

Infecções Sexualmente Transmissíveis

A Saúde sexual é uma estratégia para a promoção da saúde e do desenvolvimento humano (COLEMAN, 2011) e integra aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (WHO, 1975).

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

Conceito de Prevenção Combinada e Sexo Seguro

A percepção dos riscos de adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa, e sofre mudanças ao longo da vida. A prevenção dessas infecções impulsiona a continuidade de projetos pessoais, como relacionamentos, filhos(as) e vida sexual saudável.

O que é Prevenção Combinada?

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às IST, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo.

Assim, sua definição está relacionada à combinação das três intervenções: **biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e coletivo.**

Mandala da Prevenção combinada



O que é sexo seguro?

“Sexo seguro” é associado ao uso exclusivo de preservativos. Por mais que o uso de preservativos seja uma estratégia fundamental a ser sempre estimulada, ele possui limitações. Assim, outras medidas de prevenção são importantes e complementares para uma prática sexual segura, como as apresentadas a seguir:

- › Usar preservativo;
- › Imunizar para HAV, HBV e HPV;
- › Conhecer o status sorológico para HIV da(s) parceria(s) sexual(is); › Testar regularmente para HIV e outras IST;
- › Tratar todas as pessoas vivendo com HIV – PVHIV (Tratamento como Prevenção e I=I1);
- › Realizar exame preventivo de câncer de colo do útero (colpocitologia oncológica);
- › Realizar Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), quando indicado;
- › Conhecer e ter acesso à anticoncepção e concepção;
- › Realizar Profilaxia Pós-Exposição (PEP), quando indicado.

Rastreamento de IST

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

Atenção: diferentemente de outros rastreamentos, como a mamografia para câncer de mama, o rastreamento das IST não identifica apenas uma pessoa; ao contrário, estará sempre ligado a uma rede de transmissão.

Os dois principais fatores de risco para IST **são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade mais baixa (CANTOR et al., 2016; JALKH et al., 2014).**

O melhor método é aquele que o indivíduo escolhe, com auxílio do profissional de saúde, e que atende às suas necessidades sexuais e de proteção. Nenhuma intervenção de prevenção isolada se mostrou eficaz o suficiente para reduzir novas infecções.

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

QUEM	QUANDO			
	HIV ^a	Sífilis ^b	Clamídia e gonococo ^c	Hepatites B ^d e C ^e
Gays e HSH	Semestral		Ver frequência conforme outros subgrupos populacionais ou práticas sexuais	Semestral
Trabalhadores(as) do sexo				
Travestis/transsexuais				
Pessoas que usam álcool e outras drogas				
Pessoas com diagnóstico de IST	No momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico de IST		No momento do diagnóstico	No momento do diagnóstico
Pessoas com diagnóstico de hepatites virais	No momento do diagnóstico	—	—	—
Pessoas com diagnóstico de tuberculose	No momento do diagnóstico	—	—	—
PVHIV	—	Semestral	No momento do diagnóstico	Anual
Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos	Semestral			—
Pessoas privadas de liberdade	Anual	Semestral	—	Semestral

Violência sexual	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição		No atendimento inicial e 6 meses após exposição
Pessoas em uso de PrEP	Em cada visita ao serviço	Trimestral	Semestral	Trimestral
Pessoas com indicação de PEP	No atendimento inicial; 4 a 6 semanas após exposição e 3 meses após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição	No atendimento inicial e 4 a 6 semanas após exposição (exceto nos casos de acidente com material biológico)	No atendimento inicial e 6 meses após exposição

ABORDAGEM AOS PARCEIROS SEXUAIS

Para que se interrompa a cadeia de transmissão das IST, é fundamental que os contatos sexuais das pessoas infectadas sejam tratados. No caso do não comparecimento das parcerias sexuais comunicadas, outras atividades poderão ser desenvolvidas, conforme a disponibilidade de cada serviço.

Princípios para comunicação das parcerias sexuais:

Confidencialidade: qualquer informação sobre o caso-índice, incluindo identidade, não deve ser revelada à parceria sexual e vice-versa.

Ausência de coerção: a comunicação às parcerias sexuais pelo caso-índice deve ser voluntária, e este deve continuar tendo acesso aos serviços, mesmo que não coopere com o procedimento.

Proteção contra discriminação: a comunicação às parcerias sexuais deverá ser realizada respeitando os direitos humanos e a dignidade dos envolvidos, principalmente, naqueles lugares em que o estigma e a discriminação possam se seguir ao diagnóstico, tratamento ou notificação.

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

A comunicação às parcerias sexuais pode ser realizada por meio dos métodos:

Comunicação por cartão

Comunicação por correspondência ou outros meios

Comunicação por busca ativa

PRINCIPAIS CLÍNICAS E CAUSAS:

As infecções do trato reprodutivo (ITR) são divididas em:

- › Infecções endógenas (candidíase vulvovaginal e vaginose bacteriana);
- › Infecções iatrogênicas (infecções pós-aborto, pós-parto);
- › IST (tricomoniase, infecção por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*).

HPV

O HPV (sigla em inglês para papilomavírus humano) é um DNA-vírus de cadeia dupla, não encapsulado, membro da família Papovaviridae. Infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas.

Atualmente, são identificados mais de 200 tipos de HPV, sendo que, desses, aproximadamente 40 tipos acometem o trato anogenital. A transmissão do HPV dá-se por qualquer tipo de atividade sexual e, excepcionalmente, durante o parto, com a formação de lesões cutaneomucosas em recém-nascidos ou papilomatose recorrente de laringe. A transmissão por fômites é rara.

Etiologia

O HPV é um DNA-vírus que pode induzir uma grande variedade de lesões proliferativas na região anogenital.

O risco geral estimado para a exposição a essa infecção é de 15% a 25% a cada nova parceria sexual e a quase totalidade das pessoas sexualmente ativas adquirirá a infecção em algum momento de suas vidas. As infecções são tipicamente assintomáticas.

Aproximadamente 1% a 2% da população apresentam verrugas anogenitais e 2% a 5% das mulheres mostram alterações no exame preventivo de colo do útero provocadas por infecção pelo HPV. A prevalência é maior em mulheres abaixo dos 30 anos. A maioria das infecções por HPV em mulheres (sobretudo quando adolescentes) tem resolução espontânea, em um período aproximado de até 24 meses.

Os tipos de HPV que infectam o trato genital são divididos em dois grupos, de acordo com o risco oncogênico e o tipo de lesão:

- Baixo risco oncogênico: detectados em lesões anogenitais benignas e lesões intraepiteliais de baixo grau – tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81.

Os HPV 6 e 11, encontrados em 90% dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, são considerados não oncogênicos.

Alto risco oncogênico: detectados em lesões intraepiteliais de alto grau e, especialmente, nos carcinomas – tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.

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

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

Na maioria das pessoas, a infecção pelo HPV não produz qualquer manifestação

Apresentações subclínicas do HPV

As alterações são detectadas pelo exame preventivo de câncer de colo do útero, por meio de lupas, corantes e colposcopia, acompanhada ou não de biópsia. Os tipos virais de baixo risco oncogênico são geralmente associados a padrão de lesões escamosas de baixo grau (low grade intraepithelial lesions – LSIL), equivalendo ao quadro histopatológico de displasia leve ou neoplasia intraepitelial cervical grau 1 (NIC 1).

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

Manifestações clínicas do HPV

As lesões da infecção pelo HPV são polimórficas, sendo as lesões pontiagudas denominadas condiloma acuminado. Variam de um a vários milímetros, podendo atingir vários centímetros. Costumam ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas, mas sempre papilomatosas. Por essa razão, a superfície apresenta-se fosca, aveludada ou semelhante à da couve-flor. Apresentam-se da cor da pele, eritematosas ou hiperpigmentadas. Em geral são assintomáticas, mas podem ser pruriginosas, dolorosas, friáveis ou sangrantes.

No homem, as lesões ocorrem mais frequentemente no folheto interno do prepúcio, no sulco bálano-prepucial ou na glândula. Podem acometer, ainda, a pele do pênis e/ou do escroto. Na mulher, costumam ser observadas na vulva, vagina e/ou cérvix.

Métodos diagnósticos para o HPV

O diagnóstico das verrugas anogenitais é tipicamente clínico. Em situações especiais, há indicação de biópsia para estudo histopatológico:

Dúvida diagnóstica, suspeita de neoplasias ou outras doenças;

› Lesões atípicas ou que não respondam adequadamente aos tratamentos;

› Lesões suspeitas em pessoas com imunodeficiências – incluindo a infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de drogas imunossupressoras –, caso em que esse procedimento deve ser considerado com mais frequência e precocidade

Não é recomendado o estudo citológico de material colhido do canal anal, por ser de difícil realização e interpretação ainda debatida. Não são recomendados testes que identificam os diferentes tipos de HPV na rotina clínica ou mesmo no rastreamento de pessoas assintomáticas.

Prevenção do HPV

A vacina é potencialmente mais eficaz para adolescentes vacinadas(os) antes do primeiro contato sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida em um prazo de dois anos.

Vacina

Crianças e adolescentes	PVHIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos
2 doses (0 e 6 meses)	3 doses (0, 2 e 6 meses)
Meninas de 9 a 14 anos	Mulheres de 9 a 26 anos
Meninos de 11 a 14 anos	Homens de 9 a 26 anos

Tratamento

O objetivo do tratamento das verrugas anogenitais é a destruição das lesões identificáveis. Apesar de haver recomendação de tratamento, não há evidência de que os tratamentos disponíveis modifiquem a história natural da infecção pelo HPV.

As situações de imunodeficiência não modificam as recomendações terapêuticas, sendo necessário lembrar, porém, que os pacientes nessas condições tendem a apresentar pior resposta ao tratamento, requerendo maior atenção quanto à possibilidade de complicações

Tratamento domiciliar

É bastante conveniente por ser autoaplicado, reduzindo as visitas ao serviço de saúde. São imprescindíveis instruções detalhadas sobre a forma de aplicação e as potenciais complicações. Como autotratamentos já incorporados ao SUS, têm-se o imiquimode e a podofilotoxina. O imiquimode apresenta menos efeitos locais que a podofilotoxina, mas implica maior tempo de tratamento (quatro meses vs. Quatro semanas). Não há diferença entre as taxas de abandono.

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

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

Tratamento ambulatorial

Ácido tricloroacético (ATA) 80% a 90% em solução: agente cáustico que promove destruição das condilomas pela coagulação química de seu conteúdo proteico. Aplicar uma pequena quantidade com um aplicador de algodão, adequado ao tamanho das lesões.

É um tratamento que pode ser utilizado durante a gestação. Não deve ser prescrito para uso domiciliar, frente ao potencial dano aos tecidos e suas complicações.

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

É contraindicada na gestação.

Eletrocauterização: exige equipamento específico e anestesia local. É apropriada para o caso de lesões exofíticas, pedunculadas e volumosas.

Exérese cirúrgica: requer anestesia local. A exérese tangencial (shaving) com tesoura delicada ou lâmina é um excelente método, vez que, além da remoção completa das lesões, permite o estudo histopatológico dos fragmentos.

Crioterapia: o nitrogênio líquido é atualmente a substância mais usada no tratamento ambulatorial das verrugas. Tem seu ponto de ebulição a -192°C e promove citólise térmica.

A crioterapia é atóxica, podendo ser utilizada na gestação.

HPV: gestação

O HPV não causa infertilidade. Na gestação, as lesões podem apresentar crescimento rápido, atingirem grande volume, tornar-se friáveis e sangrantes.

O tratamento das gestantes muitas vezes tem pior resultado. A podofilina e o imiquimode não devem ser usados na gestação.

HIV AIDS

DESCRIÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função de sua transcendência e seu caráter pandêmico.

A infecção pelo HIV, sem tratamento, podem evoluir para aids, resultando em grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T-CD4+, uma das principais células-alvo do HIV.

A história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia antirretroviral (Tarv), iniciada no Brasil em 1996, e pelo tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da carga viral, em 2013, o que resultou em aumento da sobrevida das pessoas, mediante reconstituição das funções do sistema imunológico e redução de doenças secundárias.

AGENTES ETIOLÓGICOS

HIV-1 e HIV-2 são retrovírus da família Lentiviridae. Pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos. Para se multiplicarem, necessitam de uma enzima (transcriptase reversa) responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), e tornam-se capazes de se integrar ao genoma do hospedeiro.

RESERVATÓRIO

O ser humano.

MODO DE TRANSMISSÃO

O HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), sanguínea (via parenteral e gestação/parto para a criança) e aleitamento materno. A transmissão vertical para a criança pode ocorrer durante a gestação, o parto e a amamentação.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

O tempo entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e de sintomas da fase aguda, denominada síndrome retroviral aguda (SRA), é de uma a três semanas.

PERÍODO DE LATÊNCIA CLÍNICA

Após a infecção aguda, o tempo de desenvolvimento de sinais e de sintomas da aids é em média de dez anos. Entretanto sinais e sintomas de imunodeficiência associada à infecção pelo HIV, não aids, podem aparecer com período de latência variável após a infecção aguda.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

A partir do momento em que a pessoa é infectada, ela tem a capacidade de transmitir o HIV.

Durante o período de infecção recente, ou durante o estágio mais avançado da infecção com carga viral alta, existe um aumento da transmissibilidade do vírus. Outros processos infecciosos e inflamatórios favorecem essa transmissão, especialmente quando presente alguma infecção sexualmente transmissível (IST).

A replicação viral ativa e a livre circulação do vírus na corrente sanguínea causam a formação de um pico de viremia por volta de 21 a 28 dias após a exposição ao HIV. Essa viremia está associada a um declínio

acentuado no número de LT-CD4+.

SUSCETIBILIDADE

No Brasil, a epidemia de HIV está concentrada em alguns segmentos populacionais que representam a maior proporção de casos novos da infecção, como gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e travestis e trabalhadoras(es) do sexo. Além disso, destaca-se o aumento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

INFECÇÃO AGUDA

Essa fase ocorre nas primeiras semanas da infecção pelo HIV, quando o vírus é replicado intensivamente nos tecidos linfoides. Nem todas as pessoas recém-infectadas apresentam a fase aguda, e outras, quando a apresentam, o fazem de forma não específica. A infecção aguda caracteriza-se tanto por viremia elevada quanto por resposta imune intensa e queda rápida na contagem de LT-CD4+, de caráter transitório.

Essa infecção é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado síndrome retroviral aguda (SRA). As principais manifestações clínicas de SRA incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. A SRA pode ser associada a sintomas como febre alta, sudorese e linfadenomegalia. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes. Alguns pacientes também podem apresentar candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barré.

LATÊNCIA CLÍNICA E FASE SINTOMÁTICA

Nessa fase, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, como plaquetopenia, anemia e leucopenia leves. Os exames sorológicos para HIV são reagentes e a contagem de LT-CD4+ pode estar estável ou em declínio.

Infecção pelo HIV e aids

Enquanto a contagem de LT-CD4+ permanece acima de 350 células/mm³, os episódios infecciosos mais frequentes são geralmente bacterianos, como as infecções respiratórias ou mesmo a tuberculose. Com a progressão da infecção, começam a ser observadas apresentações atípicas das infecções, resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções antigas.

À medida que a infecção progride, surgem sintomas constitucionais (febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga), diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (exemplos: pneumonia, sinusite) e lesões orais. A candidíase oral é um marcador clínico precoce de

imunodepressão grave, e foi associada ao subsequente desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*.

AIDS

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor de aids. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus.

As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se, na maioria das vezes, abaixo de 200 células/mm³.

Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo vírus.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO RÁPIDO/LABORATORIAL

A doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção, sendo importante que o profissional saiba conduzir a investigação diagnóstica quando houver suspeita de risco de infecção pelo HIV.

Além disso, é imprescindível conhecer os conceitos de janela diagnóstica e de soroconversão.

Janela diagnóstica é o tempo decorrido entre a infecção e o aparecimento ou a detecção de um marcador da infecção, como RNA viral, DNA proviral, antígeno p24 ou anticorpo. A duração desse período depende do tipo e da sensibilidade do teste, além do método utilizado para detectar o marcador. No caso de testes que detectam anticorpos, utiliza-se o termo janela imunológica, ou janela de soroconversão, que é o período entre a infecção até a primeira detecção de anticorpos contra o agente infeccioso.

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS COM IDADE MENOR OU IGUAL A 18 MESES

A identificação precoce da criança infectada verticalmente é essencial para o início da Tarv, para a profilaxia das infecções oportunistas e para o manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais.

O exame de carga viral para fins diagnósticos, em crianças com idade inferior a 18 meses, e o teste de detecção do DNA pró-viral devem ser realizados.

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS COM IDADE SUPERIOR A 18 MESES, ADOLESCENTES E ADULTOS

Para o diagnóstico da infecção pelo HIV, é importante compreender detalhadamente o tempo de curso da viremia e da soroconversão durante a infecção recente pelo vírus.

Para a investigação desses marcadores em amostras biológicas, podem ser utilizados os seguintes testes diagnósticos:

- Testes moleculares: detectam diretamente o RNA viral (teste qualitativo ou de quantificação da carga viral do HIV) ou o DNA pró-viral (teste qualitativo de detecção do DNA pró-viral), desempenhando papel importante quando a detecção de anticorpos não é possível.
- Imunoensaios (IE) detectam anticorpos anti-HIV. Atualmente, os IE utilizados são os de terceira geração, que permitem a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgG e IgM, e os de quarta geração, que detectam simultaneamente o antígeno p24 e anticorpos específicos anti-HIV.

Infecção pelo HIV e aids

- **Western blot/imunoblot/imunoblot rápido:** são ensaios que apresentam proteínas virais imobilizadas em suas membranas, capazes de se ligar a anticorpos anti-HIV específicos.
- **Testes rápidos:** são imunoensaios simples que majoritariamente utilizam a metodologia de imunocromatografia, não necessitam de estrutura laboratorial para sua realização e fornecem resultados em até 30 minutos. São realizados preferencialmente de forma presencial (teste realizado na presença do indivíduo), com amostra de sangue total obtida por punção digital ou com amostra de fluido oral.

Um fluxograma é formado por dois ou mais testes combinados (rápidos ou laboratoriais), com o objetivo de aumentar o valor preditivo positivo de um resultado reagente no teste inicial. O primeiro teste a ser realizado deve ser o mais sensível, seguido por um segundo teste mais específico, a fim de eliminar resultados falso-reagentes.

Todos os indivíduos recém-diagnosticados podem ser tratados, mas é importante realizar a coleta para o exame de quantificação da carga viral e de contagem de LT-CD4+ antes do início do tratamento.

RECOMENDAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV-2

O Ministério da Saúde monitora o risco de infecção pelo HIV-2, a despeito de a infecção pelo HIV-1 ser a mais prevalente no Brasil. Essa medida se faz necessária tendo em vista o fluxo intenso de pessoas entre o Brasil e as áreas endêmicas para o HIV-2. A distinção entre HIV-1 e HIV-2 é fundamental para a administração correta do tratamento.

TRATAMENTO

O tratamento objetiva melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevivência, em função da redução da carga viral e da reconstituição do sistema imunológico. Evidências científicas indicam que a Tarv representa potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. A partir de 2013, no Brasil, ampliou-se a recomendação de oferta do tratamento a todas as pessoas logo após a confirmação do diagnóstico, independentemente de critérios clínicos e imunológicos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
Candidose de traqueia, brônquios ou pulmões Câncer cervical invasivo Criptococose extrapulmonar Criptosporidiose intestinal crônica (por período superior a um mês) Coccidioidomicose, disseminada ou extrapulmonar	Candidose do esôfago Citomegalovirose sistêmica (em qualquer outro local, exceto fígado, baço e linfonodos) Retinite por citomegalovírus Herpes simples mucocutâneo (por período superior a um mês) Leucoencefalopatia multifocal

Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos e não exclusivamente nos pulmões ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associados a qualquer outra localização) Isosporidiose intestinal crônica (por período superior a um mês) Linfoma primário do cérebro (em qualquer idade) Linfoma não Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não Burkitt) e linfoma maligno imunoblástico – sem outra especificação sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico) Sepse recorrente por Salmonella (não tifoide) Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite)	progressiva Pneumonia por Pneumocystis jirovecii Toxoplasmose cerebral Micobacteriose disseminada (exceto tuberculose ou hanseníase – em órgãos outros que não os pulmões, pele ou linfonodos cervicais ou hilares, ou em um desses órgãos associados a qualquer outra localização)
---	---

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

OBJETIVOS

- Definir estratégias para evitar novas infecções.
- Possibilitar a investigação das possíveis fontes de infecção e transmissão comuns.
- Definir e indicar medidas de controle da transmissão entre grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV por meio de ações de prevenção específicas.
- Evitar a disseminação da infecção.
- Prevenir a evolução da infecção do HIV para aids

ESTRATÉGIAS

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO HIV

Intervenções biomédicas: são voltadas à redução do risco de exposição ou de transmissibilidade.

Intervenções comportamentais: contribuem para ampliar a informação, a comunicação e a educação, a fim de possibilitar a percepção ou a autoavaliação do risco de exposição ao HIV.

- Intervenções estruturais: contribuem para enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de pessoas ou grupos sociais específicos

PROFILAXIA PRÉ E PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV (PREP E PEP)

A PrEP se insere como uma estratégia adicional, segura e eficaz de prevenção disponível no SUS.

Consiste na utilização diária e contínua de antirretrovirais antes de a pessoa ter contato com o HIV.

Está indicada para grupos específicos não infectados que tenham maior risco de adquirir HIV, como gays e outros HSH, trabalhadoras (es) do sexo, travestis e transexuais, e parcerias sorodiferentes. Porém o pertencimento a um desses grupos não é suficiente para caracterizar pessoas com frequentes situações de exposição ao HIV, o que é definido por práticas sexuais, parcerias ou contextos específicos de preconceito, discriminação e vulnerabilidade que determinam mais chances de exposição ao vírus

A PEP é uma estratégia de prevenção para evitar novas infecções pelo HIV, por meio do uso profilático de antirretrovirais após uma exposição de risco à infecção pelo HIV.

MEDIDAS ESPECÍFICAS A SEREM ADOTADAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

A transmissão vertical do HIV acontece pela passagem do vírus para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Pode ser reduzida para menos de 2% com a adoção das medidas eficazes de prevenção.

Entre essas medidas, é importante a testagem para HIV na rotina do pré-natal, que deve ser realizada na primeira consulta (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e na admissão para o parto, de forma a proporcionar o diagnóstico precoce.

Além disso, para mulheres que não foram diagnosticadas com HIV no pré-natal, no parto e no puerpério, deve-se reforçar o uso do preservativo nas relações sexuais durante todo o período, incluído o de amamentação.

Em relação às gestantes vivendo com HIV, a Tarv deve ser oferecida independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deve ser suspensa após o parto.

O manejo clínico e laboratorial das crianças expostas, além da não amamentação, também constitui ações essenciais de prevenção.

Para a investigação da criança exposta, deve-se estar atento para os aspectos a seguir:

- Registro dos dados de identificação e residência da gestante/parturiente/puérpera/ nutriz da criança exposta.
- Identificação da evidência laboratorial e da informação sobre o momento em que foi realizada a coleta do material, no qual se evidenciou a infecção pelo HIV, na gestante/ parturiente/puérpera/nutriz da criança exposta (considerar o primeiro resultado reagente).
- Avaliação do protocolo no pré-natal: registrar o momento de início do pré-natal, se a gestante anteriormente à gravidez já atendia ao critério de definição de caso de aids, e se foi indicado e iniciado o tratamento.
- Avaliação do protocolo no parto: informar sobre o tratamento no pré-natal, verificar as condições clínicas da gestante no momento do parto, utilizar a profilaxia no parto e iniciar a profilaxia na criança.
- Avaliação do protocolo na criança e acompanhamento: anotar os dados de identificação da criança (nome, data de nascimento e sexo), a exposição ao aleitamento materno ou cruzado, e a conclusão ou não da profilaxia e do diagnóstico laboratorial (carga viral e sorologia).

- Registro da ocorrência de óbito relacionado à aids.
- Encerramento de caso: ocorre com a confirmação do status sorológico da criança em até 18 meses:

infectado: quando existirem dois resultados de cargas virais detectáveis ou sorologia reagente após os 18 meses de vida;

não infectado: quando existirem dois resultados de cargas virais indetectáveis ou sorologia não reagente aos 18 meses de vida;

indeterminado: quando os resultados laboratoriais forem inconclusivos;

perda de seguimento: quando o serviço perde contato com a criança, antes da conclusão do diagnóstico laboratorial;

óbito: quando ocorrido durante o período de acompanhamento, antes da definição do status viral ou sorológico da criança, independentemente de se esse óbito estar relacionado à aids ou não.

PORTARIA SCTIE/MS Nº 54, DE 24 DE AGOSTO DE 2021

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. O presente “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais” (PCDT-PEP) tem como objetivo atualizar as recomendações para PEP, simplificar o acompanhamento e reduzir barreiras de acesso a essa tecnologia de prevenção combinada.

O esquema antirretroviral (ARV) da PEP para HIV foi alterado na atualização do PCDT, em 2015, com recomendações de profilaxia pela avaliação do risco da situação de exposição e não mais por categoria de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida).

A PEP para HIV está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1999; atualmente, é uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Prevenção Combinada, cujo principal objetivo é ampliar as formas de intervenção para evitar novas infecções pelo HIV.

PROFILAXIA DO HIV

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

Os quatro passos da avaliação da PEP

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

Se todas as respostas forem SIM, a PEP para HIV está indicada.

TIPO DE MATERIAL BIOLÓGICO

Existem materiais biológicos sabidamente infectantes e envolvidos na transmissão do HIV. Assim, a exposição a esses materiais constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Materiais biológicos COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

Sangue

Sêmen

Fluidos vaginais

Líquidos de serosas

(peritoneal, pleural,

pericárdico)

Líquido amniótico

Líquor

Materiais biológicos SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV(a)

Suor

Lágrima

Fezes

Urina

Vômitos

Saliva

Secreções nasais

TIPO DE EXPOSIÇÃO

Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV. Assim, a exposição constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Exposição COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

Percutânea

Membranas mucosas

Cutâneas em pele não íntegra

Mordedura com presença de sangue

Exposição SEM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV

Cutânea em pele íntegra

Mordedura sem a presença de Sangue

TEMPO TRANSCORRIDO ENTRE A EXPOSIÇÃO E O ATENDIMENTO

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

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico

- ✓ Verificar se há indicação de PrEP (pessoas com histórico de múltiplos usos de PEP);
- ✓ Oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites virais B e C;
- ✓ Orientar vacinação para HPV e hepatites virais A e B , quando indicado;
- ✓ Diagnosticar e tratar IST e hepatites virais, quando presentes;
- ✓ Orientar sobre sexo seguro (por exemplo, uso de preservativo masculino/peniano, feminino/vaginal e gel lubrificante);
- ✓ Orientar sobre redução de danos.

STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA

A indicação ou não de PEP irá depender do status sorológico para HIV da pessoa exposta, que deve sempre ser avaliado por meio de testes rápidos (TR) em situações de exposições consideradas de risco:

- ✓ Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP está indicada (conforme a Figura 2), pois a pessoa exposta é suscetível ao HIV.

✓ Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral (TARV).

✓ Amostra com resultados discordantes (TR1 reagente e TR2 não reagente): não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial para elucidação diagnóstica (consultar o “Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças”, disponível em: <http://www.aids.gov.br/biblioteca>). Nesse caso, a decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE

Esse critério é o único não obrigatório, pois nem sempre a pessoa-fonte está presente e disponível para realizar a testagem. Portanto, é fundamental o acolhimento na situação de comparecimento em conjunto aos serviços, a oferta de testagem rápida e as orientações pertinentes.

Não se deve atrasar e nem condicionar o atendimento da pessoa exposta à ausência da pessoa-fonte.

✓ Amostra não reagente (TR1 não reagente): a PEP não está indicada.

Contudo, a PEP poderá ser indicada para a pessoa exposta quando a pessoa-fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falsonegativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar janela imunológica de 90 dias.

✓ Amostra reagente (TR1 e TR2 reagentes): a PEP está indicada para a pessoa exposta (conforme a Figura 2). Se o status sorológico da fonte era previamente desconhecido, a pessoa-fonte deve ser comunicada individualmente sobre os resultados da investigação diagnóstica e encaminhada para acompanhamento clínico e início da TARV.

✓ Se desconhecido: avaliar caso a caso.

Nos casos envolvendo acidentes com fonte desconhecida (ex.: agulha em lixo comum, lavanderia, coletor de material perfurocortante) ou fonte conhecida com sorologia desconhecida (ex.: pessoa-fonte que faleceu ou que não se apresenta ao serviço para testagem), a decisão sobre instituir a PEP deve ser individualizada.

Deve-se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV naquela exposição (área de alta prevalência para HIV, pacientes internados com infecção pelo HIV naquele ambiente, etc.). Existem muitos casos em que a PEP não está indicada, em função do risco extremamente baixo de transmissão do HIV.

ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL PARA PEP

Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado para homens e mulheres deve ser:

Esquema preferencial para PEP

1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg +

1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia.

A duração da PEP é de 28 dias.

O esquema preferencial de profilaxia deve preferencialmente incluir combinações de três ARV (CDC, 2016; EACS, 2015), sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) associados a outra classe (inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo – ITRNN, inibidores da protease com ritonavir – IP + RTV ou inibidores da integrase – INI)) (WHO, 2016).

Considerações sobre prescrição do 3º ARV para PEP em indivíduos com potencial de engravidar (mulheres cis e homens transgênero).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o uso do DTG, em 2019, com base em novas evidências que avaliam benefícios e riscos do medicamento, como o tratamento de primeira e segunda linha preferido para todas as populações, incluindo mulheres grávidas e com potencial para engravidar

GESTANTES

Para gestantes, independentemente da forma de exposição, o esquema preferencial deve ser composto com DTG a partir da 12ª semana de gestação. O esquema preferencial de PEP em gestantes com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas deve ser composto pela combinação de TDF/3TC e ATV + RTV ou TDF/3TC + ATV + RTV

Parcerias sorodiferentes

Pessoas vivendo com HIV em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem HIV por meio de relações sexuais (indetectável = intransmissível) (COLLINS, 2016; RODGER A. et al., 2018). Para a oferta ou não de PEP como mais uma medida de Prevenção Combinada a ser oferecida para as parcerias sorodiferentes, deve-se considerar:

- ✓ Perfil da parceria vivendo com HIV quanto à adesão à TARV;
- ✓ Supressão da CV-HIV;
- ✓ Ausência de outras IST;
- ✓ Identificação de práticas sexuais de risco com outras parcerias.

Acompanhamento clínico-laboratorial

O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta em uso de PEP deve levar em consideração:

- ✓ Avaliação de medos e expectativas pós-exposição de risco ao HIV;
- ✓ Toxicidade dos ARV;
- ✓ Testagem para HIV;
- ✓ Avaliação laboratorial;

- ✓ Manutenção de medidas de Prevenção Combinada do HIV.

Recomenda-se monitorar ativamente sinais e sintomas da infecção aguda pelo HIV. Após a transmissão do HIV, algumas pessoas podem apresentar quadro clínico semelhante à síndrome de mononucleose infecciosa, geralmente na terceira e quarta semana após a exposição.

Quadro 12. Sinais e sintomas da infecção aguda pelo HIV

- ✓ Febre
- ✓ Linfadenopatias
- ✓ Faringite
- ✓ Exantema
- ✓ Ulcerações mucocutâneas
- ✓ Mialgias
- ✓ Artralgias
- ✓ Fadiga
- ✓ Hepatoesplenomegalia

Testagem para HIV

Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem em 30 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com ARV

Seguimento laboratorial de PEP

	Primeiro atendimento ^(d)	Para investigação de efeitos adversos	4-6 semanas após exposição	12 semanas após exposição
Creatinina ^(a)	Para pessoas de alto risco ou com história prévia de doença renal	X		
ALT, AST		X		
Amilase		X		
Glicemia	Em caso de pessoas exposta com diabetes mellitus	X		
Hemograma ^(b)	Quando indicação de PEP com AZT	X		
Teste de HIV ^(c)	X		X	X

HEPATITES VIRAIS

Descrição: As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas.

A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude varia de região para região, de acordo com os diferentes agentes etiológicos. No Brasil, esta variação também ocorre.

AGENTES ETIOLÓGICOS

As hepatites virais mais frequentes são causadas por cinco vírus: o vírus da hepatite A (HAV), o vírus da hepatite B (HBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus da hepatite D (HDV) e o vírus da hepatite E (HEV). Esses vírus pertencem, respectivamente, às seguintes famílias: Picornaviridae, Hepadnaviridae, Flaviviridae, Deltaviridae e Hepeviridae (WHO, [2021]).

RESERVATÓRIO

O ser humano é o reservatório de maior importância epidemiológica. Na hepatite E, estudos mostram que suínos, roedores e aves, entre outros animais, também podem ser reservatórios, o que classifica alguns dos genótipos da hepatite E como uma zoonose (BRASIL, 2010).

MODO DE TRANSMISSÃO

As hepatites virais A e E são transmitidas pela via fecal-oral e estão relacionadas às condições de saneamento básico, higiene pessoal, relação sexual desprotegida (contato boca-ânus) e qualidade da água e dos alimentos.

A transmissão vertical das hepatites virais também pode ocorrer no momento do parto. No caso da hepatite B, os pacientes com HBeAg (marcador de replicação viral) reagente têm maior risco de transmissão do HBV do que pacientes HBeAg não reagentes, inclusive a transmissão vertical.

Na hepatite C, a detecção do HCV-RNA está relacionada à viremia do HCV. Alguns estudos indicam que a carga viral do HCV é diretamente proporcional ao risco de transmissão do vírus.

Em gestantes coinfectadas por HCV e HIV, a chance de transmissão vertical é maior do que em gestantes infectadas apenas pelo HCV.

SUSCETIBILIDADE, VULNERABILIDADE E IMUNIDADE

A suscetibilidade varia de acordo com o agente etiológico:

- **Hepatite A:** são suscetíveis os indivíduos sorologicamente não reagentes para o anti-HAV IgG. A imunidade (anti-HAV IgG reagente) pode ser adquirida por infecção prévia resolvida naturalmente ou por vacinação.

- **Hepatite B:** são suscetíveis os indivíduos com perfil sorológico HBsAg, anti-HBc e anti-HBs não reagentes, concomitantemente. A imunidade adquirida por infecção prévia resolvida naturalmente é estabelecida pela presença do anti-HBcIgG e anti-HBs reagentes.

Eventualmente, o anti-HBc pode ser o único indicador da imunidade natural detectável, pois, com o tempo, os níveis de anti-HBs podem tornar-se indetectáveis. A vacina contra a hepatite B induz à formação do anti-HBs isoladamente.

- **Hepatite C:** todos os indivíduos são suscetíveis à infecção ou à reinfecção pelo HCV. O perfil sorológico anti-HCV reagente não confere imunidade contra o vírus. O indivíduo infectado pelo vírus C apresenta sorologia anti-HCV reagente por um período indefinido; porém esse padrão isoladamente não distingue se houve resolução da infecção ou se o indivíduo se tornou portador crônico. Para essa conclusão, é necessário avaliar a presença de material genético viral (HCV-RNA) ou antígeno viral (HCVAg). A presença do HCV-RNA ou do HCVAg por um período de seis meses após o diagnóstico inicial da infecção é evidência de cronificação da hepatite C. Não existe vacina contra essa infecção.

- **Hepatite D (delta):** o HDV é um vírus defectivo, que necessita da presença do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) para se replicar e causar a infecção. Assim, os indivíduos suscetíveis à infecção pelo HBV têm o risco de sofrer a infecção simultânea por ambos os vírus, assim como aqueles que se encontram infectados cronicamente pelo HBV.

A imunidade para a hepatite D pode ser conferida indiretamente pela vacina contra a hepatite B, para indivíduos sem infecção por hepatite B.

- **Hepatite E:** são suscetíveis todos os indivíduos, independentemente do perfil sorológico.

A infecção não confere imunidade e não existe vacina disponível no Brasil.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Após entrar em contato com o vírus, o indivíduo pode desenvolver hepatite aguda oligo/assintomática ou sintomática. Esse quadro agudo pode ocorrer na infecção por qualquer um dos vírus, com aspectos clínicos e virológicos limitados aos primeiros seis meses.

HEPATITE AGUDA

- **Período prodrômico ou pré-ictérico:** ocorre após o período de incubação do agente etiológico e anteriormente ao aparecimento da icterícia.

Os sintomas são inespecíficos: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia ou, raramente, constipação, febre baixa, cefaleia, mal-estar, astenia e fadiga, aversão ao paladar e/ou ao olfato, mialgia, fotofobia, desconforto no hipocôndrio direito, urticária, artralgia ou artrite, e exantema papular ou maculopapular.

- **Fase ictérica:** com o aparecimento da icterícia, em geral, há diminuição dos sintomas prodrômicos. Observa-se hepatomegalia dolorosa, com ocasional esplenomegalia.

- **Fase de convalescença:** segue-se ao desaparecimento da icterícia. A recuperação completa ocorre após algumas semanas, mas a fraqueza e o cansaço podem persistir por vários meses.

HEPATITE CRÔNICA

As hepatites virais crônicas estão relacionadas aos vírus B, C e D e, com maior raridade, ao vírus E. A cronicidade é caracterizada pela detecção de material genético ou de antígenos virais por um período de seis meses após o diagnóstico inicial. A infecção crônica pode cursar de forma oligo/assintomática ou sintomática, normalmente com agravamento da doença hepática em longo prazo.

Nesses casos, os indivíduos apresentam sinais histológicos de lesão hepática (inflamação, com ou sem fibrose) e marcadores sorológicos ou virológicos de replicação viral.

Indivíduos com infecção crônica pelo HBV, que não apresentam manifestações clínicas, com replicação viral baixa ou ausente e que não apresentam evidências de alterações graves à histologia hepática, são considerados portadores assintomáticos. Nessas situações, a evolução tende a ser benigna; contudo o vírus ainda pode ser transmitido, o que constitui fator importante na propagação da doença.

HEPATITE FULMINANTE

Termo utilizado para designar a insuficiência hepática aguda, caracterizada pelo surgimento de icterícia, coagulopatia e encefalopatia hepática em um intervalo de até oito semanas. Trata-se de uma condição rara e potencialmente fatal, cuja letalidade é elevada (40% a 80% dos casos).

A fisiopatologia está relacionada à degeneração e à necrose maciça dos hepatócitos. O quadro neurológico progride para o coma ao longo de poucos dias após a apresentação inicial. Todos os cinco tipos de hepatites virais podem causar hepatite fulminante.

COMPLICAÇÕES

Os casos crônicos das hepatites virais B, C e D podem evoluir com o desenvolvimento de fibrose, cirrose hepática e suas complicações. As pessoas com hepatites virais crônicas também têm risco aumentado para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular.

O risco de cronificação pelo HBV depende da idade na qual ocorre a infecção, sendo de 90% para os recém-nascidos (RNs) de mães HBeAg positivas, de 25% a 30% para lactentes a menores de 5 anos, até menos de 5% em adultos.

Para a hepatite C, a taxa de cronificação varia entre 60% e 90%, sendo maior em função de alguns fatores do hospedeiro (sexo masculino, imunodeficiências, idade superior a 40 anos).

Na hepatite D, a cronicidade é elevada na superinfecção (quando o portador de hepatite B crônica é infectado pelo vírus D), chegando a mais de 70% dos casos; e menor na coinfecção (quando há a infecção simultânea pelos vírus B e D), ou seja, por volta de 5% dos casos

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exames inespecíficos

- **Aminotransferases (transaminases):** a aspartato aminotransferase (AST/TGO) e a alanino aminotransferase (ALT/TGP) são marcadores de agressão hepatocelular. Nas formas agudas, chegam a atingir, habitualmente, valores até 25 a 100 vezes acima do normal, embora se limitem a níveis mais baixos em alguns pacientes, principalmente naqueles acometidos pela hepatite C.

Bilirrubinas: elevam-se após o aumento das aminotransferases e, nas formas agudas, podem alcançar valores 20 a 25 vezes acima do normal.

PROVAS ESPECÍFICAS

Anti-HAV IgM: a presença desse marcador define o diagnóstico de hepatite aguda A.

É detectado a partir do segundo dia do início dos sintomas da doença e começa a declinar após a segunda semana, desaparecendo após três meses.

- **Anti-HAV IgG:** esse marcador está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente, proporcionando imunidade específica ao vírus. É um importante marcador epidemiológico, por demonstrar a prevalência de contato com o HAV em determinada população. Também está presente no indivíduo vacinado contra hepatite A.

- **Anti-HAV total:** anticorpos contra o vírus da hepatite A das classes IgM e IgG, simultaneamente.

- **HAV-RNA:** é o material genético do vírus

INTERPRETAÇÃO	ANTI-HAV TOTAL	ANTI-HAV IGM
Infecção aguda pelo HAV/ infecção recente	Reagente (+)	Reagente (+)
Infecção passada/imunidade (por contato prévio com o HAV ou	Reagente (+)	Não reagente (-)

por vacina)		
Suscetível	Não reagente (-)	Não reagente (-)

Hepatite B:

- HBsAg (antígeno de superfície do HBV): pode ser detectado por meio de testes rápidos ou laboratoriais na grande maioria dos indivíduos com hepatite B crônica ou aguda. Juntamente do HBV-DNA, é um dos primeiros marcadores da infecção, detectável em torno de 30 a 45 dias após a infecção, e pode permanecer detectável por até 120 dias nos casos de hepatite aguda. Ao persistir além de seis meses, caracteriza a infecção crônica.
- Anti-HBc IgM (anticorpos da classe IgM contra o antígeno do capsídeo do HBV): é um marcador de infecção recente, que geralmente surge 30 dias após o aparecimento do HBsAg e é encontrado no soro por até 32 semanas após a infecção.
- Anti-HBc total: anticorpos contra o vírus da hepatite B das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- Anti-HBs (anticorpos contra o antígeno de superfície do HBV): quando presente nos títulos adequados (pelo menos 10 UI/mL), esse marcador confere imunidade ao HBV. Seu surgimento, normalmente, está associado ao desaparecimento do HbsAg (cura funcional), constituindo um indicador de imunidade. Está presente isoladamente em pessoas que foram vacinadas contra o HBV.
- HBV-DNA (DNA do HBV): é o material genético do vírus. Sua quantificação corresponde à carga viral circulante no indivíduo. Por ser um indicador direto da presença do vírus, pode ser usado como teste complementar no diagnóstico da infecção pelo HBV. Também é empregado no monitoramento do paciente e no acompanhamento da terapia antiviral.
- HBeAg: antígeno da partícula “e” do vírus da hepatite B, marcador de replicação viral.
- Anti-HBe: anticorpo específico contra o antígeno “e” do vírus da hepatite B

Interpretação e conduta frente aos resultados de testes para a pesquisa de marcadores sorológicos para hepatite B

INTERPRETAÇÃO/CONDUTA	HBSAG	ANTI-HBC TOTAL
Início de fase aguda – Necessário repetir sorologia após 30 dias	Reagente (+)	Não reagente (–)
Hepatite aguda ou crônica – Solicitar anti-HBc IgM	Reagente (+)	Reagente (+)
Cura (desaparecimento do HBsAg) – Solicitar anti-HBs	Não reagente (–)	Reagente (+)
Suscetível – Indicar vacina ou pedir anti-HBs para confirmar	Não reagente (–)	Não reagente (–)

soroconversão, caso a pessoa informe que já foi vacinada		
--	--	--

Hepatite C:

- Anti-HCV (anticorpo contra o HCV): pode ser detectado por meio do teste rápido ou teste sorológico laboratorial. Constitui o marcador que indica contato prévio com o vírus.

É detectado na infecção aguda ou crônica e no paciente curado, não indicando, portanto, a fase da doença. Após a infecção, esse marcador demora de 8 a 12 semanas para ser detectado, mantendo-se reagente indefinidamente.

- HCV-RNA (RNA do HCV): é o material genético viral. A presença do HCV-RNA é uma evidência da presença do vírus; por isso, testes para detecção desse marcador são utilizados para complementar o diagnóstico da infecção. O HCV-RNA costuma ser detectado entre uma e duas semanas após a infecção. O resultado não detectado pode indicar cura natural, clareamento viral ou resposta sustentada ao tratamento. Quando o primeiro resultado desse teste for não detectado, pode ser necessária a indicação da repetição do teste após três a seis meses, como preconizado no Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais

Hepatite D:

- Anti-HDV total: anticorpos contra o vírus da hepatite D das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- HDV-RNA: é utilizado como marcador de replicação viral, tanto na fase aguda quanto na fase crônica da doença, e como controle de tratamento. Pode ser detectado 14 dias após a infecção.

Na infecção pelo vírus da hepatite D, observam-se as formas de ocorrência a seguir:

- **Superinfecção:** situação de portador crônico do HBV infectado pelo vírus delta.
- **Coinfecção:** infecção simultânea pelo HBV e pelo vírus delta em indivíduo suscetível

FORMAS	HBSAG	ANTI-HBC TOTAL	ANTI-HBC IGM	ANTI-HDV TOTAL	ANTI-HBS
Coinfecção	+	+	+	+	-
Superinfecção	+	+	-	+	-
Cura	-	+	-	+	+

Hepatite E:

- Anti-HEV IgM: anticorpo específico para hepatite E em todos os indivíduos infectados recentemente. O teste para detecção do anti-HEV IgM torna-se reagente de quatro a cinco dias após o início dos sintomas, desaparecendo de quatro a cinco meses depois.
- Anti-HEV IgG: anticorpo indicativo de infecção pelo vírus da hepatite E no passado. Está presente na fase de convalescença e persiste indefinidamente.

- Anti-HEV total: anticorpos contra o vírus da hepatite E das classes IgM e IgG, simultaneamente.
- HEV-RNA: é o material genético viral

TRATAMENTO

HEPATITE AGUDA

Não existe tratamento específico para as formas agudas, exceto para hepatite C e hepatite B aguda grave. Para as demais hepatites, se necessário, faz-se apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases. A única restrição dietética está relacionada à ingestão de álcool (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2017).

HEPATITE CRÔNICA

A decisão de iniciar o tratamento deve considerar o risco de progressão da doença, a probabilidade de resposta terapêutica, os eventos adversos do tratamento e a presença de comorbidades. A forma aguda da hepatite C e as formas crônicas das hepatites B, C e D têm diretrizes clínico-terapêuticas definidas e atualizadas, e podem ser encontradas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções (BRASIL, 2017) e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções (BRASIL, 2019c), nas versões vigentes, também disponíveis em [http:// www.aids.gov.br/](http://www.aids.gov.br/)

Prevenção

Vacinas para hepatite A e Hepatite B

A imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) deve ser administrada nos recém-nascidos de mulheres com HBV (HBsAg reagente) com a primeira dose de vacina hepatite B. A imunoglobulina pode ser administrada, no máximo, até 7 dias de vida, pois essa ação previne a transmissão perinatal da hepatite B em mais de 90% dos recém-nascidos. A IGHAHB também é indicada para pessoas não vacinadas, ou com esquema incompleto, após exposição ao vírus da hepatite B: vítimas de acidentes com material biológico positivo ou fortemente suspeito de infecção por HBV (aplicar a IGHAHB preferencialmente nas primeiras 24 horas e, no máximo, até sete dias depois do acidente); comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B (aplicar o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias depois da exposição); imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados; vítimas de violência sexual (preferencialmente nas primeiras 48 horas, no máximo até 14 dias depois da violência sexual).

Infecções que causam corrimento uretral

Uretrite gonocócica

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

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

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

Tratamento: Uretrite gonocócica e demais infecções gonocócicas NÃO complicadas (uretra, colo do útero, reto e faringe):

Ceftriaxona 500mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única.

Vírus Zika

O vírus Zika é um Flavivírus capaz de causar infecção em humanos; o primeiro caso diagnosticado no Brasil ocorreu no ano de 2015, na Região Nordeste. A maioria das pessoas infectadas apresentará a forma assintomática da doença.

As anomalias congênicas associadas à infecção pelo vírus Zika foram observadas logo após a entrada do vírus no território nacional. A microcefalia foi o acometimento mais frequente do SNC e desencadeou situação de alerta no Brasil naquele momento, por ter sido considerado uma Situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

O vírus pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti* (o mesmo mosquito que transmite dengue, Chikungunya e febre amarela), assim como por transmissão vertical e sexual. A principal medida de combate à infecção é a prevenção, com medidas de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas), de modo a diminuir a chance de picada pelo mosquito. Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo vírus Zika e

nem tratamento específico (BRASIL, 2017j).

A transmissão sexual do vírus Zika foi comprovada por inúmeros relatos de casos, sendo a Zika considerada uma IST, cuja transmissão sexual pode ser evitada por meio do uso de preservativo.

Para casais que desejam a concepção, recomenda-se:

- › Aguardar até seis meses após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando o homem foi infectado;
- › Aguardar até oito semanas após sinais/sintomas relacionados à infecção pelo vírus Zika quando a mulher foi infectada.

Em áreas endêmicas, casais que desejam a concepção devem ser orientados quanto aos riscos da infecção pelo vírus Zika e a possibilidade de malformações fetais.

Em áreas endêmicas, a recomendação de uso contínuo do preservativo durante toda a gestação deve fazer parte do aconselhamento durante as consultas de pré-natal (PETERSEN et al., 2016)

O diagnóstico precoce da infecção pelo vírus Zika na gestante, por meio de exames de detecção do RNA viral mediante PCR e/ou sorologias, auxilia no rastreamento das gestações de alto risco. Esses exames também são utilizados no seguimento especializado para a criança que tenha nascido com alguma anomalia congênita.

Questões:

1) Após retornar de licença, J.G., 22 anos, soldado, procurou o ambulatório de saúde da organização militar – OM, onde prestava serviços, com história e queixas que caracterizavam doença de transmissão sexual. Face a essa situação, o enfermeiro que estava realizando o atendimento ofereceu a realização de testes rápidos para sífilis e HIV. Ao fazê-lo, explicou que J.G. poderia ou não aceitar realizá-los e orientou sobre sua importância, a forma com que são feitos e o significado e as limitações de seus resultados. Após obter sua concordância, solicitou a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e deu seguimento aos procedimentos de coleta de material e realização dos testes obtendo resultado “reagente” para sífilis e “não reagente” para HIV. Face a essa situação, realizou as orientações necessárias e deu prosseguimento ao caso de acordo com as medidas propostas pelo Ministério da Saúde

1- A abordagem realizada pelo enfermeiro a respeito da realização dos testes rápidos está em consonância com o princípio de bioética de

- (A) não maleficência.
- (B) beneficência.
- (C) justiça.
- (D) individualidade.
- (E) autonomia.

2- Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, o enfermeiro deve, entre outras ações,

- (A) solicitar exame de FTA-Abs ou outro teste treponêmico para confirmação do diagnóstico.
- (B) confirmar o resultado obtido coletando nova amostra e refazendo o teste rápido para sífilis em, no máximo, 24 horas.
- (C) solicitar exame de VDRL ou outro teste não treponêmico para confirmação do diagnóstico.
- (D) considerar que J.G. é portador de sífilis primária e iniciar o tratamento com Benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI, por via intramuscular, em dose única.
- (E) considerar que J.G. é portador de sífilis secundária e iniciar o tratamento com Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via intramuscular, uma vez por semana, por três semanas consecutivas

3) Correlacione as colunas ordenando as fases da Infecção pelo HIV e, em seguida, assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Infecção aguda.
2. Fase assintomática.
3. Fase sintomática inicial.
4. Fase da doença AIDS.

() A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo.

() Nesta fase, ocorre a incubação do HIV, tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença e pode variar de 03 a 06 semanas.

() Esta fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Mas não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois o vírus amadurece e morre de forma equilibrada. Esse período pode durar anos.

() Nesta fase, ocorre a alta redução dos linfócitos T CD4 que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm^3 de sangue.

- A) 1/2/3/4
- B) 2/1/4/3
- C) 4/1/2/3
- D) 3/1/2/4

4) Assinale a alternativa INCORRETA sobre a infecção pelo vírus HIV.

- a) As formas de transmissão do HIV são sexual, sanguínea, vertical e ocupacional.
- b) Um dos fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV é a relação sexual durante a menstruação.
- c) O uso de drogas injetáveis, associado ao compartilhamento de seringas e agulhas, apresenta alta probabilidade de transmissão sanguínea do HIV.
- d) A utilização de espermicidas a base do componente nonoxinol-9 (N-9) é um fator de proteção contra a transmissão por via sexual do HIV.
- e) O profissional de saúde acidentado, com risco de infecção pelo HIV, deverá ser encaminhado, nas primeiras horas após o acidente, para a quimioprofilaxia com antirretrovirais, por 4 semanas.
- 5) A transmissão do HIV tem maior probabilidade de ocorrer se o portador do vírus estiver nas fases:
- a) Durante a infecção aguda (1 fase) e avançada imunossupressão
 - b) Durante a fase assintomática e avançada imunossupressão
 - c) Durante a fase assintomática e na infecção aguda
 - d) Durante a fase de latência e na fase avançada
- 6) O período de incubação observado entre a infecção pelo HIV e o aparecimento dos primeiros sintomas é:
- a) 5 a 30 dias
 - b) 10 a 30 dias
 - c) 3 meses
 - d) 6 meses
 - e) 2 a 5 semanas
- 7) O período médio de janela imunológica da infecção do HIV é:
- a) 2 meses
 - b) 3 meses
 - c) 6 meses
 - d) 30 dias
- 8) Julgue verdadeiro ou falso:

I) () O diagnóstico de hiv será confirmado por meio da realização de um teste de triagem e pelo menos um teste confirmatório

II) () Na impossibilidade de realização de diagnóstico laboratorial convencional, este diagnóstico também pode ser utilizado o algoritmo de testes rápidos

III) () Em casos de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, deverá ser realizado um terceiro teste rápido.

IV) () Consideram-se não infectados indivíduos que apresentam uma amostra não reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV

A) V/V/F/F

B) V/F/V/V

C) F/V/V/V

D) V/V/V/V

9) A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. Com isso, na testagem rápida, dois testes diferentes são usados sequencialmente, com amostras de sangue, com o objetivo de melhorar o valor preditivo positivo do fluxograma de testagem. A amostra de sangue pode ser obtida por punção da polpa digital ou por punção venosa em tubo contendo anticoagulante. Assinale a alternativa que indique corretamente o fluxo a ser aplicado nesse cenário.

A) Amostra (sangue). Realização de teste rápido 1. Caso teste válido, Resultado Reagente SIM, Repetir com teste rápido 2. Caso teste válido, Resultado reagente SIM, Amostra reagente para HIV.

B) Amostra (sangue). Realização de teste rápido 1. Caso teste válido, Resultado Reagente SIM, Amostra reagente para HIV.

C) Amostra (sangue). Realização de teste rápido 1. Caso teste válido, Resultado Reagente SIM, Repetir com teste rápido 2. Caso teste válido, Resultado reagente NÃO, Amostra reagente para HIV.

D) Amostra (fluido oral). Realização de teste rápido 1. Caso teste válido, Resultado Reagente SIM, Repetir com teste rápido 2 no fluido oral. Caso teste válido, Resultado reagente SIM, Amostra reagente para HIV.

E) Amostra (soro ou plasma). Realização de teste rápido 1. Caso teste válido, Resultado Reagente SIM, Repetir com teste rápido 2 com fluido oral. Caso teste válido, Resultado reagente SIM, Amostra reagente para HIV

10) No diagnóstico laboratorial da hepatite viral do tipo B, o marcador que, quando reagente, indica maior risco de transmissão da doença, é o:

a) HBsAg

b) Anti HBs

c) HbeAg

d) Anti Hbe

11) A presença de positividade em Anti-HBs indica:

a) Hepatite B aguda

b) Hepatite C crônica

c) Hepatite B Aguda ou Crônica

d) Imunidade a hepatite B

12) As hepatites virais são doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos, com tropismo primário pelo fígado, que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Assinale a alternativa correta quanto ao modo de transmissão das hepatites:

a) Quanto às formas de transmissão, as hepatites virais podem ser classificadas em dois grupos: o grupo de transmissão fecal-oral (HAV e HEV) tem seu mecanismo de transmissão ligado a condições de saneamento básico, higiene pessoal, qualidade da água e dos alimentos. A transmissão percutânea (inoculação acidental) ou parenteral (transfusão) dos vírus A e E é muito rara, devido ao curto período de viremia dos mesmos. O segundo grupo (HBV, HCV, e HDV) possui diversos mecanismos de transmissão, como o parenteral, sexual, compartilhamento de objetos contaminados (agulhas, seringas, lâminas de barbear, escovas de dente, alicates de manicure), utensílios para colocação de piercing e confecção de tatuagens e outros instrumentos usados para uso de drogas injetáveis e inaláveis.

b) A transmissão através de acidentes perfurocortantes não é possível, mesmo em procedimentos cirúrgicos e odontológicos e hemodiálises sem as adequadas normas de biossegurança. Hoje, após a triagem obrigatória nos bancos de sangue (desde 1978 para a hepatite B e 1993 para a hepatite C), a transmissão via transfusão de sangue e hemoderivados não acontece.

c) A transmissão por via sexual é comum em todas as hepatites. Na hepatite C poderá ocorrer a transmissão principalmente em pessoa com múltiplos parceiros, coinfectada com o HIV, com alguma lesão genital (DST), alta carga viral do HCV e doença hepática avançada.

d) Os vírus das hepatites B, C e D possuem também a via de transmissão vertical (da mãe para o bebê). Geralmente, a transmissão ocorre no momento do parto, sendo a via transplacentária mais comum.

e) A transmissão vertical do HBV ocorre em 70% a 90% dos casos de mães com replicação viral (HBeAg positivas); nos casos de mães sem replicação viral (HBeAg negativas) a probabilidade varia entre 30% a 50%, o que altera a conduta a ser adotada para a criança (vacinação e imunoglobulina nas primeiras doze horas de vida).

13) As hepatites virais constituem-se em um grave problema de Saúde Pública no mundo e no Brasil.

Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, em relação aos tipos de hepatites virais.

Coluna 1: HEPATITE

1. Tipo A
2. Tipo B
3. Tipo C
4. Tipo D
5. Tipo E

Coluna 2: DESCRIÇÃO

() É causada por um vírus defectivo, satélite do HBV, ou seja, é uma infecção que depende funcionalmente da Hepatite B.

() A principal via de contágio do vírus é a fecal-oral; ocorre também por contato inter-humano ou através de água e alimentos contaminados. 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.

() A transmissão do vírus se faz por via parenteral, e, sobretudo, pela via sexual, sendo considerada doença sexualmente transmissível. Existe vacina e imunoglobulina específicas.

() Sua transmissão ocorre principalmente por via parenteral (compartilhamento de agulhas contaminadas, materiais perfurocortantes em geral). A transmissão sexual é pouco frequente.

() O vírus é de transmissão fecal-oral. A transmissão interpessoal não é comum. A doença é autolimitada e pode apresentar formas clínicas graves, principalmente em gestantes.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 – 2 – 4 – 5 – 3
- b) 3 – 1 – 4 – 5 – 2
- c) 3 – 5 – 2 – 4 – 1
- d) 4 – 1 – 2 – 3 – 5
- e) 4 – 1 – 3 – 2 – 5

14) As hepatites virais podem ser provocadas por diferentes vias de contato e agentes etiológicos. Sobre o processo de acometimento de indivíduos por estas patologias, assinale a alternativa correta.

(A) A hepatite A raramente é transmitida por via parenteral.

(B) O risco de transmissão por via sexual da hepatite C é maior que o da hepatite B.

(C) O vírus tipo E é transmitido principalmente pela relação sexual.

(D) A vacina para a hepatite B está contra-indicada para pacientes HIV positivos.

(E) A hepatite delta é endêmica na região sul do Brasil.

15) As gestantes com diagnósticos de sífilis devem ser acompanhadas com testes não treponêmicos:

a) Em períodos de 60 dias

b) Mensalmente

c) Bimestralmente

d) Trimestralmente

16) Sobre o tratamento da sífilis é correto afirmar que:

a) Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequados e só devem ser considerados como opção nas contra-indicações absolutas ao uso da penicilina.

b) Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, não recomenda-se a dessensibilização

c) A sífilis primária deve ser tratada com Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas
Dose total: 7,2 milhões UI, IM

d) Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com doxiciclina.

GABARITO

1-c	2-b	3-d	4-d	5-a	6-a	7-d	8-d	9-a	10-d	11-d	12-a	13-d	14-a
	15-b	16-a											