



# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2025/2

Adriani Oliveira Galão  
Edison Capp  
organizadores

## Alunos

Amanda Vitória Gomes  
Ana Laura Felix dos Santos da  
Silva Brandi  
Ana Laura Machado  
André Külzer  
Andrea Auler  
Andrew Heisler  
Beatriz Lima Silveira  
Bruno Wegner  
Carlos Alberto legli da Silva  
Carlos Delano Alves da Rosa  
Cassiane Nunes  
Daiane Dias Cabeleira,  
Diego Rangel Carvalho Oliveira  
Eduarda Silveira de Maman  
Eduardo Mileski Carneiro  
Felipe Neitzke Hammes  
Fernanda Schmitz  
Gabriel Veloso  
Gabriela Raquel Paz Rivas  
Gabriela Wollmann de Matos  
Gean Ramos  
Giancarlo Franceschi Dalla  
Vecchia  
Gustavo André Nogueira Argenti  
Henrique Wong Jacques  
Igor Martins

Isabel Friedmann Flöther  
Isadora Andreotti  
Isadora Witt Bosak  
Israel Jelinek Dihl  
Janaína Markus Borgelt  
Joana Gabriela Vargas Dalmolin  
João Luiz Rosa da Silva  
João Vítor de Andrade Dias  
João Vítor Vigne Duz  
Julia Carvalho da Silva  
Laura Motter Rosso  
Laura Souza da Costa  
Leonardo Galdino da Silva  
Liliane Touguinha  
Luca Massutti  
Lucas Beltrami  
Maria Luísa Xavier Vargas  
Marina de Estefano Oyama  
Marina Kessler  
Marina Scheffer  
Matheus Fossá  
Maurícia Denise de Borba  
Mayza Souza  
Natieli Araújo Garcia  
Pedro Henrique Soares Pereira  
dos Santos  
Rafaela Pivato da Fonseca  
Rodrigo Vieira Pereira

Roger Dutra Gomes  
Rovian Schenatto Palavicini  
Samuel Masao Suwa  
Samuel Santos Boeira  
Sinthia Braga  
Tais Vieira  
Thalis Oliveira  
Tiago Rosek  
Vanessa Alves Leite  
Victória Borowski Lewiski  
Vinícius Maurício  
Willian Coelho

## Monitores

Antônio Lasalvia Cortes  
Ariadne Garia Leite  
Renata Fogaça Borgess

## Professores

Adriani Oliveira Galão  
Ana Selma Bertelli Pícoloto  
Daniela Vanessa Vettori  
Helena von Eye Corleta  
Janete Vettorazzi  
Jaqueline Neves Lubianca  
Maria Lúcia Rocha Oppermann  
Suzana Arenhart Pessini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

# Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2025/2

Porto Alegre 2023  
UFRGS

## **Prevenção e profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites virais**

*Diego Rangel Carvalho Oliveira  
Eduarda Silveira de Maman  
Isadora Witt Bosak  
Gabriela Wollmann de Matos  
Gabriela Raquel Paz Rivas  
Janaína Markus Borgelt  
Rafaela Pivato da Fonseca  
Victória Borowski Lewiski  
Ariadne Garcia Leite  
Adriani Oliveira Galão*

Este trabalho abordará, sob a ótica da prevenção às Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), os diferentes aspectos de prevenção combinada que envolvem este assunto.

O termo “Prevenção Combinada” diz respeito a diferentes estratégias de prevenção às ISTs, ao HIV e às hepatites virais. Dessa forma, sua definição relaciona-se à associação de três formas de intervenções: biomédica, comportamental e estrutural, as quais são praticadas em âmbito individual e coletivo. O símbolo da mandala (Figura 1) representa a combinação e a ideia de dinamismo de algumas das diferentes ações de prevenção.

Essa combinação de ações deve ser centrada nas pessoas, no meio social em que estão inseridas, considerando as especificidades de cada sujeito, levando em consideração as possibilidades e escolhas do indivíduo, sem excluir ou sobrepor uma estratégia a outra.

Entre os métodos que podem ser combinados, estão:

- A testagem regular para o HIV, que pode ser realizada gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS);
- A prevenção da transmissão vertical (quando o vírus é transmitido para o bebê durante a gravidez, parto ou durante a amamentação);

- O tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais;
- A imunização para HPV e as hepatites A e B;
- Programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias;
- Profilaxia pré-exposição (PrEP);
- Profilaxia pós-exposição (PEP);
- Tratamento de pessoas que vivem com HIV (PVHIV), pois pessoas com boa adesão ao tratamento atingem níveis de carga viral tão baixos que é praticamente nula a chance de transmitir o vírus para outras pessoas. Além disso, quem toma o medicamento corretamente não adoece e garante a sua qualidade de vida;
- Uso de métodos de barreira para a prevenção.

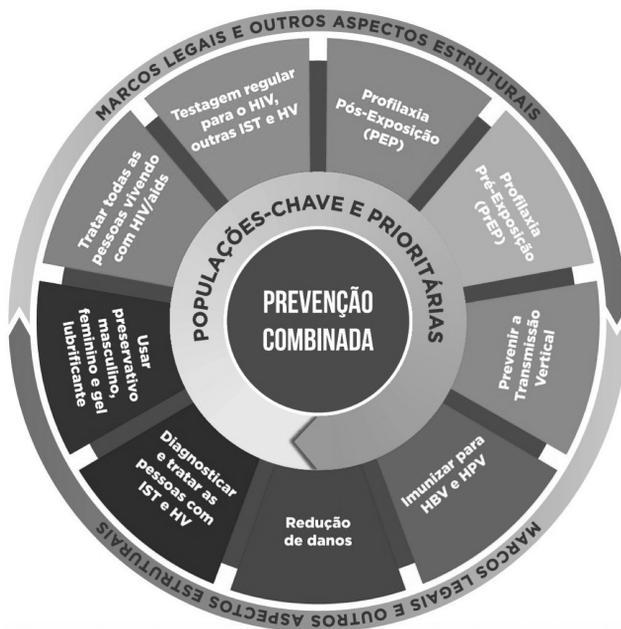


Figura 1. Mandala dos marcos legais e outros aspectos estruturais da prevenção combinada das Infecções Sexualmente Transmissíveis (<https://www.gov.br/aids>).

Abaixo aprofundaremos estes tópicos.

## Prevenir a Transmissão Vertical

Transmissão vertical é a forma de transmissão de uma doença infecciosa que ocorre da mãe para o filho, como a sífilis, o HIV e as hepatites. A presença dessas infecções na gestação pode afetar a criança e causar várias complicações, como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido. As medidas mais efetivas para a prevenção de infecções transmissíveis no recém-nascido incluem o diagnóstico precoce (por meio de exames) e o tratamento da gestante e de sua parceria sexual.

A Cartilha do Ministério da Saúde de 2022 (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais) nos permite padronizar a testagem ideal de gestantes para que a prevenção inicie com o diagnóstico precoce será discutida a seguir. Além disso, ela também fornece informações de diagnóstico e tratamento de gestantes e profilaxia para os seus filhos.

Quando dosar no pré-natal?

- Sífilis: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores.
- Hepatite B: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e se não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante se apresente no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem da usuária para hepatite B na maternidade. Aproximadamente 5% a 10% dos indivíduos infectados tornam-se portadores crônicos do HBV. Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, a chance de cronificação é de cerca de 70 a 90%. Cerca de 20 a 25% dos casos crônicos com replicação viral evoluem para doença hepática avançada (cirrose).
- HIV: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores. Há alto risco de TV-HIV por aleitamento nos casos de infecção aguda pelo HIV durante o período de amamentação.

- Hepatite C: na primeira consulta de pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação). A transmissão vertical da hepatite C ocorre em 3-5% dos casos. Após contato com o HCV, a chance de cronificação da infecção é de 70 a 85%, sendo que, em média, um quarto a um terço deles evolui para formas histológicas graves em um período de 20 anos. O restante evolui de forma mais lenta e talvez nunca desenvolva hepatopatia grave.
- Gonorreia e infecção por clamídia: na primeira consulta do pré-natal em gestantes com idade menor ou igual a 30 anos, quando disponível. O antibiótico profilático ocular no bebê reduz o risco de conjuntivite gonocócica. No entanto, essa não é uma medida efetiva para a prevenção de conjuntivite por *Chlamydia trachomatis*.
- Vaginose bacteriana: na primeira consulta de pré-natal em mulheres com alto risco de trabalho de parto pré-termo.
- Estreptococo do grupo B: da 35<sup>a</sup> à 37<sup>a</sup> semana gestacional. Realizar coleta de amostra por swab vaginal e endoanal.

Quanto ao Herpes Simples (HSV) tipos 1 e 2, normalmente causadores de úlceras genitais, as gestantes portadoras apresentam risco acrescido de complicações fetais e neonatais, sobretudo quando a infecção ocorre no final da gestação. O maior risco de transmissão do vírus acontece no momento da passagem do feto pelo canal de parto. Recomenda-se a realização de cesariana sempre que houver lesões herpéticas ativas nesse canal.

Para a prevenção da transmissão de Herpes Zóster durante a amamentação, recomenda-se somente a suspensão caso haja inúmeras lesões na mama oferecida que possam ter contato direto com o lactente. Visto que a eliminação do vírus pelo leite materno é muito baixa, não há indicação de suspender a amamentação em outros casos.

Em relação à prevenção do Zika Vírus, usamos estratégias de controle do vetor e medidas protetivas individuais (uso de repelentes e de roupas com mangas longas e calças compridas). Ainda não há vacinas para prevenir a infecção pelo vírus Zika e nem tratamento específico. A transmissão sexual do vírus Zika foi comprovada por inúmeros relatos de casos, sendo a Zika

considerada uma IST. Para casais que desejam a concepção, recomenda-se aguardar até três meses após infecção presumida ou confirmada pelo vírus Zika, quando o homem foi infectado, e aguardar até dois meses após infecção presumida ou confirmada pelo vírus Zika, quando a mulher foi infectada.

## **Imunizar para HPV e Hepatite B**

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV) constitui a infecção viral sexualmente transmissível mais comum no Brasil na atualidade. A apresentação clínica da infecção por esse vírus pode ser assintomática, como também pode causar lesões e verrugas nas mucosas, podendo evoluir até o câncer. No Brasil, o câncer de colo de útero é a terceira maior causa de morte por câncer entre as mulheres segundo o Informe Técnico da Vacina Papilomavírus Humana 6,11,16 e 18 (Recombinante) (Ministério da Saúde, 2015). A sua transmissão ocorre principalmente por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital e manual-genital, mas também pode ser transmitido durante o parto ou por instrumentos ginecológicos não esterilizados. O HPV é um vírus que apresenta mais de 120 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos e os outros subtipos são associados a verrugas anogenitais e cutâneas. Os tipos de HPV 6 e 11 são responsáveis por aproximadamente 90% das verrugas genitais e os tipos 16 e 18 por 70% dos cânceres de colo uterino. Além disso, ele é responsável por 90% dos casos de câncer anal, 71% de câncer de vulva, de vagina e de pênis, e 72% dos cânceres de orofaringe de acordo com o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. A vacinação contra HPV tem o objetivo de prevenir o câncer do colo do útero, bem como contribuir na redução da incidência e da mortalidade por esta enfermidade. A população prioritária da vacinação com a vacina HPV são as meninas na faixa etária de 9 a 14 anos, meninos de 11 a 14 anos e homens e mulheres imunossuprimidos, de 9 a 45 anos, que vivem com HIV/aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, visto que essa população tem maior risco de desenvolver cânceres associados ao HPV. O Ministério da Saúde adotou a vacina papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente que confere proteção contra HPV de baixo risco (HPV 6 e 11) e de alto risco (HPV 16 e 18). É recomendado o esquema vacinal de

2 duas doses com intervalo de 6 meses para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos e de 3 doses com intervalos de 2 e 6 meses para homens e mulheres imunossuprimidos, de 9 a 45 anos. A vacina HPV quadrivalente é altamente imunogênica; em estudos realizados por Lu B, 2011, os dados demonstram eficácia da vacina de 96% para as lesões intraepiteliais cervicais de alto grau associadas ao HPV 16 e de 90% para as lesões associadas ao HPV 18 em meninas sem contato prévio com o HPV. As contraindicações da vacina incluem gestação e hipersensibilidade a algum componente da vacina. Já os efeitos adversos observados podem ser locais, como dor no local de aplicação, edema e eritema leve a moderado, ou sistêmicos como cefaléia, febre de 38°C ou mais, síncope e reações de hipersensibilidade.

No período de 1999 a 2020, foram notificados 254.389 casos de hepatite B no Brasil. As manifestações clínicas variam de infecção assintomática com resolução sem sequelas à cirrose e cânceres hepáticos. O vírus pode ainda causar hepatite aguda de vários graus de gravidade, como também pode cronicar. Estima-se em cerca de 40% a chance de um infectado crônico pelo vírus da Hepatite B (VHB) vir a morrer em decorrência dessa infecção, segundo o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. O VHB apresenta diversos genótipos e a sua transmissão pode ocorrer por via sexual, por ferimentos cutâneos, por compartilhamento de seringas entre usuários de drogas, por transmissão vertical ou por transfusão de sangue. A cronicidade da infecção pelo VHB é fortemente influenciada pelo momento em que acontece a infecção inicial. Ocorre em 70% a 90% das crianças infectadas ao nascimento e diminui progressivamente com o aumento da idade; como documenta, há bastante tempo, o estudo de ADKINS, 1988. Logo, é evidente a importância de priorizar a vacinação de recém-nascidos. Atualmente, a vacinação contra a hepatite B é recomendada para todos os indivíduos. No Brasil, o sistema público de saúde oferece a vacina monovalente contra a hepatite B e a vacina combinada pentavalente (difteria, tétano, pertussis, Haemophilus influenzae tipo B e hepatite B). O esquema habitual para imunocompetentes consiste em três doses, com intervalos de um mês entre a primeira e a segunda dose e seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). O Brasil adota hoje o esquema básico de vacinações de quatro doses, a primeira de hepatite B monovalente ao nascimento, o mais precocemente possível, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o nascimento, e as demais na forma

de vacina Penta (DTP, Hib, HB) aos 2, 4 e 6 meses. Para as demais idades, adota-se o esquema de três doses, aos 0, 1 e 6 meses. A eficácia da vacinação diminui com a idade. Três doses de vacina hepatite B induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs  $\geq 10$  UI/mL) em mais de 90% dos adultos e em mais de 95% dos lactentes, das crianças e dos adolescentes. Já em indivíduos imunocomprometidos, é recomendado aplicar doses mais elevadas em maior número de vezes. A maior contra indicação da vacinação contra o HBV é a possibilidade de uma resposta anafilática e os efeitos adversos podem ser locais, apresentando dor e endurecimento ou sintomas sistêmicos, como a febre.

## Redução de Danos

De acordo com o Secretaria de Vigilância em Saúde, no âmbito da prevenção às IST, ao HIV/Aids e às hepatites virais, a redução de danos pode ser entendida como estratégia de saúde pública que visa evitar a transmissão, promover a melhoria da qualidade de vida e garantir o acesso à saúde, principalmente, às pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone líquido industrial e hormônios. Para alcançar tais objetivos, a redução de danos propõe estratégias de intervenções comportamentais, mas também inclui um repertório de cuidado integral, que abrange um conjunto de estratégias singulares e coletivas voltadas aos grupos com maiores fatores de risco a contaminação pelas ISTs (Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030).

Primeiramente, antes de aplicarmos qualquer tipo de medida de redução de danos, é fundamental definirmos os grupos de maior risco e entendermos também a maior vulnerabilidade dessas populações ao aumentado potencial de contato com tais infecções. Entre tais populações destacamos os usuários de silicone industrial, de hormônios, de álcool e outras drogas (Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde).

Em relação ao uso do silicone industrial, Mello et al. (2013) relatam que o uso desse material para modificação estética no contorno corporal é uma prática realizada de forma clandestina há cerca de 60 anos, e que grande parte dos indivíduos que fazem uso dessa prática são pessoas trans. É importante destacar

que este tipo de aplicação acarreta inúmeras complicações, que variam desde processos inflamatórios localizados (abscessos, fístulas, granulomas), formação de siliconomas e migração do material até inflamações sistêmicas graves, associadas ou não a infecções. Sendo então, uma prática considerada de alto risco e passiva de infecções por ISTs.

Apesar da diminuição gradual dos últimos anos, a proporção de infecção por HIV em usuários de drogas injetáveis ainda representa cerca de 2% dos casos entre homens e 1,3% dos casos entre mulheres, de acordo com o Boletim Epidemiológico VIH/Sida de 2021. Pessoas que usam álcool e outras drogas, independente do padrão de uso, são uma população desproporcionalmente afetada pelas IST, pelo HIV/Aids e pelas hepatites virais, seja em relação ao risco de exposição sexual ou pelo compartilhamento de objetos para uso de drogas. Segundo a secretaria de vigilância em saúde, inicialmente, como intervenção estrutural devemos posicionar o(a) usuário(a) como protagonista e reconhecer o seu papel auto regulador nas ações de prevenção e, caso seja sua escolha, do seu tratamento, sem impor condições, deixando-o (a) livre para escolher e ser responsável por suas decisões. Além disso, a portaria GM/MS n 1028/ 2005 também frisa a importância das ações de informação, educação e aconselhamento ao(a) usuário(a), em relação aos produtos, substâncias ou drogas que causem dependência e às práticas sexuais das pessoas que usam álcool e outras drogas e também suas parcerias, com o objetivo de estimular a adoção de comportamentos mais seguros tanto no consumo de substâncias psicoativas como nas práticas sexuais, para que, se forem consumir drogas, que possam fazê-lo de maneira mais segura e com estratégias de proteção.

Além das ações tratadas anteriormente, como forma de reduzir os danos para ambos os grupos, o Ministério da Saúde oferta insumos, como kits, os quais visam evitar a transmissão do HIV decorrente do compartilhamento de objetos para uso de drogas ou de inserção de hormônios e silicone industrial contaminados. Para o uso de drogas injetáveis e do silicone industrial, recomenda-se a oferta de seringas e agulhas descartáveis, água destilada e recipientes individuais para diluição, que evitam o compartilhamento de objetos potencialmente contaminados pelo HIV, pelas hepatites virais e outras infecções (incluindo as causadoras de abscessos cutâneos). Além disso, é recomendado o recolhimento e o descarte adequado de objetos perfurocortantes,

para evitar a sua reutilização e os acidentes, seja na comunidade ou entre manipuladores de lixo comum (Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde).

Para o uso de drogas inaladas ou fumadas, também se recomenda o não compartilhamento de objetos tais como cachimbos, latas, apetrechos e canudos. Em relação ao uso de crack, com frequência os (as) usuários (as) apresentam lesões na boca e nos lábios, o que representa uma porta acessível à transmissão dos vírus da hepatite B e C. Também é uma abordagem preventiva o estímulo ao não compartilhamento dos objetos e dos apetrechos de uso (Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde).

## **Diagnosticar e tratar as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV**

Infecções sexualmente transmissíveis (IST), como o HIV, são transmitidas através da prática sexual e do contato físico íntimo. Estima-se que existam mais de 30 agentes etiológicos responsáveis pelas ISTs. As ISTs são inicialmente assintomáticas, o que pode retardar o diagnóstico e o tratamento e levar as pessoas a transmitir ISTs para outras pessoas. A importância do diagnóstico e tratamento precoce é a interrupção da cadeia de transmissão, além da possibilidade de prevenir complicações graves, como doença inflamatória pélvica, infertilidade, câncer e AIDS. Testes para diagnóstico são disponibilizados gratuitamente pelo SUS, e ações de rastreamento fazem parte da prevenção secundária das ISTs, já que incluem indivíduos sem sintomas para a determinação do diagnóstico precoce. No Brasil o rastreamento é voltado para grupo com potencial fatores de risco para ISTs, dentre eles, podemos exemplificar, a idade abaixo de 30 anos, novas ou múltiplas parcerias sexuais, parcerias com IST, uso irregular de preservativo, história prévia ou presença de outra IST. Cabe ao profissional de saúde atentar a esse fatores durante a anamnese.

Apesar de a maioria das infecções sexualmente transmissíveis terem um longo período de ausência de manifestações clínicas, é de suma importância que o profissional

de saúde e a população em geral saibam reconhecer os principais sintomas associados às ISTs. Corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais e verrugas anogenitais são as principais síndromes clínicas em Infecções Sexualmente Transmissíveis (Ministério da Saúde, 2022). Cada uma dessas síndromes deve ser relacionada com a epidemiologia local pelo profissional de saúde, porém testes laboratoriais de diagnóstico são fortemente recomendados. Somente em caso de ausência do diagnóstico laboratorial, passa a ser indicado o tratamento imediato baseado nas manifestações clínicas. Em caso de intervalo entre a coleta de amostra e o resultado dos exames, também se recomenda início de terapêutica imediata. As principais síndromes em IST e seus respectivos agentes etiológicos são representados no Quadro 1.

Quadro 1 - As principais síndromes em IST e seus respectivos agentes etiológicos, adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2022.

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

Fonte: DCCI/SVS/MS.

<sup>a</sup>Infecções não curáveis, porém tratáveis.

<sup>b</sup>Infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal; não são consideradas IST.

## Uso de preservativo masculino, feminino e gel lubrificante

É fato que preservativos são a forma mais conhecida, acessível e eficaz de prevenir a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como sífilis, gonorreia e alguns tipos de hepatites. Existem dois tipos de preservativos: preservativos masculinos, que são feitos de látex e devem ser colocados no pênis ereto antes da inserção, e preservativos femininos, que são feitos de látex ou borracha nitrílica e são usados dentro da vagina e podem ser usados antes da relação sexual. Estes incluem uma combinação de intervenções. A fim de que melhore a adesão ao preservativo e apoie os grupos que discutem o uso e a negociação do preservativo. Acontece que uma combinação de intervenções é melhor do que focar em apenas uma estratégia (Cordeiro, 2007). Os preservativos podem ser adquiridos em diversos estabelecimentos comerciais, mas também são distribuídos gratuitamente em qualquer serviço público de saúde. Além disso, o gel lubrificante - sempre à base de água para não danificar o preservativo - pode ser um recurso na prevenção da transmissão sexual do HIV; o lubrificante durante a relação sexual reduz o atrito e a probabilidade de causar microdanos à mucosa genital e anal, que favoreceria a transmissão de infecções.

Com relação ao uso, manusear preservativos é muito fácil e simples, e há muitas ilustrações como exemplos (Figura 2). O modo de uso correto precisa ser explicado de maneira clara, assim como informações de não reutilização dos mesmos e de não usar dois preservativos ao mesmo tempo, pois pode romper ou estourar.

Uma combinação de estratégias de incentivo ao uso do preservativo, que não articula a possibilidade de promover a reflexão e a apropriação do sujeito, tem sido um grande fator para afastar a teoria da prática. O uso de métodos preventivos parece ser mais eficaz, quando a nova abordagem, ao reconhecer esse constrangimento social associado às medidas preventivas, focar na sexualidade e trazer questões sexuais e de prazer para contextos que promovam e aderem ao uso do preservativo (Duarte, 2003). É necessário desmistificar preconceitos, evidenciando que colocar um preservativo em seu parceiro pode ser um momento agradável durante as preliminares. Ademais, é fundamental que o profissional de saúde compreenda as causas e motivos do uso ou não de preservativos entre os parceiros sexuais, como uma importante janela de oportunidades de discussão e intervenção (Tabela 1).



Figura 2 - Uso correto de preservativo. Fonte: gov.br/aids, 2022.

Tabela 1. Motivos para uso ou não uso da camisinha na última relação sexual. Fonte: Gurgel, E. L.(2017).

Por que não usou camisinha na última relação	Nº	%
Não esperava/não pensou	76	3,0
Já usa outro método contraceptivo	1 044	41,0
Desejava engravidar	49	1,9
Não tinha dinheiro para comprar camisinha	2	0,1
Não gosta de usar camisinha	280	11,0
Conhecia o parceiro	716	28,1
Teve vergonha	3	0,1
O companheiro não aceitou	36	1,4
Nunca usou	46	1,8
Outros motivos	294	11,5
<b>Total</b>	<b>2 546</b>	<b>100,0</b>
Por que usou a camisinha na última relação sexual		
Para evitar uma gravidez	210	35,7
Para evitar DST	251	42,6
Não mantém relação sexual sem camisinha	59	10,0
Não conhecia bem o parceiro	12	2,0
Outros motivos	21	3,6
Evitar DST e gravidez	36	6,1
<b>Total</b>	<b>589</b>	<b>100,0</b>

## Tratar todas as pessoas vivendo com HIV/Aids

O início imediato e precoce da terapia antirretroviral (TARV), tratamento contra HIV, é recomendado para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico (Ministério da Saúde, 2019). A terapia tem como objetivos: a interrupção da progressão da doença, a redução e prevenção da transmissão sexual do vírus, redução da morbidade e mortalidade associada a HIV, restauração e preservação da função imunológica. Deve-se enfatizar que o tratamento tem de ser iniciado quando a PVHIV estiver informada sobre seus benefícios, riscos e implicações para toda a vida, além de fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo (Fuchs, 2017). Ainda, em algumas circunstâncias, deve-se priorizar o atendimento para o início da TARV, incluindo situações de coinfeção com HBV ou HCV, tuberculose ativa, PVHIV sintomática e gestação, bem como risco cardiovascular elevado (Ministério da Saúde, 2019).

No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial de preferência inclui dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), associados a um inibidor de integrase (INI) (Ministério da Saúde, 2019). Uma vez iniciada a terapia de combinação antirretroviral não deve ser interrompida, pois sua administração apropriada durante toda a vida permite a supressão da replicação do vírus ao máximo e pelo maior tempo possível, assim como evita o desenvolvimento de resistência permanente a esses fármacos (Fuchs, 2017).

Dentro dos ITRN, o Ministério da Saúde recomenda a associação de Tenofovir (TDF) e Lamivudina (3TC). A combinação desses fármacos está disponível em coformulação, o que permite a comodidade da tomada única diariamente, bem como apresenta um perfil seguro em termo de toxicidade e supressão virológica. Embora o TDF costume ser bem tolerado, apresenta nefrotoxicidade, sendo contraindicado em pacientes com doença renal preexistente. Além disso, seu uso deve ser com precaução em pacientes com osteoporose ou osteopenia, diabetes mellitus e hipertensão arterial não controlada. Já como INI se recomenda o uso de Dolutegravir (DTG). Esse fármaco apresenta vantagens de alta potência, alta barreira genética, administração em dose única diária e poucos eventos adversos, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros. (Ministério da Saúde, 2019).

O profissional de saúde deve atentar que existem alguns casos de exceção a esse esquema inicial; como exemplo, a coinfeção Tuberculose-HIV, pacientes com contagem de Leucócitos CD4+ maior que 100 cels/mm<sup>3</sup>, coinfeção oportunista, tuberculose disseminada e mulheres vivendo com HIV que estejam em gestação ou apresentem possibilidade de engravidar. Deve-se atentar que é fundamental iniciar TARV em todas as MVHIV que estejam grávidas, independentemente do estágio clínico e com qualquer contagem de CD4 com o objetivo de atingir supressão viral, um fator determinante na redução de transmissão vertical, ajustando as medicações com menor risco a gestação (Ministério da Saúde, 2019).

Por último, o resultado esperado da terapia inicial em um paciente anteriormente não tratado é uma carga viral indetectável (nível plasmático de RNA do HIV < 50 cópias/mL) em 24 semanas após a instituição do tratamento. Já a falha de um esquema antirretroviral pode estar relacionada a alguns fatores, entre eles: baixa adesão ao tratamento, esquemas inadequados, fatores farmacológicos e resistência viral (Fuchs, 2017).

## Testagem regular para o HIV, outras ISTs e HIV

A testagem regular para o HIV, ISTs e Hepatites Virais faz parte da estratégia de prevenção combinada adotada pelo Ministério da Saúde (MS), ocupando posição de suma importância para o controle da disseminação dessas infecções e para a adoção de políticas públicas. O SUS oferece gratuitamente testes para diagnósticos de HIV, sífilis e hepatites B e C. Certas unidades de saúde especializadas, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) prestam essas testagens sob demanda individual, de acordo com a necessidade.

Dentre as estratégias de testagem para ISTs recomendadas pelo MS, existe o exame citopatológico para o Papiloma Vírus Humano (HPV), indicado para a população com colo de útero, na faixa etária de 25-64 que já teve atividade sexual, com intervalo de 3 anos (após dois exames negativos, com intervalo anual) (Ministério da Saúde, 2016). Esse exame é de extrema importância para diagnóstico precoce da infecção e estratificação de risco para lesões pré-neoplásicas ou neoplásicas. Essas lesões podem progredir para o câncer de colo do útero, o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, responsável por 311 mil óbitos por ano. Em 2019, 81,3% das mulheres da faixa etária alvo realizaram o exame preventivo há menos de três anos da data em que foram entrevistadas, sendo a região Sul a com maior cobertura, de 84,8% (IBGE, 2021).

Em relação à periodicidade em que se realiza o rastreamento para HIV, deve-se adotar diferentes esquemas, de acordo com a idade, práticas sexuais e comorbidades presentes. Pessoas com menos de 30 anos e a população privada de liberdade têm a recomendação de realizar testes anualmente. Pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos, gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas devem realizar a testagem semestralmente. Pacientes no momento do diagnóstico para tuberculose, hepatites virais e outras ISTs devem também fazer testes rápidos para HIV.

A periodicidade adotada para o rastreamento de sífilis segue o seguinte esquema: anualmente para pessoas com menos de 30 anos; semestralmente para Gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas, pessoas vivendo com HIV, pessoas com prática sexual anal receptiva (passiva) sem uso de preservativos e para a população privada de liberdade; no atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição para vítimas de violência sexual e para pessoas com indicação de Profilaxia Pós-exposição (PEP), no momento do diagnóstico e 4 a 6 semanas após o diagnóstico para pessoas com diagnóstico de outras ISTs; trimestralmente para pessoas em uso de Profilaxia Pré-exposição (PrEP).

Outras ISTs rastreadas pelo Ministério da Saúde são a hepatite B e C. No atendimento inicial e aos 3 e 6 meses após a exposição, são testados vítimas de violência sexual e pessoas com indicação de PEP. Semestralmente são testados a população privada de liberdade, gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas; trimestralmente pessoas em uso de PrEP, e anualmente pessoas vivendo com HIV.

Por fim, deve-se abordar a periodicidade de testagem para clamídia e gonococo. Pessoas com menos de 30 anos, pessoas vivendo com HIV, gays e HSH, trabalhadores do sexo, travestis e transexuais e pessoas que usam álcool ou outras drogas devem ser testadas conforme subgrupo e práticas sexuais. Pessoas em uso de PrEP recebem indicação de testagem semestral. Vítimas de violência sexual e pessoas com indicação de PEP são testadas no atendimento inicial e 4 a 6 semanas após a exposição (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022).

A testagem para HIV, sífilis, HBV e HCV em bancos de sangue merece menção quando o assunto é prevenção combinada para ISTs. Em 25/1/1988 foi editada a Lei Federal nº 7.649, que estabeleceu a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças (Senado Federal, 1988). A triagem para a seleção de bolsas de sangue aptas para doação, aliada ao aconselhamento para indivíduos com exames sorológicos alterados são maneiras fundamentais para o controle da transmissão das ISTs.

## **Profilaxia Pós-Exposição (PEP)**

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 em casos de exposição aos vírus.

### **A. Profilaxia do HIV**

No atendimento inicial é necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição. A indicação de PEP para HIV pode ser feita por meio das seguintes perguntas:

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

Se a resposta for sim para as quatro perguntas, há indicação de PEP para HIV. Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado deve ser TDF + 3TC + DTG (tenofovir, lamivudina, dolutegravir), durante 28 dias.

## **B. Profilaxia das IST**

Toda exposição sexual de risco ao HIV deve ser avaliada também como de risco para outras IST.

A testagem para sífilis é recomendada a todas as pessoas com exposição sexual de risco. Se possível, é indicado testar também a pessoa-fonte. Indivíduos com teste rápido para sífilis inicialmente não reagente devem realizar uma nova testagem após 4 a 6 semanas da exposição. O tratamento em caso de teste reagente consiste em penicilina benzatina 2,4 milhões de UI (1,2 milhão UI em cada glúteo), IM, em dose única.

No caso de outras IST, como clamídia, gonorreia e tricomoníase, o tratamento preventivo não é recomendado para pessoas com exposição sexual consentida, devido ao alto risco de desenvolvimento de resistência bacteriana, sendo recomendado acompanhamento clínico. Para pessoas vítimas de violência sexual, o tratamento preemptivo é recomendado. Os tratamentos são feitos da seguinte forma: para Clamídia, azitromicina 1g, via oral, dose única; para Gonorreia, ceftriaxona 500mg, intramuscular, dose única; para Tricomoníase, metronidazol 2g, via oral, dose única.

## **C. Profilaxia das hepatites virais**

Situações de exposição devem ser também avaliadas quanto ao risco de exposição às hepatites virais, as quais são causadas por diferentes agentes etiológicos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático. O principal mecanismo de transmissão do vírus da hepatite A (HAV) é o fecal-oral. Ainda que a transmissão sexual desse vírus seja infrequente, estima-se que esses números estejam subestimados. Deve ser pesquisado a presença anti-HAV IgM, cujo resultado positivo sugere episódio agudo de infecção pelo vírus A. Caso a pesquisa seja não reagente, deve ser avaliada a indicação de vacinação da pessoa exposta. A presença de anti-HAV IgG reagente demonstra imunidade definitiva da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional é necessária.

Quanto à hepatite B, a triagem da infecção é realizada por meio de testes de detecção do antígeno de superfície do HBV (HBsAg), que consiste em um teste rápido. Se o resultado for reagente, a infecção pelo vírus da hepatite B ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para confirmação laboratorial. Se não reagente,

a pessoa exposta não tem evidências de infecção pelo HBV no momento da testagem. É recomendado vacinar todas pessoas que não foram vacinadas, ou que foram vacinadas mas apresentam títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL e HBsAg não reagente. O conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAHB (imunoglobulina humana anti-hepatite B), pois, diferente do que ocorre na exposição ao HIV, a indicação da IGHAHB irá depender do tipo de exposição. A IGHAHB deve ser administrada em dose única de 0,06mL/kg, podendo ser administrada em até 14 dias após a exposição sexual. Em relação a hepatite C, é recomendado solicitar teste rápido para hepatite C ou anti-HCV da pessoa exposta e da pessoa-fonte, se possível. Não existe profilaxia medicamentosa para a hepatite C, porém, os antivirais são altamente eficazes na cura da infecção caso ela se estabeleça.

### **Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)**

A profilaxia pré-exposição (PrEP) consiste no uso regular de dois medicamentos antirretrovirais, fumarato de tenofovir desoproxila (TDF) e entricitabina (FTC), de forma a reduzir as chances de adquirir a infecção pelo HIV. Indica-se para a PrEP o uso de TDF/FTC 300/200mg, em dose fixa combinada, um comprimido por dia, via oral, de uso contínuo. A concentração sérica dos fármacos atinge o nível adequado para alcançar proteção em cerca de 7 dias, no caso de relações anais, e em cerca de 20 dias, no caso de relações vaginais. Por isso, é necessário orientar que o usuário utilize preservativo de barreira e/ou outros métodos de prevenção durante esse período.

A população prioritária para uso do PrEP é aquela sob maior risco de contrair o vírus e com maior prevalência de infecção por HIV quando comparada à população em geral. No Brasil, a prevalência da infecção pelo HIV é de 0,4% na população geral, enquanto alguns segmentos populacionais apresentam prevalências de HIV mais elevadas, sendo eles: homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam drogas, profissionais do sexo e pessoas trans. É importante ressaltar, contudo, que o simples pertencimento a algum desses grupos não é o bastante para caracterizar os indivíduos com indicação de receber PrEP. Para tanto, devem ser analisados também os seguintes critérios:

- Relação sexual anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal, sem uso de preservativo, nos últimos seis meses E/OU
- Episódios recorrentes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) E/OU
- Uso repetido de Profilaxia Pós Exposição (PEP).

Pessoas em parceria sorodiscordante para o HIV também são consideradas prioritárias para uso da PrEP como forma complementar de prevenção, em casos de relato frequente de sexo sem uso de preservativo, múltiplas parcerias e/ ou para o planejamento reprodutivo. Na avaliação inicial do paciente candidato a PrEP devem ser analisados os seguintes aspectos: abordagem sobre gerenciamento de risco e vulnerabilidade, entendimento e motivação para início da PrEP, indicação de uso imediato de PEP (casos de exposição recente, até 72 horas), identificação e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, exclusão da possibilidade de infecção pelo HIV, testagem para hepatites virais B e C, vacinação para hepatite B e avaliação das funções renal e hepática. Os exames de triagem são feitos de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Exames de triagem para a profilaxia pré-exposição (PrEP), adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

<b>EXAMES DE TRIAGEM</b>	
Exames	Método
Teste para HIV	Teste rápido para HIV, utilizando amostra de sangue
Teste para sífilis	Teste treponêmico de sífilis ou não treponêmico
Identificação de outras IST (clamídia e gonococo)	Pesquisa em urina ou secreção vaginal
Teste para hepatite B	Pesquisa HBsAg e Anti-HBs
Teste para hepatite C	Pesquisa de Anti-HCV
Função renal	<i>Clearance</i> de creatinina, dosagem de ureia e creatinina sérica, avaliação de proteinúria
Função hepática	Enzimas hepáticas (AST/ALT)

O seguimento é feito com acompanhamento clínico e laboratorial, avaliação de eventos adversos, avaliação de adesão, exposições de risco e orientações sobre prevenção. A PrEP deverá ser interrompida em situações de diagnóstico de infecção pelo HIV, desejo da pessoa de não mais utilizar a medicação, mudança no contexto de vida (importante diminuição da frequência de práticas sexuais com potencial risco de infecção), persistência ou a ocorrência de eventos adversos relevantes e baixa adesão à PrEP (mesmo após abordagem individualizada de adesão).

## Referências

Adkins JC, Wagstaff AJ. Recombinant hepatitis B vaccine: a review of its immunogenicity and protective efficacy against hepatitis B. *BioDrugs*. 1998 Aug;10(2):137-58. doi: 10.2165/00063030-199810020-00005. PMID: 18020591.

Aggarwal R, Raajan P. Preventing and treating hepatitis B infection. *BMJ*. 2004 Nov 6;329(7474):1080-6. doi: 10.1136/bmj.329.7474.1080. PMID: 15528620; PMCID: PMC526122.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento./ 2021 - versão eletrônica - Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em 29 de agosto de 2022.

Brasil. Lei Federal nº 7.649, de 27 de janeiro 01 de 1988. Dispõe sobre o cadastramento de doadores. Disponível em <https://legis.senado.leg.br/norma/549525/publicacao/15646397>. Acesso em 5 de setembro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. 1ª edição - 2016 - versão eletrônica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em 29 de agosto de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for Risk of HIV Infection. 1ª edição – 2022 – versão eletrônica. Brasília - Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_profilaxia\\_prep.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf). Acesso em: 1 de set. de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia,

Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2ª edição - 2022 - versão eletrônica. Brasil - Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_hiv\\_sifilis\\_hepatites.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf). Acesso em 5 de setembro de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - VIH/Sida. Brasília, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Post-Exposure Prophylaxis (PEP) for the Risk of HIV, STIs and Viral Hepatitis Infection. 1ª edição – 2021 – versão eletrônica. Brasília - Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [file:///Users/victoria-lewiski/Downloads/Prot\\_Clinico\\_Diretrizes\\_Terap\\_PEP\\_%20Risco\\_Infeccao\\_HIV\\_IST\\_HV\\_2021.pdf](file:///Users/victoria-lewiski/Downloads/Prot_Clinico_Diretrizes_Terap_PEP_%20Risco_Infeccao_HIV_IST_HV_2021.pdf). Acesso em: 1 de set. de 2022. Acesso em: 1 de set. de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe Técnico da Vacina Papilomavírus Humano 6,11,16 e 18 (Recombinante) 2015 Segunda Dose. Brasília. 2015. 42 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 174 p. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Comprehensive Care for People with Sexually Transmitted Infections. 1ª edição – 2018 – versão eletrônica. Brasil – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/pcdt\\_adulto\\_12\\_2018\\_web1.pdf](https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/05/pcdt_adulto_12_2018_web1.pdf). Acesso em: 6 de set. de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares. Brasília, DF, 2008.

Brasil. Portaria N° 1.028, de 1° de julho de 2005, determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Ministério da Saúde, 2005.

Freitas FLS et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]; Epub 15 Mar 2021. 2021, v. 30, n. spe1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100004.esp1>. ISSN 2237-9622. Acesso em: 26 de ago. de 2022.

Fuchs FD. *Farmacologia Clínica e Terapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. ISBN: 978-85-277-3131-7.

Lu B, Kumar A, Castellsagué X, Giuliano AR. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: a systematic review & meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2011 Jan 12;11:13. doi: 10.1186/1471-2334-11-13. PMID: 21226933; PMCID: PMC3034689.

Mello DF, Gonçalves K, Fraga MF. et al. Complicações locais após a injeção de silicone líquido industrial – série de casos. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2013; 40(1): 037-043.

Rio Grande do Sul (Estado). Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Como fazer o rastreamento para infecções sexualmente transmissíveis? 2022 - versão eletrônica. Brasil - Rio Grande do Sul Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-fazer-o-rast>. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_atecao\\_integral\\_ist.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf). Acesso em 25 de agosto de 2022.

WHO - World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva, 2022. Disponível em : <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241549998>.