

# Unidade 1

## INTRODUÇÃO

# Caro aluno, seja bem vindo a Unidade 1!

Nesta unidade faremos uma breve revisão dos aspectos epidemiológicos do HIV/AIDS e das hepatites virais no contexto da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde (APS/ABS). Falaremos ainda sobre a importância da notificação compulsória e dos aconselhamentos pré e pós testes.

**Vem com a gente!!!**



Vamos começar esta unidade de aprendizagem revisando alguns aspectos epidemiológicos sobre HIV/AIDS.

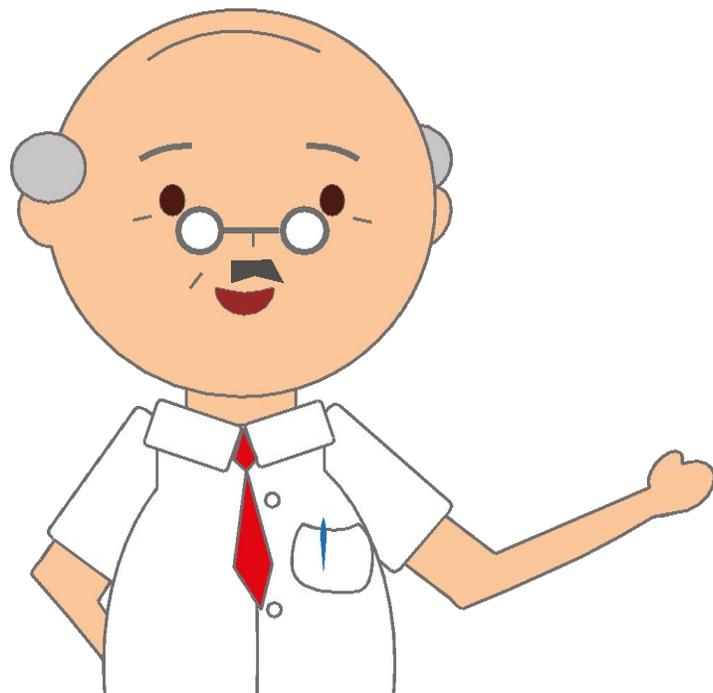
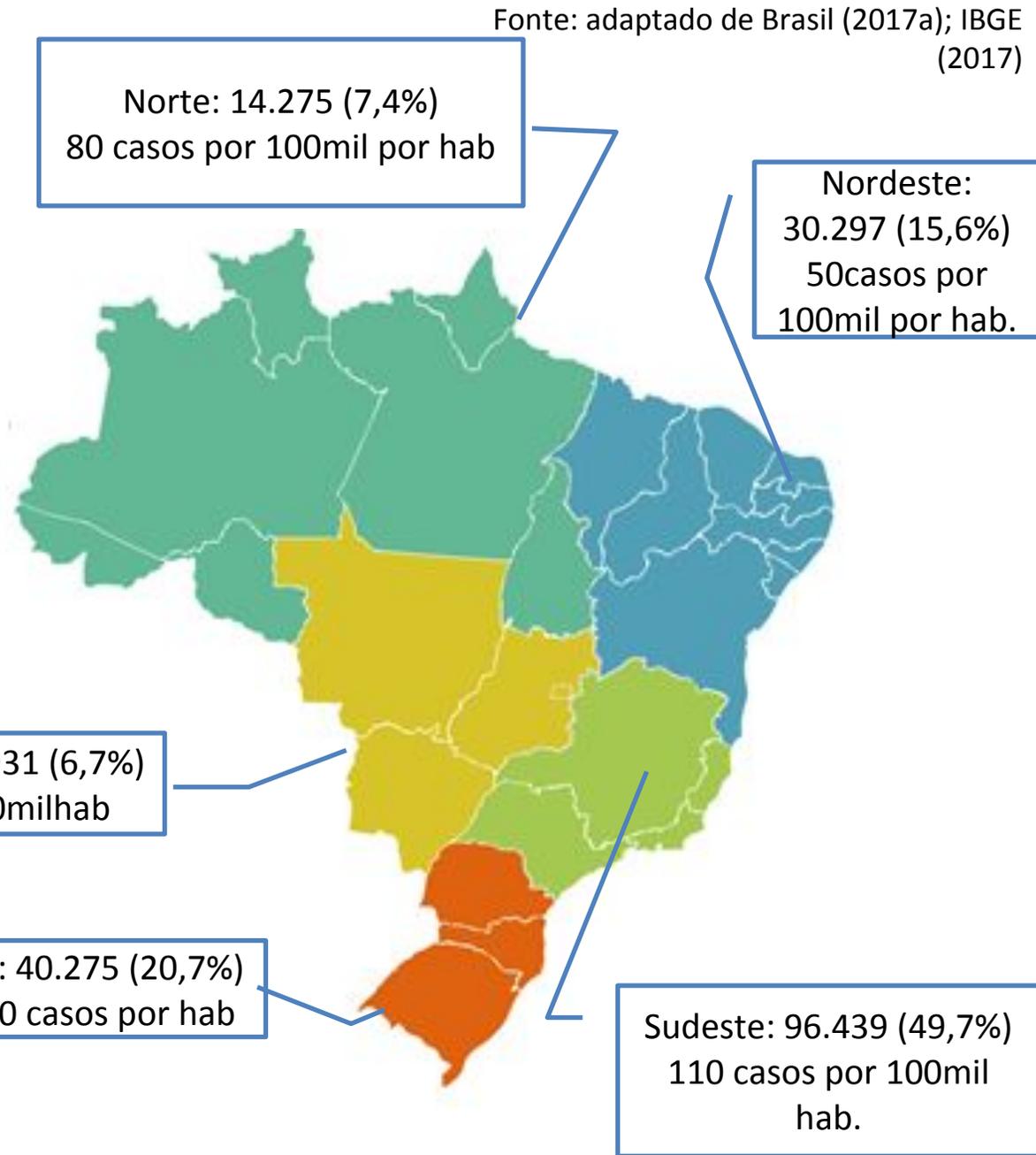


De 2007 até junho de 2017, foram notificados no SINAN **194.217** casos de infecção pelo HIV no Brasil .

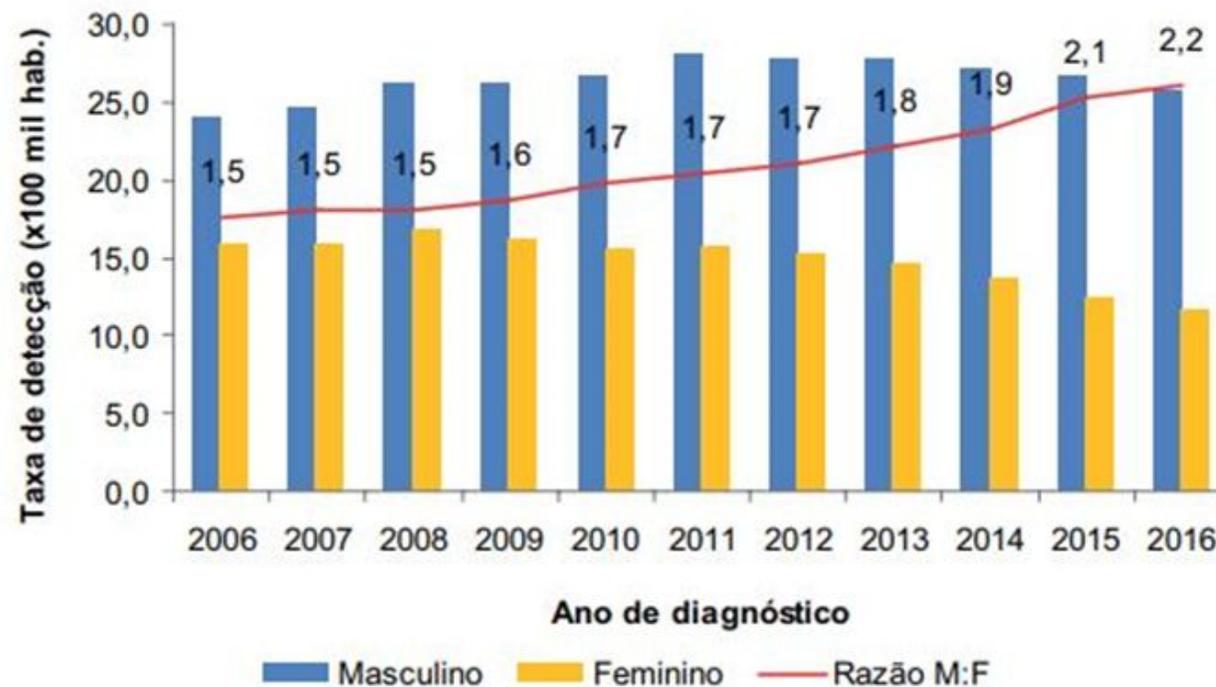
Somente em 2015, foram notificados 32.321 casos de infecção pelo HIV e esse número aumentou para 37.884 casos de infecção pelo HIV em 2016.

Veja no mapa ao lado a taxa de detecção de casos de HIV segundo região de residência e por habitantes.

Fonte: adaptado de Brasil (2017a); IBGE (2017)



Observe no gráfico que as taxas de detecção de AIDS em homens nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento. Já para as mulheres, observa-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos.

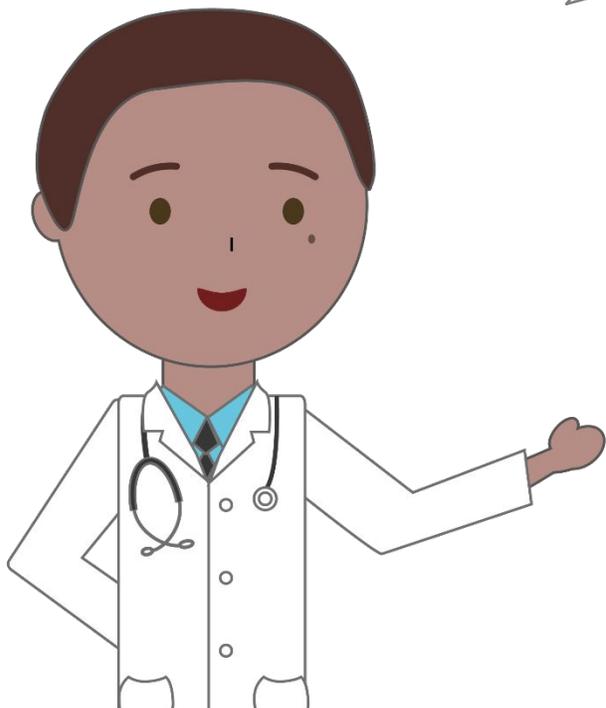


**Taxa de detecção de aids (/100 mil hab.) segundo sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006 a 2016\*.**

Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2017).

\*Casos notificados no Sinan/Siclam até 30/06/2017; no SIM, de 2000 a 2016

A distribuição de casos entre os sexos masculino e feminino, verificado por meio da razão de sexos, mostra um aumento gradual dos casos de AIDS em homens, chegando a 22 casos em homens para cada 10 casos em mulheres no ano de 2016.

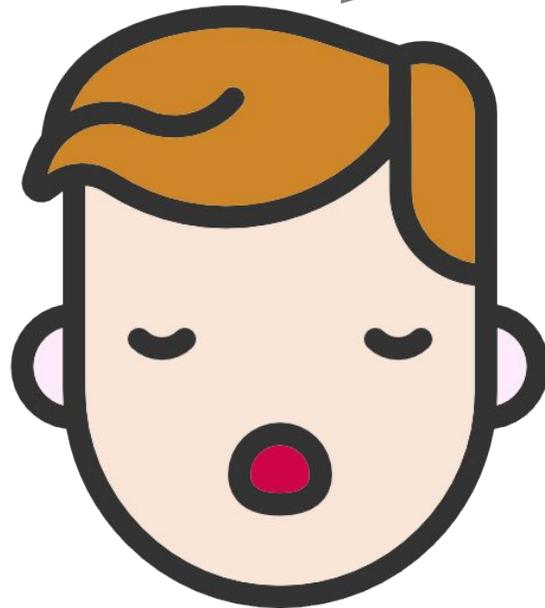


**SAIBA MAIS**

No último **Boletim Epidemiológico HIV/Aids** da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS) você encontra mais informações sobre a situação do HIV/AIDS no Brasil , disponível no link: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2017>.

[Clique aqui.](#)

Mas... Quais fatores podem explicar o aumento gradual dos casos de AIDS em homens e queda entre as mulheres?



No Brasil , dados de 1990 até 1996 mostravam mais homens a partir de 13 anos infectados com HIV do que mulheres.

Em 1997, a situação se inverteu. Mulheres foram mais infectadas.

Vamos conhecer alguns fatores que podem ter influenciado esta situação.

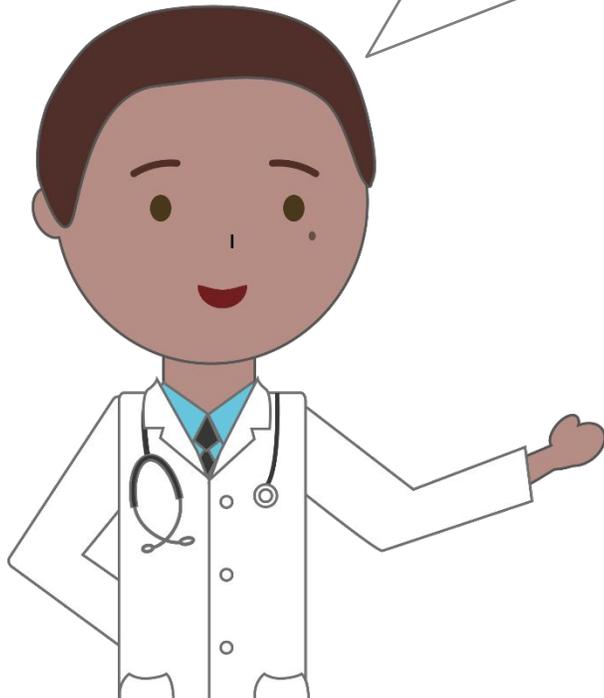


O maior vínculo com os serviços de saúde, políticas públicas direcionadas às mulheres, a oferta e a procura de forma mais abrangente de teste-rápido e exames laboratoriais para diagnóstico precoce de HIV por mulheres, somado a inclusão da obrigatoriedade das testagens no pré-natal são alguns fatores que podem ter impulsionado o aumento da taxa de detecção concentrada entre as mulheres, comparado aos homens.

Já na população masculina observa-se uma menor procura dos serviços de saúde para qualquer que seja a doença, menor probabilidade de realizar o teste para o HIV, menor número de homens em tratamento antirretroviral, maior ênfase aos valores morais que os fazem esconder a infecção pelo HIV e, conseqüentemente, maior chances de morrer por complicações relacionadas à AIDS.

Em 2006, o Ministério da Saúde registrou mais casos de homens infectados do que mulheres, sendo até três vezes maior do que entre as mulheres em 2016.

Há uma tendência relativamente nova, apontando um aumento da taxa de detecção entre homens homossexuais e jovens com parceiros múltiplos e também um aumento da procura dos testes rápidos por este público.



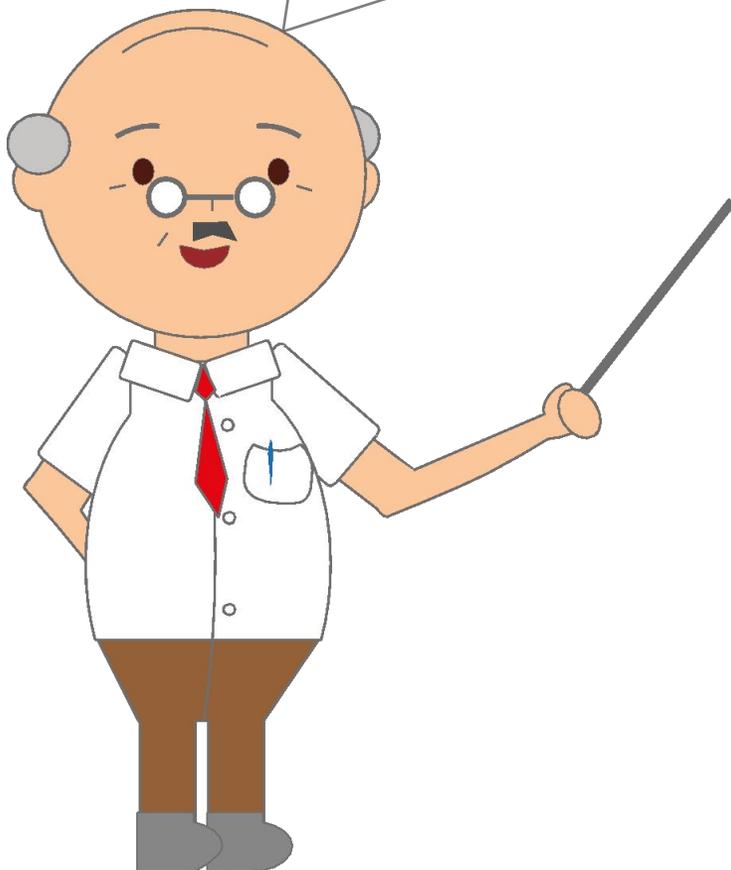
As taxas de detecção Brasileiras entre os homens são impulsionados, principalmente, pelo aumento das infecções entre de 20 a 29 anos e homens que têm relações homossexuais. No caso delas, a faixa com a maior detecção foi a das mulheres entre 40 e 44 anos (24,1 casos/100.000 habitantes) e maioria com relações heterossexuais.

As razões do aumento gradual dos homens infectados pelo HIV, apontadas em estudos, vão desde do aumento da probabilidade da infecção por múltiplos parceiros, o aumento de parcerias homossexuais ocasionais, mudança na adolescência do que eles entendem como sexualidade, desejo de penetração anal sem uso de preservativo, diminuição de programas de educação nas escolas, valores morais até o surgimento de aplicativos que facilitam encontrar parceiros sexuais, avanços nos tratamentos e testagens, aumento da perspectiva de vida pós-infecção, etc...

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) lidera e inspira o mundo para alcançar sua visão compartilhada de zero nova infecção por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à AIDS.

O quadro ao lado apresenta alguns complementos fornecido pela UNAIDS.

Analise...



## Resumo global da epidemia de AIDS | 2016

### Número de pessoas vivendo com HIV

Total	36.7 milhões [30.8 milhões–42.9 milhões]
Adultos	34.5 milhões [28.8 milhões–40.2 milhões]
Mulheres (15+ anos)	17.8 milhões [15.4 milhões–20.3 milhões]
Crianças (<15 anos)	2.1 milhões [1.7 milhão–2.6 milhões]

### Número de novas infecções por HIV em 2016

Total	1.8 milhão [1.6 milhão–2.1 milhões]
Adultos	1.7 milhão [1.4 milhão–1.9 milhão]
Crianças (<15 anos)	160 000 [100 000–220 000]

### Mortes relacionadas à AIDS em 2016

Total	1.0 milhão [830 000–1.2 milhão]
Adultos	890 000 [740 000–1.1 milhão]
Crianças (<15 anos)	120 000 [79 000–160 000]



[Clique aqui](#) e acesse o site UNAIDS Brasil 2016 – 2021 UNAIDS para conhecer os 10 compromissos do UNAIDS para acabar com a epidemia até 2020 e as Meta 90-90-90, que consiste em erradicar a epidemia de HIV até 2030!



**Metas até 2020:**

- ✓ 90% das PVHIV diagnosticadas
- ✓ 90% das PVHIV diagnosticadas em tratamento antirretroviral (TARV)
- ✓ 90% das PVHIV em TARV com supressão viral

**1** 90-90-90 

“Garantir que 30 milhões de pessoas vivendo com HIV tenham acesso ao tratamento por meio do cumprimento das metas 90–90–90 até 2020.”



COMPROMISSOS  
DE ACELERAÇÃO  
DA RESPOSTA

**SAIBA MAIS**

Leia o artigo sobre “**Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção**” e conheça essa tendência relativamente nova, marcada pelos avanços tecnológicos que facilitam a testagem e combinação de diferentes estratégias de prevenção. [Clique aqui](#)

Consulte, os indicadores e dados básicos da AIDS nos municípios Brasileiros e analise a razão entre sexo e faixa etária. [Clique aqui.](#)

Agora vamos revisar alguns aspectos epidemiológicos sobre as hepatites virais.



As hepatites virais são um grande desafio à saúde pública em todo o mundo. Responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves ou, principalmente, pelas complicações das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma.

Causam doenças que matam, a cada ano

**1,5** milhão de pessoas

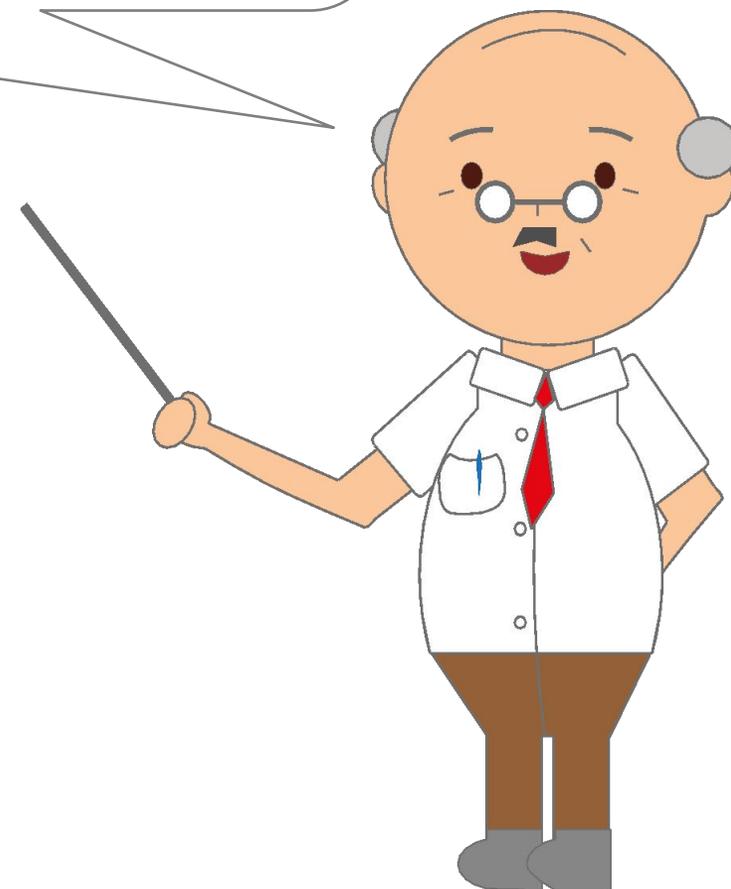


**10x** mais infecciosas que o HIV/AIDS

causam **80%** dos casos de câncer de fígado

Hepatite B e C  
**500 milhões** de pessoas contaminadas. A maior epidemia da humanidade atualmente

\*Dados do World Hepatitis Alliance e da Organização Mundial de Saúde



# Brasil anuncia plano nacional para eliminação da hepatite C até 2030

Publicado: Quarta, 01 de Novembro de 2017, 11h54

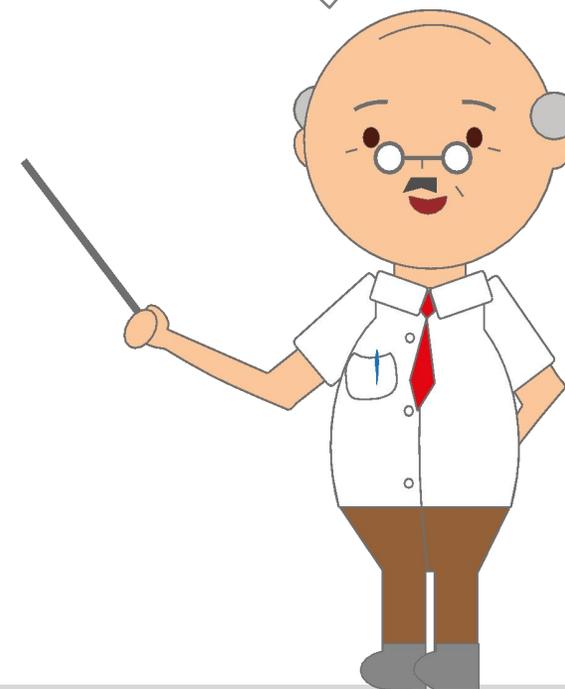
*Todos os pacientes diagnosticados passam a ter acesso ao tratamento, a partir de 2018, independente do grau de comprometimento do fígado*

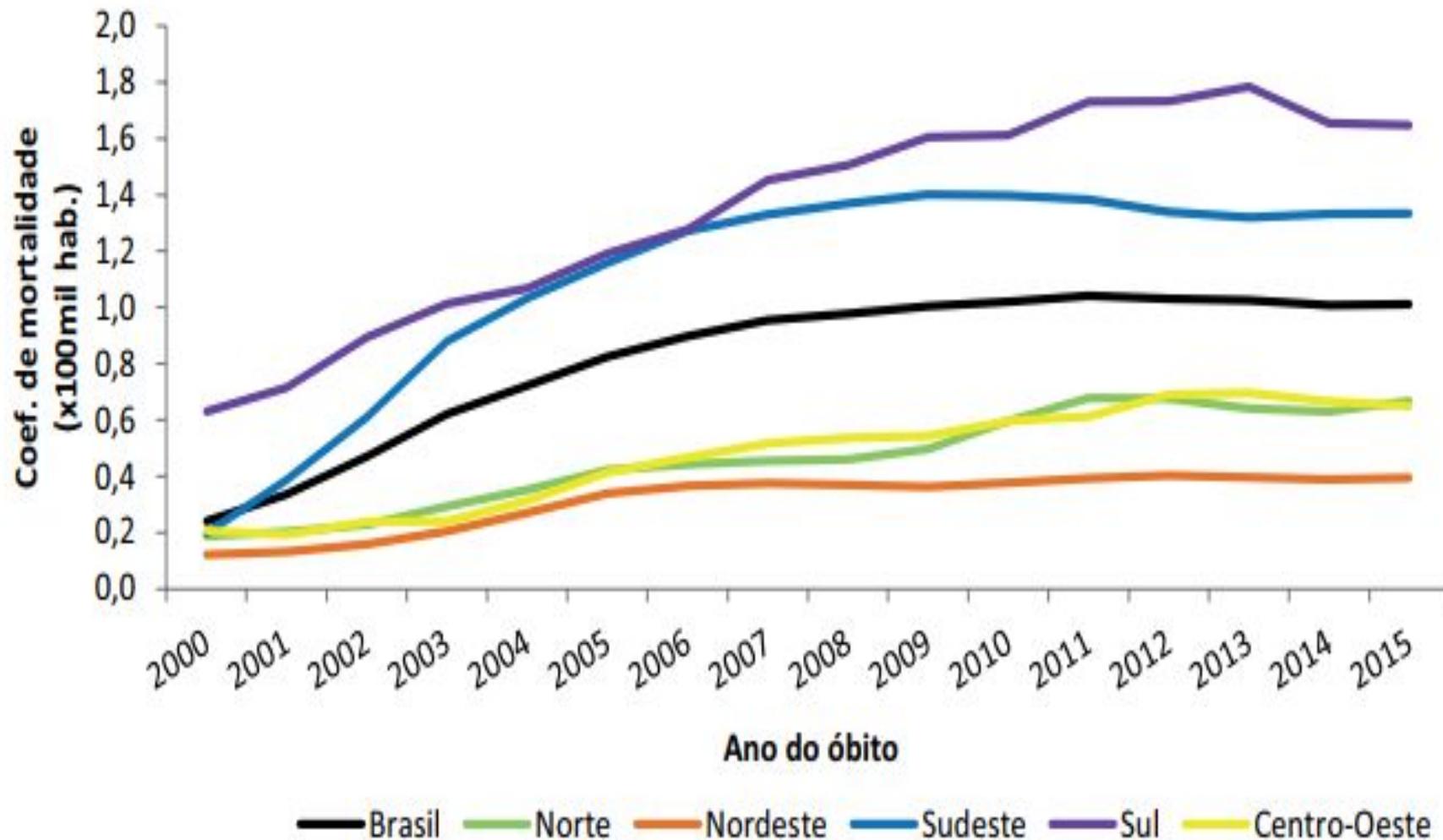
O Brasil anunciou o Plano Nacional para Eliminação da Hepatite C até 2030 com a oferta de tratamento para todos. A expectativa é tratar 657 mil pessoas nos próximos anos. A meta foi apresentada no dia 1 de novembro de 2017 pelo ministro da Saúde, Ricardo Barros, durante a abertura da Cúpula Mundial de hepatites 2017 – *World Hepatitis Summit*, em São Paulo (SP), que reúne ministros da Saúde, especialistas em saúde pública e ONGs para discutir a eliminação das hepatites virais em todo o mundo.

“O projeto de eliminação da hepatite C no Brasil é viável e já está em curso. Somos um dos primeiros países a colocarem em prática a proposta em discussão para o mundo. Atualmente, dos 155 mil pacientes notificados, metade já foram ou estão em tratamento. Além disso, iremos aumentar a testagem e diagnóstico da doença em toda a população. A expectativa é distribuímos ano que vem o dobro de testes que distribuimos esse ano. Serão 12 milhões de testes para diagnóstico da doença, ressaltou o ministro da Saúde do Brasil , Ricardo Barros”. [Clique aqui e confira a apresentação completa](#)

A notícia de 1 de novembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, ressalta a situação preocupante da Hepatite C no Brasil . A matéria apresenta o Plano Nacional para eliminação da Hepatite até 2030 com a oferta de tratamento para todos.

Veja a notícia!



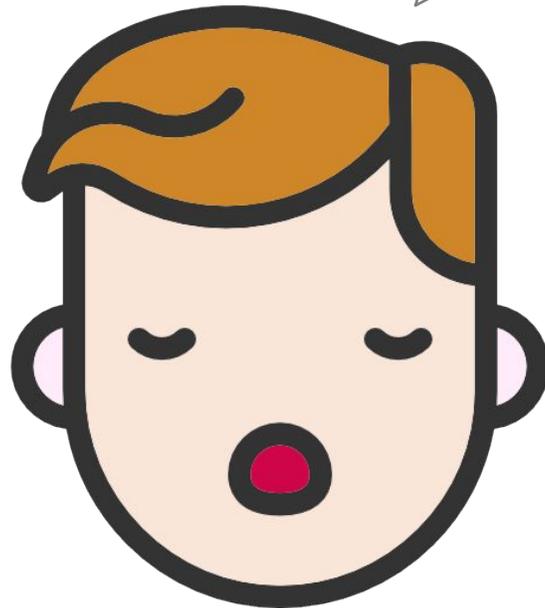


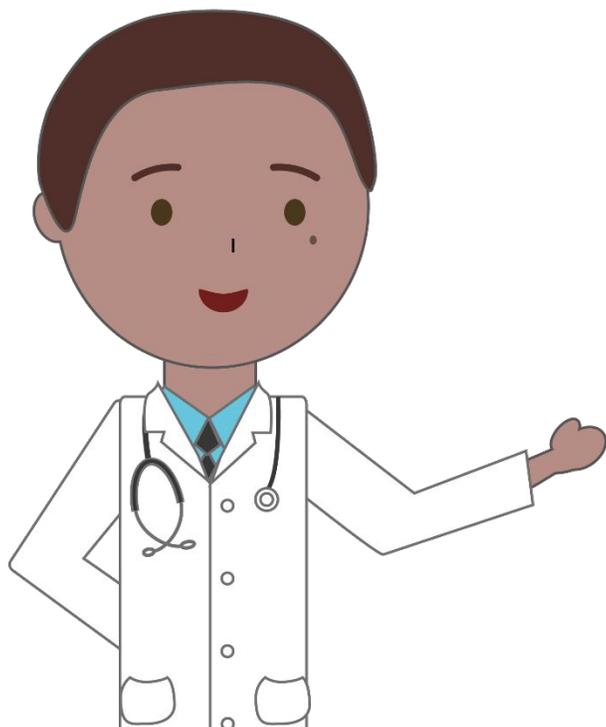
Observe no gráfico o coeficiente de mortalidade por hepatite virais segundo região de residência e ano de óbito no Brasil de 2000 a 2015.



No Brasil, de 1999 a 2016, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 561.058 casos confirmados de hepatites virais. Entre 2000 e 2015 foram identificados 61.297 óbitos associados às hepatites virais (Tipo: A, B, C e D). A hepatite do tipo C é a que mais mata (75%), seguida da hepatite tipo B (21%).

As notificações registradas no SINAN podem dar uma noção completa da ocorrência da doença?



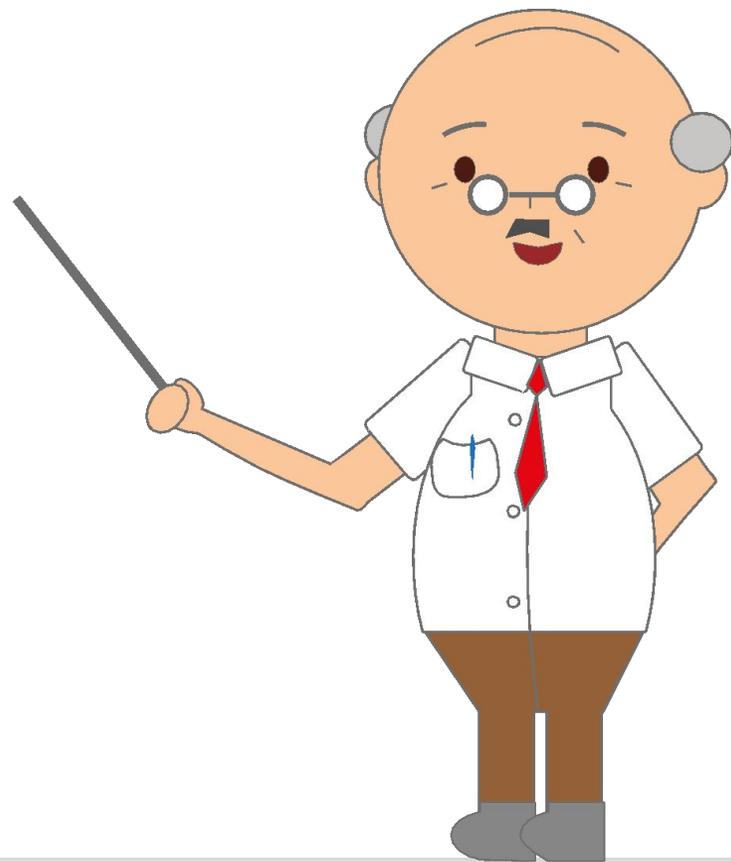


Cabe lembrar que a notificação podem não dar uma noção completa da ocorrência da doença, pois podemos ter regiões que apresentam subnotificação associadas a diversas causas (problema no diagnóstico e na identificação dos casos, complexidade do agravo, rotinas e protocolos dos serviços, capacidade técnica dos recursos humanos ou não valorização da Vigilância Epidemiológica) enquanto outras podem ter número aumentado de notificação por terem uma vigilância em saúde mais atuante.

Todavia, não implica que esses dados de vigilância não possam servir a seus objetivo. Mudanças espaciais e temporais podem usualmente ser detectadas, a menos que o sistema de notificação varie imprevisivelmente. Exemplo, aumento da notificação de hepatite viral observado após à ampliação do acesso a testes rápidos às gestantes e outras populações vulneráveis, que elevou o número de casos notificados nestes públicos.

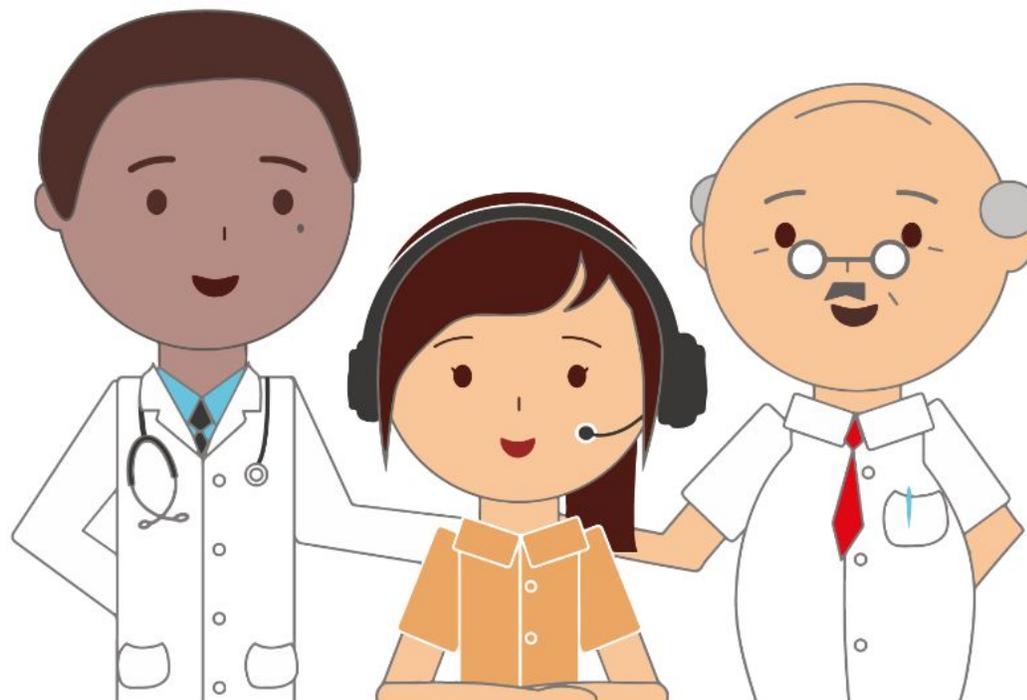
Ressalta-se a importância da sensibilização e qualificação dos profissionais quanto ao registro correto das notificações no SINAN e a frequência estabelecida para permitir que as informações sejam utilizadas para a tomada de decisão e vigilância em saúde, o que nem sempre ocorre no contexto da ABS. Também, sugere-se averiguar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no dia-a-dia de atendimento aos pacientes, que contribuem para a não notificação de doenças e agravos de notificação compulsória no SINAN.

A subnotificação de casos no SINAN comprometem o planejamento de ações de prevenção e controle epidemiológico. Também traz importantes implicações para a resposta ao HIV/AIDS, em função das estimativas reais das doenças permanecem desconhecidas no âmbito da epidemiologia, tais como número total de casos, comportamentos e vulnerabilidades, entre outros. Além disso, a ausência de registro pode refletir-se na programação orçamentária do Poder Público, comprometendo a racionalização dos recursos para o fornecimento contínuo de medicamentos.

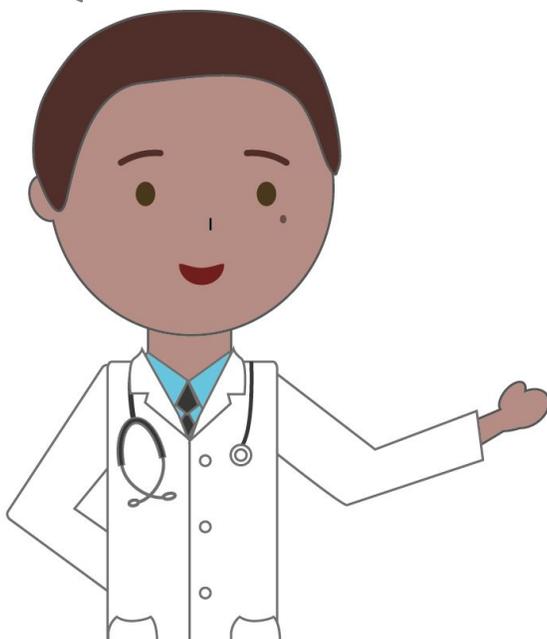


Os profissionais da saúde e os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino são obrigados a comunicar aos gestores do SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de determinadas doenças e agravos.

Diante dos resultados positivos, o profissional de saúde precisa se organizar para **preencher as fichas de notificação compulsória dessas doenças no SINAN.**



O HIV/AIDS e as hepatites virais são doenças de notificação compulsória semanal através do Sistema de Notificação Compulsória do Ministério da Saúde (SINAN/MS).



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Nº

**Suspeita clínica/bioquímica:**

- Sintomático icterício:
  - \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, colúria e hipocolia fecal.
  - \* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.
- Sintomático anictérico:
  - \* Indivíduo sem icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náusea, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.
- Assintomático:
  - \* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodiálise, acidente ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatuagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).
  - \* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso índice.
  - \* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**

- Doador de sangue:
  - \* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.
- Indivíduo assintomático com marcador: reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

1 Tipo de Notificação 2 - Individual

2 Agravado/doença HEPATITES VIRAIS Código (CID10) B 19 3 Data da Notificação

4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)

6 Cidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas

No site <http://portalsinan.saude.gov.br/hepatites-virais> você encontra a ficha para preenchimento, bem como orientação de como preencher.

Sempre que um profissional identificar um agravo de notificação, deve preencher uma Ficha Individual de Notificação. Ela será encaminhada aos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica do município. Periodicamente, os municípios devem enviar os dados aos estados e estes devem repassar ao Ministério da Saúde.

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO HEPATITES VIRAIS

Nº

**Suspeita clínica/bioquímica:**  
- Biotípico letárgico:  
\* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente com ou sem: febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia, icterícia e hepatite fecal.  
\* Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito, sem outro diagnóstico etiológico confirmado.  
- Biotípico anictérico:  
\* Indivíduo com icterícia, com um ou mais sintomas (febre, mal estar, náuseas, vômitos, mialgia) e valor aumentado das aminotransferases.  
- Assintomático:  
\* Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada (hemodíalise, soldagem ocupacional, transfusão de sangue ou hemoderivados, procedimentos cirúrgicos/odontológicos/colocação de "piercing"/tatagem com material contaminado, uso de drogas com compartilhamento de instrumentos).  
\* Comunicante de caso confirmado de hepatite, independente da forma clínica e evolutiva do caso indício.  
\* Indivíduo com alteração de aminotransferases igual ou superior a três vezes o valor máximo normal destas enzimas.

**Suspeito com marcador sorológico reagente:**  
- Doador de sangue:  
\* Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes de hepatite B e C.  
- Indivíduo assintomático com marcador reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.

1) Tipo de Notificação 2 - Individual

2) Agravado(a) **HEPATITES VIRAIS** Código (CID-10) **B 19** 3) Data de Notificação

4) UF 5) Município de Notificação Código (IBGE)

6) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7) Data dos Primeiros Sintomas

8) Nome do Paciente 9) Data de Nascimento

10) (ou) Idade 1 - Mãe 2 - Pai 3 - Mãe 4 - Pai 11) Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 12) Gestante 1 - Não 2 - Sim 3 - Não 13) Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Indígena 5 - Não se aplica

14) Escolaridade 1 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 2 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 3 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 4 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 5 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 6 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 7 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 8 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 9 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 10 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 11 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 12 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 13 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 14 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 15 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 16 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 17 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 18 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 19 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 20 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 21 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 22 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 23 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 24 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 25 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 26 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 27 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 28 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 29 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 30 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 31 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 32 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 33 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 34 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 35 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 36 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 37 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 38 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 39 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 40 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 41 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 42 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 43 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 44 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 45 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 46 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 47 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 48 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 49 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 50 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 51 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 52 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 53 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 54 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 55 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 56 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 57 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 58 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 59 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 60 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 61 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 62 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 63 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 64 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 65 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 66 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 67 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 68 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 69 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 70 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 71 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 72 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 73 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 74 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 75 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 76 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 77 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 78 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 79 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 80 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 81 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 82 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 83 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 84 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 85 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 86 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 87 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 88 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 89 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 90 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 91 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 92 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 93 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 94 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 95 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 96 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 97 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 98 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 99 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau) 100 - Não sabe ler/escrita do SF (anexo primário ou 1º grau)

15) Número do Cartão SUS 16) Nome da mãe

17) UF 18) Município de Residência Código (IBGE) 19) Distrito

20) Bairro 21) Logradouro (rua, avenida,...) Código

22) Número 23) Complemento (apto., casa,...) 24) Geo campo 1

25) Geo campo 2 26) Ponto de Referência 27) CEP

28) (DDD) Telefone 29) Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 5 - Ignorado 30) País (se residente fora do Brasil)

**Dados Complementares do Caso**

31) Data de Investigação 32) Ocupação

33) Suspeita de: 1 - Hepatite A 2 - Hepatite B/C 3 - Não especificada 34) Tomou vacina para: 1 - Completa 2 - Incompleta 3 - Não vacinado 5 - Ignorado Hepatite A Hepatite B

35) Institucionalizado em 1 - Creche 2 - Escola 3 - Asilo 4 - Empresa 5 - Penitenciária 6 - Hospital/clínica 7 - Outras 8 - Não institucionalizado 9 - Ignorado

36) Agravos associados HIV/AIDS Outras DSTs 37) Contato com paciente portador de HBV ou HBC 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 5 - Ignorado Sexual Domiciliar (não sexual) Ocupacional

Hepatites Virais SINAN NET SVB 29/09/2006

**Antecedentes Epidemiológicos**

38) O paciente foi submetido ou exposto a: 1 - Sim, há menos de seis meses 2 - Sim, há mais de seis meses 3 - Não 5 - Ignorado

Medicamentos injetáveis Drogas inaláveis ou Crack Drogas injetáveis Águas/Alimento contaminado Três ou mais parceiros sexuais Transplante

Tatagem/Piercing Acupuntura Tratamento Cirúrgico Tratamento Dentário Hemodíalise Outras

39) Data do acidente ou transfusão ou transplante

40) Local/Município da Exposição (para suspeita de Hepatite A - local referenciado no campo 35) (para suspeita de Hepatite B/C - local de hemodíalise, transfusão de sangue e derivados, transplante, etc.)

UF Município de exposição Local de exposição Fonte

41) Dados dos comunicantes

Nome	Idade D-Clas M-Meses A-Anos	Tipo de contato	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HDV	Indicador vacina contra Hepatite B	Indicador imunoglobulina humana anti-hepatite B
		1-Não sexual/domiciliar 2-Sexual/domiciliar 3-Sexual/domiciliar 4-Use de drogas 5-Outro 5-ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-ignorado	1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo 4-Não realizado 5-ignorado	1-Sim 2-Não 3-Indivíduo já imunizado 5-ignorado	1-Sim 2-Não 3-ignorado

42) Paciente encaminhado de: 1 - Banco de sangue 2 - Centro de Testagem e aconselhamento (CTA) 3 - Não se aplica

43) Data da Coleta de Amostra Realizada em Banco de Sangue ou CTA

44) Resultado de Sorologia do Banco de Sangue ou CTA: 1-Reagente 2-Não reagente 3-Inconclusivo

45) HBeAg (Total) 46) Anti-HCV

47) Genótipo para HCV: 1-Genótipo 1 2-Genótipo 2 3-Genótipo 3 4-Genótipo 4 5-Genótipo 5 6-Genótipo 6 7-Não se aplica 8-ignorado

48) Resultados Sorológicos/Viroológicos: 1 - Reagente/Positivo 2 - Não Reagente/Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado

49) Anti-HAV - IgM 50) HBeAg 51) Anti-HBc IgM 52) Anti-HBc (Total) 53) Anti-HDV - IgM 54) Anti-HEV - IgM 55) Anti-HCV 56) Anti-HDV Total 57) HCV-RNA

49) Classificação final: 1 - Confirmação laboratorial 2 - Confirmação clínico-epidemiológica 3 - Descartado 4 - Clatraz Sorológica 5 - Inconclusiva

50) Forma Clínica: 1 - Hepatite Aguda 2 - Hepatite Crônica/Portador assintomático 3 - Hepatite Fulminante 4 - Inconclusiva

51) Classificação Etiológica: 01 - Vírus A 02 - Vírus B 03 - Vírus C 04 - Vírus B e D 05 - Vírus E 06 - Vírus B e C 07 - Vírus A e B 08 - Vírus A e C 09 - Não se aplica 10 - Ignorado

52) Prouvel Fonte / Mecanismo de Infecção: 01-Sexual 02-Transfusional 03-Use de drogas 04-Vertical 05-Acidente de trabalho 06-Hemodíalise 07-Domiciliar 08-Tratamento cirúrgico 09-Tratamento dentário 10-Pessoa/pessoa 11-Alimento/água contaminada 12-Outros 99-Ignorado

53) Data do Encerramento

Observações:

Município/Unidade de Saúde Código da Unid. de Saúde

Investigador Nome Função Assinatura

Hepatites Virais SINAN NET SVB 29/09/2006

[Clique aqui](#) e baixe a Ficha Individual de Notificação.

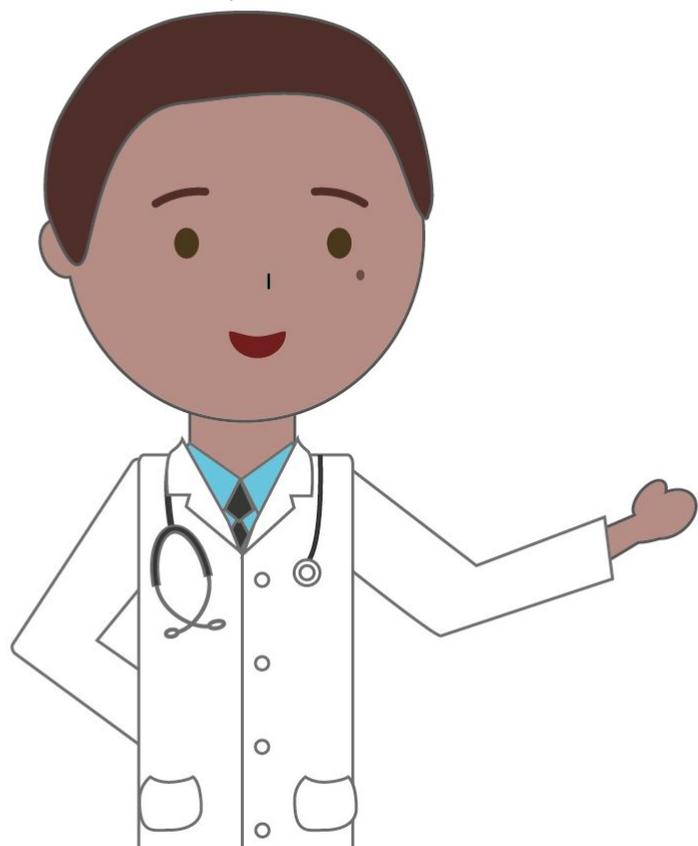
**SAIBA MAIS**

A **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017**, anexo V - Capítulo I define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

**Art. 3º** A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Origem: PRT MS/GM 204/2016, Art. 3º)

Conheça a Lista Nacional de Notificação Compulsória. [Clique aqui](#)

Veja como o HIV/AIDS e as hepatites estão na lista dos agravos que deve ser notificados no SINAN.



Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	

25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	

Agora, conheça informações importantes sobre o **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**.

Não deixe de utilizá-lo para o diagnóstico epidemiológico também da sua região.



O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um dos principais sistemas de informação (SIS) Brasileiro.

O SINAN tem como objetivo: realizar o diagnóstico dinâmico de eventos na população; monitorar a saúde da população e prever a ocorrência de eventos; fornecer subsídios para explicações causais, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica; e auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção e avaliar o impacto das ações de controle desenvolvidas. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. Entre na página da Diretoria de Vigilância Sanitária de SC e conheça informações sobre os agravos de notificação compulsória em Santa Catarina.

(UFSC, 2016)

**SAIBA MAIS**

Acesse também o site do SINAN onde você encontra o **Manual de Normas e Rotinas e outras informações sobre o sistema**, disponível no link:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0098\\_M.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf).

[Clique aqui.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf)

Assista ao vídeo “**Vigilância epidemiológica notificação compulsória**”, disponível no link: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=1&v=dt3LP7MNtzc](https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=dt3LP7MNtzc).

[Clique aqui.](https://www.youtube.com/watch?time_continue=1&v=dt3LP7MNtzc)

Tão importante quanto conhecer o perfil epidemiológico, identificar, diagnosticar e notificar um determinado agravo é saber como ele se comporta, a abordagem do paciente e seu tratamento.

### **Mas como solicitar e realizar esses exames na ABS?**

Vamos aprender agora como solicitar e realizar testes rápidos e exames laboratoriais para detecção precoce do HIV e das hepatites virais, utilizando três situações-problemas para refletir sobre os testes rápidos e procedimentos de diagnóstico no contexto da ABS.

**Vamos lá!!!**



Em uma determinada manhã, a equipe de saúde Flor de Liz inicia o acolhimento da demanda espontânea. Maria, Carlos e Miguel procuram a UBS para um atendimento.



Eliane, a recepcionista, realiza o primeiro contato com os usuários e orienta-os quanto ao fluxo do acolhimento da demanda espontânea e a consulta médica para aquela manhã.

**Vamos conhecer os casos:**



Maria, gestação, procura a UBS para realizar o pré-natal para receber orientações sobre seu parto. A enfermeira Carol faz o acolhimento e observa que não há registro de testagem de HIV no cartão do pré-natal. A enfermeira explica que todas as gestantes devem realizar os exames de diagnóstico de HIV, Sífilis e hepatites em tempo oportuno. A enfermeira se prepara para realizar o teste rápido. É feita a coleta e o exame dá negativo.



Carlos, ex-jogador de futebol dos anos 80, se considera com uma saúde de ferro, mas chega a UBS mal-estar, febre, icterício e emagrecido. O médico Rafael desconfia dos sintomas e solicita a enfermeira Carol que seja feito os testes rápidos com observância maior nas hepatites virais. Como esperado, o exame de Carlos fica positivo para hepatite C.

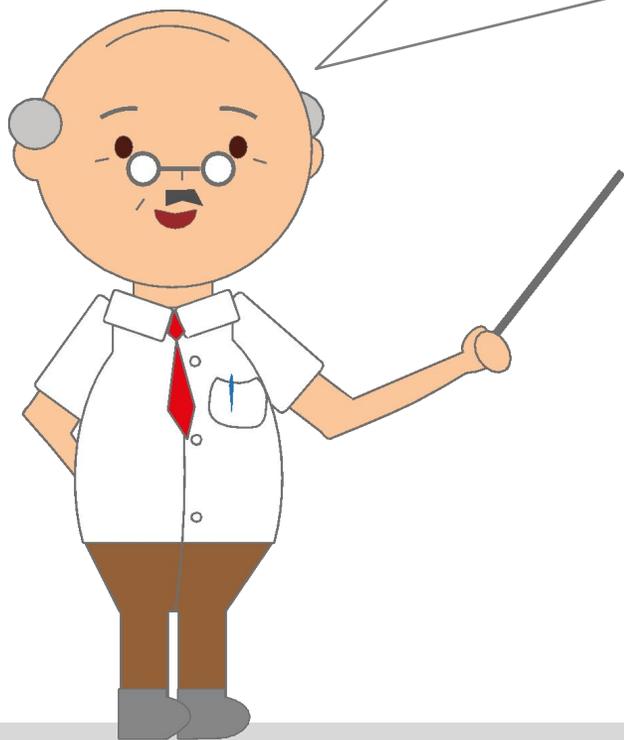


Miguel foi realizar seu exame periódico no trabalho e relata uma perda importante de peso em 6 meses. O médico do trabalho orienta-o a procurar a UBS, mesmo se sentindo bem. Na UBS, o médico Rafael pede à enfermeira Carol que sejam realizados os testes rápidos no paciente. Carol realiza o teste rápido e o anti HIV aparece positivo.

**Antes de avançarmos para os aconselhamentos pré e pós diagnóstico no contexto da ABS, vamos compreender o que são, suas características, quem deve fazer os testes rápidos no contexto da ABS.**

# Testes rápidos

Os testes rápidos são uma estratégia do Ministério da Saúde para a qualificação e a ampliação do acesso da população Brasileira ao diagnóstico do HIV, Sífilis e hepatites B e C na ABS.



Fonte:

<http://www.rtvcanal38.com.br/wp/wp-content/uploads/NATTA-REALIZA-TESTE-R%C3%81PIDO-PARA-HEPATITE-E-HIV.jpg>

## Características técnicas dos testes rápidos (TR):

Estão indicados na avaliação inicial para população geral e podem ser empregados como testes de triagem (sífilis e hepatites virais) ou confirmatórios (sífilis e HIV).

São exames cuja metodologia permite a detecção de anticorpos (anti-HIV, anti-HCV e antitreponêmicos) ou de antígeno (HBsAg), em menos de 30 minutos.

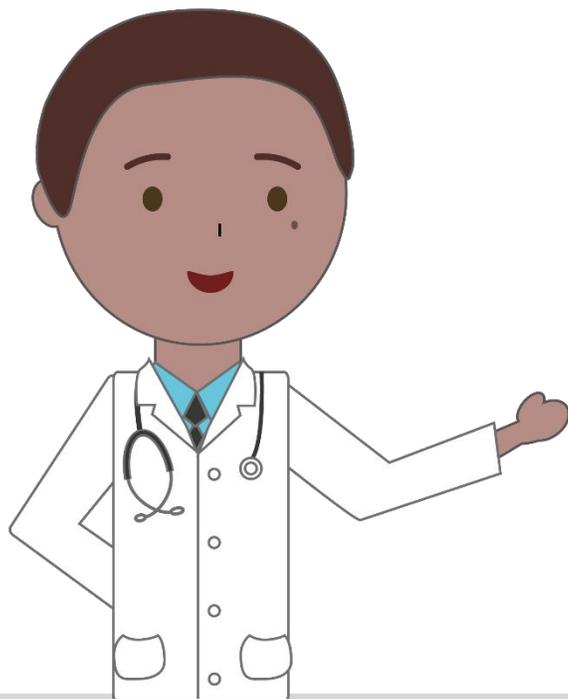
É de caráter estritamente voluntário, usam um mínimo volume de sangue, coletado com uma simples punção da polpa digital. Tem baixo custo operacional, alta sensibilidade e especificidade e de simples aplicação e interpretação;

É realizado na própria unidade básica de saúde (consulta médica, atendimento domiciliar), em Centros de Testagem e Aconselhamentos (CTA), em unidades de testagem móvel, organizações não governamentais sem a necessidade de deslocamento para o laboratório, garantindo redução da perda de oportunidades de diagnóstico e agilidade nas tomadas de decisões terapêuticas;

Deve ser realizado por farmacêuticos-bioquímicos, biomédicos, biólogos, médicos com especialidade em patologia clínica e enfermeiros adequadamente capacitados, de acordo com o protocolo de treinamento do Ministério da Saúde, e executado sob orientação e supervisão do Laboratório Central do Estado de Santa Catarina (LACEN-SC).



Quem deve  
fazer os testes  
rápidos?



As gestantes que apresentarem relato de novo parceiro, e/ou sinais e sintomas de DST, e/ou parceiro com sinais e sintomas de DST ou tuberculose também terão indicação de repetição de testes rápidos em tempo oportuno;

Parturientes não testadas no pré-natal, ou sem registro de testagem no cartão do pré-natal, ou que não realizaram pré-natal; parturientes com DST; parturientes que trocaram de parceiro no último trimestre; usuárias de drogas;

Pessoas que querem saber sua sorologia;

Pessoas com história de uso de drogas injetáveis em qualquer momento da vida;

Profissionais de saúde com história de acidente punctório;

Pessoas com história de variação importante de parcerias sexuais;

Todos os pacientes com vida sexual ativa.

A oferta da testagem para HIV/AIDS, Sífilis e hepatites é o primeiro passo para se discutir com o usuário sobre questões relacionadas à prevenção destas doenças e os riscos dessas doenças.



**SAIBA MAIS**

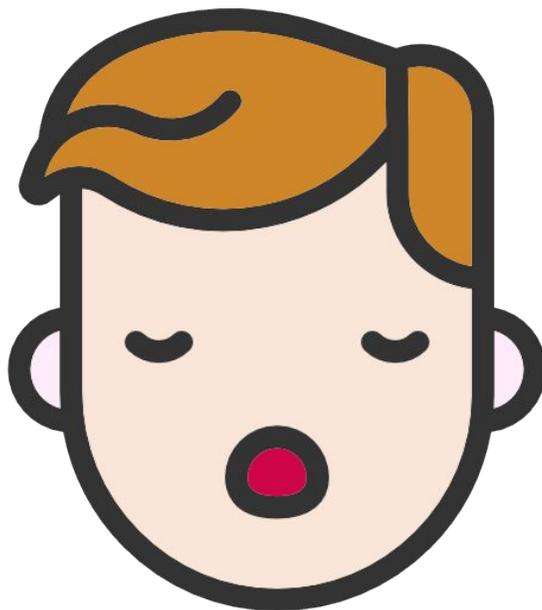
**Para saber mais sobre os testes rápidos de HIV, Sífilis e hepatites virais, acesse os seguintes materiais:**

Vídeo “Diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis IST, HIV e hepatites virais”. [Clique aqui.](#)

Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV. [Clique aqui.](#)

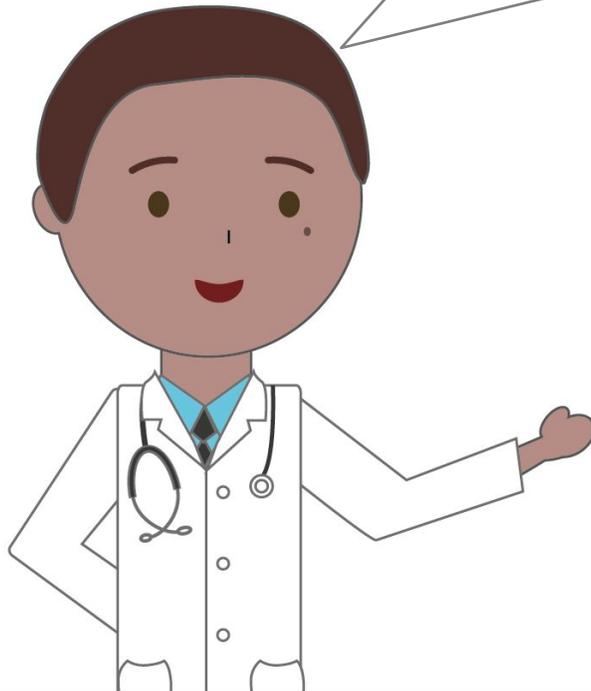
Funcionamento de cada teste rápido. [Clique aqui.](#)

Mas... como a equipe deve proceder o aconselhamento antes e após a realização dos exames?



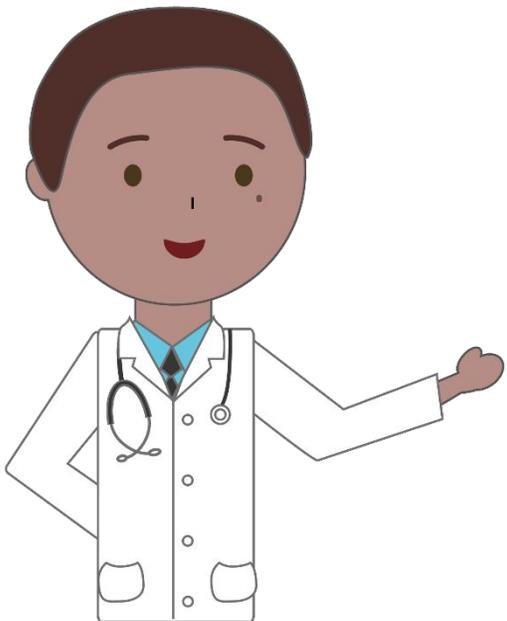
Os **aconselhamentos pré e pós-testes** são maneiras de estabelecer vínculo e uma relação de confiança com o usuário, por meio de:

- Escuta ativa, acolhendo suas expectativas e preocupações;
- Auxílio no gerenciamento de riscos e reflexão sobre as possibilidades de prevenção;
- Apoio emocional;
- Auxílio para as decisões relacionadas à sua saúde.



# Aconselhamento

O que significa o aconselhamento ?



É um diálogo pautado em uma relação de confiança entre os interlocutores.

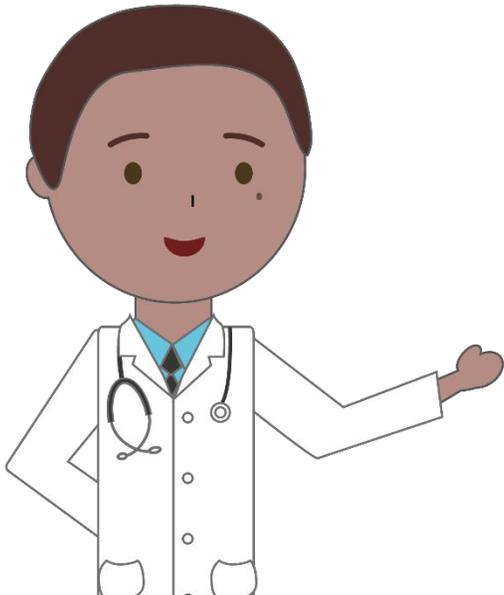
É um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário.

**O aconselhamento não é dar conselhos.**

É um apoio emocional, educativo e clínico à pessoa para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre estratégias de prevenção de agravos e promoção de saúde para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como protagonista de sua saúde.

# Aconselhamento

O aconselhamento deve ser:



## Ágil

- Caso o usuário (a) não disponha de muito tempo, não consistindo em entrave ou impedimento à realização da testagem ou outra ação de prevenção combinada;

## Dinâmico

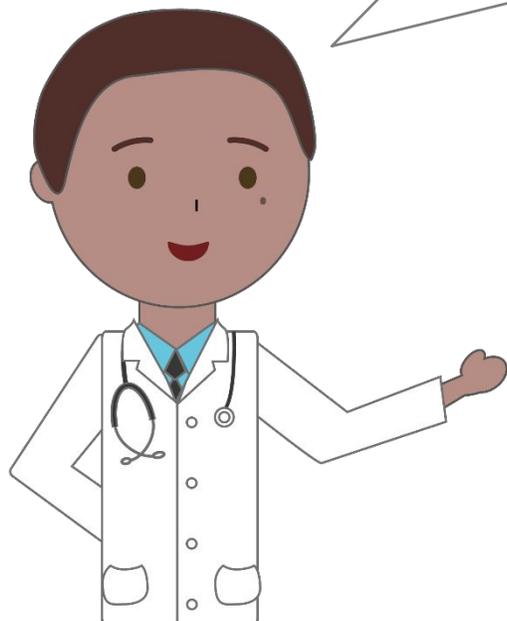
- De forma ativa e resolutiva quanto ao caráter educativo e informativo;

## Focado

- Não siga um roteiro pré-estabelecido, tendo como foco a demanda trazida pela pessoa em atendimento.

O processo de acolhimento e escuta do indivíduo, de certa forma fragilizado, exigirá mais de um momento de diálogo.

Recomenda-se que o profissional identifique estratégias de apoio para contemplar todos os componentes do processo de aconselhamento.



O manual de aconselhamento para testes rápidos da SES/SC (2013) apresenta três componentes deste processo:

#### **APOIO EMOCIONAL:**

- Sensibilidade dos profissionais da ABS para o acolhimento do usuário em um momento de fragilidade e expectativas
- Estabelecimento de relação de confiança com o usuário
- Deve permear todo o processo, ocorrendo nas consultas individuais e nos aconselhamentos pré e pós-teste.

#### **APOIO EDUCATIVO:**

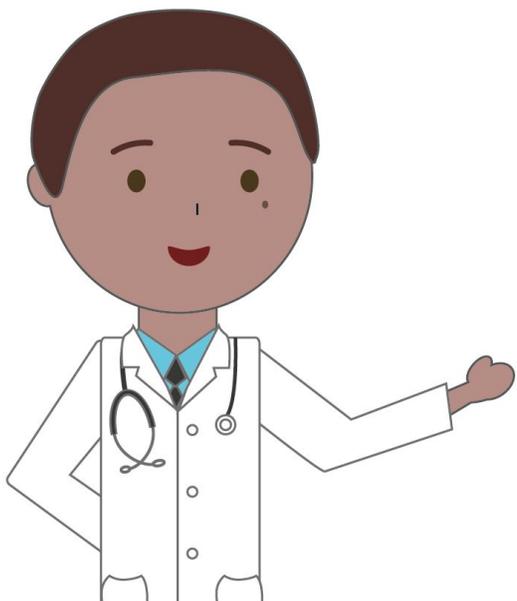
- Troca de informações sobre transmissão, prevenção e tratamento do HIV/AIDS, Sífilis ou hepatites.
- Pode ser realizado nos momentos de atividades em grupo, na sala de espera, visitas, consultas individuais.

#### **AVALIAÇÃO DE RISCOS:**

- Conversa sobre o estilo de vida, exposições e situações de risco relacionadas às práticas sexuais;
- Planejamento de estratégias de redução de riscos.

## Aconselhamento pré-teste

No aconselhamento pré-teste, busca-se abordar com o usuário algumas questões, como as relacionadas ao lado:



- ❖ Apresentação dos objetivos do aconselhamento pré-teste e pós-teste;
- ❖ Perguntar à pessoa o que a leva a vir hoje e realizar o exame;
- ❖ Ajudar a pessoa a identificar seu nível de exposição a um ou vários riscos, assim que os contextos (relações, uso de álcool, uso de drogas, experiências negativas);
- ❖ Reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações;
- ❖ Trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário;
- ❖ 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;
- ❖ Explorar qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros, e na própria UBS).

Você se lembra do caso da Maria que apresentamos no início desta unidade, cujo resultado do teste para HIV foi negativo?

Releia o caso da Maria, reflita e continue na sua leitura.



Maria, gestação, procura a UBS para realizar o pré-natal para receber orientações sobre seu parto. A enfermeira Carol faz o acolhimento e observa que não há registro de testagem de HIV no cartão do pré-natal. A enfermeira explica que todas as gestantes devem realizar os exames de diagnóstico de HIV, Sífilis e hepatites em tempo oportuno. A enfermeira se prepara para realizar o teste rápido. É feita a coleta e o resultado do exame é negativo.

## Aconselhamento pós-teste: resultado negativo

- ❖ Reafirmou o caráter confidencial e sigiloso do resultado;
- ❖ Esclareceu que o resultado negativo não significa imunidade;
- ❖ Explicou que deve ser considerada a possibilidade de se trata de janela imunológica e o seu conceito: significa que a pessoa pode estar infectada tão recentemente que ainda não produziu anticorpos para a detecção no teste;
- ❖ Sobre a possibilidade de estar em janela imunológica, orientou sobre a necessidade da realização de um novo teste (no prazo estabelecido pelo fabricante do teste utilizado) e locais de realização;
- ❖ Reforçou a importância da adesão ao preservativo e do não compartilhamento de agulhas e seringas (no caso de usuários de drogas injetáveis);
- ❖ Auxiliou no planejamento de um plano viável de redução de riscos, incluindo também seu marido/parceiro;
- ❖ Ela ainda informou que, tendo havido exposição de risco ao HIV em até 72 horas, há a possibilidade da realização da Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

Veja como a enfermeira Carol fez o aconselhamento pós-teste:



Agora, no caso de Miguel o resultado foi positivo para HIV, vamos compreender como o médico Rafael e a enfermeira Carol realizaram o aconselhamento pós-teste.

Releia o caso, reflita e continue na sua leitura para observar quais pontos você deve prestar atenção caso ocorra situações similares no contexto da ABS.



Miguel foi realizar seu exame periódico no trabalho e relata uma perda importante de peso em 6 meses. O médico do trabalho orienta-o a procurar a UBS, mesmo se sentido bem. Na UBS, o médico Rafael pede à enfermeira Carol que sejam realizados os testes rápidos no paciente. Carol realiza o teste rápido e o anti-HIV aparece positivo.

## Aconselhamento pós-teste: resultado positivo HIV

Veja como a enfermeira Carol fez o aconselhamento pós-teste:



Reafirmou o caráter confidencial e sigiloso do resultado;

Forneceu o resultado de maneira clara e direta, informando que o resultado do teste foi reagente e o que ele significa;

Permitiu à pessoa o tempo necessário para assimilar o impacto do resultado e para a expressão de seus sentimentos, prestando o apoio necessário;

Atentou para o manejo adequado de sentimentos, como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, ideação suicida e outros;

Desmistificou sentimentos que associam HIV/AIDS à culpa, punição, degenerescência, morte iminente e outros;

Explicou que um resultado positivo significa que a pessoa porta o vírus, podendo ou não estar doente;

Enfatezou que a pessoa, mesmo sendo portadora assintomática pode transmitir o vírus;

Reforçou a importância do acompanhamento médico regular, ressaltando que a infecção é controlável.

## Aconselhamento pós-teste: resultado positivo HIV

**... continuando.**

Informou os benefícios do tratamento disponível no SUS que pode ser iniciado tão logo o diagnóstico seja concluído;

Reforçou a necessidade do uso de preservativos e a técnica correta de utilização;

Orientou, nas situações indicadas, o uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis;

Enfatizou a necessidade de comunicação e a realização do teste aos parceiros oferecendo ajuda se necessário.

Em casos de gestantes, explicou as formas de transmissão vertical do HIV que podem ocorrer tanto na gestação e no parto, como no aleitamento, e esclarecer como reduzir essa possibilidade com o uso de terapia antirretroviral (TARV) e não oferecimento de leite materno;

Orientou a testagem dos filhos já nascidos se houver possibilidade de suas gestações terem ocorrido após a contaminação;

Discutiu contracepção individualizada;

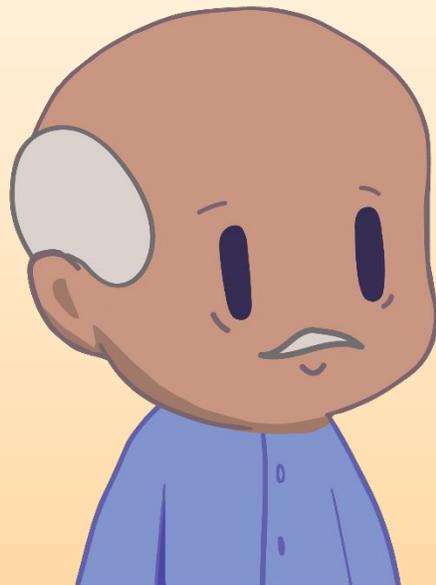
Abordou dieta evitando carnes e ovos mal cozidos;

Orientou com relação a viagens e às regras de quimioprofilaxia (por exemplo seguir as regras gerais, evitando-se apenas vacinas de vírus vivos).



**E no caso de Carlos, cujo resultado foi positivo para Hepatite C, vamos acompanhar como o médico Rafael e a enfermeira Carol realizaram o aconselhamento.**

**Releia o caso, reflita e continue na sua leitura para observar quais pontos você deve prestar atenção caso ocorra situações similares no contexto da ABS.**



Carlos, ex-jogador de futebol dos anos 80, se considera com uma saúde de ferro, mas chega a UBS mal-estar, febre, icterício e emagrecido. O médico Rafael desconfia dos sintomas e solicita a enfermeira Carol que seja feito os testes rápidos com observância maior nas hepatites virais. Como esperado, o exame de Carlos fica positivo para hepatite C.

## Aconselhamento pós-teste: resultado positivo hepatites

Veja como a enfermeira Carol fez o aconselhamento pós-teste:



---

Reafirmou o caráter confidencial e sigiloso do resultado;

---

Permitiu ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos;

---

Conversou sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;

---

Refletiu sobre sentimentos associados a mitos e tabus relacionados às hepatites;

---

Ficou atenta para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;

---

Lembrou que um resultado reagente para hepatite C significa que a pessoa pode ou não ser portadora do vírus, podendo também estar ou não com a doença desenvolvida; e que, para hepatite B, um resultado reagente para o marcador HBsAg indica que ela é portadora do vírus, mas que não necessariamente tem a doença desenvolvida.

## Aconselhamento pós-teste: resultado positivo hepatites

---

Enfatizou que, mesmo sendo um portador assintomático, o usuário pode transmitir o vírus para outros;

---

Reforçou a importância de acompanhamento médico, ressaltando que as hepatites B e C têm tratamento. As hepatites A e B têm vacina;

---

Reforçou a necessidade de adoção de práticas seguras para a redução de riscos de infecção por vírus de outras hepatites e aquisição de DST;

---

Reforçou o benefício do uso correto do preservativo; Reforçar o benefício do não compartilhamento de seringas e agulhas, para o consumo de drogas;

---

Enfatizou a necessidade do resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) e da realização dos testes para hepatite, oferecendo ajuda, caso seja solicitada;

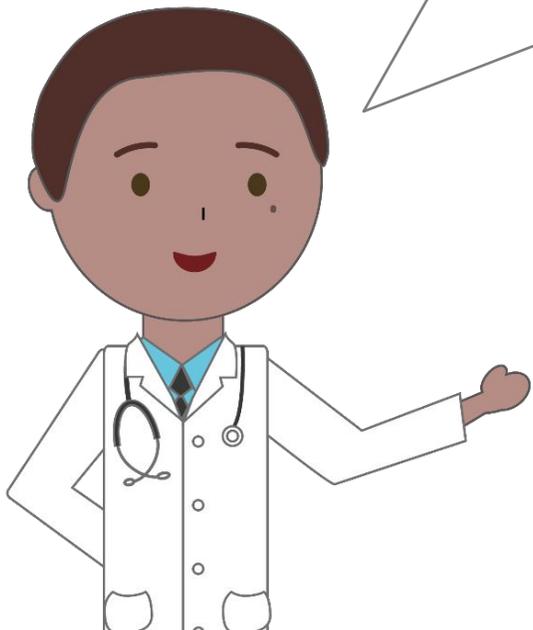
---

Definiu com o usuário os serviços de assistência necessários.



# Situações que podem interferir no resultado do teste

O diagnóstico precoce e a instauração do tratamento adequado e oportuno do HIV, sífilis e das hepatites virais deve ser valorizado em todos os níveis de atenção, mas é importante, antes de realizar o teste, verificar o histórico de tratamento de doenças. Observe no quadro ao lado algumas situações que podem interferir no resultado do teste rápido na sua UBS!



Fonte: BRASIL, 2017f

## Gravidez

- Resultados falso reagentes para diversas infecções têm sido observados em mulheres durante a gestação. As causas são desconhecidas.

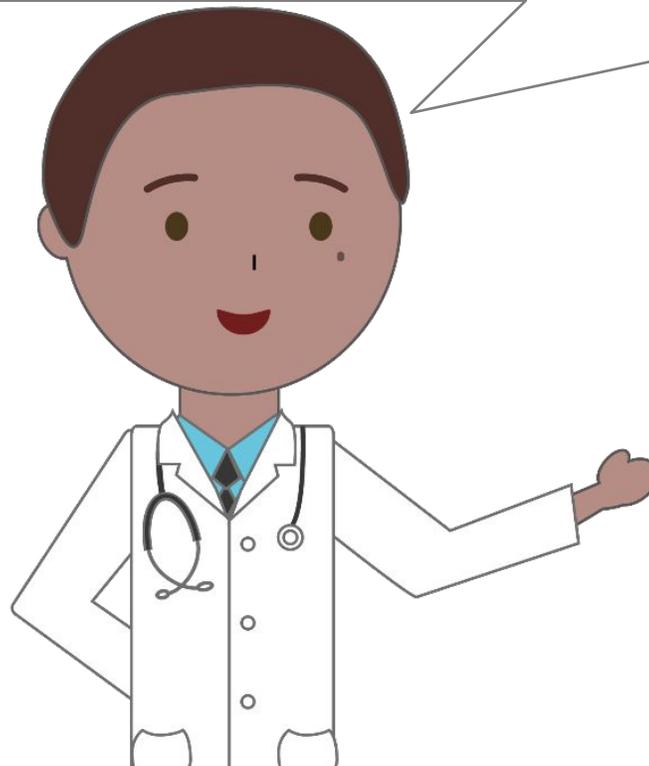
## Vacinação

- Vacinas contra influenza (vacina da gripe), tétano, raiva, entre outras, podem gerar resultados falsos reagentes para HIV e hepatite C. Esses resultados transitórios, algumas vezes, são consequência de reatividade cruzada induzida pela vacina, permanecendo por um período entre 2 e 6 meses após a vacinação.

## Medicamentos

- Alguns medicamentos podem interferir nos resultados do teste rápido. Por exemplo, pessoas que tomam antirretrovirais podem apresentar resultados falso não reagentes em testes para detecção da infecção pelo HIV.

A realização de testagem é o primeiro passo para que uma pessoa tenha conhecimento do seu estado sorológico e possa construir as suas estratégias de prevenção e, se necessário, tratamento e acompanhamento. É uma oportunidade de repensar seus riscos e vulnerabilidades e de ampliar conhecimentos sobre medidas protetivas. Aproveite a oportunidade para promover a prevenção!



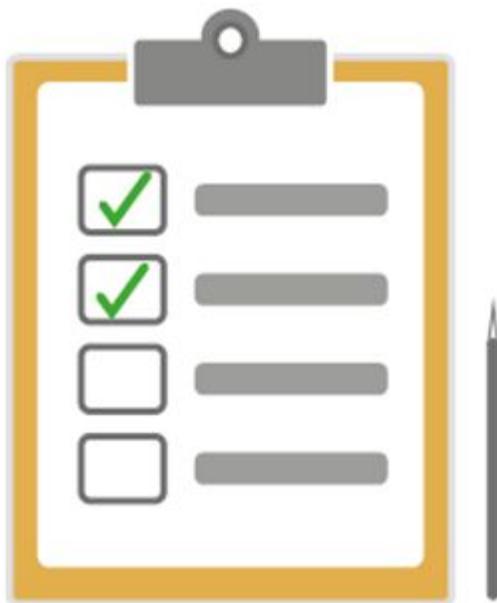


## SAIBA MAIS

Aprofunde seu conhecimento sobre os aconselhamentos pré e pós-testes lendo os materiais listados abaixo e promova um espaço de educação permanente para ler e discutir com os demais profissionais da equipe:

Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a ABS. [Clique aqui.](#)

Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das hepatites virais:  
Manual de aconselhamento em hepatites virais. [Clique aqui.](#)



Lembre-se de realizar a atividade de avaliação da unidade 1 antes de prosseguir para unidade 2. [Clique aqui.](#)  
Qualquer dúvida, registre uma pergunta no Fórum Tira-Dúvidas.

# Parabéns!

## Você concluiu a Unidade 1!

Vimos até aqui a relevância da abordagem às hepatites virais e ao HIV na ABS, bem como sobre a realização dos testes rápidos e aconselhamentos pré e pós testes.

Nas próximas unidades faremos uma revisão de como abordar essas doenças na ABS. Abordaremos o diagnóstico, manejo e encaminhamento de usuários que tenham essas doenças notificadas.

**Vem com a gente!!!**



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 52 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites\\_aconselhamento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/hepatites_aconselhamento.pdf)

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS**. Ano V, nº 1. Brasília: 2016. Disponível em:

<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-AIDS-2016>

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS**. Volume XX. Brasília: 2017a. Disponível em:

<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAIDS-2017>

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico: hepatites virais**. Vol. 48. Nº 24. Brasília: 2017b. Disponível em:

<http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017>

\_\_\_\_\_. **Brasil anuncia plano nacional para eliminação da hepatite C até 2030**. 1 nov. 2017c. Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41758-Brasil-anuncia-plano-nacional-para-eliminacao-da-hepatite-c-ate-2030>

\_\_\_\_\_. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a ABS**. 2017d. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_simplificado.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_simplificado.pdf)

\_\_\_\_\_. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, AIDS e hepatites virais **Acolhimento, orientações pré e pós- teste e aconselhamento: o que há de novo?** 2017e. Disponível

em: [http://www.AIDS.gov.br/system/tdf/pub/2018/65618/dia\\_9\\_8\\_-\\_acolhimento\\_e\\_aconselhamento\\_ana\\_monica.pdf?file=1&type=node&id=65618&force=1](http://www.AIDS.gov.br/system/tdf/pub/2018/65618/dia_9_8_-_acolhimento_e_aconselhamento_ana_monica.pdf?file=1&type=node&id=65618&force=1)

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cuidados na execução dos Testes Rápidos**. Brasília: Telelab, 2017f. Disponível em: [http://telelab.AIDS.gov.br/moodle/pluginfile.php/105443/mod\\_resource/content/2/Manual\\_M%C3%B3dulo%201\\_V%20FINAL%20FINAL.pdf](http://telelab.AIDS.gov.br/moodle/pluginfile.php/105443/mod_resource/content/2/Manual_M%C3%B3dulo%201_V%20FINAL%20FINAL.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017**, anexo V - Capítulo I, 2017g. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html)

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (orgs). **Tratado de medicina de família e comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática**. Dados eletrônicos. Porto Alegre : Artmed, 2012.

IBGE. Estimativas de população enviada ao TCU, 2017. Disponível em : <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=16985&t=resultados>

SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Diretoria de Vigilância Epidemiologia. Gerência de DST/AIDS/HV. Aconselhamento para a realização de Teste Rápido de Sífilis/HIV/HV. Florianópolis: SES SC, 2013. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiv5\\_7Wx\\_DYAhUDNpAKHQQu-DIkQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D7604%26Itemid%3D85&usg=AOvVaw1aNr6U-zVLnVY6ZVGNqtPm](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiv5_7Wx_DYAhUDNpAKHQQu-DIkQFggoMAA&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D7604%26Itemid%3D85&usg=AOvVaw1aNr6U-zVLnVY6ZVGNqtPm)

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTA CATARINA. **Plano de ampliação de testes rápidos nos serviços de saúde de Santa Catarina**. Florianópolis: 2016.

Disponível em

[http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=10961&Itemid=85](http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10961&Itemid=85).

\_\_\_\_\_. Nota Técnica n. 12/DIVE/SUV/SES/2014. Disponível em:

[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst\\_AIDS/notas\\_tecnicas/Nota\\_t%C3%A9cnica\\_12\\_2014\\_Testes%20Rapidos.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_AIDS/notas_tecnicas/Nota_t%C3%A9cnica_12_2014_Testes%20Rapidos.pdf)

MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. **Rev. Adm. Saúde**. 2018; 18 (71). Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>

REDOSCHI, Bruno Robba Laura; ZUCCHI, Eliana Miura; SANTOS Claudia Renata dos; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00014716.pdf>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na ABS – Modalidade a Distância. *Epidemiologia* [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Antônio Fernando Boing; Eleonora D’Orsi; Calvino Reibnitz. - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica/files/2017/10/Epidemiologia-ilovepdf-compressed.pdf>

# CRÉDITOS

## **AUTORES**

Aparecida de Cássia Rabetti

Luana Costa Lima

Luise Lüdke Dolny

Priscila Juceli Romanoski

## **REVISORES**

Gisele Damian Antônio Gouveia

Luise Lüdke Dolny

Josimari Telino de Lacerda