



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TIFFANY MÁRCIA TAVARES NETO

**DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA INFECÇÕES DE
IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2016 A 2021**

Brasília – DF

2022

TIFFANY MÁRCIA TAVARES NETO

**DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA INFECÇÕES DE
IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2016 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva
Professor Orientador: Dr. Prof. Mauro Niskier Sanchez

Brasília - DF

2022

TIFFANY MÁRCIA TAVARES NETO

**DISTRIBUIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA INFECÇÕES DE
IMPORTÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2017 A 2021**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA



Dr. Prof. Mauro Niskier Sanchez

Orientador



Dra. Profa. Marcela Lopes Santos

Membro



Dra. Profa. Mariana Ferreira Lopes

Membro

Aprovado em:

Brasília, 12 de Setembro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que trilhou todo o meu caminho até aqui repleto de luz, proporcionando muita leveza, força, dedicação e tranquilidade para que eu pudesse ressignificar todos os momentos que houveram necessidade e concluísse com serenidade um dos meus sonhos com muito aprendizado.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Saúde Coletiva que contribuíram de alguma forma com a minha formação e com quem sou hoje, excepcionalmente o professor Mauro Niskier Sanchez que disponibilizou seu tempo para auxiliar na elaboração deste trabalho e também aos profissionais que concederam informações para aprimorar o mesmo. Além disso, agradeço a Sala de Situação de Saúde e toda a equipe que nela atua, oferecendo diversas oportunidades, dentre elas, projetos de pesquisa e extensão, ao qual pude participar e compreender na prática a verdadeira importância do profissional sanitário para os diversos contextos das sociedades como um todo.

Agradeço toda a minha família, especialmente a minha mãe, Sirlene Aparecida, que tanto amo, e que mesmo sem saber ao certo sobre o meu curso de graduação e conseqüentemente minha profissão, nunca mediu esforços para me ver fazendo o que gosto. Sempre esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos, me encorajando, apoiando as minhas decisões de todas as formas, vibrando as minhas pequenas e grandes conquistas e torcendo orgulhosamente pelo meu sucesso para eu seguir em frente e alcançar todas as melhores coisas desse universo.

Agradeço a minha amiga de graduação, Maysla Almeida, mais conhecida como minha dupla, que esteve ao meu lado de corpo e alma desde o início do curso. Juntas permanecemos em total sincronia, principalmente com as roupas iguais nos dias de estágio obrigatório sem ao menos combinar. Juntas nos fortalecemos durante toda essa intensa trajetória com muito apoio, incentivo, risadas (isso nunca nos faltou), acolhimento, paciência, cumplicidade, paz, afeto e assim conseguimos transformar todos os obstáculos em momentos agradáveis e engraçados para seguirmos firmes diante do nosso sonho. Gratidão imensa por todos os momentos que tivemos e acima de tudo por nossa amizade que ficará por toda a vida.

Agradeço também ao meu namorado, Tayan Rodrigues que esteve ao meu lado durante todo esse processo com muito amor, compreensão e paciência. Agradeço também a Gabriela Ataide, que considero minha irmã, que sempre esteve de prontidão para me apoiar e me motivar durante toda a minha trajetória escolar e pré-vestibular, tornando essa caminhada animadora e descomplicada.

“Se a realização é coletiva, menos leitos e mais vidas para
vossa saúde infinita”.

Claudeth Camões

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis estão entre um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Para isso, ações de prevenção devem ser pensadas para a população, além do diagnóstico precoce. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a distribuição de testes rápidos para as infecções de importância em saúde pública, especificamente para HIV, Sífilis e as Hepatites B e C no contexto da rotina e da Rede Cegonha nos serviços de saúde do Distrito Federal no período de 2016 a 2021. Sendo um estudo descritivo do quantitativo de insumos e análise comparativa e crítica da necessidade e oferta de testes, assim como do processo de planejamento para aquisição e distribuição dos referidos insumos. Os resultados mostram que a distribuição dos testes rápidos devem melhorar os processos de monitoramento e controle. Por isso há a necessidade da implementação de um sistema nos serviços de saúde que armazene informações cabíveis a realidade de cada serviço para que seja possível fazer o acompanhamento da distribuição desses insumos. Dessa forma, o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB) seria uma opção para essa questão já que entre um dos seus objetivos encontra-se a ampliação da capacidade de planejamento das aquisições dos kits e aprimorar a qualidade das informações geradas no controle logístico dos kits, abrangendo itens sobre a quantidade de testes realizados, estoque, resultados e entre outros.

Palavras chave: Testes Rápidos; Infecções Sexualmente Transmissíveis; HIV; Sífilis; Hepatites Virais.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections are among one of the major public health problems in Brazil and in the world. For this, early prevention actions should be designed for the population, in addition to diagnosis. Therefore, the objective of this work was the distribution of rapid tests to the authorities of importance in public health, specifically for HIV, Syphilis and as a routine context and the Stork Network in the health services of the Federal District in Being descriptive of a study of analysis and critical analysis of the need and offer of tests, as well as the planning process for requesting and comparing the evaluation studies of the period. The results show that a rapid test distribution should improve monitoring and control processes. There is a need to implement a system in health services that stores information appropriate to the reality of each service so that it is possible to monitor this distribution. In this way, the Input Logistic Control System (SISLOGLAB) Labor is an option for this issue since among an improved objective is the ability to plan acquisitions and the quality of its information generated in the logistical control of the kits, covering items on the amount of tests performed, stock, results and Other

Key-words: Quick Tests; Sexually Transmitted Infections; HIV; Syphilis; Viral Hepatitis.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Covid-19	Coronavírus
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DIHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
GEVIST	Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IgG	imunoglobulinas G
IgM	imunoglobulinas M
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
SES	Secretaria de Saúde
Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISLOGLAB	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Subsecretaria de Vigilância em Saúde
TR	Teste Rápido
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Imunocromatografia de fluxo lateral	22
Gráfico 1 - Testes Rápidos de HIV (triagem e confirmatório) distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.....	28
Gráfico 2 - Testes Rápidos de HIV (triagem e confirmatório) distribuídos nos níveis de atenção segundo a Rede Cegonha das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.	29
Gráfico 3 - Número de casos de HIV notificados no DF, 2016 a 2020.....	30
Gráfico 4 - Testes Rápidos de Sífilis distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.	30
Gráfico 5 - Testes Rápidos de Sífilis distribuídos nos níveis de atenção segundo a Rede Cegonha dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.	31
Gráfico 6 - Número aproximado de casos notificados de Sífilis adquirida no DF, 2016 a 2020.	31
Gráfico 7 - Testes Rápidos de Hepatite B e C distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.	32
Gráfico 8 - Número de casos de Hepatite B notificados no DF, 2017 a 2021.....	32
Gráfico 9 - Número de casos de Hepatite C notificados no DF, 2017 a 2021.....	33
Gráfico 10 - Testes Rápidos de Hepatite B distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF de 2016 a 2021 e testes rápidos de Hepatite B realizados na Atenção Primária à Saúde no DF de 2017 a 2021	34
Gráfico 11 - Testes Rápidos de Hepatite C distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF de 2016 a 2021 e testes rápidos de Hepatite C realizados na Atenção Primária à Saúde no DF de 2017 a 2021.....	35
Anexo A - Tela inicial do Sistema Logístico de Controle de Insumos Laboratoriais.	45
Anexo B - Painel para análise do consumo dos testes rápidos disponível para as coordenações estaduais e capitais.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 HIV-AIDS	11
2.2 SÍFILIS	12
2.3 HEPATITES B e C	14
3 IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL E DO DISTRITO FEDERAL	15
4 TESTES RÁPIDOS	21
5 REDE CEGONHA	24
6 METODOLOGIA	26
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
8 RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

As infecções de importância em saúde pública, especificamente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), são agravos que acometem qualquer população. Dentre alguns destes agravos estão o HIV, a Sífilis e as Hepatites B e C. Todas elas são transmitidas, principalmente, por relações sexuais desprotegidas. Apesar das Hepatites citadas apresentarem um risco menor de transmissão por contato sexual, a mesma não deixa de acontecer, especialmente se o indivíduo já possuir uma infecção.

Há uma estimativa que, no mundo, mais de um milhão de novos casos de ISTs ocorrem diariamente (OMS, 2020). E boa parte da população não conhece seu status atual de infecção. Por isso, "[...] todas as pessoas precisam ser testadas pelo menos uma vez na vida." (BRASIL, 2022). Nesse sentido, há necessidade dos serviços e dos profissionais de saúde facilitarem o acesso da população aos testes rápidos, pois quando não diagnosticadas precocemente e tratadas em tempo hábil podem evoluir para casos avançados e até a morte.

Partindo dessa premissa, justifica-se a temática por se tratar da distribuição de testes rápidos de Infecções Sexualmente Transmissíveis, sendo um dos insumos estratégicos e essenciais para a detecção ágil desses agravos.

Com isso, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a distribuição de testes rápidos para as infecções de importância em saúde pública, sendo estas, o HIV, a Sífilis e as Hepatites B e C, no contexto da rotina e da Rede Cegonha nos serviços de saúde do Distrito Federal no período de 2016 a 2021. Já os objetivos específicos são: conceituar o processo de infecção dos agravos de importância em saúde pública; compreender sobre testes rápidos voltados para triagem e diagnóstico; explicitar sobre a distribuição de testes rápidos para os serviços de saúde e recomendar melhorias para o planejamento de aquisição e distribuição dos testes rápidos.

Trata-se de um estudo descritivo do tipo análise documental. Dentre alguns de seus conceitos essa análise pode ser definida como “[...] um conjunto de operações intelectuais, visando à descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação.” (DE SOUZA et al., 201 apud IGLESIAS; GÓMEZ, 2004). Sendo assim, as informações encontradas são apresentadas de modo mais compreensível em relação ao documento original.

Com base na temática e método, no trabalho foram utilizados dados de testes rápidos distribuídos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C. As quantidades descritas são conforme a unidade de cada teste rápido contida nos kits, sendo em todos níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) de acordo com o ano de distribuição (2016 a 2021) e as Regiões de Saúde do DF (Região Central, Região Centro-Sul, Região Norte, Região Sul, Região Leste, Região Oeste e Região Sudoeste). Os testes rápidos distribuídos para HIV e Sífilis são divididos e distribuídos entre a rotina (dos serviços) e o programa Rede Cegonha. Estes dados foram disponibilizados através dos relatórios internos da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis (GEVIST), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (GEVIST/DIVEP/SVS/SES-DF). Essas instituições, em sua totalidade, são responsáveis pelas ações de prevenção, vigilância e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos e doenças. Especificamente para as Hepatites B e C foi encontrado dados sobre os testes rápidos realizados na Atenção Primária à Saúde do DF de acordo com o ano (2017 a 2021), através dos documentos denominados informativos epidemiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis da SVS/SES-DF.

Ao que tange os dados do número de casos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, estes foram encontrados nos informativos epidemiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis da SVS/SES-DF. Para os casos notificados de HIV e Sífilis os dados disponíveis foram dos anos de 2016 a 2020. Já os dados disponíveis dos casos notificados das Hepatites B e C foram de 2017 a 2021.

Todos os dados aproveitados são especificamente das instituições citadas por elas terem como uma de suas funções o armazenamento dos mesmos para realizarem o acompanhamento dessas informações e pensarem em intervenções acerca da temática.

Dessa maneira, a partir dos dados disponibilizados e disponíveis foi feita uma descrição do quantitativo de insumos e uma análise comparativa e crítica da necessidade e oferta de testes, assim como do processo de planejamento para requisição e distribuição dos referidos insumos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HIV-AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida) é mais conhecida no Brasil por sua tradução em inglês sendo *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), e o causador dessa Síndrome é o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Os primeiros relatos de uma nova doença infecciosa e transmissível começou a ser relatada em 1981, nos Estados Unidos, com vários casos de homens homossexuais com pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi, notificados ao Centers for Disease Control and Prevention (CDC), mais tarde denominada como uma síndrome, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). E em 1983, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da AIDS, foi identificado. (RACHID; SCHECHTER, 2017). No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez na década de 80.

O HIV afeta e compromete as células do sistema imunológico e quando o mesmo encontra-se fragilizado o indivíduo infectado apresenta sinais e sintomas relacionados à presença de outras infecções oportunistas, ocorrendo a AIDS. Nesse sentido, a AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV. Porém, muitos indivíduos não manifestam sintomas, por isso, uma pessoa pode estar vivendo com o HIV mas nunca desenvolver a AIDS. (BRASIL, 2017).

No que tange às características gerais do vírus, trata-se de uma partícula esférica, que mede de 100 a 120 nm de diâmetro. Além disso, é um retrovírus do gênero *Lentivirinae* que possui como característica um extenso período de incubação, e faz parte da família *Retroviridae* tendo como particularidade o genoma composto por RNA. Em seu núcleo contém duas cópias de RNA de cadeia simples, envoltos por uma camada proteica ou núcleo-capsídeo, capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica. (BRASIL, 2013). O HIV dispõe também de uma enzima chamada transcriptase reversa que é responsável pela transcrição RNA viral para uma cópia DNA, onde através desta enzima consegue se multiplicar acomodando-se ao genoma do hospedeiro. (BRASIL, 2006).

Segundo BRASIL (2006), em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Apesar disso, “a epidemia de HIV/Aids no Brasil é complexa quanto à distribuição e prevalência dos

diferentes subtipos de HIV-1, se comparada aos outros países da América do Sul” (HEMELAAR et al., 2011; HEMELAAR et al., 2006 apud BRASIL, 2018).

A transmissão do vírus ocorre por meio do contato com fluidos corporais infectados e, para isso, deve penetrar na corrente sanguínea em quantidades suficientes para provocar a infecção. Portanto, o vírus pode ser transmitido por meio de relações sexuais (anal, vaginal e oral) desprotegidas mediante o contato com o sêmen e/ou secreção vaginal. Também ocorre por meio do sangue, em situações que envolvam objetos perfuro cortantes infectados (agulhas, lâminas, piercing) ou até mesmo a transfusão de sangue. (BRASIL, 2017). Há também a transmissão vertical, em que o vírus é transmitido da mãe para o bebê durante a gestação (líquido amniótico), trabalho de parto (secreções cérvico-vaginais ou sangue) e a amamentação (leite materno) (RACHID; SCHECHTER, 2017). O foco principal do HIV é utilizar os linfócitos CD4 (células de defesa) para se multiplicar e, com o passar da infecção, essas células acabam diminuindo e favorecendo o aparecimento de doenças relacionadas à baixa imunidade, mas com o tratamento adequado o CD4 volta a aumentar (BRASIL, 2017).

As manifestações do HIV podem ser divididas em três fases, sendo a fase aguda, a fase assintomática ou de latência clínica e a Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS), considerada a última fase. Na fase aguda há o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da doença podendo aparecer ou não de 0 a 4 semanas após a infecção, e por isso o indivíduo pode apresentar hipertermia (febre), sudorese (suor), cefaleia (dor de cabeça), fadiga (cansaço), faringite (dor de garganta), exantemas (manchas vermelhas no corpo), gânglios linfáticos aumentados e um leve prurido (coceira). A fase assintomática ocorre após a fase aguda tendo uma duração de em média de oito a dez anos, e normalmente o indivíduo não apresenta sinais e sintomas, porém o vírus continua se multiplicando no organismo. A última fase é definida como sintomática, onde começam a aparecer sinais e sintomas referentes ao agente causador da infecção oportunista, e assim o indivíduo apresenta perda de peso, diarreia, suor noturno, alopecia (queda de cabelo), entre outros. (BRASIL, 2017).

2.2 SÍFILIS

A sífilis é uma infecção bacteriana dermatológica crônica causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*, sendo o agente etiológico dessa infecção. “[...] ele foi descoberto somente em 1905, pelo zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffmann” (BRASIL, 2010).

O *Treponema pallidum* constitui a família dos *Treponemataceae* e faz parte do gênero *Treponema* que possui quatro espécies patogênicas. Essas quatro espécies são: o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum*. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Sendo assim, a transmissão ocorre por meio da relação sexual desprotegida com uma pessoa infectada (sífilis adquirida). Em decorrência disto, a bactéria se introduz em fissuras presentes e atinge o sistema linfático regional, e por meio das vias sanguíneas atinge outras partes do corpo, podendo então apresentar sinais e sintomas. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Esses sinais e sintomas são divididos em sífilis primária, sífilis secundária, sífilis latente e sífilis terciária. Na sífilis primária pode ocorrer o aparecimento de uma lesão no local onde a bactéria se inseriu. Nessa fase, a lesão é chamada de cancro duro ou protossífilom e se caracteriza por ser indolor, ter uma base endurecida e conter secreção serosa. Essa lesão primária desaparece espontaneamente, independente de tratamento. Quando não tratada na primeira fase, evolui para a sífilis secundária em que a bactéria atinge os órgãos e líquidos do corpo e há a manifestação de manchas na pele, principalmente mãos e pés. Essas manchas contém inúmeros treponemas e também desaparecem em algumas semanas. Se o indivíduo não estiver em tratamento, após a ausência dos sinais e sintomas da sífilis secundária, inicia-se o processo da sífilis latente em que não há nenhuma manifestação clínica. Por fim, a sífilis terciária acontece depois de longos anos após o início da infecção, debilitando os tecidos e ossos apresentando lesões cutâneas que podem acometer o sistema cardiovascular e o sistema neurológico (BRASIL, 2010).

Além disso, a transmissão também ocorre de forma vertical (sífilis congênita). A infecção pode ocorrer em qualquer período da gestação e o risco de transmissão varia de acordo com o estágio da doença na gestante. Na fase primária, em que há elevada carga treponêmica circulante a taxa de transmissão em mulheres não tratadas é de 70% a 100%. Já nas fases latentes ou terciárias, a taxa é reduzida para 30% em decorrência da resposta imunológica que diminui a carga treponêmica (BRASIL, 2006).

A sífilis congênita se manifesta em gestantes por meio de situações delicadas, podendo ocorrer abortos, nascimentos prematuros e nascimentos seguidos de morte. A nascer, a criança pode salientar lesões bolhosas na palma das mãos, planta dos pés, ao redor da boca e do ânus. Entretanto, alguns casos permanecem na fase latente, vindo a manifestar sinais e sintomas tardiamente e, se não tratadas, acabam se tornando irreversíveis (BRASIL, 2010).

2.3 HEPATITES B e C

As Hepatites B e C são infecções virais que afetam o fígado provocando inflamação, podendo se manifestar de forma leve, moderada ou grave.

A Hepatite B é causada pelo vírus denominado *hepatitis B virus*, *HBV* e pertence à família *Hepadnaviridae*. “os vírus dessa família têm características em comum, como fita dupla incompleta e replicação do genoma viral por enzima transcriptase reversa” (BRASIL, 2017). Além disso, é considerado um vírus oncogênico.

A transmissão ocorre por meio da via parenteral, via sexual, por meio de relações desprotegidas e também de mãe para o filho (transmissão vertical). Com isso, ela pode se apresentar de forma aguda ou crônica no indivíduo infectado. A forma aguda da doença caracteriza-se por sintomas de uma infecção viral inespecífica com leves alterações gastrintestinais (BRASIL, 2018). Logo após essa fase, pode ocorrer a forma icterica da doença, sendo “definida como coloração amarelada da pele, escleróticas e membranas mucosas consequente à deposição, nesses locais, de pigmento biliar, o qual se encontra em níveis elevados no plasma” (MARTINELLI, 2004). Ela é frequentemente percebida na conjuntiva ocular e pele. Posteriormente dessa forma icterica, acontece a fase de convalescença, onde há a melhora contínua do indivíduo (GONÇALVES JUNIOR, 2013 apud BRASIL, 2018). Já a infecção crônica é definida pela presença persistente do antígeno viral HBsAg no soro do indivíduo por um período de seis meses ou mais.

A Hepatite C é causada pelo vírus denominado *hepatitis C virus*, *HCV* e pertence à família *Flaviviridae*. [...] “material genético é formado por fita única de RNA de sentido positivo; sua variação genética permite reconhecer sete genótipos diferentes” (SMITH, 2013 apud DUARTE, 2021). A sua principal forma de transmissão é por via parenteral e há um risco maior para as populações que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, pessoas que usam drogas injetáveis e/ou inaláveis, pessoas que compartilham equipamentos de uso pessoal; pessoas com tatuagem, piercings ou que apresentem outras formas de exposição percutânea, como procedimentos em salões de beleza, consultórios odontológicos, entre outros que não seguem as devidas normas de biossegurança (BRASIL, 2018). Quanto à transmissão sexual desprotegida e a transmissão vertical, essas são menos comuns, porém podem ocorrer caso haja coexistência de alguma infecção sexualmente transmissível.

A maior parte dos casos são assintomáticos, o que dificulta o diagnóstico. Em outras situações os casos podem apresentar icterícia e outros manifestam sintomas inespecíficos, como anorexia, astenia, mal-estar e dor abdominal (BRASIL, 2017).

3 IMPACTO NA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL E DO DISTRITO FEDERAL

O HIV-Aids, a Sífilis e as Hepatites B e C são de suma importância para a saúde pública no Brasil, tendo em vista que são infecções transmissíveis e que atingem populações de vários segmentos, conseqüentemente gera impacto sobre a morbidade e mortalidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, é uma obrigatoriedade dos profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que notifiquem casos suspeitos ou confirmados de doenças que, em síntese, causem implicações para a saúde pública e coletiva. Nesse sentido, essas infecções fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças. A notificação compulsória da AIDS ocorre desde 1986 pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, já a infecção pelo HIV em gestantes desde 2000 e a infecção pelo HIV, desde 2014. A sífilis congênita também faz parte dos agravos de notificação compulsória por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, e a sífilis em gestantes através da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Apenas em 2010, a Portaria nº 2.472, de 31 de agosto, incluiu a sífilis adquirida na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Quanto às Hepatites Virais, estas são agravos de notificação compulsória determinados pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017.

De acordo com as notificações realizadas pelos profissionais, são elaborados boletins epidemiológicos anualmente. Sendo assim, no Brasil, o “boletim epidemiológico HIV/Aids 2021” do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS), no ano de 2007 até junho de 2021, descreve que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 381.793 casos de HIV, destes 266.360 (69,8%) foram casos em homens e 115.333 (30,2%) casos em mulheres. No mesmo período, a maior parte dos casos de infecção pelo HIV encontrava-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos (BRASIL, 2021).

As gestantes que também estão expostas a essa infecção, e foram notificadas no Sinan no período de 2000 até junho de 2021, 141.025 casos de infecção pelo HIV, em que 7.814 foram no ano de 2020, com uma taxa de detecção de 2,7 mil nascidos vivos. Também em 2020, foram

registrados no SIM um total de 10.417 óbitos por causa básica a Aids (CID10: B20 a B24), com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,0/100 mil habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 30,6% entre 2014 e 2020 (BRASIL, 2021).

Quanto ao contexto do HIV no Distrito Federal, de 2016 a 2020, foram notificados 3.536 casos de infecção pelo HIV. A faixa etária dos casos estava entre as pessoas de 20 a 29, que apresentaram os maiores percentuais (proporção média de 46,9% no período). Houve um crescimento de casos entre pessoas de 29 a 30 anos (de 25,5%, em 2019, para 28,2%, em 2020). De 2016 a 2020, o valor médio da razão entre os sexos nos casos de HIV foi de 6,1 M/F (casos masculinos para cada caso feminino), chegando em 2019 a 7,2 M/F (SES-DF/SVS, 2021).

No período de 2016 a 2020, também no Distrito Federal, foram notificadas 222 gestantes com HIV. O coeficiente de detecção de HIV em gestantes teve uma pequena queda, de 1,3 caso/1000 nascidos vivos (NV) em 2016, para 1,2 caso/1000NV, em 2020 (SES-DF/SVS, 2021).

Diante das informações disponíveis sobre o momento do diagnóstico de HIV, observou-se que no mesmo período houve redução de 4,7% dos casos detectados antes do pré-natal e redução de 6,0% nos casos detectados durante o pré-natal, enquanto que o diagnóstico no momento do parto aumentou em 142,8%, o que indica redução do diagnóstico precoce das gestantes com HIV e do tratamento oportuno, fazendo com que aumente o risco de transmissão entre as crianças expostas ao HIV. Os dados relatam que não houve diagnóstico do HIV entre as gestantes após o parto (SES-DF/SVS, 2021).

Em relação aos casos de Aids, no ano de 1980 a junho de 2021, totalizou 1.045.355 casos detectados no país. Especificamente em 2020 chegaram a 29.917 casos notificados no Sinan. Observa-se que, desde 2012, houve uma diminuição na taxa de detecção de Aids no Brasil, que passou de 22,0/100 mil habitantes para 14,1/100 mil habitantes em 2020, quantidade positiva que resultou em um decréscimo de 35,7%. Em 2020, indivíduos de 25 a 29 anos foram os grupos mais acometidos, com a taxa de detecção sendo 43,2 casos/100 mil habitantes. No ano de 2016 a prevalência foi entre homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos (BRASIL, 2021).

Em comparação com os casos de HIV, as razões de sexos entre os casos de Aids no DF, em todos os anos analisados foram menores. Houve aumento de 10,9%, quando comparados os anos de 2016 e 2020, passando de 4,6 M/F para 5,1 M/F. A faixa etária mais atingida foram pessoas de 20 a 29 anos (26,2%), de 30 a 39 anos (24,7%) e de 40 a 49 anos (26,1%), indicando que a detecção de Aids entre as pessoas com maior idade ocorre com mais frequência do que àquelas com HIV. Quanto aos óbitos por Aids, foram registrados 526 no Distrito Federal, no

período entre 2016 a 2020, 72,8% ocorreram entre homens (383) e 27,2% entre mulheres (143) (SES-DF/SVS, 2021).

O Boletim Epidemiológico da sífilis relata que a sífilis adquirida teve uma taxa de detecção aumentada até 2018, atingindo 76,4 casos por 100.000 habitantes. Em 2019, houve redução da taxa de detecção, de 74,2 casos por 100.000 hab. e em 2020 foram notificados no Sinan 115.371 casos, com taxa de detecção de 54,5 casos/100.000 habitantes, observando-se uma queda em relação aos anos anteriores. Em relação aos óbitos por sífilis congênita em 2020, a taxa de mortalidade foi de 6,5/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2021).

Segundo a série histórica de casos notificados de sífilis no Brasil, 512.780 (41,1%) ocorreram em homens e 735.354 (58,9%) em mulheres, sendo que 339.869 (46,2%) foram notificadas como sífilis adquirida e 395.485 (53,8%) como sífilis em gestante. No Brasil, a sífilis atinge principalmente mulheres, sobretudo negras e jovens na faixa etária de 20 a 29 anos. Observa-se que em 2020 as mulheres de 20 a 29 anos chegaram a 28,0% do total de casos notificados e os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,8% (BRASIL, 2021).

Em 2020, do total de 22.144 casos de sífilis congênita, houve 21.795 (98,4%) casos de sífilis congênita em neonatos (até 28 dias de vida), dos quais 21.412 (96,7%) foram diagnosticados na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 93,5% foram classificados como sífilis congênita recente, 3,5% como aborto por sífilis, 3,0% como natimorto e 0,1% como sífilis congênita tardia. Com relação à evolução dos casos, nota-se redução do percentual de desfechos desfavoráveis ao longo dos anos (BRASIL, 2021).

Do total de casos e ano supracitados, 87,7% das crianças com sífilis congênita estavam vivas e 8,2% apresentaram algum desfecho desfavorável, onde 1,1% foram classificados como óbito por sífilis congênita, 0,7% como óbito por outras causas, 3,5% como aborto e 3,0% como natimorto. Além desses, 4,1% dos casos apresentaram evolução ignorada.

No Distrito Federal, de 2016 a 2020, foram notificados 9.025 casos de sífilis adquirida. Houve aumento no coeficiente de detecção, de 54,9 por 100.000 habitantes, em 2016, para 70,6 por 100.000 habitantes, em 2020. Em 2019, foram notificados 2.011 casos e em 2020, 2.154 casos (SES-DF/SVS, 2021).

No período analisado, em relação ao coeficiente de detecção por sexo (masculino e feminino) apresentaram aumento. Em homens, esse coeficiente variou de 75,4 para 110,7 casos por 100.000 habitantes. Nas mulheres, a variação foi de 24,3 para 33,3 casos por 100.000 habitantes. Em se tratando da razão de sexos, no ano de 2019, foram 3 casos em homens para

cada caso em mulher. No ano de 2020, essa razão teve aumento para 3,3 casos em homens para cada caso de sífilis adquirida em mulheres. Quanto à faixa etária, em todo o período foram identificadas as maiores proporções de casos notificados na faixa etária de 20 a 39 anos, seguida da faixa etária de 40 a 59 anos (SES-DF/SVS, 2021).

A sífilis em gestantes no DF (2016 a 2020) chegou a 3.009 casos notificados. Observou-se um aumento médio de 21,1% na notificação de casos a cada ano. Em 2016, foram notificados 355 casos e em 2020, 921 casos de sífilis em gestantes, um aumento de 259,4%. A faixa etária mais acometida em todo o período foi a de 20 a 29 anos, com aumento de 51,4%, em 2019, para 57,0%, em 2020, nesse público. Chama-se a atenção para as gestantes com idades de 15 a 19 anos que também apresentaram consideráveis proporções de casos de sífilis (SES-DF/SVS, 2021).

Dados sobre a realização de dois testes para a sífilis, sendo um treponêmico e um não treponêmico, demonstram o aumento do teste treponêmico realizado durante o pré-natal, passando de 71,5% em 2016 para 88,9% em 2020. Sabe-se que o TR é um meio fundamental para o diagnóstico adequado e precoce, visando um pré-natal com qualidade de vida (SES-DF/SVS, 2021).

Em relação à sífilis congênita no DF, nos anos de 2016 a 2020, foram notificados 1.535 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Os maiores percentuais de sífilis congênita, em 2020, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos (54,4%), seguidas daquelas nas faixas de 10 a 19 anos (21,3%) e de 30 a 39 anos (20,5%). Quanto à evolução dos casos de sífilis congênita segundo desfecho desfavorável (n=270), 57,1% foram abortos, seguidos de 25,4% de natimortos e de 3,2% de óbitos por sífilis congênita. Na série histórica analisada, o coeficiente de mortalidade infantil por sífilis congênita em menores de um ano apresentou queda de 78,3%. No período avaliado foram registrados, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 16 óbitos em menores de um ano como causa básica de sífilis congênita (SES-DF/SVS, 2021).

As Hepatites Virais também são monitoradas no Brasil e, de acordo com o Boletim Epidemiológico, no período de 1999 a 2020, foram notificados no Sinan 689.933 casos confirmados de Hepatites Virais no Brasil. Desse total de casos, 254.389 (36,9%) foram de Hepatite B e 262.815 (38,1%) casos de Hepatite C, sendo estas as principais causas de doença hepática crônica (BRASIL, 2021).

Os casos de Hepatite B segundo faixa etária e sexo mostra que quase metade do total de casos acumulados estava entre indivíduos de 25 a 44 anos (49,0% dos casos). Em 2020, o maior

percentual de casos notificados ocorreu entre as pessoas de 60 anos ou mais (16,3%). A maior taxa de detecção foi observada em indivíduos de 35 a 39 e 50 a 54 anos, sendo 4,7 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

Em relação ao sexo dos indivíduos infectados, 60,1% dos casos acumulados nos anos de 1999 a 2020, ocorreu entre homens de 25 a 49 anos de idade. Já as mulheres representam 52,8% dos casos acumulados possuindo de 20 a 39 anos. Especificamente em 2020, os casos do sexo masculino permaneceram entre indivíduos de 40 a 44 anos (13,0%) e 60 anos e mais (18,3%). A taxa de detecção mais elevada aconteceu entre indivíduos de 50 a 54 anos (6,7 casos a cada 100 mil habitantes). Quanto às mulheres de 30 a 34 anos de idade (15,7%), foram as que apresentaram a maior taxa de detecção, com 4,6 casos a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

Nos casos acumulados de Hepatite B durante o período de 2007 a 2020, 5,1% houveram coinfeção com o HIV. Além disso, de 2000 a 2019, foram registrados 16.722 óbitos por Hepatite B, sendo considerada a segunda maior causa de óbitos entre as Hepatites Virais (BRASIL, 2021).

Os casos confirmados em gestantes por Hepatite B nos anos de 1999 a 2020 chegaram ao total de 27.355 infecções. A distribuição dos casos acumulados de Hepatite B detectados no momento da gestação no mesmo período citado, segundo faixa etária, mostra que a maioria dessas pessoas tinham idade entre 20 a 29 anos (BRASIL, 2021).

No Distrito Federal, no período de 2017 a 2021, 515 casos novos foram notificados. Quanto ao coeficiente de detecção por 100.000 habitantes segundo sexo, o masculino teve crescimento em 2018 e 2019 e teve queda em 2020 e 2021, com 4,0 e 3,5, respectivamente. No sexo feminino foi observado um aumento em 2018, seguido de queda em 2019 e 2020, voltando a apresentar crescimento no último ano (2,6 casos de Hepatite B por 100.000 habitantes). A razão de sexos (M:F) apresentou redução de 1,6 para 1,2 homens para cada mulher com Hepatite B, em 2021 em relação ao ano de 2020 (SES-DF/SVS, 2022).

Se tratando da faixa etária, entre 2017 e 2019, os maiores coeficientes de detecção por 100.000 habitantes de Hepatite B foram verificados entre 30 a 39 anos. Em 2020, a faixa de 50 a 59 anos apresentou o maior coeficiente e em 2021 a de maiores de 60 anos. No período analisado no boletim não foram notificados casos de Hepatite B entre menores de cinco anos de idade (SES-DF/SVS, 2022).

A Hepatite C, nos anos de 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 262.815 casos confirmados. Levando em consideração a faixa etária em todo o período, a infecção afetou

indivíduos acima de 60 anos, 26,7% foram mulheres e 18,5% foram homens. Em 2020, as maiores taxas de detecção foram em ambos os sexos na faixa etária de 55 a 59 anos, chegando a uma taxa de detecção de 34,5 casos por 100 mil habitantes entre homens e 19,7 entre mulheres (SES-DF/SVS, 2022).

A coinfeção com o HIV nos casos notificados de Hepatite C durante 2007 a 2020 foi de 8,5% (19.924) do total de casos e houve uma redução no percentual de coinfeção, que passou de 9,5% em 2009 para 6,8% em 2020. Os óbitos por Hepatite C de 2000 a 2019 foram 59.950, em que 53,0% (31.802) tiveram essa etiologia como causa básica (SES-DF/SVS, 2022).

Quanto à transmissão vertical, ela ocorre em números menores, porém, não deixa de acontecer. Nota-se que em todo período (1999 a 2020), a provável fonte de infecção foi o uso de drogas, correspondendo a 11,9% do total de casos, seguido de transfusão sanguínea (10,0%) e de relação sexual (9,0%). Em 2020, a proporção de infecções por via sexual (9,6%) foi superior ao percentual de infecções relacionadas ao uso de drogas (7,4%), e a proporção de infecções por via transfusional foi de 3,2% (SES-DF/SVS, 2022).

No Distrito Federal, no período de 2017 a 2021, foram notificados 812 casos novos de Hepatite C. O coeficiente de detecção por 100.000 habitantes segundo sexo, o feminino apresentou crescimento em 2018 (4,5) e redução em 2019 e 2020 (4,3 e 2,8 respectivamente), após esses anos tiveram aumento em 2021 (4,0). No sexo masculino ocorreu um aumento nesse coeficiente em 2018 e 2019 (6,9 e 8,5 respectivamente), e redução em 2020 e 2021 (6,8 e 6,4 respectivamente). No período analisado, a razão entre os sexos (M:F) foi de 1,7 homens para cada mulher com Hepatite C. Em 2017 a 2020, as idades entre 50 e 59 anos apresentaram o maior coeficiente de detecção e em 2021, os maiores coeficientes foram na faixa etária acima de 60 anos. De 2019 a 2021 não foram registrados casos em menores de 5 anos (SES-DF/SVS, 2022).

Todos os Boletins Epidemiológicos das infecções supracitadas apresentam diminuição dos casos no Brasil durante os últimos anos, mas essa queda pode estar associada diretamente à subnotificação de casos devido a diversas adversidades que ocorrem, dentre elas está a mobilização que foi feita nos serviços de saúde para conter a pandemia do Covid-19.

Observa-se que esses agravos podem ser evitados por meio de ações educacionais, pois a estratégia utilizada no Brasil é a prevenção combinada, onde, ocorre simultaneamente intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, sem excluir ou substituir um método de prevenção pelo outro (BRASIL, 2022). A partir disso, a população se torna sensibilizada e

assim esses agravos podem ser evitados, porém, quando contraídos há a possibilidade do diagnóstico e tratamento.

Os testes rápidos são extremamente efetivos para detecção precoce desses agravos, principalmente no período gestacional. Segundo um estudo desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi possível demonstrar que “um teste com 86% de sensibilidade e 72% de especificidade para a sífilis, em que o retorno e o tratamento dos pacientes testados fossem de 100%, poderia salvar mais de 138 mil vidas e evitar a infecção de mais de 148 mil recém-nascidos”. (URDEA, M. et al., 2006 apud BARTH, P. et al, 2018). Além da detecção das infecções, eles atuam também como uma forma de prevenção quando feitos regularmente.

4 TESTES RÁPIDOS

Os testes rápidos surgiram ao final da década de 1980, sendo uma estratégia eficiente para a investigação de doenças infectocontagiosas, já que como o próprio nome expressa, são testes que quando realizados possibilitam resultado e interpretação em poucos minutos, em comparação com os testes feitos em laboratórios que apresentam resultados em horas e/ou dias. Como isso, desde 2005, eles são utilizados como testes iniciais no diagnóstico dos agravos de importância à saúde pública (BRASIL, 2016).

Para que sejam realizados, o profissional de saúde deve estar capacitado, portanto o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde disponibiliza uma capacitação de modo virtual, gratuitamente, por meio do Telelab, sendo este uma plataforma de educação permanente (BRASIL, 2018).

Os testes têm como características a agilidade no resultado e não necessitam de uma estrutura de grande complexidade para a sua execução, o que conseqüentemente proporcionam ao indivíduo o encaminhamento para o tratamento adequado caso o resultado seja positivo, e o aconselhamento pelo profissional de saúde que deve ser feito antes e depois da realização do teste. Este aconselhamento envolve a troca de informações entre o profissional e o paciente, para que haja escuta e resposta às dúvidas, apoio emocional, adoção de medidas preventivas e entre outras (BRASIL, 2016).

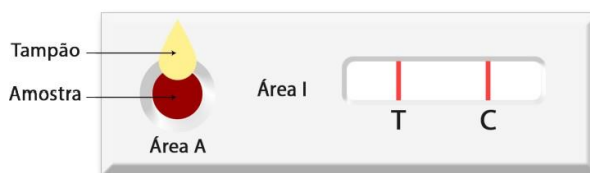
No Brasil, uma das ações do Ministério da Saúde para enfrentar e controlar as ISTs é a distribuição de testes rápidos aos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2017). O MS é o

responsável por distribuir esses insumos para 67 unidades, sendo estas todas as 27 unidades federativas, 15 municípios com grande demanda de TR e 25 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de acordo com as solicitações mensais (BATISTA, 2016).

Existem inúmeros formatos de testes rápidos, que se diferenciam por sua execução e como são produzidos. Dentre estes, os mais utilizados são: os testes de imunocromatografia de fluxo lateral, os testes de imunocromatografia de dupla migração (ou de duplo percurso – DPP), dispositivos de imunocaptação e os testes por fase sólida. Eles são feitos por meio do sangue colhido por punção venosa ou polpa digital e também por fluído oral (BRASIL/telelab).

Cada agravo baseia-se em testes diversificados para ser feita a detecção, porém, os mais utilizados para as infecções aqui discutidas é a tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral, que é composta por: filtro de amostra (A), suporte do conjugado (I), membrana de nitrocelulose (T) e filtro de adsorção (C) (JAPOLLA, *et al.* 2015), como mostrada abaixo (**Figura 1**).

Figura 1 - Imunocromatografia de fluxo lateral



Fonte: TELELAB

Em cada uma dessas áreas, o fluido utilizado reage aos componentes do teste apresentando uma resposta. No filtro de amostra (A) é o local para ser colocada a amostra e a solução tampão. Já no suporte do conjugado (I) normalmente há o couro coloidal ligado a anticorpos. Na membrana de nitrocelulose (T) possui os antígenos fixados na membrana de nitrocelulose, onde interpreta-se o resultado e o filtro de adsorção (C) é o controle da reação que permite a validação do teste (BRASIL).

Os manuais técnicos para diagnóstico das infecções pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais estão em vigor por meio de portarias, sendo respectivamente a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, a Portaria SVS/MS nº 2.012, de 19 de outubro de 2016 e a Portaria SVS/MS nº 25, de 1º de dezembro de 2015. Diante do conteúdo retratado nos manuais estão

inclusos os algoritmos (fluxogramas) para cada um desses agravos que possui as orientações para serem seguidas visando a melhor identificação das infecções.

Sendo assim, um dos fluxogramas para o HIV define dois testes rápidos (TR1 e TR2) que contém antígenos diferentes e devem ser usados sequencialmente caso o resultado seja reagente. Essa estratégia auxilia a diferenciar os indivíduos que estão infectados, conforme resultados reagentes apresentados nos TR1 e TR2, daqueles que possivelmente tiveram um resultado falso-reagente no TR1. Eles devem detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O, e anticorpos anti-HIV-2. Ainda mais, é estabelecido que seja feito um exame laboratorial para analisar a quantidade de carga viral do HIV quando reagente em dois testes rápidos distintos.

Os TR de Sífilis são concedidos para iniciar a investigação do agravo e são chamados de testes rápidos treponêmicos. Os testes treponêmicos detectam em sua maioria os anticorpos denominados por imunoglobulinas (IgM e IgG), que são específicas contra componentes celulares do treponema. Portanto, recomenda-se que sejam utilizados testes treponêmicos que tenham a capacidade de detectar estes anticorpos totais citados. (HENAO-MARTÍNEZ; JOHNSON, 2014; RATNAM, 2005 apud BRASIL, 2021). “É importante ressaltar que, em aproximadamente 85% dos casos, os testes treponêmicos permanecem reagentes durante toda a vida nas pessoas que contraem sífilis, independentemente de tratamento (cicatriz sorológica)” (SCHROETER et al., 1972; WHO, 2016 apud BRASIL, 2021).

Em vista disso, os TR treponêmicos não devem ser usados para monitorar o tratamento. Os testes laboratoriais devem ser feitos em complemento ao TR para verificar se a infecção está realmente ativa e também verificar a titulação dos anticorpos. Com isso, auxilia no monitoramento, tratamento e cura da infecção. (BRASIL, 2020; LARSEN; STEINER; RUDOLPH, 1995; WORKOWSKI; BOLAN, 2015 apud BRASIL, 2021).

Para a Hepatite B, concedem a utilização do TR para iniciar a investigação do agravo. O teste permite a detecção do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total. Com isso, caso o resultado seja reagente deve-se complementar a investigação do diagnóstico com testes laboratoriais. Para a Hepatite C também é definida a utilização de TR como início da investigação. O resultado reagente indica contato prévio com o HCV. É necessário complementar o diagnóstico por meio de testes de detecção direta do vírus (teste molecular ou teste de antígeno) (BRASIL, 2018).

É estabelecido em todos os manuais desses agravos que seja realizada a testagem novamente após trinta dias caso o resultado seja não reagente e permaneça a suspeita de

infecção. O TR pode apresentar resultado não reagente mesmo o indivíduo estando infectado, isso pode ocorrer por conta da janela imunológica. Esta é definida por “[...] início da infecção e ao aparecimento de anticorpos no sangue, o que pode ocasionar resultados falsos negativos”. (STEFAN et al., 2000 apud GONÇALVES et al., 2006). Se a infecção for recente ainda não terá anticorpos suficientes no sangue, consequentemente o TR não conseguirá detectá-los, tendo como resposta o resultado negativo.

Os testes rápidos para as Hepatites B e C, assim como os testes rápidos para a Sífilis são exames de triagem sorológica, ou seja, são estratégias relevantes para dar início a constatação de uma suspeita de infecção, e por isso quando reagente há necessidade de exames laboratoriais complementares para o diagnóstico a fim de saber a quantidade de carga viral presente e assim dar início ao tratamento direcionado e adequado. No caso do teste rápido de HIV o mesmo define o diagnóstico, desde que o indivíduo não esteja na fase aguda da infecção e estabelece também exames complementares a fim de compreender a quantificação da carga viral.

Essas infecções estão ligadas umas às outras de forma direta e indireta. A coexistência de uma delas pode ser um risco aumentado para outras IST's, além disso, elas também se beneficiam da testagem rápida. Os TR são realizados durante a rotina dos serviços de saúde em geral nos diversos níveis de atenção. Além da realização dos TR na rotina, devem ser realizados também no âmbito da Rede Cegonha pois esta faz parte do processo de cuidados da gestante e do bebê.

5 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011 (UNA-SUS/UFMA, 2015).

Segundo o art. 1º da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha “[...] consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”.

Sendo assim, ela possui inúmeras ações que visam o cuidado materno e infantil em todas as fases. Para isso, há quatro componentes que compõem essa rede: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e o sistema logístico, que inclui o transporte sanitário e regulação. No que tange o componente do pré-natal, ele compreende a

prevenção e o tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites (UNA-SUS/UFMA, 2015). Em 2012, o teste rápido para HIV, Sífilis e outras Hepatites foi incluído na Rede Cegonha (BRASIL, 2012 apud ROCHA *et al*, 2018). Para isso, é preconizado que os mesmos sejam realizados de preferência no primeiro e terceiro trimestres de gestação (BRASIL, 2007 apud LOPES *et al*, 2018).

6 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo análise documental. Dentre alguns de seus conceitos essa análise pode ser definida como “[...] um conjunto de operações intelectuais, visando a descrição e a representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação.” (DE SOUZA et al., 201 apud IGLESIAS; GÓMEZ, 2004). Sendo assim, as informações encontradas são apresentadas de modo mais compreensível em relação ao documento original.

Com base na temática e método, no trabalho foram utilizados dados de testes rápidos distribuídos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C. As quantidades descritas são conforme a unidade de cada teste rápido contida nos kits, sendo em todos níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) de acordo com o ano de distribuição (2016 a 2021) e as Regiões de Saúde do DF (Região Central, Região Centro-Sul, Região Norte, Região Sul, Região Leste, Região Oeste e Região Sudoeste). Os testes rápidos distribuídos para HIV e Sífilis são divididos e distribuídos entre a rotina (dos serviços) e o programa Rede Cegonha. Estes dados foram disponibilizados através dos relatórios internos da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis (GEVIST), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (GEVIST/DIVEP/SVS/SES-DF). Essas instituições, em sua totalidade, são responsáveis pelas ações de prevenção, vigilância e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis e outros agravos e doenças. Especificamente para as Hepatites B e C foi encontrado dados sobre os testes rápidos realizados na Atenção Primária à Saúde do DF de acordo com o ano (2017 a 2021), através dos documentos denominados informativos epidemiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis da SVS/SES-DF.

Ao que tange os dados do número de casos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C, estes foram encontrados nos informativos epidemiológicos de Infecções Sexualmente Transmissíveis da SVS/SES-DF. Para os casos notificados de HIV e Sífilis os dados disponíveis foram dos anos de 2016 a 2020. Já os dados disponíveis dos casos notificados das Hepatites B e C foram de 2017 a 2021.

Todos os dados aproveitados são especificamente das instituições citadas por elas terem como uma de suas funções o armazenamento dos mesmos para realizarem o acompanhamento dessas informações e pensarem em intervenções acerca da temática.

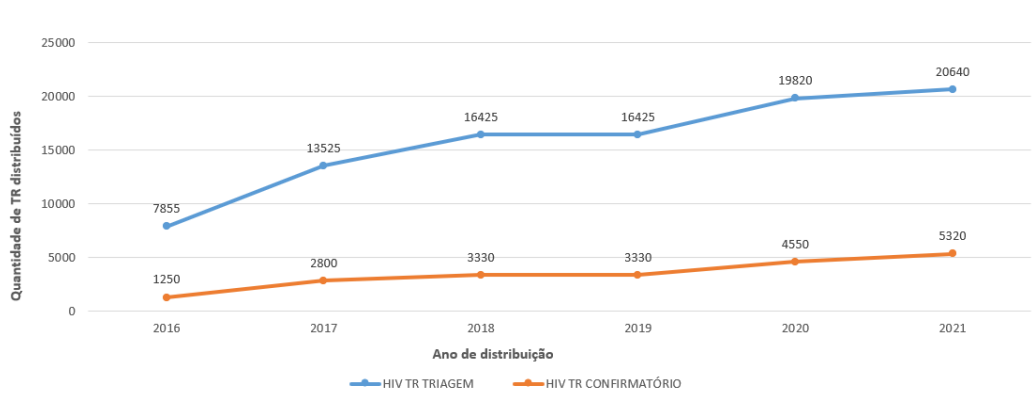
Dessa maneira, a partir dos dados disponibilizados e disponíveis foi feita uma descrição do quantitativo de insumos e uma análise comparativa e crítica da necessidade e oferta de testes, assim como do processo de planejamento para requisição e distribuição dos referidos insumos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante de todo o contexto apresentado, é de extrema importância que os testes rápidos sejam distribuídos aos serviços de saúde para que alcance a população e haja a prevenção e diagnóstico precoce.

Das informações constantes nos relatórios internos da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e dos informativos epidemiológicos da SVS/SES-DF, observou-se que os dados disponibilizados sobre os TR de HIV destinados para triagem distribuídos na rotina dos serviços (**Gráfico 1**), no ano de 2018 e 2019 foram distribuídos a mesma quantidade exata de testes para triagem e testes confirmatórios. Percebe-se também que os TR confirmatórios foram distribuídos em menores quantidades em todos os anos em comparação com os TR de triagem. A quantidade de testes de triagem para HIV distribuídos no ano de 2021 chegou a 20.640, aumento considerável em relação aos anos anteriores.

Gráfico 1 - Testes Rápidos de HIV (triagem e confirmatório) distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.

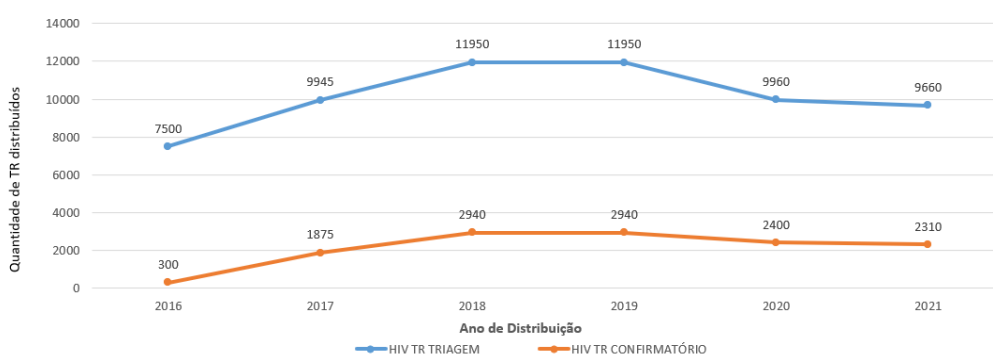


Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

Os TR de HIV concedidos para o programa Rede Cegonha (**Gráfico 2**) voltados para a triagem também foram distribuídos em quantidades maiores quando assemelhados aos TR confirmatórios. Repara-se que no ano de 2018 e 2019 os TR de triagem foram distribuídos em quantidades iguais. Fato que ocorreu também no ano de 2020 e 2021. Nestes últimos anos houve diminuição na quantidade de TR distribuídos. Pode-se associar essa queda com a pandemia da Covid-19, tendo em vista que as ações destes anos citados foram voltadas, em sua maior parte, para detectar e combater a transmissão do vírus.

Quanto aos TR confirmatórios, foram distribuídos no ano de 2018 e 2019 a mesma quantidade, havendo queda nos anos posteriores, podendo ser ligado também à pandemia da COVID-19. Presume-se que os TR são solicitados pelos serviços com base nos estoques obtidos no passado, por isso devem pedir a quantidade exata dos anos anteriores. Fato que ocorreu também na distribuição de TR de triagem voltados para a rotina.

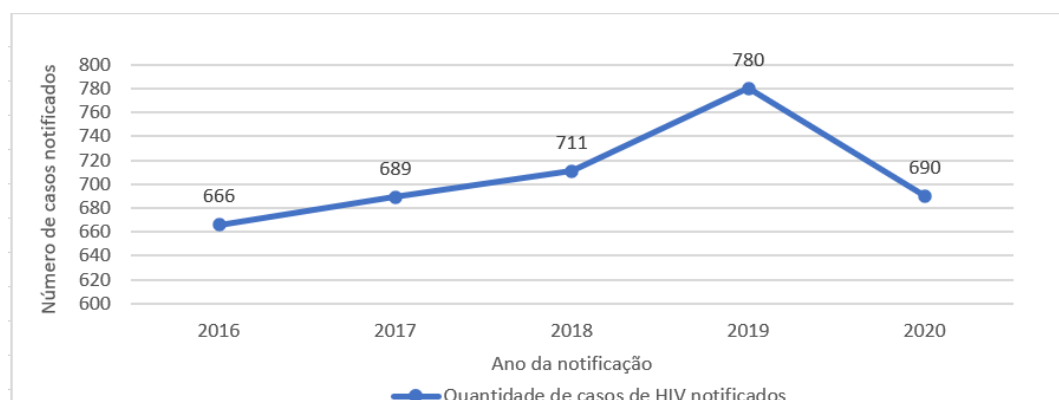
Gráfico 2 - Testes Rápidos de HIV (triagem e confirmatório) distribuídos nos níveis de atenção segundo a Rede Cegonha das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

Quanto aos casos notificados de HIV no DF no ano de 2016 a 2021 (**Gráfico 3**), observa-se que em 2018 e 2019 foram os anos com maior quantidade de casos notificados de HIV, sendo 711 e 780 casos, respectivamente. Fazendo ligação com os TR distribuídos em todos os níveis de atenção na rotina dos serviços (**Gráfico 1**) nos mesmos anos citados a quantidade distribuída foi exatamente a mesma. Com o aumento de casos notificados especificamente em 2019, percebe-se que a quantidade de TR distribuída em 2020 teve um aumento considerável. Supõe-se que os serviços de saúde podem ter verificado essa situação e solicitaram uma quantidade de TR maior em relação ao ano anterior.

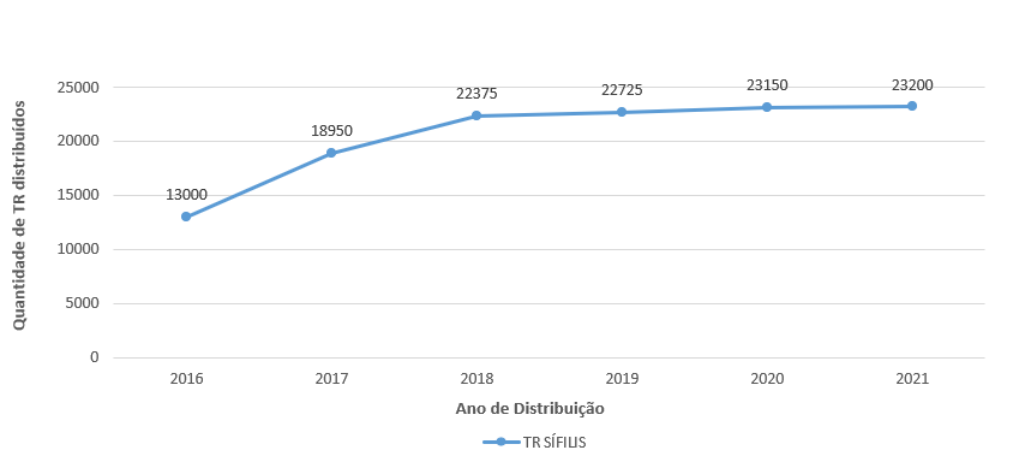
Gráfico 3 - Número de casos de HIV notificados no DF, 2016 a 2020.



Fonte: Autoria própria a partir de dados dos informativos epidemiológicos da SVS/SES-DF.

Os dados referentes à distribuição de TR de Sífilis para a rotina (**Gráfico 4**) apontam que em nenhum ano houve a quantidade distribuída de forma idêntica, mas a partir de 2018 foram distribuídos mais de 20.000 TR. Ademais, em comparação com os TR distribuídos na Rede Cegonha, é perceptível que grande parte dos TR são distribuídos para a rotina dos serviços.

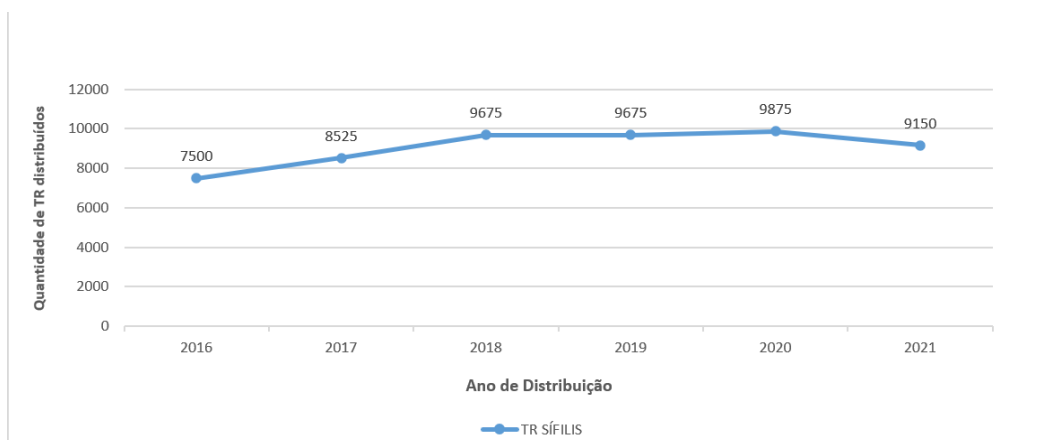
Gráfico 4 - Testes Rápidos de Sífilis distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

Já a distribuição de TR de Sífilis para a Rede Cegonha (**Gráfico 5**) aponta que em 2018 e 2019 a quantidade distribuída foi a mesma e houve uma pequena queda na quantidade distribuída referente ao ano de 2021, que também é possível ser relativa à pandemia da Covid-19.

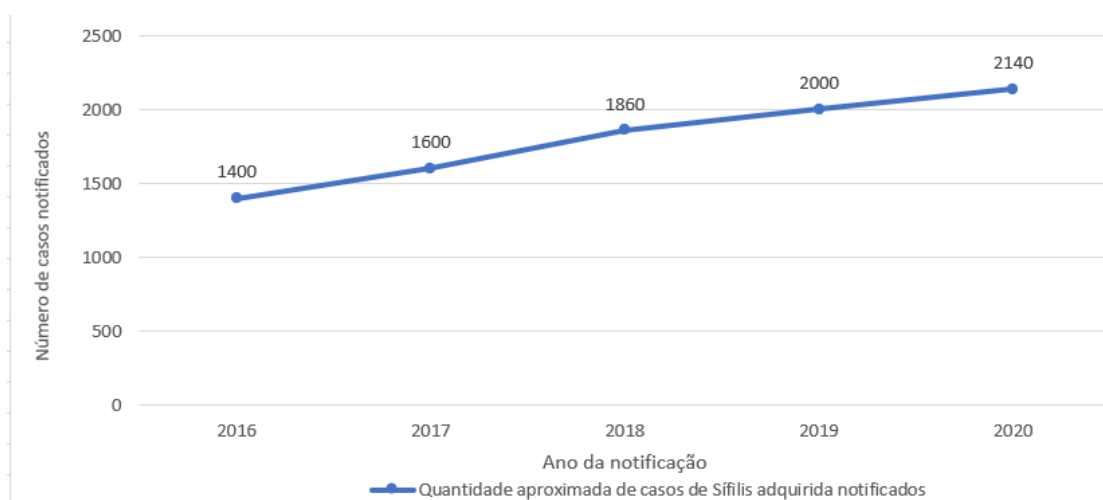
Gráfico 5 - Testes Rápidos de Sífilis distribuídos nos níveis de atenção segundo a Rede Cegonha dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

De acordo com o número aproximado de casos notificados de Sífilis adquirida no DF, no ano de 2016 a 2020 (**Gráfico 6**), nota-se que a partir de 2018 os casos começaram a aumentar na mesma proporção da quantidade de TR distribuídos em todos os níveis de atenção na rotina dos serviços (**Gráfico 4**), chegando a 2020 com aproximadamente 2000 mil casos notificados e 23.150 TR distribuídos em todos os níveis de atenção.

Gráfico 6 - Número aproximado de casos notificados de Sífilis adquirida no DF, 2016 a 2020.

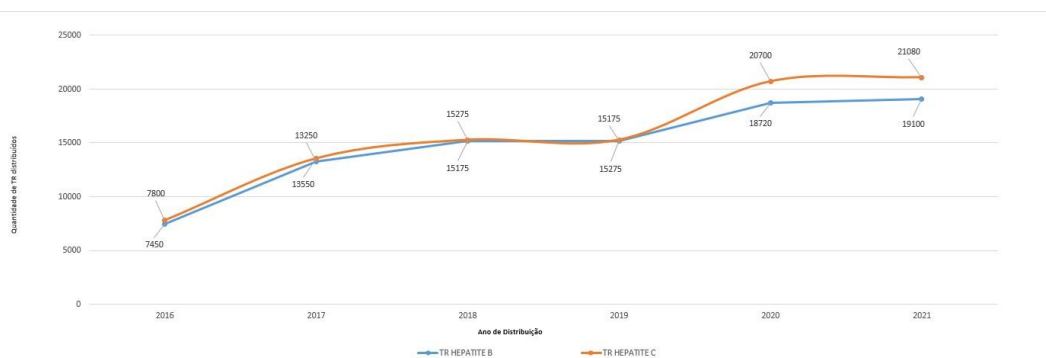


Fonte: Autoria própria a partir de dados dos informativos epidemiológicos da SVS/SES-DF.

Os dados referentes à distribuição de TR para Hepatites B e C (**Gráfico 7**) em todos os anos foram em quantidades semelhantes, tendo aumento no ano de 2020 e 2021. Supõe-se que por serem um dos agravos mais relevantes do ponto de vista clínico e epidemiológico

relacionados às Hepatites Virais e fazerem parte de modos de transmissão similares podem ter levado os serviços a solicitarem quantidades próximas para ambas infecções.

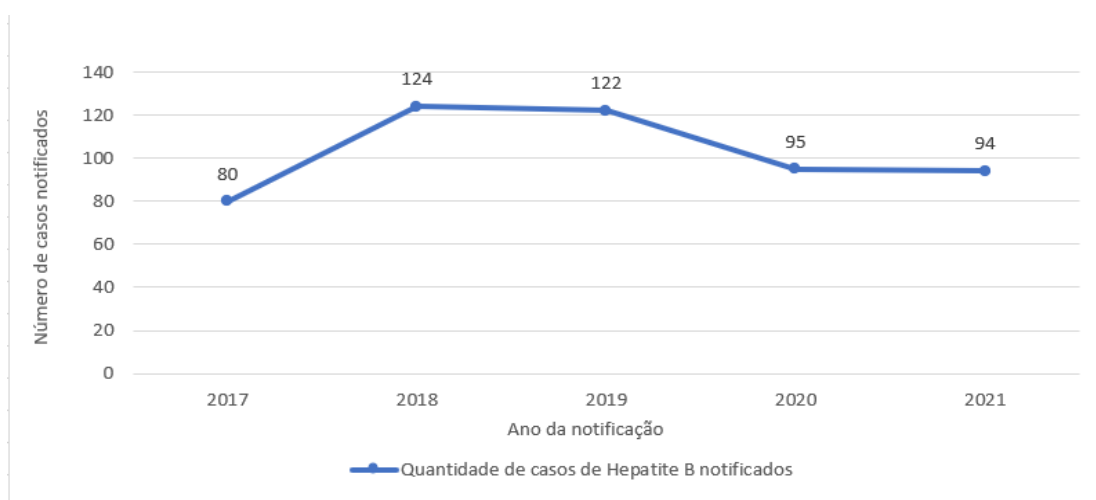
Gráfico 7 - Testes Rápidos de Hepatite B e C distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF, 2016 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

O número de casos de Hepatite B notificados no DF em 2017 a 2021 (**Gráfico 8**), teve a maior quantidade de casos notificados no ano de 2018 e 2019, sendo 124 e 122. Respectivamente. Nesses mesmos anos, a distribuição dos TR para todos os níveis de atenção destinados à rotina dos serviços (**Gráfico 7**), foi de 15.175 em 2018 e 15.275 em 2019. Observa-se uma quantidade alta de testes distribuídos e baixo número de casos notificados em todos os anos.

Gráfico 8 - Número de casos de Hepatite B notificados no DF, 2017 a 2021.

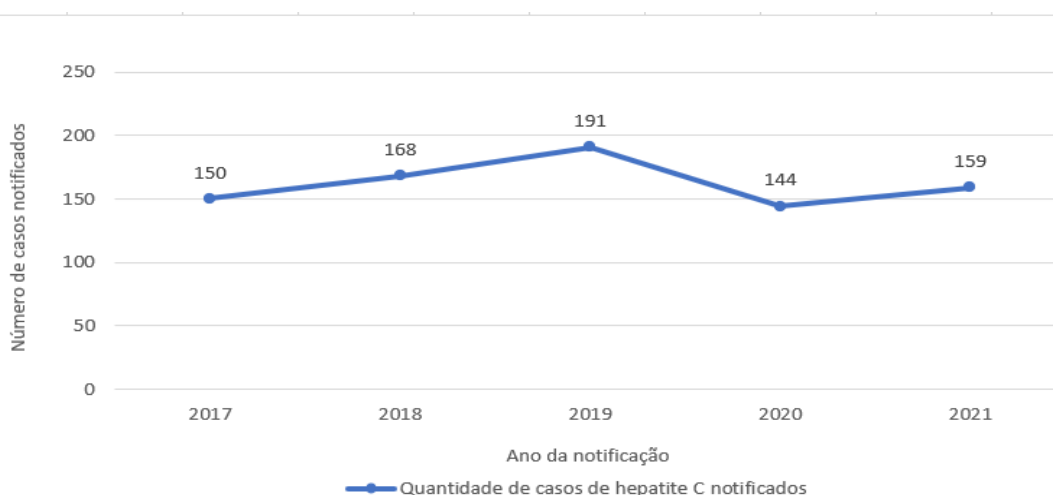


Fonte: Autoria própria a partir de dados dos informativos epidemiológicos da SVS/SES-DF.

Em relação ao número de casos de Hepatite C notificados no DF em 2017 a 2021, nota-se que em todos os anos foram notificados mais casos em relação aos casos de Hepatite B. Os

anos de 2018 e 2019 também tiveram a maior quantidade de casos notificados, sendo 168 e 191, respectivamente. Quanto a quantidade de TR distribuídos para todos os níveis de atenção entregues para a rotina dos serviços no período de 2018 a 2019 (**Gráfico 7**), observa-se que em 2018 foram distribuídos 15.275 TR e em 2019 foram distribuídos 15.175 TR. Apesar de em 2019 terem sido notificados uma quantidade maior de casos, a quantidade de TR distribuída no mesmo ano foi menor em comparação com o ano de 2018. Embora tenha ocorrido essa situação de menor quantidade distribuída, nota-se que associando todos os anos de TR distribuídos com o número de casos notificados, a distribuição de TR foi alta.

Gráfico 9 - Número de casos de Hepatite C notificados no DF, 2017 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados dos informativos epidemiológicos da SVS/SES-DF.

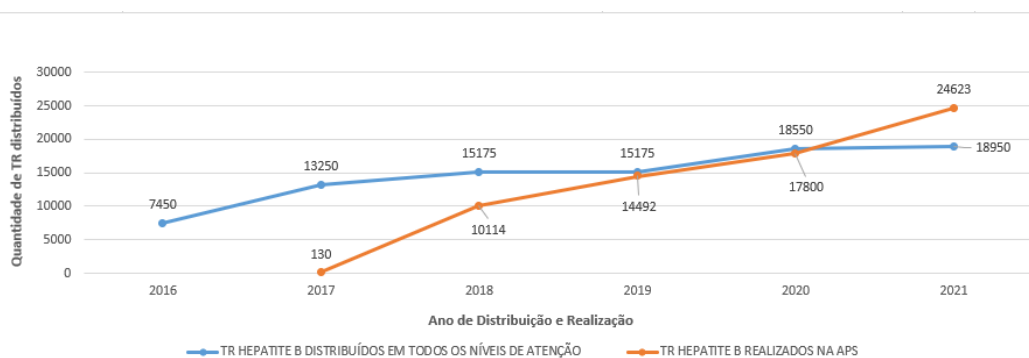
Diante das consultas dos dados, foi possível encontrar por meio dos informativos epidemiológicos de ISTs da Subsecretaria de Vigilância à Saúde/Secretaria de Saúde do Distrito Federal, informações referentes aos TR realizados de Hepatite B e C na Atenção Primária (APS) do DF nos anos de 2017 a 2021.

Dessa forma, com o intuito de compreender qual a quantidade de TR distribuídos em todos os níveis de atenção e os TR realizados apenas na APS, constata-se que os testes rápidos para Hepatite B distribuídos na rotina dos serviços no ano de 2016 foi de 7.475 (**Gráfico 10**). Já os dados de testes rápidos para Hepatite B realizados na Atenção Primária à Saúde no ano de 2016 não foram disponibilizados. Acredita-se que nesse ano citado os serviços de saúde ainda estavam se adaptando aos sistemas de informação e por isso na maior parte das vezes não há dados disponíveis ou os dados são em quantidades baixas, não refletindo com a realidade local.

No ano de 2017, os dados de TR de Hepatite B distribuídos para todos os níveis de atenção foram 13.250. Já os TR de Hepatite B realizados na APS no ano de 2017 foram 130. Observa-se que foram realizados uma quantidade menor de testes na APS em 2017, em comparação com os anos posteriores que aumentaram consideravelmente, passando de 10.000 TR para Hepatite B realizados.

Nesse sentido, em 2021 os dados de TR de Hepatite B distribuídos para todos os níveis de atenção foram 18.950. Já os TR de Hepatite B realizados na APS no mesmo ano chegaram a 24.623. Nota-se claramente que foram realizados uma quantidade bem maior de testes na APS do que a quantidade de foi distribuída em todos os níveis de atenção.

Gráfico 10 - Testes Rápidos de Hepatite B distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF de 2016 a 2021 e testes rápidos de Hepatite B realizados na Atenção Primária à Saúde no DF de 2017 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

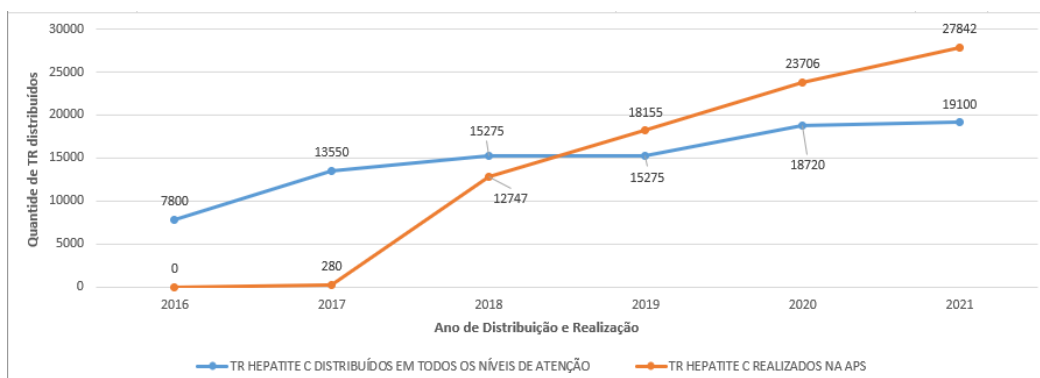
Os testes rápidos para Hepatite C (**Gráfico 11**) distribuídos em todos os níveis de atenção segundo a rotina dos serviços no ano de 2016 foram de 7.800. Já os dados de testes rápidos para Hepatite C realizados na Atenção Primária à Saúde no ano de 2016 não foram disponibilizados.

Em 2017, a quantidade distribuída (13.550) para todos os níveis de atenção foi alta em relação aos testes realizados na APS que foram baixos, sendo apenas 280.

A partir de 2018, os dados de distribuição e realização começam a subir notavelmente, mas não na mesma proporção. De tal maneira, no ano de 2019 foram distribuídos 15.275 TR de Hepatite C para todos os níveis de atenção e na APS foram realizados 18.155 TR de Hepatite C. Verifica-se que foram realizados mais testes na APS do que a quantidade que foi distribuída para todos os níveis de atenção. Situação que ocorreu também nos anos seguintes, 2020 com 18.720 TR distribuídos em todos os níveis de atenção e 23.706 TR realizados na APS.

Chegando no ano de 2021 com 19.100 TR distribuídos em todos os níveis de atenção e 27.842 TR realizados na APS.

Gráfico 11 - Testes Rápidos de Hepatite C distribuídos nos níveis de atenção segundo a rotina dos serviços das regiões de saúde do DF de 2016 a 2021 e testes rápidos de Hepatite C realizados na Atenção Primária à Saúde no DF de 2017 a 2021.



Fonte: Autoria própria a partir de dados da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST).

Ficou nítido que de acordo com os dados disponíveis a maior parte dos TR de Hepatites B e C foram realizados na APS mesmo sendo comparados com a distribuição em todos os níveis de atenção.

É importante destacar também que no ano de 2021 em ambos os agravos, houve quantidades maiores de distribuição de TR em relação aos anos passados. Porém, foram realizadas uma quantidade bem maior de TR do que a quantia que foi distribuída. Supõe-se que a APS poderia possuir no ano de 2021 testes acumulados dos anos posteriores e tenham sido somados a este total.

Correlacionando com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a mesma estabelece que as ações da APS sejam realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas Unidades usufruem de diversas tecnologias que atendem as necessidades e demandas mais frequentes do território, levando em consideração os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social também como orientadores da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a APS é considerada um serviço de extrema importância, sendo caracterizado como a porta de entrada para a população, onde os usuários têm o primeiro contato com o sistema, já que o serviço tem grande potencial de resolutividade, diagnóstico e prevenção, além de diminuir a locomoção sem necessidade para outros serviços especializados (STARFIELD et al., 2005).

Portanto, além da hipótese de que a APS poderia possuir testes rápidos acumulados dos meses anteriores e que somou ao total dos que foram distribuídos no ano de 2021, resultando em uma quantidade alta (27.842) em relação à quantidade que foi distribuída no mesmo ano em todos os níveis de atenção, entende-se também que esse nível de atenção dispõe de uma proximidade com o território e a população, e acredita-se que a preferência dos mesmos para a realização dos testes rápidos sejam a APS e por isso a quantidade dos TR realizados neste nível seja maior.

Com base nos dados disponíveis de todos os agravos em relação a sua distribuição e realização, é cabível se atentar à validade dos testes rápidos, tendo em vista que após o período determinado para o uso, não será detectado o vírus em questão. Os testes rápidos aqui descritos têm um ano de validade de acordo com os certificados de análise. Por isso, todas essas quantidades deveriam ser solicitadas e distribuídas com base em dados de necessidade de uso e demanda pela população, a fim de evitar a perda de insumos.

8 RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

Diante de todos os dados apresentados, entende-se que a distribuição dos devidos insumos foi feita, de forma geral, com quantidades bem próximas e em quantidades significativas em cada ano para os níveis de atenção, começando a aumentar principalmente nos anos de 2016 e 2017. Ainda mais, a quantidade de TR distribuída em todos os níveis de atenção foi bem maior em relação à quantidade de casos notificados de cada agravo.

Nesse sentido, há a necessidade de fundamentos bem direcionados para aquisição e distribuição dos testes rápidos. Para isso, a implementação e utilização de um sistema que auxilie o planejamento desse processo para que essas ações sejam monitoradas e facilite a tomada de decisão. Propõe-se, assim, o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB) (ANEXO A). Ele é um sistema do Ministério do Saúde que foi implementado em 2012, de acesso online e objetiva, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro/Gerência de DST/Aids, Sangue e Hemoderivados:

- Melhorar a capacidade de resposta da área de logística do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e das Unidades Federadas e Locais;
- Ampliar a capacidade de planejamento das aquisições dos kits;
- Aprimorar a qualidade das informações geradas no controle logístico dos kits (quantos testes são utilizados, quantos em estoque, resultados dos testes);
- Otimizar o fluxo das atividades desenvolvidas no processo logístico e;

- Controlar o estoque mensal dos kits, obtendo o estoque disponível na rede de serviços.

Esses pontos visam aprimorar o planejamento das aquisições e são voltados para os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais nas unidades/serviços de saúde e Unidades Regionais do estado.

Para registrar as informações no sistema é necessário que o profissional responsável seja cadastrado. Não há a exigência de que o mesmo seja treinado como executor de TR, apenas que saiba os dados para alimentar o sistema. Esse profissional junto ao SISLOGLAB deve obter contato com o Programa Municipal a fim de saber o prazo que as informações devem ser digitadas no sistema. O Programa Municipal tem até o dia cinco de cada mês para avaliar, consolidar as informações do Município e liberar no SISLOGLAB (BRASIL, 2020).

A solicitação dos TR pela região deve ser feita considerando a quantidade total para atender todas as Unidades que fazem os testes rápidos, portanto, no sistema é necessário descrever a quantidade total consolidada de testes rápidos. Com isso, a Logística Estadual tem prazo para reunir todas as informações do Estado e encaminhar ao MS. Após chegarem no município, a pessoa responsável pela solicitação deverá separar a quantidade de testes e encaminhar para cada Unidade (BRASIL, 2020).

No Distrito Federal, esse sistema não está implementado, o que compromete esse monitoramento e conseqüentemente “[...] as solicitações de testes não seguem um padrão, já que dependem de ações diretas dos estados e não têm um consumo estabelecido. Esses fatores tornam a logística dos TR complexa e de difícil gerenciamento” (BATISTA, 2016). Além disso, sem o registro dessas informações no sistema, o Estado poderá não ter insumos suficientes para atender a população a qual a Unidade faz parte, pois a liberação para o Estado pelo MS depende das informações registradas e a falta de preenchimento pelos municípios também prejudica o Estado no controle e monitoramento sobre a movimentação do estoque dos kits que foram distribuídos em determinado mês. Ressalta-se a importância de sensibilizar e realizar o matriciamento dos profissionais sobre o preenchimento regular do sistema.

Cabe explicitar que é um sistema de logística e não de vigilância em saúde, mas percebe-se que o mesmo influencia diretamente nas ações de vigilância, já que tratam de informações que estão ligadas ao insumo utilizado para a prevenção e ao diagnóstico da população, armazenando informações significativas além da contagem de estoque. Devem ser preenchidas informações como: testes recebidos, realizados, reagentes, perdidos e inválidos, que resultam em um boletim mensal com o resumo da situação dos insumos, que pode ser monitorado pela

coordenação responsável (ANEXO B). Nota-se também que como o sistema ainda não é utilizado por todos os serviços de saúde, conseqüentemente há uma limitação para encontrar dados disponíveis sobre a quantidade de testes realizados, por exemplo, nos níveis de atenção, percebe-se aqui que foi encontrado esse elemento apenas para os agravos de Hepatite B e C.

Portanto, constata-se que os Sistemas de informação e comunicação possuem um papel importante para apoiar os processos de vigilância em saúde e planejamento, e se usados a favor de transformar o cenário local podem resultar em:

- Qualidade das informações – A partir dos dados gerados pelo sistema, contribuirá para tomadas de decisões mais adequadas à realidade local, desde que as informações e conhecimentos sejam traduzidos a fim de facilitar o entendimento para os profissionais de saúde e a população. Desse modo, esses atores compreendem o seu contexto e ambos podem pensar em estratégias para que haja mudanças positivas de comportamento com o intuito de prevenir tais agravos.
- Elaboração e execução de um planejamento para aquisição e distribuição dos TR – Obtendo as informações de qualidade, as mesmas podem ser usadas para a elaboração e execução de um planejamento para que ocorra melhorias significativas nesse processo. Os dados gerados no SISLOGLAB, sendo um deles a quantidade de testes realizados e testes reagentes, deveriam ser usados em complemento com os dados dos agravos notificados nos sistemas oficiais, pois com essa união de informações seria possível realizar cálculos para avaliar a adequação do direcionamento para a população que necessita ser testada. Além disso, com esse planejamento a quantidade de TR seria feita de forma adequada para cada nível de atenção, evitando a não utilização e conseqüentemente o vencimento dos mesmos.
- Custos econômicos acessíveis – As informações disponibilizadas pelo sistema podem auxiliar em questões de custos econômicos destes insumos, pois com base nas evidências a ideia é que os serviços e profissionais de saúde entendam também a quantidade de testes que não são realizados e a quantidade de testes que vencem, e assim solicitem apenas a quantidade necessária.

Em vista dessas questões, observa-se que o conjunto desses dados servem como um suporte, principalmente, para os profissionais inseridos nos serviços de saúde. Sendo assim, o conjunto de todos esses pontos supracitados, ocorreria o aperfeiçoamento do processo de aquisição e distribuição dos testes rápidos, já que essas ações seriam baseadas em evidências. E levando em consideração a importância deste trabalho, o mesmo será apresentado para os

profissionais da SES-DF a fim de disseminar o conhecimento e esclarecer possíveis questões para que haja o entendimento da realidade acerca desse processo de aquisição e distribuição de testes rápidos e assim ocorra uma mudança positiva de procedimentos.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 81, p. 111-126, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>>. Acesso em: 14 de Jul. de 2022.

BARTH, Patricia Orlandi; BECK, Sandra Trevisan. Importância da implantação de testes rápidos para o diagnóstico de doenças com impacto na saúde pública: Revisão. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 19, n. 3, p. 537-548, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2710>> . Acesso em: 13 de Set. 2022.

BATISTA, Cynthia Júlia Braga et al. Avaliação da distribuição e do fluxo logístico dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV após 10 anos de oferta no Sistema Único de Saúde pelo Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <<https://lbmms.paginas.ufsc.br/files/2017/09/344153.pdf>>. Acesso em: 20 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST e HIV/AIDS - Diretrizes e Procedimentos Básicos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf. Acesso em: 3 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf>. Acesso em: 14 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Hepatites Virais, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-de-hepatite-2021.pdf>>. Acesso em: 14 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico HIV, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>>. Acesso em: 14 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico Sífilis, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_sifilis-2021_internet.pdf>. Acesso em: 14 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - HIV/Aids, hepatites e outras DST, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad18.pdf>. Acesso em: 17 de Jul. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica manual para a equipe multiprofissional, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado integral hiv manual multiprofissional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 15 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxogramas definidos na portaria 29 de 17/12/2013-SVS/MS. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22166/mod_resource/content/1/HIV%20-%20Manual%20Aula%204.pdf>. Acesso em: 8 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<https://www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/sites/www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/files/guia%20de%20vigil%C3%A2ncia%20em%20saude%202021%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 13 de Set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. HIV Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf>. Acesso em: 7 de Jul. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cuidados na Execução dos Testes Rápidos. Florianópolis, 2017. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/105443/mod_resource/content/5/Manual_Mo%CC%81dulo%201_IST.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 1975

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais. Disponível em: <https://qualitr.paginas.ufsc.br/files/2018/08/manual_tecnico_hepatites_08_2018_web.pdf>. Acesso em: 10 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília, 2018. Disponível em: <https://pncq.org.br/wp-content/uploads/2022/05/manual_tecnico_hiv_20_09_2018_web.pdf>. Acesso em: 5 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Hepatite B. Brasília, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_b_coifecoes.pdf>. Acesso em: 6 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2022. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf>.
Acesso: 8 de Jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 29 de Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatórios do SISLOGLAB e indicadores de testagem rápida, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/system/tdf/pub/2016/67377/01_relatorios_do_sisloglab_e_indicadores_de_testagem_rapida_alisson_bigolin.pdf?file=1&type=node&id=67374&force=1>. Acesso em: 25 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. SÍFILIS - Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf>. Acesso em: 7 de Jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISLOG-LAB - Rede de Sorologia Automatizada das Hepatites Virais B e C, 2013. Disponível em: <http://sisloglab.aids.gov.br/appDocumentos/Auto-hv/manual_sisloglab_rede_automatizada.pdf>. Acesso em: 17 de Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Testes rápidos, 2016. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22168/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%206%20%281%29.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. 2022.

CORRÊA, Lourdes Maria Campos. AIDS nos livros didáticos de Biologia: PNLEM 2007, PNLD 2012 e 2015. 2017.196 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.14393/ufu.te.2017.103>>. Acesso em: 13 de Jul. de 2022.

DE SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUÍS, Margarita Antónia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>>. Acesso em: 12 de Set. 2022.

DUARTE, Geraldo et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100016.esp1>>. Acesso em: 23 de Jul. 2022.

GRECCO DOS SANTOS, REJANE ROSARIA et al. Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e sífilis na Rede Cegonha. **Revista Psicologia e Saúde**, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000300003&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em: 23 de Jul. 2022.

JAPOLLA, Greice et al. Teste imunocromatográfico de fluxo lateral: uma ferramenta rápida de diagnóstico. 2015. JAPOLLA, Greice et al. Teste imunocromatográfico de fluxo lateral: uma ferramenta rápida de diagnóstico. 2015. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/19144>>. Acesso em: 13 de Jul. de 2022.

KALININ, Yuri. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v. 23, n. 45-46, p. 65-76, 2016. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/Odonto/article/view/6497>>. Acesso em: 22 de Jul. 2022.

LIMA, Fabiana Bogéa et al. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 9, p. 91075-91086, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSOCfWskPL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 de Jul. 2022.

Lopes ACMU, Araújo MAL, Vasconcelos LDPG, Uchoa FSV, Rocha HP, Santos JR. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. *Rev. Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(1):54-8. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690108i>>. Acesso em: 23 de Jul. 2022.

MARTINELLI, A. L. C. Icterícia. *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 37, n. 3/4, p. 246-252, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v37i3/4p246-252>>. Acesso em: 23 jul. 2022.

RACHID M; SCHECHTER M. Manual de HIV/AIDS, 2017. *Ebook*. Disponível em: <https://www.google.com.br/books/edition/Manual_de_HIV_Aids/WwBnDwAAQBAJ?hl=pt-BR&gbpv=1&printsec=frontcover>. Acesso em: 24 de Jul. 2022.

Relatórios interno da Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente (GEVIST), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)

Subsecretaria de Vigilância à Saúde - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Epidemiológica do HIV e da Aids no Distrito Federal, 2016 a 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87308/Boletim_Epidemiologico_HIV_AIDS_2021_final.pdf/c3f1ac03-4ed7-b762-4283-c41bf54659e3?t=1648580766100>. Acesso em: 20 de Jul. 2022.

Subsecretaria de Vigilância à Saúde - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Perfil epidemiológico das Hepatites Virais B, C e D no Distrito Federal, 2017 a 2021. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/INFORMATIVO_EPIDEMIOLOGICO_C3%93GICO_HEPATITES+VIRAIIS_2022.pdf/39fa2b8f-e0c1-ee43-05f974f65b9bbd69?t=1658850259229>. Acesso em: 6 de Jul. 2022.

Subsecretaria de Vigilância à Saúde - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Perfil epidemiológico da Sífilis no Distrito Federal, 2016 a 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87308/BOLETIMEPIDEMIOLOGICO_SIFILIS_2021-1.pdf/0dc891cc-44bd-b5f0-89f0-bad19522ce7f?t=1648580813084>. Acesso em: 25 de Jul. 2022.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Gerência de DST/AIDS. Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais - SISLOG-LAB Rede de Sorologia Automatizada das

Hepatites Virais B e C, 2016. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=PbwMm9Pkqic%3D>>. Acesso em: 14 de Jul. 2022.

STARFIELD, Bárbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribuição da atenção primária aos sistemas de saúde e à saúde. **O milbank trimestral**, v. 83, n. 3, pág. 457-502, 2005. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x?casa_token=3iDXjTfsT3cAAAAA%3AEZetFLBeQ7-YYe2the3pWsVvavFwgll9UqKTXoxR_R8KDXiYjEuDtYwr975x3U2ljQwrtG9m-I3T5SU. Acesso em: 28 de Ago. 2022.

UNA-SUS/UFMA. Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha. São Luís, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf>. Acesso em: 15 de Jul. de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs. World Health Organization, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf>>. Acesso em: 8 de Jul. de 2022.

ANEXOS

Anexo A - Tela inicial do Sistema Logístico de Controle de Insumos Laboratoriais.

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais

SISLOGLAB
SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE INSUMOS LABORATORIAIS

PARA VERIFICAR - 4161 - Solicitante Autenticado: [REDACTED]

Recebimento de Insumos Data: 04/04/2015 - **ABERTURA DE MAPA E BOLETIM DA REDE DE CAPILARIDADE**

Boletim Prezados, informamos que a partir de hoje, 04/04/2016, a reabertura dos mapas e boletins das instituições vinculadas devem ser realizadas pelas coordenações estaduais, regionais e municipais e não mais pelo DDAHV. A reabertura está disponível no menu "Gerencial" e os responsáveis somente poderão abrir os mapas e boletins de suas instituições diretamente vinculadas.

Mapa Equipe SISLOGLAB

Relatórios

Documentos Data: 17/12/2015

Atualização Cadastral Prezados, está disponível no menu "boletim" o vídeo instrutivo com o passo a passo para o preenchimento do boletim.

Sair do Sistema Data: 28/08/2015
Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que as dúvidas técnicas relacionadas aos Testes Rápidos HIV ABON, utilizados como T2, também poderão ser esclarecidas junto ao SAC da empresa Alere.

Conforme [carta anexa](#), a Abon pertence ao mesmo grupo econômico da Alere e portanto poderá oferecer este serviço. Nos colocamos à disposição para os esclarecimentos através de: (61) 3315-8940/7723 / e-mail: testerapido@aids.gov.br. Solicitamos que a mensagem seja compartilhada com a rede de testes rápidos da coordenação.

Atenciosamente,
Equipe Logística

Data: 06/08/2015

Fonte: SES-RJ/ Gerência de DST/Aids, 2016.

Anexo B - Painel para análise do consumo dos testes rápidos disponível para as coordenações estaduais e capitais.



Fonte: BRASIL, 2020

