. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente.

Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à re-infecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição.

A gravidez e a lactação não são contra-indicações para a utilização da IGHAHB.

Quadro 2 - Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico* (Recomendações conjuntas do PNHV e PNI. Estas recomendações ampliam as recomendações definidas previamente pelo PNI, pois inclui a necessidade de testagem para conhecimento do status sorológico dos profissionais que já foram vacinados, uma vez que até 10% dos vacinados podem não responder com anti-HBs positivo após o esquema vacinal completo).

PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO: (situações vacinal e sorológica)	PACIENTE-FONTE:		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconhecido ou não testado
Não Vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ⁽¹⁾
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ⁽¹⁾
Previamente vacinado			
• Com resposta vacinal conhecida e adequada ($\geq 10\text{mUI/ml}$)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
• Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1 dose da vacina contra hepatite B	Iniciar nova série de vacina (3 doses)	Iniciar nova série de vacina (3 doses) ⁽²⁾
• Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	Dois doses de IGHAB ⁽²⁾	Nenhuma medida específica	Dois doses de IGHAB ⁽²⁾
• Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica • Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + 1 dose da vacina contra hepatite 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica • Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica • Se resposta vacinal inadequada: fazer nova série de vacinação

(*) Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, mas, idealmente, nas primeiras 24 horas após o acidente.

⁽¹⁾ Uso associado de gamaglobulina hiper-imune está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo VHB como: usuários de drogas injetáveis, pacientes em programas de diálise, contactantes domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens que fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B (Região Amazônica), pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

⁽²⁾ IGHAB - 2 doses de gamaglobulina hiper-imune para hepatite B com intervalo de 1 mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentem alergia grave à vacina.

C. Medidas relacionadas ao VHC

Não existe nenhuma medida específica eficaz para redução do risco de transmissão do vírus da hepatite C após exposição ocupacional. Os estudos não comprovaram benefício profilático com o uso de imunoglobulinas e nenhum trabalho foi realizado para avaliar o uso de antivirais (p.ex. interferon com ou sem ribavirina). Dados atualmente disponíveis sugerem que o interferon só atua efetivamente quando a infecção pelo VHC está estabelecida.

A ÚNICA MEDIDA EFICAZ PARA ELIMINAÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C É POR MEIO DA PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

Acompanhamento sorológico

A sorologia anti-HCV(EIA/ELISA) do profissional exposto deve ser realizada quando a sorologia do paciente-fonte for desconhecida ou positiva. Deve-se realizar a sorologia anti-HCV: no momento do acidente, 3, 6 e 12 meses após o acidente. Os testes sorológicos imunoenzimáticos permitem a detecção de anti-HCV a partir da 6ª a 12ª semana após a exposição.

No caso de resultado de anti- HCV positivo, encaminhar o profissional exposto para um centro de referência para realização de exames especializados.

D. Medidas específicas e acompanhamento sorológico de quimioprofilaxia para o HIV

A exposição ocupacional ao HIV deve ser tratada como emergência médica, uma vez que a quimioprofilaxia deve ser iniciada o mais rapidamente possível, idealmente até duas horas após o acidente e no máximo 72 horas.

D.1. Indicações de Anti-retrovirais pós-exposição

A indicação do uso de anti-retrovirais deve ser realizada no serviço de referência para acidente ocupacional, a partir de uma avaliação criteriosa do risco de transmissão do HIV (ver quadro abaixo), baseada nas características do acidente ocorrido. Será considerado com o acidentado os riscos e benefícios do uso da medicação, que quando indicada, é realizada com terapia combinada. A duração da quimioprofilaxia é de quatro semanas.

Tendo em vista a alta taxa de abandono observada em alguns estudos, é fundamental o monitoramento da toxicidade e da adesão terapêutica, independentemente do esquema escolhido.

A MEDIDA MAIS EFICAZ PARA ELIMINAÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV É O RESPEITO ÀS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA.

Avaliação de Risco: critérios de gravidade do acidente

ACIDENTES GRAVES	
A) Envolvendo maior volume de sangue	Lesões profundas produzidas por instrumento pérfuro-cortante.
	Presença de sangue visível no dispositivo (lâminas, etc).
	Acidentes com agulhas comuns, utilizadas em veias ou artérias do paciente-fonte.
B) Envolvendo maior inóculo viral	Acidentes com agulhas de grosso calibre;
	Pacientes-fonte com aids (em estágios avançados da doença).
	Pacientes-fonte com infecção aguda pelo HIV (viremias elevadas).

LEMBRE-SE: NOS **ACIDENTES GRAVES**, A REFERÊNCIA PODERÁ OPTAR POR COMEÇAR⁽¹⁾ A QUIMIOPROFILAXIA E POSTERIORMENTE REAVALIAR A MANUTENÇÃO OU MUDANÇA DO ESQUEMA INICIADO.

¹⁾ Quando indicada, a quimioprofilaxia deve ser iniciada e reavaliada a sua manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte.

Profissionais que estejam amamentando devem ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia anti-retroviral.

No caso de mulheres em idade fértil, atentar para a possibilidade de gravidez e para a indicação do Beta-HCG. **A gravidez deve ser evitada até a definição da condição sorológica para o HIV.**

D.2 Sorologia do Paciente-Fonte

O paciente-fonte deve ser orientado sobre a importância da realização do teste, ressaltando as implicações para o profissional de saúde envolvido no acidente. A solicitação de teste anti-HIV (teste rápido) deverá ser feita com aconselhamento pré e pós-teste, ressaltando que quando se utiliza apenas um teste rápido não se define o diagnóstico. A confirmação deverá ser realizada conforme o fluxograma do Ministério da Saúde (Portaria de N° 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003 pp. 144-147).

O achado de um resultado negativo pode evitar o início da quimioprofilaxia anti-retroviral pelo profissional de saúde, dependendo da condição epidemiológica do paciente-fonte (considerar a possibilidade de “janela imunológica”).

D.3 Acompanhamento do Profissional de Saúde

A realização do teste anti-HIV no momento do acidente (segundo as diretrizes da Portaria de N° 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003), após aconselhamento pré e pós-teste, é importante para posterior caracterização de infecção pelo HIV em decorrência do acidente profissional. Deverá ser garantido ao profissional exposto a confidencialidade do resultado.

Um profissional de saúde com teste anti-HIV reativo, no momento do acidente, deverá ser esclarecido que este resultado não se deve ao acidente e, então, encaminhado para acompanhamento em serviço ambulatorial especializado (SAE).

O profissional de saúde **com teste anti-HIV não reativo** deverá ser acompanhado em serviço de referência pelo período de seis meses, quando o acidente envolver material infectado pelo HIV ou com paciente-fonte desconhecido.

Em **exposições com paciente-fonte anti-HIV negativo**, o acompanhamento do profissional acidentado somente é indicado caso haja possibilidade **do paciente-fonte estar em “janela imunológica”** (exposição ao HIV nos últimos três a seis meses).

Acidentes em que a quimioprofilaxia anti-retroviral foi iniciada, o acompanhamento clínico deverá ser realizado semanalmente para avaliação de sinais de intolerância medicamentosa. Além disso, exames laboratoriais (hemograma completo, transaminases, provas de função renal) deverão ser realizados para avaliação de efeitos adversos. Esses exames deverão ser colhidos no momento do acidente e para o seguimento, na segunda semana da quimioprofilaxia.

Os efeitos colaterais da utilização das medicações anti-retrovirais são freqüentes, mas usualmente leves e transitórios.

Na presença de intolerância medicamentosa, o profissional deve ser reavaliado para adequação do esquema terapêutico, e a utilização de medicações sintomáticas.

O profissional de saúde exposto deve ser orientado a respeitar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração do tratamento.

O **acompanhamento sorológico anti-HIV (ELISA)** deverá ser realizado no momento do acidente, sendo repetido após 6^a e 12^a semanas e no 6^o mês.

O profissional de saúde acidentado, até que seja definitivamente liberado, deverá ser orientado a:

- Usar preservativos durante as relações sexuais.
- Evitar o contato direto com sangue.
- Evitar a doação de sangue/órgãos.
- Evitar a gravidez e aleitamento materno.

5 REGISTRO DO ACIDENTE DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO

O formulário específico de comunicação de acidente de trabalho deve ser preenchido para devido encaminhamento, iniciando-se no local do acidente - até o item III. 4) a seguir.

O registro de acidentes de trabalho devem conter as seguintes informações:

- I. Condições do acidente:
 1. Data e hora da ocorrência.
 2. Avaliação do tipo de exposição e gravidade.
 3. Área corporal do profissional atingida no acidente.
 4. Tipo, quantidade de material biológico e tempo de contato envolvido na exposição.
 5. Utilização ou não de EPI, pelo profissional de saúde, no momento do acidente.
 6. Causa e descrição do acidente.
 7. Local do serviço de saúde de ocorrência do acidente.
 8. Detalhe do procedimento realizado no momento da exposição, incluindo tipo e marca do artigo médico-hospitalar utilizado.

- II. Dados do paciente-fonte:
 1. História clínica e epidemiológica.
 2. Resultados de exames sorológicos e ou virológicos.
 3. Infecção pelo HIV/Aids (estágio da infecção, histórico de tratamento anti-retroviral, carga viral e teste de resistência).
- I. Dados do profissional de saúde:
 1. identificação;
 2. ocupação;
 3. idade;
 4. datas de coleta e os resultados dos exames laboratoriais;
 5. uso ou não de profilaxia anti-retroviral;
 6. reações adversas ocorridas com a utilização de anti-retrovirais;
 7. uso ou não de imunoglobulina hiperimune e vacina para hepatite B e possíveis efeitos adversos;
 8. uso de medicação imunossupressora ou história de doença imunossupressora
 9. histórico da imunizações – hepatite B, resposta vacinal;
 10. Condutas indicadas após o acidente, acompanhamento clínico-epidemiológico planejado;
 11. Identificação do profissional responsável pela condução do caso;
 12. Aconselhamento, manejo pós-exposição.

A recusa do profissional para a realização do teste sorológico, ou para o uso da quimioprofilaxia específica, deve ser registrada e atestada pelo profissional responsável pela condução do caso.

Orientações gerais quanto à Legislação Trabalhista

Apesar de serem regimes jurídicos diferenciados, que regem a categoria dos trabalhadores públicos e privados, em ambas as codificações, há a necessidade de ser feita a comunicação do acidente de trabalho.

No caso da legislação privada essa comunicação deverá ser feita em 24 horas, por meio do formulário denominado CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho.

Para o Regime Jurídico Único (RJU) dos funcionários da União, Lei n.º 8.112/90, que regula o acidente de trabalho nos arts. 211 a 214, o fato classificado como acidente de trabalho deverá ser comunicado até 10 (dez) dias após ter ocorrido.

Em se tratando de funcionários dos Estados e dos Municípios, os Regimes Jurídicos Únicos que lhes são específicos devem ser observados.

Os locais de trabalho públicos ou privados devem dispor de referência para a quimioprofilaxia do HIV, a vacina para hepatite B e a gamaglobulina hiperimune para

hepatite B. Essa é uma exigência amparada pela Legislação Trabalhista Brasileira no âmbito da iniciativa privada (Consolidação das Leis Trabalhistas e suas Normas Regulamentadoras), assim como pelo art. 213 do RJU da União.

As unidades hospitalares do setor privado deverão ter os medicamentos de quimioprofilaxia e a vacina para hepatite B adquiridos sob suas expensas.

■ ■ ■ PONTOS PARA REFLEXÃO:

1. Quais seriam as principais dificuldades e as ações necessárias para garantir a utilização das normas de precauções universais na rotina de serviço de sua equipe?
2. Em casos de acidentes ocupacionais, com exposição ao material biológico, ocorridos dentro ou próximo a área de atuação de sua equipe, quais seriam as medidas imediatas, e para onde esses casos devem ser encaminhados?
3. Em relação ao manuseio e destino adequados do lixo gerado na UBS, que medidas devem ser adotadas para se evitar acidentes ocupacionais ou de terceiros?

XI. CRITÉRIOS PARA ARMAZENAMENTO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRESERVATIVOS

OBJETIVOS ESPERADOS

Ao final deste capítulo você deverá:

- Compreender a importância dos critérios para um adequado armazenamento de medicamentos e preservativos.

CONCEITOS

MEDICAMENTO – É toda substância ou associação de substâncias, utilizadas para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estado patológico, para o benefício do receptor.

ESTOCAGEM – Conservação racional e segura de medicamentos.

EMBALAGEM – Invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento, removível ou não, destinado a cobrir, empacotar, envasar, proteger ou manter especificamente ou não, os produtos.

NÚMERO DO LOTE – Designação impressa no rótulo e na embalagem do produto, que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidade, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

RÓTULO – Identificação impressa ou litografada, bem como dizeres pintados ou gravados a fogo, pressão, ou decalco, aplicada diretamente sobre o recipiente, vasilhames, invólucros, envoltórios ou qualquer outro protetor de embalagem.

DISPENSAÇÃO – É o ato de proporcionar um ou mais medicamentos, preservativos, fórmula infantil ou outro produto a um paciente, como resposta à apresentação de uma receita elaborada por profissional autorizado.

2 ARMAZENAMENTO ADEQUADO DE MEDICAMENTOS

Toda e qualquer área destinada a estocagem de medicamentos deve ter condições que permitam preservar suas propriedades, ou seja, a manutenção de sua estabilidade:

- **Química:** conservação da integridade das moléculas de cada ingrediente ativo declarado no rótulo, dentro dos limites especificados.

- **Física:** conservação das propriedades físicas originais, incluindo aparência, sabor, uniformidade, dissolução e capacidade de se manter em suspensão.
- **Microbiológica:** manutenção da esterilidade, ou seja, não haver crescimento microbiológico de acordo com os requisitos específicos.
- **Terapêutica:** o efeito terapêutico e a eficácia devem permanecer inalterados.
- **Toxicológica:** não ocorrer aumento da toxicidade.

Para estocagem dos medicamentos, os seguintes critérios deverão ser observados:

1. Os medicamentos devem ser mantidos em locais seguros, protegidos de roubos ou desvios, com acesso restrito ao pessoal autorizado.
2. A estocagem em estantes, armários, prateleiras ou estrados, deve permitir a fácil visualização dos nomes dos produtos e seu prazo de validade.
3. Ao estocar os medicamentos, devem-se colocar à frente aqueles com menor prazos de validade garantindo que os lotes mais antigos sejam liberados antes dos mais novos.
4. Os medicamentos não devem ser estocados diretamente em contato com o solo, expostos a luz solar direta ou a danos mecânicos.
5. As áreas de estocagem devem ser livres de pó, lixo, roedores, aves, insetos e quaisquer animais.
6. Os medicamentos devem ser estocados de acordo com as instruções do fabricante, com especial atenção para as temperaturas de estocagem.

Nota:

- O termo "local fresco" refere-se a ambientes cuja temperatura está compreendida entre 8°C e 15°C.
- O termo "temperatura ambiente" refere-se a temperaturas compreendidas entre 15°C e 25°C.
- O termo "Refrigerado" refere-se ao controle de temperatura entre 2°C e 8°C.

Observação:

Na ausência de recomendações específicas de conservação, aplicar o conceito "**condições normais de estocagem**" da Organização Mundial de Saúde, definido como: local seco, bem ventilado, com temperaturas entre 15°C e 25°C permitindo, no máximo, até 30°C segundo condições climáticas.

7. Não empilhar caixas de medicamentos acima do volume estabelecido na embalagem.
8. Não armazenar medicamentos em locais que contenham produtos químicos como desinfetantes ou solventes (por exemplo: álcool, éter, benzeno etc.).

9. Embalagens parcialmente utilizadas devem ser fechadas para prevenir perdas e/ou danos, registrando a nova quantidade no lado externo da embalagem.
10. Os medicamentos devem ser inspecionados com frequência para verificar aparecimento de alterações visíveis, como mudança de cor ou presença de partículas estranhas.
11. Medicamentos deteriorados ou com prazo de validade vencidos devem ser separados do estoque.
12. Os estoques devem ser inventariados periodicamente e qualquer discrepância (desacordo entre o controle e a prateleira) devidamente esclarecida.

3 ARMAZENAMENTO ADEQUADO DE PRESERVATIVOS

A eficácia dos preservativos dependerá também das condições de armazenamento a que são submetidos. Os critérios abaixo relacionados deverão ser observados como guia para se alcançar esse objetivo:

1. Limpar o almoxarifado com regularidade.
2. Armazenar os preservativos em locais secos, iluminados, ventilados, protegidos da luz solar direta, calor, umidade e danos mecânicos. **A temperatura de estocagem** deve sempre estar $< 40^{\circ}\text{C}$, **preferencialmente** $< 25^{\circ}\text{C}$.
3. Assegurar a disponibilidade e acessibilidade a equipamentos de incêndio.
4. Armazenar as caixas de preservativos a, no mínimo, três metros de distância de motores elétricos e lâmpadas fluorescentes.
5. Empilhar as caixas de preservativos a uma distância de pelo menos 10 centímetros do piso, a 30 centímetros da parede ou de outras pilhas, e no máximo a 2,5 metros de altura.
6. Ordenar as caixas de modo que as etiquetas de identificação, data de fabricação e prazo de validade estejam visíveis.
7. Armazenar os preservativos de modo a facilitar o funcionamento do sistema “primeiros a expirar, primeiros a fornecer” ou seja, saídas por ordem de vencimento. Se possível, separar os preservativos por lote.
8. Não armazenar os preservativos em lugares contendo inseticidas, produtos químicos, arquivos antigos, materiais de oficina e outros materiais.
9. Remover as caixas internas das caixas de transporte somente para a distribuição do produto. A caixa externa ajuda a proteger os preservativos.
10. Separar do estoque os preservativos danificados ou com prazo de validade expirado.

4 DISPENSAÇÃO

No ato da dispensação de medicamentos, a pessoa deve ser informada e orientada sobre o uso adequado do produto.

São elementos importantes dessa orientação:

- a) O cumprimento da posologia.
- b) A influência dos alimentos.
- c) A interação com outros medicamentos.
- d) O reconhecimento de reações adversas.
- e) As condições de conservação do produto.

Uma correta dispensação deve garantir a entrega do medicamento na dosagem e quantidade prescrita, com instruções claras e numa embalagem que assegure a conservação do medicamento.

PONTO PARA REFLEXÃO

- 1. Como está organizado o serviço em sua UBS para armazenamento e dispensação de medicamentos e preservativos?
- 2. Como está estruturada em sua UBS a área física para armazenamento e dispensação de medicamentos e preservativos?

BIBLIOGRAFIA

1. Berg D. Primary Care Medicine. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1993, pp.321-342.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Técnicas para coleta de sangue. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 63 p. II. (série TELELAB).
3. Brasil. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Programa Estadual de DST e Aids. Manual de Vigilância Epidemiológica – Sífilis Congênita. São Paulo:Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Condutas – Exposição Ocupacional a Material Biológico: Hepatite e HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST. Brasília: Ministério da Saúde, 3ª edição, 1999.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual – Testes de Sensibilidade à Penicilina. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV - 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140p.: - (Série Manuais; n. 2)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatites B e C. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (disponível em www.aids.gov.br)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia Prático do Cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – no prelo.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual para Cuidadores de Pessoas Vivendo com o HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – no prelo.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica em HIV/aids para Profissionais de Saúde que trabalham com HIV/aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. – no prelo.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Manuais; n. 46) – no prelo. (disponível em www.aids.gov.br)
17. Ebrahim,G.J. e Ranken, J.P.: Primary Health Care. London,1988.
18. Ferreira,J e Gerbase,A: AIDS/SIDA in Medicina Ambulatorial. - Condutas Clínicas em Atenção Primária. 3ª ed. pp.368-374. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
19. Fuller, JD e Libmcen,H: Ambulatory Management of HIV Infection in A Primary Care Manual. 3^{ed} pp.481- 522. USA,1996.
20. Vilella,W e Diniz, S: Epidemia de aids entre as mulheres.– São Paulo:NEPAIDS/CFSS,1998
21. Weller,I: The Role of Primary Care in the Management of HIV Infection: International Seminar Series. Munich,1990.
22. WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization. Geneve, 2001.
23. Wood,C.H; Vaughan,J.P e Glanville, H.: Community Health. Nairobi/Kenya. African Medical and Research Foundation, 1981.
24. MMWR. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention. USA, 2002.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

197

- Aline Azevêdo da Silva – DAB/SAS/MS
- Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Ana Paula Prado – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Andréa Santos Rafael Alves – consultora
- Berardo Augusto Nunan – DAB/SAS/MS
- Bianca Bicca Franco – consultora
- Carlos Mello de Capitani – consultor
- Carmem de Barros Correia Dhália – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Claudia Simone Costa da Cunha – consultora
- Cledy Eliana dos Santos – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Cristina Alvin Castello Branco – consultora
- Cristine Ferreira – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Danusa Fernandes Benjamin – consultora
- Dênis Ribeiro – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Denise Serafim – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Dulce Ferraz – consultora
- Edenice Reis da Silveira – DAB/SAS/MS
- Eduardo Campos de Oliveira – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Edvaldo Stanislau – consultor
- Eliana Maria Frederes de Mattos – consultora
- Elísa Cazue Sudo – consultora
- Ellen Zita Ayer – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Fábio Moherdauí – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Fábio Tomas – consultor
- Felipe Anselmi Corrêa – consultor
- Fernanda Nogueira – PN-Hepatitis Virais/DEVEP/SVS/MS
- Geralda Bauer Pereira Rigotti – consultora
- Gerusa Figueiredo – PN-Hepatitis Virais/DEVEP/SVS/MS
- Giani Silvana Schwengber Cezimbra – ATSM/DAPE/SAS/MS
- Helena Andrade Brigido – consultora
- Henriette Ahrens – consultora
- Jeanete M. Silva Bueno – consultora
- João Eduardo Pereira – PN-Hepatitis Virais/DEVEP/SVS/MS
- José Antônio Ferreira – consultor
- José Fernando Assoni – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Joselito Pedrosa – CGMCA/SAS/MS
- Josué N. de Lima – consultor
- Karin Sakita – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Larissa Polejack Brambatti – consultora
- Laura Souza – PN-Hepatitis Virais/DEVEP/SVS/MS
- Luciana Teodoro de Resende Lara – PN-Hepatitis Virais/DEVEP/SVS/MS
- Luíza H. Matida – consultora
- Márcio Tadeu Ribeiro Francisco – consultor
- Marco Antônio de Ávila Vitória – consultor
- Maria Angélica Cerveira – consultora
- Maria do Carmo Gomes Kelle – consultora
- Maria do Perpetuo Socorro Albuquerque Matos – consultora
- Mario Ferreira Peixoto – consultor
- Mie Okamura – PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Milson Álvares da Fonseca – consultor
- Orival da Silva Silveira - PN-DST/AIDS/SVS/MS
- Orlando Matchula Junior – consultor
- Rejane F.Dantas de Macedo – consultora
- Rozidaili dos Santos Santana – consultora
- Sandra Filgueiras – consultora
- Valdiléa G. Veloso dos Santos – consultora
- Valéria Kaina da Rosa – consultora
- Vera Lucia de Vasconcelos Chaves – consultora