



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV e SIDA

GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA DO HIV, ITS E HEPATITES VIRAIS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV e SIDA

GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA DO HIV, ITS E HEPATITES VIRAIS

©2025

FICHA TÉCNICA

Ministério da Saúde (MISAU)

Direcção Nacional de Saúde Pública – Programa de Controlo de ITS, HIV e SIDA e Hepatites

GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA DAS ITS, HIV E HEPATITES VIRAIS - 2025

Ministério da Saúde:

Quinhas Fernandes, Director Nacional de Saúde Pública
Aleny Couto, Directora Nacional Adjunta de Saúde Pública
Irénio Gaspar, Chefe do PNC ITS-HIV/SIDA
Valdo Mega
Isidoro Nobre
Pedro Antonio
Edna Paunde
Leuchim Gemo
Maira Chanase
Yara Paulo
Eudóxia Filipe
Fernando Boene
Námita Eliseu
Elisa Tembe
Deonilde Sarmento
Guita Amane
Orlando Munguambe
Hélio Magaia
Morais da Cunha
Orrin Tiberi
José Mondlane
Mércia Matsinhe
Emilton Cumbana

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS)

Josefa Mazive
Ema Chuva

Revisores: Daniel Chilale, Leonido Joaquim, Abel Muiambo, Isabel Sathane.

Parceiros: OMS, UNAIDS, FDC, C-Saúde

Grupos Técnicos: Prevenção, ATS, APSS, PTV, Hepatites e Monitoria e Avaliação.

Apoio Técnico: Cristina Raposo

Layout & Desenho Grafico: Wiston Baessa

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO.....	13
Magnitude das ITS, Hepatites Virais e HIV em Moçambique.....	19

CAPÍTULO 1: INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL

1.1 Definição e Aspectos Gerais Sobre Infecção de Transmissão Sexual (ITS).....	21
1.2 Etiologia das ITS.....	22
1.3 Abordagem de Casos de ITS.....	24
1.3.1 História Clínica e Sexual.....	24
1.3.2 Exame físico.....	26
1.3.2.1 Exame Genital em Mulheres.....	26
1.3.2.2 Exame Genital em Homens.....	27
1.3.3 Toque Retal.....	28
1.4 Diagnóstico (Abordagem Sindrómica).....	28
1.5 Manejo de Casos De ITS.....	30
1.5.1 Algoritmo Corrimento Uretral.....	31
1.5.2 Algoritmo Corrimento Vaginal.....	33
1.5.3. Algoritmo de Corrimento Anorretal.....	37
1.5.4 Algoritmo Dor no Baixo-Ventre.....	38
1.5.5 Algoritmo Úlcera Genital e Anorretal.....	40
1.5.6 Verruga Anogenital - Condiloma Acuminado.....	43
1.5.7 Sífilis.....	45
1.5.8 Infecções Entéricas e Intestinais Sexualmente Transmissíveis.....	50
1.6 Orientações Gerais Para o Utente com ITS.....	53
1.7. Importância do Tratamento dos Parceiros.....	53
1.8 Vulnerabilidades e Aspectos Sociais das Infecções de Transmissão Sexual.....	55

CAPÍTULO 2: PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO (PREP)

2.1 PrEP Oral.....	58
2.1.1 Formas da PrEP Oral.....	60
2.1.2 PrEP Oral e Outras Interações Medicamentosas.....	61
2.1.3 Manejo da PrEP.....	62
2.1.4 Modelos Diferenciados da PrEP.....	63
2.1.5 Esquemas de Antirretrovirais na PrEP.....	65
2.1.6 Considerações Especiais para uso de Esquemas de PrEP Contra-Indicações e Efeitos Colaterais.....	65

ÍNDICE

2.2 Dapivirina-Anel Vaginal.....	66
2.2.1 Possíveis Efeitos Colaterais.....	67
2.2.2 Contra-Indicações e Interações Medicamentosas.....	67
2.3 PrEP Injectável.....	68
2.3.1 Cabotegravir de Longa Acção.....	68
2.3.1.1 Possíveis Efeitos Colaterais.....	69
2.3.1.2 Contra-Indicações Adicionais e Interações Medicamentosas.....	69
2.4 Aconselhamento Sobre PrEP.....	72
2.4.1 Seroconversão em PrEP.....	73
2.5 Criação de Demanda para PrEP.....	73

CAPÍTULO 3: PROFILAXIA PÓS- EXPOSIÇÃO (PPE)

3.1 Profilaxia Pós-Exposição não Ocupacional (Sexual).....	73
3.2 Situações de Violência Sexual.....	77
3.2.1 Profilaxia do HIV.....	77
3.2.2 Profilaxia da ITS.....	80
3.2.3 Profilaxia da Hepatite B.....	80
3.2.4 Rastreio Clínico de VBG.....	81
3.2.5. Profilaxia da Gravidez.....	83
3.2.6 Abordagem Recomendada para Utentes que Chegam após 72h de Exposição ao HIV.....	83
3.3 Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao HIV.....	84
3.3.1 Passos do PPE Ocupacional.....	88
3.3.2. Prevenção da Exposição Ocupacional.....	88
3.4 Orientações que devem ser Passadas ao Utente antes de Finalizar a Consulta de PPE.....	89

CAPÍTULO 4: TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO

Tratamento como Prevenção.....	89
--------------------------------	----

CAPÍTULO 5: PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

5.1 Paragem Única de SMI.....	91
5.2 Seguimento da Mãe e do Bebê.....	92

CAPÍTULO 6: HEPATITES VIRAIS B E C

6.1 Hepatite B.....	93
6.1.1 Prevenção da Transmissão Hepatite B.....	94
6.1.1.1 Medidas de Prevenção da Transmissão da Hepatite B.....	94
6.1.1.2. Intervenções-Chave para PTV da Hepatite B.....	95
6.2 Hepatite C.....	97
6.2.1 Prevenção da Transmissão Hepatite C.....	98
6.2.1.1 Mulheres Grávidas e Lactantes.....	98
6.3 Rastreio e Diagnóstico de Hepatites B e C.....	99

CAPÍTULO 7 REDUÇÃO DE DANOS

7.1 Modelos de Serviços.....	101
------------------------------	-----

CAPÍTULO 8: CIRCUNCISÃO MASCULINA MÉDICA VOLUNTÁRIA (CMMV)

8.1 Critérios de Elegibilidade para a Circuncisão Masculina Médica Voluntária.....	105
8.2 Modelos e Fluxo de Oferta de Serviços de CMMV.....	107
8.3 Captação e Geração de Demanda para CMMV.....	108

CAPÍTULO 9: INSUMOS DE PREVENÇÃO

9.1 Preservativos.....	110
9.2 Lubrificante.....	112
9.3 Testes Rápidos.....	112
9.4 Auto-Teste para o HIV.....	113
9.5 Teste para Sífilis.....	114
9.6 Teste para Hepatite B.....	114
9.7 Material para Redução de Danos (Parafernália).....	114
9.8 Vacina.....	115
9.9 Equipamentos de Protecção Individual - EPI.....	115

CAPÍTULO 10: CUBOS DA PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA POR GRUPOS DE POPULAÇÃO

10.1 Grupos Populacionais dos Cubos de Prevenção Combinada Biomédica.....	117
10.1.1 Cubo de Prevenção Combinada para Mulheres.....	117
10.1.2 Cubo de Prevenção Combinada para Homens.....	120
10.1.3 Cubo de Prevenção Combinada para Pessoas Transgénero.....	122
10.1.4 Cubo da Prevenção Combinada para Reclusos e Pessoas em Ambientes Fechados.....	124
10.1.5 Cubo da Prevenção Combinada para Pessoas que Injectam Drogas.....	125

ÍNDICE

OPERACIONALIZAÇÃO DO GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA

BIOMÉDICA.....128

ANEXOS.....137

BIBLIOGRAFIA.....141



PREFÁCIO

Não obstante os esforços empreendidos, a epidemia do HIV, as Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e as Hepatites Virais ainda representam um dos maiores desafios de saúde pública em Moçambique. Estas infecções não só têm um substancial impacto negativo na saúde individual e familiar, como também diluem os esforços empreendidos para o almejado desenvolvimento social e económico do país, no quadro dos objectivos de desenvolvimento do milénio.

No âmbito da aceleração do controlo da epidemia surge o Guião de Prevenção Combinada Biomédica do HIV, ITS e Hepatites Virais, o qual tem enquadramento estratégico nos principais documentos do país, como o Roteiro Nacional de Prevenção e o quinto Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN V), bem como nas evidências científicas disponíveis, recomendações e práticas globais mais actuais, sendo desta maneira adaptada à realidade específica do país para o alcance dos objectivos estabelecidos

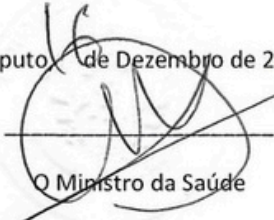
As intervenções em curso para o alcance das metas 95-95-95 até 2025 e o controlo da epidemia do HIV até 2030, alavancam a necessidade de implementação de uma abordagem de prevenção combinada que integre intervenções biomédicas eficazes como a profilaxia pré-exposição (PrEP) e o tratamento como prevenção para a redução das taxas de incidência do HIV. Para além do HIV, a integração das ITS e Hepatites Virais nas acções de prevenção combinada biomédica permite o uso mais eficiente de recursos humanos e financeiros, fortalece o sistema de saúde, melhora a coordenação, e aumenta a cobertura e o alcance das intervenções de prevenção e tratamento, contribuindo para a redução do estigma.

O compromisso do Governo de Moçambique em adoptar uma abordagem centrada no indivíduo e baseada em direitos humanos, está refletido neste Guião o qual proporciona orientações práticas para provedores de saúde, gestores e outros intervenientes envolvidos na implementação de acções integradas, que vão contribuir para o estabelecimento dos serviços de prevenção combinada biomédica.

O sucesso da implementação deste Guião depende do nosso compromisso como profissionais do sector da saúde, assim como do engajamento activo dos actores comunitários, de forma a assegurarmos a promoção da saúde e da qualidade de vida do indivíduo e suas comunidades.

O nosso maior valor é a vida.

Maputo, 16 de Dezembro de 2024



O Ministro da Saúde
Armindo Daniel Tiago



ACRÓNIMOS

ARV – Antirretrovirais
APTO – Apoio às Pessoas em Tratamento Opiáceo
ATHIV – Auto teste ou Auto testagem de HIV
ATS – Aconselhamento e Testagem em Saúde
CAI – Centro de atendimento integrado
CACU – Cancro de Colo do Útero
CACUM – Cancro de Colo do Útero e Mama
CCR – Consulta de Criança em Risco
CCPUD – Centro Comunitário para Pessoas que Usam Drogas
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CI – Caso Índice
CMMV – Circuncisão Médica Masculina Voluntária
CNCS – Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CPN – Consulta pré-natal
CPP – Consulta pós-parto
CSD – Casais serodiscordantes
DNAM – Direcção Nacional de Assistência Médica
DS – Dispensa Semestral
DU – Dose única
DUO – Duplo
ESMI – Enfermeira de Saúde Materna e Infantil
VHC – Vírus da Hepatite C
VHB – Vírus da Hepatite B
HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HPV – Human Papiloma Vírus (Vírus do Papiloma Humano)
HSH – Homens que Fazem Sexo com Homens
IG – Idade Gestacional
IMASIDA – Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
INSIDA – Inquérito Nacional de HIV/SIDA
IM – Injecção intramuscular
ITS – Infecções de Transmissão Sexual
LCR – Líquido cefalo raquídeo
LEN – Lenacapavir
MDS – Modelos Diferenciados de Serviço
MG – Mulheres Grávidas
MISAU – Ministério da Saúde

ML – Mulher Lactante
MTS – Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OMS – Organização Mundial da Saúde
PB – Penicilina Benzatina
PC – População-chave
PEN V – Quinto Plano Estratégico Nacional sobre HIV e SIDA 2021-2025
PID – Pessoas que Injectam Drogas
PNC ITS HIV/SIDA – Programa Nacional de Controlo das ITS HIV/SIDA
PPE – Profilaxia Pós-Exposição
PrEP – Profilaxia Pré-exposição
PrEP CAB-LA – Profilaxia Pré-exposição com Cabotegravir Longa Duração
PTV – Prevenção da Transmissão Vertical
PU – Paragem Única
PUD – Pessoas que Usam Drogas
PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV
RAMJ – Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens
RD – Redução de Danos
REC – Reclusos e pessoas em ambientes fechados
RN – Recém-nascido
RPR – Reagina plasmática rápida
SAAJ – Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SESP – Secção de Educação em Saúde Pública
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS-MA – Sistema de Informação para Saúde – Monitoria e Avaliação
SMI – Saúde Materno-Infantil
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV – Tratamento Antirretroviral
TR – Teste Rápido
TSO – Terapia de substituição por opioides
TV – Transmissão Vertical
UATS – Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde
UI – Unidades Internacionais
US – Unidade Sanitária
VBG – Violência Baseada no Género
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory
VO – Via oral
VPI – Violência pelo Parceiro Íntimo

INTRODUÇÃO

A Declaração Política sobre o HIV e SIDA de 2021 orienta os governos a dar prioridade à prevenção do HIV e assegurar que, até 2025, 95% das pessoas em risco de infecção pelo HIV tenham acesso e utilizem opções de prevenção combinada adequadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.

Neste contexto, o Quinto Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2021-2025 (PEN V) adopta uma abordagem multisectorial robusta para prevenção do HIV, alinhando-se à estratégia global do ONU SIDA 2021-2026:

- Reduzir em pelo menos 50% o número anual de novas infecções entre adultos, em comparação com 2019;
- Assegurar que 95% das mulheres em idade reprodutiva tenham as suas necessidades em termos de HIV e saúde sexual e reprodutiva satisfeitas;
- Garantir que 95% das pessoas em risco de infecção pelo HIV tenham acesso e utilizem opções de prevenção combinada adequadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.

Este guião destaca que o risco de infecção pelo HIV, ITS e Hepatites Virais varia entre diferentes populações. Algumas populações são consideradas prioritárias devido ao impacto substancial que têm para novas infecções ou ao seu acesso limitado aos serviços disponíveis. Dentre as populações prioritárias temos as populações vulneráveis e as populações-chave.

Populações Vulneráveis ao HIV são grupos de pessoas com oportunidades desiguais e sujeitas a factores socioculturais, estruturais, económicos, políticos que as tornam mais susceptíveis à infecção ou ao desenvolvimento do SIDA. Nesta categoria estão incluídos os seguintes grupos:

- **Raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ):** são raparigas adolescentes e mulheres jovens com idade entre 15 a 24 anos. Contribuem com cerca de 28% de todas as novas infecções. A desigualdade de género lhes confere um menor poder de negociação para o uso de métodos de prevenção do HIV e da gravidez. Outros factores de vulnerabilidade são a alta incidência de abusos e coerção sexual, educação sexual limitada, o que as leva a ter pouca ou nenhuma informação adequada sobre prevenção do HIV, o acesso limitado aos serviços de saúde e as barreiras culturais e económicas que dificultam o acesso aos testes e tratamentos.
- **Trabalhadores móveis e migrantes:** são indivíduos que se deslocam frequentemente ou migram para outras regiões ou países em busca de trabalho como trabalhador mineiro; camionistas de longo curso; trabalhador sazonal nas indústrias extrativas, no garimpo, nas obras públicas e nos campos agrícolas. A mobilidade constante dificulta o acesso regular a cuidados de saúde e programas de prevenção. Além disso, enfrentam condições de vida e trabalho que aumentam o risco de infecção, agravadas pela falta de apoio social e redes comunitárias de suporte. Devido às suas especificidades, estas populações requerem intervenções dirigidas segundo as suas necessidades.

- **Crianças e mulheres grávidas vivendo com HIV:** enfrentam um alto risco de transmissão vertical (de mãe para o bebê) durante a gravidez, o parto ou a amamentação. O medo de recorrer ao tratamento devido ao estigma associado ao HIV e as dificuldades de acesso aos antirretrovirais que podem prevenir essa transmissão, tornam essas mulheres e crianças ainda mais vulneráveis à infecção. A redução da transmissão vertical para menos de 5% e, eventualmente, sua eliminação é um dos resultados prioritários do PEN V. Todas as frentes da estratégia de eliminação da transmissão vertical, devem ser implementadas à escala nacional para atingir este objectivo, incluindo a prevenção de infecções pelo HIV nas RAMJ em idade reprodutiva.
- **PVHIV e casais serodiscordantes:** de acordo com o INSIDA 2021, 10,3% dos casais no país eram serodiscordantes (sendo um parceiro negativo e outro positivo). Presentes em todas as regiões geográficas, os casais serodiscordantes contribuem significativamente para as novas infecções quando as medidas preventivas não são tomadas. Os factores de vulnerabilidade incluem, o medo de revelar o sero-estado para o HIV aos parceiros sexuais - o que pode levar à não adesão ao tratamento, a dificuldade de acesso à profilaxia pré-exposição (PrEP) para os parceiros negativos e o acesso desigual ao tratamento.
- **Raparigas entre os 10-14 anos:** estão em maior risco de exploração e abuso sexual, além de estarem vulneráveis ao casamento precoce com homens mais velhos e lhes faltar conhecimentos sobre HIV e métodos de prevenção. Desta forma, é necessário intervir mais precocemente em termos de prevenção primária, tomando em conta os contextos das normas sociais, práticas culturais e a idade.
- **Crianças órfãs e vulneráveis da/na rua:** pela falta de orientação por adultos responsáveis, essas crianças são particularmente vulneráveis ao abuso e exploração sexual, com acesso limitado às condições básicas de vida, como alimentação, cuidados de saúde, parentais, protecção, educação e habitação.
- **Pessoas com deficiência:** estas enfrentam acesso limitado aos serviços de prevenção, cuidado e tratamento devido, não apenas relacionado ao estigma e à discriminação, mas também às suas próprias limitações psicológicas e psicomotoras. Esta população sofre uma dupla discriminação, tanto por sua deficiência quanto por potencial status HIV positivo. Na maioria das vezes, as informações sobre HIV e prevenção não são acessíveis ou adaptadas às suas necessidades físicas ou de compreensão.

Cada uma dessas populações enfrenta desafios específicos que aumentam seu risco de contrair o HIV, tornando imprescindível a implementação de estratégias de prevenção e apoi adaptadas às suas necessidades específicas.

Populações-Chave: As populações-chave são grupos de pessoas que, devido a fatores sociais, comportamentais e estruturais, enfrentam maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV e maiores barreiras de acesso aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados de saúde. Essa maior vulnerabilidade não decorre da identidade ou do valor das pessoas, mas sim das condições em que vivem, do estigma, da discriminação, da criminalização e de desigualdades sociais e de género que limitam o pleno exercício dos seus direitos à saúde.

- **Trabalhadores de sexo (TS):** mulheres e homens (18 anos de idade ou mais) que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, seja regularmente ou ocasionalmente. O trabalho de sexo é o sexo consensual entre adultos e varia no grau em que é mais ou menos “formal” ou organizado. Conforme definido na Convenção sobre os Direitos da Criança, crianças e adolescentes menores de 18 anos que trocam sexo por dinheiro, bens ou favores são considerados “explorados sexualmente” e não podem ser definidos como trabalhadores do sexo. No entanto, é fundamental garantir a oferta de serviços de prevenção do HIV para estes menores de 18 anos explorados sexualmente e referi-los para serviços de acção social e para os Centros de Atendimento Integrado (CAI).
- **Homens que fazem sexo com homens (HSH):** são todos os homens que têm relações sexuais com outros homens, regularmente ou ocasionalmente. O termo abrange a grande variedade de contextos em que o sexo entre homens ocorre, independentemente de múltiplas motivações para se envolver nessas relações, assim como das identidades de género ou orientação sexual.
- **Pessoas que injectam drogas (PID):** são pessoas que injectam substâncias psicoactivas para fins não terapêuticos. Embora este Guião foque em pessoas que injectam drogas, devido ao risco específico de transmissão de HIV e HBV e HCV (com partilha de equipamentos de injeção contaminados com sangue), grande parte dessa orientação também é relevante para pessoas que usam substâncias psicoactivas por outras vias de administração, como inalar e fumar estas não devem ser excluídas.
- **Reclusos e pessoas em ambientes fechados:** inclui todos os homens, mulheres e adolescentes-jovens que por razões legais, foi-lhes retirada a liberdade e encontram-se sob custódia das autoridades (em esquadras, centros de detenção juvenil, penitenciárias e outros locais fechados) podendo estar na situação de condenado ou detido provisoriamente.
- **Pessoas Transgénero:** grupo diversificado de pessoas que não se identificam com comportamentos e/ou papéis esperados do género que lhes foi determinado no nascimento. Pessoa nascida com sexo biológico feminino que se identifica como homem é um homem transgénero, e identifica-se como “homem trans”, ou simplesmente “homem” para descrever sua identidade. Da mesma forma, uma pessoa que tenha nascido com sexo biológico masculino que se identifica como mulher é uma mulher transgénero, e identifica-se como “mulher trans”, ou “mulher”.

É importante considerar que as Populações Vulneráveis e as Populações-Chave podem sobrepor-se. Por exemplo: Uma mulher migrante pode ser também uma mulher trabalhadora do sexo; um homem trabalhador móvel (camionista) pode ser também um homem que faz sexo com homem. É preciso levar em consideração estas sobreposições que serão determinantes na oferta da prevenção combinada do HIV, ITS e Hepatites.

Moçambique registou progressos notáveis na prevenção do HIV, alcançando uma redução de 49% de novas infecções entre 2010 e 2023 (UNAIDS 2024). Dentre as principais realizações dos últimos anos, inclui-se o Tratamento como Prevenção que tem sido uma estratégia crucial no controlo à disseminação do vírus do HIV no país. No Tratamento como Prevenção, a redução da carga viral a níveis indetectáveis impede a transmissão do vírus por via sexual, previne novas infecções e melhora significativamente a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, reduzindo complicações de saúde relacionadas à infecção. A expansão da profilaxia pré-exposição (PrEP), a circuncisão masculina médica voluntária (CMMV), e a distribuição de preservativos e lubrificantes, juntamente com a expansão da cobertura de programas para raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) e populações-chave, são outras acções que têm contribuído para a prevenção do HIV em Moçambique.

Para acelerar o progresso na prevenção do HIV, o Roteiro Nacional de Prevenção do HIV (2022-2025) continua centrado nos cinco pilares da prevenção: RAMJ, populações-chave, CMMV, preservativos e PrEP. Tendo em conta ainda o contexto nacional, o país adicionou o sexto pilar, que é a Prevenção da Transmissão Vertical - PTV.

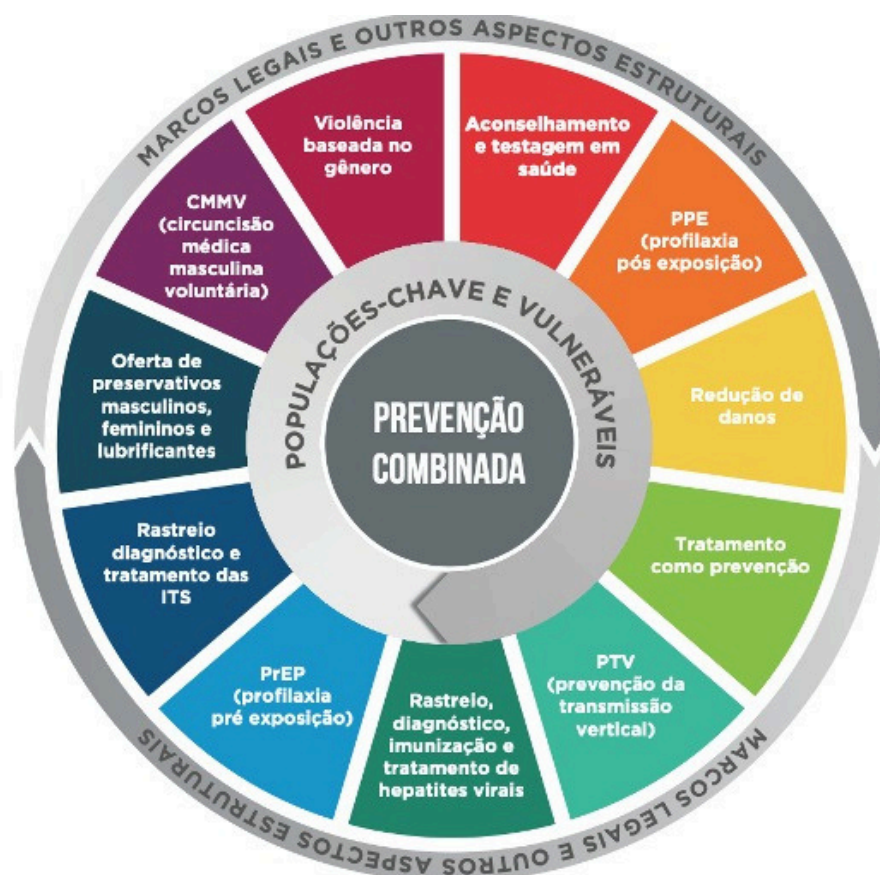
As acções prioritárias previstas no roteiro para acelerar a prevenção do HIV em Moçambique, abrangem oito (08) pontos referentes a intervenções previstas no PEN V, que são:

- Ponto 1 – Prevenção de precisão
- Ponto 2 – Coordenação multisectorial
- Ponto 3 – Investimento sustentável
- Ponto 4 – Programas liderados pela comunidade
- Ponto 5 – Remoção de barreiras
- Ponto 6 – Pacotes de prevenção
- Ponto 7 – Integração de serviços
- Ponto 8 – Novas tecnologias

Especificamente sob os pontos 6 e 8, destacam-se referências específicas para a prevenção combinada, que tem objectivo estratégico de expandir a prevenção combinada do HIV baseada em evidências para populações e áreas geográficas prioritárias. Neste sentido, temos como intervenções: os pacotes de intervenção biomédica para populações-chave, RAMJ, casais serodiscordantes e mulheres grávidas e lactantes vivendo com o HIV; pacotes de intervenção comportamental para RAMJ e populações-chave e pacotes de intervenção biomédica para populações-chave, cujos detalhes podem ser encontrados no Roteiro Nacional de Prevenção do HIV, 2022-2025, divulgado pelo CNCS.

O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes acções de prevenção para ITS, HIV e Hepatites Virais, bem como aos factores associados. Assim, a definição de “Prevenção Combinada” está relacionada à combinação das três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural (marcos legais), aplicadas ao âmbito individual e colectivo.

Figura 1 - Roda da Prevenção Combinada



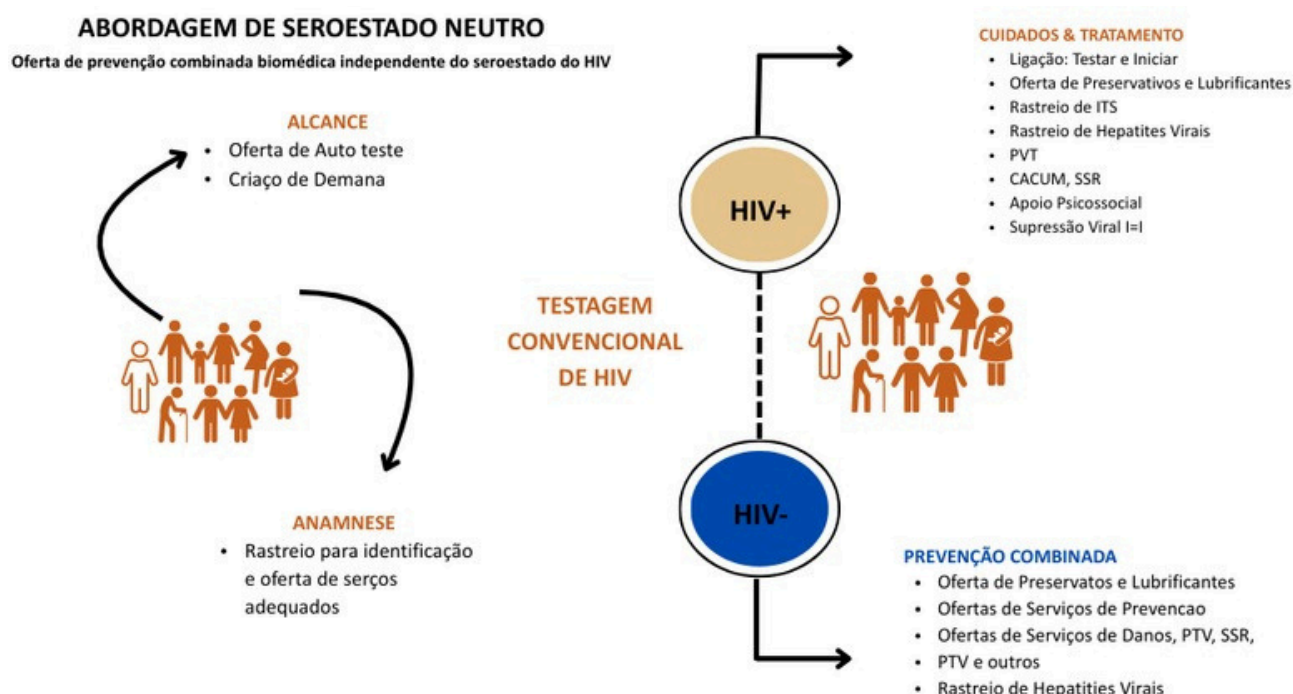
Das acções biomédicas oferecidas pelo sector de saúde em Moçambique, destacam-se as seguintes:

- Oferta de Aconselhamento e Testagem em Saúde (aconselhamento e testagem iniciado pelo utente (ATIU), Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor (ATIP), Aconselhamento e Testagem em Saúde na Comunidade e Auto Teste de HIV (ATS-C/ATHIV)).
- Oferta da Profilaxia Pré-exposição – PrEP.
- Oferta da profilaxia Pós-exposição – PPE.
- Tratamento como Prevenção.
- Prevenção da Transmissão Vertical – PTV.
- Oferta do pacote de profilaxia e cuidados pós violência baseada no género.
- Rastreio, diagnóstico e tratamento das ITS.
- Oferta de serviços de SSR, prevenção e cuidados do Cancro do Colo Uterino e de Mama (CACUM) e rastreio do cancro da próstata.
- Oferta de Circuncisão Masculina Médica Voluntária – CMMV.
- Rastreio, diagnóstico e tratamento das hepatites virais.
- Oferta de imunização contra a Hepatite B e HPV.
- Oferta de preservativos masculino, feminino e lubrificantes.
- Redução de Danos.

Independentemente do diagnóstico do HIV (positivo ou negativo), sempre haverá intervenções de prevenção combinada biomédica a serem oferecidas. Portanto, chama-se atenção ao provedor de saúde a prestar atenção para **Abordagem de Sero-estado Neutro**, independentemente do serviço onde o utente é atendido na Unidade Sanitária (US). O que será levado em consideração, são as suas necessidades para que as intervenções sejam aliadas às especificidades e ao contexto em que o utente está inserido.

A **Abordagem de Sero-estado Neutro** aumenta a eficiência da prevenção, uma vez que a oferta poderá ser feita à qualquer pessoa, a qualquer hora, em qualquer serviço, de acordo com a necessidade e especificidades de cada indivíduo, independente do sero-estado para HIV, ITS e Hepatites.

Figura 2– Abordagem do Sero-estado Neutro



No final deste Guião, após a descrição detalhada de cada um dos temas, estarão disponíveis os Cubos de Prevenção Combinada Biomédica específicos por grupo¹, que facilitarão o uso prático deste documento. Para cada população a ser atendida, poder-se-á consultar o Cubo de Prevenção Combinada Biomédica específico e encontrar as acções recomendadas dentro de uma visão integrada. Este será o foco de trabalho deste documento, ou seja, que os capítulos tragam os detalhes sobre as acções de intervenção dentro da prevenção combinada biomédica para os diferentes grupos populacionais atendidos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

¹O cubo de prevenção combinada baseia-se na lógica da combinação das diversas intervenções de prevenção biomédica e, como diferencial, está centrado no que pode ser ofertado a cada uma das diferentes populações.

Magnitude das ITS, Hepatites Virais e HIV em Moçambique

Moçambique está entre os 10 países com a maior taxa de prevalência estimada de HIV. A incidência anual do HIV entre adultos em Moçambique foi de 0,43%, sendo 0,61% em mulheres e 0,24% em homens. A prevalência do HIV entre adultos em Moçambique foi de 12,5%, sendo maior nas mulheres (15%) do que nos homens (9,5%). Entre os adolescentes e jovens a prevalência do HIV foi de 5,4%, sendo as raparigas e jovens mais afectadas com 8,0% quando comparadas aos rapazes e jovens na mesma faixa etária que foi de 2,6% (INSIDA 2021).

A população-chave é desproporcionalmente afectada pela epidemia do HIV. Os dados mostram uma prevalência superior em relação à população geral. A prevalência do HIV nas MTS foi estimada em 46,5% em Maputo, 36,3% em Tete, 24,8% em Quelimane, 16,3% na Beira e 10,2% em Nampula (Brochura BBS MTS 2019-2020). Para os HSH, a prevalência foi estimada em 14,7% em Maputo, 8,3% na Beira, 5,7% em Nampula, 3,7% em Quelimane e 3,5% em Tete (HSH Relatório Final 2021). Na população em situação de reclusão, a prevalência foi de 25,4% em reclusos e 31,5% em reclusas (BBS Reclusos, 2022). A prevalência nas pessoas que injectam drogas foi de 29,9% em Maputo, 20,8% em Quelimane, 18,0% na Beira, 13,8% em Tete e 13,3% em Nampula (Brochura PID 2024).

As estimativas do HIV segundo o modelo epidemiológico (Spectrum), indicam que em 2023, cerca de 2,4 milhões de pessoas viviam com HIV, sendo que 94% eram adultos com 15 ou mais anos de idade. A taxa de transmissão vertical foi de 10%. Ocorreram 81.000 novas infecções das quais 56,8% entre os adolescentes e jovens, sendo que 15.000 em adolescentes de 10-19 anos de

idade (87% em meninas adolescentes) e 31.000 nos adolescentes e jovens de 15 a 24 anos (74% em mulheres jovens) (UNAIDS 2024). As estimativas mostram também uma redução de novas infecções (130.000 em 2019 para 81.000 em 2023) e da taxa de transmissão de mãe para o filho ao longo dos anos (13% em 2019 para 10% em 2023) refletindo o impacto das diferentes intervenções realizadas para o controlo da epidemia do HIV.

A componente das ITS desempenha um papel bastante importante no controlo da epidemia do HIV. O diagnóstico e tratamento precoce da ITS reduz o risco de infecção pelo HIV, contribuindo para a redução de novas infecções. Moçambique implementa a abordagem sindrómica para tratamento das ITS, que inclui corrimento vaginal (Leucorreia), corrimento uretral e úlcera genital. Dados programáticos de rotina indicaram uma tendência crescente, com um aumento de 19,5% do total de novos casos de ITS (em 2018 - 1.000.993 casos e em 2022 - 1.196.264).

Em 2023, foram reportados 920.561 casos de ITS. Este ligeiro decréscimo pode ter sido reflexo do processo de mudança da fonte de reporte de dados de ITS. Em relação à distribuição etária, os dados de rotina demonstram que a maior percentagem de casos de ITS ocorreu em indivíduos com 25 ou mais anos de idade, no entanto 46% dos casos foram registados entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos de idade. Tendo em conta as síndromes, a leucorreia foi a mais frequente correspondendo a 45% dos casos de ITS, seguido de corrimento uretral (34%) e úlcera genital com 21%. (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA de 2023, MISAU 2024).

A prevenção é uma das componentes principais no controlo das ITS, principalmente no que concerne ao uso de preservativos. Segundo o INSIDA 2021, o uso de preservativos (masculino e feminino) ainda é baixo, principalmente em mulheres. Constatou-se que 48,5% das mulheres e 54% dos homens de 15-49 anos de idade declarou ter usado preservativo na última relação sexual com parceiros não habituais. Em 2023, foram distribuídos 1.472.977 preservativos e 94.103 lubrificantes como parte das acções do controlo da epidemia para a prevenção de novos casos de ITS (Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA de 2023, MISAU 2024). Apesar dos esforços, o uso de preservativos continua a ser muito baixo em Moçambique. Em algumas populações prioritárias, as taxas de uso estão 30% abaixo das dos países vizinhos, muito longe, portanto, da meta internacionalmente reconhecida de 90%. (Estratégia Nacional do Preservativo, 2020-2023).

As hepatites virais estão dentre os maiores problemas de saúde pública global que causam consequências à população. Em 2022, estimou-se que houve 254 milhões de infecções prevalentes por hepatite B e 50 milhões de infecções prevalentes por hepatite C em todo o mundo. Metade do fardo das hepatites B e C crônica ocorre entre pessoas de 30 a 54 anos e 12% entre crianças menores de 18 anos. Os homens representam 58% de todos os casos (Relatório de modelagem das HCB e HVC em Moçambique, 2020).

No entanto, num cenário de estratégia de prevenção e tratamento de hepatites, com vista a alcançar as metas da OMS para 2030 (diagnosticar 90% dos indivíduos infectados e tratar 80% dos utentes elegíveis). Estima-se que o número de novos casos de HVB reduzirá, contudo, esta estratégia combinada terá pouco impacto no número total de indivíduos infectados, porque actualmente não há tratamento

curativo, mas, haverá grande impacto no número de vidas salvas (Relatório de modelagem das HCB e HVC em Moçambique, 2020).

Os dados sobre as hepatites virais ainda são escassos no país. Os resultados da análise de impacto para prevenção e tratamento da HVB em Moçambique, estimou que a prevalência de HVB oscilava entre 5 a 8,7% em 2017 (Relatório de modelagem das HCB e HVC em Moçambique, 2020).

Em relação a carga da Hepatite C com base em dados não publicados, porém, consensuais entre os especialistas, em 2016 o número de indivíduos com o VHC (virémicos) em Moçambique foi estimado em 249.200 (0,8% da população). Também, em 2016 foi estimado que 1% (0,5% - 1,3%) de indivíduos tinha anticorpos contra o VHC (indicando maior exposição ao vírus) (Relatório de modelagem das HCB e HVC em Moçambique, 2020).

Dados do último BBS demonstram uma variação de 2-7% da seroprevalência de VHB entre as PID, tendo sido estimada em 7.0% em Tete, 6.3% na Beira, 5.2% em Nampula, 3.3% na Cidade de Maputo e 2.7% em Quelimane. Em relação a seroprevalência de VHC esta variou de 8-43%, sendo 17.9% na Cidade de Maputo, 43.9% na Beira, 8.5% em Tete, 26.4% em Quelimane e 43.7% em Nampula (Brochura PID 2024).

Mantendo o actual paradigma de tratamento no país, o número de casos virémicos que atingiu o pico em 2017, reduzirá em menos de 5% entre 2017 e 2030, resultando em aproximadamente 242.000 casos até finais de 2030. Num cenário de implementação de acções com vista a alcançar as metas da estratégia global do Sector Saúde para a eliminação das hepatites virais, pouparia 5.900 vidas, evitando 16.400 novas infecções (Relatório de modelagem das HCB e HVC em Moçambique, 2020).

CAPÍTULO 1

INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL

1.1 Definição e Aspectos Gerais Sobre Infecção de Transmissão Sexual (ITS)

As Infecções de Transmissão Sexual (ITS) são causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos, sendo transmitidos principalmente através de relações sexuais (vaginal, anal e oral) sem o uso de preservativo com uma pessoa infectada. Normalmente, manifestam-se por meio de corrimentos, úlceras, vesículas ou verrugas.

Actualmente, sabe-se que mais de 30 diferentes bactérias, vírus e parasitas podem ser transmitidos pelo contacto sexual, incluindo sexo vaginal, anal e oral. Algumas dessas ITS também podem ser transmitidas de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

Oito agentes patogénicos estão relacionados à maior incidência de ITS. Desses oito, quatro causam infecções actualmente curáveis: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. Os outros quatro correspondem a infecções virais incuráveis: hepatite B, vírus do herpes simples (HSV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus do papiloma humano (HPV).

Qualquer pessoa sexualmente activa, seja homem ou mulher, pode contrair uma ou mais ITS. No entanto, o risco é maior em pessoas com comportamentos sexuais de risco, como populações-chave, ou pessoas com vulnerabilidades, como mulheres grávidas, adolescentes e jovens.

As ITS afectam profundamente o bem-estar físico, psicológico e social de crianças, adolescentes e adultos. Além de afectar directamente a saúde reprodutiva e infantil, causando infertilidade, cancro anogenital, complicações na gravidez, óbitos e anomalias fetais, estas também facilitam indirectamente a transmissão e aquisição do HIV.

O diagnóstico e tratamento das ITS são, em geral, realizados por meio de uma das três abordagens: sindrómica, clínica ou etiológica.

- **Sindrómica:** O tratamento é instituído para os agentes causais mais frequentes de uma síndrome diagnosticada.
- **Clínica:** O tratamento é baseado no quadro clínico apresentado pelo/a utente.
- **Etiológica:** A identificação do agente causal é feita através de exames laboratoriais, com instituição de terapêutica específica.

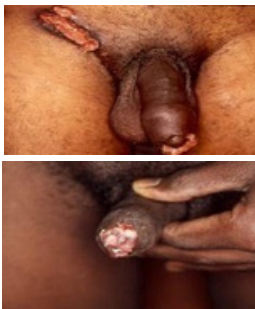
Em Moçambique, o **Programa Nacional de Controlo das ITS-HIV/SIDA** recomenda o uso das abordagens sindrómica e etiológica, sendo a abordagem sindrómica indicada como padrão, e a etiológica onde existirem condições para uma resposta laboratorial imediata.

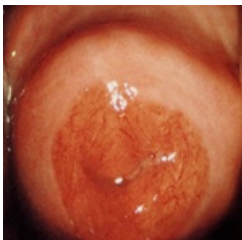
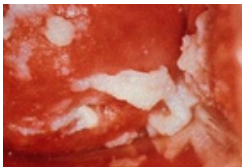
De acordo com a abordagem sindrómica, o tratamento deve ser oferecido no momento da consulta, com o objectivo de proporcionar, em uma única consulta, o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados. O uso de algoritmos permite um tratamento eficaz dos utentes sintomáticos, interrompendo a cadeia de transmissão e evitando possíveis complicações advindas das ITS.

Onde houver capacidade laboratorial, as amostras poderão ser colhidas antes do início da administração dos medicamentos indicados para a síndrome em questão, com a finalidade de diagnóstico etiológico e ajustamento da terapêutica, se necessário. No entanto, a conduta não deverá depender de processos demorados para a realização e/ou interpretação dos exames.

1.2 Etiologia das ITS

Tabela 1 - ITS mais comuns

Doenças	Agente Causador	Via de transmissão	Sinais e Sintomas	Fotografia
Herpes Genital	Herpes Simples (HSV)	Sexo vaginal, oral ou anal sem preservativo. Contacto com bolhas, úlceras ou objectos contaminados. Transmissão durante o parto (se a mãe apresentar lesões).	10-15 dias após a infecção: comichão, formigueiro, ardor, bolhas e feridas nos genitais, inchaço na virilha. Sintomas adicionais: febre, mal-estar, dores musculares, corrimento vaginal ou uretral, dor ao urinar.	Herpes Genital 
Cancro Mole (Cancróide)	Haemophilus ducreyi	Sexo desprotegido.	3-7 dias após infecção: pequenas bolhas dolorosas nos genitais ou ao redor do ânus. Ulcerações abertas, que podem aumentar e unir-se, danificando tecidos. Linfonodos inguinais inchados.	Cancro Mole 
HPV (Papiloma Vírus Humano)	Papiloma Vírus Humano	Contacto directo com pele ou mucosa infectada, via sexual (oralgenital, genitalgenital, manualgenital).	2-8 meses após infecção: verrugas na região genital, ânus, vulva, vagina, pénis, ânus, escroto. Em casos graves, podem afectar mucosas nasal, oral e laringea.	Condiloma Acuminado 

Gonorreia	Neisseria gonorrhoeae	Sexo desprotegido (vaginal, anal e oral); transmissão vertical (gravidez e parto).	Mulheres: dor abdominal, corrimento amarelado, dor ao urinar, dor pélvica e durante a relação sexual. Homens: dor ao urinar, secreção purulenta uretral.	Gonorreia (corrimento uretral) 
Clamídia	Chlamydia trachomatis	Sexo desprotegido (vaginal, anal e oral); transmissão vertical.	Homens: corrimento uretral, dor testicular, ardor ao urinar. Mulheres: corrimento vaginal, sangramento anormal, dor pélvica, dor ao urinar.	Clamídia (Cervicite mucopurulenta por chlamydia trachomatis) 
Linfogranuloma Venéreo (LGV)	Chlamydia trachomatis	Sexo desprotegido (vaginal, anal e oral).	Linfonodos dolorosos na virilha, infecção no reto, bolha pequena e imperceptível. Febre e mal-estar geral.	Linfogranuloma Venéreo 
Sífilis	Treponema pallidum	Sexo desprotegido (vaginal, anal e oral), transfusão de sangue, transmissão vertical (gravidez e parto).	Primária: feridas indolores nos genitais, boca, ânus. Secundária: manchas na pele, sem coceira. Terciária: lesões cutâneas, ósseas, oculares, neurológicas.	Sífilis Primária  Secundária 
Candidíase	Candida albicans	Desequilíbrio da flora vaginal causado por antibióticos, imunossupressão, diabetes, alterações hormonais e má higiene.	Corrimento espesso e branco, vulva e vagina inchadas e doloridas. Nos homens, glande e prepúcio vermelhos e doloridos, com placas brancas.	Vulvovaginite  

HTLV	Vírus Linfotrópico T Humano	Sexo desprotegido ou contacto com secreções.	Mulheres: secreção amarela-esverdeada com odor forte e irritação genital. Homens: secreção leve, dor ao urinar (raro)
Tricomoniase	Trichomonas vaginalis	Sexo, compartilhamento de agulhas, transfusões, transmissão vertical.	Gânglios inchados, alterações visuais, fraqueza, dormência nos membros, leucemia, linfoma.
Hepatite B e C	Vírus da Hepatite B e C	Sexo, agulhas compartilhadas, transfusões, transmissão vertical.	Assintomático na maioria dos casos. Sintomas: fadiga, febre, urina escura, olhos amarelados, fezes claras.

1.3 Abordagem de Casos de ITS

A abordagem do utente que procura o serviço de saúde com queixas sugestivas de ITS deve sempre incluir:

- Anamnese incluindo história sexual;
- Exame físico geral incluindo o anogenital;
- Diagnóstico (Abordagem Síndromica) e manejo clínico das ITS;
- Investigação e tratamento dos parceiros sexuais;
- Registo e notificação de casos.

1.3.1 História Clínica e Sexual

Investigue a razão da visita:

Pergunte ao utente sobre os motivos que o/a trouxeram à consulta:

- *O que motivou ou trouxe à consulta hoje?*
- *Esta é a primeira consulta ou consulta de controlo ou recebeu convite/guia de referência para se dirigir à unidade sanitária?*
- *Tem algum problema nos genitais/ânus?*

Sintomas de ITS:

Pergunte ao utente sobre as principais queixas associadas a síndromes específicas de ITS:

- *Tem secreção vaginal/uretral/anorrectal?*
- *Tem borbulhas, feridas/úlceras na vagina/no pénis/ânus ou região anogenital?*
- *Tem verrugas na vagina/no pénis/ânus ou região anogenital?*
- *Comichão ou irritação na vagina/no pénis/ânus ou região anogenital?*
- *Dor ao urinar?*
- *Dor no baixo-ventre?*
- *Inchaço ou tumefacção na virilha? Inchaço ou tumefacção escrotal?*

Outras perguntas relacionadas às queixas acima:

- *Há quanto tempo começaram as queixas?*
- *Como evoluíram os sintomas?*
- *Já sentiu isso antes?*
- *Já fez teste de HIV? Está em TARV/PrEP/PPE?*

História sexual:

Inclua comportamentos que podem aumentar o risco de ITS/HIV:

- *Quando foi a última relação sexual?*
- *Pratica sexo vaginal, anal ou oral?*
- *Teve novos parceiros sexuais nos últimos três meses?*
- *Usou preservativo na última relação sexual?*

História social do indivíduo:

- *Avalie os factores que aumentam o risco de ITS/HIV, situação familiar e aspectos culturais e espirituais:*
- *Trabalha fora do local de residência?*
- *O que faz no trabalho?*
- *Onde vive actualmente e com quem vive?*
- *Quantos filhos tem e quais são as idades? Se mora com outras pessoas?*
- *Vive com algum parceiro(a)? Há quanto tempo?*

Gravidez actual, data da última menstruação e uso de contraceptivos:

- *Está grávida agora?*
- *Quando foi a última menstruação?*
- *Usa algum método para não engravidar?*
- *Já teve filhos?*
- *Já esteve grávida alguma vez?*

História médica:

Avalie a reação alérgica ou complicações com o uso de algum medicamento:

- *Há algum tratamento em curso?*
- *Usa algum medicamento? Qual é o medicamento?*
- *Tem alergia a algum medicamento? Como sabe?*
- *Já usou algum medicamento sem prescrição médica?*

1.3.1 Exame Físico

Os utentes devem ser examinados nas mesmas condições de privacidade usadas para a co lheita da história clínica. Devem sentir-se seguros de que ninguém irá entrar na sala enquanto estiverem a ser examinados.

- Antes de qualquer procedimento de exame físico, é necessário esclarecer ao utente o que será feito e pedir a sua autorização. Só após o esclarecimento e autorização do utente, pode-se proceder com a realização do exame;
- Para a realização do exame, é essencial que o provedor de saúde siga os procedimentos de higiene, incluindo a lavagem das mãos, uso de luvas e de equipamento de protecção individual (EPI), como avental impermeável, barrete ou touca, óculos ou viseira, para se proteger de salpicos e derrames de fluidos corporais.

O exame físico deve incluir:

- Avaliação do estado geral do utente: peso, altura, alterações na coloração da pele, erupções ou outras lesões cutâneas;
- Medição de sinais vitais, incluindo a pressão arterial;
- Observação do aspecto físico, pele e mucosas, exame da boca e da garganta, e procura de linfadenopatia nas regiões cervical, axilar e inguinal;
- Exame específico da área anogenital.

1.3.2.1 Exame Genital em Mulheres

O exame genital em mulheres deve seguir três procedimentos principais: (i) a inspecção da genitália externa, do períneo e do ânus, (ii) o exame com espéculo (exame especular) e (iii) toque bimanual. Cada um desses procedimentos segue padrões específicos.

Aspectos gerais e inspecção da genitália externa, períneo e ânus:

- *Certifique-se de que há privacidade e explique à utente o que será feito;*
- *Solicite que a utente dispa as suas roupas, deite-se de costas na marquesa do exame e dobre os joelhos;*
- *Mantenha-a coberta com um lençol;*
- *Coloque luvas e inicie a inspecção sob boa iluminação;*
- *Examine cuidadosamente a área genital externa, períneo e ânus, verificando a presença de corrimento, edema, irritação cutânea, verrugas, úlceras ou feridas;*
- *Pergunte sobre qualquer alteração não mencionada pela utente, incluindo o tempo de surgimento;*
- *Registe o tamanho, aspecto e dor à palpação de lesões, bem como a cor, cheiro e quantidade de corrimento, se houver.*

Exame especular:

- *Verifique se o espéculo está limpo, desinfectado e esterilizado, e se há iluminação adequada;*
- *Insira um dedo na abertura vaginal, puxe gentilmente para baixo para expor a entrada vaginal, relaxando a musculatura;*
- *Com a outra mão, insira cuidadosamente o espéculo na posição correcta e abra suavemente as lâminas para visualizar a cérvix;*
- *Examine a cérvix para verificar coloração e sinais de infecção (secreções amareladas, ferimentos ou tumorações). Faça a colheita de material para exame, se necessário;*
- *Ao remover o espéculo, observe também as paredes da vagina.*

Exame bimanual:

- *Explique o procedimento à utente e realize o exame com luvas estéreis;*
- *Insira os dedos médio e indicador na vagina e avalie a elasticidade vaginal, presença de tumorações e tamanho do colo do útero;*
- *Movimente a cérvix delicadamente, observando a reacção da utente;*
- *Com a outra mão, pressione a parede abdominal para palpar o útero e os órgãos anexos;*
- *Examine a região anal em busca de alterações como úlceras, vesículas, verrugas, secreções ou fissuras;*
- *Após o exame, limpe e descarte as luvas e lave as mãos com água e sabão.*

1.3.2.2 Exame Genital em Homens

- *Antes de iniciar, explique ao utente os passos que irá realizar, para obter a sua confiança;*
- *O utente deve estar em pé, com as pernas afastadas e o provedor de saúde sentado;*
- *Palpe a região inguinal em busca de gânglios, nódulos ou bubões;*
- *Palpe a bolsa escrotal, verificando o testículo, epidídimo e cordão espermático em ambos os lados;*
- *Examine o pénis para verificar se há feridas, úlceras, verrugas, secreção ou edema;*
- *Solicite ao utente que retraia o prepúcio, se houver ou não corrimento visível, peça ao utente para ordenhar a uretra para verificar sinais de corrimento;*

- Solicite ao utente que retraia o prepúcio, se houver ou não corrimento visível, peça ao utente para ordenhar a uretra para verificar sinais de corrimento;
- Solicite ao utente que se curve para a frente, afastando as nádegas com as próprias mãos, ou, preferencialmente, deitado de lado para melhor inspecção da região anal;
- Examine a região anal em busca de úlceras, vesículas, verrugas, secreções ou fissuras;
- Após o exame, descarte as luvas e lave as mãos com água e sabão .

1.3.3 Toque Retal

Aspectos gerais:

O toque retal, quando necessário, deve ser explicado ao utente antes de ser realizado, garantindo o consentimento informado. O exame deve ser feito com uso de lubrificante, e pode-se facilitar o procedimento pedindo ao utente para fazer força durante a inserção do dedo examinador.

Exame ano-retal:

- Durante o toque retal, deve-se palpar o **canal anal** à procura de massas. Utilizando a mesma técnica abdómen-vaginal, as estruturas pélvicas devem ser novamente palpadas, dando atenção especial às seguintes áreas:
- Septo retovaginal;
- Ligamentos útero-sacrais;
- Fundo de saco;
- Fundo uterino posterior.

Este exame é especialmente útil para detectar **massas no fundo de saco de Douglas**, difíceis de identificar em um exame físico normal.

1.4 Diagnóstico (Abordagem Sindrómica)

A abordagem sindrómica baseia-se no facto de que as ITS, apesar de serem causadas por diversos agentes, manifestam-se de forma semelhante. Essas manifestações podem ser agrupadas nas seguintes síndromes apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 2: Síndromes de ITS

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologia mais Comum
Corrimento Uretral	Secreção uretral percebida pelo utente, disúria, prurido e polaciúria.	Secreção uretral (se necessário, peça para o utente ordenhar a uretra), odor fétido	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, Mycoplasma genitalium
Corrimento Vaginal	Disúria, prurido e dispareunia, aumento da secreção vaginal em relação ao habitual	Edema da vulva, hiperemia da vulva/paredes vaginais/colo do útero, secreção vaginal/cervical, odor fétido	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Vaginose bacteriana
Corrimento Anorretal	Dor anorretal, prurido anal, sensação de plenitude retal, dispareunia receptiva, tenesmo, sangramento anal, estrias de muco nas fezes	Secreção mucosa, purulenta ou sanguinolenta no canal anal ou ao redor do ânus, eritema perianal	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Herpes genital
Úlceras Genitais/Anorretais	Lesão genital ou anal notada pelo paciente, prurido, dispareunia	Lesão na genitália externa, anal/perianal, vesículas genitália externa, anal/perianal, aumento dos linfonodos inguinais	HSV-1, HSV-2, Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Chlamydia trachomatis (Linfogranuloma venéreo)
Dor no Baixo-Ventre	Dor ou desconforto pélvico, dispareunia	Secreção cervical, dor à palpação abdominal, mobilização dolorosa do colo	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Vaginose bacteriana

1.5 Manejo de Casos De ITS

- O manejo de casos de utentes com ITS tem como objectivos principais os seguintes:
- Interromper a cadeia de transmissão da forma mais efectiva e imediata possível;
- Proporcionar a cessação imediata dos sintomas;
- Evitar as complicações decorrentes das ITS.

Tabela 3: Contactos e Períodos para Síndromes de ITS

Síndromes de ITS	Contactos	Período
Corrimento uretral	Parceiros sexuais	Até 90 dias (3 meses) antes do início dos sintomas
Corrimento vaginal	Parceiros sexuais	Até 90 dias (3 meses) antes do início dos sintomas
Corrimento anorretal	Parceiros sexuais	Até 90 dias (3 meses) antes do início dos sintomas
Úlceras genitais	Parceiros sexuais	Até 90 dias (3 meses) antes do início dos sintomas
Doença Inflamatória Pélvica (DIP)	Parceiros sexuais	Até 90 dias (3 meses) antes do início dos sintomas
Sífilis – RPR positivo	Parceiros sexuais	Até 1 ano antes da data do exame
Sífilis congênita	Mãe	Até 1 ano antes da data do exame
Oftalmia neonatal	Mãe	Até 1 ano antes da data do exame
Infecção pelo HIV	Todos os parceiros sexuais Filhos biológicos < de 15 anos de pais HIV positivo Pais biológicos de filhos < de 15 anos HIV positivo Todos os parceiros de partilha de agulhas/seringas, se o caso índice for PID	Nos últimos 12 meses Filhos biológicos até completar 15 anos de idade e pais de filhos biológicos <15 anos HIV positivo até ter um ser estado para HIV
Hepatite B e C	Todos os parceiros sexuais Todos os parceiros de partilha de agulhas/seringas, se o caso índice for PID e doadores de sangue	Nos últimos 12 meses
Condiloma	Todos os parceiros sexuais	Nos últimos 12 meses

No manejo de ITS, os provedores de saúde devem oferecer aos utentes o diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados na mesma consulta, independentemente da resposta dos exames laboratoriais solicitados. O atraso no diagnóstico e tratamento das ITS tem um impacto significativo na sua disseminação, pois, quanto mais tempo a pessoa permanece infectada, maior são as oportunidades de transmissão.

Ao tratar um caso de ITS, deve-se também iniciar o tratamento dos(as) parceiros(as) sexuais, mesmo que assintomáticos(as), com a finalidade de quebrar a cadeia de transmissão e evitar reinfeção. Os parceiros sexuais de um determinado período (que cobre também o período de incubação) devem também ser identificados e tratados.

A identificação de **ITS recidivantes** é crucial para um bom controlo e requer uma abordagem cuidadosa, já que muitas vezes essas infecções estão associadas ao HIV. Isso determina uma abordagem diferenciada tanto para o utente quanto para os seus contactos sexuais

1.5.1 Algoritmo Corrimento Uretral

Queixa Principal:

Secreção uretral percebida pelo utente e/ou disúria.

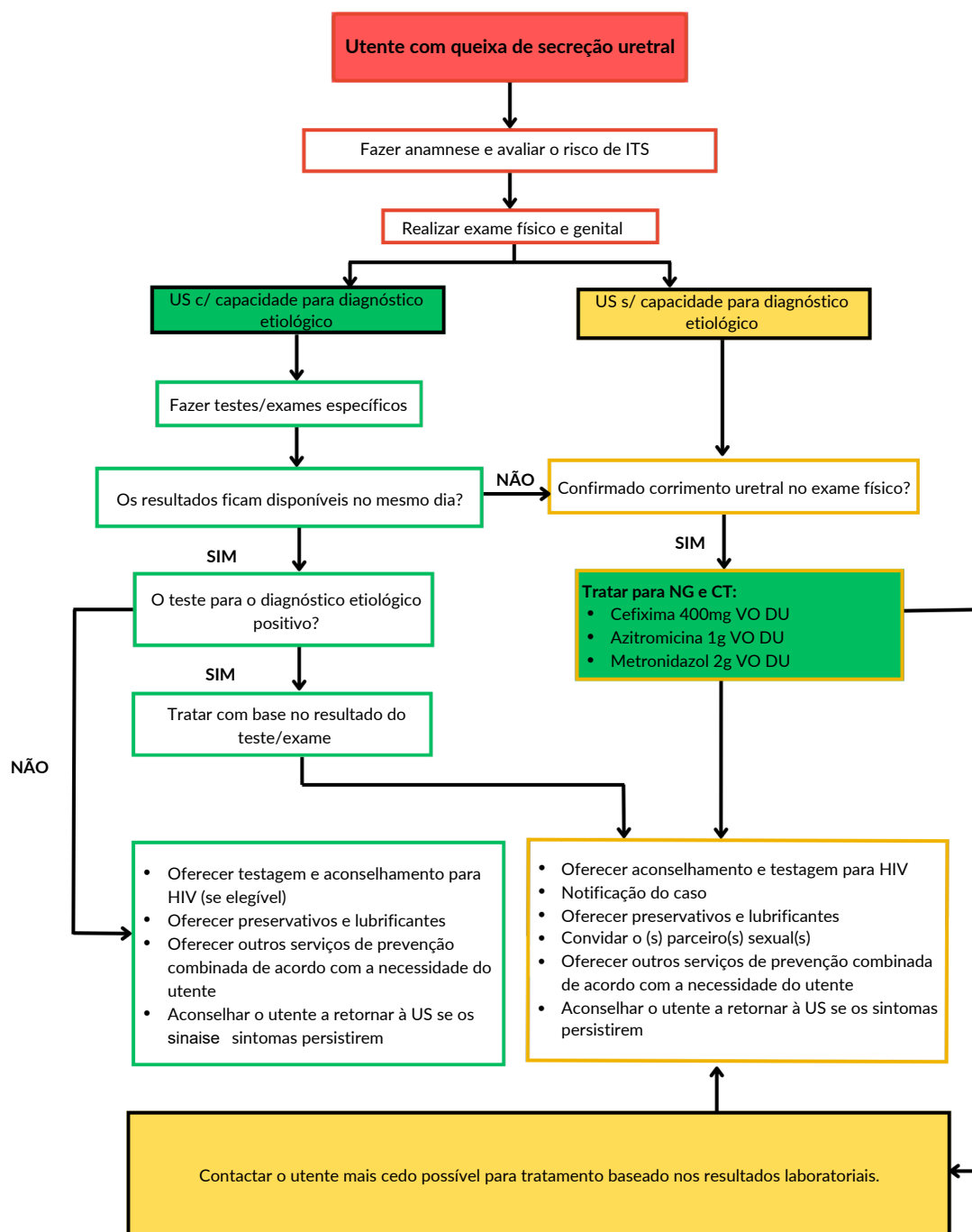
Confirmação:

Realizar o exame genital, onde espera-se visualizar secreção uretral. Caso a secreção uretral não seja visível, solicite ao utente para ordenhar (ou seja, comprimir) o pénis da base até a glande para forçar a saída da secreção uretral.

Figura 3: Secreção Uretral



Figura 4: Algoritmo Corrimento Uretral



Capacidade Diagnóstica:

Em unidades sanitárias (US) com capacidade para diagnóstico laboratorial, colha amostras e envia-as ao laboratório. No entanto, o utente deve iniciar o tratamento baseado na abordagem síndrome de corrimento uretral descrita na figura 4. Com base nos resultados laboratoriais, o tratamento pode ser ajustado conforme necessário, nos seguintes casos:

- Presença de um outro agente não coberto pelo tratamento síndrome;
- Resistência aos antibióticos prescritos;
- Infecção recorrente.

Tabela 4: Opções de tratamento de corrimento uretral de acordo com a etiologia

Agente	1ª Opção	2ª Opção	Observações
Neisseria gonorrhoeae	- Cefixima 400 mg, Viaoral (VO), dose única + - Azitromicina 1g, VO, dose única	- Ceftriaxona 500 mg, intramuscular (IM), dose única + - Azitromicina 1g, VO, dose única	Sem observações adicionais
Chlamydia trachomatis	- Azitromicina 1g, VO, dose única - Eritromicina 500 mg, VO, 4x ao dia, por 7 dias - Ofloxacina 200-400 mg, VO, 2x ao dia por 7 dias (somente se no tratamento de N. gonorrhoeae, não incluir Azitromicina)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias (somente se no tratamento de N. gonorrhoeae, não incluir Azitromicina)	Menores de 18 anos não devem usar ofloxacina
Trichomonas vaginalis	Metronidazol 2 g, VO, dose única	Metronidazol 500 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias	NA
Mycoplasma genitalium	- Azitromicina 500 mg, VO, no 1º dia; - Azitromicina 250 mg/ dia do 2º a 5º dia	NA	Contraindicado para menores de 18 anos; evitar Ciprofloxacina e ofloxacina

1.5.2 Algoritmo Corrimento Vaginal

Queixa Principal:

Aumentada secreção vaginal em relação ao habitual, disúria, prurido e dispareunia.

Confirmação:

Deve-se realizar uma **boa anamnese** para determinar os critérios de risco e identificar utentes com maior probabilidade de infecção.

O **exame ginecológico** é essencial para a abordagem sindrómica e deve incluir:

- Exame da genitália externa e região anal:** Separar os lábios vaginais para visualizar a presença de corrimento no intróito vaginal e canal anorretal; **Exame especular:** Examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino, colher amostras para diagnóstico. Inspeção Visual com ácido acético (VIA) no colo do útero para rastrear lesões neoplásicas intra-epiteliais cervicais e lesões induzidas por HPV. Onde for possível, colher amostras para diagnóstico;

- **Toque vaginal/exame bimanual:** Procurar massas e verificar dor à mobilização do colo do útero.

Figura 5 – Corrimento Vaginal por *Trichomonas Vaginalis*



Figura 6 - Corrimento por Candidíase Vaginal

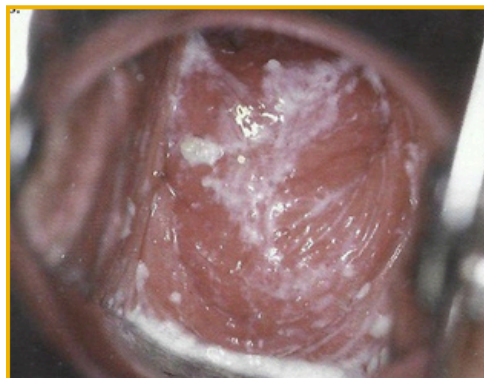


Figura 7- Corrimento por Vaginose Bacteriana

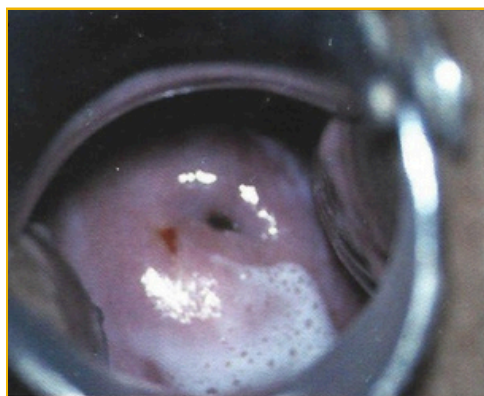


Figura 8 - Oftalmia Neonatal por Clamídia e Neisseria Gonorrhoeae

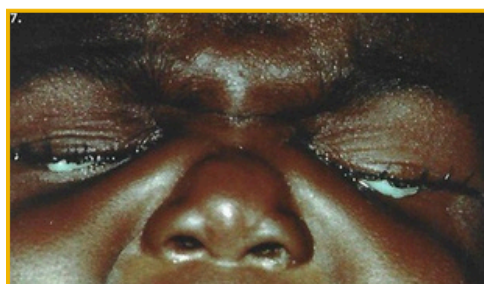
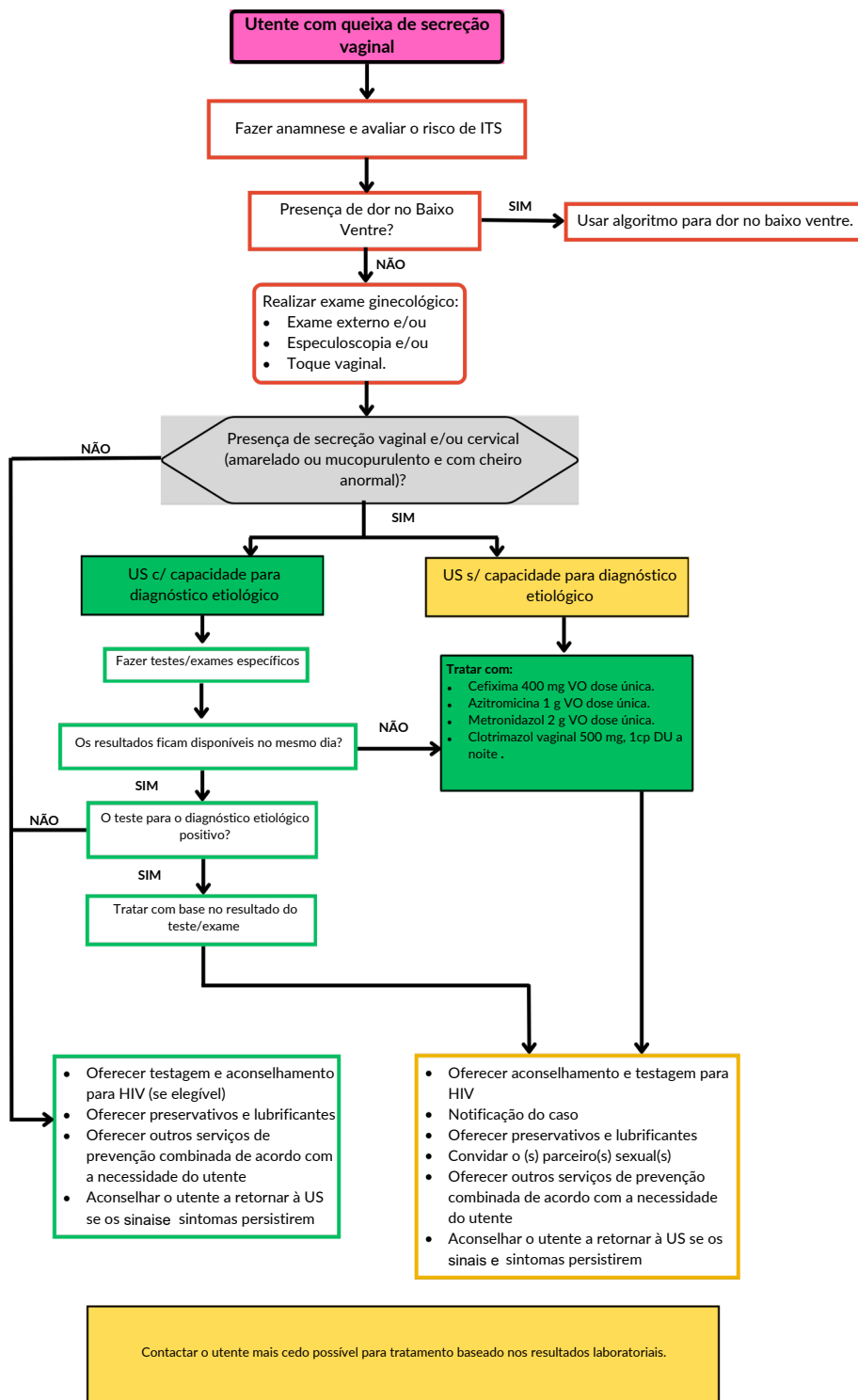


Figura 9 - Algoritmo de Corrimento Vaginal



Capacidade Diagnóstica:

Em US onde existe a capacidade para diagnóstico laboratorial, colha amostras e envia-as ao laboratório. No entanto, deve-se iniciar o tratamento baseado na abordagem sindrómica de corrimento vaginal. Quando os resultados laboratoriais estiverem disponíveis, o tratamento deve ser ajustado conforme necessário, nos seguintes casos:

- Mesmo na ausência de sinais clínicos de cervicite por *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis*, se houver critérios de risco (múltiplos parceiros sexuais sem protecção, parceiro com ITS).

Tabela 5 - Opções de tratamento de corrimento vaginal de acordo com a etiologia e infecção concomitante

Agente	1ª Opção	2ª Opção	Opção para Mulher Grávida (evitar Metronidazol no 1º trimestre)
Neisseria gonorrhoeae	- Cefixima 400 mg, Viaoral (VO), dose única; mais - Azitromicina 1g, VO, dose única	- Ceftriaxona 500 mg, intramuscular (IM), dose única; mais - Azitromicina 1g, VO, dose única	- Cefixima 400 mg, oral, dose única; mais - Azitromicina 1 g, oral, dose única
Chlamydia trachomatis	Doxiciclina 100 mg, oral, 2x ao dia, por 7 dias (somente se N. gonorrhoeae não incluir azitromicina)	- Azitromicina 1 g, oral, dose única - Eritromicina 500 mg, VO, 4x ao dia, por 7 dias - Ofloxacina 200-400 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias (sem N. gonorrhoeae, não incluir azitromicina)	- Eritromicina 500 mg, VO, 4x ao dia, por 7 dias - Eritromicina 1 g, VO, dose única (dar somente se o tratamento de N. gonorrhoeae não incluir azitromicina)
Trichomonas vaginalis	- Metronidazol 2 g, VO, dose única; ou - Metronidazol 500 mg, 2x ao dia, por 7 dias	- Tinidazol 2 g, VO, dose única; ou - Tinidazol 500 mg, VO, 2x ao dia, por 5 dias	- Metronidazol 500 mg, 2x ao dia, por 7 dias ou - Metronidazol gel 0,7%, uma aplicação cheia (5 mg) intravaginal, 2x ao dia, por 7 dias
Mycoplasma genitalium	Eritromicina 500 mg, VO, no 1º dia, 250 mg/dia do 2º ao 5º dia (na ausência de resistência a macrólidos)	Doxiciclina 100 mg, oral, 2x ao dia, por 7 dias	Contraindicado para menores de 18 anos; evitar Ciprofloxacina e ofloxacina
Vaginose Bacteriana	Metronidazol 500 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias	- Clindamicina 300 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias ou - Metronidazol 2 g, VO, dose única	Metronidazol 250 mg, VO, 3x ao dia, por 7 dias Ou; Metronidazol gel 0,7%, uma aplicação cheia (5 mg) intravaginal, 2x ao dia, por 7 dias; ou Clindamicina 300 mg, VO, 2x ao dia, por 7 dias
Candida albicans	Miconazol vaginal, creme tópico, 200 mg, inserir por 7 noites	- Fluconazol 150 mg (ou 200 mg), dose única VO; ou - Nistatina 200.000 Unidades, comprimidos vaginais, inserir por 7 noites	- Miconazol vaginal, creme tópico, 200 mg, inserir por 3 noites; ou - Clotrimazol vaginal 500 mg, 1cp DU a noite.

1.5.3. Algoritmo de Corrimento Anorrectal

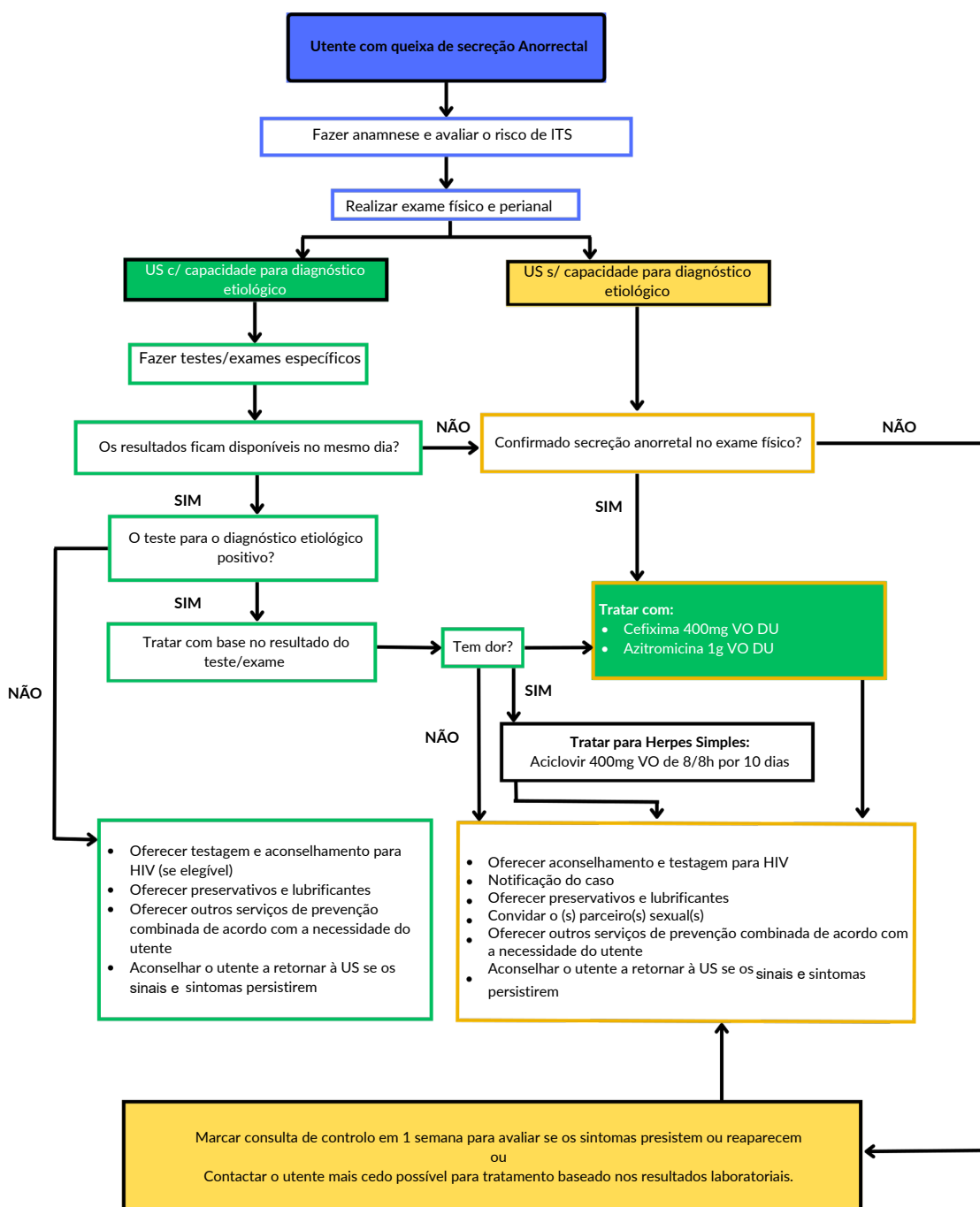
Queixa Principal:

Dor anorretal, dispárea, unia receptiva e tenesmo.

Confirmação:

Realizar o exame anorretal e toque rectal, onde espera-se encontrar secreção anorretal, massas no canal anal. Utilizando a mesma técnica abdómen-vaginal, as estruturas pélvicas são novamente palpadas. Deve-se prestar atenção especial ao septo retovaginal, aos ligamentos uterossacros, ao fundo de saco e o fundo uterino posterior.

Figura 10 - Algoritmo Corrimento Anorrectal



Capacidade Diagnóstica:

Em US onde existe a capacidade para diagnóstico laboratorial, colha as amostras e envia-as ao laboratório. No entanto, deve-se iniciar o tratamento baseado na abordagem síndrome de corrimento anorretal. Quando os resultados laboratoriais estiverem disponíveis, o tratamento deve ser ajustado quando necessário.

Tabela 6 - Opções para o ajustamento do tratamento de corrimento anorrectal e tratamento concomitante

Agente	1ª Opção	2ª Opção
Neisseria gonorrhoeae	• Cefixima 400 mg, VO, dose única + • Azitromicina 1g, VO, dose única	• Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + • Azitromicina 1g, VO, dose única
Chlamydia trachomatis	• Doxícilina 100 mg, VO, de 12/12h por 7 dias (não incluir azitromicina em caso de co-infecção com gonorreia). • Doxícilina por 21 dias (para Linfogranuloma Venéreo)	Eritromicina 500 mg, VO de 6/6h por 14 dias (se não tratar com Azitromicina)

1.5.4 Algoritmo Dor no Baixo-Ventre

Queixa Principal:

Dor ou desconforto pélvico e dispareunia.

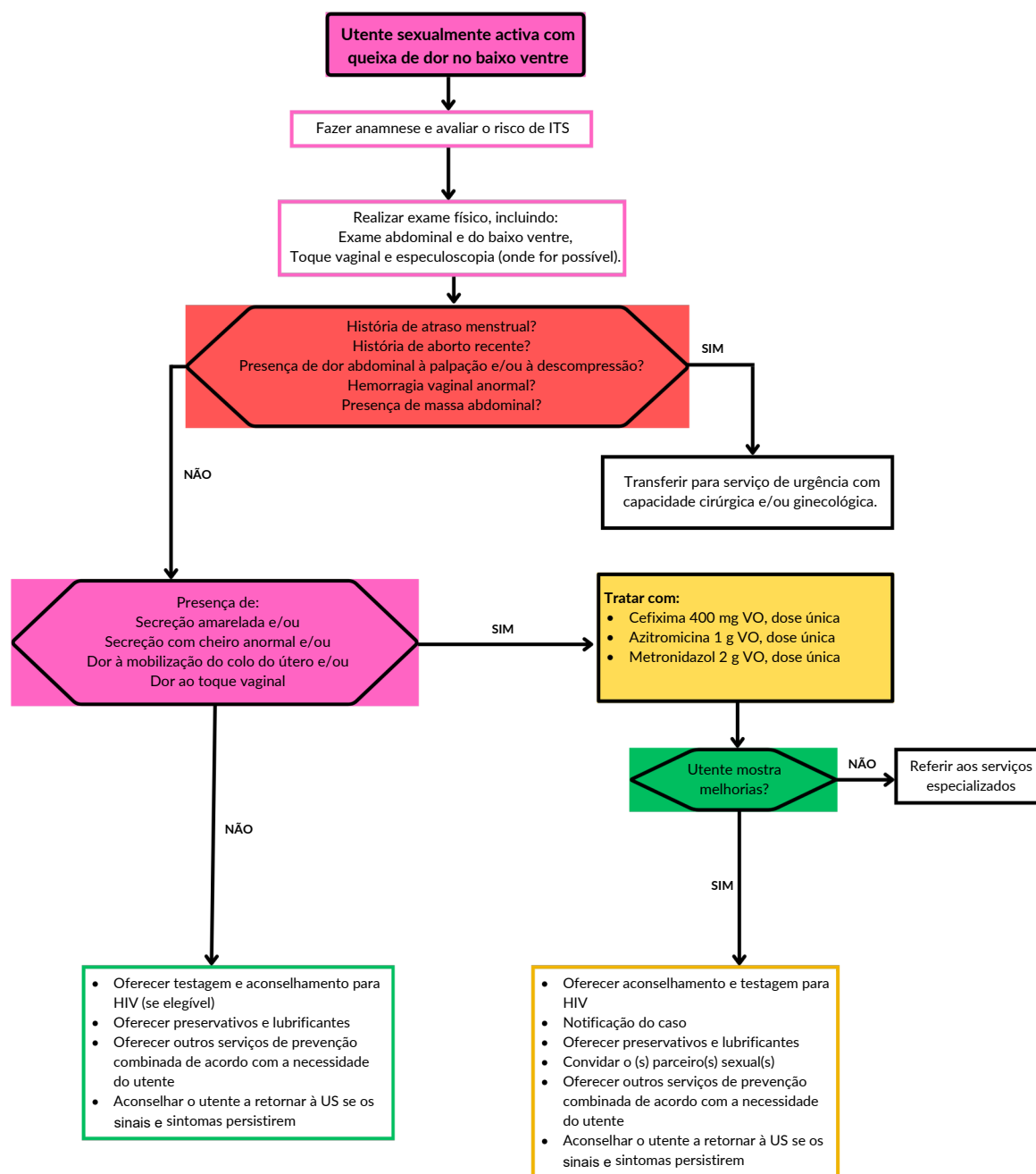
Confirmação:

Na avaliação de um utente com dor no baixo-ventre é importante excluir atraso menstrual, história de aborto recente, dor à palpação abdominal ou à descompressão, hemorragia vaginal anormal e presença de massa abdominal, pois estas condições indicam presença de uma patologia grave que necessita de atendimento urgente em uma US com serviço de cirurgia/ ginecologia.

O exame ginecológico é essencial para a abordagem síndrome e deve incluir:

- **Exame da genitália externa e região anal:** Separar os lábios vaginais para observar dor ao toque vaginal, presença de secreção no introito vaginal e canal anorretal.
- **Exame especular:** Examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino, colher amostras para diagnóstico. Inspeção Visual com ácido acético (VIA) no colo do útero para rastrear lesões neoplásicas intra-epiteliais cervicais e lesões induzidas por HPV. Onde for possível, colher amostras para diagnóstico.
- **Toque vaginal/exame bimanual:** Procurar massas e verificar dor à mobilização do colo do útero.

Figura 11- Algoritmo Dor no Baixo Ventre



Capacidade Diagnóstica:

Nas unidades sanitárias sem serviços de cirurgia ou ginecologia, é fundamental excluir patologias potencialmente graves ou que coloquem a vida da utente em risco antes de iniciar o tratamento conforme o algoritmo para dor no baixo-ventre. Nas unidades com capacidade para diagnóstico laboratorial, devem ser colhidas amostras adequadas e enviadas ao laboratório para investigação etiológica. Entretanto, o tratamento deve ser iniciado de imediato com base na abordagem síndrome de dor no baixo-ventre, evitando atrasos no manejo clínico. Quando os resultados laboratoriais estiverem disponíveis, o tratamento deve ser revisto e ajustado conforme necessário, utilizando como referência a tabela explicativa de ajuste terapêutico e as orientações sobre tratamento concomitante apresentadas na secção de síndrome de corrimento vaginal.

1.5.5 Algoritmo Úlcera Genital e Anorrectal

Queixa principal:

Dor anorretal, prurido anal, dispareunia receptiva tenesmo.

Confirmação:

História clínica e sexual

Deve-se realizar uma história clínica e sexual do utente para avaliar o risco de aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (ITS) e a prática de sexo anal.

Exame físico e da área genital e anal

O exame físico é necessário para determinar a presença de lesões (feridas e/ou vesículas) genitais, anorretais ou outros sinais de ITS.

- **No homem:** retraindo o prepúcio e verificar a presença de lesões ou outros sinais de infecção genital. Inspeccionar o períneo e ânus e palpar a região inguinal; **Na mulher:** examinar a
- genitália externa, afastar os lábios vaginais para visualizar o introito vaginal, a vagina, suas paredes, fundo de saco e o colo uterino. Inspeccionar períneo e ânus e palpar a região inguinal.

Figura 12- Imagem Úlcera Genital



Figura 13- Úlcera Genital



Figura 14- Condiloma da Lata (Sífilis) Anogenital



Figura 15- Vesículas HSV



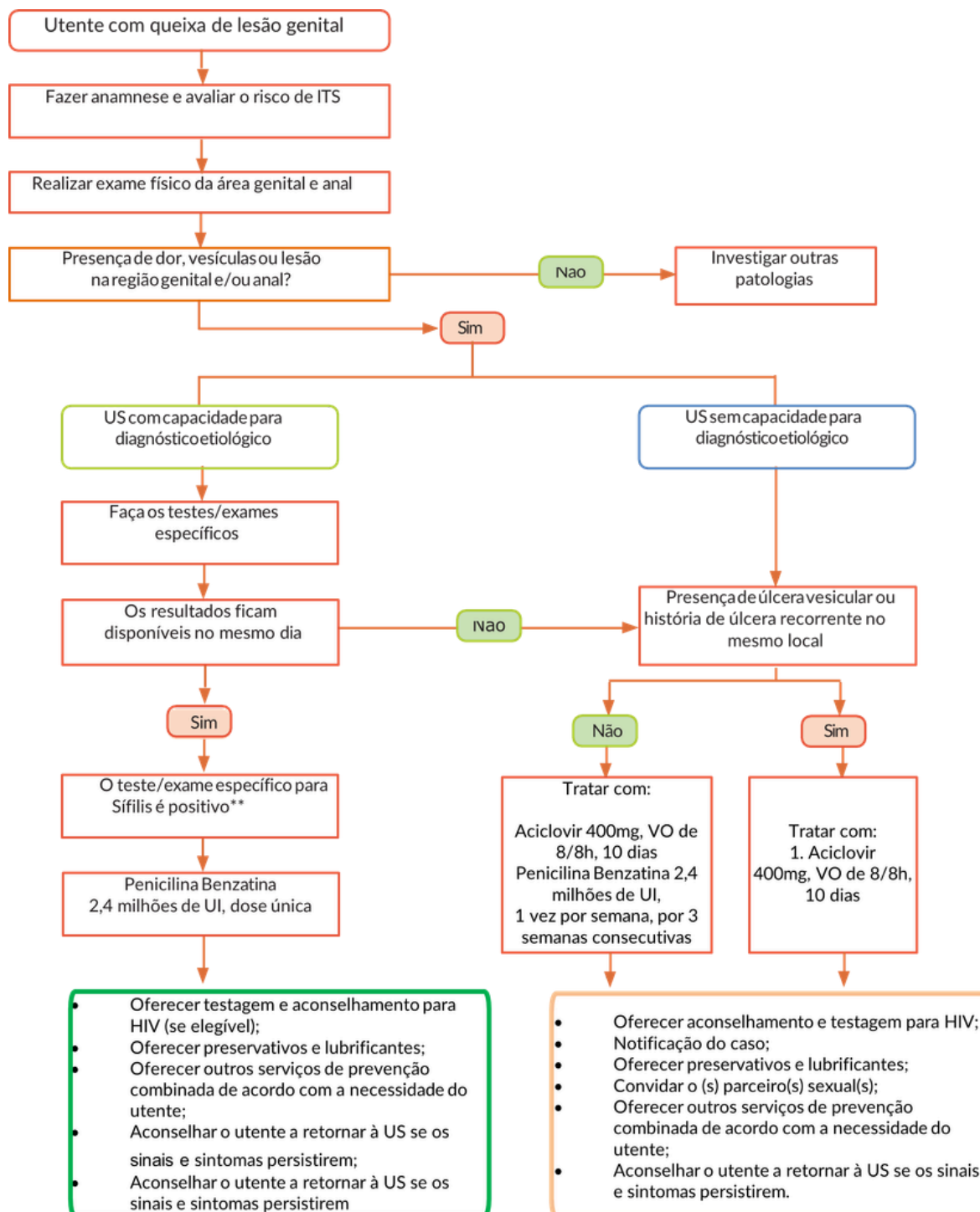
Figura 16- Úlcera por HSV



Figura 17- Úlcera por Cancróide



Figura 18- Algoritmo Úlcera Genital e Anorrectal



Capacidade diagnóstica:

- Presença de dor, vesículas ou úlceras: Investigar se as lesões estão associadas a herpes genital. A presença de vesículas agrupadas em “cacho” sobre base eritematosa, precedida por sintomas como sensibilidade aumentada, ardência, prurido ou sintomas uretrais (como dor ou ardência), especialmente em casos recorrentes, é suficiente para o diagnóstico de herpes genital.
- Tratamento de herpes genital e/ou sífilis e cancro mole: No caso de forte suspeita clínica de herpes genital, iniciar o tratamento o mais cedo possível. Além disso, deve -se tratar sífilis e cancro mole, pois o diagnóstico laboratorial imediato pode não ser conclusivo ou disponível.

Tabela 7 – Tratamento de úlcera genital e anorrectal

Agente	1ª Opção	2ª Opção	Na Gravidez (Evitar Metronidazol no 1º Trimestre)
Herpes genital Para Infecção Primária	Aciclovir 400 mg, VO de 8/8h por 10 dias	Valaciclovir 500 mg, VO de 12/12h por 10 dias OU Famciclovir 250 mg, VO de 8/8h por 10 dias	Usar Aciclovir 400 mg, VO de 8/8h por 5 dias Valaciclovir 500 mg, VO de 12/12h por 10 dias
Herpes genital Para Infecções Recorrentes - Tratamento do Episódio	Aciclovir 400 mg, VO de 8/8h por 5 dias	Valaciclovir 500 mg, VO de 12/12h por 5 dias OU Famciclovir 250 mg, VO de 12/12h por 5 dias	Aciclovir 400 mg, VO de 8/8h por 5 dias
Herpes genital Tratamento Supressivo para Herpes Recorrente	Aciclovir 400 mg, VO de 12/12h OU Valaciclovir 500 mg, VO uma vez por dia	Famciclovir 250 mg, VO de 12/12h	Aciclovir 400 mg, VO de 12/12h OU Valaciclovir 500 mg, VO de 12/12h por 5 dias
Sífilis Primária	Penicilina Benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, dose única	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12h por 14 dias OU Eritromicina 500 mg, VO de 6/6h por 14 dias	Penicilina Benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, dose única OU Eritromicina 500 mg, VO de 6/6h por 14 dias
Sífilis Tardia	Penicilina Benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, uma vez por semana, por 3 semanas consecutivas	Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12h por 30 dias OU Eritromicina 500 mg, VO de 6/6h por 30 dias	Penicilina Procaína, 1,2 milhões de unidades, IM, por 20 dias consecutivos OU Eritromicina 500 mg, VO de 6/6h por 30 dias

1.5.6 Verruga Anogenital - Condiloma Acuminado

Os condilomas aparecem como verrugas auto inoculáveis, de cor rosada, húmidas, macias e com aparência de “couve-flor”. Podem ser dolorosos, friáveis ou pruriginosos, ocorrendo de forma única ou múltipla, localizadas principalmente na região genital (glande, prepúcio, vulva, períneo, região perianal) e, em casos mais raros, podem aparecer em áreas extragenitais como boca, ânus e mucosas. As lesões podem ser assintomáticas, mas ainda estão na fase de transmissão da infecção.

O vírus HPV pode permanecer latente por anos, e as recidivas são mais comuns devido à reativação do vírus já presente no corpo, em vez de reinfecção pelo parceiro sexual.

A remoção das lesões não significa que a infecção esteja curada. Nenhum tratamento é completamente satisfatório. Planificar o tratamento juntamente com o utente é importante porque muitos utentes necessitarão de mais de uma sessão terapêutica. Deve-se mudar de opção terapêutica quando o utente não melhora substancialmente depois de três aplicações, ou se as verrugas não desapareceram completamente após seis sessões.

Condilomas na gravidez

Na gestação, as lesões condilomatosas podem atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem neste período. Nunca utilizar podofilina durante qualquer fase da gravidez. A aplicação de ácido tricloroacético pode ser utilizada durante a gestação, quando a área lesionada não for muito extensa, caso contrário, este deverá ser associado a excisão cirúrgica.

Condilomas no portador do HIV

Pessoas imunodeprimidas devido à infecção pelo HIV, ou por outras razões, podem não responder ao tratamento para o HPV e podem acontecer recidivas mais frequentes. O tratamento para esses utentes deve seguir os mesmos princípios acima referidos. Estas, tal como no caso do herpes, podem reaparecer em outro momento, no mesmo local ou em outras áreas diferentes. A literatura refere que recidivas anais, por exemplo, ocorrem entre 4 e 84% dos indivíduos acometidos.

Figura 19 - Condiloma Acuminado



Tabela 8 - Tratamento de Condiloma Acuminado Perianal

Medicamento	Dosagem	Observações
Podofilina 0,5%	Aplicar 12/12h por 3 dias*	• Aplicar sobre a lesão e lavar após horas. • Não usar em grávidas ou em áreas mucosas, pode causar dermatite irritativa.

*Os utentes devem aplicar a podofilina 0,5% duas vezes por dia durante três dias seguidos, interrompendo o uso nos quatro dias seguintes. Este ciclo semanal pode ser repetido até quatro vezes, ou até que as verrugas desapareçam.

1.5.7 Sífilis

A sífilis é uma infecção sistêmica crónica causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida por via sexual ou vertical (de mãe para o filho, durante a gravidez ou parto). A transmissão ocorre principalmente nas fases primária e secundária, através do contacto directo com lesões contagiosas. No adulto, a transmissão é predominantemente sexual, enquanto na criança, ocorre por via vertical, principalmente no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, podendo causar complicações como aborto, nado-morto, baixo peso ao nascer e prematuridade.

Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis é maioritariamente clínico. No entanto, onde houver a capacidade laboratorial, os provedores devem solicitar ou realizar o exame para confirmação do diagnóstico.

- **Sífilis primária:** caracteriza-se por uma úlcera indolor (cancro sífilítico) no local da infecção, na região genital, anorretal ou na boca, que cicatriza entre 2 e 10 semanas sem tratamento. A confirmação laboratorial pode ser feita através de testes sorológicos (Rapid Plasma Reagin - RPR, Veneral Disease Research Laboratory - VDRL, Teste rápido da Sífilis). Estes testes podem ser inicialmente negativos, pois levam entre 1 a 4 semanas para se tornarem reactivos após aparecimento da úlcera. A outra opção é Microscopia de campo escuro que permite a observação directa do *Treponema pallidum* em amostras de lesões-cancro sífilítico. Um resultado positivo confirma a presença da bactéria, mas um resultado negativo não exclui a sífilis.
- **Sífilis secundária:** caracteriza-se por erupção cutânea maculopapular disseminada, envolvendo as palmas das mãos ou as superfícies plantares dos pés, alopecia irregular, que surge 3 a 6 semanas após a infecção, linfadenopatia generalizada, condiloma lata (lesões hipertróficas que se assemelham a verrugas planas nas zonas húmidas, como os lábios e o períneo, as pregas do prepúcio e em redor do ânus que estão repletas de espiroquetas e são, por isso, altamente contagiosas) e úlceras mucosas indolores.

Testes sorológicos são reactivos e de alta sensibilidade nesta fase, porque estes detectam anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*, e geralmente permanecem positivos para o resto da vida, independentemente do tratamento ou da cura da infecção. Eles não são úteis para monitorar a resposta ao tratamento, mas são importantes para confirmar a exposição à sífilis em algum momento da vida.

Tabela 9 - Estágio Inicial da Sífilis

Estágio	Período de incubação	Características Clínicas	Evolução
Primária	Cerca de 3 semanas após exposição	- Úlcera única e indolor (cancro sífilítico) no local da inoculação: pênis, vagina, boca ou outras partes da pele. - Linfadenopatia regional	As úlceras cicatrizam sozinhas, mesmo sem tratamento, em 2-10 semanas.
Secundária	Cerca de 3 a 6 semanas após infecção (pode durar até seis meses)	- Envolvimento de mucosas em mais de 95% dos casos. - Erupções generalizadas, especialmente nas palmas das mãos e plantas dos pés ("púrpura de cobre"). - Múltiplas lesões como pápulas, máculas, condiloma lata. - Queda de cabelo ("alopecia comida por traça"). - Lesões mucosas altamente infecciosas (manchas na boca e envolvimento sistêmico).	Sem tratamento, a sífilis progride para a fase latente.

Tabela 10 - Estágio tardio da Sífilis

Estágio	Características Clínicas	Evolução
Latente	Latente Inicial: infecção dentro de 12 meses após sífilis secundários Latente Tardio: infecção há mais de 12 meses após sífilis secundária	Evidência sorológica de doenças, paciência assintomático.
Terciária	- Aparece de 10 anos a 30 anos após a primo- infecção (raro, sem tratamento adequado) - Doença gomosa - Neurosífilis - Sífilis cardiovascular	Não infecciosa, mas fatal se não tratada

- **Testes treponêmicos:**

TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay): Este teste detecta anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*, o agente causador da sífilis. **FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption):** Este teste também detecta anticorpos treponêmicos e é mais específico. Normalmente é usado para confirmar o diagnóstico após um teste não treponêmico positivo.

- **Teste de reação em cadeia da polimerase (PCR)**

Em casos de sífilis em estágio avançado ou em situações em que o diagnóstico é incerto, o teste de PCR pode ser realizado em amostras de fluidos corporais (como secreção de lesões) para detectar material genético do *Treponema pallidum*.

- **Na mulher grávida (MG):** Toda MG deve fazer o teste para o diagnóstico da sífilis na primeira consulta pré-natal e ser retestada no terceiro trimestre preferencialmente às 28 semanas. , Dependendo da elegibilidade da MG, pode-se usar o DUO teste ou teste rápido da sífilis isolado.
- **Suspeita de sífilis congênita:** Quando a mãe infectada transmite a infecção ao bebê, podem ser realizados testes adicionais no recém-nascido. A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) pode ser necessária se houver suspeita de neurosífilis.

Tabela 11 - Resumo de Resultado Laboratorial de Sífilis por Estágio da Doença

Estágio	Testes sorológicos não-treponêmicos (não tratados)	Testes sorológicos treponêmicos (não tratados)	Efeito do tratamento (testes não-treponêmicos)	Efeito do tratamento (testes treponêmicos)
Sífilis primária	Negativo, torna-se positivo após 1-4 semanas	Sempre positivo	Torna-se negativo	Permanece positivo
Sífilis secundária	Sempre positivo	Sempre positivo	Torna-se negativo	Permanece positivo
Sífilis latente precoce	Geralmente positivo	Sempre positivo	Torna-se negativo	Permanece positivo
Sífilis latente tardia	Geralmente positivo	Sempre positivo	Permanece positivo	Permanece positivo
Sífilis terciária	Positivo, mas pode se tornar negativo	Geralmente positivo	Permanece inalterado	Permanece positivo

Figura 20 - Úlcera Genital



Figura 20 – Imagens Sífilis Secundária



TRATAMENTO

O tratamento visa eliminar o *Treponema pallidum* e prevenir complicações. A penicilina é o tratamento de escolha em todas as fases da doença. Na sífilis primária e secundária, recomenda-se o monitoramento sorológico com testes não treponêmicos (RPR) em intervalos de três meses por pelo menos um ano para avaliar a resposta ao tratamento. O rastreamento e tratamento precoce, especialmente em gestantes, é crucial para evitar a transmissão vertical.

Tabela 12 - Tratamento da Sífilis

Fase da Doença	Esquema Terapêutico	Dosagem Total ao Fim do Tratamento
Sífilis Primária	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), Dose Única	2.400.000 UI
Sífilis Secundária	- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), Dose Única - Repetir após 7 dias	4.800.000 UI
Sífilis Tardia	- Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), Dose Única - Repetir após 7 e 14 dias	7.200.000 UI

Tabela 13 - Conduta Terapêutica para Criança Exposta a Sífilis em Regime de Internamento

SITUAÇÃO	AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA	
			< 28 DIAS	>28 DIAS
Um dos seguintes: RN de mãe com RPR(+)/VDRL(+) não tratada OU RN de mãe RPR(+)/VDRL(+) inadequadamente tratada OU RN de mãe RPR(+)/VDRL(+) cujo seguimento laboratorial obrigatório (durante 1-3meses) não pode ser garantido.	RN com RPR(+)/VDRL(+) e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas sem alteração neurológica	Sífilis congênita SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg 12/12h IM durante 10 dias*.
	RN com RPR(+) / VDRL (+) e/ou alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas com alteração neurológica ou se não for possível fazer LCR	Sífilis congênita COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias*	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 4/4h até completar os 10 dias*
	RN com RPR(+)/VDRL (+) sem alterações clínicas, radiológicas e/ou hematológicas sem alteração neurológica	Sífilis congênita POUCO PROVÁVEL	- Fazer Penicilina Benzatínica- 50.000 UI/kg/ dose única/IM - Voltar para as consultas de pós-natais de rotina e encaminhar para a CCR quando o RN tiver 4 semanas	
	RN com RPR(+)/VDRL(+) com título superior ao materno e alterações clínicas sem alteração do LCR	Sífilis congênita SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg 12/12h durante 10 dias*.
RN de mãe com Sífilis correctamente tratada	RN com RPR(+)/VDRL(+) com título superior ao materno e alterações clínicas sem alteração do LCR	Sífilis congênita SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg 12/12h durante 10 dias*.
	RN com RPR(+)/VDRL(+) com título superior ao materno e alterações clínicas sem alteração do LCR	Sífilis congênita SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 12/12h nos primeiros 7 dias e depois 8/8h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg/IM dose única diária durante 10 dias*	Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg EV 6/6h até completar os 10 dias* OU Penicilina Procaína 50.000 UI/Kg 12/12h durante 10 dias*.

Caso a Penicilina G Benzatina não esteja disponível, pode-se usar como alternativa os seguintes medicamentos:

- Penicilina Procaína, 1.200.000 UI, IM, 1 vez por dia, durante 10 dias,

Ou

- Ceftriaxona, 1g IM, 1x/dia, durante 10-14 dias

Ou

- Azitromicina, 2g dose única, VO

Ou

- Eritromicina, 500mg por VO, 4x/dia, durante 14 dias (para Sífilis primária e secundária) ou durante 30 dias para Sífilis tardia.

Nota: Informações detalhadas sobre a Sífilis na MG/ML e recém-nascido, consulte o Guia Orientador Sobre o Rastreo e Tratamento da Sífilis na Mulher Grávida e no Período Pós-Parto e Seguimento da Criança Exposta e infectada por Sífilis, (MISAU, 2023).

1.5.8 Infecções Entéricas e Intestinais Sexualmente Transmissíveis

Tabela 14 - Etiologia das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

Doenças	Agente Causador	Via de transmissão	Sinais e Sintomas
Proctite	Neisseria Gonorrhoeae Chlamydia Trachomatis Treponema Pallidum Herpes Simplex Virus.	Inoculação direta no reto durante o coito anal (coito receptivo anal) sem uso de preservativos, ou com rompimento destes.	Dor anal Tenesmo Obstipação, Hematoquezia Corrimento anal mucopurulento
Proctocolite	Entamoeba histolytica Campylobacter species Salmonella species Shigella species Chlamydia trachomatis	Prática sexual que envolve boca-ânus	Dor anal Tenesmo Obstipação, Hematoquezia Corrimento anal mucopurulento Diarreia, cólica e dor abdominal em decorrência da inflamação da mucosa colônica.
Enterite	Giardia lamblia	Fecal-oral (contacto directo ou indirecto) relacionada à prática sexual boca-ânus	Inflamação do duodeno, jejuno e/ou íleo Diarreia, cólicas e dor abdominal, sem os sinais e sintomas baixos das proctites e proctocolite. Hepatite A pode se manifestar com sintomatologia de enterite.

DIAGNÓSTICO

A presença de sinais e sintomas, associada ao relato de relações sexuais anais sem proteção de barreira, deve levar à suspeição clínica. Infecções polimicrobianas podem ocorrer, reforçando a importância da coleta de material clínico e do diagnóstico etiológico para o tratamento adequado.

Toda pessoa sintomática com epidemiologia positiva (prática sexual anal receptiva sem proteção de barreira) deve ser investigada por meio de exame físico, com o segue:

- Exame físico do abdômen;
- Inspeção estática do ânus;
- Inspeção dinâmica do ânus;
- Palpação da região perianal e;
- Toque retal.

O diagnóstico presuntivo é indicador para o tratamento clínico e para as orientações de prevenção. Quando o diagnóstico presuntivo é realizado, o tratamento deve ter cobertura para *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*.

Tratamento

O tratamento pode ser feito com base no diagnóstico presuntivo pois, leva à rápida resolução e diminui o risco de propagação da doença.

Tabela 15 - Tratamento baseado no diagnóstico presuntivo das infecções entéricas intestinais sexualmente transmissíveis

Diagnóstico	Tratamento Preferencial	Tratamento Alternativo
Proctite	Cefixima 400 mg, VO, dose única + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona 500mg IM, dose única + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido VO, 12/12h, por 7 dias

Nos casos em que há confirmação da etiologia, o tratamento pode ser direcionado, conforme a Tabela 16. A presença de coinfeção é possível; portanto, o seguimento é fundamental para a identificação precoce de recidivas/ reinfecções.

Tabela 16 - Tratamento baseado no diagnóstico etiológico das infecções entéricas e intestinais sexualmente transmissíveis

Agente Etiológico	Tratamento
<i>N. gonorrhoeae</i>	Cefixima 400 mg, VO, dose única ou Ceftriaxona 500mg IM, dose única
<i>C. trachomatis</i>	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Doxiciclina* 100mg, VO, 12/12h, por 10 dias
Herpes simplex virus**	Aciclovir 400mg, 1 comprimido, VO, 8/8h, por 10 dias
<i>T. pallidum</i>	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), Dose Única
<i>Giardia lamblia</i>	Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 8/8h, por 7 dias

(*) A doxiciclina está contraindicada durante a gestação

(**) A presença de vesículas no exame físico indica a cobertura e tratamento para HSV

Após o tratamento adequado, espera-se a resolução dos sinais e sintomas clínicos. Nos casos de persistência ou recidivas deve-se descartar reexposição.

Em um segundo episódio, indica-se encaminhamento para a referência e colecta de material para identificação da etiologia.

Para que a cadeia de transmissão seja interrompida, não basta tratar o utente. A identificação dos parceiros sexuais (rede sexual) e sua adequada avaliação clínica é fundamental. A persistência de pessoas não identificadas e/ou não tratadas na rede sexual aumenta o risco de reinfeções e resistência bacteriana.

Os parceiros sexuais devem comparecer à Unidade Sanitária para serem tratados com Cefixima 400mg, VO dose única, e Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Além disso, é importante ressaltar que toda parceria sexual deve ser rastreada para sífilis, HIV e Hepatites B e C.

Deve-se levar em consideração que os agentes etiológicos das Infecções entéricas e intestinais podem ser disseminados sem a penetração peniana. As relações sexuais com uso de dedos, instrumentos sexuais e prática boca-ânus também podem ser meios de transmissão. Isso faz com que outras medidas de prevenção devam ser adicionadas para uma prática sexual mais segura.

São fundamentais as orientações sobre a prática sexual anal e os cuidados de prevenção a serem iniciados, com o objectivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis novas exposições.

Nesse sentido, as principais recomendações sobre as práticas sexuais são:

- Orientar ao utente sobre o risco de novas exposições e os métodos de prevenção disponíveis
- Além do uso de preservativos, reforçar a lavagem das mãos antes e após relação sexual;
- Evitar práticas de sexo anal e sexo oral-anal em caso de utentes sintomáticos durante o tratamento
- Incentivar o uso de luvas na inserção da mão no ânus;
- Evitar compartilhar materiais brinquedos sexuais.

Em relação aos cuidados de prevenção, orienta-se o provedor a:

- Verificar imunização para Hepatite B e, quando necessário e disponível, indicar a imunização
- Testar para o HIV;
- Testar para sífilis. Idealmente, iniciar com teste treponêmico, preferencialmente teste rápido, quando disponível. Caso haja história de diagnóstico de sífilis, iniciar o fluxograma com teste não treponêmico (VDRL, RPR);
- Verificar imunização para HPV;
- Avaliar indicação de PrEP e orientar a pessoa sobre essa ferramenta de prevenção.

1.6 Orientações Gerais para o Utente com ITS

1.6.1 Tratamento e Prevenção

Concluir o tratamento:

- O utente deve finalizar o tratamento, mesmo que os sintomas tenham desaparecido.

1.6.2 Relação com Outras ITS

Associação com o HIV e sífilis:

- Explicar a possível concomitância de outras ITS e HIV;
- Oferecer o teste para HIV, quando disponível de Hepatite B e sífilis.

Interrupção das relações sexuais:

- Não ter relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento total dos sintomas.

Uso de preservativos após a cura:

- Usar preservativos de forma correcta e consistente em todas as relações sexuais após a cura;
- Prática sexual segura.

Recidivas de Herpes Genital:

- Informar sobre a possibilidade de recidivas;
- Explicar os sinais precoces de novas lesões (dor, prurido seguido de bolhas).

Oferta de preservativos:

- Fornecer preservativos (masculino e feminino);
- Orientar sobre o uso correcto e consistente.

1.7 Importância do Tratamento dos Parceiros

Interrupção da cadeia de transmissão:

- Os parceiros sexuais da pessoa infectada devem ser identificados e tratados.
- Essa acção é fundamental para prevenir novas infecções e a reinfecção do utente.

Convite para Tratamento dos Parceiros Sexuais

- **Objectivo do convite:** O convite preenchido na US deve ser entregue ao parceiro(a) sexual pelo próprio utente, incentivando-o(a) a procurar tratamento.

Figura 21 - Convite



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

MOD. SIS H22 B

CONVITE

PS ☒ FL ☐ MP ☐

Caro/a Senhor/a:

Temos a honra de o(a) convidar para comparecer a recepção desta unidade sanitária para obter informação sobre saúde.

Nome do(a) Utente
Munes Jessica Antonio

Nome do(a) convidado(a)
Pedro Yara Gaspar

Unidade Sanitária: CS Marague NID: 0010/2015

Sector: CONSULTA GERAL Consulta: Trangem de Adolfo

Gabinete consulta: Posto-1 Secretária: Mesa-1

Data da emissão do convite: 30 / 09 / 20 25

Data para comparecer na US: 03 / 10 / 20 25 Hora: 10:00 Assinatura: Cuamba Rafael

Princípios para Comunicação com Parceiros(as) Sexuais:

- **Confidencialidade:** Garantir a protecção da privacidade do utente e seus parceiros(as) sexuais.
- **Ausência de coerção:** A comunicação com os parceiros(as) sexuais deve ser voluntária.
- **Protecção contra discriminação:** Evitar qualquer forma de discriminação ao notificar os parceiros(as) sexuais.
- **Legalidade:** A acção de comunicação deve estar em conformidade com a lei e as normas vigentes.

Seguimento e Retorno:

- **Recomendar retorno ao serviço de saúde:** Se o utente apresentar novos sinais e sintomas, deve retornar para avaliação.
- **Consulta de controlo:** Agendar uma consulta de acompanhamento, caso os sintomas persistam.

1.7.1 Notificação e Comunicação

Comunicação aos parceiros sexuais:

- Encorajar o utente a informar todos os parceiros sexuais (de acordo com a Tabela Período para rastreio de contactos de ITS).
- Oferecer convites para tratamento dos parceiros(as) sexuais.
- Explicar que essa acção é crucial para interromper a cadeia de transmissão e prevenir infecções.

Notificação do caso: Registar o caso no instrumento de registo apropriado.

1.8 Vulnerabilidades e Aspectos Sociais das Infecções de Transmissão Sexual

Tabela 17 - Consequências das ITS

Condição	Consequências para a Saúde	Consequências Sociais
Doença Inflamatória Pélvica e Infertilidade	• Infertilidade • Gravidez ectópica • Dores pélvicas crônicas	• Infertilidade • Gravidez interrompida • Divórcio • Violência doméstica
Estenose Uretral	• Infecções de trato urinário recorrentes • Dor ao urinar • Insuficiência renal pós-renal	• Depressão • Ansiedade e estresse • Vergonha • Perda de autoestima
Resultados Adversos da Gravidez e Consequências Neonatais	• Prematuridade • Doença neonatal • Aborto	• Depressão • Ansiedade Vergonha • Perda de autoestima •
HPV	• Cancro do Colo do Útero	• Estigmatização • Perda de autoestima • Ansiedade e depressão



CAPÍTULO 2

PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO (PREP)

A profilaxia pré-exposição (PrEP) é o uso preventivo de medicamentos antirretrovirais (ARV) por pessoas que não têm HIV, para reduzir a probabilidade de adquirir o vírus. O nível de eficácia proporcionado pela PrEP está fortemente correlacionado com o uso adequado. Isto significa que a redução do risco de infecção é de acordo com a adesão dos utentes aos métodos da PrEP conforme prescritos, especialmente durante os períodos em que possam estar em maior risco de infecção pelo HIV.

Os métodos actuais de PrEP recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), não previnem a gravidez ou outras infecções sexualmente transmissíveis, além do HIV. Para prevenir gravidez indesejada e outras ITS além do HIV, é importante utilizar a PrEP em combinação com preservativos e lubrificantes compatíveis sempre que possível.

A contracepção eficaz pode prevenir a gravidez indesejada, mas os preservativos são o único método que podem prevenir a gravidez e a maioria das ITS, quando usados de forma correcta e consistente.

A PrEP está inserida no contexto da prevenção combinada com o objectivo de expandir e ampliar as abordagens de prevenção de novas infecções pelo HIV em Moçambique, contribuindo assim para redução de novas infecções e controlo da epidemia do HIV até o ano de 2030.

A PrEP deve e pode ser utilizada associada a outros métodos de prevenção biomédica do HIV como o preservativo, lubrificantes, a circuncisão masculina médica voluntária, redução de danos e a prevenção da transmissão vertical.



A **compensação de risco** no contexto do HIV, refere-se a mudanças no comportamento de uma pessoa, que resultam de uma percepção de menor risco de infecção pelo HIV, geralmente pela introdução de intervenções preventivas. Esse conceito é frequentemente discutido em relação a intervenções biomédicas, como a PrEP e o uso de preservativos. Um exemplo de compensação de risco: pessoas que tomam PrEP podem sentir-se mais protegidas contra o HIV e, como resultado, podem aumentar comportamentos de risco, como ter relações sexuais sem preservativo. A compensação de risco é um fenómeno importante a ser considerado no planeamento e implementação de intervenções preventivas contra o HIV.

2.1 PrEP Oral

É o uso de medicamentos ARV orais por pessoas HIV negativas em risco de infecção pelo HIV, de modo a reduzir a probabilidade da infecção. A eficácia do PrEP Oral é superior a 90%, tornando -se um importante recurso para intervenção biomédica no contexto da prevenção combinada do HIV.

Grupo-alvo da PrEP:

- Parceiro/a negativo/a de pessoa vivendo com HIV;
- Adolescente e Jovem dos 15-24 anos em risco de infecção por HIV;
- População-Chave (HSH, TS, PID, Reclusos e Pessoas Transgénero);
- Mulheres grávidas e lactantes em risco de infecção por HIV;
- Camionistas de longo curso, mineiros, militares, trabalhadores migrantes, clientes de trabalhadores de sexo, parceiros sexuais de PID e deslocados;
- Utente diagnosticado com ITS;
- Utente com história de uso recente de PPE por exposição sexual;
- Utente com mais de um parceiro sexual;
- Qualquer pessoa que se considere em risco de infecção pelo HIV e solicite a PrEP com ou sem risco substancial declarado.

Os critérios de elegibilidade para oferta de PrEP Oral são:

- Ter resultado do teste de HIV convencional negativo;
- Ausência de suspeita de infecção aguda pelo HIV baseada no rastreio de sinais e sintomas;
- Não ter contraindicações a nenhum dos medicamentos usados para a PrEP.

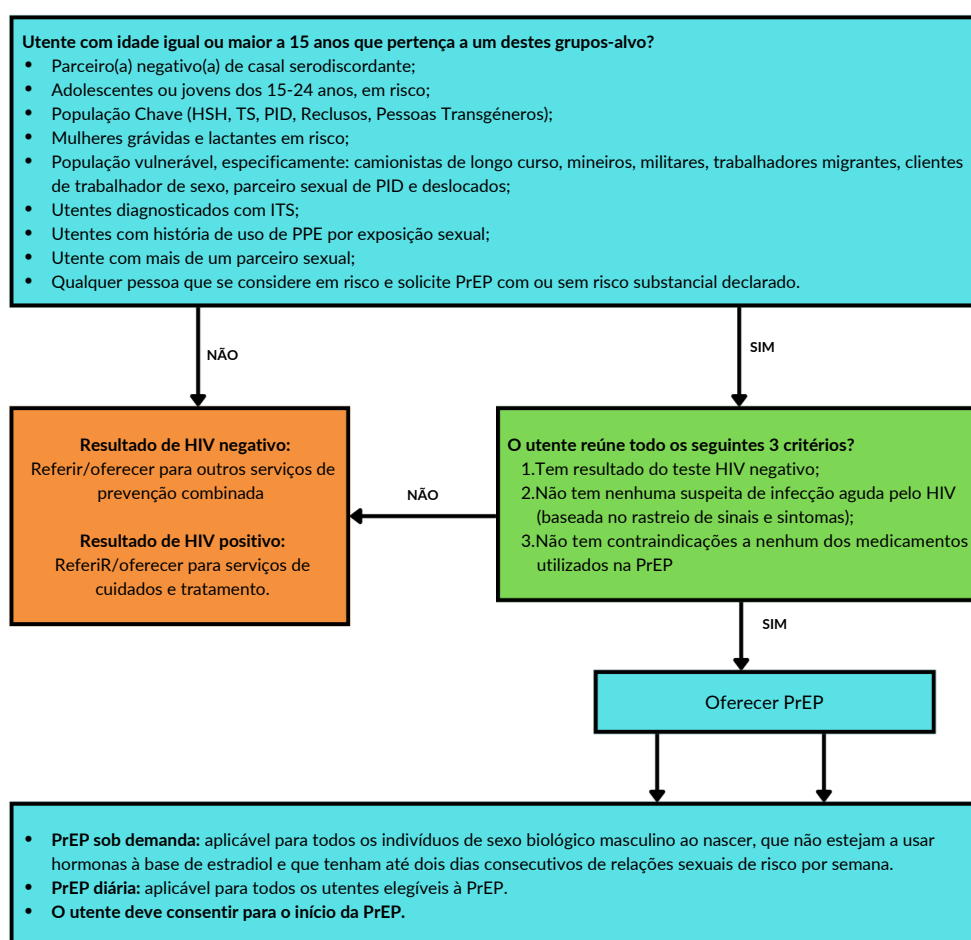
A PrEP oral NÃO deve ser oferecida a pessoas com:

- Resultando positivo no teste de HIV, conforme o algoritmo nacional de teste de HIV; Potencial exposição ao HIV nas últimas 72 horas (deve-se oferecer a profilaxia pós-ex posição [PPE] a esses utentes);
- Sinais de infecção aguda pelo HIV (IAH) (Tabela 18) e potencial exposição ao HIV nos últimos 14 dias;
- Alergia ou hipersensibilidade a uma substância activa ou outras substâncias listadas na ficha de informação do produto;
- Comprometimento conhecido da função renal, indicado por uma taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) inferior a 60 mL/min por 1,73 m² ou depuração de creatinina inferior a 60 mL/min.

Tabela 18 - Sinais de Infecção Aguda pelo HIV

Sinais de infecção aguda pelo HIV	
Local da afecção	Sinais e sintomas
Sistémico	Febre, perda de peso e mal-estar
Cérebro	Cefaleia e neuropatia
Gânglios	Aumento dos linfonodos
Sistema digestivo	Feridas na boca e esófago, faringite, aumento do fígado e do baço, náuseas e vômitos
Músculo	Mialgias
Pele	Erupção cutânea

Figura 22 - Algoritmo de Elegibilidade para Início da PrEP



2.1.1 Formas da PrEP Oral

Dependendo da frequência das relações sexuais com potencial risco de infecção pelo HIV e do sexo biológico de nascimento do utente, a Profilaxia Pré Exposição Oral pode ser tomada diariamente ou por curtos períodos (sob demanda).

PrEP Diária

A PrEP diária pode ser tomada por todos os grupos-alvo elegíveis. O uso diário da PrEP pode gerar uma protecção de até 99% contra o HIV no sexo anal. No sexo vaginal, a eficácia do medicamento é de cerca de 90%. Envolve a toma de um comprimido por dia (TDF/3TC e TDF/FTC), por sete dias antes da(s) potencial(s) exposição(s) sexual(s) e manutenção da toma diária até sete dias após a última potencial exposição de risco. É necessário que o provedor de saúde explique ao utente que a PrEP diária e pode ser usada pelo utente de forma periódica de acordo com o seu perfil risco.

PrEP Sob Demanda

A PrEP Sob Demanda (PrEP SD) serve para prevenir a infecção por HIV durante a relação sexual pelas pessoas do sexo masculino biológico ao nascer e que não estejam a usar hormonas exógenas à base de estradiol, como as hormonas de afirmação de género.

Tabela 19 - Forma de Toma da PrEP Oral

PrEP	PrEP Diária	PrEP Sob Demanda (PrEP SD)
Subgrupo elegível	Todos os Subgrupos	Sexo biológico masculino a nascença sem uso de hormonas exógenas à base de estradiol
Quando iniciar	Iniciar a toma diária (dose única) sete dias antes da potencial exposição	24 até 2 horas antes da provável exposição
Quando interromper	Manter a toma diária (dose única) até sete dias após a última potencial exposição	Manter a toma diária (dose única) até dois dias após a última exposição

Observações:

O cronograma de seguimento clínico do utente em PrEP SD é o mesmo que o utente em PrEP Diária, no entanto, a dispensa de medicamentos para o utente em PrEP SD será de 30 comprimidos no dia da consulta. Se o utente da PrEP SD permanecer em exposições sexuais de risco em dias consecutivos por um período superior a duas semanas, ele transita automaticamente para a PrEP diária. E se desejar interromper a PrEP, deverá tomar um comprimido por dia até um período de 7 dias após a última exposição de risco. Caso este necessite de mais medicação, deverá dirigir-se à Paragem Única onde realiza as suas consultas, com a sua caderneta do utente dos serviços de saúde para levantamento.

100

Elegível para PrEP SD

Relações sexuais dentro de 24 horas após a dose dupla inicial

Relações sexuais para além de 24 horas após a dose dupla inicial

PrEP diária

Legenda:

- Dose oral da PrEP
- Hora de iniciar a PrEP antes da potencial exposição
- Período de proteção pela PrEP
- Tempo para interromper a PrEP após a última potencial exposição
- Toma contínua da PrEP com uma dose por dia

Os medicamentos ARV usados na PrEP oral não têm interações conhecidas com hormônios contraceptivos e não afectam os níveis de hormônios de afirmação de género usados por pessoas transgénero. Existem indicações de que o uso de hormônios exógenos à base de estradiol pode reduzir os níveis de medicamentos de PrEP oral em pessoas designadas homens ao nascer, razão pela qual apenas a PrEP oral diária é recomendada para esses indivíduos (incluindo mulheres transgénero que usam hormonas exógenos à base de estradiol).

61

Tabela 20 - Interações Medicamentosas na PrEP Oral

Medicamentos	Interação com TDF/3TC	Comentários
Analgésicos		
Ácido acetil salicílico	Evitar	Risco de nefrotoxicidade com TDF. Monitorar função renal
Ibuprofeno	Evitar	
Antifúngicos		
Anfotericina B	Evitar	
Cetoconazol	Cautela	
Itraconazol	Cautela	
ANTIVIRAIS		
Aciclovir Evitar	Evitar	
Adefovir	Contraindicado	
Anti-hipertensivos e agentes cardiovasculares		
Furosemida	Cautela	
Cloridrato de hidralazina	Evitar	
Outros		
Acetazolamida	Cautela	
Piridostigmina	Cautela	

Para consideração: Foi demonstrado que o uso de múltiplos agentes nefrotóxicos (como anti-inflamatórios não esteroides) com TDF leva à nefrotoxicidade e deve ser evitado quando possível.

2.1.3 Manejo da PrEP

O manejo eficaz da PrEP, envolve uma série de práticas clínicas e comportamentais para garantir a máxima eficácia na prevenção da infecção pelo HIV. Essas etapas garantem um manejo eficaz, maximizando a protecção contra o HIV e minimizando potenciais riscos. Para o manejo da PrEP eficaz dos utentes, siga as instruções consoante a tabela a baixo

Tabela 21 - Seguimento do Utente em PrEP Oral

Avaliação clínica e laboratorial	Consulta inicial	Consulta de seguimento (meses)											
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
Aconselhamento sobre a PrEP	X			X			X						X
Avaliação de factores de risco /referência	X			X		X							X
Aconselhamento e testagem para o HIV	X			X			X			X			X
Avaliação de infeção aguda pelo HIV	X			X			X						X
Rastreio e tratamento de ITS/sífilis	X			X			X						X
Avaliação para o despiste de doença renal	X			X			X						X
Solicitação de creatinina sérica**	X			X			X						X
Oferta de preservativos, lubrificantes, rastreio de VBG	X			X			X						X
Reforço do aconselhamento para adesão	X			X			X						X
Dispensa de medicamentos (nº de comprimidos)	90/180*			90			90/180				90**		90/180*

*180 comprimidos: Dispensa semestral para os elegíveis.

**Solicitação de creatinina sérica quando disponível para ≥ 30 anos.

*** A consulta ao 9º mês e Dispensa de 90 comprimidos caso seja desejo do utente continuar em seguimento e dispensa da PrEP trimestral.

2.1.4 Modelos Diferenciados da PrEP

Dependendo do perfil e necessidades dos utentes, a PrEP pode ser oferecida através dos seguintes modelos diferenciados de serviços:

- Extensão de horário de atendimento;
- Paragem Única da PrEP;
- Brigadas Móveis;
- Clínicas Móveis;
- Fluxo rápido da PrEP;
- Dispensa Multimensal da PrEP.

Tabela 22 - Modelos Diferenciados de Serviços da PrEP

Extensão de horário de atendimento		
Este modelo consiste na oferta de serviços de prevenção e de cuidados e tratamento para o HIV/SIDA antes e/ou depois das horas normais de expediente na US		
Paragem Única para a PrEP		
• SAAJ: Adolescentes e Jovens (dos 15 aos 24 anos) em PrEP, que não tenham tido partos anteriores. SMI (PF, CPN, CPP, CCR): Mulher em PF, MG, Mulher Lactante (ML). PU PrEP: Utente em PrEP que não seja adolescente, mulher em seguimento para PF, CPN e CPP e CCR. Esta PU pode ser implementada de forma integrada num gabinete de triagem, de consulta TARV, de consulta de doença crónica ou outro gabinete.		
Dispensa comunitária de ARVs através de Brigadas Móveis (BM)		
Os serviços de HIV nas BM (≥ 8 km), têm como grupo-alvo os utentes HIV negativos que procuram os serviços de prevenção e utentes HIV positivos e estáveis diagnosticados na comunidade ou referidos a partir da US. É direcionado para áreas de concentração de populações-chave (TS, HSH, transgênero e PID) não cobertas pelas clínicas móveis.		
Dispensa Comunitária através de Clínicas Móveis (CM) para PC e vulneráveis		
A oferta dos serviços de prevenção na comunidade através de clínicas móveis, apresenta-se como um modelo diferenciado de serviços, permitindo a mobilização destes para zonas de aglomeração das PC, as chamadas zonas quentes (Hot Spots).		
Dispensa multimensal da PrEP (levantamento trimestral ou semestral da PrEP)		
Serviço	Periodicidade Trimestral	Periodicidade Semestral
Consulta Clínica	Trimestral	Semestral
Dispensa da PrEP	Trimestral	Semestral
ATS	Trimestral na consulta	Trimestral: • Dentro da US: na consulta ou UATS; • Fora da US: ATS-C (Testagem convencional ou ATHIV).
Avaliação Clínica e Laboratorial	Trimestral	Semestral: • ATS (Testagem convencional); • Avaliação de infeção aguda pelo HIV; • Rastreio e tratamento de ITS; Despiste de doença renal.

Para mais detalhes sobre Modelos Diferenciados de Serviços, Diferenciados de Serviços em Moçambique.

consulte o Guião Orientador Sobre Modelos

2.1.5 Esquemas de Antirretrovirais na PrEP

Em 2015 a OMS recomendou o uso de regimes que contenham TDF/3TC para a PrEP considerando que não foram observadas diferenças significativas em relação à eficácia e segurança do uso da Lamivudina (3TC) quando comparada à Emtricitabina (FTC) na PrEP, permitindo a substituição entre um e outro.

Portanto, em Moçambique o regime indicado é:

- **Preferencial** – comprimido combinado de Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) 300 mg/ Lamivudina (3TC) 300 mg;
- **Alternativo:** comprimido combinado de Tenofovir Disoproxil Fumarato (TDF) 300mg/ Emtricitabina (FTC) 200 mg.

2.1.6 Considerações Especiais para uso de Esquemas de PrEP Contra-Indicações e Efeitos Colaterais

Em relação as contra-indicações podemos encontrar:

- Hipersensibilidade a alguns medicamentos utilizados para PrEP;
- Hipertensão arterial ou diabetes não controlada;
- Patologia renal crónica e por fim depuração da creatinina inferior a 60 ml/min.

A PrEP é segura e sem efeitos colaterais em 90% dos usuários. No entanto, utentes em PrEP podem apresentar efeitos colaterais leves como: cefaleia, tonturas, diarreias, náuseas, redução do apetite, cólicas abdominais e flatulência. Estes, geralmente surgem nos primeiros dias ou semanas de uso, são de curta duração e se resolvem em menos de 1 mês após o início da toma, sem que seja necessário a suspensão da profilaxia. Efeitos adversos não são esperados com a PrEP, mas caso sejam verificados casos de hepatotoxicidade e nefrotoxicidade, a PrEP deverá ser interrompida e os casos devem ser reportados na ficha de farmacovigilância.

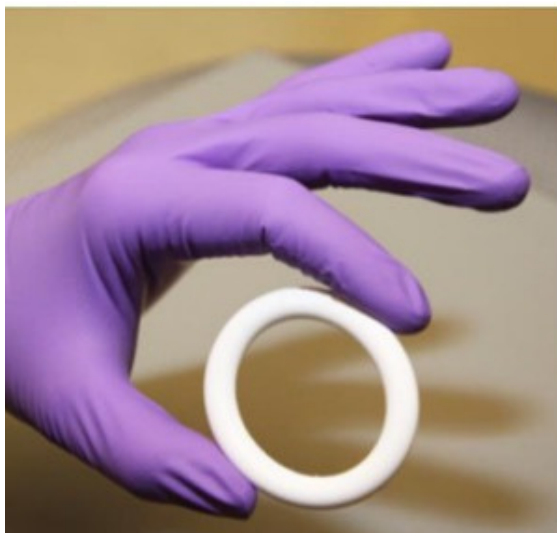
Transição da Profilaxia Pós-Exposição para a profilaxia Pré-Exposição

- Os utentes com antecedentes de uso da PPE por exposição sexual, devem ser aconselhados sobre a PrEP para determinar se ela é necessária como parte de sua estratégia de prevenção do HIV; Se os utentes reunirem os três critérios para uso da PrEP, poderão iniciar, sem
- necessidade de usos repetidos da PPE; Se um utente que termina a PPE, reúne os três critérios para uso da PrEP e deseja fazer a transição, pode iniciar a PrEP imediatamente após
- a PPE, idealmente sem intervalo entre a PPE e a PrEP.

A transição deve ocorrer imediatamente após a toma do último esquema de PPE. Antes da transição, deverá ser documentado o sero-estado para o HIV, o qual deve ser comprovadamente negativo. O utente deverá ser retestado mediante os critérios da testagem no seguimento da PrEP.

2.2 Dapivirina-Anel Vaginal

Figura 24 - Anel Vaginal (Dapivirina)



O Dapivirina- Vaginal Ring (DVR) é uma opção segura e eficaz da PrEP para mulheres cisgênero na prevenção do HIV durante o sexo vaginal. O DVR deve ser inserido 24 horas antes da exposição ao HIV

O dapivirina (25 mg) está impregnado em um anel de silicone flexível que libera o medicamento lentamente na vagina ao longo de 28 dias. O anel deve permanecer dentro da vagina por um período de 28 dias, após os quais deve ser removido e substituído imediatamente por um novo. Deve ser inserido e removido pela utente ou com assistência do provedor de saúde. Recomenda-se que os provedores ofereçam apoio para todas as utentes na primeira inserção.

O DVR não deve ser removido antes, durante ou imediatamente após o sexo vaginal. No caso de expulsão ou remoção acidental do DVR, ele pode ser enxaguado com água limpa e reinserido imediatamente. Se o anel for exposto a um ambiente anti-higiênico, o utente pode substituí-lo por um novo DVR.

2.2.1 Possíveis Efeitos Colaterais

Os efeitos colaterais do DVR são geralmente leves e podem ser sentidos em 1 a cada 10 pessoas. Os efeitos colaterais mais comuns do DVR incluem:

- Infecções do trato urinário;
- Inflamação da vagina, vulva ou colo do útero;
- Corrimento vaginal;
- Comichão vaginal ou vulvar;
- Dor pélvica ou abdominal inferior.

As utentes devem ser informadas de que os efeitos colaterais são incomuns. Caso ocorram, geralmente manifestam-se no primeiro mês de uso. Efeitos colaterais podem ser tratados sintomaticamente e geralmente resolvem-se por si só, sem a necessidade de remover o anel. Provedores de PrEP devem aconselhar os utentes sobre possíveis efeitos colaterais e aconselhá-los a dirigirem-se a US se forem graves.

2.2.2 Contra-Indicações e Interações Medicamentosas

- Não há interações conhecidas entre a dapivirina e hormônios contraceptivos ou de afirmação de gênero, álcool ou drogas recreativas;
- O DVR pode ser usado com segurança com preservativos (masculino e feminino) e lubrificantes;
- Se houver ulceração grave, dor ou secreção vaginal, deve-se adiar o fornecimento do DVR até a resolução dos sintomas, e aconselhar para a utilização de métodos alternativos de prevenção do HIV;
- Depois que o DVR for inserido, as ITS geralmente podem ser diagnosticadas e tratadas sem necessidade de remoção;
- Devido à falta de dados, o uso simultâneo do DVR com antimicrobiano administrado por via vaginal, incluindo metronidazol vaginal ou clindamicina, devem ser evitados;
- Uso vaginal simultâneo de clotrimazol com DVR é seguro e bem tolerado, mas os dados permanecem limitados e o uso deve ser realizado com cautela.

2.3 PrEP Injectável

A PrEP injetável constitui uma abordagem inovadora na prevenção do HIV, com formulações de longa duração como o Cabotegravir (CAB-LA) e o Lenacapavir. Estas opções são altamente eficazes e adequadas para pessoas com dificuldades de adesão à PrEP oral diária. O CAB-LA é administrado bimestralmente, enquanto o Lenacapavir é administrado semestralmente. A OMS reconhece ambas como estratégias promissoras para ampliar o acesso à prevenção. A seleção da modalidade deve considerar o risco individual e as preferências do utente

2.3.1 Cabotegravir de Longa Acção

Cabotegravir de Longa Accção (CAB-LA) é uma opção segura e altamente eficaz para a prevenção de aquisição do HIV através da exposição sexual. Evidências de ensaios clínicos sugerem que, quando administrado correctamente e dentro do cronograma, o CAB-LA pode reduzir o risco de aquisição do HIV em 79% em comparação com o uso de PrEP oral (WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP,2024).

CAB-LA é um fármaco injectável de liberação prolongada de cabotegravir (3 ml) na dose de 600 mg. CAB-LA é administrado como uma injeção intramuscular glútea. As injeções são administradas com um mês de intervalo entre a primeira e a segunda injeção (injeções de início) e posteriormente faz-se a cada dois meses (injeções de continuação) durante o tempo que o utente deseja permanecer no CAB-LA.

Tabela 23 - Cronograma de administração da CAB-LA.

Injecção	Período de administração
1ª Injecção	Mês zero
2ª Injecção	Um mês após a primeira Injecção
3ª Injecção	Dois meses após a Injecção anterior

Os provedores da PrEP devem explicar aos utentes a importância de seguir rigorosamente o calendário de Injecção para manter níveis adequados de CAB-LA. Embora o tempo entre a primeira Injecção e a obtenção da protecção máxima contra a aquisição do HIV actualmente é desconhecida, evidências disponíveis sugerem que a maioria dos indivíduos atingirá níveis elevados de protecção no prazo de 7 dias. Indivíduos em transição da PrEP oral ou DVR, devem continuar usando esse método durante os primeiros 7 dias após o início do CAB-LA.

Existe a possibilidade de perda da injeção e dependendo do tempo: se for menos de dois meses, administrar a Injecção imediatamente e continuar com o intervalo de dois meses e se for superior a de 2 meses, reinicie o utente no CAB-LA. Os utentes que perderam uma Injecção CAB-LA e não desejam reiniciar o CAB-LA, devem ser aconselhados sobre outras opções de PrEP e outros métodos combinados de prevenção de HIV.

2.3.1.1 Possíveis Efeitos Colaterais

Os efeitos colaterais são geralmente leves ou moderados e são sentidos por poucos usuários. Os efeitos colaterais mais comuns de CAB-LA incluem:

- Reações no local da injeção;
- Dor de cabeça;
- Náusea;
- Diarreia;
- Cansaço.

Os efeitos colaterais podem ser controlados sintomaticamente e a maioria desaparece no primeiro mês de uso. Os provedores de PrEP devem aconselhar os utentes sobre possíveis efeitos colaterais e aconselhá-los a dirigirem-se a US se forem graves ou caso o utente ficar preocupado.

2.3.1.2 Contra-Indicações Adicionais e Interações Medicamentosas

O cabotegravir pode interagir com alguns medicamentos utilizados no tratamento da TB (rifampicina e rifapentina), assim como com certos anticonvulsivantes (carbamazepina, oxcarbazepina, fenobarbital e fenitoína) o que pode resultar em concentrações subterapêuticas de CAB-LA. Estes não devem ser coadministrados com CAB-LA. Se estes medicamentos forem iniciados enquanto o utente já estiver em uso de CAB-LA (por exemplo, um utente com diagnóstico de TB), deve ser informado sobre a interação medicamentosa e aconselhado a adoptar métodos adicionais de prevenção do HIV. Não existem interações conhecidas entre CAB-LA e hormônios contraceptivos e, com base nas evidências limitadas disponíveis, não se esperam interações esperadas com hormônios de afirmação de género.

Não existem interações conhecidas entre CAB-LA e álcool ou drogas recreativas; embora o uso de álcool e drogas possa afectar a capacidade do utente comparecer às consultas de saúde necessárias, resultando potencialmente na perda de injeções.

Os riscos de hepatotoxicidade devido ao CAB-LA são provavelmente baixos. O teste de função hepática não é necessário para CAB-LA e pode representar barreiras à implementação dos serviços de PrEP que oferecem CAB-LA.

Tabela 24 - Procedimentos de utentes que perdem uma injeção agendada de CAB-LA

Tempo desde a última injeção	Procedimento sugerido
Para a segunda injeção indução	
Menos de 60 dias	Administre a injeção CAB-LA o mais rápido possível e continue com a injeção a cada dois meses
Mais de 60 dias	Reinicie o utente no CAB-LA fornecendo uma injeção (1ª dose) seguida pela próxima dose (2ª dose) um mês depois. As injeções subsequentes são de dois meses de intervalo.
Para terceira e subsequentes injeções	
Menos de 90 dias	Administre a injeção CAB-LA o mais rápido possível e continue com a injeção a cada dois meses
Mais de 90 dias	Reinicie o utente no CAB-LA fornecendo uma injeção (1ª dose) seguida pela próxima dose (2ª dose) um mês depois. As injeções subsequentes são de dois meses de intervalo

2.3.2 Lenacapavir de Longa Duração (LEN-LA)

O Lenacapavir de Longa Duração (LEN-LA) é um medicamento ARV de longa duração inibidor da cápside aprovado como opção de PrEP injetável que proporcionam proteção prolongada para prevenção da infecção pelo HIV, aprovado pela FDA e OMS. Desta forma amplia-se o leque de escolhas biomédicas de PrEP (TDF/3TC oral, CAB-LA bimestral, anel vaginal-DVR e LEN-LA). O LEN-LA é uma alternativa inovadora especialmente para utentes que enfrentam dificuldades de adesão à PrEP oral diária ou ao cabotegravir bimestral, pois permite administração a cada seis meses, é indicado para adultos e adolescentes ≥ 15 anos e ≥ 35 kg, com risco substancial de infecção pelo HIV, incluindo populações-chave (HSH, trabalhadoras de sexo, pessoas transgénero, reclusos, pessoas que usam drogas) e populações vulneráveis (adolescentes e jovens, grávidas e lactantes em risco, migrantes, militares, mineiros).

2.3.2.1 Evidência de eficácia

Ensaio clínico multicêntrico (PURPOSE 1 e PURPOSE 2) confirmam a elevada eficácia do LEN-LA:

- PURPOSE 1: em mulheres cisgénero e adolescentes, nenhuma infecção foi observada, com eficácia de 100% em comparação com TDF/FTC oral.
- PURPOSE 2: em HSH, pessoas trans e não-binárias, registaram-se apenas 2 infeções em 2.179 participantes, com eficácia de 96% em comparação com background e 89% TDF/FTC oral.

Não foram reportados aumentos nos desfechos adversos de gravidez ou nascimento, sendo considerado seguro em grávidas e lactantes em risco.

2.3.2.2 Posologia e Administração

O regime do LEN-LA inclui uma **fase de indução e continuação** da seguinte forma:

- **Fase de indução:**
 - **Dia 1** - duas injeções subcutâneas de 1,5 mL, sendo 927 mg no total + 600 mg de Lenacapavir oral (2 comprimidos de 300 mg) e
 - **Dia 2** - (24 horas depois da toma da primeira dose) - 600 mg de Lenacapavir oral (2 comprimidos de 300 mg).
- **Continuação:** uma dose injectável de 927 mg a cada 26 semanas. A dose de continuação deve ser
- administrada a cada 26 semanas ($\pm$ 2 semanas). Se o utente retornar até 28 semanas após a última
- injeção, pode receber a dose de continuação normalmente. Se retornar depois de 28 semanas (ou seja, passou do limite máximo da janela de protecção), o utente deve ser considerado em
- atraso e precisa reiniciar todo o regime de indução como descrito anteriormente.

Os locais de injeção possíveis incluem o abdómen ou a coxa.

2.3.2.3 Efeitos Adversos

Os principais efeitos adversos reportados são geralmente leves e incluem:

- Hipersensibilidade conhecida ao Lenacapavir
- Reacções no local da injeção (nódulos, dor, eritema, induração, prurido).
- Sintomas gastrointestinais (náuseas, diarreia).
- Cefaleia, fadiga.
- Alterações laboratoriais transitórias (elevação discreta de transaminases).

2.3.2.4 Contraindicações e Interações Medicamentosas

O LEN é contraindicado em:

- Pessoas com suspeita de infecção aguda de HIV.
- Hipersensibilidade conhecida ao fármaco.
- Uso concomitante de indutores potentes da CYP3A (rifampicina, rifabutina, rifapentina; carbamazepina, fenobarbital, fenitoína).

Interações relevantes:

- Cetamina: risco de aumento de efeitos colaterais devido à inibição da CYP3A.
- Medicamentos para disfunção erétil (sildenafil, tadalafila, vardenafila, avanafil): aumento das concentrações, podendo intensificar efeitos adversos.
- Hormônios contraceptivos e de afirmação de género: não requerem ajuste de dose.
- Não recomendado para crianças e adolescentes com <15 anos ou <35 kg, pela falta de dados de segurança e eficácia.

2.3.2.5 Transição a partir de outras modalidades de PrEP

A transição entre as modalidades de PrEP como a formulação oral, o anel vaginal de dapivirina (DVR) e os injectáveis de longa duração (CAB-LA e LEN) é viável e deve ser considerada conforme as necessidades e preferências do utente. Cabe ao provedor de saúde aplicar com rigor os protocolos de transição entre as formas de PrEP, a fim de as poder oferecer e gerir com precisão. Esta abordagem é crucial para garantir uma protecção ininterrupta contra o HIV e reduzir ao mínimo o potencial risco de surgimento de resistência.

2.4 Aconselhamento sobre PrEP

A psicoeducação e o aconselhamento aos utentes da PrEP, são importantes para garantir que estes possam fazer escolhas informadas e utilizar a PrEP de forma eficaz.

O aconselhamento sobre a PrEP deve basear-se nos seguintes princípios do direito à saúde:

- Ser orientado e centrado para o utente, com base nas suas necessidades, recursos e preferências;
- Basear-se no respeito e incluir um relacionamento aberto e honesto entre provedor de saúde e o utente;
- Reconhecer que a mudança de comportamento pode levar tempo;
- Validar e normalizar as preocupações do utente;
- Procurar afirmar e encorajar os esforços e não ser prescritivo ou crítico;
- Concentrar-se na identificação de pequenos ganhos e nas próximas etapas alcançáveis;
- Para reduzir potenciais exposições e/ou facilitar o uso eficaz;
- Apoiar na elaboração de um plano para contornar as barreiras identificadas;
- Promover a escolha entre as opções disponíveis, com base nas preferências e aceitabilidade do utente.

2.4.1 Seroconversão em PrEP

A seroconversão para o HIV é o processo no qual uma pessoa infectada pelo vírus passa a desenvolver anticorpos detectáveis no sangue, deixando de ser seronegativa e tornando-se seropositiva.

Embora todos os produtos de PrEP ofereçam um elevado nível de proteção quando utilizados de forma eficaz, a seroconversão para o HIV pode ocorrer. Na maioria dos casos, isso acontece devido à presença de uma infeção por HIV pré-existente que não foi detectada antes do início da PrEP ou pela aquisição do HIV após o início do uso, geralmente em decorrência de uma utilização inadequada (por exemplo a toma incorreta dos medicamentos antirretrovirais).

O uso contínuo da PrEP por uma pessoa já infectada pelo HIV pode resultar no desenvolvimento de resistência aos medicamentos antirretrovirais. Apesar de ser uma situação rara, casos desse tipo foram documentados tanto em usuários de PrEP oral quanto injectável.

Assim que o diagnóstico de HIV for confirmado, a PrEP deve ser interrompida imediatamente, e o tratamento antirretroviral (TARV) deve ser iniciado o mais rapidamente possível, seguindo o protocolo estabelecido para o início do tratamento.

2.5 Criação de Demanda para PrEP

Implementar a PrEP vai mais além do que oferecer ARV. É necessário providenciar informação e educação correcta sobre a PrEP e outras formas de prevenção, diagnóstico e tratamento de ITS incluindo o HIV.

A criação de demanda para PrEP pode ser realizada por diversos actores, meios e canais de comunicação na comunidade e US, assim como em espaço virtual (figura 20- abaixo).

Figura 25 - Pilares para a Criação de Demanda para PrEP

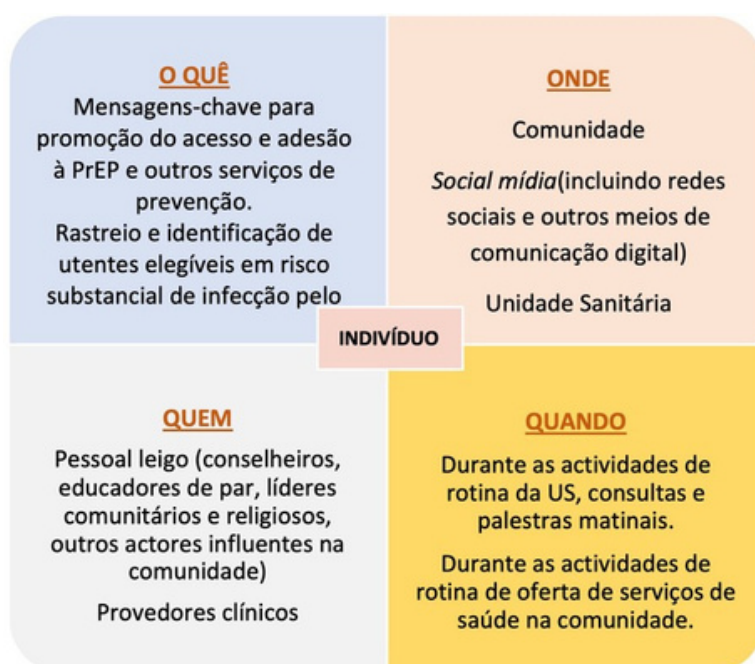


Tabela 25 - Actividades e Responsabilidades na Criação de Demanda para PrEP

Actores	Actividades	Prioridades	Sectores
Responsável de envolvimento comunitário (SESP) em coordenação com ponto focal da Prevenção.	Garantir a divulgação da PrEP através do uso de meios de comunicação (estratégia de comunicação da PrEP).	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes (Permanente)	SPS\DPs
Responsável de envolvimento comunitário (SESP) em coordenação com ponto focal da Prevenção.	Assegurar a implementação da estratégia de comunicação da PrEP, envolvendo os outros intervenientes. Uso de mídias; Diálogos comunitários, panfletos etc.	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes (Permanente)	SDSMAS
Clínicos (enfermeiros, técnicos de medicina e médicos)	Rastrear utentes seronegativos com critérios de elegibilidade em cada porta de entrada da US, informar/ educar o utente sobre os benefícios e disponibilidade da PrEP, caso este esteja interessado, oferecer a PrEP na paragem única ou encaminhá-lo para uma paragem única da PrEP para o início.	Diária	US
Ponto Focal de Prevenção	Apoio técnico na oferta e disponibilidade da PrEP às diferentes portas de entrada da US.	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes	US
Pontos focais de PC das US	Apoio técnico às diferentes portas de entrada da US para o uso do guião e algoritmo de rastreio de PC e sensibilização para informar/ educar as PC sobre os benefícios da PrEP.	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes	US
Pontos focais de PrEP das US	Apoio técnico na oferta e disponibilidade da PrEP às diferentes portas de entrada da US.	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes	US
Conselheiros leigos	Unidade Sanitária: rastrear utentes seronegativos em cada porta de entrada de testagem, informar/ educar o utente sobre os benefícios e disponibilidade da PrEP, e acompanhar até uma paragem única da PrEP para aqueles interessados em iniciar. Comunidade: rastrear utentes seronegativos em risco para o HIV, informar/educar o utente sobre os benefícios da PrEP, referir para as US ou CM para a PrEP, realizar o teste convencional para a confirmação do diagnóstico nos utentes que obtiveram resultado positivo com o auto-teste e referi-los para a US.	Diária	Comunidade/ US

Activistas, Mães Mentoras, Adolescentes e Jovens Mentoras, Homens Campeões	Como parte do trabalho de apadrinhamento, identificar potenciais familiares/conviventes durante as visitas de seguimento das PVHIV, criação de demanda na sua comunidade para PrEP (como parte do pacote de literacia para HIV).	De acordo com a planificação com os diferentes intervenientes	Comunidade/ US
Educadores de par, Líderes comunitários e religiosos e outros actores influentes na comunidade.	Integrar a PrEP como parte do plano de palestras nas actividades comunitárias. Referir utentes interessados para US mais próxima que oferece a PrEP. Através do uso de megafones ou redes sociais e mass media, disseminar mensagens-chave de criação de demanda para a PrEP e outros serviços de prevenção combinada e referir utentes para as US e clínicas Móveis/BM. Integrar nos seus encontros com a comunidade, tópicos sobre literacia para HIV, incluindo criação de demanda para a PrEP	Diária ou de acordo com a planificação dos diferentes intervenientes	Comunidade

CAPÍTULO 3

PROFILAXIA PÓS- EXPOSIÇÃO (PPE)

A PPE é uma medida de prevenção da infecção pelo HIV que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais, usados para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus. É um tratamento de curta duração, oferecido durante 28 dias consecutivos e a pessoa exposta deve ser acompanhada pela equipa de saúde por 3 meses.

Por tratar-se de uma urgência médica, a PPE deve ser iniciada o mais rápido possível até 72 horas após a exposição. É importante lembrar que a PPE não deve ser usada como forma de prevenção.

Considera-se o uso de profilaxia pós-exposição (PPE) em todos os seguintes casos:

- Exposição não ocupacional: qualquer indivíduo que reporta uma exposição, fundamentalmente sexual, com contacto com sêmen e fluídos, ainda que também de outro tipo como exposições com objectos perfuro-cortantes, mordeduras humanas, exposição a sangue durante o socorro de vítimas de acidente de viação, etc.

Exposição ocupacional: profissional de saúde, que sofre acidente no âmbito do trabalho, a partir de utente fonte HIV+ ou com sero-estado desconhecido.

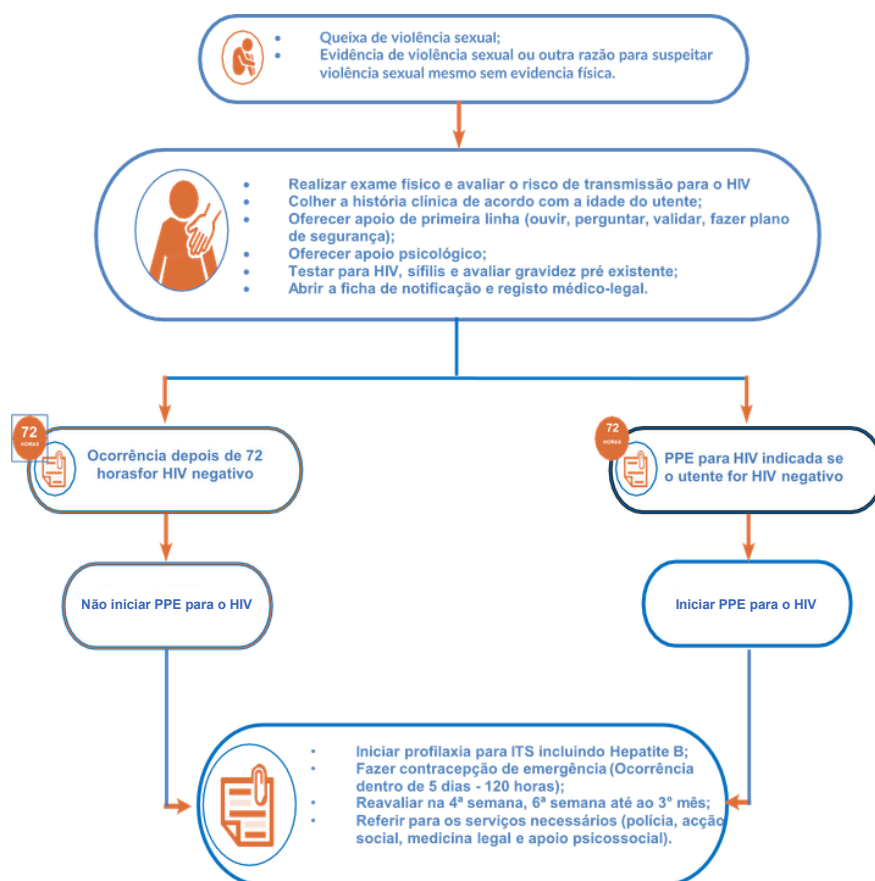
O acolhimento, como acção que antecede qualquer outra na rotina do atendimento, deve identificar as necessidades do utente, para verificar a pertinência da realização da PPE ou outro encaminhamento necessário. A intervenção necessita ser ágil, resolutiva, informativa e focada na demanda apresentada pela pessoa em atendimento. É importante utilizar linguagem acessível, promover a equidade, acolher e respeitar os modos de viver, sem marginalizar. Vale lembrar que as questões de sigilo e confidencialidade, quanto ao resultado da testagem ou quaisquer outros aspectos revelados pelos utentes, devem ser respeitados.

3.1 Profilaxia Pós-Exposição não Ocupacional (Sexual)

A exposição sexual com indicação para profilaxia da infecção por HIV pode ser de 2 tipos:

- Situações de violência sexual (de caso fonte HIV+ ou de sero-estado desconhecido);
- Sexo consentido sem protecção (com parceiro com sero-estado conhecido HIV+ ou de sero-estado desconhecido).

Figura 26 - Algoritmo para PPE - Violência Sexual



3.2 Situações de Violência Sexual

A violência baseada no género é um fenómeno multidimensional que afecta todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, e que se constitui como uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física.

Um dos grandes desafios para enfrentar a violência sexual, é a articulação e integração dos serviços e da atenção em saúde, de forma a evitar a revitimização e, acima de tudo, oferecer um atendimento humanizado e integral.

Na oferta de cuidados clínicos às vítimas de violência baseada no género, é importante oferecer o LIVES 2 - *Listen Inquire Validate Enhance Safety Support* - e excluir, logo de início, as condições que exijam cuidados urgentes, incluindo condições de saúde mental. Assim que excluídas estas condições, é importante assegurar a oferta dos seguintes serviços de Profilaxia do HIV, Profilaxia das ITS

3.2.1 Profilaxia do HIV

- Primeiro, faça o teste de HIV em todas as vítimas com sero-estado de HIV desconhecido e/ou com teste de HIV negativo, mesmo que tenham feito o teste há menos de 3 meses (testagem somente para vítimas que tiveram ou que se suspeite de exposição a material biológico com risco de transmissão de HIV);

² Tradução de LIVES: Ouvir Perguntar Validar Melhorar Segurança e Apoio

- Não dê PPE (Profilaxia Pós-exposição) para as vítimas que apresentem teste positivo para HIV;
- Inicie a PPE o mais breve possível, até 72 horas após a possível exposição ao HIV; Faça a
- prescrição e forneça ARV para 28 dias: alternativo
 - **Adulto** (TDF+3TC+DTG), (TDF+3TC+ATVr ou TDF+3TC+LPVr ou TDF+3TC+EFV);
 - **Crianças ou adolescentes** <30 KG (3-19Kg: ABC/3TC+pDTG (10mg), alternativo - ABC/3TC+LPVr; 20-29kg: ABC/3TC+DTG(50mg), alternativo - ABC/3TC+LPV/r ou ATVr).
- Explique para a utente que a PPE reduz as chances de infecção pelo HIV, mas não é 100% eficaz; Ofereça a retestagem para HIV ao 1º e 3º mês.

Se o resultado do teste de HIV for positivo:

- Encaminhe o utente para os cuidados e tratamento para HIV;
- Garanta o acompanhamento em intervalos regulares;
- Apoie na adesão ao tratamento.

Figura 27 - Pessoas indicadas para PEE

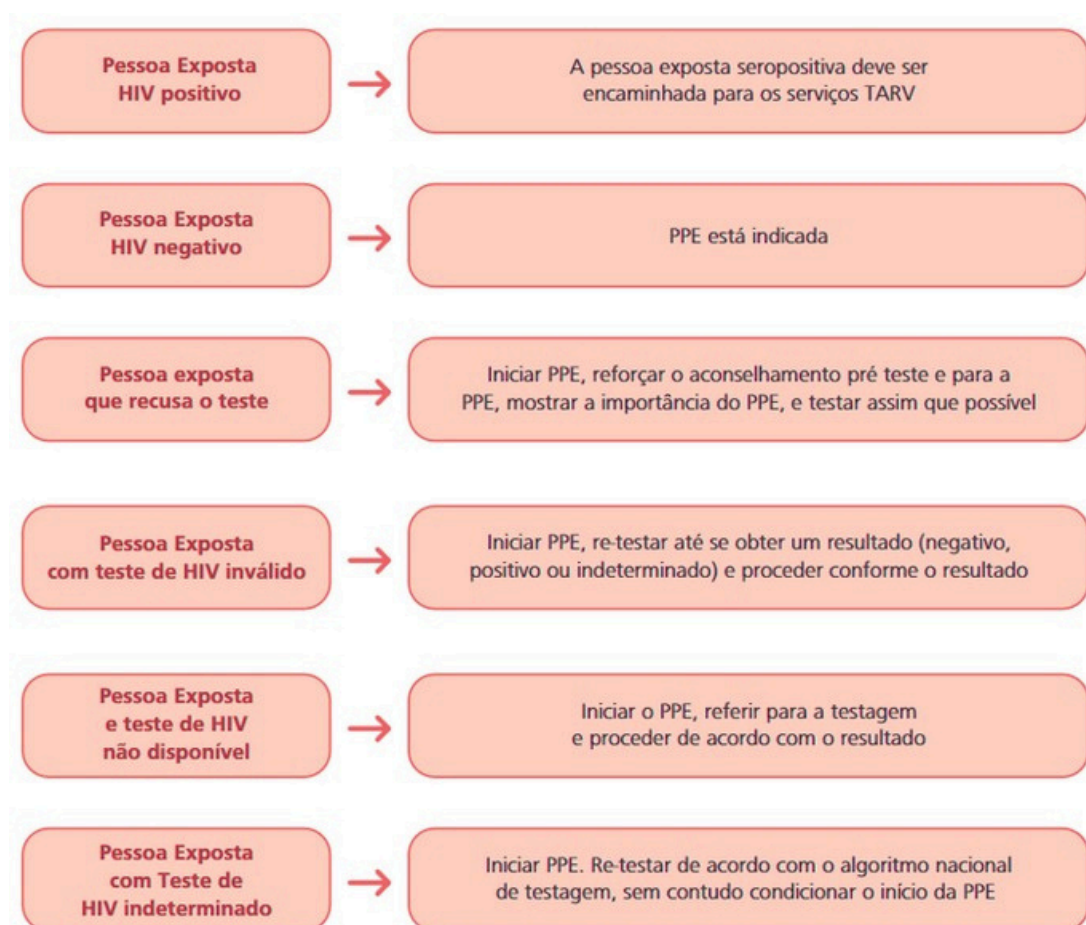


Tabela 26- Cronograma de seguimento de PPE

Período	Parâmetros clínicos e laboratoriais a verificar
Antes de administrar PPE	• Primeiros socorros – tratamento das lesões físicas (se aplicável, principalmente nos casos de violação sexual); • Aconselhamento e testagem para o HIV; • História clínica de exposição ao HIV-HBV verificar se se trata de exposição pontual ou habitual e, realizar avaliação da elegibilidade para PPE ; • Realizar teste de gravidez nos casos de violência sexual (se aplicável); informar sobre o direito ao aborto seguro, e se aplicável, encaminhar para este serviço até 16 semanas de gestação .
Dia 15 após a exposição	• Monitorar a evolução das lesões físicas; • Rastreamento de ITS (para o caso de violência sexual); • Avaliar a presença de efeitos colaterais e tratá-los; • Avaliar sinais agudos de Seroconversão para o HIV; • Apoio psicológico de seguimento e reforço da adesão; • Verificar a depuração de creatinina se usar o TDF (se possível).
Mês 1 após a exposição	• Aconselhamento e testagem para HIV; • Monitorar a evolução das lesões físicas; • Rastreamento de ITS (para o caso de violência sexual); • Certificar se terminou ou não os MARVs; • Avaliar a presença de efeitos colaterais e tratá-los; • Avaliar sinais agudos de Seroconversão para o HIV; • Verificar a depuração de creatinina se usar o TDF; • Verificar hemoglobina se usar o AZT; • Teste de gravidez (no caso de violência sexual).
Mês 3 após a exposição	• Rastreamento de ITS (para o caso de violência sexual) • Aconselhamento e testagem para HIV • Aconselhamento para redução de risco

3.2.2 Profilaxia da ITS

A profilaxia das ITS não virais está indicada para as situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e da idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoniase e cancroide podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas ITS virais, como as infecções por HSV e HPV, ainda não possuem profilaxias específicas.

A prevenção das ITS não virais podem ser eventualmente adiadas, em função das condições de adesão, mas recomenda-se a sua realização imediata, sempre que possível – diferente da PPE para o HIV.

O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das ITS não virais em vítimas de violência sexual encontra-se na tabela abaixo. A profilaxia para as ITS não virais durante a gravidez está indicada em qualquer idade gestacional.

Tabela 27 - Posologia de Fármacos para Prevenção de ITS na PPE

Vítima de Violência (Peso)	Medicação
> 45 kg	• Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única • Cefixima, 400mg, VO, dose única • Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1 g) • Metronidazol, 250 mg, 8 comprimidos, VO, dose única (total 2 g)
< 45 kg	• Benzilpenicilina Benzatina 50.000 UI/kg, IM. Dose única (dose máxima total 2,4 milhões UI) • Cefixima, 400mg, VO, dose única • Azitromicina 20 mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g) • 15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose máxima diária: 2g)

3.2.3 Profilaxia da Hepatite B

Todas as pessoas expostas ao material biológico com risco significativo de infecção, elegíveis a profilaxia contra a Hepatite B. A vacina contra Hepatite B é extremamente eficaz, com cerca de 90 a 95% de resposta vacinal. Deve ser aplicada a primeira dose da vacina de Hepatite B.

Se houver disponibilidade de Imunoglobulina, esta também deve ser aplicada (HBIG 0,06-0,08 mg/Kg, IM).

Recomenda-se que seja feita a vacinação para:

- Utentes que não foram vacinados anteriormente;
- Utentes que não completaram as 3 doses do ciclo de vacinação VHB;
- Utentes que não sabem o seu estado vacinal para Hepatite B;
- Utentes sem evidências de resposta vacinal (AntiHBsAg < 10 mIU/ml ou UI/L).

No caso de crianças, é indicado oferecer a vacina para Hepatite B apenas as crianças que:

- Nunca foram vacinadas anteriormente;
- Não completaram o calendário vacinal em vigor no país.

Tabela 28 - Cronograma de vacinação contra o vírus da hepatite B para rápida protecção

Dose	Período de administração
1º	Dia 0
2º	Dia 7
3º	Dia 21
4º	12 meses depois

3.2.4 Rastreio Clínico de VBG

O rastreio clínico de VBG em vítimas que já sofreram Violência ou que apresentam sinais e sintomas é uma parte crucial da avaliação médica e da oferta de cuidados. A fazer o rastreio assegure que:

- Estabeleça um ambiente seguro, acolhedor e confidencial; Use uma abordagem sensível, aborde o assunto com empatia e livre de julgamentos; Faça perguntas directas: pergunte de forma directa e específica sobre qualquer experiência de VBG anterior ou actual. Por exemplo: “*Está a sofrer alguma forma de violência? Está em perigo na sua relação?*”; Ouça atentamente: permita que o utente compartilhe sua história e seus sentimentos; Avalie cuidadosamente os sinais e sintomas físicos, emocionais e psicológicos que podem estar relacionados à VBG, como lesões,
- ansiedade, depressão, pesadelos, entre outros.

Considerando a situação de vulnerabilidade da mulher que sofre violência, ela fica com medo de compartilhar informações, a vergonha, ou mesmo falta de conhecimento acerca da própria situação de violência. Nota-se que os provedores de saúde enfrentam uma certa dificuldade na identificação dos contextos de violência.

Alguns sinais e sintomas podem ser indicativos, tais como:

- Hemorragia vaginais ou anal e infecções sexualmente transmissíveis;
- Dor crónica inexplicável;
- Lesões físicas sem causas claras;
- Problemas com o Sistema Nervoso Central, por exemplo, dores de cabeça, problemas cognitivos, perda de audição;
- Perturbações mentais: depressão, ansiedade, transtorno de stress pós-traumático, distúrbios do sono, pensamentos e/ou comportamentos suicida ou homicida e outras lesões;
- Uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoactivas;
- Somatização;
- Parceiro intrusivo;
- Utente que perde consultas de saúde para si e para os seus filhos.

Em raparigas e adolescentes, estes sinais e sintomas podem ser:

- Lesão genital inexplicada;
- ITS e gravidez na adolescência;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Comportamento sexual de risco (sexo sem protecção do preservativo, e/ou com parceiros múltiplos);
- Depressão, ideação suicida ou homicida e ansiedade;
- Fuga de casa; Enurese nocturna.

Se o provedor de saúde suspeitar de violência e a vítima não falar:

- NÃO a pressione;
- Fale sobre os serviços disponíveis;
- Ofereça uma consulta de seguimento;
- Construa uma Relação Terapêutica de Confiança.

Cabe aos provedores de saúde acolher e fornecer orientações aos utentes quanto aos seus direitos e à importância de buscar protecção e demais providências legais. O risco de infecção por ITS em situações de violência sexual depende de diversas variáveis como o tipo de violência sofrida (va gínal, anal, oral ou outra); o número de agressores; o tempo de exposição (única, múltipla ou crónica); a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e a suscetibilidade da pessoa; a condição hímeneal e a presença de ITS e/ou úlcera genital prévia.

3.2.5. Profilaxia da Gravidez

A Contracepção de Emergência (CE) é o método mais eficaz para a prevenção da gravidez em casos de violência sexual.

Para estes casos, o aconselhamento deve incluir os seguintes pontos:

- Explique como funciona a CE (interrupção da liberação do ovo);
- A CE pode ajudar a evitar a gravidez, embora não seja 100% eficaz;
- Embora recomendado, o teste de gravidez não é obrigatório antes de administrar a CE;
- CE não causa aborto. Se a mulher já estiver grávida, as pílulas de CE não prejudicarão a gravidez;
- Em caso de indisponibilidade do teste de gravidez, não deixe de oferecer a CE sempre que for elegível;
- Faça a monitoria do período menstrual nas consultas seguintes;
- As pílulas da CE não irão evitar a gravidez se ela voltar a ter relações sexuais sem proteção;
- As pílulas de CE não são para uso regular.

Até as 16 semanas de gestação as vítimas de Violência têm direito ao aborto seguro

Tabela 30 - Profilaxia da gravidez

Contracepção de emergência*	Mulher e rapariga em idade fértil
Levonorgestrel (0,75mg)	2 comp dose única
Alternativa Microgynon (Pílula combinada com 15 mg levonorgestrel + 30 mg etinilestradiol)	4 comp 12/12 horas durante 1 dia

*Para mais informação sobre este tópico consulte o Guia para Atendimento às Vítimas de Violência

3.2.6 Abordagem Recomendada para Utentes que chegam após 72h de Exposição ao HIV

Para utentes que chegam a US, 72h após a exposição, embora já não sejam elegíveis à prescrição de ARV para PPE, devem igualmente ser seguidos nas consultas durante 3 meses.

Estes utentes também devem receber:

1. Testagem para HIV.

- a) **Se for positivo**, referir para os serviços de cuidados e tratamento de HIV.
- b) **Se for negativo**, oferecer outros pacotes de serviços de acordo com a necessidade do utente (profilaxia ITS, Hepatite, contracepção de emergência de acordo com a indicação, se elegível (dentro de 120H).

2. Fazer o seguimento clínico e laboratorial, monitorando todos os aspectos clínicos aplicáveis, incluindo a seroconversão através da testagem para o HIV durante 3 meses.

3.3 Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao HIV

Tratamento de curta duração com medicamentos antirretrovirais (ARVs), oferecido a um trabalhador de saúde (TS) com o objectivo de reduzir o risco de infecção pelo HIV após uma exposição ocupacional. Nota: A profilaxia é oferecida durante 28 dias consecutivos.

3.3.1 Passos do PPE Ocupacional

Passo 1: Tratamento da Ferida ou Local de Exposição

- Se for uma exposição percutânea

Limpar a ferida imediatamente após o acidente com água e sabão.

- Se for uma projecção mucosa

Realizar lavagem prolongada da mucosa envolvida com soro fisiológico ou água.

Passo 2: Avaliação do Risco de Infecção para a Tomada de Decisão sobre a Necessidade de PPE

Na avaliação inicial, após a exposição ao HIV, o profissional de saúde deve avaliar o risco pós-exposição com base em quatro critérios:

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

Atenção! Se todas as respostas forem SIM, a profilaxia para o HI V está indicada.

Passo 3: Início da Profilaxia As situações de exposição ao HIV, constituem atendimento de urgência, devido à necessidade de início atempado da profilaxia para maior eficácia da intervenção. Quando indicada a PPE, deve ser iniciada o mais rápido possível após a exposição, preferencialmente dentro das primeiras 4 horas, mas podendo ser iniciada até 72 horas após a exposição.

Nota: Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.

Define-se um único esquema de PPE com 3 medicamentos:

- **Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg + Dolutegravir 50mg (TDF/3TC/DTG) 1 comp/dia durante 28 dias**

Um esquema alternativo pode ser usado na falta do regime para início imediato da profilaxia, ou em caso de intolerância conhecida ao DTG. Neste caso, o seguinte pode ser um regime alternativo:

- **TDF/3TC+ATV/r**

Se o utente tiver insuficiência renal ou Taxa de Depuração de Creatinina < 60 ml/min, substituir o TDF pelo ABC. O DTG não está recomendado em pessoas em uso de fenitoína, fenobarbital e carbamazepina. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa.

Passo 4: Seguimento do Trabalhador de Saúde que Recebe PPE

Componente de Seguimento	Momento / Frequência	Descrição / Observações
Serologia para o HIV	Após serologia inicial, repetir no 1º e 3º mês após a exposição	Avaliar soroconversão e eficácia da PPE.
Hemograma completo, creatinina e transaminases	Dia 0, 2ª semana e 4ª semana de tratamento	Monitorar possíveis efeitos tóxicos dos ARV.
Serologia para Hepatites B e C	Inicialmente (conforme risco da exposição) e repetir ao 1º, 3º, 6º e 9º mês	Detectar infecção aguda ou soroconversão tardia.
Rastreio de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV	Durante o período de seguimento	Avaliar presença de febre, exantema, linfadenopatia, ou outros sintomas compatíveis.
Rastreio dos efeitos adversos dos ARV	Durante o tratamento e nas consultas subsequentes	Avaliação clínica e laboratorial da toxicidade medicamentosa.
Aconselhamento adicional	Conforme necessidade identificada	Reforçar adesão à PPE, prevenção de novas exposições e suporte psicossocial.

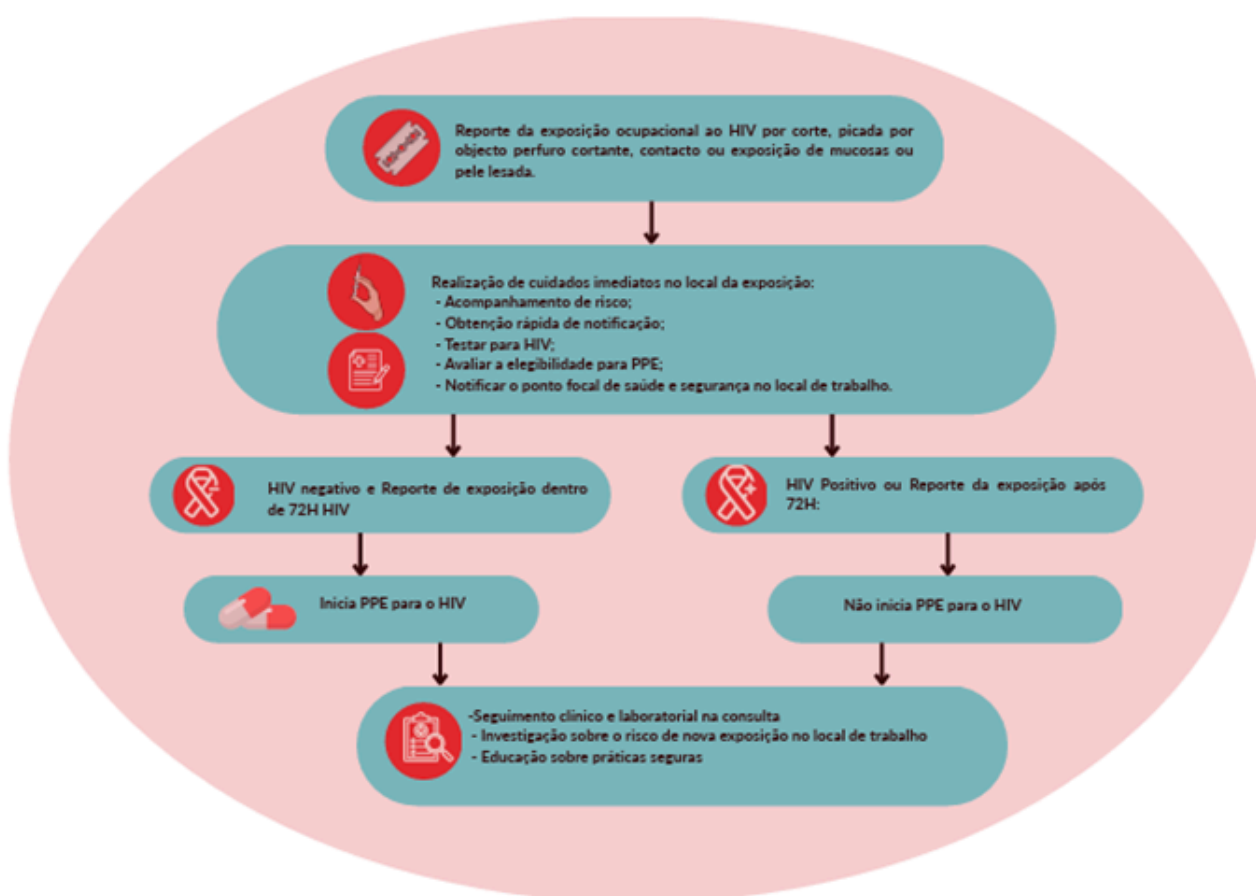
Os utentes que não receberam a PPE por qualquer motivo, deverão ser acompanhados da seguinte forma:

- Após a serologia inicial para o HIV, repetir na 6ª semana e no 3º. e 6º mês;
- Transaminases e serologia inicial das hepatites e conforme o risco, ao 1º, 3º, 6º e 9º mês;
- Aconselhamento adicional, de acordo com a necessidade.

Durante o seguimento, o utente deve ser orientado/a manter medidas de prevenção à infecção pelo HIV, como o uso de preservativos em todas as relações sexuais, a não partilha de seringas e agulhas nos casos de uso de drogas injectáveis, a não doação de sangue e da importância de evitar a gravidez.

Na presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV, é recomendada investigação laboratorial para HIV (testes rápidos seriados e PCR ou Carga Viral).

Figura 28 - Algoritmo para Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional



3.3.2 Prevenção da Exposição Ocupacional

A PPE é fundamental para protecção do provedor de saúde e, consequentemente, uma prioridade para o Sistema Nacional de Saúde.

O risco médio de transmissão ocupacional depois da exposição a uma fonte infectada, é de aproximadamente: 0.3% para o HIV, 1.8% para VHC e 22% – 31% para o VHB. O risco de contrair uma infecção por VHB entre trabalhadores de saúde é 10 vezes maior que na população em geral.

O VHB pode sobreviver em sangue seco, a temperatura ambiente, em superfícies por pelo menos 7 dias. Os acidentes com materiais perfurocortantes contribuem com 39%, 37% e 4,4% das infecções por Hepatite C, Hepatite B e HIV, respectivamente. A prevalência de infecção aguda por Hepatite B entre profissionais de saúde em todo o mundo, é de 5,3%. Por esta razão, recomenda-se de forma a complementar a PPE para HIV, implementar a vacinação contra a Hepatite B como precaução básica aos trabalhadores de saúde, devido ao alto risco ocupacional, mediante disponibilidade.



Lembre-Se: Toda amostra deve ser tratada como potencialmente infecciosa

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. As precauções básicas ou padrão, são normatizações que visam reduzir a exposição aos materiais biológicos. Essas medidas devem ser utilizadas na manipulação de artigos médico-hospitalares e na assistência a todos os utentes, independente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa (ITS, Hepatites B e C).

Orientação e psicoeducação dos trabalhadores de saúde devem ser realizadas de forma contínua e incluir informações sobre:

- Tipos de riscos de infecções ocupacionais;
- Formas de prevenção das infecções ocupacionais;
- Uso das precauções básicas, uso de EPI e práticas seguras;
- Vacinação contra o VHB para os trabalhadores de saúde e informações claras sobre para onde se dirigir em caso de exposição ocupacional e acesso à profilaxia pós exposição.

3.4 Orientações que devem ser passadas ao utente antes de finalizar a consulta de PPE

Antes do utente (que vai iniciar o PPE) deixar o gabinete de consulta, deve receber as seguintes orientações mínimas:

- É importante concluir o tratamento profiláctico conforme recomendado;
- Usar preservativo de forma correcta e consistente em todas as relações sexuais ou adoptar outras formas de sexo mais seguro.

O provedor de saúde deve ainda:

- Oferecer preservativos ao utente, orientando sobre as técnicas de uso;
- Recomendar o retorno ao serviço de saúde se desenvolver quaisquer sinais ou sintomas;
- Aos utentes vítimas de violência sexual, garantir a segurança da vítima e a confidencialidade das suas informações;
- Notificar o caso no instrumento de registo apropriado;
- Agendar consulta de controlo.

Nota: Aos utentes que procuram a PPE deve ser sempre garantida a ligação com a PrEP.



Equipamentos de protecção individual (EPI) tais como: luvas, máscaras, óculos e sapatos fechados, devem ser providenciados aos provedores de saúde dos diversos sectores da US, de acordo com o tipo de actividade desempenhada. A promoção do uso de EPI deve ser efectiva com vista a reforçar a importância da segurança do trabalhador.

Para mais detalhes sobre PPE consulte :

- Protocolo Clínico De Profilaxia Pós Exposição ao HIV (MISAU, 2020).
- Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança (Guião de Bolso, MISAU, 2023)
- Manual de atendimento integrado para vítimas de VBG (MISAU, 2024).

CAPÍTULO 4

TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO

Sendo o Aconselhamento e Testagem considerada a porta de entrada para os cuidados e tratamento, bem como para a prevenção do HIV, são implementadas acções determinantes para superar as barreiras de entrada aos serviços de HIV. Isso permite que mais pessoas tenham acesso ao diagnóstico, à ligação e integração com outros serviços necessários, especialmente para pessoas vivendo com HIV e suas comunidades.

A implementação do tratamento como prevenção tem contribuído significativamente para a redução das novas infecções por HIV. Estudos clínicos e observacionais ao redor do mundo, têm mostrado que a ampliação do acesso ao tratamento antirretroviral não apenas melhora a saúde e a longevidade das pessoas vivendo com HIV, mas também actua como uma barreira eficaz contra a propagação do vírus.

Esta estratégia utiliza o tratamento antirretroviral (TARV) para suprimir a carga viral em pessoas vivendo com HIV a níveis indetectáveis. Quando a carga viral é indetectável, o risco de transmissão sexual do HIV é praticamente inexistente, um conceito sintetizado na máxima “Indetectável = Intransmissível” (I=I).

Indetectável = Intransmissível (I=I)

Essa é uma das mensagens mais cruciais na prevenção do HIV. O conceito do I=I baseia-se em evidências científicas que mostram que pessoas vivendo com HIV que mantêm uma carga viral indetectável, graças ao tratamento antirretroviral, não transmitem o vírus para seus parceiros sexuais.

Principais pontos sobre a importância do I=I na prevenção do HIV:

- **Redução da Transmissão:** A principal importância do conceito I=I é a sua capacidade de reduzir drasticamente a transmissão do HIV. Quando uma pessoa vivendo com HIV atinge e mantém uma carga viral indetectável, o risco de transmissão sexual do HIV para um parceiro é efectivamente zero.
- **Estigma e Discriminação:** O I=I ajuda a reduzir o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo com HIV. Saber que o vírus não é transmissível quando a carga viral é indetectável pode mudar percepções negativas e combater preconceitos, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas.
- **Incentivo ao Tratamento:** O conhecimento de que a supressão viral elimina o risco de transmissão pode incentivar mais pessoas a se testarem e aderirem ao tratamento antirretroviral. Isso não só melhora a saúde individual das pessoas vivendo com HIV, mas também contribui para a saúde pública em geral, diminuindo a taxa de novas infecções.
- **Qualidade de Vida:** Além de prevenir a transmissão do HIV, manter uma carga viral indetectável também melhora a saúde geral da pessoa vivendo com HIV, reduzindo o risco de complicações relacionadas ao HIV e outras condições de saúde.

Política e Educação em Saúde: O conceito I=I pode ser utilizado por profissionais de saúde, organizações e formuladores de políticas para criar campanhas de educação e políticas de saúde mais eficazes, baseadas em evidências científicas sólidas.

Como pressuposto do tratamento como prevenção, o conceito de I=I é uma mensagem que reflete avanços significativos no tratamento e prevenção do HIV, tendo um impacto positivo tanto na saúde pública quanto na vida das pessoas vivendo com HIV.

As principais acções para promover o tratamento como prevenção incluem:

- **Acesso Universal ao TARV**, ou seja, a garantia de que todas as pessoas diagnosticadas com HIV tenham acesso imediato e contínuo à terapia antirretroviral. O Testar e Iniciar preconiza o início do TARV para todas as pessoas vivendo com o HIV, independentemente do estadió imunológico ou clínico de crianças, adolescentes, jovens, grávidas e adultos. O TARV deve ser iniciado dentro de 15 dias após o diagnóstico de HIV. Deve ser garantida a preparação do utente para o início do tratamento. **Testagem Regular e Diagnóstico Precoce**, que é a promoção da testagem para o
- HIV, permitindo o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento. **Educação e Conscientização**, consiste em disseminar informações sobre os benefícios do tratamento como
- prevenção, tanto para a saúde individual quanto para a saúde pública, destacando a mensagem Indetectável=Intransmissível ou I=I. **Apoio e Acompanhamento** na oferta de suporte contínuo e do acompanhamento médico para garantir a adesão ao tratamento e monitoria da eficácia do
- TARV. **Redução do Estigma**, ou seja, combater o estigma e a discriminação associados ao HIV, criando um ambiente favorável nas Unidades Sanitárias e nas acções na comunidade para que as
- pessoas busquem e mantenham o tratamento.

Para mais informações sobre HIV, consulte:

- Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança (Guião de Bolso, MISAU, 2023);
- Directriz Nacional para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde, (MISAU, 2023).

CAPÍTULO 5

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

A Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) refere-se ao conjunto de estratégias e intervenções destinadas a evitar a transmissão do vírus HIV da mãe para o filho durante a gravidez, parto e amamentação. A transmissão vertical é a principal via pela qual o HIV é transmitido para as crianças, sendo a PTV a intervenção que reduz drasticamente o número de crianças nascidas com HIV, consequentemente diminuindo a incidência e, a mortalidade infantil, melhorando a qualidade de vida de crianças e famílias.

Em Moçambique os cuidados clínicos para Mulher Grávida (MG) e Mulher Lactante (ML) independentemente do sero-estado, são oferecidos de forma integrada - Paragem Única.

Todas as MG e ML vivendo com HIV, sejam elas testadas na CPN ou previamente positivas, que não estejam em TARV, devem iniciar o tratamento segundo as normas nacionais, independentemente do seu estado clínico ou imunológico (CD4).

5.1 Paragem Única de SMI

No âmbito de seguimento da mulher grávida e lactante, fazem parte dos cuidados os pacotes abaixo listados:

- Oferta de cuidados de SMI;
- Oferta de testagem para o HIV aos parceiros sexuais e filhos menores de 15 anos;
- Oferta da testagem para Sífilis e ao parceiro quando indicado;
- Oferta de Exame Genital/ Perianal anual para rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS;
- Rastreio de Hepatite B na MG e ligação aos cuidados àquelas com resultado positivo (onde aplicável);
- Análises laboratoriais (Hemograma, Bioquímica, Urina II);
- Oferta da PrEP;
- Oferta de serviços pós VBG;
- Vacina contra a Hepatite B para MG negativas (onde aplicável);
- TIP malária e rede mosquiteira;
- Vacina AntiTetânica (VAT);
- Oferta de serviços de SSR.

Caso a mulher seja HIV positiva, para além do pacote acima (excepto a PrEP), a MG e ML devem ser oferecidas o seguinte:

- Rastreio de doença avançada e infecções oportunistas e oferta de profilaxias (TPT e TPC);
- Análises laboratoriais (Hemograma, Bioquímica, Urina II, CD4 e Carga Viral);
- Aconselhamento sobre o aleitamento materno no contexto do HIV;
- Oferta de APSS & PP, referência para grupos de apoio e inscrever na estratégia de Mãe para Mãe;
- TARV.

5.2 Seguimento da Mãe e do Bebê

A MG faz o seguimento clínico dos cuidados para o HIV de forma integrada na CPN, após o parto, como lactante, a mulher continuará o seguimento clínico integrado na CPP durante o primeiro mês pós-parto juntamente com seu bebê. A partir de um mês de vida do bebê, o par, mãe - bebê faz o seguimento clínico na CCR até obter o diagnóstico definitivo da criança exposta (CE), segundo as normas nacionais de PTV.

Durante este período, deve-se fazer a monitoria da toma da profilaxia reforçada e ter atenção ao aparecimento de sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV. Em caso de diagnóstico presuntivo de HIV antes de completar 1 mês de vida, a criança deve ser referida à CCR para fazer o teste virológico (PCR HIV) e, ao clínico mais especializado, para a conduta apropriada. A oferta das profilaxias para crianças expostas ao HIV e os respectivos critérios de início e suspensão, devem ser de acordo com as normas nacionais de TARV pediátrico.

Para mais informações sobre PTV, consulte:

- Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança (Guião de Bolso, MISAU, 2023);
- Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique (2025-2030).

CAPÍTULO 6

HEPATITES VIRAIS B E C

A hepatite é definida como uma inflamação do fígado que compromete a função deste órgão, podendo ser causada por vírus, substâncias tóxicas (como álcool ou drogas), doenças autoimunes ou metabólicas. A inflamação pode levar à destruição das células hepáticas, causando desde disfunções leves até doenças crónicas e fatais, como cirrose e cancro de fígado. Entre as causas mais comuns estão as hepatites virais, que representam um grave problema de saúde pública em várias regiões do mundo.

As Hepatites virais mais comuns são causadas pelos vírus A, B e C. As infecções causadas pelos vírus das Hepatites B ou C frequentemente tornam-se crónicas. Contudo, por nem sempre apresentarem sintomas, a maior parte das pessoas desconhece ter a infecção. Isso faz com que a doença possa evoluir por décadas sem o devido diagnóstico. O avanço da infecção compromete o fígado, podendo causar fibrose avançada ou cirrose, que são factores de risco para o desenvolvimento de cancro.

6.1 Hepatite B

É uma infecção hepática grave causada pelo vírus da hepatite B (VHB), com alta capacidade de transmissão, sendo 10 vezes mais infecciosa que o vírus da hepatite C (VHC) e 100 vezes mais que o HIV.

O VHB é transmitido principalmente por contacto com fluidos corporais infectados, como sangue, sêmen e secreções vaginais, podendo ocorrer de forma sexual, parenteral e vertical (de mãe para filho).

A oferta das profilaxias para crianças expostas ao HIV e os respectivos critérios de início e suspensão, devem ser de acordo com as normas nacionais.

As principais vias de transmissão do VHB são:

- Relações sexuais sem preservativo com uma pessoa infectada,
- De mãe infectada para o bebé, durante a gestação ou o parto;
- Partilha de seringas, agulhas e outros materiais para consumo de drogas;
- Partilha de materiais de higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objectos perfurocortantes);
- Coinfecção de tatuagens, colocação de piercings e procedimentos odontológicos, cirúrgicos, médicos e de hemodiálise, quando as normas de biossegurança não são atendidas de maneira adequada;
- Contacto próximo de pessoa a pessoa (presumivelmente por cortes, feridas e soluções de continuidade); e transfusões de sangue (particularmente antes da exigência de testagem do sangue).

Na maioria dos casos a Hepatite B não apresenta sintomas e muitas vezes é diagnosticada décadas após a infecção, com sinais relacionados a outras doenças do fígado, como cansaço, tontura, enjojo/vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados.

Figura 29 - Sintomas Gerais das Hepatites Virais



A hepatite B pode evoluir para uma cronicidade, e a partir daí pode ocorrer insuficiência hepática, cancro e ou cicatrização (fibrose).

Mais de 95% dos adultos com hepatite B não requerem tratamento específico pois a cura é espontânea. O tratamento está indicado em utentes com doença activa evidenciada por uma replicação viral ou dano hepático. O objectivo é reduzir a morbi-mortalidade devido a doença hepática progressiva e evitar a progressão para cancro do fígado.

Para mais informações relacionadas ao tratamento, por favor consultar o Protocolo clínico e directrizes terapêuticas para hepatite B e C em Moçambique.

6.1.1. Medidas de Prevenção da Transmissão da Hepatite B

a) Vacinação A vacina é obrigatória a todas as crianças. Ela está disponível no país desde o ano de 2004 e faz parte do esquema de vacinação em vigor. Ela é administrada na sua forma pentavalente juntamente com as vacinas DPT (difteria, tétano, pertussis) e Haemophylus influenzae, em 3 doses (aos 2,3 e 4 meses pós-natal). Por outro lado, a OMS recomenda a administração de uma dose ao nascimento que irá reduzir consideravelmente o risco de transmissão vertical.

Mediante a disponibilidade suficiente da vacina de Hepatites B no país, os grupos abaixo devem ser considerados prioritários para a vacinação:

- Trabalhadores de saúde;
- Coinfectados com VIH e/ou VHC;
- Contactos intradomiciliares e parceiros de indivíduos antigénio HBs (AgHBs);
- Neonatos;

- Adolescentes;
- Doentes com diabetes;
- Grávidas testadas HBsAg negativo;
- Doentes em hemodiálise;
- Doentes imunodeprimidos;
- População-chave: pessoas que injectam drogas (PID), mulheres trabalhadoras de sexo (MTS), homens que fazem sexo com homens (HSH), Transgénero (TG) e reclusos.

b) Prevenção da transmissão vertical (PTV) da Hepatite B

Crianças nascidas de mães infectadas por VHB em replicação viral, têm maior risco de adquirir a infecção (>70%), comparadas àquelas nascidas de mães HBsAg positivas, mas sem replicação viral (5% à 30% de chance de transmissão vertical). A infecção no período perinatal ou abaixo de um ano de idade, apresenta 90% de possibilidade de risco de evoluir para doença hepática crónica.

c) Segurança nas práticas sexuais e sociais

- Promover o uso correcto e consistente do preservativo em todas as relações sexuais.
- Evitar partilha de lâminas, alicates, escovas de dentes e outros objectos perfurocortantes.
- Garantir procedimentos seguros em barbearias, salões de beleza e estúdios de tatuagem/piercing.

d) Segurança em práticas clínicas e laboratoriais

- Utilizar agulhas e seringas estéreis e descartáveis.
- Assegurar esterilização adequada de instrumentos médicos e odontológicos.
- Evitar reutilização de material cortante.
- Implementar precauções universais (uso de luvas, máscaras, óculos de protecção).

6.1.2. Intervenções-Chave para PTV da Hepatite B

A consulta pré-natal é a principal porta de entrada para a identificação de mulheres grávidas infectadas pelo VHB, permitindo a oferta de intervenções para a Prevenção da TV atempadamente.

Para Mulher grávida³:

- Rastreio da mulher grávida através da testagem rápida para Hepatite B (HBsAg) na primeira consulta pré-natal;
- Oferta de TDF para profilaxia ou tratamento para mulher grávida com critérios de elegibilidade;
- Vacinação contra Hepatite B das mulheres grávidas com HBsAg negativo (se houver disponibilidade dentro do calendário vacinal).

³ O esquema vacinal recomendado durante a gestação para a Hepatite B é com três doses está para todas mulheres sem histórico de vacinação ou com esquema vacinal incompleto, em qualquer momento da gestação.

Mulher grávida com infecção por VHB

- Na CPN As mulheres grávidas HBsAg (+) devem complementar a avaliação com solicitação de ALT/AST, creatinina e a carga viral VHB se estiverem disponíveis.
- Critérios para iniciar profilaxia com tenofovir disoproxil fumarato (TDF) no último trimestre (a partir das 28 semanas)⁴:
 - HBsAg (+), ou ALT > 2x LSN, sem necessitar resultado da CV VHB.
 - HBsAg (+), com a carga viral VHB acima de 200,000 cópias.

No Parto – Ainda que não haja evidências concretas dos benefícios da realização de cesariana como medida preventiva da transmissão vertical (TV) da Hepatite B, sugere-se que sejam seguidas as normas actuais de parto em mulheres VHB+.

Para Criança Exposta a Hepatite B:

- Vacinação universal ao nascimento contra Hepatite B independentemente do estado serológico da mãe.
- Profilaxia com imunoglobulina, se disponível.
- Recém-Nascido: Logo após o nascimento (preferencialmente nas primeiras 24 horas e dentro da maternidade), todos os RN independentemente do estado serológico da mãe, devem receber a primeira dose do esquema vacinal para VHB (atenção especial aos RN de mulheres com VHB, HBsAg+).
- Nos casos em que o parto ocorre fora da Maternidade, recomenda-se que a vacina seja feita logo no primeiro contacto com a Unidade Sanitária. A amamentação não está contraindicada em uterentes com infecção por VHB.
- Seguimento da criança exposta a Hepatite B (mãe HbsAg+) – em caso de criança exposta, ela deve ser seguida na CCR a partir do 1º mês de vida, e fazer o seguimento mensal até ao 9º mês de vida, onde fará a testagem da hepatite B.
- **Se o resultado do teste (HBsAg) for positivo:** a criança continuará o seguimento clínico na CCR e irá fazer um novo teste de HBsAg 6 meses depois (que coincide ao 15º mês de vida) para confirmação da infecção crónica, se for confirmada deverá ser referida para consulta externa de pediatria.

Para mais informação das intervenções da prevenção de transmissão vertical da Hepatite B, consulte o Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique 2025-2030.

⁴ *Mulheres com infecção por VHB confirmada e em terapia antiviral, deve-se levar em consideração a gravidade da doença materna e o potencial risco/benefício para o feto.

*Mulher grávida com infecção por VHB em terapia com análogos de nucleosídeos/nucleótidos, especialmente TDF e lamivudina (3TC), com novo diagnóstico de VIH, devem manter esta medicação.

6.2 Hepatite C

Hepatite C – A Hepatite C é um processo infeccioso e inflamatório causado pelo vírus C da Hepatite e que pode se manifestar na forma aguda ou crónica, sendo esta última, a forma mais comum.

A Hepatite crónica pelo VHC é uma doença de carácter silencioso, que evolui sorrateiramente e se caracteriza por um processo inflamatório persistente no fígado. Aproximadamente 60% a 85% dos casos tornam-se crónicos e, em média, 20% evoluem para cirrose ao longo do tempo.

A transmissão do VHC ocorre principalmente:

- A principal forma de transmissão de VHC é parenteral, através de material ou sangue contaminado, sendo os PID, o grupo mais vulnerável.
- Práticas tradicionais, incluindo circuncisão ou rituais de escarificação com instrumentos reutilizados constituem também uma importante via de transmissão.
- A infecção por VHC pode também ocorrer por transmissão vertical.

Seguimento das crianças nascidas de mães com hepatite:

A maioria dos casos de infecção crónica por VHC na infância é assintomática e benigna. No entanto, o estágio inicial de infecção adquirida por TV pode ser caracterizada por uma ampla variação de anormalidade de ALT. São descritos três desfechos possíveis para a infecção por VHC adquirida verticalmente:

- 20% a 40% dos RN terão cura espontânea;
- 40-50% dos RN irão desenvolver infecção crónica assintomática (CV-VHC detectável intermitentemente e níveis normais de ALT);
- 20-30% dos RN terão infecção crónica activa com CV-VHC persistentemente detectável e ALT frequentemente anormal.

Os anticorpos IgG anti VHC (anti-VHC) maternos podem atravessar passivamente a barreira placentária e serem detectados na criança até os 18 meses de idade, sendo necessário a confirmação da virémia pelo teste de CV-VHC. A manutenção dos níveis de IgG séricos após os 18 meses de idade, é indicativa de produção pela criança, confirmando a infecção.

Dessa forma, podem-se considerar os seguintes cenários:

- Serologia anti-VHC negativa após os 18 meses podem ser consideradas negativas para hepatite C;
- Serologia anti-VHC positiva e CV-VHC indetectável (após os 18 meses) indicam contacto passado e provável cura espontânea de VHC;
- Serologia anti-VHC + e CV-VHC detectável (após os 18 meses) confirmam a infecção por VHC crónica.

6.2.1 Prevenção da Transmissão Hepatite C

A principal forma de transmissão de VHC é parenteral, através de material ou sangue contaminado, sendo as PID, o grupo mais vulnerável. Práticas tradicionais, incluindo circuncisão ou rituais de escarificação com instrumentos reutilizados constituem também uma importante via de transmissão.

O pacote de intervenção que contemple as PID incluem as seguintes medidas:

- Não partilhar com outras pessoas qualquer objecto que possa ter entrado em contacto com sangue (seringas, agulhas, alicates, escova de dente, etc.); Usar preservativo nas relações sexuais de forma consistente e presistente; Não partilhar quaisquer objectos utilizados para o consumo de drogas; A mulher grávida precisa deve realizar os exames no pré-natal para detectar as Hepatites B e C, o HIV e sífilis. Em caso de resultado positivo, é necessário seguir todas as recomendações médicas. O tratamento da Hepatite C não está indicado para gestantes, mas após o parto a mulher deverá ser tratada.

Para que as medidas de prevenção sejam efectivas é necessário:

- Oferecer equipamento de injeção estéril, incluindo agulhas e seringas e outras parafernalias;
- Oferecer terapia de substituição de opióides, para reduzir o comportamento de risco;
- Implementar Programas de distribuição de preservativos para PID e seus parceiros sexuais;
- Fornecer informação, psicoeducação e comunicação específicas para PID e seus parceiros sexuais;
- Integrar o pacote de prevenção com serviços médicos para Hepatites;
- Implementar programas de educação sobre práticas de medicina tradicional seguras.

6.2.1.1 Mulheres Grávidas e Lactantes

É recomendada a realização do teste de Hepatite C em mulheres grávidas com factores de risco para infecção por VHC, como:

- Infecção por HIV;
- Consumo de drogas (PUD e PID);
- MTS;
- Antecedentes de transfusão de sangue ou derivados;
- Pessoas submetidas a hemodiálise;
- Profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.

Não existem evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a TV do VHC. Orienta-se que sejam evitados procedimentos invasivos, parto instrumental e um tempo de rotura das membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de infecção. Por outro lado, não existe evidência de que a TV de VHC possa ser evitada com a contra-indicação à amamentação. Seguimento das crianças nascidas de mães com Hepatite C - Os anticorpos IgG anti VHC (anti- VHC) maternos podem atravessar passivamente a barreira placentária e serem detectados na criança até os 18 meses de idade, sendo necessário à confirmação da viremia pelo teste de CV- VHC. A manutenção dos níveis de IgG séricos após os 18 meses de idade, é indicativa de produção pela criança, confirmando a infecção.

Dessa forma, podem-se considerar os seguintes cenários:

Serologia anti-VHC negativa após os 18 meses, podem ser consideradas negativas para Hepatite C;

Serologia anti-VHC positiva e CV-VHC indetectável (após os 18 meses), indicam contacto passado e provável cura espontânea de VHC.

A sorologia anti-VHC + e CV-VHC detectável (após os 18 meses), confirmam a infecção por VHC crónica.

6.3 Rastreio e Diagnóstico de Hepatites B e C

Grupos-Alvo para Rastreio Hepatites B e C

- Indivíduos com suspeita clínica ou laboratorial de infecção por VHB;
- Mulheres grávidas: VHB todas elas na consulta pré-natal;
- VHC, apenas as da população-chave ou com contactos de risco;
- Pessoas vivendo com VIH;
- Utentes em hemodiálise;
- Profissionais de saúde;
- Dadores de sangue e bolsas de sangue antes da transfusão;
- Contactos de indivíduos VHB positivos (coabitantes, parceiros sexuais, filhos de mãe AgHBs+, partilha de material perfuro-cortante);
- População-chave (PID, MTS, HSH, reclusos);
- Pessoas nascidas antes do ano 2004 (antes da introdução de vacina em esquema nacional).

Hepatite B - O diagnóstico da Hepatite B (VHB) baseia-se na detecção do antígeno de superfície de VHB (AgHBs). Esta detecção pode ser realizada através de testes rápidos (TR) ou ELISA, usando como amostra, sangue total, sangue capilar, sangue seco em papel de filtro ou DBS, soro ou plasma, de acordo com as especificidades de cada técnica e teste seleccionado.

Diferentes marcadores serológicos e carga viral (ADN-VHB) auxiliam no estabelecimento do estágio da infecção.

Hepatite C - O diagnóstico inicial de Hepatite C deve basear-se em testes serológicos (testes rápidos-TR- ou ELISA) para anticorpos (anti-VHC), usando como amostra de sangue total, capilar e seco em papel de filtro D. A confirmação pode ser feita com um teste molecular (qualitativo ou quantitativo) para detecção da carga viral de Hepatite C (ARN-VHC) ou antígeno de core (cAg) usando testes serológicos. Para além das amostras definidas acima BS, também podem ser utilizados soro, plasma e saliva, de acordo as especificidades de cada técnica e teste seleccionado.

Para mais informações sobre Hepatites Virais, consulte o protocolo clínico e directrizes terapêuticas para hepatite B e hepatite C em Moçambique, (MISAU, 2019).



CAPÍTULO 7

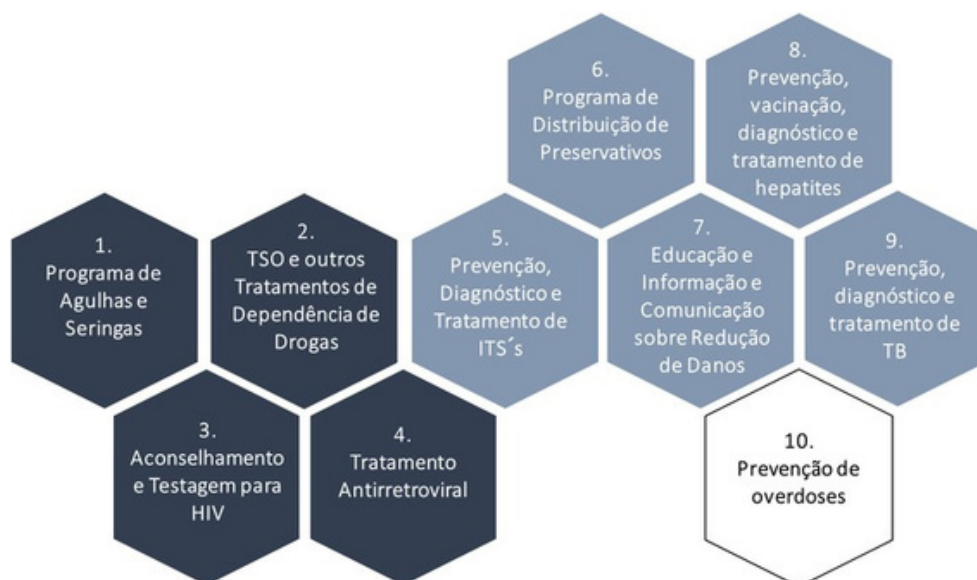
REDUÇÃO DE DANOS

Redução de Danos é um conjunto de estratégias que tem por objectivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adoptadas para minimizar o impacto do consumo de drogas para pessoas que ainda não abandonaram a prática. Está focada na minimização dos efeitos adversos do consumo de substâncias psicoactivas e esta estratégia vai além da promoção da abstinência.

Reconhecendo a complexidade e as múltiplas facetas do consumo de drogas ilícitas, esta abordagem holística visa aprimorar tanto a saúde pública quanto o bem-estar individual, mitigando os riscos físicos, psicológicos e sociais associados ao consumo de substâncias. A abordagem vai além da simples prevenção de doenças transmissíveis e da diminuição de casos de overdose e mortes relacionadas. Ela também visa fomentar uma sociedade mais informada e empática, por meio de políticas públicas baseadas em evidências, programas de educação e de apoio. A Redução de Danos busca um equilíbrio entre o atendimento individualizado e a promoção da saúde pública, enfatizando a importância da dignidade humana e do respeito aos direitos dos usuários de substâncias.

O Guia Técnico de Redução de Danos para Prevenção do HIV em PID apresenta um conjunto abrangente de estratégias para mitigar os riscos à saúde enfrentados por este grupo. Entre as componentes mais críticas, estão o Programa de Agulhas e Seringas, a TSO, o aconselhamento e testagem para o HIV, e o Tratamento Antirretroviral. Outros elementos essenciais na prevenção, diagnóstico e tratamento de ITS e Hepatites, bem como programas de educação, informação e comunicação (IEC) sobre práticas de redução de danos, e a prevenção de overdoses. Estas componentes integradas são fundamentais para melhorar a saúde e o bem-estar das PID, oferecendo uma resposta abrangente e eficaz aos desafios de saúde pública enfrentados por esta população vulnerável.

Figura 30 - Intervenções Integradas para Redução de Danos para PID



Considerando a sobreposição de vulnerabilidades existentes, é recomendado oferecer RD à toda as populações, incluindo capacitar pares de outras PC em RD, mapear as zonas quentes de PC, estabelecer parcerias e referir para organizações de base comunitárias que trabalhem com RD.

Os Principais Grupos-Alvo das acções de RD são:

- PID;
- Parceiros Sexuais de PID;
- Adolescentes e Jovens que Usam Drogas;
- Famílias e Comunidades com Usuários de Drogas;
- Reclusos e pessoas em ambientes fechados;
- Mulheres que Usam Drogas;
- Outros Grupos Vulneráveis Específicos.

7.1 Modelos de Serviços

O modelo de implementação das intervenções de redução de danos prevê a integração destes serviços no funcionamento em unidades sanitárias de referência, nos Centro Comunitário para Pessoas que Usam Drogas, (CCPUD) e unidades de Apoio às Pessoas em Tratamento Opiáceo (APTO), assim como em abordagens de alcance comunitário. A eficácia do programa de redução de danos prevê a combinação de dois ou mais modelos:

Postos Fixos - Esta modalidade envolve a oferta de serviços de redução de danos em locais fixos e independentes, como os CCPUD e APTO. Esses locais são estrategicamente situados em áreas acessíveis e discretas, onde os usuários se sintam seguros e não ameaçados. Esses centros podem oferecer uma gama de serviços, incluindo aconselhamento, testagem para o HIV, distribuição de kits de naloxona, disponibilização de seringas, e apoio para tratamento de dependências. A integração de programas específicos para Mulheres que Usam Drogas (MUD) e adolescentes é outra dimensão essencial deste modelo. Tais programas devem incluir a definição de horários específicos para mulheres, a actuação de educadores de pares, mulheres e jovens dedicados a alcançar esses grupos específicos, e a oferta ou encaminhamento para serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) visando atender às necessidades particulares das mulheres. Este enfoque, reconhece e responde às distintas vulnerabilidades e barreiras que mulheres e adolescentes enfrentam, promovendo um ambiente mais inclusivo e acessível, e garantindo que os serviços de redução de danos sejam abrangentes e sensíveis ao género e à idade. **Clínicas**

Móveis de Redução de Danos - Embora não estejam actualmente disponíveis em moçambique, as clínicas móveis de Redução de Danos são unidades que levam serviços de redução de danos especificamente às comunidades, especialmente àquelas que podem ter dificuldade em aceder aos serviços de redução de danos nos centros comunitários. Essas unidades móveis poderão ser utilizadas com vista a fornecer serviços específicos (testagem, rastreio, disponibilização de seringas, preservativos e lubrificantes, material para informação, educação e comunicação) de redução de danos em locais remotos ou áreas com alta prevalência de consumo de drogas.

Modelo de Alcance (Outreach) - Este modelo foca em abordagens activas para alcançar pessoas que consomem drogas em seus próprios ambientes. As equipas de alcance trabalham directamente nas comunidades, fornecendo serviços como informação e educação sobre redução de danos, distribuição de materiais de prevenção e encaminhamento para tratamento em unidades de referência. Além de educação sobre redução de danos e distribuição de materiais de prevenção, este modelo inclui a testagem rápida para HIV e Hepatites a nível comunitário, visando facilitar o acesso ao diagnóstico e à subsequente referência para unidade sanitária nos casos positivos. Educadores de pares desempenham um papel fundamental neste modelo, não só na promoção de práticas seguras, como também desempenham um papel crucial no fornecimento de parafernália, essencial para a redução de riscos associados ao consumo de drogas. Além disso, a micro planificação das estratégias de redução de danos é uma estratégia chave, permitindo um acompanhamento mais eficaz e personalizado dos serviços oferecidos às pessoas que consomem drogas, garantindo que as intervenções sejam adaptadas às necessidades específicas dessa população.

Abordagens Complementares - Incluem iniciativas como programas de educação e sensibilização pública, suporte de grupos de pares, e parcerias com organizações não governamentais. Estas abordagens buscam complementar os serviços oferecidos nos sites fixos e clínicas móveis, criando uma rede de suporte mais abrangente.

Unidades APTO: Os modelos de serviços integrados da unidade APTO, fornecem um modelo de “paragem única” para HIV, Hepatites virais, ITS e TB, visando facilitar o acesso e a continuidade dos cuidados. A estrutura da unidade APTO está projectada para oferecer um atendimento completo, desde uma janela para a dispensa de TSO, uma porta para consultas clínicas gerais e uma outra porta para apoio psicossocial. Esta abordagem integrada e centralizada, assegura que os utentes recebam todos os cuidados necessários em um único local, promovendo uma gestão mais eficaz da saúde e melhorando os resultados dos tratamentos. Devendo estar obrigatoriamente integrado dentro de uma unidade sanitária para a disponibilização de outros serviços relevantes e indispensáveis.

Serviços em Penitenciárias ou Outros Locais Fechados (Esquadras): É fundamental oferecer serviços de redução de danos em contextos de encarceramento, em colaboração com o Serviço Nacional Penitenciário (SERNAP) e outras entidades, para assegurar a continuidade dos cuidados e acesso a serviços de saúde integrados, abordando as especificidades e necessidades destas populações.

A tabela a seguir delinea os pacotes mínimos de serviços para redução de danos que devem ser fornecidos por cada unidade interveniente.

Tabela 31 - Pacote Mínimo para Serviços de RD

SERVIÇO	CCPUD	CLÍNICA APTO	CLÍNICA MÓVEL DE RD	UNIDADE SANITÁRIA
Aconselhamento Geral	✓	✓	✓	✓
Aconselhamento, Testagem-HIV e Diagnóstico de ITS	✓	✓	✓	✓
Tratamento de HIV	✓	✓	✗	✓
Rastreio de TB	✓	✓	✓	✓
Tratamento de TB	✗	✓	✗	✓
Diagnóstico de Hepatites B e C	✓	✓	✓	✓
Tratamento de Hepatites	✗	✓	✗	✓
Disponibilização PrEP e PPE	✓	✓	✓	✓
Disponibilização de seringas	✓	✗	✓	✗
Distribuição de Naloxona	✓	✓	✓	✓
Tratamento de Dependências	✗	✓	✓	✓
Campanhas e programas educativos	✓	✗	✗	✗
Grupo de Pares	✓	✓	✓	✓
Serviços de Saúde Mental	✓	✓	✗	✓

Para mais informações sobre Redução de Danos, consulte: Guia Técnico de Redução de Danos para a Prevenção do HIV em PID, Ministério da Saúde (2024).

CAPÍTULO 8

CIRCUNCISÃO MASCULINA MÉDICA VOLUNTÁRIA (CMMV)

A Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV) refere-se à remoção cirúrgica da pele que cobre a glândula do pênis - o prepúcio. Deve ser realizada por escolha voluntária e em um ambiente médico e seguro.

Estudos científicos mostraram que a CMMV pode reduzir o risco de um homem contrair o HIV através de relações sexuais vaginais com uma mulher HIV-positiva em aproximadamente 60% (Yanxiao G, Yuewei Z, Yinghui S, et al., 2024; Gray RH, Kigozi G, Serwadda D, et al., 2007). O argumento científico básico para a influência da circuncisão masculina médica na redução da transmissão do HIV, é que este efeito protector ocorre devido a remoção do prepúcio, o que elimina as células-alvo do HIV e, consequentemente, reduz o ambiente que pode facilitar a penetração do vírus.

A CMMV não apenas protege o indivíduo circuncidado, mas também pode contribuir para a redução da transmissão do HIV ao nível populacional. Para além de prevenir o HIV, a CMMV também protege contra a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), o causador do cancro do pênis no homem, e do cancro do colo do útero na mulher. No país, a circuncisão masculina médica voluntária é oferecida em US seleccionadas, como parte da estratégia de prevenção combinada do HIV.

A CMMV reduz significativamente o risco dos homens contraírem o HIV através de relações heterossexuais. No entanto, ela não proporciona uma protecção completa contra o HIV. Considerando que a CMMV oferece apenas uma protecção parcial contra a infecção do HIV, é essencial oferecer educação abrangente sobre o HIV e práticas sexuais seguras, para complementar os benefícios da circuncisão masculina com outras medidas preventivas.

8.1 Critérios de Elegibilidade para a Circuncisão Masculina Médica Voluntária

A oferta de serviços de CMMV obedece aos seguintes critérios de elegibilidade para assegurar que o procedimento seja executado em segurança e que a fase de convalescença decorra com normalidade.

Tabela 32 - Critérios de Elegibilidade para acesso á CMMV

Critérios	Justificativa
Possuir mínimo de 15 anos de idade*	A CMMV realizada com recurso à técnica cirúrgica é mais segura a partir dos 15 anos.
Termo de consentimento informado	Sendo a CMMV uma pequena cirurgia, o termo de consentimento é indispensável. Para utentes menores de 18 anos, este deve ser assegurado pelos pais ou cuidadores.
Se o utente for HIV positivo, deverá estar em TARV há pelo menos três meses consecutivos no dia da circuncisão.	A redução da carga viral no utente HIV positivo contribui para uma convalescença segura. No entanto, a realização da circuncisão não altera o sero-estado do utente e o indivíduo circuncidado ainda pode transmitir o HIV.

*Nota: A CMMV pode ser oferecida em rapazes até a idade mínima de 13 anos, desde que seja realizada usando um dispositivo específico para o efeito, tal como o ShangRing.

A CMMV é oferecida na forma de um pacote mínimo e incorpora outros serviços que contribuem para a prevenção do HIV para além do procedimento em si. As componentes do pacote mínimo incluem: educação sobre saúde sexual e reprodutiva (SSR), aconselhamento e testagem para o HIV, aconselhamento pré-operatório, a pequena cirurgia e cuidados pós-operatórios.

A tabela abaixo resume o pacote mínimo dos serviços oferecidos conjuntamente com a circuncisão masculina.

Tabela 33 - Pacote Mínimo de Serviços a serem oferecidos com a CMMV

Componentes do pacote mínimo	Foco da intervenção	Etapa em que se oferece
Educação sobre saúde sexual e reprodutiva	Discussão sobre riscos inerentes à SSR	Pré-operatório
Aconselhamento sobre a CMMV	Conhecimento geral sobre a CMMV e cuidados pessoais	Pré-operatório
Aconselhamento e testagem de HIV	Conhecimento sobre sero-estado de HIV	Pré-operatório
Pequena cirurgia	Execução da circuncisão	Intra-operatório
Cuidados pós-operatórios	Evitar complicações pós-operatórias e promover boa convalescença	Intra e pós-operatório imediato

Nota: estão disponíveis mais detalhes sobre o pacote mínimo oferecido no âmbito da CMMV nos documentos estratégicos do programa.

Existem, no entanto, algumas contra-indicações a serem observadas na oferta da CMMV em relação às quais, o provedor da circuncisão deverá proceder à referência dos casos diagnosticados. Tipicamente, todos os casos contra-indicados à CMMV deverão ser referidos a um nível mais especializado para uma melhor assistência médica, caso o provedor não possua competência adequada para resolver o problema localmente. Portanto, as contra-indicações gerais incluem:

- a) ITS de qualquer tipo: o utente deverá ser solicitado a retornar à CMMV após o tratamento;
- b) Doença inflamatória do pénis e/ou prepúcio;
- c) Anomalias genitais: fimose, parafimose, hipospádia e epispádia.

8.2 Modelos e Fluxo de Oferta de Serviços de CMMV

A provisão dos serviços de CMMV ocorre em infra-estrutura específica e obedece a um fluxo previamente determinado pelo programa. Quanto à infra-estrutura, a CMMV é oferecida em três tipos de unidades de CMMV que funcionam de forma integrada nas US do SNS, nomeadamente: unidades fixas, temporárias e móveis.

As unidades fixas funcionam permanentemente nas US onde são alocadas, as temporárias são activadas em locais onde haja demanda pelos serviços, e as móveis (que funcionam recorrendo-se à blocos operatórios instalados em camiões), são usadas para levar a CMMV para locais distantes das US a fim de melhorar o acesso dos utentes aos serviços. A circuncisão masculina médica voluntária está disponível em US seleccionadas nos níveis primário, secundário e, por vezes, terciário do SNS.

O fluxo de provisão de serviços da CMMV consiste na observância de normas estabelecidas para a equipa e o utente que se beneficia dos serviços e visa assegurar que o processo decorre com normalidade. O utente da CMMV é atendido em regime ambulatorio e o fluxo compreende cinco etapas resumidas na tabela seguinte:

Tabela 34 - Fluxo para Oferta de serviços de CMMV

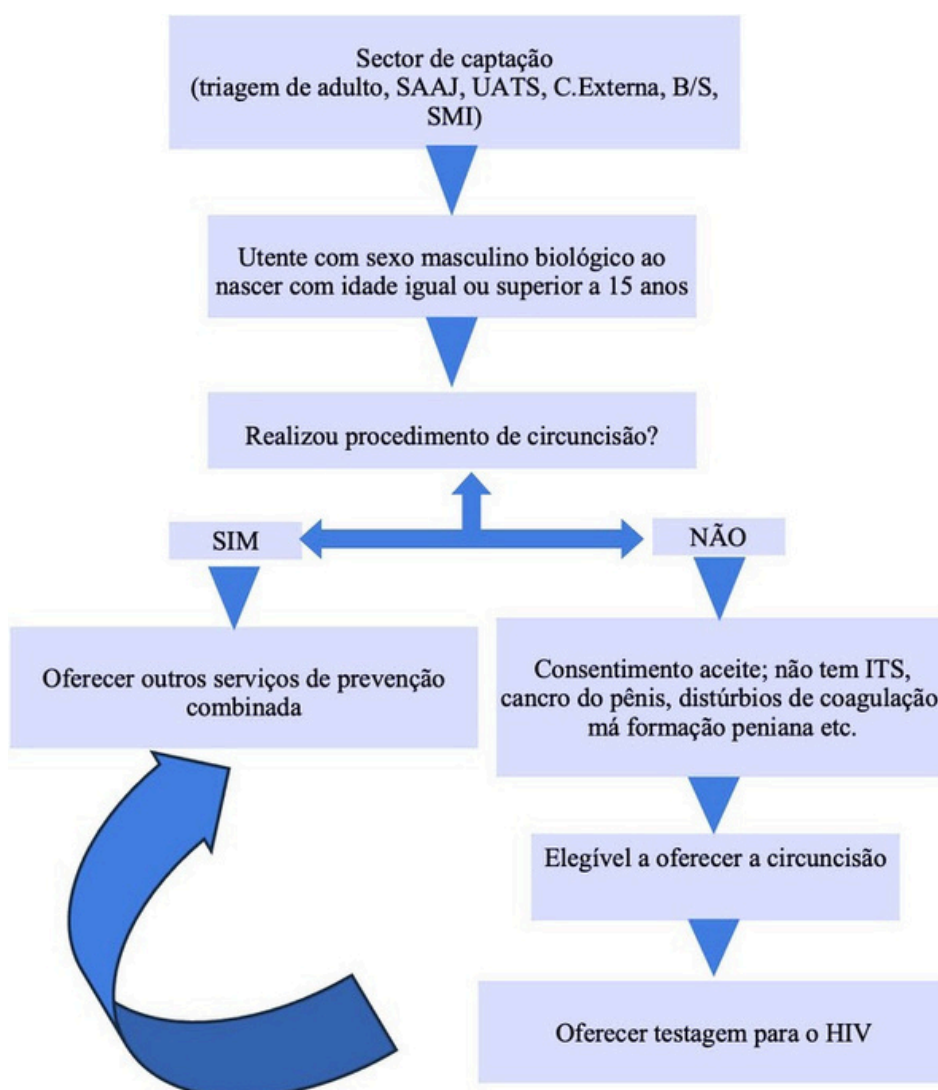
Etapas	Momento da intervenção	Foco dos cuidados
Aconselhamento pré-operatório	Oferecido no dia em que a circuncisão é realizada	N/A
Aconselhamento pós-operatório	Oferecido no dia da circuncisão e nas visitas subsequentes	N/A
1ª visita pós-operatória	48 horas pós-operatório	- Avaliação do estado geral; - Cuidados à ferida; - Manejo da dor, se necessário; - Aconselhamento sobre cuidados a ter com a ferida.
2ª visita pós-operatória	7 dias após a pequena cirurgia	- Avaliação do estado geral; - Cuidados à ferida; - Manejo da dor, se necessário; - Aconselhamento sobre cuidados a ter com a ferida.
3ª visita pós-operatória	6 semanas após a pequena cirurgia	Avaliar a cura da ferida e dar alta.

8.3 Captação e Geração de Demanda para CMMV

A CMMV é um dos serviços oferecidos no conjunto das intervenções empregues para o combate ao HIV. Como tal, a US participa na captação e criação de demanda de jovens e homens em várias portas de entrada que em seguida alimentam o programa, este, por sua vez, também refere utentes às outras portas de entrada, criando-se assim sinergias na oferta dos serviços de saúde em geral. A figura 36, indica o fluxo e as portas relevantes para a captação e criação de demanda para o programa de CMMV.

A US participa igualmente do processo geral de geração de demanda na comunidade em coordenação com as equipas dos serviços de ligação entre a US e a comunidade. Tipicamente, as actividades de geração de demanda são coordenadas pela equipa de comunicação e engajamento comunitário da direcção de saúde de tutela, e incluem intervenções que implicam e envolvem colaboração com líderes e agentes comunitários, uso de estações de radiodifusão e televisão, campanhas de comunicação, diálogo com escolas e instituições de ensino, empresas e outros aglomerados populacionais como é o caso dos mercados formais e informais.

Figura 31 - Diagrama do fluxo e portas relevantes para CMMV



CAPÍTULO 9

INSUMOS DE PREVENÇÃO

A prevenção do HIV exige uma abordagem multifacetada, que incorpora diversas estratégias e insumos para garantir a eficácia e abrangência das intervenções. Os insumos para a prevenção do HIV incluem preservativos, lubrificantes, seringas e agulhas esterilizadas, medicamentos antirretrovirais para profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PPE), além de testes rápidos para o diagnóstico do HIV. Estas componentes são fundamentais para a implementação das actividades de prevenção combinada biomédica, que integram diferentes métodos para maximizar a protecção contra a transmissão do HIV.

A importância desses insumos para a prevenção combinada biomédica reside na sua capacidade de oferecer múltiplas camadas de protecção, adaptando-se às necessidades específicas das diferentes populações e contextos. A disponibilidade e o acesso aos referidos insumos são factores determinantes para o sucesso das estratégias de prevenção combinada biomédica do HIV.

Tabela 35 - Insumos Necessários para Intervenções de Prevenção Combinada Biomédica

Intervenção	Insumo
Acções de prevenção e diagnóstico	■ Kit de Teste Rápido ■ Auto-Teste ■ Preservativos masculinos e femininos ■ Lubrificantes
Testagem para HIV, sífilis e Hepatites virais B e C	■ Kit de Teste Rápido para HIV, sífilis, hepatites ■ Cronómetro ou relógio ■ Recipiente de descarte de material biológico ■ Lanceta capaz de produzir uma gota de 50µl de sangue total ■ Micropipeta capaz de fornecer 50µl de sangue total ■ Curativos/Algodão ■ Álcool ■ Compressas de gaze estéreis ■ Luvas ■ Batas ■ Máscaras ■ Materiais para coleta de sangue, urina, secreção vaginal, anal e coleta de biópsia
Imunização para HPV e Hepatite B, Profilaxia pós-exposição ao HIV	■ Vacina ■ Kit de Teste Rápido ■ Preservativos masculinos e femininos ■ Lubrificantes

Prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e Hepatite B	■ Kit de Teste Rápido ■ Vacina ■ Preservativos masculinos e femininos ■ Lubrificantes ■ ARV e outros medicamentos essenciais
Profilaxia pré-exposição	■ Kit de Teste Rápido ■ Auto-teste ■ Preservativos masculinos e femininos ■ Lubrificantes ■ ARV
Redução de Danos	■ Kits de Teste Rápido ■ Kit de Parafarnálias (Seringas de espaço morto - seringas com espaço menor para reter sangue, "cookers" ou panelas, água esterilizada, compressas com álcool, filtros) ■ Preservativos masculinos e femininos ■ Lubrificantes ■ Metadona ■ Naloxona ■ ARV
Circuncisão Masculina	■ Kit cirúrgico ■ Kit de consumíveis ■ Kit de aconselhamento e testagem de HIV ■ Analgésicos e antibióticos

A seguir uma descrição de alguns dos insumos supracitados.

9.1 Preservativos

O uso correcto e consistente do preservativo protege da transmissão de ITS incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as Hepatites. Os preservativos também protegem contra outras infecções sexualmente transmissíveis, como as causadas pelos vírus Zika e Ébola, e previnem a gravidez. O uso correcto e consistente do preservativo de látex pode reduzir o risco de transmissão de doenças e gravidez, mas não fornece protecção absoluta.

- **Preservativo Masculino (preservativo externo)** - é uma capa de borracha (látex) que é colocado sobre o pénis e pode ser usado tanto na relação sexual pénis-vagina, como na relação sexual pénis-ânus.
- **Preservativo Feminino (preservativo interno)** - Pode ser feito de látex, nitrilo ou poliuretano e tem em torno de 15 centímetros de comprimento e dois anéis flexíveis em suas extremidades: um fechado, que deve ser introduzido na vagina ou ânus, e outro aberto na parte de fora que impede que ele seja empurrado para dentro. Portanto, pode ser usado tanto na relação sexual pénis-vagina, como na relação sexual pénis-ânus. Isso significa que ele pode ser usado tanto em mulheres quanto em homens. Pode ser colocada na vagina até 8 horas antes do sexo, mas preferencialmente deve ser inserido até 20 minutos antes para que os anéis fiquem bem firmes nas paredes vaginais.
- **Preservativos orais**⁵ - também chamadas de barreiras orais - são folhas de látex ou poliuretano usadas entre a boca e a vagina ou entre a boca e o ânus durante o sexo oral.

⁵ [Cómo usar una barrera bucal](#) | [Condom Use](#) | [CDC](#)

9.1.1. Guia passo a passo para usar preservativos correctamente

Preservativo Masculino



Preservativo Feminino



9.2 Lubrificante

O gel lubrificante a base de água pode ser utilizado juntamente com o preservativo e actua na prevenção do HIV e outras ITS, pois, diminui o atrito e a possibilidade de criar micro lesões nas mucosas genitais e anais, que são portas de entrada para o HIV e outros agentes que causam outras ITS.

9.3 Testes Rápidos

Determine™ HIV-1/2 O Determine é um teste rápido imunocromatográfico de fluxo lateral para a detecção qualitativa de anticorpos contra o HIV-1 e HIV-2 em sangue total, soro ou plasma. Ele é amplamente utilizado em ambientes de triagem devido à sua rapidez, precisão e simplicidade. O teste Determine é baseado na detecção de anticorpos anti-HIV presentes no sangue, soro ou plasma. Quando a amostra é aplicada à área de amostra do dispositivo, ela se move por capilaridade ao longo da membrana. Se os anticorpos anti-HIV estiverem presentes, eles vão ligar-se aos antígenos específicos para o HIV na área de teste, formando uma linha colorida.

Procedimento:

1. Uma gota de sangue total obtida por punção digital é colocada na área de amostra do dispositivo;
2. Adiciona-se uma ou duas gotas de solução tampão fornecida com o teste;
3. Aguarda-se entre 15 e 20 minutos para a leitura do resultado .

Antes da utilização do kit é necessário avaliar se está ou não dentro dos padrões estabelecidos pelo fabricante.

O kit do Determine contém:

1. 100 Dispositivos de Teste (embalados individualmente);
2. 100 Pipetas descartáveis para colecta e transferência de amostra por punção digital para uso com sangue total;
3. 1 vidro de solução reagente – Buffer;
4. 100 lancetas.

Unigold™ HIV

O Unigold é um teste rápido destinado à detecção de anticorpos contra o HIV, imunocromatográfico de fluxo lateral.

Procedimento

1. Requer uma pequena amostra de sangue total (geralmente colhida por punção digital) ou soro/plasma.
2. Adiciona-se duas gotas de reagente 10 minutos.

O kit do Unigold contém:

1. Caixa com 20 Dispositivos de Teste embalados individualmente;
2. 1 vidro de Solução reagente – Buffer;
3. 20 Pipetas descartáveis para coleta e transferência de amostra por punção digital para uso com sangue total;
4. Folheto de Instruções.

9.4 Auto-Teste para o HIV

O auto-teste de fluído oral é uma maneira privada e segura para saber o sero-estado para o HIV. O auto-teste utilizado em Moçambique é o OraQuick HIV Self-Test, um teste de diagnóstico in vitro para HIV (HIV-1 e HIV-2) que usa fluido oral para verificar anticorpos para HIV. O teste foi projectado para permitir que qualquer pessoa colha a sua própria amostra de fluido oral, esfregando suas gengivas superior e inferior com o cotonete que faz parte do kit do teste. Após colectar a amostra, o cotonete é inserido no frasco do kit que contém uma solução reveladora. O resultado é revelado em 20 minutos.

Um resultado positivo com o teste Oraquick não significa que a pessoa seja considerada definitivamente infectada com HIV, mas sim que testes adicionais devem ser feitos para confirmar o resultado do teste, seja na comunidade ou na Unidade Sanitária. Além disso, um resultado de auto-teste negativo não significa que um indivíduo definitivamente não está infectado com HIV, principalmente quando a exposição pode ter ocorrido nos três meses anteriores. Da mesma forma, a pessoa deve obter um teste confirmatório com um provedor apropriado. Um provedor de saúde também pode dar assistência para a realização do auto-testes do HIV.

O kit do auto-teste Oraquick inclui:

1. Dispositivo de teste para uso único, individualmente embalados;
2. Tubo de 1 mL de líquido;
3. Saco de descarte;
4. Folheto informativo com instruções.

Duo Teste

Alere HIV/Syphilis Duo é um teste rápido combinado que permite a detecção simultânea de anticorpos contra o HIV (HIV-1 e HIV-2) e a sífilis (*Treponema pallidum*) em uma única amostra. O Alere Duo é um teste imunocromatográfico que detecta anticorpos contra o vírus HIV-1/2 e *Treponema pallidum* em amostras de sangue total (punção digital ou venosa), soro ou plasma. O teste é baseado na reacção entre anticorpos presentes na amostra e antígenos específicos imobilizados na membrana de nitrocelulose da tira de teste.

Procedimento

1. Abre a bolsa do teste e verifique o dessecante, se for verde utilize o teste.
2. Colher a gota de sangue até a linha preta marcada na pipeta.
3. Três gotas de diluente ao poço para a amostra (marcado com S).
4. Leia o resultado dentro de 15 a 20 minutos após adicionar o diluente.

O kit do Alere HIV/Syphilis Duo contém:

- 1.25 Dispositivos de teste (embalado individualmente com um dessecante);
2. Um frasco de 4 mL de Diluente de ensaio (buffer);
- 3.25 Pipetas descartáveis para coleta de amostras;
- 4.25 Lancetas descartáveis, esterilizadas;
5. Folheto de instruções.

9.5 Teste para Sífilis

O Abbott Bioline™ Syphilis é um teste rápido imunocromatográfico de fase sólida para a detecção qualitativa de anticorpos de todos os isotipos (IgG, IgM, IgA)⁶ contra o *Treponema pallidum* em amostras de sangue total (obtido por punção digital ou venosa), soro ou plasma. A membrana do dispositivo do teste é revestida com antígenos recombinantes do *Treponema pallidum*, que capturam os anticorpos específicos presentes na amostra. Os resultados são fornecidos em 10 a 20 minutos.

O kit do Abbott Bioline™ Syphilis contém:

1. Dispositivos de teste embalados individualmente;
2. Pipetas descartáveis para coleta de amostras;
3. Solução tampão (buffer) para facilitar a reação;
4. Instruções detalhadas para uso.

9.6 Teste para Hepatite B

Determine™ HBsAg2 é um teste de imunoensaio qualitativo, de leitura visual, in vitro, para a detecção do Antígeno de Superfície da Hepatite B (HBsAg) em sangue total capilar e venoso humano, plasma ou soro. O teste é destinado a auxiliar no diagnóstico da infecção por VHB por meio da detecção de HBsAg de indivíduos infectados. O teste não se destina à triagem de doadores de sangue.

O kit do Determine™ HBsAg2 contém:

- 1.100 Dispositivos de teste embalados individualmente;
- 2.100 Pipetas descartáveis para coleta e transferência de amostra por punção digital para uso com sangue total;
3. Um vidro de Solução reagente – Buffer;
- 4.100 lancetas.

9.7 Material para Redução de Danos (Parafernália)

Disponibilizar vários tipos de seringas e agulhas assim como os demais equipamentos utilizados para uma injeção segura, incluindo “cookers” ou panelas (recipiente de preparação para injeção), água esterilizada, compressas com álcool e filtros.

⁶Denominamos de isotipos as diferentes classes de moléculas do anticorpo. Essas classes são denominadas de IgA, IgD, IgE, IgG e IgM, sendo o IgG o mais comum no plasma.

Considerações para implementação:

- Oferecer (após auscultação) seringas de espaço morto (seringas com espaço menor para reter sangue, e assim reduzir o risco de transmissão), juntamente com informações sobre a sua vantagem preventiva em relação às seringas convencionais. Estabelecer sistemas para o
- descarte seguro de equipamentos de injeção, incluindo a distribuição de recipientes descartáveis resistentes a furos (caixas incineradoras), assim como a colaboração com os parceiros comunitários e os educadores de pares na recolha de seringas e agulhas usadas. Considerar modelos diferenciados de serviços: US, centros comunitários, comunidade por
- educadores de pares, brigadas/clínicas móveis e penitenciárias.

9.8 Vacina

Hepatite B - a vacina contra Hepatite B é recomendada para pessoas de todas as faixas etárias, e é especialmente indicada para mulheres grávidas não vacinadas. Além disso, a vacina contra Hepatite B faz parte da rotina de vacinação das crianças, devendo ser aplicada, de preferência, nas primeiras 12 a 24 horas após o nascimento, para prevenir Hepatite crônica (forma que acomete 90% dos bebês contaminados ao nascer). Esta vacinação é essencial para os provedores de saúde, tripulantes de aeronaves, bombeiros, policiais e militares. Nesses casos, além de proteger a própria saúde, a vacinação previne a transmissão do vírus aos utentes e aos colegas de trabalho. Mais informações foram desenvolvidas no capítulo das Hepatites B e C deste Guião.

HPV - o Governo moçambicano oferece a vacina HPV gratuitamente a todas as meninas que completam 9 anos. A vacina é oferecida em todas as unidades sanitárias e brigadas móveis que visitam as escolas e comunidades. Além disso, recomenda-se que anualmente, todas as mulheres a partir dos 25 anos realizem o exame ginecológico de Papanicolaou nas US.

9.9 Equipamentos de Protecção Individual - EPI

Os profissionais de saúde que realizam exames de ITS devem usar materiais de EPI para garantir sua segurança e prevenir a propagação de infecções.

EPI essenciais:

- **Luvas:** protegem as mãos durante a coleta de amostras e durante a realização de exames.
- **Batas:** protegem a roupa e a pele contra a exposição a fluidos corporais e outros materiais infecciosos.
- **Máscaras ou respiradores:** protegem o nariz e a boca de gotículas respiratórias que podem conter microrganismos infecciosos.
- **Óculos de segurança ou protectores faciais:** protegem os olhos contra respingos ou gotículas que podem conter microrganismos infecciosos.

É importante lembrar que todos os EPI devem ser usados corretamente e descartados de maneira adequada após o uso, para evitar a propagação de infecções. A capacitação em boas práticas e biossegurança é fundamental para garantir a segurança do profissional de saúde e do utente.

CAPÍTULO 10

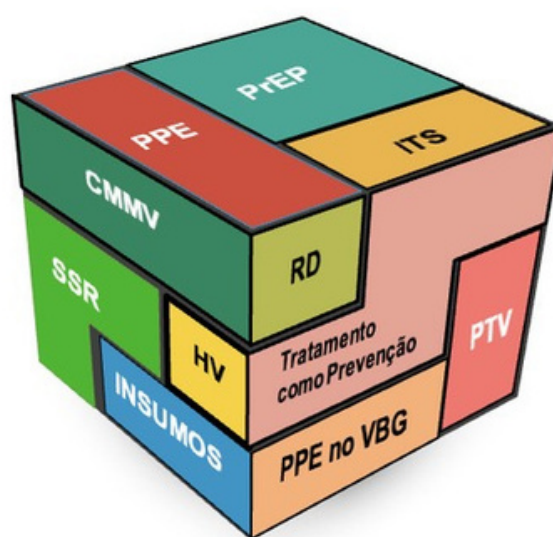
CUBOS DA PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA POR GRUPOS DE POPULAÇÃO

Os Cubos de Prevenção Combinada Biomédica foram criados como recursos visuais para auxiliar os provedores de saúde na compreensão do conceito da prevenção combinada integrada e centrada na pessoa. A abordagem dos cubos de prevenção tem como objectivo, não perder a oportunidade para a oferta de serviços de prevenção.

Ao terem acesso aos cubos de prevenção, os provedores de saúde poderão ter uma visão integrada do pacote de intervenções de prevenção, que devem ser oferecidos para cada uma das diferentes populações. Todas as acções são centradas nas necessidades de cada pessoa e devem ser oferecidas aos utentes em qualquer porta de entrada nas unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Os detalhes sobre como desenvolver um atendimento direccionado à cada população poderão ser encontrados no Manual de Formação do Formador em Serviço e no Caderno do Participante da Formação em Serviço da Formação em Prevenção Combinada Biomédica para ITS, HIV e Hepatites Virais.

Figura 32 – Cubo da Prevenção Combinada Biomédica



10.1 Grupos Populacionais dos Cubos de Prevenção Combinada Biomédica

10.1.1 Cubo de Prevenção Combinada Biomédica para Mulheres

Serviços oferecidos às mulheres no âmbito da Prevenção Combinada Biomédica:

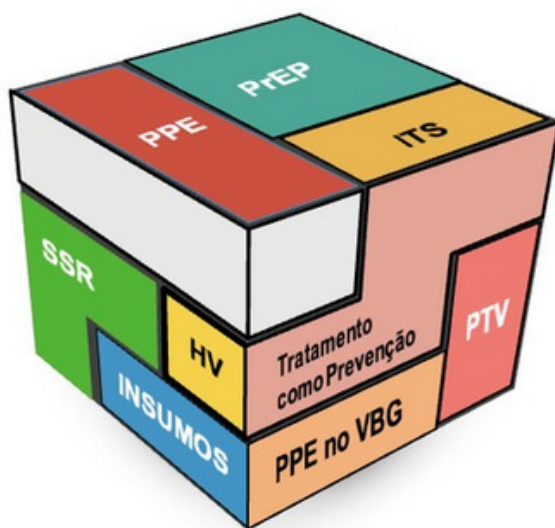


Figura 33- Cubo Prevenção Combinada Biomédica para as Mulheres

População específica	Intervenção
Mulheres População Geral ⁷	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV anual ou de acordo com a avaliação de risco); Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); Rastreio de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de CACUM; Rastreio de VBG.

Mulheres Grávidas/ Lactantes	ATS: Testagem e retestagem para HIV e sífilis; Testagem para HIV de parceiros sexuais; Retestagem para HIV durante o aleitamento. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativos, serviços pós-VBG). Outros serviços de SMI/SSR/ITS/Hepatite B: Oferta de cuidados de SMI; Oferta de PTV para casos com HIV; Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de Hepatite B e ligação aos cuidados; Vacina contra Hepatite B para MG/ML elegíveis; Rastreio de VBG.
Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens	ATS: Testagem de HIV anual (de acordo com avaliação do risco); Testagem para HIV de parceiros sexuais; Auto-Teste do HIV de acordo com critérios de elegibilidade; Ligação ao TARV para utentes com resultado positivo. PrEP: Oferta de PrEP de acordo com critérios de elegibilidade; Dispensa semestral com testagem trimestral; Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); Rastreio de Hepatites. Outros serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio para CACUM em RAMJ em TARV; Encaminhamento para vacinação contra HPV; Serviços de SSR; Cuidados de SMI.
RAMJ Grávidas/ Lactantes	ATS: Testagem e retestagem durante gravidez para HIV e sífilis durante a gravidez; Testagem para HIV de parceiros sexuais; Retestagem para HIV durante o aleitamento. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativos, serviços pós-VBG). Outros serviços de SMI/SSR/ITS/Hepatite B: Oferta de cuidados de SMI; Oferta de PTV para casos com HIV; Exame genital/perianal anual (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de Hepatite B e ligação aos cuidados; Vacina contra Hepatite B para MG/ML elegíveis.

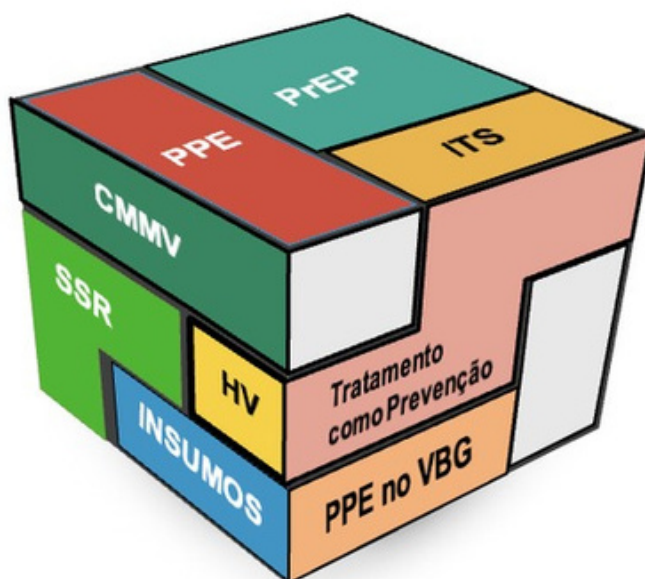
Mulheres Trabalhadoras de Sexo ⁸	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou de acordo com a avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positiva. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); Rastreio de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de CACUM.
Mulheres Trabalhadoras de Sexo Grávidas/ Lactantes	ATS: Testagem e retestagem durante gravidez para HIV e sífilis durante a gravidez; Testagem para HIV de parceiros sexuais; Retestagem para HIV durante o aleitamento. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativos, serviços pós-VBG). Outros serviços de SMI/SSR/ITS/Hepatite B: Oferta de cuidados de SMI; Oferta de PTV para casos com HIV; Exame genital/perianal anual (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de Hepatite B e ligação aos cuidados; Vacina contra Hepatite B para MG/ML elegíveis.

⁸ O rastreio para identificação das Mulheres Trabalhadoras de Sexo tem por único objectivo providenciar serviços amigáveis de prevenção combinada biomédica que estejam adequados à realidade desta população. Esta identificação precisa ser livre de estigma e discriminação sendo, desta forma, a base de acções voltadas às populações chave.

10.1.2 Cubo de Prevenção Combinada para Homens

Serviços oferecidos aos homens no âmbito da Prevenção Combinada Biomédica:

Figura 34 - Cubo Prevenção Combinada Biomédica para os Homens



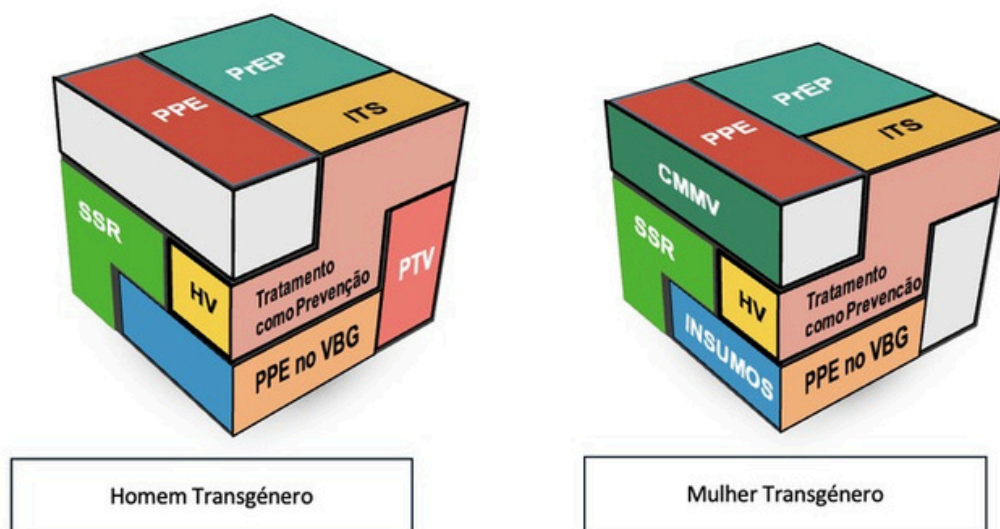
População específica	Intervenção
Adolescentes, Homens Jovens e Adultos	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV anual ou de acordo com a avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreo de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreo, diagnóstico e tratamento de ITS).
Outros homens vulneráveis (mineiros, camionistas de longo curso, trabalhadores migrantes, deslocados, clientes de TS, parceiros sexuais de população chave, militares)	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV de acordo com o grupo populacional ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreo de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreo, diagnóstico e tratamento de ITS).

Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreo de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreo, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreo de VBG.
Homens Trabalhadores de Sexo	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreo de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreo, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreo de VBG.

10.1.3 Cubo de Prevenção Combinada para Pessoas Transgénero⁹

Serviços oferecidos as pessoas transgéneras no âmbito da Prevenção Combinada Biomédica:

Figura 35 - Cubos Prevenção Combinada Biomédica para Pessoas Transgénero



População específica	Intervenção
Mulheres Transgénero	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreio de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de VBG; Rastreio de uso de hormonas e aconselhamento sobre o seu uso e interações medicamentosas.

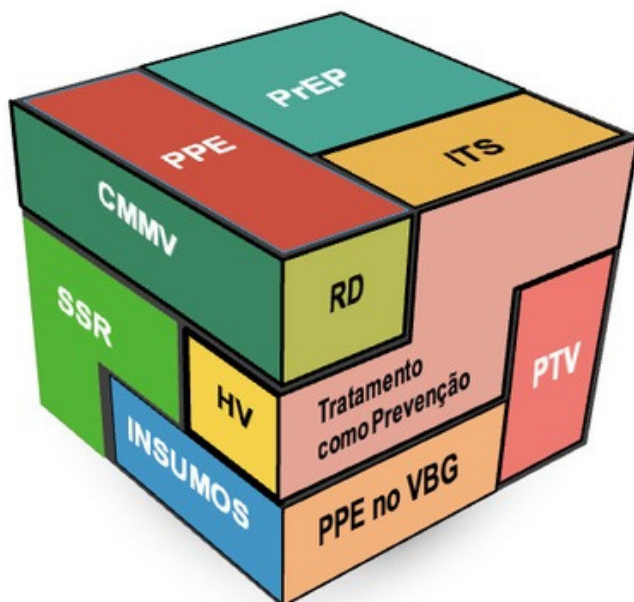
⁹ O rastreio para identificação das Mulheres e Homens Transgénero tem por único objectivo providenciar serviços amigáveis de prevenção combinada biomédica que estejam adequados à realidade desta população. Esta identificação precisa ser livre de estigma e discriminação sendo, desta forma, a base de acções voltadas às populações chave

Homens Transgénero	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); Rastreio de Hepatites. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de VBG; Rastreio de uso de hormonas e aconselhamento sobre o seu uso e interações medicamentosas.
----------------------------------	---

10.1.4 Cubo de Prevenção Combinada para Reclusos e Pessoas em Ambientes Fechados¹⁰

Serviços oferecidos aos reclusos e pessoas em ambientes fechados no âmbito da Prevenção Combinada Biomédica

Figura 36 - Cubo da Prevenção Combinada Biomédica para Reclusos e Pessoas em ambientes fechados:

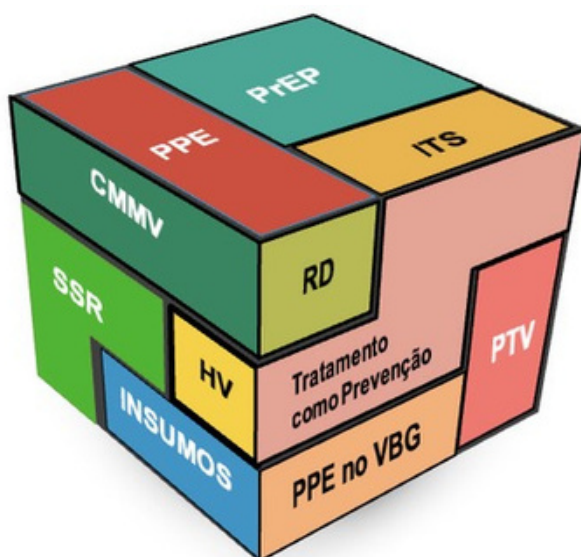


População específica	Intervenção
Reclusos e pessoas em ambientes fechados	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. MG/ML retestagem de HIV e sífilis. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreio de Hepatites; PTV, Redução de danos para PID. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de VBG; Oferta de cuidados de SMI.

¹⁰A oferta para Mulheres Geral e Mulheres Grávidas devem ser a referência para os serviços que devem ser oferecidos às Mulheres reclusas. Da mesma forma, as intervenções oferecidas para os Homens devem ser garantidas aos Homens reclusos.

10.1.5 Cubo da Prevenção Combinada para Pessoas que Injectam Drogas 1 1

Figura 37 - Cubo da Prevenção Combinada Biomédica para PID



População específica	Intervenção
Pessoas que Injectam Drogas (PID)	ATS: Auto-Teste de HIV; Testagem de HIV semestral ou avaliação de risco; Ligação ao TARV para HIV positivo. MG/ML retestagem de HIV e sífilis. PrEP: Oferta de PrEP; Dispensa semestral com testagem trimestral, Ligação imediata ao TARV em caso de seroconversão. PPE: Profilaxia Pós-Exposição (ruptura de preservativo, serviços pós-VBG). Outros Serviços de Prevenção: Redução de danos; Oferta de preservativos masculinos, femininos e lubrificantes (com demonstração de uso); CMMV; Rastreio de Hepatites, vacina contra Hepatite B; PTV. Outros Serviços SSR: Exame genital/perianal (rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS); Rastreio de VBG; Oferta de cuidados de SMI.

Ø rastreio para identificação das Pessoas que Injectam Drogas, tem por único objectivo providenciar serviços amigáveis de prevenção combinada biomédica que estejam adequados à realidade desta população. Esta identificação precisa ser livre de estigma e discriminação sendo, desta forma, a base das acções voltadas às populações chave.

Podemos observar na Tabela a seguir, de modo mais didático, as intervenções de prevenção combinada biomédica que podem ser ofertadas para utentes HIV seropositivos e seronegativos.

Tabela 36 - Intervenções de Prevenção Combinada Biomédica para Utentes HIV positivos e Negativos

PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA		
Sim  Não 		
SERVIÇOS	SERONEGATIVO	SEROPOSITIVO
Demonstração do uso correcto e oferta de preservativos feminino, masculino e lubrificantes		
Oferta de Exame Genital/ Perianal anual, rastreio e tratamento de ITS		
Rastreio, diagnóstico e tratamento de sífilis		
Teste para gonorreia		
Oferta de duo teste de HIV e sífilis para mulheres grávidas		
Vacina de hepatites B		
Rastreio de hepatites B e C para grávidas e lactantes		
Oferta de serviços de PPE para casos de VBG		
Serviços de ligação para cuidados e tratamento do HIV		
Serviços nos C&T (supressão viral)		
PPE (Profilaxia Pós-exposição)		
PrEP (Profilaxia Pré-exposição)		
Rastreio e Manejo de CACUM		
Oferta de serviços de SSR		
ATS e auto-teste para HIV		
CMMV com foco em rapazes de 15 a 29 anos		
Oferta da abordagem de caso índice		
Oferta de parafernália		

Ø rastreio para identificação das Pessoas que Injectam Drogas, tem por único objectivo providenciar serviços amigáveis de prevenção combinada biomédica que estejam adequados à realidade desta população. Esta identificação precisa ser livre de estigma e discriminação sendo, desta forma, a base das acções voltadas às populações chave.



OPERACIONALIZAÇÃO DO GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA

A operacionalização deste Guião de Prevenção Combinada Biomédica para Infecções de Transmissão Sexual, HIV e Hepatites Virais requer uma abordagem integrada e coordenada, que envolva vários níveis do sistema de saúde e a participação comunitária. Ademais, para uma execução eficaz deste guião, exigirá um compromisso contínuo de todas as partes envolvidas, adaptação às mudanças, acompanhamento das necessidades epidemiológicas, foco constante na redução de novas infecções e melhoria da qualidade de vida das populações que estão afectadas no país.

O esforço de reunir os principais guiões do país sobre HIV, ITS e Hepatites em um único documento, com as intervenções cuja eficácia para a prevenção dessas doenças está cientificamente comprovada, insere-se na perspectiva da integração das acções para estabelecer serviços de prevenção combinada biomédica que permitam que os indivíduos com ITS curáveis sejam diagnosticados e tratados no mesmo dia e, aqueles com infecções sexualmente transmissíveis crónicas, sejam mantidos em cuidados de longo prazo.

Nesta perspectiva, a meta do Plano Operacional deste Guião é que, os serviços de saúde estejam organizados de modo que as acções de prevenção combinada biomédica para HIV, ITS e Hepatites Virais possam ser acessadas e oferecidas à todos que cheguem nos serviços de saúde.

Passos para a Operacionalização do Guião

1. Planificação Inicial nos níveis Provincial e Distrital

a. Verificação de Necessidades e Recursos nos níveis Provincial e Distrital

- Realizar um exercício colectivo e abrangente com todos os intervenientes (US, profissionais de saúde, parceiros de implementação), identificar locais para discutir dados epidemiológicos sobre a prevalência das ITS, HIV e Hepatites, além de mapear os recursos disponíveis e lacunas.

b. Verificação dos papéis e tarefas de cada interveniente

- A partir da Matriz de Responsabilidades (anexo 1), revisar papéis e responsabilidades com todos os actores envolvidos na operacionalização de acções de prevenção (responsáveis por áreas, pontos focais provinciais e distritais, Unidades Sanitárias, equipas de programas, provedores, parceiros de implementação e OSC).

2. Desenvolvimento

a. Divulgação do Guião da Prevenção Combinada

- Divulgar, por meio de Circular, a existência do Guião e apoiar a implementação.
- Disponibilizar o documento do Guião (físico e virtual).

b. Capacitação de Profissionais de Saúde

Capacitar profissionais de saúde em todos os níveis para implementar as acções de prevenção combinada biomédica, com foco na oferta de serviços e modos de prevenção que estejam de acordo com o estilo de vida do utente, além de uma abordagem livre de estigma e discriminação. Oferecer formação contínua e actualizações sobre novas tecnologias e práticas.

3. Implementação das Intervenções

a. Acesso aos Insumos

- A partir da identificação das necessidades Provinciais e Distritais, assegurar a disponibilidade e distribuição de consumíveis nas Unidades Sanitárias e pontos estratégicos.
- Apoiar os diferentes intervenientes na provisão de serviços e insumos.

b. Testagem e Diagnóstico

- Promover campanhas regulares de testagem para ITS, HIV e Hepatites.
- Fortalecer programas de testagem móvel para alcançar as populações de difícil acesso.

c. Ligação aos Serviços de Prevenção e Seguimento

- Garantir que utentes com diagnóstico negativo para HIV tenham acesso aos serviços de prevenção.

d. Ligação aos Cuidados e Tratamento e Seguimento

- Garantir que utentes diagnosticados com ITS, HIV e Hepatites tenham acesso imediato ao tratamento adequado.
- Implementar e/ou fortalecer estratégias de acompanhamento para monitorar a adesão ao tratamento e a eficácia.

4. Educação e Sensibilização

a. Campanhas de Comunicação

- Desenvolver campanhas de educação pública adaptadas ao contexto local para aumentar a conscientização sobre ITS, HIV e Hepatites, promovendo a prevenção combinada e reduzindo o estigma. Utilizar mídias tradicionais e digitais, além de envolvimento comunitário, para disseminar informações.

5. Monitoria e Avaliação

a. Sistema de Monitoria

- Fortalecer o uso dos instrumentos de registo e reporte de dados nas portas de entrada, com vista a melhorar a qualidade dos dados reportados.
- Realizar supervisão e apoio técnico periódico para melhorar a implementação programática.
- Realizar retroinformação periódica do desempenho dos indicadores e compartilhar resultados com todos os intervenientes.

6. Sustentabilidade e Expansão

a. Recursos e Insumos

- Assegurar a alocação adequada de recursos humanos e insumos para a continuidade das intervenções de prevenção combinada biomédica.

b. Fortalecimento da Capacidade Local

- Fortalecer os programas de mentoria e melhoria de qualidade, para garantir a capacitação das US na gestão e expansão das iniciativas de prevenção combinada biomédica.
- Promover o envolvimento comunitário na implementação e monitoria das intervenções.
- Oferecer formação contínua e actualizações sobre novas tecnologias e práticas.





ANEXO 1 - PAPÉIS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA

Tabela A1 - Matriz de Responsabilidades - Gestão dos Serviços de Prevenção Combinada Biomédica

RESPONSÁVEL	RESPONSABILIDADE
CENTRAL/ RESPONSÁVEL DA ÁREA DE PREVENÇÃO	• Planificar e supervisionar as acções no âmbito de prevenção bem como tomar decisões de intervenção que se imponha no mesmo âmbito: • Adequar as Directrizes, ferramentas e materiais de apoio para a área com base em evidências, na realidade do País e normas internacionais aprovadas pela OMS e ONUSIDA. • Coordenar a recolha e análise de informação estatística e epidemiológica com interesse em saúde. • Coordenar, prover apoio técnico e supervisionar a equipa da área de Prevenção (PF da PrEP, PC, ITS, M&A). • Coordenar e participar na elaboração de políticas para a prevenção das ITS e HIV. • Pesquisar e acompanhar novas abordagens internacionais de sucesso no âmbito da prevenção e estudar sua aplicabilidade ao nível nacional. • Advogar e identificar apoio técnico e financeiro (internacional e nacional) para a área de prevenção. • Formar e liderar o grupo técnico de Prevenção e apoiar na gestão dos subgrupos técnicos de Prevenção (PC ITS e PrEP). • Coordenar, monitorar, e comunicar com os pontos focais provinciais no âmbito da implementação das directrizes e normas das populações-chave, infecções de transmissão sexual e profilaxia pré-exposição e pós-exposição e seus planos anuais de actividades. • Coordenar a ligação e a implementação das actividades com as áreas transversais (VBG, CMMV, PCI, PTV, ATS, CT, CACUM). • Participar nos exercícios de definição de metas para área de prevenção. • Capacitar a equipa multidisciplinar que atende pessoas vivendo com HIV em matérias de Prevenção Combinada. • Prestar apoio técnico periódico às Províncias de modo a garantir uma implementação efectiva das actividades de Prevenção Combinada. • Realizar visitas de supervisão e apoio técnico às Unidades sanitárias. • Participar dos grupos técnicos e actividades de Prevenção do CNCS e outros ministérios. • Participar no grupo técnico de planificação e quantificação de insumos de prevenção.

CENTRAL/ PONTOS FOCAIS DE POPULAÇÃO-CHAVE / PREP/ITS NO PNC ITS E HIV E SIDA (MISAU)	• Coordenar o desenvolvimento de procedimentos, manuais, e materiais técnicos e outros instrumentos nacionais com o CNCS. • Elaborar o plano anual de actividades e relatórios das actividades. • Realizar formações, reuniões e Workshops Nacionais. • Coordenar a comunicação com as Províncias para actualização do plano anual de actividades, directrizes e normas. • Prestar apoio técnico periódico às províncias e fazer seguimento da implementação das actividades. • Identificar os parceiros que apoiam as actividades na Comunidade e nas Unidades Sanitárias ao nível nacional e assegurar a coordenação dos mesmos. • Coordenar o grupo técnico de População-Chave /PrEP/ITS e representar a área em grupos relevantes com o CNCS. • Realizar Reuniões Técnicas Nacional de balanço das actividades. • Advogar para inclusão de intervenções de PC noutros Programas e serviços exemplo: VBG, Saúde Mental, SERNAP, Gabinete de combate às drogas, entre outros. (ponto focal de PC). • Disponibilizar as directrizes, manuais e algoritmos e algoritmos da sua área para as várias unidades sanitárias e actores comunitários. • Monitorar com CMAM ou AIM (Armazem Intermediario de Medicamentos) o ponto de situação dos insumos de prevenção.
PROVINCIAL/ PONTO FOCAL DE PC/PREP/ITS PROGRAMA DE ITS E HIV E SIDA DA PROVÍNCIA	• Elaborar o plano de actividades e relatórios da província junto com seus parceiros. • Planificar no orçamento local a réplica de formações, reprodução de instrumentos de registo e material de apoio. • Realizar formações, reuniões e workshops provinciais. • Garantir que todas as sedes distritais e US tenham os respectivos pontos focais de PC/PrEP/ITS. • Identificar os parceiros que apoiam as actividades na Comunidade e nas Unidades Sanitárias e assegurar a coordenação dos mesmos ao nível provincial. • Coordenar o grupo técnico de PC/PrEP/ITS Provincial. • Coordenar a ligação das actividades comunitárias com CPCS e outros. • Coordenar a ligação e implementação das actividades com as áreas transversais provinciais (VBG, CMMV, PCI, PTV, ATS, CT, CACUM). • Organizar semestralmente ou anualmente uma reunião técnica provincial para o balanço das actividades. • Trabalhar em coordenação com os parceiros de modo a garantir a logística atempada dos instrumentos de M&A e material orientador. • Ser o ponto de ligação activo entre o MISAU e Distrito de modo a garantir a chegada atempada das informações passadas pelo MISAU ao Distrito. • Difundir os termos de referência do ponto focal de PC/PrEP/ITS aos distritos. • Fazer a supervisão e apoio técnico periódico aos distritos. Garantir a implementação das formações de PC/PrEP/ITS. • Monitorar com DPM ou AIM (Armazém Intermediario de Medicamentos) o ponto de situação dos insumos de prevenção.

DISTRITAL/ PONTO FOCAL DE PC/PrEP/ITS PROGRAMA DE ITS E HIV E SIDA DO DISTRITO	• Coordenar, dar apoio técnico e supervisionar a equipa Distrital da área de Prevenção (PF da PrEP, PC, ITS, M&A). • Coordenar a ligação e implementação das actividades com as áreas transversais Distritais (VBG, CMMV, PCI, PTV, ATS, CT, CACUM). • Trabalhar em coordenação com o responsável Provincial da área de prevenção para a implementação das políticas nacionais. • Monitorar com DDM o ponto de situação dos insumos de prevenção. • Formar um grupo técnico de Prevenção no Distrito - organizar e coordenar encontros regulares. • Elaborar o plano de actividades e relatórios do distrito em conjunto com os parceiros locais. • Identificar os parceiros que apoiam as actividades na Comunidade e nas Unidades Sanitárias e assegurar a coordenação dos mesmos ao nível distrital. • Coordenar a ligação das actividades comunitários com CDCS e outros. • Fazer a supervisão e apoio técnico periódico às US do distrito. • Monitorar as actividades comunitárias, apoiando na difusão e implementação de estratégias de PC/ITS/PrEP e triangulação de dados. Difundir os guiões, manuais e algoritmos de PC/PrEP/ITS para as várias unidades sanitárias e actores comunitários.
UNIDADE SANITÁRIA/ PONTO FOCAL DE POPULAÇÃO CHAVE/PrEP/ITS PARTE DA EUQUIPE DO PROGRAMA DE ITS/HIV E SIDA	• Coordenar, prover apoio técnico e supervisionar a equipa da US da área de Prevenção (PF da PrEP, PC, ITS, M&A). • Coordenar a ligação e implementação das actividades com as áreas transversais na US (VBG, CMMV, PCI, PTV, ATS, CT, CACUM). • Trabalhar em coordenação com o responsável Distrital da área de prevenção para a implementação das políticas nacionais. • Monitorar com a farmácia/ depósito da US o ponto de situação dos insumos de prevenção. • Elaborar o plano de actividades da US e da Comunidade. Coordenar e dar suporte técnico a todos os provedores na Unidade sanitária e comunidade. • Assegurar que todos os provedores de saúde e outros funcionários relevantes recebem o pacote e a respectiva formação. Implementar os manuais e algoritmos de PC/PrEP/ITS nas unidades sanitárias e na comunidade. • Participar semanalmente do comité TARV, apresentar a informação da PC/PrEP/ITS. • Mapear os intervenientes comunitários de PC nos respectivos raios de acção da US e assegurar a ligação com o coordenador das actividades de PC realizadas na comunidade, monitorando as actividades comunitárias (alcance comunitário, brigadas móveis, clínicas móveis, centros comunitários, etc). • Coordenar encontros mensais de coordenação e monitoria e avaliação das actividades.

PROVEDOR DE SAÚDE	• Utilizar o algoritmo de ITS/PrEP/PC para a oferta dos serviços. • Oferecer o pacote de serviços relevantes para PC. • Oferecer o pacote de prevenção combinada para todos utentes de acordo com a sua aplicabilidade. • Para utentes em PrEP e PVHIV, discutir modelos diferenciados de serviços disponíveis ao nível da US. • Trabalhar em conjunto com o navegador de par para assegurar a contra referência para a comunidade e seguimento regular da PC e PVHIV. • Identificar o Ponto Focal de saúde na comunidade que será o responsável pela coordenação das actividades com os actores comunitários (podendo delegar esta responsabilidade na US). • Assegurar a referência e contra referência dos utentes da US para a comunidade e vice-versa.
GRUPO TÉCNICO	• Elaboração ou participação activa no desenvolvimento de directrizes, guiões procedimentos, manuais, materiais técnicos e outros instrumentos nacionais. • Partilha de experiências, discussão e harmonização de estratégias implementadas pelos diversos parceiros para garantir a expansão de serviços com qualidade. • Discussão, análise, e eventual introdução de novas intervenções/estratégias baseadas em evidências, políticas e/ou recomendações nacionais e internacionais. • Assegurar mecanismos de coordenação com outras áreas programáticas e instituições. • Estimar necessidades de insumos de prevenção de acordo com as metas.
PAPEL DOS PARCEIROS DE COOPERAÇÃO	• Participar e apoiar nas reuniões nacionais, provinciais e distritais. • Participar em reuniões técnicas, planificação e de coordenação realizadas pelo MISAU, SPS/DPS, SDSMAS, US e outros colaboradores comunitários e clínicos. • Participar nos conselhos técnicos e em outras reuniões de coordenação promovidas pelo MISAU, GT, CNCS, CPCS, CDCS para discutir assuntos relativos às ITS, Hepatites virais e HIV e SIDA em cada um dos níveis. • Apoio técnico e financeiro para garantir funcionamento das actividades do MISAU, SPS/DPS, SDSMAS, US e de outras instituições do governo. • Apoio técnico e financeiro as OCB e outros actores comunitários. • Participar na elaboração dos instrumentos. • Participar nos Comitês de Gestão de Serviços Clínicos e Comitês de Adesão nas US. • Apoiar nas formações e supervisões realizadas por OCB. • Fornecer apoio técnico às US e às OCB
SOCIEDADE CIVIL/ COMUNIDADE	• Implementar as actividades planificadas tendo em conta a sua sustentabilidade e em coordenação com estruturas governamentais. • Estabelecer uma boa ligação e coordenação com as SPS/DPS, SDSMAS, CDCS, US na planificação, implementação, monitoria e avaliação da implementação. • Elaborar relatórios mensais/trimestrais para as entidades governamentais (CDCS e SDSMAS) e participar nos encontros de coordenação. • Sempre que convidado, participar nos conselhos técnicos e em outras reuniões de coordenação promovidas pelo CNCS, CPCS e CDCS. • Seguir normas e directrizes traçadas pelo governo para a implementação dos projectos. • Apoiar na divulgação das directrizes estabelecidas

ANEXO 2 - PLANO OPERACIONAL

Meta do Plano Operacional – após seis meses da divulgação do guião, as províncias devem ter os serviços de saúde organizados de modo que as acções de prevenção combinada biomédica para HIV, ITS e Hepatites Virais possam ser oferecidas a todos.

I-FORMAÇÃO DE PESSOAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA			
NECESSIDADE IDENTIFICADA	INTERVENÇÃO PROPOSTA	PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSABILIDADE
Serviços de saúde oferecidos de forma fragmentada na US, sem interação ou interligação entre eles.	Formação na oferta de ações de prevenção combinada biomédica para trabalhadores do sistema de saúde. A atenção em saúde deve ter o foco no sujeito.	Realizar a apresentação e Formação de Formadores – nível central nos diferentes pacotes de formação: • Pacote de formação clássica; • Formação em serviço; • Autoestudo na Plataforma de Ensino de Telesaúde de Moçambique; • Módulo curricular para os Institutos de Formação em Saúde. Realizar a formação ao Nível Provincial/Distrital e US (de acordo com pacote específico) de modo a iniciar a implementação da oferta de ações de prevenção combinada biomédica. Incluir nos currículos das IdFs a formação base. Testar e implementar o pacote de formação no modelo à distância, fornecendo certificação. Certificar todos os formados, segundo o pacote de formação. Elaborar Plano de Supervisão dos formadores e pessoal formado.	MISAU Central SPS/DPS SDSMAS GT

II - IMPLEMENTAÇÃO DO GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA			
NECESSIDADE IDENTIFICADA	INTERVENÇÃO PROPOSTA	PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSABILIDADE
A epidemia do HIV em Moçambique é heterogênea. - 81.000 novas infeções de HIV em 2023. - Desafio no diagnóstico, entre os homens: apenas 61% dos homens vivendo com o HIV conhecem o seu sero-estado (PENV).	Ampliar acesso da PrEP.	Informar, orientar e ofertar a PrEP às populações atendidas nos serviços de saúde (verificar os Cubos de Prevenção Combinada Biomédica na Diretriz).	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
	Tornar a PPE acessível nas US, com menor burocracia possível (foco para casos de violência/ pelo parceiro íntimo e ruptura de preservativos).	Disponibilizar acesso à PPE sempre que necessário e manter registo adequado para que os casos onde seja verificado o uso de mais de 3x em um período de 1 ano, possam ser encaminhados para PrEP.	
	Ampliar acesso ao diagnóstico do HIV (incluindo autoteste); Fortalecer os serviços de ATS.	• ATS-C: formação contínua de EP (parte da rede da PC) em matéria de aconselhamento e testagem do HIV; • US e Penitenciárias: Integrar os EP das populações-chave em atividades de educação para a saúde nas US, incluindo na realização das palestras matinais; Alocar clínicas móveis nas • Penitenciárias (sem posto de saúde) e próximas das zonas quentes (dos Hot Spots); Divulgar junto das zonas quentes (dos Hot Spots) o mapa das clínicas que funcionam; Reforço e orientação para • Auto-Teste.	

II – IMPLEMENTAÇÃO DO GUIÃO DE PREVENÇÃO COMBINADA BIOMÉDICA

NECESSIDADE IDENTIFICADA	INTERVENÇÃO PROPOSTA	PRINCIPAIS ACÇÕES	RESPONSABILIDADE
Baixa oferta de serviços e acesso das PID aos serviços de saúde.	Garantir um ambiente seguro para atenção à saúde das PID, de modo que a oferta de serviços possa ser realizada e a ligação aos cuidados e tratamento do HIV, Hepatites e/ou outras ITS seja garantida	- Expandir os Centros Comunitários para PIDS, com serviços oferecidos em modelo de paragem única para 3 províncias; - Garantir a existência de profissionais nas US que estejam sensibilizados e capacitados para realizar a paragem única para PID; - Oferecer kits de redução de danos para prevenção das PID; - Criar demanda para testagem do HIV nas escolas secundárias.	Programa de Redução de Danos / Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV e SIDA / CMAM / DNF
A taxa de transmissão vertical de 10% em 2013; Necessidade de incrementar o plano de tripla eliminação do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.	Assegurar que todos os pontos de ETV ofereçam testes duplos de HIV/Sífilis e Hepatite B, e retestagem do HIV para mulheres grávidas e lactantes e seus parceiros masculinos, incluindo opções de auto-teste do HIV.	- Aumentar as intervenções biomédicas para a prevenção primária do HIV e das ITS; - Promover a paternidade responsável em casos que vivem com o HIV; - Manter sempre as mulheres em idade reprodutiva (MIF) com carga viral indetectável; - Garantir que as crianças expostas ao HIV sejam diagnosticadas e iniciem o TARV o mais rápido possível; - Eliminação da TV da Sífilis: - Prevenir a sífilis congénita através do fortalecimento da cadeia de distribuição e de prestação de serviços; - Eliminação da TV da Hepatite B: Implementar as intervenções mais eficazes com vista a reduzir a TV da Hepatite B priorizando a sustentabilidade.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação

Na Cascata 95-95-95, 89% das PVHIV em TARV alcançaram a supressão viral. Irregular e baixa qualidade no APSS. Fraco envolvimento dos clínicos no APSS.	Ligação aos cuidados e tratamento e manutenção do seguimento das pessoas em TARV e também em tratamento de ITS, Sífilis e Hepatite. APSS no seguimento e reforço de adesão dos utentes em TARV.	• Oferta de serviços mais adequados por população para reforçar a adesão na dispensa do medicamento de forma adequada e de acordo com as necessidades do utente. Avaliar os regimes de dispensa trimestral ou semestral, conforme a necessidade. • Reforçar a implementação dos Modelos Diferenciados de Serviço (grupos de apoio para adesão comunitária; dispensa bimensal/trimestral/semestral de ARV; abordagem familiar; extensão do horário de atendimento; dispensa comunitária de ARV através do provedor/APSS/brigadas móveis/ clínicas móveis). Nas visitas de seguimento, devem • incluir todos os serviços que o utente HIV em TARV necessita: atendimento clínico, APSS, colheita para CV e, sempre possível, a otimização da consulta.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
Necessidade de reforço do uso de insumos de prevenção (ITS, HIV, Hepatites).	Fortalecer a cadeia de distribuição de preservativos masculino, feminino e lubrificantes em coordenação com o CNCS (tomando em consideração o mapeamento de novos pontos de distribuição).	Ampliar os pontos de disponibilização de preservativos (em quantidade suficiente – para uso contínuo e em todas as relações) e lubrificantes, especialmente para abranger RAMJ e populações-chave – foco em distritos onde a prevalência e a incidência do HIV sejam altas ou muito altas.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
Baixo acesso e informação de saúde sobre os parceiros de PVHIV ou portadores de outras ITS.	Oferecer e garantir o acesso aos serviços de saúde aos parceiros.	• Oferecer convite aos parceiros que comparecem às consultas como acompanhantes; • Ampliar o acesso às ações de prevenção combinada, incluindo despiste e tratamento de ITS e PrEP para caso de serodiscordantes; • Ampliar a discussão sobre o auto-teste e a oferta deste insumo nas comunidades, de forma a criar e criar demanda para o serviço.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação

Baixa procura de CMMV pelos homens não circuncidados.	Aumentar o número de profissionais de saúde capacitados para realizar CMMV e com formação concomitante a oferta de ações de prevenção combinada.	• Estender a abordagem específica da CMMV com perspectiva mais ampla que abranja as necessidades gerais de saúde dos rapazes e homens; Oferta de serviços integrados (Vide o Cubo de Prevenção Combinada Biomédica para os Homens) com a oferta de testagem, despiste e diagnósticos de ITS e IR, ligação aos cuidados e tratamento.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
Necessidade de reforço do uso de insumos de prevenção (ITS, HIV, Hepatites).	Fortalecer a cadeia de distribuição de preservativos masculino, feminino e lubrificantes em coordenação com o CNCS (tomando em consideração o mapeamento de novos pontos de distribuição).	Ampliar os pontos de disponibilização de preservativos (em quantidade suficiente – para uso contínuo e em todas as relações) e lubrificantes, especialmente para abranger RAMJ e populações-chave – foco em distritos onde a prevalência e a incidência do HIV sejam altas ou muito altas.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
Acesso à vacina do HPV restrito a raparigas de 9 anos. 9-15 anos no SNS.	Advogar a introdução da vacinação do HPV para raparigas 9-15 anos no SNS.	Estender a abordagem de prevenção através de imunização das raparigas, ampliando a idade para critérios de elegibilidade da mesma.	SPS/DPS, SDSMAS/US/ Parceiros de Implementação
81.000 novas infeções de HIV em 2023.	Discutir com as áreas responsáveis e dar seguimento aos estudos para integração de formas de PrEP injectável e Anel vaginal de Dapivirina dentre insumos de prevenção no âmbito da saúde em Moçambique.	• Possibilitar o estudo sobre a viabilidade de uso de PrEP injectável e Anel vaginal de Dapivirina como insumos de prevenção, especialmente para mulheres em situação vulnerável como TS, vítimas de violência e raparigas. • Avançar nos estudos sobre testes rápidos para rastreio e diagnóstico de baixo custo para identificar N. Gonorrhoeae. • Avaliar a questão sobre DoxyPPE para Gonorrhoeae ampliando a idade para critérios de elegibilidade da mesma.	MISAU (Central)/ GT HIV/ CNCS/ Parceiros de Implementação

ANEXO 3 - MONITORIA E AVALIAÇÃO (MATRIZ DE INDICADORES)

Objectivo: Até ao final de 2030, garantir a existência de serviços de prevenção combinada biomédica estabelecidos no país, permitindo que os indivíduos com infecções sexualmente transmissíveis curáveis sejam diagnosticados e tratados num mesmo dia e, aqueles com infecções sexualmente transmissíveis crónicas, sejam mantidos em cuidados de longo prazo.

INDICADOR	DEFINIÇÃO (NUMERADOR /DENOMINADOR)	DESAGREGAÇÃO	FREQUÊNCIA	FONTE
Percentagem de novos casos de ITS diagnosticados e tratados.	N: # de novos casos de ITS diagnosticados e tratados D: # total de casos de ITS diagnosticados e tratados (1.ª consultas + consultas seguintes)	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: <10 anos/10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de casos novos de úlcera genital	N: # de novos casos de úlcera genital	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: <10 anos/10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de casos novos de corrimento <u>urectral</u>	N: # de novos casos de corrimento <u>urectral</u>	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: <10 anos/10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de casos novos de corrimento vaginal	N: # de novos casos de corrimento vaginal	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: <10 anos/10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
% de novos casos de ITS identificados como pertencendo a população-chave	N: # Casos novos de ITS pertencendo a PC D: # Tota de casos novos de ITS	PC: TS/HSB/PID/TG/REC	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Incidência auto relatada de ITS e ou sintomas de ITS na população geral	N: # pessoas que reportaram sintomas de ITS nos últimos 6/12 meses D: # Tamanho da amostra	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: 15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos	Cada 5 anos	Inquéritos populacionais IDS/INSIDA
Incidência auto relatada de ITS e ou sintomas de ITS na população-chave	N: # de PC que reportaram sintomas de ITS nos últimos 6/12 meses D: # Tamanho da amostra	PC: TS/HSB/PID/TG/REC	A cada 2 anos	BBS

Percentagem de novos casos de ITS que conhecem o seu <u>sero-estado</u> para o HIV à <u>saída</u> da consulta	N: # de novos casos de ITS que conhecem o seu <u>sero-estado</u> (Positivo/Negativo/Indeterminado) à saída da consulta D: # de novos casos de ITS diagnosticados e tratados	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de novos casos de ITS aconselhados e tratados para sífilis	N: # de novos casos de ITS testados para Sífilis (P+N) D: # de novos casos de ITS diagnosticados e tratados	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de PVHIV rastreadas para ITS a cada consulta clínica	N: # de consultas de PVHIV rastreadas para ITS D: # de consultas de PVHIV	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número médio de contactos diagnosticados e tratados a partir de um novo caso de ITS que é caso índice	N - Nos novos casos de ITS - número de contactos diagnosticados e tratados D - Nos novos casos de ITS - número de casos índice	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número médio de convites entregues a partir de um novo caso de ITS que é caso índice	N - Nos novos casos de ITS - número de convites entregues D - Nos novos casos de ITS - número de casos índice	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de mulheres grávidas testadas para sífilis	N: # de mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN	Resultado: Negativo/Positivo	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de mulheres grávidas correctamente tratadas para a sífilis	N: # de mulheres grávidas correctamente tratadas para sífilis na CPN	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de recém-nascidos com sífilis congénita	N: # de casos de sífilis congénita em recém-nascidos	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de utentes que iniciaram a PrEP pela primeira vez	N: # de utentes que iniciaram a PrEP pela primeira vez	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: 10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos População/ População-Chave (TS/HS/PID/REC/TG)	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA

Número de utentes a receber PrEP	N: # de utentes a receber PrEP	Sexo: Masculino/Feminino Faixa etária: 10-14 anos/15-19 anos/20-24 anos/≥25 anos Grupo-alvo PC: TS/HS/PID/REC/TG	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de mulheres grávidas testadas para HBsAg	N: # de mulheres grávidas na CPN testadas para HBsAg	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de mulheres grávidas com resultado positivo de HBsAg	N: # de mulheres grávidas na CPN com resultado positivo de HBsAg	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de início de PPE	N: # de inícios de PPE D: # de elegíveis a PPE	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de utentes com termino de PPE	N: # de terminos de PPE D: # de inícios de PPE no mês anterior	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de utentes com seroconversão para o HIV dos que chegaram dentro de 72h e com resultado HIV-	N: # de utentes com teste HIV positivo nas consultas de seguimento D: # de utentes que chegaram dentro de 72h e com resultado HIV negativo	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de utentes com seroconversão para o HIV dos que iniciaram PPE	N: # de utentes com teste HIV positivo nas consultas de seguimento depois do início de PPE D: # de utentes que iniciaram PPE há 3 meses	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de utentes com seroconversão para o HIV dos que terminaram PPE	N: # de utentes com teste HIV positivo nas consultas de seguimento depois do término de PPE D: # de utentes que terminaram PPE	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Percentagem de PID que reportaram uso de equipamento de injeção segura a última vez que injectaram	N: # de PID que usaram equipamento de injeção segura a última vez que injectaram D: Tamanho da amostra	-	A cada 2 anos	BBS

Número de testes de HIV feitos a população-chave	N: # de testes de HIV feitos a população-chave	Resultado: P/N/IND PC: TS/HS/PI/TG/REC	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de população-chave que iniciou TARV	N: # de população-chave que iniciou TARV	PC :TS/HS/PI/TG/RECP	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
% de PC que usou preservativo durante a última relação sexual com parceiro não fixo nos últimos 6 meses	N: # de PC que usou preservativo durante a última relação sexual com parceiro não fixo nos últimos 6 meses D: # de PC que teve relação sexual com parceiro não fixo nos últimos 6 meses	PC:TS/HS/PI/TG/REC	A cada 2 anos	BBS
Número de circuncisões masculinas médicas	N: # de circuncisões masculinas médicas	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA
Número de utentes com resultado do teste de HIV negativo ligados aos serviços de prevenção	N: # de utentes com resultado do teste de HIV negativo ligados aos serviços de prevenção	-	Mensal	Dados programáticos de rotina SISMA

Os dados para alimentar o quadro de monitoria, são recolhidos em sua maioria, através de registos vigentes e implementados no Sistema Nacional de Saúde, sendo que a recolha já é sistemática e definida no SNS.



BIBLIOGRAFIA

1. Accuracy of Presumptive Gonorrhea Treatment for Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men: Results from a Large Sexual Health Clinic in Los Angeles. Shover CL, Beymer MR, Unger EM, Javanbakht M, Bolan RK. 2018. Califórnia: s.n., Feb/Mar 2018, LGBT Health, pp. 139- 144.
2. Alimentar, Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura e Segurança. 2019. Plano Nacional de Acção Contra a Resistência Antimicrobiana 2019-2023. Maputo: apoio Organização Mundial da Saúde (OMS), 2019.
3. Augusto, Ângelo do Rosário. 2022. Manual de Biossegurança e Bioprotecção do Instituto Nacional de Saúde. Marracuene: Instituto Nacional de Saúde, 2022.
4. CNCS. 2021. Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN V), 2021-2025. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA, 2021.
5. Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Circuncisão. 2017. Manual de Referência Para Formação Técnica Sobre Circuncisão Médica. Maputo: s.n., 2017.
6. Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Circuncisão. 2019. Plano Estratégico da Circuncisão Masculina em Moçambique 2019- 2022. Maputo : s.n., 2019.
7. FRANCO, C. M. and FRANCO, T. B. 2012. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. s.l. : FIOCRUZ, 2012.
8. High burden of self-reported sexually transmitted infections among key populations in Mozambique: the urgent need for an integrated surveillance system. Boothe, M.A.S., Comé, C., Semá Baltazar, C. et al. 2020. 2020, BMC Infect Dis 20, 636 (2020).
9. HIV/, Joint United Nations Programme on. 2022. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: UNAIDS, 2022.
10. INS. 2023. Inquérito Nacional sobre o Impacto do HIV e SIDA (INSIDA 2021): Relatório Final. Maputo: Instituto Nacional de Saúde, 2023.
11. Manavi K, McMillan A, Young H. The prevalence of rectal chlamydial infection amongst men who have sex with men attending the genitourinary medicine clinic in Edinburg. Manavi K, McMillan A, Young H. 2004. Mar 2004, Int J STD AIDS, pp. 162 -4.
12. Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC. 2018. Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão Sexual 2018-2021. Maputo, Moçambique: s.n., 2018.
13. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF. 2015. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland: INS, INE, e ICF, 2015.

14. Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública. 2023. Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança - Guião de Bólso. Maputo: s.n., 2023.
15. Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA. 2023. Material de Apoio para profilaxia Pré-Exposição ao HIV. 2023.
16. Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública/ Direcção Nacional de Assistência Médica. 2020. Protocolo Clínico de Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PPE). Maputo: MISAU, 2020.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. 2023. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. p. 144.
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2019. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/. Brasília: Editora MS, 2019.
19. 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. 2019. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p. 68.
20. Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde. 2024. Relatório Anual 2023 - Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Maputo, Moçambique: s.n., 2024.
21. Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Saúde. 2022. Sistema de Informação de Rotina das Infecções de Transmissão sexual (ITS) - Guião do Formador. Maputo, Moçambique: s.n., 2022.
22. MISAU. 2022. Directriz Nacional para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Maputo: MISAU, 2022.
23. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA. 2021. Guião de Oferta da Profilaxia Pré-Exposição. 2021.
24. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA. 2024. Guião Técnico de Redução de Danos. Maputo : s.n., 2024.
25. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA. 2019. Protocolo clínico e directrizes terapêuticas para Hepatites B e Hepatites C em Moçambique. Maputo: MSF, 2019.
26. MISAU, Direcção Nacional de Saúde Pública, PNC ITS-HIV/SIDA. 2023. Guião Orientador Sobre o Rastreio e Tratamento da Sífilis na Mulher Grávida e no Período Pós-Parto e Seguimento da Criança Exposta e infectada por Sífilis. Maputo: s.n., 2023.
27. MISAU, DNS, Departamento de Assistência Médica. 2007. GUIA PARA A PREVENÇÃO E PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV. Maputo: MISAU, 2007.

28. Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV/SIDA. 2020. Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique, 2020- 2024. Maputo: MISAU, 2020.
29. Programa Nacional de Controlo de ITS, HIV/SIDA. 2019. Guião para Auto-Testagem em Moçambique. s.l. : MISAU, 2019.
30. Rapparini, Cristiane, Lara, Luciana Teodoro de Rezende and Vitória, Marco Antônio de Ávila. 2004. RECOMENDAÇÕES PARA ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO: HIV E OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO: HIV E. Brasília: s.n., 2004.
31. Risks of Antimicrobial Resistance in N. gonorrhoeae Associated with Intensive Screening Programs in Pre-Exposure Prophylaxis Programs. C., Kenyon. 2018. 2018, Clin Infect Dis.
32. Saúde, Observatório Nacional de. 2020. Boletim Analítico - Uso de Métodos de Triangulação para Identificar Distritos com Maior Risco de Transmissão do HIV. Província de Maputo: ONS, 2020.
33. Screening for rectal chlamydia infection in a genitourinary medicine clinic. Ivens D, Macdonald K, Bansi L, Nori A. 2007. Jun 2007, Int J STD AIDS, pp. 404-6.
34. Sexually transmitted infections as a cause of proctitis in men who have sex with men. Davis TW, Goldstone SE. 2009. 2009, Dis Colon Rectum., pp. 507-12.
35. SIDA, Conselho Nacional de Combate ao. 2020. Estratégia Nacional do Preservativo (2020-2023). Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2020.
36. —. 2023. Roteiro Nacional de Prevenção do HIV - 2022-2025 - Responsabilização Mútua para Acabar com Novas Infecções. Maputo, Moçambique: Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2023.
37. WHO. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO, 2021.
38. —. 2022. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030. Geneva: s.n., 2022.
39. —. 2021. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted. Geneva: s.n., 2021. p. 216. 978-92-4-002416-8 (electronic version).