

**INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA DO
SUS: PREVENÇÃO
COMBINADA,
DIAGNÓSTICO, EQUIDADE E
CONTINUIDADE DO
CUIDADO**

**SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN BRAZILIAN PRIMARY HEALTH
CARE: COMBINATION PREVENTION, DIAGNOSIS, EQUITY AND
CONTINUITY OF CARE**

Ciências da Saúde • 16/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792083980](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792083980)

Douglas Fernando Pereira da Silva¹

Andressa Grilo Martinez²

João Pedro Martinez Hillen³

Andrea Moreira de Siqueira Puppim⁴

Fernanda Borges Silva Garay⁵

Alessandra Silva dos Santos⁶

Jhonatan Oliveira Nobre⁷

Luciana Santos de Oliveira Soares⁸

Alexandre Fonseca Batista⁹

Cathia Valadão Silva¹⁰

Júlio Sergio Brito dos Santos¹¹

Flávia Christina Entringer e Souza¹²

Fernando Salgado do Amaral¹³

Dayane de Castro Bernardo¹⁴

Thyago Bernardo da Conceição¹⁵

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis permanecem como desafio relevante para o Sistema Único de Saúde por combinarem transmissão assintomática, reinfeção, estigma, complicações reprodutivas e risco de transmissão vertical. Este estudo analisa criticamente a capacidade da Atenção Primária à Saúde para organizar prevenção combinada, testagem, diagnóstico, tratamento, vacinação, profilaxias para HIV, manejo de parcerias e continuidade do cuidado. Realizou-se revisão narrativa e documental ampliada e conferida em outubro de 2026, com protocolos do Ministério da Saúde, dados epidemiológicos e artigos publicados prioritariamente entre 2023 e 2026. O Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025 registrou, em 2024, 256.830 casos de sífilis adquirida, 89.724 casos em gestantes, 24.443 casos de sífilis congênita e 183 óbitos infantis específicos, demonstrando que uma infecção curável ainda produz importante carga evitável. Estudo brasileiro de 2026 com 302 gestantes acompanhadas na APS encontrou prevalências de 11,6% para *Chlamydia trachomatis*, 9,6% para *Mycoplasma genitalium*, 1,7% para *Neisseria gonorrhoeae* e 3,6% para *Trichomonas vaginalis*. A análise indica que resolutividade depende de acesso sem estigma, testagem oportuna, tratamento no mesmo percurso, vacinação, manejo de parcerias e integração com vigilância. Conclui-se que a APS pode interromper cadeias de transmissão quando combina tecnologias biomédicas com vínculo, sigilo, educação e organização territorial.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Sífilis; Prevenção combinada; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Sexually transmitted infections remain a major challenge for Brazil's

Unified Health System because they combine asymptomatic transmission, reinfection, stigma, reproductive complications and the risk of vertical transmission. This study critically analyzes the capacity of Primary Health Care to organize combination prevention, testing, diagnosis, treatment, vaccination, HIV prophylaxis, partner management and continuity of care. A narrative and documentary review expanded and checked in October 2026 was conducted using Ministry of Health protocols, epidemiological data and scientific articles published primarily from 2023 to 2026. The 2025 Syphilis Epidemiological Bulletin recorded 256,830 cases of acquired syphilis, 89,724 cases in pregnant women, 24,443 congenital syphilis cases and 183 specific infant deaths in 2024, showing that a curable infection still produces a substantial preventable burden. A 2026 Brazilian study of 302 pregnant women followed in PHC found prevalence rates of 11.6% for *Chlamydia trachomatis*, 9.6% for *Mycoplasma genitalium*, 1.7% for *Neisseria gonorrhoeae* and 3.6% for *Trichomonas vaginalis*. The analysis indicates that effective care depends on stigma-free access, timely testing, treatment within the same pathway, vaccination, partner management and integration with surveillance. The study concludes that PHC can interrupt transmission chains when biomedical technologies are combined with relationships, confidentiality, education and territorial organization.

Keywords: Sexually transmitted infections; Primary Health Care; Syphilis; Combination prevention; Unified Health System.

1. INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis formam um conjunto heterogêneo de agravos que podem ser causados por vírus, bactérias e outros microrganismos. Parte das infecções evolui sem

sintomas, favorecendo transmissão silenciosa, enquanto outras produzem sinais que levam rapidamente ao serviço. Complicações incluem doença inflamatória pélvica, infertilidade, cânceres relacionados ao HPV, manifestações sistêmicas e transmissão vertical. A Atenção Primária ocupa posição estratégica porque reúne capilaridade, vínculo, pré-natal, vacinação, planejamento reprodutivo e possibilidade de acompanhar usuários ao longo do tempo.

O enfrentamento contemporâneo ultrapassa a recomendação isolada de preservativos e utiliza prevenção combinada. O Ministério da Saúde define a abordagem como "uso simultâneo e complementar de mais de uma medida de prevenção", conforme necessidade e contexto de cada pessoa. O conjunto disponível no SUS inclui preservativos, testagem para HIV, sífilis e hepatites, vacinação contra HPV e hepatite B, PrEP, PEP, tratamento das IST, terapia antirretroviral e prevenção da transmissão vertical. Essa diversidade permite construir planos mais realistas para diferentes práticas sexuais e projetos de vida (Brasil, 2026a).

A sífilis demonstra por que tecnologia disponível não garante eliminação. O Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025 registrou 256.830 casos de sífilis adquirida em 2024, correspondendo a taxa de detecção de 120,8 por 100 mil habitantes. No mesmo ano, foram notificados 89.724 casos em gestantes, com taxa de 35,4 por mil nascidos vivos, além de 24.443 casos de sífilis congênita e 183 óbitos infantis específicos. Esses dados mostram que testagem e penicilina benzatina precisam estar acompanhadas por diagnóstico oportuno, tratamento e seguimento (Brasil, 2025a).

A persistência de sífilis congênita exige examinar as oportunidades de testagem, tratamento e seguimento durante o pré-natal. A

avaliação das parcerias deve reduzir possibilidades de reinfecção sem condicionar o cuidado materno à participação de outra pessoa. Rosa et al. (2025) analisaram associações entre orientações, evolução sorológica materna e reatividade do VDRL neonatal em uma amostra de puérperas. Esses achados observacionais apoiam a discussão da comunicação, mas não demonstram causalidade nem permitem equiparar reatividade neonatal isolada a diagnóstico confirmado de infecção congênita.

A atenção às IST não pode limitar-se a HIV e sífilis. Souza, Figueiredo e Travassos (2026) avaliaram 302 gestantes na APS e encontraram 11,6% de prevalência de *Chlamydia trachomatis*, 9,6% de *Mycoplasma genitalium*, 1,7% de *Neisseria gonorrhoeae* e 3,6% de *Trichomonas vaginalis*. Os resultados são de uma população específica e não representam prevalência nacional, mas evidenciam que infecções curáveis podem permanecer ocultas quando o rastreamento e o diagnóstico se concentram apenas nos testes rápidos mais disponíveis.

A vacinação compõe a prevenção e ganhou atualização em 2026. O Ministério da Saúde prorrogou estratégia de resgate contra HPV para adolescentes e jovens de 15 a 19 anos não vacinados ou sem registro até o final do ano, além do calendário rotineiro de meninas e meninos de 9 a 14 anos e esquemas para grupos específicos. Consultas de saúde sexual, PrEP e planejamento reprodutivo são oportunidades para revisar HPV e hepatite B, conectando prevenção de IST à política de imunização (Brasil, 2026b).

Este estudo tem como objetivo analisar criticamente o papel da Atenção Primária no enfrentamento das IST no SUS, articulando prevenção combinada, vacinação, testagem, tratamento, manejo de

parcerias, transmissão vertical, sigilo e indicadores. A questão orientadora investiga quais condições permitem que a APS seja efetivamente resolutiva e reduza perdas de seguimento, evitando trajetórias fragmentadas em que o usuário precisa percorrer diferentes serviços para obter medidas que poderiam ser integradas no mesmo cuidado.

A relevância das IST para a Atenção Primária não se restringe à frequência dos diagnósticos. Essas infecções tornam visíveis dificuldades que atravessam o sistema de saúde: a diferença entre oferecer e tornar acessível, entre identificar uma necessidade e produzir uma resposta, entre registrar um atendimento e sustentar continuidade. Uma unidade pode realizar muitos testes e ainda perder pessoas antes da conclusão do diagnóstico. Pode dispor de tratamento e restringir sua administração a horários incompatíveis com o trabalho dos usuários. A análise da resolutividade exige acompanhar essas relações, pois a disponibilidade nominal de uma tecnologia representa apenas uma das condições de seu benefício.

A saúde sexual também ocupa uma posição singular na experiência de procura por cuidado. Ao contrário de demandas percebidas como socialmente neutras, questões relacionadas a práticas sexuais, parcerias e prevenção podem envolver receio de julgamento ou exposição. Esse receio não precisa decorrer de uma experiência pessoal anterior; pode ser produzido por relatos de outras pessoas, pela organização da recepção ou pela forma como o serviço anuncia suas atividades. Uma fila identificada por diagnóstico, uma pergunta feita em voz alta ou uma mensagem enviada a telefone compartilhado pode modificar a disposição para retornar. A organização do acesso participa, portanto, da produção ou redução de vulnerabilidade.

O território amplia essa complexidade. A proximidade de uma unidade favorece acompanhamento e reduz deslocamentos, mas pode aumentar preocupações com confidencialidade quando trabalhadores, usuários e familiares compartilham redes de convivência. A solução não consiste em abandonar a atuação territorial, e sim em reconhecer que proximidade e confiança não são equivalentes. A confiança depende de práticas verificáveis de proteção: conversar em ambiente reservado, limitar informações à finalidade assistencial, explicar como serão utilizados os registros e combinar formas seguras de contato. Essas medidas precisam fazer parte do funcionamento cotidiano, alcançando também trabalhadores administrativos e profissionais que não realizam consultas.

As infecções incluídas sob a denominação IST apresentam diferenças relevantes de história natural, diagnóstico e possibilidades de prevenção. Uma resposta integrada não deve apagar essas diferenças. A ausência de sintomas pode ter significados distintos conforme o agente, o período da infecção e o sítio anatômico. Um teste negativo precisa ser interpretado segundo a exposição e o momento da coleta. Uma resposta sorológica persistente pode exigir interpretação diferente daquela utilizada diante de nova exposição. Reconhecer essas particularidades permite integrar o cuidado sem transformar a prevenção combinada em uma lista uniforme de procedimentos aplicada a todas as pessoas.

A perspectiva longitudinal ajuda a compreender mudanças que um atendimento isolado não alcança. Práticas, parcerias, desejo de gestação, disponibilidade de prevenção e condições de uso dos serviços podem mudar ao longo da vida. Um plano adequado em

determinado momento pode tornar-se insuficiente ou desnecessário posteriormente. O acompanhamento permite revisar essas condições sem tratar a mudança como incoerência do usuário. A finalidade é construir uma relação na qual novas exposições e dificuldades possam ser relatadas com segurança, antes que o receio de desaprovação impeça a procura por cuidado.

A continuidade também possui uma dimensão material. Receber uma orientação não significa conseguir executá-la. Horário de trabalho, transporte, cuidado de crianças, mobilidade, disponibilidade de documentos e possibilidade de preservar privacidade influenciam o percurso. Ao solicitar retornos repetidos, o serviço distribui custos que podem permanecer invisíveis nos indicadores de produção. A reunião de etapas compatíveis em um mesmo contato, a comunicação clara sobre resultados e a definição de uma referência para dúvidas podem diminuir esses custos. A análise precisa verificar se a simplificação facilita o cuidado sem retirar etapas necessárias à segurança diagnóstica e terapêutica.

As diretrizes internacionais para populações-chave destacam a combinação entre intervenções de saúde e condições que permitem utilizá-las, incluindo enfrentamento de estigma e barreiras de acesso (World Health Organization, 2022). No SUS, esse referencial precisa dialogar com universalidade e equidade. Identificar barreiras que afetam determinados grupos não autoriza presumir práticas individuais a partir de identidade, ocupação ou aparência. O reconhecimento de desigualdades orienta a organização da oferta; a avaliação clínica permanece baseada na pessoa, nas exposições informadas, nas necessidades e nos protocolos pertinentes.

Outro ponto decisivo é distinguir prevenção de controle moral. A finalidade sanitária não autoriza exigir revelações sem pertinência, condicionar atendimento à aceitação de determinada tecnologia ou utilizar diagnóstico para atribuir culpa. A responsabilidade profissional inclui recomendar medidas eficazes, explicar limites e acompanhar decisões. Essa postura exige clareza, não omissão técnica. É possível informar que uma medida reduz determinado risco e, ao mesmo tempo, reconhecer dificuldades para utilizá-la. O diálogo qualificado procura tornar a prevenção realizável, sem substituir o projeto de vida da pessoa por uma expectativa institucional de comportamento.

A sífilis ocupa lugar central nesta análise por reunir diferentes dimensões do cuidado e da vigilância. Os dados de 2024 apresentados no texto-base são mantidos como informação daquele período, vinculada ao Boletim Epidemiológico de 2025. Não constituem uma atualização automática da situação epidemiológica de outubro de 2026. Essa distinção é necessária porque data de publicação, período de ocorrência e momento de consulta representam informações diferentes. A interpretação também deve considerar que números de notificação dependem de acesso à testagem, qualidade do registro e oportunidade da investigação, além da circulação da infecção.

A transmissão vertical exige atenção particular à temporalidade do cuidado. A gestação não oferece um prazo indefinido para concluir investigações e tratamentos. Uma dificuldade administrativa pequena em outros contextos pode adquirir relevância quando reduz o tempo disponível para uma intervenção indicada. Entretanto, analisar falhas no percurso não significa localizar automaticamente uma pessoa culpada. A trajetória pode envolver

início tardio do pré-natal, resultado não comunicado, registro incompleto, interrupção de tratamento, nova exposição ou falha de articulação entre serviços. A investigação útil reconstrói essas etapas e identifica quais barreiras poderiam ter sido modificadas.

As evidências de infecções não virais em gestantes acrescentam uma questão de pesquisa que precisa ser formulada com cuidado. Encontrar determinada prevalência em uma amostra local não estabelece, por si só, a conveniência de rastrear universalmente todas as infecções pesquisadas. Uma política de rastreamento exige considerar benefício clínico, desempenho dos testes, efeitos adversos, tratamento disponível e capacidade de seguimento. Para alguns agentes, como *Mycoplasma genitalium*, a discussão envolve ainda resistência antimicrobiana e ausência de recomendação de rastreamento de pessoas assintomáticas nas diretrizes consultadas (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). O achado epidemiológico deve abrir uma análise, sem ser convertido diretamente em prescrição de política.

A expansão de tecnologias preventivas introduz responsabilidades adicionais. PrEP e PEP para HIV apresentam indicações, temporalidades e exigências de acompanhamento diferentes. A vacinação possui critérios próprios. A profilaxia antibiótica pós-exposição para IST bacterianas constitui outra intervenção, com objetivos e limites específicos. Reunir essas tecnologias sob a prevenção combinada não significa torná-las intercambiáveis. O serviço precisa explicar qual infecção cada medida procura prevenir, quais condições são necessárias e quais outras necessidades permanecem. A integração é qualificada quando aumenta compreensão e escolha, sem produzir a impressão de proteção universal.

No plano organizacional, a questão orientadora pode ser desdobrada em relações concretas. Como a pessoa identifica onde buscar ajuda? Em que condições consegue conversar sobre a exposição? Como o resultado chega a quem deve agir? Quem acompanha uma etapa realizada fora da unidade? Como são reconhecidos efeitos adversos ou dificuldades de continuidade? Essas perguntas permitem examinar a APS como coordenadora de um percurso. A unidade não precisa concentrar todos os recursos, mas deve reduzir a chance de que a transferência de uma tarefa se transforme em perda de responsabilidade pelo cuidado.

O objetivo geral do estudo é aprofundado, assim, em quatro movimentos complementares. O primeiro examina fundamentos clínicos e conceituais da prevenção, do diagnóstico e da continuidade. O segundo analisa barreiras de acesso, confidencialidade e equidade. O terceiro discute condições de implementação, incluindo laboratório, assistência farmacêutica, vacinação e integração com vigilância. O quarto propõe formas de avaliação e situações analíticas para tornar visíveis as relações entre decisões do serviço e experiências dos usuários. Esses movimentos permanecem articulados às seções originais, preservando a natureza narrativa e documental do trabalho.

O estudo não pretende substituir protocolos clínicos por um conjunto paralelo de prescrições. Sua contribuição é discutir como recomendações técnicas se tornam cuidado efetivo na Atenção Primária. Quando menciona situações clínicas, a análise enfatiza raciocínio, oportunidade, comunicação e coordenação, mantendo a necessidade de avaliação individual e de aplicação das diretrizes pertinentes. Essa delimitação permite aprofundar a organização do cuidado sem apresentar esquemas terapêuticos

descontextualizados ou transformar exemplos em instruções universais para situações que dependem de condições clínicas específicas.

A interpretação das fontes preserva diferentes níveis de afirmação. Documentos normativos orientam responsabilidades e condutas; boletins descrevem dados de vigilância; estudos observacionais examinam associações em populações determinadas; ensaios e avaliações de intervenção respondem a perguntas delimitadas. As matrizes e situações hipotéticas desenvolvidas ao longo da discussão constituem proposições analíticas do presente estudo. Não representam resultados de coleta de campo nem instrumentos previamente validados. Essa separação permite ampliar a utilidade prática do texto mantendo explícito o alcance das evidências que sustentam suas conclusões.

A compreensão da resolutividade adotada inclui acesso, adequação técnica, continuidade e experiência de cuidado. Resolver uma demanda não equivale sempre a concluir tudo na primeira consulta, mas exige que a pessoa compreenda o que foi identificado, o que precisa acontecer e como obter a próxima resposta. A qualidade pode ser comprometida tanto por atrasos quanto por intervenções desnecessárias. Uma Atenção Primária efetiva precisa reconhecer urgências, organizar seguimento e preservar espaço para decisões compartilhadas. O enfrentamento das IST ganha consistência quando essas dimensões são examinadas conjuntamente, com responsabilidade clínica e compromisso com direitos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

A prevenção combinada parte do reconhecimento de que nenhuma tecnologia isolada responde a todas as exposições e necessidades. Preservativos permanecem fundamentais por protegerem contra diferentes IST, mas sua utilização pode variar conforme contexto, negociação e preferências. A PrEP atua sobre risco de aquisição do HIV em pessoas elegíveis, enquanto PEP oferece intervenção após exposição potencial. Vacinação reduz risco de HPV e hepatite B, e tratamento de pessoas vivendo com HIV ou com IST curáveis também interrompe cadeias de transmissão (Brasil, 2026a).

A construção do plano preventivo precisa ser individualizada e não moralizante. Profissionais podem perguntar sobre práticas sexuais, uso de preservativos, parcerias, desejo reprodutivo e experiências anteriores com prevenção, explicando o motivo clínico de cada pergunta. O objetivo não é classificar comportamentos como corretos ou incorretos, mas identificar exposições e oferecer opções. Uma consulta marcada por julgamento pode levar o usuário a omitir informações, reduzindo qualidade do cuidado e capacidade de orientar prevenção.

A PrEP oral ampliou possibilidades para pessoas com maior chance de exposição ao HIV e exige seguimento periódico, testes e avaliação clínica. A APS pode facilitar acesso quando integra identificação de elegibilidade e acompanhamento, dependendo da organização local. Mesmo quando a dispensação ocorre em serviço específico, a unidade básica precisa conhecer fluxos e evitar encaminhamentos vagos. Uma tecnologia existe no sistema apenas quando o usuário consegue alcançá-la em tempo adequado.

A PEP possui caráter de urgência e deve ser iniciada o mais rapidamente possível após exposição, dentro da janela definida

pelos protocolos. Serviços de APS precisam conhecer locais e horários de acesso, especialmente quando não ofertam a profilaxia diretamente. A orientação deve incluir duração do esquema, testagem e seguimento. A existência de uma janela temporal torna inadequado solicitar que a pessoa retorne dias depois apenas por questões administrativas.

A vacinação contra HPV oferece prevenção primária de infecções associadas a verrugas e diferentes cânceres. A estratégia de resgate de 15 a 19 anos em 2026 procura alcançar quem perdeu a idade rotineira. A APS pode identificar esses jovens durante qualquer consulta e verificar histórico no Meu SUS Digital ou em registros disponíveis. Essa integração reduz oportunidade perdida e aproxima vacinação de saúde sexual sem exigir que o adolescente procure espontaneamente uma sala de vacina por iniciativa própria (Brasil, 2026b).

A hepatite B também integra prevenção combinada e deve ser considerada conforme calendário e histórico. Consultas de testagem, pré-natal e cuidado de pessoas com maior exposição são oportunidades para revisar imunização. A hepatite C não possui vacina, o que reforça testagem e medidas de prevenção. A abordagem integrada evita que cada infecção seja tratada como programa separado, permitindo que o usuário receba múltiplas medidas no mesmo percurso.

A educação em saúde precisa acompanhar diversidade. Adolescentes, pessoas LGBTQIAPN+, profissionais do sexo, pessoas privadas de liberdade, migrantes e usuários de drogas podem enfrentar barreiras distintas. Protocolos definem indicações, mas acolhimento precisa considerar contexto. A equidade não decorre de

presumir que determinado grupo possui comportamento específico, e sim de garantir que todos possam discutir risco sem discriminação e acessar tecnologias segundo necessidades clínicas.

2.1. Testagem, Diagnóstico e Tratamento Oportuno

Os testes rápidos ampliaram capacidade da APS para diagnosticar HIV, sífilis e hepatites no próprio atendimento. O benefício é maior quando resultado está conectado a conduta imediata. Testar sem capacidade de tratar ou encaminhar pode produzir ansiedade e perda de seguimento. Fluxos devem prever aconselhamento, confirmação quando necessária, início de tratamento e notificação. A equipe precisa conhecer responsabilidades e evitar que o usuário repita sua história em múltiplos pontos sem coordenação.

Na sífilis, a penicilina benzatina pode e deve ser administrada na Atenção Primária quando indicada, desde que o serviço possua condições para manejo seguro. A proximidade entre diagnóstico e tratamento reduz atrasos. Em gestantes, o tempo possui importância ainda maior porque tratamento adequado previne transmissão vertical. Medo excessivo de reações alérgicas não deve levar ao encaminhamento automático de todos os casos, embora história clínica e protocolos de segurança devam ser respeitados.

A testagem na gestação precisa ocorrer nos momentos definidos pelo protocolo, mas sua qualidade depende também de retorno dos resultados e registro. Uma gestante que realiza teste, mas não recebe tratamento ou perde seguimento, permanece em risco. Sistemas de informação e agentes comunitários podem apoiar busca ativa quando há atraso, preservando sigilo. A comunicação

precisa ser cuidadosa porque exposição indevida de diagnóstico pode gerar violência ou ruptura de relações.

A sífilis adquirida em adultos também exige acompanhamento. A taxa de 120,8 casos por 100 mil habitantes em 2024 demonstra ampla circulação e necessidade de ações fora do pré-natal. Pessoas assintomáticas podem ser diagnosticadas em testagem de rotina ou após contato com parceria. Oferta de testes em horários acessíveis e ações extramuros para populações com menor vínculo podem ampliar diagnóstico precoce (Brasil, 2025a).

As infecções não virais detectadas por Souza, Figueiredo e Travassos (2026) evidenciam limitações de uma abordagem exclusivamente sindrômica. Clamídia e gonorreia podem ser assintomáticas e exigir testes moleculares ou outros exames conforme protocolo e disponibilidade. O achado de 11,6% para clamídia e 9,6% para *Mycoplasma genitalium* em 302 gestantes reforça a necessidade de pesquisa sobre estratégias de rastreamento e custo-efetividade em populações brasileiras.

A infraestrutura laboratorial varia entre territórios, o que pode limitar diagnóstico etiológico. Redes precisam definir coleta, transporte de amostras e retorno de resultados, evitando que exames especializados se tornem inacessíveis. A APS não precisa realizar todos os testes no local, mas deve coordenar a trajetória. A diferença entre encaminhar e coordenar está em manter responsabilidade pelo seguimento e saber se o exame foi realizado e qual conduta decorreu do resultado.

2.2. Parcerias, Reinfecção e Transmissão Vertical

Manejo de parcerias é indispensável porque tratar apenas a pessoa diagnosticada pode manter cadeia de transmissão e favorecer reinfecção. A orientação deve respeitar autonomia e segurança, oferecendo estratégias de comunicação e testagem. Em relações marcadas por violência ou controle, notificar parceria pode representar risco. Profissionais precisam avaliar contexto e evitar abordagens coercitivas. O objetivo é ampliar tratamento sem expor o usuário a dano.

Na sífilis gestacional, a participação da parceria é particularmente relevante. Rosa et al. (2025) encontraram lacunas nas orientações e registros de tratamento de parceiros no estudo com 119 puérperas. A equipe deve explicar que o tratamento materno pode perder efetividade preventiva quando ocorre reinfecção, sem culpabilizar a gestante pela conduta de outra pessoa. Estratégias de convite, testagem flexível e horários ampliados podem facilitar presença de parcerias.

A prevenção da transmissão vertical deve ser entendida como indicador de qualidade do sistema. Sífilis congênita ocorre apesar da disponibilidade de teste e tratamento eficaz, por isso cada caso precisa gerar análise de percurso. A equipe pode investigar quando o pré-natal começou, quantas oportunidades de testagem ocorreram, quando o resultado ficou disponível, se tratamento foi completado e como parcerias foram manejadas. Essa análise transforma caso em aprendizado e evita respostas baseadas apenas em responsabilização individual.

Tabela 1. Situação epidemiológica da sífilis no Brasil em 2024

Indicador	Número de casos ou óbitos	Taxa oficial
Sífilis adquirida	256.830 casos	120,8 por 100 mil habitantes
Sífilis em gestantes	89.724 casos	35,4 por mil nascidos vivos
Sífilis congênita	24.443 casos	9,6 por mil nascidos vivos
Óbitos infantis por sífilis congênita	183 óbitos	7,2 por 100 mil nascidos vivos

Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025, Ministério da Saúde, dados referentes a 2024 (Brasil, 2025a).

Os números da Tabela 1 mostram que a sífilis permanece como problema de grande magnitude e que a transmissão vertical continua produzindo desfechos evitáveis. A taxa em gestantes e a incidência congênita não devem ser interpretadas de forma isolada, porque maior testagem pode aumentar detecção. A análise precisa observar tendência, oportunidade do diagnóstico, tratamento e resultados neonatais. Ainda assim, a existência de 183 óbitos específicos reforça a urgência de qualificar o percurso do pré-natal.

2.3. Saúde Sexual e Integralidade na Atenção Primária

A saúde sexual envolve a possibilidade de obter informação, expressar dúvidas, exercer autonomia e acessar cuidado compatível com necessidades clínicas e projetos de vida. Quando o serviço organiza essa atenção apenas em torno da identificação de agentes infecciosos, pode reconhecer uma parte do problema e perder condições que sustentam exposição, sofrimento ou interrupção do

acompanhamento. O diagnóstico permanece essencial, mas precisa estar inserido em uma relação na qual prevenção, reprodução, prazer, segurança e direitos possam ser discutidos com pertinência. A integralidade não exige abordar todos esses temas em todo encontro; exige não excluí-los previamente do campo do cuidado.

Essa perspectiva modifica a interpretação da demanda. Uma pessoa que solicita um teste pode estar preocupada com uma exposição recente, com a saúde de uma parceria ou com uma informação recebida nas redes sociais. Outra pode procurar atendimento por um sintoma e não reconhecer sua possível relação com uma IST. A mesma solicitação aparente pode, portanto, exigir respostas diferentes. Identificar o motivo da procura ajuda a selecionar perguntas e a evitar tanto exames desnecessários quanto a omissão de medidas oportunas. O encontro começa pela necessidade apresentada e se amplia conforme as informações clinicamente relevantes que surgem.

A integralidade também depende de reconhecer problemas que ultrapassam a capacidade imediata da unidade. Suspeita de violência, sofrimento intenso, dificuldade de acesso a proteção social ou necessidade especializada pode demandar articulação com outros serviços. Encaminhar de maneira responsável envolve esclarecer finalidade, urgência e forma de acesso, além de manter uma referência para continuidade. A multiplicação de encaminhamentos sem coordenação pode produzir o efeito inverso ao pretendido: aumentar deslocamentos, repetir relatos e fragmentar decisões. A APS conserva seu papel quando ajuda a pessoa a percorrer a rede e acompanha aquilo que permanece sob sua responsabilidade.

O planejamento reprodutivo exemplifica essa articulação. Desejo de gestação, prevenção de gravidez não planejada e prevenção de infecções constituem necessidades relacionadas, mas não equivalentes. Uma medida contraceptiva não oferece necessariamente proteção contra IST, e uma tecnologia de prevenção do HIV não substitui cuidados reprodutivos. A conversa precisa tornar essas diferenças compreensíveis, considerando preferências e condições de uso. O plano preventivo ganha coerência quando a pessoa sabe a finalidade de cada componente e pode discutir o que consegue utilizar, em vez de receber orientações acumuladas que parecem responder ao mesmo problema.

A abordagem integral requer atenção à experiência do diagnóstico. Um resultado pode alterar a percepção de si, gerar medo de rejeição ou levantar dúvidas sobre a relação afetiva. A comunicação deve oferecer informação suficiente para orientar decisões sem afirmar conclusões que o exame não permite, como determinar com certeza quando ocorreu uma infecção ou quem a transmitiu. Essa prudência tem implicações concretas de segurança. Explicações imprecisas podem intensificar conflitos e dificultar adesão ao cuidado. A equipe precisa distinguir o que pode ser estabelecido clinicamente daquilo que permanece incerto na história de exposição.

O trabalho multiprofissional amplia possibilidades de resposta quando existe clareza de papéis. Enfermagem, medicina, farmácia, odontologia, vacinação e apoio psicossocial podem contribuir de maneiras diferentes. A integração não depende de que todos abordem repetidamente os mesmos conteúdos, mas de que informações necessárias circulem e decisões sejam compatíveis. O usuário não deve ter de reconciliar mensagens contraditórias sobre

testes, prevenção ou retorno. Reuniões de equipe e protocolos acessíveis ajudam a definir pontos de coordenação, especialmente quando uma demanda transita entre atendimento clínico, laboratório e dispensação de medicamentos.

O referencial internacional para populações-chave relaciona intervenções clínicas a condições de acesso e proteção de direitos (World Health Organization, 2022). A contribuição analítica dessa formulação para a APS consiste em reconhecer que a qualidade técnica de uma recomendação e a possibilidade social de utilizá-la precisam ser examinadas juntas. Uma pessoa pode compreender perfeitamente uma medida e ainda enfrentar obstáculos para colocá-la em prática. Identificar esses obstáculos permite negociar alternativas e encaminhar necessidades, sem transformar dificuldades materiais ou relacionais em prova de desinteresse pela saúde.

A avaliação da integralidade deve observar o percurso produzido. Uma consulta extensa não é necessariamente mais integral do que um encontro breve que identifica a necessidade, oferece resposta pertinente e organiza continuidade. O excesso de perguntas sem explicação pode dificultar confiança, assim como uma resposta limitada ao exame pode deixar dúvidas essenciais. O critério é a relação entre necessidade e cuidado. A APS se torna mais resolutiva quando consegue reconhecer o que precisa ser tratado naquele momento, o que pode ser acompanhado e o que exige participação de outros pontos da rede.

2.4. Vulnerabilidade e Produção de Desigualdades no Cuidado às IST

A noção de vulnerabilidade permite deslocar a análise de uma classificação fixa de pessoas para o exame das condições que ampliam ou reduzem exposição e capacidade de proteção. Essas condições incluem recursos individuais, relações sociais e funcionamento dos serviços. A pessoa pode dispor de informação e ainda não ter autonomia para negociar prevenção. Pode desejar testar e encontrar barreiras de horário ou privacidade. Pode iniciar tratamento e perder acesso durante uma mudança de moradia. O interesse analítico está em compreender como essas dimensões se combinam em trajetórias concretas.

O uso de categorias populacionais exige cuidado. Grupos podem apresentar maior carga de determinados agravos ou enfrentar barreiras específicas, mas isso não permite deduzir a exposição de cada indivíduo. Identidade de gênero, orientação sexual, idade ou ocupação não substituem avaliação de práticas, contexto e necessidades. Quando a categoria se transforma em atalho diagnóstico, o serviço pode testar excessivamente algumas pessoas e deixar outras sem oferta adequada. A equidade requer reconhecer padrões coletivos sem reduzir o atendimento a estereótipos sobre quem teria ou não possibilidade de adquirir uma infecção.

As desigualdades podem aparecer antes da primeira consulta. Pessoas com maior disponibilidade de tempo, recursos para deslocamento e familiaridade com a rede conseguem superar obstáculos que excluem outros usuários. A existência de uma porta aberta não demonstra igualdade de acesso quando o atendimento depende de retornar em vários dias ou de revelar a demanda diante de conhecidos. A análise territorial deve identificar o custo real do percurso: tempo, dinheiro, exposição e necessidade de ajuda de

terceiros. Esse custo pode explicar interrupções que, nos registros, aparecem apenas como ausência.

Durante o atendimento, diferenças de linguagem e de poder influenciam a qualidade da informação obtida. Uma pessoa pode concordar com tudo por receio de parecer desinformada, enquanto outra se sente autorizada a questionar e negociar. O profissional precisa criar condições para dúvidas e verificar compreensão sem transformar a consulta em prova. Perguntas abertas, explicação da finalidade dos exames e oportunidade de conversar em privado ajudam a reduzir essa assimetria. A adequação comunicacional é uma responsabilidade do serviço, não uma exigência que deve ser satisfeita previamente pelo usuário.

A dimensão programática da vulnerabilidade pode ser observada quando recursos existem, mas não se conectam. Um teste disponível em um setor, um medicamento em outro e uma consulta de retorno sem vaga podem produzir uma trajetória incompleta. A análise da gestão precisa localizar onde a oferta perde continuidade. Algumas barreiras dependem de investimento; outras envolvem decisões de agenda, compartilhamento de informação e definição de responsabilidades. O reconhecimento dessa dimensão evita atribuir exclusivamente ao comportamento individual resultados que também decorrem da organização institucional.

As desigualdades se acumulam e podem mudar de intensidade conforme o momento. Uma pessoa com deficiência que dispõe de transporte em dias úteis pode encontrar maior dificuldade diante de uma exposição em fim de semana. Um jovem com bom acesso digital pode não ter privacidade para receber mensagens. Um trabalhador migrante pode iniciar cuidado em uma região e

interrompê-lo ao mudar de emprego. Essas combinações mostram por que estratégias baseadas em um único marcador social são insuficientes. A equipe deve identificar quais barreiras estão efetivamente presentes e quais apoios podem ser oferecidos.

O acompanhamento de equidade precisa combinar números e experiência. Diferenças de testagem ou continuidade entre grupos podem indicar barreiras, mas sua interpretação depende da qualidade dos registros e da população considerada. Dados ausentes de raça/cor ou identidade não autorizam presumir ausência de desigualdade. Também não se deve utilizar pequenas contagens para produzir conclusões categóricas ou identificar pessoas. A análise agregada deve orientar perguntas para o serviço e ser complementada por escuta protegida, observação de fluxos e participação de usuários na discussão de alternativas.

Uma resposta equitativa preserva oferta universal e acrescenta apoios proporcionais às necessidades identificadas. Horários acessíveis, comunicação adequada, atendimento reservado e articulação de transporte podem beneficiar diferentes pessoas sem criar trajetórias de menor qualidade para grupos específicos. O objetivo não é alcançar números idênticos em todas as categorias, mas reduzir barreiras injustificadas e garantir cuidado conforme necessidade. A avaliação deve perguntar quem passou a acessar, quem continua ausente e se a mudança produziu novos custos ou constrangimentos que precisam ser corrigidos.

2.5. História Natural e Limites da Interpretação Clínica

As IST não constituem uma entidade clínica única. Diferem quanto ao agente, aos sítios envolvidos, à possibilidade de persistência, à

resposta ao tratamento e ao modo como são identificadas. A integração do cuidado exige reconhecer essas diferenças sem transformar a consulta em uma investigação indiscriminada. O ponto de partida é relacionar sintomas, exposições, tempo, antecedentes e achados. O PCDT nacional organiza essa abordagem e deve permanecer como referência para decisões específicas, enquanto o presente estudo examina as condições que permitem aplicá-la de maneira consistente na APS (Brasil, 2025b).

A ausência de sintomas merece interpretação cuidadosa. Ela não exclui infecção, mas também não estabelece indicação de pesquisar todos os agentes disponíveis. A decisão de testar uma pessoa assintomática depende da infecção, da população, das exposições e do benefício esperado. Confundir possibilidade biológica de infecção com recomendação de rastreamento pode ampliar intervenções sem benefício demonstrado. Por outro lado, restringir a oferta apenas a pessoas sintomáticas pode perder oportunidades previstas em protocolos. O raciocínio precisa distinguir atendimento de sintomas, avaliação após exposição e rastreamento recomendado.

O tempo da exposição modifica a interpretação dos resultados. A possibilidade de um exame identificar determinado marcador depende do método e do momento em que foi realizado. Por isso, o resultado deve ser comunicado junto com seus limites e com a necessidade eventual de nova avaliação. Uma informação reduzida a positivo ou negativo pode produzir falsa segurança ou ansiedade desnecessária. O profissional precisa relacionar o teste à pergunta clínica, explicando quais exposições ele ajuda a avaliar e se existe alguma etapa de acompanhamento que permanece necessária.

O sítio anatômico também importa. Sintomas e exposições podem envolver regiões diferentes, e uma amostra obtida em um local não responde automaticamente sobre todos os outros. A coleta deve seguir indicações técnicas e considerar as práticas informadas, sem inferi-las a partir de identidade ou aparência. A pertinência dessas perguntas precisa ser explicada para que a pessoa compreenda sua relação com o cuidado. A qualidade diagnóstica depende tanto da disponibilidade laboratorial quanto da possibilidade de obter uma história clínica respeitosa e suficientemente precisa.

A interpretação de antecedentes exige distinguir infecção previamente tratada, persistência de marcadores e possibilidade de nova exposição. Um registro antigo pode ajudar a evitar repetição de investigações, mas precisa conter informações utilizáveis, como data, resultado, tratamento e seguimento. A ausência desses elementos aumenta incerteza e pode levar a decisões mais complexas. A documentação não é apenas uma exigência administrativa: ela constitui parte da segurança longitudinal, especialmente quando o usuário muda de equipe ou precisa ser atendido em outro ponto da rede.

Sintomas semelhantes podem decorrer de causas distintas, e nem toda queixa genital corresponde a uma IST. A avaliação deve considerar diagnósticos diferenciais, condições não infecciosas e necessidade de exame físico ou referência, conforme o caso. Atribuir automaticamente qualquer sintoma à atividade sexual pode produzir estigma e atrasar outras investigações. A comunicação deve separar hipótese de confirmação, explicando o que está sendo considerado e por que determinada conduta foi proposta. Essa distinção preserva precisão clínica e reduz a possibilidade de que uma suspeita seja interpretada como conclusão definitiva.

A evolução após tratamento também precisa ser examinada no contexto. Persistência de sintomas pode decorrer de diferentes mecanismos, incluindo diagnóstico inicial incompleto, nova exposição, uso inadequado do esquema ou resistência, conforme o agente. Repetir automaticamente o mesmo medicamento pode adiar o esclarecimento e aumentar exposição desnecessária a antimicrobianos. A equipe deve revisar a trajetória e aplicar as orientações de investigação pertinentes. O cuidado longitudinal favorece essa revisão porque permite comparar o estado atual com informações anteriores, sem depender apenas da memória da pessoa.

Na análise de resultados, cura microbiológica, resolução de sintomas, resposta sorológica e ausência de nova infecção representam dimensões diferentes. A finalidade de um exame de seguimento deve ser explicitada para evitar que qualquer resultado persistente seja tratado como falha. O mesmo cuidado vale para a gestação e a avaliação neonatal, nas quais a interpretação depende do conjunto de informações maternas e da criança. Um achado isolado não deve substituir o algoritmo clínico correspondente. A qualidade da APS inclui reconhecer limites da avaliação local e articular apoio quando a decisão exige maior complexidade.

O aprofundamento clínico tem uma consequência organizacional: o serviço precisa garantir acesso ao protocolo e possibilidade de consulta entre profissionais. Memorização de todas as exceções não é uma estratégia segura de trabalho. Recomendações atualizadas, registros claros e canais de apoio reduzem variação injustificada. A educação permanente pode partir justamente das situações em que a equipe encontra dificuldade para interpretar resultados ou organizar seguimento. Dessa forma, a história natural deixa de ser

apenas conteúdo teórico e passa a orientar decisões sobre tempo, comunicação e responsabilidade pelo percurso assistencial.

2.6. Prevenção Combinada e Decisão Compartilhada

A prevenção combinada reúne medidas com mecanismos distintos e permite ajustar o cuidado a diferentes momentos de exposição. Seu valor não depende de oferecer simultaneamente todas as tecnologias a todas as pessoas, mas de construir uma combinação pertinente, compreensível e acessível. O plano precisa indicar o que cada componente procura prevenir, quais condições são necessárias para utilizá-lo e quais necessidades permanecem. A oferta se torna mais qualificada quando a pessoa consegue relacionar as opções à própria vida, em vez de receber uma enumeração de recursos sem orientação sobre seu uso.

A decisão compartilhada envolve uma responsabilidade técnica e uma responsabilidade de escuta. O profissional deve apresentar opções adequadas, explicar benefícios e limites e reconhecer situações em que uma medida precisa ser iniciada com urgência. A pessoa contribui com preferências, experiências anteriores e condições concretas de utilização. Essa interação não elimina a recomendação clínica nem transforma toda escolha em equivalente. Ela procura evitar que uma decisão tecnicamente consistente se torne impraticável porque foi construída sem conhecer obstáculos relevantes para sua continuidade.

O diálogo sobre preservativos ilustra essa necessidade. A recomendação pode ser clara e, ainda assim, não responder a dificuldades de disponibilidade, negociação, conforto ou uso adequado. A consulta pode explorar essas questões sem supor que a

pessoa desconhece a finalidade do método. Disponibilizar insumos de forma discreta e acessível, permitir perguntas e orientar segundo necessidades reais são componentes do cuidado. A discussão não deve ser utilizada para negar acesso a outras medidas preventivas quando estas são indicadas. A combinação amplia proteção justamente porque reconhece limites de uma estratégia isolada.

A PrEP e a PEP para HIV precisam ser apresentadas com diferenças de finalidade e temporalidade. A primeira integra um plano de prevenção diante de possibilidades de exposição; a segunda responde a uma exposição potencial já ocorrida e possui janela temporal definida. Nenhuma delas oferece proteção universal contra todas as IST. Explicar essa distinção ajuda a evitar dois equívocos: interpretar o uso de profilaxia como motivo para retirar outras ofertas e supor que qualquer medicamento preventivo pode ser utilizado da mesma maneira. Os protocolos nacionais orientam elegibilidade, avaliação e seguimento de cada estratégia (Brasil, 2026c, 2026d).

A vacinação acrescenta proteção por outro mecanismo e deve ser examinada conforme histórico e critérios vigentes. A prevenção de infecções associadas ao HPV e à hepatite B não depende apenas de uma conversa sobre risco sexual, mas da capacidade de verificar registros e completar o percurso de imunização quando indicado. O serviço deve evitar associar vacinação a um julgamento sobre o início ou a intensidade da vida sexual. A comunicação precisa enfatizar a finalidade preventiva e explicar que uma vacina não substitui todas as outras medidas pertinentes à saúde sexual.

O tratamento das infecções identificadas participa da prevenção, mas deve ser comunicado com precisão. A redução de

transmissibilidade depende da infecção e das condições de tratamento e acompanhamento. No HIV, a informação sobre supressão viral sustentada e ausência de transmissão sexual precisa ser apresentada de maneira tecnicamente correta e sem generalizações para outras vias de transmissão ou outras IST. O aconselhamento deve apoiar o cuidado e reduzir estigma, mantendo a importância de acompanhamento clínico. Mensagens vagas podem tanto subestimar benefícios do tratamento quanto produzir interpretações que ultrapassam a evidência disponível.

O plano preventivo deve ser revisável. Mudanças de parceria, desejo de gestação, dificuldade de adesão ou efeitos adversos podem alterar a pertinência de determinada combinação. A revisão não precisa ser interpretada como fracasso. Ela representa uma função esperada do acompanhamento longitudinal. O serviço deve criar condições para que a pessoa possa relatar interrupções e dúvidas sem receio de perder acesso. A capacidade de retomar o cuidado depois de uma dificuldade é tão relevante quanto a adesão inicial, especialmente em trajetórias marcadas por mudanças de moradia, trabalho ou rede de apoio.

Uma análise operacional da prevenção combinada pode distinguir oferta, compreensão, acesso e utilização. A equipe pode ter mencionado uma tecnologia sem que o usuário compreenda sua finalidade. Pode haver compreensão, mas ausência de acesso à dispensação. Pode ocorrer início sem possibilidade de seguimento. Cada situação pede uma resposta diferente. Medir apenas quantas orientações foram registradas não permite identificar esses pontos. A avaliação deve acompanhar o percurso e verificar se a combinação proposta se tornou efetivamente disponível, com condições de continuidade e possibilidade de revisão.

2.7. Testagem e Qualidade do Processo Diagnóstico

O teste é uma etapa de um processo diagnóstico que começa antes da coleta e continua depois da emissão do resultado. A indicação precisa responder a uma pergunta clínica; a coleta deve ser adequada; o método exige execução e interpretação corretas; o resultado precisa chegar a quem pode agir. A falha em qualquer uma dessas etapas pode limitar o benefício de uma tecnologia com bom desempenho. A análise da qualidade deve considerar o percurso completo, evitando reduzir diagnóstico à presença de kits, equipamentos ou laudos no serviço.

Antes da testagem, a equipe precisa esclarecer finalidade e limites de maneira proporcional à situação. A pessoa deve compreender por que o exame foi oferecido e quais passos podem ser necessários depois. A conversa não exige um roteiro extenso em todos os casos, mas precisa preservar espaço para dúvidas. Quando há exposição recente, sintomas ou condições que modificam interpretação, essas informações devem orientar a escolha do método e do momento. O consentimento para uma intervenção não se resume à ausência de recusa diante de uma prática apresentada como obrigatória.

A fase de execução envolve condições que frequentemente permanecem invisíveis para o usuário. Armazenamento, validade, identificação, coleta, tempo de leitura e registros interferem na confiabilidade do resultado. A equipe deve seguir instruções técnicas e procedimentos institucionais, com formação e supervisão adequadas. Um resultado inválido precisa ser reconhecido e manejado conforme o método, sem ser convertido em negativo por conveniência. A rotina de qualidade protege tanto pessoas testadas

quanto trabalhadores, pois reduz decisões baseadas em resultados cuja validade não foi assegurada.

A interpretação exige relacionar o achado ao algoritmo correspondente. Testes de triagem e testes utilizados para confirmação ou acompanhamento podem ter funções distintas. Um resultado reagente em autoteste para HIV, por exemplo, demanda acesso ao fluxo diagnóstico previsto; não deve ser apresentado como conclusão isolada sem suporte. Na sífilis, a relação entre testes treponêmicos, não treponêmicos, história e tratamento anterior é parte do raciocínio clínico. O serviço deve evitar mensagens padronizadas que apaguem essas diferenças e produzam condutas incompatíveis com a finalidade do exame.

O retorno do resultado constitui uma responsabilidade organizacional. Não basta registrar que o laudo está disponível se o usuário desconhece como obtê-lo ou não consegue retornar. A equipe precisa definir quem acompanha resultados pendentes, quais situações exigem resposta mais rápida e como realizar contato seguro. A comunicação deve respeitar privacidade e utilizar canais previamente combinados quando possível. A solução de uma perda de seguimento não pode criar outro problema por exposição indevida de informações sobre saúde sexual.

A ampliação de acesso por testagem extramuros ou autotestagem pode reduzir barreiras, mas precisa manter conexão com cuidado posterior. A autonomia de realizar um teste fora da unidade não elimina a necessidade de informação sobre interpretação e próximos passos. A qualidade da estratégia deve ser avaliada pelo percurso que ela permite concluir. Distribuição de kits e número de testes realizados informam alcance inicial; confirmação, tratamento

e vínculo ajudam a compreender o benefício assistencial. Sem essa conexão, parte das pessoas pode permanecer sozinha diante de dúvidas ou resultados reagentes.

A repetição de exames também deve ter finalidade. Em algumas situações, nova testagem é necessária por temporalidade, acompanhamento ou exposição posterior. Em outras, a repetição decorre de falta de acesso ao resultado anterior ou de desconfiança não fundamentada entre serviços. O registro longitudinal pode reduzir duplicações e permitir interpretação mais precisa. A pessoa não deve ser responsabilizada por transportar sozinha toda a memória do cuidado, embora documentos e informações que possa apresentar sejam úteis. A rede precisa construir meios de comunicação compatíveis com segurança e confidencialidade.

A avaliação do processo diagnóstico deve incluir medidas de oportunidade e conclusão. Tempo entre solicitação e coleta, proporção de resultados recebidos, necessidade de recoleta e intervalo até a conduta podem localizar falhas diferentes. Indicadores precisam ter definições claras e ser interpretados conforme gravidade e contexto. Um resultado rápido não representa qualidade se foi obtido ou interpretado inadequadamente; um percurso tecnicamente correto também pode perder benefício quando demora além do necessário. A resolutividade exige combinar confiabilidade, tempo e capacidade de resposta.

2.8. Rastreamento e Avaliação de Tecnologias Diagnósticas

Rastrear significa oferecer uma investigação a pessoas sem manifestações que tenham motivado aquela suspeita clínica, conforme critérios definidos. Essa prática deve ser distinguida da

investigação de sintomas ou de uma exposição reconhecida. A diferença importa porque o balanço entre benefícios e danos se modifica quando a intervenção alcança pessoas que não procuraram cuidado por aquele problema. Uma infecção pode ser frequente e ainda exigir análise adicional antes de justificar rastreamento amplo. A pergunta relevante é se identificar e intervir naquela população, por aquele método e naquele percurso, produz benefício líquido.

O desempenho de um teste não deve ser interpretado isoladamente da população e da finalidade. Resultados falsos positivos e falsos negativos podem ter consequências clínicas, emocionais e relacionais. A probabilidade de um resultado corresponder à condição investigada depende também de sua frequência no grupo avaliado. Essa relação não exige que todo usuário compreenda cálculos estatísticos, mas exige que o serviço evite comunicar certeza excessiva. A indicação precisa considerar o que será feito diante do resultado e quais etapas adicionais são necessárias para uma decisão segura.

O benefício de rastrear depende de uma cadeia de condições. O teste deve identificar uma situação para a qual exista uma resposta efetiva e oportuna; a pessoa precisa conseguir acessar essa resposta; e o acompanhamento deve permitir lidar com dúvidas e efeitos adversos. Um programa pode ampliar diagnósticos sem melhorar desfechos quando tratamento e seguimento permanecem inacessíveis. A avaliação de incorporação precisa examinar esse conjunto, incluindo capacidade laboratorial e carga de trabalho. O custo do exame representa apenas uma parte dos recursos necessários para sustentar a estratégia.

Os achados de Souza, Figueiredo e Travassos (2026), obtidos em gestantes acompanhadas em unidades de Salvador, demonstram a relevância de investigar infecções que podem permanecer sem manifestações reconhecidas. O desenho local e transversal, entretanto, não estima automaticamente a prevalência de todas as gestantes brasileiras nem demonstra o efeito de um programa nacional de rastreamento. A contribuição do estudo é delimitar um problema e fundamentar perguntas adicionais. A decisão de política precisa integrar evidências sobre benefício, tratamento, resistência e condições de implementação, preservando diferenças entre os agentes pesquisados.

Mycoplasma genitalium oferece um exemplo importante desse limite. As diretrizes do CDC consultadas não recomendam rastreamento de pessoas assintomáticas para esse agente e destacam dificuldades associadas à resistência antimicrobiana (Centers for Disease Control and Prevention, 2021). Portanto, a presença de uma prevalência relevante em determinada amostra não autoriza recomendar pesquisa universal ou tratamento preventivo indiscriminado. A análise deve distinguir interesse epidemiológico, investigação clínica indicada e política de rastreamento. Essa separação evita que a ampliação do conhecimento seja traduzida em intervenção sem benefício suficientemente estabelecido.

A incorporação de métodos moleculares também precisa considerar o percurso da amostra. Coleta adequada, identificação, transporte, processamento e retorno do resultado são componentes do desempenho real da rede. Uma tecnologia pode apresentar boa acurácia em condições de estudo e perder utilidade quando o tempo até a resposta é incompatível com seguimento. O

planejamento deve prever como o resultado será interpretado e quem realizará a conduta. A APS não precisa instalar todos os equipamentos, mas deve participar da construção de um fluxo que permita transformar informação laboratorial em cuidado.

Autocoleta e outras estratégias de descentralização podem ampliar possibilidades quando apoiadas por evidência e indicação apropriadas. Sua avaliação deve incluir aceitabilidade, qualidade da amostra, necessidade de orientação e acesso aos próximos passos. Uma alternativa que facilita a coleta para parte dos usuários pode criar barreiras para quem tem dificuldade de leitura, deficiência ou falta de privacidade no domicílio. A escolha de formatos precisa preservar opções e suporte. A conveniência não deve ser presumida como universal, e a autonomia depende de condições reais para utilizar a tecnologia com compreensão.

O acompanhamento de uma tecnologia nova deve observar efeitos não previstos. Aumento de resultados pode ampliar demanda por consultas, medicamentos e orientação. Uma mudança de método pode alterar séries de positividade sem representar mudança proporcional na ocorrência da infecção. A avaliação deve registrar essas transições para evitar comparações inadequadas. A inovação ganha consistência quando se articula a capacidade de resposta, equidade e monitoramento, mantendo disposição para ajustar critérios e fluxos à medida que surgem informações sobre seu funcionamento no cotidiano.

2.9. Sífilis e Interpretação Longitudinal do Cuidado

A sífilis exige relacionar manifestações, resultados laboratoriais, antecedentes e tempo. A presença de teste reagente não oferece,

isoladamente, todas as informações necessárias para definir o percurso. O registro de tratamentos anteriores e a investigação de novas exposições podem modificar a interpretação. A APS possui uma vantagem potencial por acompanhar pessoas ao longo do tempo, mas essa vantagem depende de documentação utilizável e de acesso aos resultados. Quando a memória clínica se perde a cada consulta, o cuidado pode repetir perguntas e condutas sem esclarecer a trajetória.

Os testes treponêmicos e não treponêmicos possuem funções diferentes no diagnóstico e no acompanhamento. A interpretação deve seguir o algoritmo pertinente, considerando história e contexto. A persistência de reatividade após tratamento não deve ser automaticamente classificada como falha, assim como um resultado anterior não elimina a possibilidade de nova infecção. O PCDT discute a avaliação de títulos e de resposta sorológica, incluindo situações de cicatriz sorológica e necessidade de investigação adicional (Brasil, 2025b). A equipe precisa explicar essas diferenças em linguagem compreensível para reduzir ansiedade e evitar conclusões baseadas apenas na palavra reagente.

O tratamento precisa corresponder à avaliação clínica e ao estágio identificado, com atenção a situações que exigem outro nível de investigação. Sinais neurológicos, oculares ou auditivos podem modificar a urgência e o percurso, não devendo ser tratados como simples extensão de um acompanhamento rotineiro. A função da APS inclui reconhecer essas possibilidades e articular avaliação apropriada. A existência de um tratamento amplamente utilizado no território não dispensa identificação de condições que ultrapassam a rotina local ou exigem suporte especializado.

A administração de penicilina na Atenção Primária, quando indicada, depende de preparo técnico e organização segura. O receio de reações não deve produzir encaminhamento automático de todas as pessoas, mas também não deve ser desconsiderado sem avaliação. História de alergia, condições de administração e capacidade de resposta a intercorrências precisam ser examinadas segundo protocolo. O problema não se resolve apenas por uma palestra: envolve disponibilidade de materiais, definição de responsabilidades, supervisão e oportunidade de exercitar respostas. A segurança deve ampliar acesso responsável, evitando que a ausência de preparo seja naturalizada como impedimento permanente.

O seguimento permite verificar resposta, reconhecer nova exposição e manter comunicação sobre dúvidas. A informação de retorno precisa ter finalidade clara para o usuário. Quando o serviço solicita exames sem explicar por que são necessários, uma pessoa que já não apresenta sintomas pode entender que o cuidado terminou. A equipe deve relacionar acompanhamento ao objetivo clínico e combinar um percurso possível. Se houver ausência, a análise precisa considerar barreiras, tratamento realizado em outro serviço e segurança do contato, sem presumir abandono deliberado.

O manejo das parcerias integra esse percurso, mas não pode transformar a pessoa diagnosticada em responsável exclusiva pelo comportamento de terceiros. A equipe pode oferecer informação, acesso e apoio à comunicação, respeitando riscos e preferências. Na gestação, o cuidado materno não deve ficar condicionado à presença da parceria. A responsabilidade institucional consiste em reduzir oportunidades de reinfecção e facilitar respostas, preservando autonomia e segurança. A avaliação deve distinguir

oferta de cuidado, registro de tratamento e efetiva conclusão das etapas, sem tratar informação ausente como prova suficiente de recusa.

2.10. Transmissão Vertical e Coordenação Materno-Infantil

A prevenção da transmissão vertical depende de uma sequência de oportunidades que atravessa pré-natal, parto e acompanhamento da criança. O benefício de uma etapa pode ser reduzido quando a seguinte não ocorre no tempo necessário. Por isso, a análise não deve se limitar ao número de consultas ou testes realizados. É preciso compreender quando o resultado foi conhecido, qual conduta decorreu dele, como o tratamento foi documentado e quais informações chegaram à maternidade. A coordenação materno-infantil exige uma memória compartilhada suficiente para orientar decisões, com proteção dos dados.

O pré-natal oferece oportunidades de testagem e de revisão do cuidado, mas sua existência formal não demonstra adequação de todas as etapas. Uma gestante pode comparecer regularmente e ainda enfrentar demora para receber resultado ou acessar tratamento. A avaliação precisa separar presença, oferta e conclusão. Essa distinção tem implicação prática: aumentar o número de consultas não corrige necessariamente um problema de comunicação laboratorial, assim como ampliar testagem não resolve uma barreira de administração de medicamento. O percurso deve ser reconstruído para que a intervenção corresponda à falha observada.

A pesquisa de Rosa et al. (2025) examinou orientações recebidas, evolução sorológica materna e reatividade de exames neonatais em

uma amostra hospitalar de puérperas. Esses desfechos devem ser preservados na leitura do estudo. Reatividade neonatal isolada não equivale, por si só, à confirmação clínica de sífilis congênita, cuja avaliação depende do conjunto de dados maternos e da criança. A contribuição da pesquisa está em mostrar relações e lacunas que merecem investigação, sem demonstrar que determinada orientação, isoladamente, causou ou evitou transmissão vertical.

A comunicação entre APS e maternidade deve reduzir incertezas evitáveis. Datas de exames, resultados, tratamento e acompanhamento precisam estar registrados de modo legível e acessível a quem participa do cuidado. Informações vagas, como tratada ou exame alterado, podem ser insuficientes para a decisão neonatal. O planejamento deve definir quais dados precisam acompanhar a gestante e como serão recuperados quando faltarem. A responsabilidade não pode depender exclusivamente da capacidade da usuária de lembrar detalhes técnicos ou transportar documentos entre serviços.

O nascimento não encerra o percurso. A criança exposta ou com diagnóstico precisa ter seguimento conforme a avaliação realizada, e a pessoa que gestou continua necessitando de cuidado sexual e reprodutivo. A transição para a APS deve esclarecer responsabilidades, exames, retornos e situações que exigem reavaliação. A família precisa compreender o plano sem receber conclusões contraditórias. A organização do acompanhamento deve considerar mobilidade, rede de apoio e outras demandas do período puerperal, evitando que a complexidade administrativa aumente perdas de seguimento.

A análise de casos pode apoiar aprendizagem quando reconstrói o processo com rigor. Deve distinguir o que estava disponível em cada momento, quais decisões foram possíveis e onde ocorreram barreiras. O conhecimento do desfecho posterior pode levar a julgamentos injustos sobre decisões anteriores se a incerteza original for ignorada. Uma revisão útil identifica oportunidades de melhoria e distribui responsabilidades entre assistência, laboratório, gestão e rede. O objetivo é produzir mudanças verificáveis, preservando cuidado às pessoas envolvidas e evitando exposição pública de trajetórias sensíveis.

2.11. HIV e Continuidade Entre Prevenção e Cuidado

O cuidado relacionado ao HIV reúne momentos distintos que não devem ser confundidos: prevenção antes de uma possível exposição, resposta após exposição, investigação diagnóstica e acompanhamento de uma pessoa com infecção confirmada. Cada momento possui perguntas e temporalidades próprias. A APS precisa reconhecer em qual situação a pessoa se encontra para oferecer ou articular a resposta correspondente. Uma procura por profilaxia pode revelar necessidade de investigação clínica, e um teste pode abrir uma demanda de apoio que ultrapassa a entrega do resultado.

A confirmação diagnóstica deve seguir o fluxo técnico indicado, com atenção à possibilidade de exposição recente e a situações que exigem investigação adicional. Um resultado de triagem não deve ser comunicado de forma descontextualizada. A pessoa precisa saber o que o exame permite concluir e quais passos são necessários. O serviço deve reduzir espera evitável e organizar apoio, sem transformar a incerteza em silêncio. A comunicação clara

permite que o usuário permaneça vinculado enquanto o diagnóstico é esclarecido e diminui o risco de procurar interpretações inadequadas em fontes não confiáveis.

Após a confirmação, a articulação com tratamento e acompanhamento deve ser concreta. Informar apenas o nome de um serviço não garante vínculo. A unidade precisa conhecer o fluxo, a forma de acesso e a referência para dificuldades, conforme a organização local. A pessoa pode enfrentar medo, necessidade de preservar sigilo ou barreiras materiais que dificultam a primeira consulta. Reconhecer essas condições permite oferecer apoio proporcional, mantendo sua autonomia. A coordenação deve evitar tanto abandono após o encaminhamento quanto circulação excessiva de informações sem necessidade assistencial.

A APS continua relevante para necessidades gerais de saúde de pessoas vivendo com HIV. O acompanhamento especializado, quando existente, não elimina demandas de vacinação, condições crônicas, saúde mental, saúde sexual e cuidado ao longo da vida. A divisão de responsabilidades deve ser compreensível para usuário e profissionais. Mensagens divergentes entre serviços podem dificultar confiança e continuidade. A comunicação entre equipes precisa ser suficiente para decisões compartilhadas, sem ampliar indiscriminadamente o acesso a dados sensíveis.

O princípio de que supressão viral sustentada impede transmissão sexual do HIV deve ser comunicado com suas condições, apoiando adesão e enfrentamento do estigma. O conceito não significa cura, não dispensa acompanhamento e não deve ser extrapolado para todas as vias de transmissão ou para outras IST. A informação precisa ser apresentada de modo que a pessoa compreenda seu significado

para a vida afetiva e sexual. O cuidado qualificado evita mensagens que perpetuem medo injustificado e também evita simplificações que retirem a importância da monitorização clínica.

As interrupções de acompanhamento pedem investigação de causas e possibilidade de retomada. Mudança de cidade, trabalho, efeitos adversos, sofrimento ou experiência negativa no serviço podem interferir na continuidade. O contato deve ser seguro e respeitoso, sem pressupor desinteresse. A equipe pode ajudar a identificar o ponto de ruptura e a reconstruir o acesso. A qualidade da rede é demonstrada também por sua capacidade de acolher o retorno, preservando vínculo e evitando que a pessoa receba uma resposta punitiva justamente no momento em que procura retomar o cuidado.

2.12. Outras IST e Amplitude da Resposta Clínica

A centralidade de HIV e sífilis nas ações da APS não deve tornar invisíveis outras infecções e manifestações. Clamídia, gonorreia, tricomoníase, herpes genital, HPV e hepatites possuem características próprias e exigem abordagens diferenciadas. O cuidado integrado não consiste em oferecer o mesmo painel a todas as pessoas, mas em manter capacidade de reconhecer demandas, investigar conforme indicação e organizar tratamento e seguimento. A ampliação de escopo deve preservar precisão técnica e evitar que disponibilidade de um exame determine, sozinha, sua utilização.

Nas síndromes genitais, a avaliação precisa considerar sintomas, exame quando indicado, história e possibilidades diagnósticas. A abordagem sindrômica pode ter papel em contextos definidos, mas apresenta limites, especialmente diante de infecções assintomáticas

e de diferentes causas para uma mesma manifestação. A equipe deve conhecer quando o protocolo permite conduta inicial e quando são necessários testes, reavaliação ou referência. A escolha não deve ser apresentada como oposição absoluta entre clínica e laboratório; ambos contribuem de maneiras distintas para reduzir incerteza e orientar cuidado oportuno.

A resistência antimicrobiana torna particularmente importante evitar prescrições repetidas sem revisão diagnóstica. Na gonorreia e em outras infecções bacterianas, falha aparente pode exigir avaliação de adesão, nova exposição e possibilidade de resistência, conforme as diretrizes. A disponibilidade de cultura ou testes específicos varia, mas a rede precisa definir como acessar investigação quando indicada. A APS contribui seguindo recomendações vigentes, documentando tratamentos e encaminhando informações pertinentes à vigilância. O uso responsável de antimicrobianos depende de capacidade de diagnóstico e de continuidade, além da escolha do medicamento.

O cuidado de condições virais exige comunicação sobre objetivos do tratamento e possibilidades de prevenção. A resolução de uma lesão não significa necessariamente eliminação do agente, e a persistência de uma infecção não autoriza presumir uma exposição recente ou atribuir responsabilidade a uma parceria específica. A explicação deve ser adaptada à condição e à dúvida apresentada. O serviço precisa evitar mensagens que produzam estigma duradouro ou certeza sobre aspectos que não podem ser reconstruídos clinicamente. Informação precisa pode reduzir conflitos e apoiar decisões de cuidado.

As hepatites virais demandam atenção à diferença entre identificação de marcador, avaliação da infecção e definição de tratamento. A testagem na APS deve estar conectada ao fluxo de confirmação e acompanhamento indicado. A vacinação contra hepatite B integra prevenção, enquanto não há vacina para hepatite C. Essas diferenças precisam ser comunicadas de maneira simples, sem reunir todos os resultados sob uma mesma explicação. A coordenação é relevante porque parte da investigação e do tratamento pode ocorrer em outros pontos da rede, mantendo a unidade como referência para necessidades gerais e continuidade.

A amplitude clínica também alcança manifestações extragenitais e possíveis complicações. Queixas oculares, neurológicas, articulares ou dor intensa podem modificar o raciocínio e a urgência, conforme o contexto. O serviço deve reconhecer sinais de alerta e evitar que um rótulo inicial encerre a investigação. A formação das equipes precisa apoiar perguntas pertinentes e critérios de referência. O objetivo é ampliar capacidade de reconhecer complexidade sem transformar toda demanda em encaminhamento desnecessário ou em investigação extensa sem indicação.

2.13. Ética do Sigilo e Responsabilidade Sanitária

O sigilo em saúde sexual protege a possibilidade de procurar cuidado e de relatar informações clinicamente relevantes. Sua preservação depende de práticas institucionais, e não apenas da discrição individual de um profissional. Recepção, prontuário, laboratório, farmácia, comunicação digital e ações territoriais podem expor informações em momentos distintos. A unidade precisa identificar esses pontos e limitar o compartilhamento ao necessário para a finalidade legítima do cuidado. A proteção deve ser

compreensível para usuários e trabalhadores, com regras claras sobre acesso e circulação dos dados.

A responsabilidade sanitária inclui notificações e outras comunicações previstas nas normas aplicáveis, mas não autoriza divulgação indiscriminada. Notificação à vigilância, comunicação assistencial e contato com parcerias constituem operações diferentes. Cada uma precisa ter finalidade, destinatário e conteúdo apropriados. Explicar essas distinções ajuda a reduzir medo de que qualquer resultado seja comunicado automaticamente a familiares, empregadores ou comunidade. Quando existirem limites legais ao sigilo, a equipe deve informar de maneira adequada à situação, evitando promessas absolutas que não possa cumprir.

O cuidado de adolescentes requer atenção à capacidade de compreensão, à privacidade e às situações de proteção previstas em lei e em normas profissionais. A presença de responsável não deve eliminar automaticamente a oportunidade de escuta reservada quando apropriada. Ao mesmo tempo, suspeitas de violência ou outras condições de risco podem exigir acionamento de fluxos específicos. O presente estudo não transforma essas situações em uma regra única de comunicação; enfatiza a necessidade de avaliação, suporte institucional e aplicação das normas pertinentes, preservando o acesso ao cuidado.

A informação sobre uma IST pode produzir risco relacional em contextos de coerção ou violência. O manejo de parcerias precisa considerar essa possibilidade antes de recomendar formas de comunicação. A pessoa deve poder discutir receios e receber apoio para escolher uma estratégia segura dentro dos fluxos disponíveis. O objetivo epidemiológico de ampliar diagnóstico e tratamento não

deve ser perseguido por exposição que agrave vulnerabilidade. A equipe precisa distinguir incentivo ao cuidado de pressão para revelar informação em circunstâncias que não foram avaliadas.

O registro deve ser suficiente para continuidade e proporcional à finalidade. Detalhes íntimos sem pertinência clínica aumentam exposição sem melhorar cuidado. Por outro lado, registros excessivamente vagos podem impedir interpretação de resultados e decisões posteriores. O equilíbrio exige selecionar informações relevantes e utilizar linguagem respeitosa, evitando rótulos morais. A qualidade do prontuário aparece tanto no que ele permite compreender quanto naquilo que evita perpetuar como classificação inadequada de uma pessoa.

A ética do cuidado também envolve reconhecer limites de conhecimento. Quando uma pergunta não pode ser respondida com segurança, a equipe deve explicar a incerteza e buscar apoio. Inventar certeza sobre tempo de infecção, origem da transmissão ou resultado futuro pode causar dano. A confiança não depende de respostas imediatas para tudo, mas de honestidade e continuidade na procura de uma resposta adequada. A APS fortalece sua legitimidade quando combina proteção de informações, clareza técnica e responsabilidade por acompanhar questões ainda não resolvidas.

2.14. Vigilância e Aprendizagem Orientada Pelo Percurso

A vigilância transforma registros individuais em informação para compreender padrões e orientar respostas coletivas. Seu valor depende da qualidade dos dados e da possibilidade de retorno aos serviços. Uma ficha preenchida sem análise posterior pode ser

percebida como obrigação distante do cuidado. A integração com a APS exige que os dados ajudem a reconhecer territórios, grupos e etapas com maior dificuldade de acesso ou continuidade. A informação deve produzir perguntas e decisões, preservando a proteção de pessoas identificáveis.

Os indicadores precisam ser interpretados segundo sua definição. Taxa de detecção, positividade entre testados, incidência e número de atendimentos não medem a mesma dimensão. Aumento de diagnósticos pode decorrer de maior oferta de testes, de mudança no perfil dos usuários ou de aumento de transmissão, entre outras possibilidades. A interpretação deve combinar numerador, denominador, período e contexto. Sem essa distinção, uma melhoria de acesso pode ser apresentada como fracasso do serviço, ou uma queda de registros pode ser celebrada apesar de redução da capacidade de diagnosticar.

A oportunidade dos dados também importa. Informações consolidadas podem oferecer maior consistência, mas chegar depois do momento em que uma intervenção local seria útil. Registros recentes podem orientar resposta rápida, embora sujeitos a revisão. O serviço precisa reconhecer essas diferenças e explicitar o grau de consolidação utilizado. A análise não deve misturar períodos ou bases sem cuidado. A função do monitoramento é apoiar decisões proporcionais à informação disponível, mantendo possibilidade de revisão quando novos dados modificarem a compreensão.

A vigilância pode ser articulada à revisão de percursos assistenciais. Em vez de observar apenas o desfecho final, a equipe pode examinar testagem, comunicação, tratamento, acompanhamento e

articulação com parcerias. Essa leitura ajuda a localizar onde uma intervenção tem maior possibilidade de produzir benefício. Um problema de estoque pede resposta diferente de uma dificuldade de acolhimento ou de transporte de amostras. A análise de causas deve evitar que treinamento seja utilizado como resposta automática para falhas que dependem de decisão gerencial ou investimento.

Os dados agregados precisam ser devolvidos de forma compreensível e útil. Profissionais podem contribuir para interpretar mudanças de registro e usuários podem ajudar a reconhecer barreiras que os sistemas não mostram. A participação deve ocorrer sem expor diagnósticos ou trajetórias pessoais. Mapas e painéis exigem cuidado especial em áreas pequenas, nas quais poucas características podem permitir identificação. A transparência sobre o problema coletivo não depende de tornar visível a situação íntima de pessoas determinadas.

A aprendizagem institucional se completa quando a análise gera uma ação e a ação é acompanhada. Registrar uma dificuldade sem definir quem pode modificá-la tende a reproduzir o mesmo debate em reuniões sucessivas. O planejamento deve relacionar problema, resposta, responsável e forma de observar resultado. Esses elementos não precisam compor um sistema complexo para serem úteis. A qualidade está em permitir que a equipe reconheça se a mudança facilitou cuidado, quem se beneficiou e quais ajustes continuam necessários, mantendo ligação entre vigilância, assistência e gestão.

3. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido como revisão narrativa e documental, ampliada e conferida em outubro de 2026. Foram consultados o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com IST, documentos do Ministério da Saúde sobre prevenção combinada, PrEP, PEP, HPV e sífilis, além do Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025. Dados epidemiológicos foram apresentados conforme período de referência e fonte oficial, sem estimativas próprias.

A literatura científica foi selecionada prioritariamente entre 2023 e 2026, com ênfase em pesquisas brasileiras sobre sífilis gestacional, transmissão vertical, orientações no pré-natal e IST não virais em gestantes atendidas na APS. Estudos anteriores foram mantidos quando relevantes para infraestrutura e implementação de políticas. Pesquisas locais ou com amostras específicas foram utilizadas para evidenciar mecanismos e lacunas, sem extrapolação automática para a população nacional.

A síntese foi organizada em cinco eixos: prevenção combinada, testagem e tratamento, vacinação, manejo de parcerias e equidade. Não foram utilizados prontuários ou informações identificáveis. A discussão procura integrar tecnologias biomédicas a aspectos relacionais e organizacionais, reconhecendo que a efetividade de uma intervenção depende de acesso, sigilo, confiança e continuidade.

3.1. Delineamento e Delimitação da Análise

O estudo adota delineamento narrativo e documental, com finalidade analítico-interpretativa. A pergunta central relaciona recomendações técnicas e condições de organização do cuidado às

IST na Atenção Primária do SUS. Essa escolha permite examinar documentos de naturezas diferentes e construir uma discussão sobre suas relações, sem pretender estimar um efeito agregado. O objeto não se limita a uma tecnologia ou infecção, pois a resolutividade depende de conexões entre acolhimento, diagnóstico, prevenção, tratamento, acompanhamento e rede.

A unidade de análise é a relação entre uma necessidade de cuidado e a capacidade de produzir resposta no percurso assistencial. Foram consideradas afirmações sobre fundamentos clínicos, políticas de prevenção, dados epidemiológicos, experiências de usuários e processos de trabalho. A leitura procurou distinguir oferta formal, acesso efetivo e continuidade, reconhecendo que essas dimensões podem variar independentemente. A presença de um recurso no sistema não foi utilizada como demonstração de que todos os serviços o oferecem ou de que todas as pessoas conseguem utilizá-lo.

O trabalho não corresponde a revisão sistemática, revisão de escopo ou metanálise. Não foram realizadas seleção independente por revisores, avaliação formal de risco de viés de todo o conjunto ou busca exaustiva com protocolo registrado. A ausência dessas etapas delimita o alcance das conclusões. A contribuição pretendida é uma síntese crítica de fontes pertinentes, acompanhada de proposições analíticas que tornem mais claras as condições de implementação e avaliação. O estudo não apresenta suas interpretações como estimativas de efetividade de um programa nacional.

3.2. Consultas Documentais e Seleção de Fontes

A ampliação foi desenvolvida por consultas dirigidas às referências do texto-base e a fontes relacionadas às lacunas identificadas durante a leitura. Foram utilizados títulos, autores, identificadores digitais e termos associados a IST, Atenção Primária, prevenção combinada, sífilis, profilaxias, rastreamento, confidencialidade e implementação. As consultas concentraram-se em páginas oficiais do Ministério da Saúde, documentos da Organização Mundial da Saúde, diretrizes técnicas e registros ou textos de artigos científicos. O percurso foi iterativo: uma questão identificada no texto orientou a procura de uma fonte capaz de esclarecê-la.

As referências do documento original foram conferidas quanto à correspondência entre título, autoria, período e conteúdo acessível. Datas de atualização de páginas foram diferenciadas de datas dos documentos nelas disponibilizados. Quando o acesso permitiu apenas resumo ou registro bibliográfico, a utilização da fonte ficou restrita ao que pôde ser confirmado. A existência de uma referência indexada não foi tratada como acesso automático a todos os detalhes metodológicos do trabalho. Essa cautela orientou a redação de afirmações e a escolha de informações quantitativas.

A seleção foi intencional, guiada pela contribuição para compreender o problema e pela pertinência ao contexto do SUS. Foram preservadas pesquisas recentes do texto-base e acrescentadas referências normativas ou conceituais anteriores quando necessárias. Não foi produzido um número total de registros recuperados ou excluídos, porque não houve um fluxo sistemático documentado de seleção. Números de participantes, estudos ou serviços citados ao longo do texto pertencem às fontes correspondentes e não representam uma amostra constituída por esta revisão.

3.3. Organização das Informações e Hierarquia das Afirmações

As informações foram organizadas por função analítica. Documentos normativos e protocolos foram utilizados para identificar recomendações e responsabilidades. Boletins epidemiológicos forneceram dados de vigilância com seus períodos de referência. Estudos científicos contribuíram com resultados e interpretações vinculados a desenhos e populações específicos. Matrizes e situações hipotéticas foram elaboradas para explorar decisões de organização do cuidado. Essas categorias não foram tratadas como equivalentes, pois uma recomendação normativa não comprova implementação, assim como um estudo local não estabelece representatividade nacional.

Na extração de dados quantitativos, foram preservados população, local, período, unidade e denominador quando disponíveis. As frequências observadas em gestantes de um município não foram convertidas em prevalências nacionais. Os dados de sífilis relativos a 2024 permaneceram vinculados ao boletim de 2025. O momento de consulta em outubro de 2026 não alterou o período a que esses números se referem. Essa separação permite ao leitor reconhecer o que cada dado descreve e evita comparações entre medidas produzidas para finalidades diferentes.

A interpretação dos estudos observacionais considerou limites de associação e de temporalidade. Relações entre orientação, tratamento e resultados sorológicos não foram convertidas em prova de causalidade. Da mesma forma, reatividade de exame neonatal foi diferenciada de diagnóstico clínico definido segundo algoritmo próprio. A leitura procurou identificar o desfecho efetivamente medido antes de discutir implicações. Essa atenção é necessária

porque palavras semelhantes podem representar resultados distintos e levar a conclusões excessivas quando utilizadas sem o contexto metodológico.

3.4. Procedimento de Síntese e Construção das Matrizes

A síntese foi desenvolvida pela aproximação entre problemas assistenciais e condições de resposta. Em cada eixo, a discussão procurou explicitar qual necessidade está presente, que mecanismo poderia ser modificado e quais recursos ou relações são necessários. O foco não foi reproduzir integralmente protocolos, mas analisar como suas recomendações dependem de acesso, comunicação, capacidade técnica e continuidade. As propostas foram formuladas como possibilidades de organização, sujeitas à adequação ao contexto e à avaliação posterior.

As matrizes reúnem campos comparáveis, como etapa do percurso, barreira, responsabilidade e critério de acompanhamento. Sua finalidade é tornar observáveis relações discutidas em prosa. Elas não constituem escalas validadas, instrumentos diagnósticos ou protocolos assistenciais novos. Qualquer aplicação prática exige adequação às normas, recursos, sistemas e responsabilidades locais. A presença de uma matriz no estudo não significa que tenha sido testada em um serviço ou que sua utilização produza, por si só, melhoria de resultados.

As situações hipotéticas foram construídas para explorar decisões e consequências possíveis, sem utilizar prontuários ou relatos identificáveis. Valores eventualmente empregados em demonstrações são explicitamente ilustrativos. Os exemplos não relatam atendimento real nem representam evidência de eficácia.

Seu papel é examinar a coerência entre problema, intervenção e avaliação. A análise preserva incerteza clínica e evita oferecer esquemas terapêuticos universais para situações que dependem de avaliação individual e das diretrizes pertinentes.

3.5. Limitações e Condições de Interpretação

A seleção dirigida pode privilegiar fontes mais visíveis e deixar de incorporar experiências relevantes não localizadas. A diversidade dos documentos dificulta comparações diretas, e parte das informações oficiais descreve formulação de política sem demonstrar sua implementação em todos os territórios. Os estudos locais não permitem generalização automática. Essas limitações exigem que as conclusões sejam lidas como uma interpretação fundamentada do problema, e não como descrição exaustiva de todas as práticas de atenção às IST existentes no país.

O estudo não calcula custo-efetividade, prevalência agregada, cobertura nacional de cada tecnologia ou efeito causal da organização da APS. Também não realiza avaliação jurídica de casos concretos. Discussões sobre sigilo, proteção e responsabilidades indicam dimensões que precisam ser observadas na organização do cuidado, mantendo a necessidade de aplicação das normas vigentes por instâncias competentes. O detalhamento operacional não deve ser confundido com autorização para substituir fluxos institucionais ou dispensar julgamento profissional.

A atualidade das recomendações representa outra condição de interpretação. Protocolos, critérios de oferta e políticas de incorporação podem mudar, e uma decisão nacional não demonstra disponibilidade imediata em cada unidade. O texto identifica

períodos e fontes para que o leitor reconheça esse limite. A implementação precisa verificar a recomendação aplicável e a capacidade local de resposta. A utilidade da revisão está em oferecer critérios para essa análise, preservando abertura à atualização quando novas evidências ou normas modificarem o cuidado.

3.6. Ética e Coerência Entre Evidência e Proposição

Não foram coletados dados primários de pacientes, familiares ou profissionais. O material utilizado é documental e bibliográfico, e as situações analíticas não contêm pessoas identificáveis. O estudo não apresenta resultados de intervenção em serviço nem declara validação empírica das propostas. Essa delimitação evita atribuir a uma revisão documental características de pesquisa de campo. A responsabilidade ética inclui também representar com precisão os resultados de terceiros e diferenciar achado, hipótese e recomendação.

A coerência da síntese foi examinada pela correspondência entre a pergunta formulada e o tipo de informação mobilizada. Uma proposta para reduzir atraso de tratamento deve ser acompanhada por medidas do percurso, não apenas por satisfação. Uma discussão de equidade precisa observar distribuição de acesso e barreiras, sem atribuir automaticamente diferenças a características individuais. Uma tecnologia diagnóstica deve ser analisada junto à possibilidade de resposta. Esses critérios orientam o aprofundamento dos resultados e mantêm a ligação entre fundamentos e consequências práticas.

A reflexividade exige reconhecer que a análise privilegia integralidade, equidade e continuidade como critérios de qualidade.

Essa orientação não elimina necessidades de viabilidade, segurança e priorização. Ao contrário, procura tornar explícitas as escolhas envolvidas na organização de recursos limitados. O estudo propõe que decisões sejam justificadas e revisáveis, com atenção às pessoas menos alcançadas. A síntese permanece aberta a evidências que contrariem expectativas, pois aprendizagem institucional depende de reconhecer limites e corrigir propostas quando seus resultados não correspondem ao objetivo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise mostra que a APS dispõe de grande parte das tecnologias necessárias para enfrentar as IST, mas a resolutividade depende de organizá-las em um percurso coerente. Um usuário que procura preservativos pode ser convidado a testar sem obrigação, alguém que realiza PrEP pode revisar vacinação e uma consulta de planejamento reprodutivo pode incluir testagem. Essa integração reduz atendimentos fragmentados e permite que prevenção seja adaptada às necessidades de cada momento.

A prevenção combinada também ajuda a superar uma falsa oposição entre abordagens comportamentais e biomédicas. Preservativos, PrEP, vacinação e tratamento funcionam de modos diferentes e podem ser combinados. Educação em saúde permanece necessária para apoiar escolhas e adesão. A autonomia não significa neutralidade do profissional, que deve recomendar estratégias eficazes, mas requer que decisões considerem contexto e preferências sem coerção (Brasil, 2026a).

Os dados de sífilis demonstram que a agenda precisa permanecer prioritária. Mesmo com estabilização recente de algumas taxas, o

número absoluto de casos e a ocorrência de sífilis congênita continuam elevados. A APS possui ferramentas para interromper parte desse percurso porque pré-natal, testagem e penicilina podem ocorrer no território. O desafio está em reduzir intervalos entre essas etapas e evitar que usuários sejam perdidos após resultado reagente.

O estudo de Rosa et al. (2025) mostra que orientação não é detalhe. Conhecimento sobre transmissão vertical e sífilis congênita foi incompleto entre participantes, mesmo em grupo que recebeu cuidado pré-natal. Isso sugere que informar sobre tratamento sem explicar reinfecção e consequências pode ser insuficiente. A comunicação precisa verificar compreensão, permitindo que a gestante faça perguntas e reconheça a importância do seguimento.

A pesquisa de Souza, Figueiredo e Travassos (2026) amplia o debate ao mostrar prevalência relevante de infecções não virais em gestantes. O resultado aponta lacuna entre a disponibilidade ampla de testes rápidos para algumas IST e a necessidade de diagnóstico de outras infecções. Novas políticas de rastreamento devem considerar evidência epidemiológica, custo e capacidade laboratorial, evitando ampliar exames sem garantir tratamento e retorno de resultados.

4.1. Acesso, Sigilo e Cuidado Sem Estigma

O estigma pode funcionar como barreira tão concreta quanto a falta de insumo. Usuários podem evitar a unidade por medo de julgamento ou exposição, especialmente em comunidades pequenas. Equipes precisam organizar fluxo que preserve privacidade desde recepção até dispensação de medicamentos.

Chamadas em voz alta com motivo da consulta, filas identificadas ou conversas em espaços compartilhados comprometem confidencialidade. O sigilo deve ser incorporado ao desenho físico e ao comportamento profissional.

Adolescentes necessitam acolhimento compatível com direitos e desenvolvimento. A possibilidade de falar sem presença de responsáveis em parte da consulta pode melhorar comunicação quando permitida pelas normas e avaliação profissional. A equipe deve explicar limites de confidencialidade, especialmente em situações de violência. A estratégia de resgate de HPV para 15 a 19 anos em 2026 cria oportunidade de aproximar vacinação e cuidado sexual, mas não deve ser apresentada de forma estigmatizante (Brasil, 2026b).

Pessoas LGBTQIAPN+ podem ter experiências anteriores de discriminação e evitar serviços. Perguntas sobre anatomia, práticas e prevenção devem ser clinicamente relevantes e formuladas sem pressupor identidade ou comportamento. Sistemas precisam permitir registro respeitoso de nome social quando previsto e garantir que equipes conheçam protocolos. Uma APS acolhedora melhora qualidade das informações necessárias para indicar testagem e profilaxias.

Profissionais do sexo e pessoas que usam drogas podem necessitar estratégias de redução de danos e horários compatíveis com suas rotinas. A prevenção combinada prevê múltiplas medidas e deve evitar exigências moralizantes para acesso. A oferta de PrEP, preservativos, vacinação e testagem pode ocorrer de forma integrada. A confiança é construída quando o serviço mantém

regularidade, sigilo e respeito, permitindo retornos ao longo do tempo.

A estrutura do serviço também influencia acesso. Exigir agendamento prévio para teste rápido ou limitar tratamento a poucos horários pode aumentar perda de seguimento. Quando possível, diagnóstico e primeira conduta devem ocorrer no mesmo episódio. A APS deve mapear etapas desnecessárias e medir tempo entre teste e tratamento. Reduzir burocracia é intervenção de qualidade, especialmente para condições em que transmissão continua enquanto o cuidado é adiado.

Tabela 2. Componentes da prevenção combinada e oportunidades de oferta na Atenção Primária

Componente	Oportunidade na APS	Objetivo
Preservativos e educação	Consultas, grupos e ações territoriais	Reduzir exposição a diferentes IST
Testagem rápida	Demanda espontânea, pré-natal, PrEP e planejamento reprodutivo	Ampliar diagnóstico oportuno
PrEP e PEP	Avaliação de risco e exposição recente	Prevenir aquisição do HIV
Vacinação HPV e hepatite B	Qualquer contato com situação vacinal incompleta	Prevenir infecções e doenças associadas
Tratamento de IST	Mesmo percurso do diagnóstico quando possível	Interromper transmissão e prevenir complicações
Manejo de parcerias	Após diagnóstico, respeitando sigilo e segurança	Reduzir reinfecção e cadeias de transmissão

Fonte: elaboração própria com base no Ministério da Saúde (Brasil, 2026a, 2026b) e PCDT de IST.

A Tabela 2 evidencia que a APS pode integrar medidas antes, durante e depois de uma exposição. A existência de múltiplas tecnologias amplia escolhas, mas também exige que profissionais conheçam indicações e fluxos. Uma unidade que oferta testes, mas desconhece PrEP ou vacinação, perde oportunidade de prevenção. Educação permanente precisa acompanhar mudanças nos protocolos e ser orientada pelas dúvidas reais do serviço.

4.2. Indicadores, Educação Permanente e Integração com Vigilância

A gestão local deve acompanhar indicadores que representem percurso, e não apenas quantidade de testes. Tempo entre diagnóstico e tratamento, disponibilidade de penicilina, proporção de gestantes tratadas oportunamente, parcerias avaliadas e perda de seguimento oferecem informação sobre gargalos. Para PrEP, cobertura e continuidade podem ser analisadas. Para HPV, a recuperação de jovens na estratégia de resgate ajuda a identificar alcance de ações.

A notificação de sífilis e outras condições precisa retornar ao serviço em forma de informação útil. Vigilância pode identificar aumento em determinados territórios ou grupos e discutir com equipes de APS. Esse retorno transforma preenchimento de ficha em ferramenta de planejamento. Se profissionais apenas enviam dados e nunca recebem análise, a vigilância é percebida como tarefa burocrática. Integração pressupõe fluxo bidirecional de informação.

A educação permanente pode utilizar casos de transmissão vertical como disparadores, preservando confidencialidade. Analisar o percurso ajuda a identificar atraso no pré-natal, falha de testagem, dificuldade de aplicação de penicilina, perda de parceiro ou registro incompleto. O objetivo não é procurar culpados, mas construir barreiras. Esse método aproxima a política de IST de segurança do paciente e melhoria contínua.

Treinamentos sobre penicilina devem abordar indicação, preparo, administração e manejo de reações. A insegurança profissional pode levar a encaminhamentos desnecessários e atrasar tratamento. Simulação de anafilaxia pode aumentar confiança da equipe e permitir revisar disponibilidade de materiais. Educação precisa estar acompanhada de protocolos e suporte institucional, pois conhecimento isolado não resolve ausência de medicamentos ou equipamentos.

A integração com pré-natal é indispensável. O dado de 89.724 casos de sífilis em gestantes em 2024 mostra que equipes maternas e de IST compartilham grande agenda. Testagem, tratamento e orientação não devem ser delegados a serviços especializados quando podem ocorrer na APS. Casos complexos podem exigir referência, mas a coordenação deve permanecer com a equipe que acompanha a gestação.

A vacinação também precisa comunicar-se com os programas de IST. Usuários de PrEP e grupos específicos podem possuir recomendações particulares para HPV, enquanto hepatite B deve ser verificada. Sistemas de informação e prontuários podem gerar alertas. A integração evita que o usuário frequente regularmente o serviço e permaneça sem uma intervenção preventiva disponível.

A estratégia de resgate do HPV até dezembro de 2026 cria oportunidade temporária e exige busca ativa. Escolas, agentes comunitários e serviços de saúde podem identificar jovens sem registro. A mensagem deve enfatizar prevenção de infecção e cânceres associados, sem associar vacinação a julgamento sobre início da vida sexual. A proteção é mais efetiva quando realizada antes da exposição, mas a política define faixas e grupos que precisam ser respeitados.

A pesquisa futura deve avaliar novas formas de diagnóstico na APS, incluindo testes moleculares para clamídia e gonorreia em populações selecionadas. O estudo de 2026 com gestantes oferece sinal de relevância, porém decisões nacionais exigem dados de diferentes regiões e avaliação de custo-efetividade. A incorporação de tecnologia precisa vir acompanhada de laboratório, tratamento e vigilância, evitando criar resultados sem capacidade de resposta.

Em síntese, a APS possui posição privilegiada para articular prevenção e cuidado sexual, mas precisa garantir acesso, sigilo e resolução. A magnitude da sífilis e as evidências de outras IST mostram que a agenda permanece complexa. Protocolos, vacinas e profilaxias são ferramentas poderosas quando inseridas em relações de confiança e em serviços capazes de acompanhar pessoas ao longo do tempo.

A oferta de autotestes para HIV e outras estratégias de testagem fora do serviço podem ampliar diagnóstico, mas exigem caminhos claros para confirmação e cuidado. A APS pode orientar usuários sobre interpretação e facilitar acesso após resultado reagente. Tecnologias descentralizadas aumentam autonomia quando a rede permanece disponível para suporte. Sem vínculo posterior, o benefício pode ser

reduzido. A política deve acompanhar novas formas de testagem e garantir que inovação não produza isolamento diante de um diagnóstico.

A notificação de parceiros pode utilizar diferentes estratégias conforme protocolo e contexto. Alguns usuários preferem comunicar diretamente, enquanto outros precisam de apoio do serviço. A equipe deve evitar exposição de identidade e avaliar risco de violência. A finalidade epidemiológica não justifica romper confidencialidade fora das situações previstas em norma. Protocolos precisam equilibrar interrupção de transmissão e direitos, especialmente em comunidades pequenas onde qualquer contato pode revelar informações sensíveis.

O manejo de alergia referida à penicilina merece atenção porque relatos imprecisos podem atrasar tratamento da sífilis. Profissionais precisam realizar história adequada e conhecer fluxos para avaliação quando necessária. Na gestação, a penicilina permanece fundamental para prevenção de sífilis congênita. Educação permanente sobre alergia, anafilaxia e protocolos pode reduzir encaminhamentos baseados apenas em medo. A segurança é construída com preparo, e não com retirada de uma terapia eficaz da Atenção Primária.

A saúde sexual de pessoas idosas costuma receber menor atenção, embora atividade sexual e risco de IST possam permanecer. Profissionais não devem presumir ausência de vida sexual pela idade. Testagem e prevenção podem ser oferecidas conforme exposição, utilizando linguagem respeitosa. O aumento da longevidade e novas formas de relacionamento tornam esse tema

relevante. A equidade etária exige que prevenção combinada seja acessível durante todo o ciclo de vida.

Pessoas com deficiência também podem enfrentar barreiras de comunicação e preconceitos que negam sua sexualidade. Materiais acessíveis, privacidade e apoio para tomada de decisão são necessários. O serviço deve evitar depender de acompanhantes para perguntas íntimas quando o usuário possui capacidade de comunicar-se diretamente. A prevenção combinada precisa ser adaptada sem infantilização, respeitando autonomia e utilizando recursos de acessibilidade quando necessários.

A prevenção após violência sexual exige fluxos de urgência para PEP, contracepção de emergência quando indicada, profilaxias, vacinação e cuidado psicossocial. A APS pode participar conforme organização local e deve conhecer serviços de referência. A pessoa não deve ser submetida a repetição desnecessária do relato. Integração entre urgência, atenção básica e rede de proteção reduz revitimização e melhora continuidade, mantendo prioridade à segurança e aos direitos.

O tratamento como prevenção no HIV precisa ser compreendido pelas equipes. Pessoas em terapia antirretroviral com carga viral suprimida não transmitem sexualmente o HIV, princípio que reduz estigma e amplia qualidade do aconselhamento. A APS que acompanha condições gerais de pessoas vivendo com HIV deve utilizar informação atualizada e evitar mensagens ultrapassadas. A prevenção combinada inclui tratamento e reforça que cuidado do indivíduo e proteção coletiva podem caminhar juntos.

A adesão à PrEP deve ser acompanhada sem transformar consultas em vigilância moral. Dificuldades de uso podem estar relacionadas a efeitos adversos, rotina, percepção de risco ou mudanças de relacionamento. A equipe pode discutir alternativas e estratégias de adesão, reconhecendo que a indicação também pode mudar ao longo do tempo. A autonomia inclui iniciar, manter ou interromper conforme protocolo e situação, com reavaliação e testagem apropriadas.

A integração com saúde mental e uso de substâncias pode ser necessária em alguns casos. Exposições sexuais podem ocorrer em contextos de sofrimento, coerção ou consumo, e a resposta não deve limitar-se ao teste. Redução de danos, apoio psicossocial e cuidado de saúde mental podem ser oferecidos conforme necessidade. A prevenção combinada é mais efetiva quando reconhece a pessoa integralmente e evita fragmentar problemas em programas separados.

Os sistemas de informação podem apoiar busca de seguimento sem comprometer sigilo. Alertas para retorno de sífilis ou PrEP são úteis, mas mensagens devem ser discretas e consentidas. Telefones compartilhados ou aplicativos podem expor diagnósticos. A equipe precisa perguntar qual canal é seguro. Transformação digital em saúde sexual exige desenho centrado em privacidade, pois uma comunicação bem-intencionada pode causar dano quando revela informação sensível.

A qualidade da coleta do quesito raça/cor e de outros marcadores sociais pode ajudar a identificar desigualdades de acesso e desfecho. A análise precisa ser utilizada para reduzir barreiras, não para reforçar estereótipos. Diferenças podem refletir discriminação,

território e condições socioeconômicas. Indicadores desagregados devem ser interpretados com participação de comunidades e profissionais, transformando dados em ações de equidade.

A eliminação da transmissão vertical de sífilis como problema de saúde pública depende de consistência entre municípios e não apenas de boas experiências isoladas. Certificações e metas podem estimular melhoria, mas precisam refletir vigilância confiável. A APS é o ponto onde muitas etapas ocorrem e, por isso, deve receber devolutiva dos indicadores. Quando cada caso gera análise e aprendizado, o sistema aproxima prevenção de um objetivo mensurável e compartilhado.

A integração entre IST e saúde bucal pode ser relevante em manifestações orais e na prevenção de infecções associadas ao HPV. Cirurgiões-dentistas da APS podem reconhecer lesões, orientar e encaminhar, além de reforçar vacinação quando identificam faixa elegível. Essa participação amplia portas de entrada e demonstra que saúde sexual não é responsabilidade de um único núcleo profissional. Educação interprofissional pode aumentar capacidade de reconhecimento sem transformar cada consulta odontológica em rastreamento indiscriminado.

A vigilância de resistência de *Neisseria gonorrhoeae* constitui preocupação porque opções terapêuticas podem ser comprometidas. Protocolos nacionais precisam acompanhar padrões microbiológicos e atualizar tratamento. A APS deve seguir recomendações vigentes e evitar uso empírico inadequado quando diagnóstico e alternativas são disponíveis. A coleta de amostras em situações indicadas pode contribuir para vigilância. Essa agenda

aproxima IST de stewardship de antimicrobianos e reforça a importância de sistemas laboratoriais articulados.

A educação comunitária pode ocorrer em escolas, espaços culturais e ações territoriais, mas precisa respeitar idade, direitos e diversidade. Mensagens baseadas apenas em medo tendem a produzir estigma e pouca autonomia. Abordagens que discutem consentimento, prevenção, vacinação e acesso ao serviço podem ampliar capacidade de decisão. A APS possui potencial de construir parcerias duradouras com escolas, mantendo clareza sobre confidencialidade e responsabilidades de cada setor.

A sustentabilidade da prevenção combinada depende de oferta regular de insumos. preservativos, testes, penicilina, vacinas e antirretrovirais precisam estar disponíveis de forma previsível. Desabastecimentos interrompem confiança e podem prolongar transmissão. Sistemas de logística devem monitorar estoque e consumo, enquanto equipes comunicam alternativas quando ocorre falta temporária. A política de IST precisa integrar assistência farmacêutica e gestão de insumos à discussão clínica, porque tecnologia indisponível não produz prevenção.

A sífilis funciona como marcador sensível da capacidade da Atenção Primária porque reúne prevenção, testagem, tratamento disponível, notificação, acompanhamento sorológico e manejo de parcerias. Persistência de sífilis gestacional e congênita sinaliza que algum ponto desse percurso falhou, mesmo quando a tecnologia diagnóstica estava disponível. O Boletim Epidemiológico de 2025 reforça a relevância do problema e indica necessidade de respostas contínuas. A avaliação local deve observar tempo entre teste e tratamento, disponibilidade de penicilina e seguimento, evitando

interpretar número de testes isoladamente como sinônimo de qualidade (Brasil, 2025a; Rosa et al., 2025).

O manejo de parcerias precisa ser construído com sigilo e respeito porque abordagens coercitivas podem romper vínculo e dificultar seguimento. Orientar sobre reinfecção, oferecer avaliação e facilitar acesso são componentes do cuidado. Na gestação, a proteção materna deve permanecer prioritária e não pode depender da presença da parceria. Rosa et al. (2025) identificaram lacunas de conhecimento e de registro em uma população específica. Ausência de informação sobre tratamento da parceria não comprova, isoladamente, ausência de tratamento; essa distinção deve ser preservada na interpretação.

PrEP e PEP ampliam a prevenção combinada ao permitir estratégias biomédicas ajustadas a diferentes situações de exposição ao HIV. A Atenção Primária precisa conhecer critérios, exames e fluxos para que a oferta não fique restrita a serviços especializados quando houver possibilidade local de acompanhamento. A PEP exige rapidez após exposição, enquanto a PrEP demanda seguimento regular e oportunidade para integrar testagem, vacinação e cuidado sexual. A consulta deixa de ser centrada em uma única tecnologia e passa a construir um conjunto de medidas compatível com práticas, preferências e projeto de vida do usuário (Brasil, 2026c; Brasil, 2026d).

Adolescentes e populações LGBTQIAPN+ podem encontrar barreiras adicionais quando antecipam julgamento, exposição da vida sexual ou quebra de confidencialidade. A APS precisa acolher diversidade de identidades e práticas sem transformar a consulta em interrogatório moral. Explicar limites legais do sigilo, utilizar

linguagem inclusiva e evitar pressupostos sobre parcerias favorece relato mais preciso e decisão compartilhada. A prevenção combinada depende de autonomia informada, razão pela qual o vínculo é parte da efetividade das tecnologias e não apenas característica relacional do atendimento (Brasil, 2026a; Brasil, 2025b).

A vigilância deve utilizar os dados produzidos no cuidado para localizar falhas territoriais. Aumento de positividade, concentração de casos gestacionais, reinfecções ou perda de seguimento podem orientar ações de busca ativa e educação permanente. Entretanto, indicadores precisam ser interpretados com volume de testagem e perfil populacional, pois maior detecção pode refletir ampliação do acesso. Integrar vigilância e APS permite transformar notificação em retorno para a equipe, fortalecendo aprendizagem e planejamento em vez de tratar o registro apenas como obrigação burocrática (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b).

A vacinação contra HPV e hepatite B deve ser incorporada às oportunidades de cuidado sexual e reprodutivo. Pessoas que procuram testagem, PrEP, planejamento reprodutivo ou tratamento de uma IST já estão em contato com a rede e podem ter sua situação vacinal verificada. A estratégia de resgate de HPV para jovens de 15 a 19 anos em 2026 reforça a necessidade de comunicação entre equipes clínicas e sala de vacina. Integrar prevenção, vacinação e tratamento reduz deslocamentos e transforma cada contato em oportunidade de ampliar proteção sem fragmentar o cuidado (Brasil, 2026b; Brasil, 2026a).

4.3. Leitura Crítica da Situação Epidemiológica e Definição de Prioridades

A interpretação da situação epidemiológica precisa começar pela distinção entre a ocorrência de infecção, a identificação de um caso e seu registro no sistema de vigilância. Esses acontecimentos pertencem ao mesmo percurso, mas não são equivalentes. Uma infecção pode permanecer assintomática e não ser identificada; um diagnóstico pode ocorrer sem que a notificação seja concluída; e um registro pode chegar à base depois do período utilizado para a análise. Assim, o número observado depende simultaneamente da transmissão, do acesso, da disponibilidade de testes, da aplicação das definições de caso e da qualidade do registro. A leitura territorial deve explicitar essa cadeia antes de atribuir uma variação a sucesso ou fracasso de uma intervenção.

Os dados nacionais de sífilis utilizados neste estudo se referem ao ano de 2024 e foram publicados no boletim de 2025. Eles descrevem uma carga expressiva e justificam prioridade sanitária, mas não substituem o diagnóstico situacional de cada município. Uma unidade com aumento da detecção após ampliar o horário de testagem pode estar reduzindo uma demanda reprimida. Outra, com queda de notificações durante falta de insumos, pode aparentar melhora quando ocorreu perda da capacidade de diagnóstico. Em ambos os casos, observar apenas a curva de casos conduziria a interpretação inadequada. A informação epidemiológica ganha utilidade quando acompanhada dos acontecimentos assistenciais que ajudam a explicar sua produção.

Também importa reconhecer as diferenças entre taxas e proporções. A taxa de detecção de sífilis adquirida utiliza uma referência populacional distinta daquela empregada para os indicadores gestacionais e congênitos. Comparar diretamente números expressos por habitantes e por nascidos vivos não informa qual

problema é maior. Mesmo quando o denominador é igual, a interpretação exige atenção à cobertura de serviços, à mobilidade populacional e à qualidade do cadastro. O território administrativo da unidade pode não coincidir com o território onde as pessoas trabalham, mantêm relações afetivas ou procuram atendimento. Uma análise útil deve reconhecer esses deslocamentos, em vez de presumir que todas as exposições ocorrem perto do domicílio.

Em municípios pequenos, poucos acontecimentos podem produzir grande oscilação anual. A apresentação de números absolutos ao lado das taxas ajuda a evitar que variações instáveis sejam interpretadas como mudança consolidada. Quando pertinente, períodos mais longos podem fornecer descrição mais estável, desde que não escondam episódios recentes que demandem resposta. A opção por agregar anos deve ser explicada e manter disponíveis os dados anuais para acompanhamento. O objetivo é equilibrar sensibilidade para reconhecer um problema e prudência diante da variabilidade, sem transformar cada flutuação em emergência nem usar a instabilidade estatística para adiar medidas necessárias.

A desagregação por idade, raça/cor, sexo registrado e território pode revelar desigualdades, mas depende da qualidade dessas informações. Uma categoria com muitos registros ignorados não permite conclusões firmes sobre ausência de desigualdade. Além disso, as categorias administrativas nem sempre representam identidade de gênero, práticas sexuais ou condições de vida. O uso dos dados precisa respeitar essa limitação. A análise não deve converter características sociais em explicações biológicas automáticas. Diferenças de acesso, exposição à discriminação, condições de trabalho e proteção social constituem hipóteses que precisam ser examinadas com participação das pessoas afetadas.

A definição de prioridades pode combinar magnitude, gravidade, possibilidade de intervenção e dificuldade de acesso. Um problema menos frequente pode justificar atenção imediata por envolver risco de dano grave ou uma oportunidade que se encerra rapidamente. A procura por atendimento após exposição sexual é exemplo de situação em que a urgência individual não depende da frequência do evento na série municipal. Do mesmo modo, uma gestante com dificuldade para concluir tratamento exige resposta específica ainda que o indicador agregado do pré-natal seja favorável. O planejamento territorial organiza recursos coletivos, mas não substitui a avaliação das necessidades presentes em cada encontro clínico.

A devolutiva dos dados deve mostrar o que a equipe consegue modificar. Informar apenas que a incidência permanece elevada pode produzir sensação de impotência. Apresentar que parte dos resultados reagentes permaneceu sem avaliação registrada, que houve interrupção de estoque ou que retornos foram marcados em horários incompatíveis com o trabalho abre possibilidades concretas. A vigilância pode ajudar a localizar as etapas críticas e acompanhar a mudança. Nessa perspectiva, os dados não são um julgamento externo sobre a equipe: constituem uma descrição imperfeita, porém aperfeiçoável, do percurso que o serviço oferece às pessoas.

Por fim, a interpretação epidemiológica deve manter uma separação explícita entre descrição e causalidade. Uma redução posterior à implantação de uma ação é compatível com benefício, mas também pode decorrer de mudanças na população, na testagem ou no registro. A análise local pode produzir hipóteses e orientar decisões mesmo sem demonstrar causalidade. O cuidado metodológico não exige paralisar a gestão; exige formular

conclusões proporcionais aos dados. A contribuição da revisão é sustentar essa postura: utilizar a informação disponível para agir, documentar as condições da ação e manter abertura para revisar explicações quando novos elementos surgirem.

4.4. Acolhimento, Oportunidade Clínica e Organização da Primeira Resposta

O acolhimento em saúde sexual começa antes da entrada no consultório. A forma como a recepção pergunta o motivo da procura, a disposição das cadeiras e a possibilidade de ser ouvido por outras pessoas influenciam a decisão de permanecer no serviço. Quando o usuário precisa anunciar uma exposição sexual diante de uma fila, a barreira não é apenas desconforto: pode envolver receio de violência, discriminação ou perda de vínculos. A organização da unidade deve permitir que a demanda seja apresentada de maneira reservada. Não é necessário recolher detalhes íntimos no balcão para reconhecer que uma avaliação profissional pode ser necessária.

A primeira escuta precisa distinguir uma demanda que pode ser programada de uma situação em que o tempo modifica as possibilidades de cuidado. Exposição recente ao HIV, violência sexual, sintomas intensos, sinais sistêmicos ou manifestações que sugerem complicação exigem avaliação apropriada e definição de prioridade. Essa distinção não deve ser atribuída exclusivamente a trabalhadores sem formação clínica. A recepção pode reconhecer uma solicitação de atendimento urgente e acionar o profissional responsável, sem assumir a decisão terapêutica. Um fluxo simples de acesso à avaliação evita que a pessoa seja orientada a retornar dias depois antes de ter sua necessidade compreendida.

A agenda constitui um componente clínico do cuidado. Se toda consulta precisa ser marcada com antecedência, a unidade pode funcionar adequadamente para acompanhamento de condições estáveis e falhar diante de exposições recentes. Reservar capacidade para necessidades não programadas exige conhecer a demanda e revisar a distribuição do trabalho. Isso não significa garantir que toda solicitação seja resolvida por consulta médica imediata. Significa assegurar escuta qualificada, avaliação de risco e encaminhamento responsável dentro do tempo necessário. O percurso deve ser compatível com as atribuições profissionais e com a capacidade efetiva da rede.

A pessoa também precisa saber o que ocorrerá quando o atendimento não puder ser concluído naquela unidade. Uma orientação vaga para procurar um hospital transfere ao usuário a tarefa de descobrir onde existe o recurso e como acessá-lo. O encaminhamento qualificado identifica o serviço, informa a necessidade de avaliação oportuna e transmite os dados indispensáveis por canal apropriado. Quando houver barreira de transporte, comunicação ou mobilidade, essa dificuldade precisa entrar na decisão. A responsabilidade da APS não termina ao reconhecer que outra estrutura é necessária; inclui favorecer a continuidade do percurso e evitar deslocamentos sem finalidade definida.

A descrição deve continuar durante a circulação interna. Formulários visíveis, identificação de salas por diagnósticos e chamadas em voz alta podem revelar informações que foram protegidas na recepção. A análise do ambiente deve ser feita a partir do trajeto real do usuário. Perguntar onde ele espera, quem pode ouvir, quais documentos recebe e como sai da unidade torna a discussão mais

concreta. Mudanças pequenas, como neutralidade na chamada e entrega reservada de resultados, podem corrigir falhas importantes. Sua implementação exige combinar regras claras com compreensão do motivo, para que a proteção não dependa apenas da sensibilidade individual de cada trabalhador.

O acolhimento tampouco se esgota em cordialidade. Um atendimento educado, seguido de repetidos retornos sem resolução, continua produzindo barreira. A avaliação da qualidade deve articular experiência do usuário e capacidade assistencial. Pode haver privacidade satisfatória e ausência de medicamentos; pode haver testes disponíveis e comunicação estigmatizante. A resposta precisa considerar as duas dimensões. A análise de reclamações e de percursos interrompidos permite reconhecer problemas que não aparecem em contagens de procedimentos, especialmente quando pessoas que se afastam deixam de participar das pesquisas realizadas apenas entre usuários presentes.

A equipe pode utilizar situações simuladas para revisar o fluxo de chegada. Um cenário em que alguém solicita ajuda sem querer expor detalhes permite observar se existe passagem reservada para a avaliação. Outro, com dificuldade de leitura ou de compreensão do idioma, mostra se o fluxo depende de preencher formulários sem apoio. A finalidade não é examinar trabalhadores individualmente, mas testar o funcionamento do serviço. Os achados devem produzir mudanças proporcionais, como identificação de um responsável por turno, atualização de contatos e organização de substituições nos períodos de ausência.

Por fim, a primeira resposta deve deixar uma referência reconhecível para o usuário. Ao terminar o contato, ele precisa compreender qual

foi a decisão, qual é o próximo passo e onde buscar ajuda se surgir dificuldade. Essa informação deve ser compatível com sua capacidade de compreensão e com o canal de comunicação considerado seguro. A continuidade começa no acolhimento porque é nesse momento que se estabelece se o serviço poderá ser procurado novamente. A confiança resulta da coerência entre o que se promete e o que efetivamente acontece depois.

4.5. Consulta em Saúde Sexual: Comunicação, Exame e Decisão Compartilhada

A consulta em saúde sexual exige uma combinação de rigor clínico e abertura para experiências que não cabem em perguntas padronizadas. Um roteiro pode reduzir esquecimentos, mas não deve transformar o encontro em sequência automática de questões íntimas. Antes de aprofundar a história, é útil explicar por que determinadas informações podem orientar os exames e a prevenção. Essa explicação permite que a pessoa compreenda a finalidade da conversa e sinalize dúvidas. A coleta de dados deve ser proporcional à necessidade assistencial, evitando detalhes que não modificam avaliação, conduta ou acompanhamento.

Perguntas sobre práticas e locais de exposição tendem a ser mais úteis clinicamente do que pressupostos derivados da identidade ou da aparência. Uma pessoa pode identificar-se de determinada maneira e manter práticas que o profissional não imaginaria. Do mesmo modo, vínculo conjugal não assegura ausência de exposição, e múltiplas parcerias não permitem inferir, isoladamente, uma condição clínica. A entrevista precisa acolher essa diversidade sem transformar a consulta em avaliação moral. A informação obtida orienta decisões sobre testes, exame físico, vacinação e profilaxias,

sempre em conjunto com história clínica e recomendações aplicáveis.

A comunicação deve reconhecer que lembranças sobre datas, tratamentos anteriores e resultados podem ser imprecisas. Em vez de interpretar qualquer inconsistência como falta de colaboração, o profissional pode reconstruir a cronologia com documentos disponíveis e perguntas compreensíveis. Isso é especialmente relevante na sífilis, em que resultados antigos, tratamentos e novas exposições influenciam a interpretação. O prontuário longitudinal reduz a dependência da memória, mas não elimina a necessidade de ouvir o usuário. Divergências entre relato e registro devem ser examinadas como problema de informação, mantendo respeito e abertura para correção.

O exame físico requer indicação, explicação e consentimento. A pessoa deve saber qual parte do corpo será examinada e poder expressar desconforto. A presença de acompanhante ou profissional de apoio deve seguir a necessidade, a preferência e as regras aplicáveis, sem substituir a manifestação do usuário. A privacidade material do ambiente precisa ser garantida. Exame de regiões íntimas não pode ocorrer com circulação indevida de trabalhadores ou exposição desnecessária. Quando houver história de violência, deficiência, dor ou dificuldade de comunicação, o ritmo e os recursos utilizados precisam ser ajustados.

A decisão compartilhada não significa transferir ao usuário a responsabilidade de escolher sozinho entre opções técnicas. Cabe à equipe apresentar possibilidades pertinentes, explicar benefícios, limitações e consequências e verificar o que faz sentido para aquela pessoa. Em prevenção combinada, isso pode envolver discutir

preferências de uso, condições de continuidade e barreiras concretas. A opção teoricamente mais eficaz pode ter benefício reduzido se for incompatível com a rotina ou se depender de acesso que não está garantido. A negociação deve buscar uma estratégia clinicamente adequada e viável, mantendo espaço para revisão posterior.

A compreensão pode ser verificada pedindo que a pessoa descreva, com suas palavras, como pretende seguir o plano. Esse recurso precisa ser apresentado como avaliação da clareza da explicação, e não como prova da inteligência do usuário. Se houver dificuldade, a orientação deve ser reformulada. O uso de termos como reagente, janela diagnóstica e reinfeção exige tradução para linguagem comum, sem eliminar a precisão. Materiais escritos podem complementar a conversa, mas devem considerar alfabetização, visão, idioma e risco de exposição caso sejam encontrados por terceiros.

O registro da consulta deve apoiar decisões futuras e não reproduzir integralmente a intimidade narrada. Informações pertinentes sobre exposição, sintomas, avaliação e plano precisam estar disponíveis aos profissionais envolvidos, sob regras de acesso. Descrições moralizantes ou comentários sobre aparência não contribuem para o cuidado e podem perpetuar discriminação. A documentação deve separar o que foi relatado, o que foi observado e o que foi inferido. Essa distinção favorece continuidade e reduz o risco de que uma hipótese inicial se torne diagnóstico definitivo apenas por repetição no prontuário.

Ao final, é necessário combinar um plano de acompanhamento que inclua contingências. A pessoa deve conhecer os sinais ou

circunstâncias que justificam nova avaliação, o modo de obter resultados e a referência para dúvidas. Quando o diagnóstico permanece incerto, essa incerteza deve ser comunicada de forma honesta, acompanhada de uma ação definida para esclarecê-la. A consulta de qualidade não promete eliminar toda dúvida no primeiro encontro. Ela organiza uma sequência segura de decisões e sustenta o vínculo enquanto novas informações são obtidas.

4.6. Testes Rápidos e Qualidade do Processo de Diagnóstico

A disponibilidade de testes rápidos amplia a capacidade de resposta da APS, mas a rapidez do resultado não elimina as exigências de qualidade. O processo começa na escolha apropriada do teste e inclui condições de armazenamento, verificação de validade, identificação, execução, leitura, interpretação e documentação. Uma falha em qualquer etapa pode comprometer a decisão seguinte. Por isso, o indicador de quantidade de testes realizados não descreve sozinho a qualidade diagnóstica. O serviço precisa saber se os resultados foram produzidos de maneira confiável e se receberam interpretação compatível com o contexto clínico.

As instruções do fabricante e as orientações nacionais devem ser acessíveis no local de trabalho. A familiaridade com uma marca não assegura execução correta de outra. Mudanças de lote, apresentação ou dispositivo podem exigir revisão do procedimento, especialmente quanto ao volume de amostra, ao diluente e ao intervalo de leitura. A capacitação precisa acompanhar essas mudanças. A execução não deve depender de lembranças informais transmitidas entre colegas, porque pequenas adaptações acumuladas podem afastar a prática das condições em que o teste foi avaliado.

O ambiente deve permitir identificar cada amostra sem expor o usuário. Em ações com grande demanda, existe risco de troca de dispositivos, registros e resultados. A organização do espaço e a conferência da identificação precisam ser proporcionais ao volume de trabalho. A pressa para reduzir a fila não deve eliminar etapas críticas. Caso um resultado seja inválido ou exista dúvida de execução, o serviço deve seguir o procedimento indicado, comunicar a necessidade de repetição e registrar a ocorrência. Um resultado tecnicamente inadequado não pode ser convertido em negativo para concluir o atendimento.

A interpretação requer atenção à diferença entre o que o teste detecta e o significado clínico do resultado. Na sífilis, testes treponêmicos podem permanecer reagentes após tratamento e não substituem a avaliação longitudinal. No HIV, o diagnóstico deve seguir o algoritmo aplicável, e um autoteste reagente exige continuidade no serviço para confirmação conforme orientação vigente. A janela diagnóstica também impede que um resultado não reagente seja interpretado, em qualquer momento, como exclusão definitiva de exposição recente. Essas distinções devem ser comunicadas sem excesso de termos técnicos, preservando a compreensão do próximo passo.

A entrega do resultado constitui parte do processo diagnóstico. A pessoa precisa recebê-lo em ambiente adequado, com explicação suficiente para compreender sua implicação. Quando há indicação de avaliação complementar, o serviço deve organizar o acesso e definir quem acompanha a conclusão. A expressão exame alterado, sem contextualização, pode produzir ansiedade e desorientação. Por outro lado, minimizar um resultado para evitar sofrimento pode atrasar o cuidado. A comunicação deve combinar clareza,

acolhimento e precisão sobre o que já se sabe e o que ainda precisa ser esclarecido.

A qualidade também depende de segurança ocupacional e descarte apropriado. A oferta de testes em atividades externas precisa prever condições de coleta, higienização, armazenamento temporário e manejo de resíduos. Realizar uma ação em local de grande circulação não dispensa espaço reservado para atendimento e orientação. Antes da atividade, é necessário definir como serão conduzidos resultados reagentes e como o usuário acessará a rede. Uma campanha que identifica necessidades sem oferecer continuidade pode deslocar para a pessoa o peso de resolver um problema que o serviço ajudou a revelar.

A avaliação periódica pode utilizar amostras de registros e observação do processo, com finalidade educativa. Aspectos como resultados sem identificação, repetição de testes inválidos e ausência de conduta registrada podem apontar oportunidades de melhoria. O objetivo não é vigiar cada trabalhador de forma punitiva, mas reconhecer condições que favorecem erro. Capacitação, supervisão e materiais adequados precisam acompanhar a cobrança por qualidade. Quando uma falha é identificada, a análise deve considerar carga de trabalho, organização do ambiente e disponibilidade de orientação técnica.

A autonomia proporcionada pela testagem descentralizada torna-se mais consistente quando existe uma rede de apoio. A APS pode oferecer informação sobre onde obter esclarecimento, como confirmar resultados e como iniciar acompanhamento. O usuário que realiza um teste fora da unidade continua tendo direito a acolhimento sem julgamento sobre a forma escolhida. A tecnologia

amplia portas de entrada, mas a continuidade depende de relações organizadas entre essas portas. A qualidade do diagnóstico, portanto, inclui tanto o desempenho do dispositivo quanto a capacidade do sistema de transformar o resultado em cuidado oportuno.

4.7. Rede Laboratorial, Transporte de Amostras e Retorno de Resultados

A organização laboratorial precisa ser analisada como parte do cuidado e não como um setor externo que apenas recebe solicitações. O resultado depende de uma sequência que inclui indicação, coleta, identificação, acondicionamento, transporte, processamento, liberação e avaliação clínica. Cada passagem pode produzir atraso ou perda de informação. A unidade básica não controla todas essas etapas, mas precisa conhecer o percurso e manter canais de comunicação com os serviços envolvidos. Quando o usuário é a única ligação entre profissionais e laboratório, aumentam as possibilidades de interrupção e de repetição desnecessária de exames.

A escolha do exame deve corresponder à pergunta clínica. Solicitar um painel amplo sem indicação pode identificar achados de significado incerto, aumentar custos e induzir tratamentos desnecessários. Em sentido oposto, limitar toda investigação aos testes disponíveis no próprio estabelecimento pode deixar necessidades relevantes sem avaliação. O equilíbrio exige protocolos acessíveis e possibilidade de discussão de casos. O estudo de Souza, Figueiredo e Travassos (2026) contribui para reconhecer infecções em uma população específica, mas não autoriza transformar todos os agentes pesquisados em rastreamento universal. Prevalência,

benefício do tratamento de pessoas assintomáticas, desempenho dos testes e possíveis danos precisam ser considerados separadamente.

As condições pré-analíticas devem ser explicadas de maneira compatível com o material solicitado. Erros de identificação, recipiente inadequado ou transporte fora das condições previstas podem tornar o resultado pouco confiável. A rede deve estabelecer critérios de aceitação e rejeição e comunicar o motivo de uma nova coleta. Sem essa informação, a repetição pode ser percebida como arbitrariedade ou incompetência generalizada. A equipe também precisa avaliar o impacto do retorno para pessoas que moram longe, dependem de transporte ou não podem faltar ao trabalho. Reduzir rejeições constitui medida de qualidade e de equidade.

O tempo de resposta deve ser acompanhado por tipo de exame e finalidade. Uma média global pode esconder demora justamente nos testes utilizados para decisões prioritárias. Além do intervalo laboratorial, importa medir o tempo entre liberação e avaliação pelo serviço. Um resultado disponível eletronicamente, mas não visualizado, permanece sem efeito clínico. A definição de responsáveis e substitutos evita que a ausência de um profissional interrompa o fluxo. O sistema deve sinalizar pendências de forma manejável, sem gerar tantos alertas que todos passem a ser ignorados.

A comunicação de resultados que exigem ação rápida precisa ter procedimento definido. Esse processo não deve depender de contatos pessoais informais que desaparecem com a troca de trabalhadores. É necessário estabelecer quem recebe, como confirma o recebimento e qual registro demonstra que houve

avaliação. A criticidade do resultado e o contexto clínico orientam a prioridade; nem toda alteração exige a mesma resposta. A APS deve evitar tanto a banalização de achados relevantes quanto o acionamento alarmista de usuários por situações que podem ser discutidas de maneira programada.

Nos territórios com infraestrutura limitada, o planejamento pode combinar coleta descentralizada e processamento em referência regional. A viabilidade depende de rotas, frequência de transporte, conservação e comunicação. Equipamentos sofisticados não resolvem isoladamente uma cadeia logística frágil. Antes de ampliar a oferta, a gestão precisa estimar a capacidade de processar amostras e oferecer condutas para os resultados encontrados. A incorporação de tecnologia deve incluir custos de manutenção, qualificação e reposição, evitando que um projeto inicial se torne indisponível depois de um período curto de funcionamento.

A avaliação do processo pode reunir trabalhadores da coleta, laboratório, assistência e gestão. Ao reconstruir uma solicitação que não resultou em cuidado, é possível identificar o ponto de interrupção sem presumir culpa individual. O aprendizado deve produzir uma mudança observável: melhorar a identificação, ajustar uma rota, definir devolutiva ou reorganizar a consulta de resultados. A qualidade laboratorial torna-se, assim, um atributo compartilhado da rede. O usuário percebe esse atributo quando recebe uma resposta compreensível, no tempo necessário, com orientação coerente para a etapa seguinte.

4.8. Sífilis Adquirida: Tratamento, Documentação e Interpretação do Seguimento

A sífilis adquirida requer uma abordagem que integre diagnóstico atual e trajetória anterior. A palavra reagente, registrada sem indicação do teste, data e contexto, oferece pouca informação para decisões futuras. A documentação deve permitir reconhecer quais exames foram realizados, quais antecedentes foram considerados e como se chegou à conduta. Isso reduz repetição de tratamentos por falta de acesso à história e, ao mesmo tempo, evita que um diagnóstico antigo seja usado para desconsiderar possível reinfecção. O cuidado longitudinal depende de registros suficientemente específicos, acompanhados de avaliação clínica atual.

O tratamento deve seguir o protocolo aplicável ao estágio e às condições da pessoa. Uma rotina administrativa que presume o mesmo esquema para toda situação pode produzir inadequação. Dúvidas sobre duração da infecção, tratamento prévio ou manifestações que exigem investigação adicional precisam ser discutidas. A APS pode resolver grande parte das demandas, mas sua resolutividade inclui reconhecer limites e articular apoio. Encaminhar com uma pergunta clínica explícita é diferente de transferir o caso por insegurança inespecífica. A referência deve receber informações que permitam compreender o motivo e a prioridade da avaliação.

O acesso à administração do medicamento precisa ser previsível. Ofertar o insumo sem horário viável ou sem profissional habilitado mantém uma barreira prática. Quando o tratamento envolve mais de um comparecimento, a equipe deve combinar as datas e explicar a importância da continuidade conforme o esquema prescrito. A ausência em uma etapa exige avaliação do intervalo e da conduta indicada, sem improvisar correções. A análise da dificuldade deve

incluir transporte, trabalho, receio de dor, experiências anteriores e disponibilidade do serviço, porque diferentes obstáculos exigem respostas diferentes.

O registro da administração precisa distinguir prescrição, dispensação e aplicação. Esses eventos não são intercambiáveis. Um medicamento entregue à pessoa pode não ter sido administrado; uma prescrição pode ter sido substituída; e um tratamento realizado em outro local pode ainda não estar documentado. A confirmação deve utilizar informações confiáveis, com data e identificação do procedimento. Essa distinção é relevante para seguimento individual e para indicadores. Contar prescrições como tratamentos concluídos pode produzir uma imagem favorável do serviço sem demonstrar que a etapa assistencial ocorreu.

O acompanhamento sorológico exige interpretação comparável ao longo do tempo. Variações pequenas não devem ser lidas automaticamente como agravamento, e a persistência de reatividade não equivale, por si só, a falha terapêutica. O protocolo orienta a avaliação de resposta, reinfeção e necessidade de investigação. Para a equipe, o desafio é organizar uma linha temporal que reúna resultados, tratamento e novas exposições. Para o usuário, o desafio pode ser compreender por que um exame continua reagente depois de ter recebido tratamento. A comunicação cuidadosa evita ansiedade e decisões inadequadas baseadas em uma palavra isolada do laudo.

Reações após a administração precisam receber avaliação apropriada. A equipe não deve classificar todo mal-estar como alergia nem minimizar manifestações potencialmente graves. História clínica, momento de início e características da reação

ajudam a orientar o atendimento segundo protocolo. A preparação institucional inclui materiais, competências e fluxo de resposta. O treinamento deve abordar situações reais de dúvida e reconhecer a diferença entre prevenção de eventos, identificação precoce e manejo. A segurança é fortalecida quando o trabalhador dispõe de apoio para agir, e não apenas de uma recomendação genérica para ter cuidado.

O cuidado se completa com avaliação das parcerias e oportunidades de prevenção. Isso não significa condicionar tratamento à presença de outra pessoa ou atribuir ao usuário responsabilidade exclusiva por interromper a transmissão. A equipe oferece caminhos possíveis e acompanha o que consegue ser realizado. O retorno pode incluir revisão de outras necessidades de saúde sexual, vacinação e prevenção do HIV, conforme indicação. A sífilis passa a ser uma oportunidade de cuidado integral quando a unidade consegue ampliar a conversa sem transformar o diagnóstico em motivo de estigma ou em exigência de exposição desnecessária da vida íntima.

4.9. Sífilis na Gestação e Continuidade do Pré-Natal

Na gesta o, a interpreta o do tempo assume importância particular porque oportunidades de preven o da transmissão vertical estão distribuídas ao longo do acompanhamento. O número de consultas   uma informa o relevante, mas insuficiente para avaliar a qualidade.   necessário saber quando a testagem ocorreu, se o resultado foi conhecido, qual conduta foi adotada e como o tratamento foi acompanhado. Uma gestante pode estar formalmente vinculada ao pré-natal e enfrentar uma sequência de atrasos. A reconstru o do percurso permite identificar falhas que permanecem invisíveis em indicadores de cobertura.

O início do tratamento indicado não deve aguardar a solução de questões que podem ser conduzidas paralelamente, como a presença da parceria. A gestante necessita de uma resposta centrada em sua necessidade clínica. O cuidado das parcerias continua importante para reduzir reinfecção, mas não pode constituir condição para o atendimento materno. Essa distinção precisa aparecer nas orientações e nos registros, evitando mensagens que responsabilizem a mulher pelo comportamento de outra pessoa. A equipe pode oferecer apoio e acesso, mantendo clareza sobre os limites do que está sob o controle de cada participante.

A continuidade envolve compatibilizar consultas, exames e administração de medicamentos com a realidade da gestante. Trabalho, cuidado de crianças, dependência de transporte e medo de revelar o diagnóstico podem interferir na presença. A equipe deve perguntar quais dificuldades são previsíveis e organizar alternativas possíveis. A busca de soluções não elimina a necessidade de seguir o esquema correto; procura tornar sua realização viável. Quando há interrupção, a decisão deve considerar o protocolo e a cronologia, acompanhada de uma análise da barreira que produziu a ausência.

O acompanhamento sorológico precisa estar integrado ao plano de pré-natal e ser interpretado no contexto clínico. A gestante não deve receber apenas uma lista de exames sem compreensão de sua finalidade. Também é necessário registrar resultados de modo que a equipe da maternidade possa utilizá-los. A documentação deve incluir elementos relevantes do tratamento e do seguimento, preservando confidencialidade. A ausência de informação pode levar a decisões mais conservadoras por incerteza, ampliar

procedimentos e dificultar a avaliação neonatal. Portanto, melhorar o registro é uma intervenção assistencial, não somente administrativa.

A pesquisa de Rosa et al. (2025) destaca relações entre conhecimento, registros e evolução sorológica em um grupo de puérperas. Sua interpretação precisa reconhecer o desenho e os desfechos efetivamente observados. Reatividade sorológica neonatal não equivale, isoladamente, a confirmação de infecção congênita, e uma associação estatística não demonstra que uma orientação específica causou melhora ou piora. O estudo contribui para formular perguntas sobre comunicação e continuidade. A aplicação à prática deve ocorrer em conjunto com os protocolos, evitando transformar um achado observacional em regra causal para todas as gestantes.

As ações educativas devem permitir que a gestante compreenda o motivo do tratamento, a possibilidade de reinfecção e a necessidade de seguimento. Explicações centradas exclusivamente no risco para a criança podem produzir culpa e silenciar dificuldades da mulher. A abordagem deve reconhecer sua saúde e seus direitos, além da proteção fetal. Perguntar como a orientação foi compreendida, oferecer espaço para dúvidas e discutir canais seguros de contato favorece uma participação mais informada. O resultado esperado é um plano compartilhado e executável, não apenas a assinatura de um documento afirmando que informações foram fornecidas.

A avaliação de um caso de sífilis congênita precisa examinar a rede completa. Pode haver falha na captação, testagem, disponibilidade de medicamento, administração, comunicação entre serviços ou documentação. Atribuir todo desfecho à adesão materna simplifica

uma trajetória complexa e impede aprendizado. A revisão deve distinguir o que era conhecido em cada momento, quais decisões eram possíveis e quais condições organizacionais limitaram a resposta. A finalidade é estabelecer barreiras para ocorrências futuras, mantendo acolhimento à família e responsabilidade institucional sobre a qualidade do cuidado.

4.10. Transição Entre Pré-Natal, Maternidade e Acompanhamento da Criança

A passagem da gestante para a maternidade constitui um ponto de risco informacional. Equipes diferentes podem utilizar sistemas distintos, e documentos podem estar incompletos ou indisponíveis. A pessoa não deve ser a única responsável por transportar uma história clínica complexa em situação de trabalho de parto. A rede precisa definir um conjunto de informações relevantes e meios seguros de acesso. Tratamento, datas, exames e avaliações pertinentes devem chegar em formato utilizável, evitando que dados essenciais fiquem dispersos em anotações de difícil interpretação.

A análise neonatal deve seguir o protocolo e considerar informações maternas e da criança. Um resultado sorológico isolado não substitui essa avaliação. A possibilidade de passagem de anticorpos maternos e a relação entre achados clínicos, exames e história de tratamento exigem interpretação profissional. O texto distingue exposição, suspeita e diagnóstico, porque essas categorias orientam percursos diferentes. A comunicação com a família deve usar linguagem clara sobre o que motivou a investigação e quais etapas serão necessárias, sem apresentar incerteza como confirmação definitiva nem minimizar a necessidade de acompanhamento.

A alta hospitalar é um processo de transição e precisa estabelecer continuidade. O documento entregue deve informar o que foi avaliado, as condutas realizadas, os resultados pendentes e o seguimento indicado. A APS necessita receber essas informações de modo oportuno. A família, por sua vez, precisa compreender onde ocorrerá a próxima avaliação e como proceder diante de dificuldades. Uma recomendação genérica para procurar o posto pode ser insuficiente, especialmente quando o acompanhamento exige coordenação com referência especializada ou exames em períodos definidos.

A primeira consulta após a alta deve verificar a compreensão do plano e identificar pendências. Não se trata de repetir toda a investigação hospitalar, mas de assegurar que as decisões anteriores foram incorporadas ao cuidado longitudinal. Se o documento estiver incompleto, a equipe deve buscar esclarecimento pelo canal institucional. A falta de informação não deve ser preenchida por suposições. Quando houver divergência entre orientações, a rede precisa resolver o conflito de forma coordenada, evitando que a família circule entre serviços recebendo explicações incompatíveis.

A continuidade da mulher também precisa ser preservada. O foco na criança pode fazer com que seu próprio acompanhamento seja interrompido após o parto. Consultas puerperais e contatos com a unidade oferecem oportunidades para revisar resposta ao tratamento, necessidades de prevenção e condições de vida. O cuidado materno e infantil deve ser articulado sem reduzir a mulher a uma extensão do acompanhamento da criança. A equipe pode coordenar agendas quando isso facilitar o acesso, mantendo espaço de escuta individual e proteção de informações que não precisam ser compartilhadas com acompanhantes.

A busca de seguimento deve ser feita com discrição. Uma visita domiciliar ou telefonema pode expor o diagnóstico quando a família desconhece a situação ou quando o contato ocorre por meio de terceiros. O canal seguro precisa ser discutido e atualizado. A equipe territorial pode apoiar o acesso sem divulgar detalhes desnecessários. O compromisso com a proteção da criança não elimina a necessidade de preservar direitos e avaliar riscos relacionais. Ao contrário, uma estratégia de contato inadequada pode afastar a família e dificultar a continuidade que se pretendia garantir.

A avaliação dessa transição pode utilizar medidas de processo, como disponibilidade do resumo de alta, registro de resultados pendentes e confirmação de vínculo com o seguimento. Esses indicadores não demonstram, por si só, redução de transmissão, mas permitem reconhecer falhas corrigíveis. Reuniões entre APS, maternidade e vigilância podem analisar situações selecionadas e acordar ajustes. O aprendizado deve resultar em mudanças concretas no fluxo, evitando que a repetição de discussões substitua a responsabilidade de implementar e acompanhar as decisões tomadas.

4.11. Manejo de Parcerias e Limites da Responsabilidade Individual

A abordagem das parcerias ocupa uma posição delicada entre a finalidade coletiva de interromper transmissão e a proteção da pessoa atendida. A equipe precisa oferecer caminhos que ampliem avaliação e tratamento, reconhecendo que relações afetivas e sexuais podem envolver assimetrias de poder. Uma orientação aparentemente simples, como contar o diagnóstico em casa, pode ter consequências imprevisíveis quando existem ciúme, controle

financeiro ou violência. Antes de recomendar uma forma de comunicação, é necessário perguntar sobre segurança e preferências. Essa avaliação não elimina a importância epidemiológica das parcerias; torna a resposta mais responsável e viável.

Existem diferenças entre informar uma parceria, facilitar seu acesso e confirmar que recebeu cuidado. A primeira etapa pode depender da escolha do usuário; a segunda envolve diretamente a organização do serviço; e a terceira exige registro apropriado sem violação de confidencialidade. A avaliação institucional deve reconhecer essas distinções. Uma ficha sem informação sobre tratamento da parceria não prova, por si só, que houve recusa ou ausência de tratamento. Pode haver atendimento em outro local, impossibilidade de obter informação ou falha documental. A análise precisa registrar o grau de conhecimento disponível, evitando converter ausência de dado em certeza clínica.

A APS pode reduzir barreiras ao disponibilizar atendimento em horários compatíveis e explicar como a parceria pode procurar avaliação. A pessoa convidada não deve precisar apresentar publicamente o motivo do contato nem depender da presença de quem recebeu o primeiro diagnóstico. Cada atendimento possui sua própria relação de confidencialidade. A equipe pode compartilhar apenas informações necessárias e autorizadas, dentro das normas aplicáveis. Esse cuidado é particularmente importante em comunidades pequenas, onde a proximidade social entre usuários e trabalhadores aumenta a possibilidade de identificação indireta.

A comunicação deve evitar linguagem de acusação. Identificar uma IST nem sempre permite determinar quando ocorreu a infecção ou

quem a transmitiu. Apresentar hipóteses como certezas pode intensificar conflitos e comprometer confiança. O foco assistencial está em avaliação, tratamento e prevenção de novas exposições, não em estabelecer culpa entre pessoas. A orientação pode esclarecer limites da informação clínica e reduzir interpretações equivocadas. Essa postura também protege o profissional contra o uso de seu registro como suposta comprovação de fatos que o exame não é capaz de demonstrar.

O cuidado de parcerias não pode depender exclusivamente da habilidade comunicativa da pessoa diagnosticada. O serviço deve oferecer apoio proporcional às condições locais, incluindo orientação individual e acesso facilitado. Estratégias intermediadas por profissionais, quando previstas e apropriadas, exigem protocolo, treinamento e atenção à proteção dos dados. A decisão não deve ser improvisada por mensagens em aplicativos pessoais. O planejamento precisa considerar quem realizará o contato, qual informação será transmitida, como a identidade será protegida e o que fazer quando houver risco de dano.

A reinfecção deve ser discutida como possibilidade clínica, sem interpretar automaticamente sua ocorrência como desobediência. Pode haver falha de comunicação, dificuldade de acesso da parceria, novas exposições ou percepção inadequada de proteção. A consulta permite revisar o plano preventivo e identificar qual mecanismo é mais plausível. A resposta precisa ser específica: reorganizar acesso quando houve barreira, esclarecer informação quando houve dúvida ou discutir alternativas de prevenção quando a estratégia anterior não foi viável. Uma advertência genérica para ter mais cuidado raramente esclarece o que precisa mudar.

Na avaliação do serviço, medidas de oferta e de acesso podem ser mais controláveis do que a pretensão de conhecer toda a rede sexual de cada usuário. O objetivo não é produzir um cadastro invasivo, mas reduzir oportunidades perdidas de cuidado. A documentação deve ser suficiente para orientar a assistência, com limites de acesso e retenção. A discussão proposta se alinha à necessidade de serviços de parcerias apoiados em evidências e direitos, presente nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024), sem substituir os protocolos nacionais e a avaliação de segurança em cada situação.

4.12. PrEP Oral e Organização do Acompanhamento na Atenção Primária

A ampliação da PrEP oral para o âmbito da APS precisa ser acompanhada de capacidade de avaliação, dispensação e seguimento. A proximidade territorial pode facilitar o acesso, mas não garante que o cuidado seja adequado. O serviço deve conhecer critérios de elegibilidade, condições para início, exames necessários e situações que exigem avaliação adicional, conforme o PCDT de PrEP oral (Brasil, 2025c). A descentralização não consiste apenas em disponibilizar o medicamento em outro endereço. Ela envolve transferir competências e suporte, com possibilidade de discussão de dúvidas e articulação com referências quando necessário.

A conversa inicial deve abordar expectativas e compreensão da proteção oferecida. A PrEP previne aquisição do HIV quando utilizada de acordo com a estratégia indicada, mas não substitui todas as medidas de saúde sexual. A consulta pode integrar testagem para outras IST, vacinação e discussão de métodos de barreira, respeitando preferências e contexto. Essa integração não

deve transformar o acesso em uma sequência excessiva de exigências que afaste pessoas elegíveis. O desafio é realizar avaliação suficiente para um cuidado seguro e evitar procedimentos administrativos sem finalidade clínica clara.

A avaliação de possível infecção pelo HIV antes do início e durante o acompanhamento constitui parte essencial do processo. Exposição recente, sintomas compatíveis e resultados inconclusivos podem exigir condutas específicas. A equipe não deve considerar um único resultado fora de contexto como autorização automática para iniciar ou manter qualquer estratégia. O protocolo define a investigação e os caminhos adequados. A responsabilidade da APS inclui reconhecer essas situações e garantir acesso à avaliação, com comunicação que explique a necessidade sem gerar estigma ou transmitir um diagnóstico ainda não estabelecido.

A continuidade depende da compatibilidade entre o plano de uso e a vida cotidiana. Mudanças de trabalho, deslocamento, relações afetivas e percepção de exposição podem modificar necessidades. O acompanhamento deve abrir espaço para discutir interrupções e dificuldades sem punição moral. Se a pessoa receia perder o acesso por relatar uso irregular, pode omitir informações relevantes. A equipe precisa acolher o relato e revisar a estratégia segundo protocolo. O objetivo é produzir proteção efetiva, não documentar uma adesão idealizada que não corresponde à experiência real.

A dispensação deve ser coordenada com consultas e exames para reduzir retornos desnecessários. Entretanto, simplificar o percurso não significa omitir etapas clinicamente indicadas. A gestão pode mapear quais contatos exigem presença, quais podem ser organizados de outra forma e como evitar que um atraso

administrativo produza interrupção. Essa análise deve considerar pessoas com acesso digital limitado e assegurar alternativas presenciais. A conveniência para um grupo não deve criar barreiras para outro, especialmente quando a digitalização se torna a única forma de agendar ou receber informação.

O seguimento também permite revisar efeitos adversos, condições clínicas e interações pertinentes. A pessoa precisa saber como comunicar sintomas e onde obter avaliação. A equipe deve diferenciar dúvidas que podem ser esclarecidas em contato programado de situações que exigem avaliação mais rápida. O acompanhamento não pode depender de mensagens informais sem registro ou de disponibilidade pessoal contínua de um único profissional. Canais institucionais e substituições organizadas favorecem continuidade e reduzem vulnerabilidade diante de férias, afastamentos ou mudanças da equipe.

A avaliação da implantação pode combinar alcance, continuidade e qualidade. Contar pessoas que iniciaram PrEP mostra uma etapa, mas não informa se o acesso foi equitativo, se houve seguimento adequado ou se interrupções decorreram de mudança de indicação. Nem toda saída do acompanhamento representa falha; algumas podem ser planejadas e compatíveis com a situação de exposição. A análise precisa distinguir interrupção sem informação, suspensão clínica, transferência e decisão compartilhada. Indicadores definidos dessa maneira ajudam a reconhecer necessidades reais e evitam que a busca por números transforme a continuidade em obrigação desvinculada do benefício individual.

4.13. PEP e Resposta Organizada a Exposições Recentes

A PEP exige que a rede esteja preparada antes de a exposição acontecer. A pessoa que procura atendimento pode não conhecer o serviço adequado e frequentemente chega com ansiedade ou receio de julgamento. O primeiro contato precisa reconhecer a necessidade de avaliação oportuna e evitar exigências que retardem o percurso. O protocolo de PEP orienta a análise da exposição, a indicação e o acompanhamento. A APS deve saber quais ações pode realizar diretamente e quais dependem de outro ponto da rede, incluindo as alternativas fora do horário habitual de funcionamento.

A informação sobre locais de acesso precisa ser operacional. Uma lista desatualizada de endereços não ajuda quando o serviço está fechado ou não dispõe do recurso. A equipe pode manter contatos institucionais e revisar periodicamente horários e fluxos. Essa verificação faz parte da preparação do serviço e não deve ser realizada apenas quando uma pessoa aguarda atendimento. Mudanças na rede precisam ser comunicadas às unidades e aos trabalhadores da recepção, porque são eles que frequentemente recebem a primeira solicitação. A orientação inicial pode definir se a avaliação ocorrerá em tempo oportuno.

A decisão clínica deve considerar características da exposição e da pessoa atendida, conforme protocolo. O relato precisa ser obtido com respeito e sem perguntas que não alterem a avaliação. A ausência de informações sobre a fonte não deve ser preenchida por suposições sobre identidade ou grupo social. Quando houver incerteza, a equipe deve utilizar o fluxo técnico de apoio e decidir no tempo necessário. Uma avaliação cuidadosa é compatível com rapidez; a demora por falta de organização não é sinônimo de maior rigor.

Após a decisão inicial, a continuidade precisa ser estabelecida. A pessoa deve compreender o plano prescrito, a importância do uso conforme orientação e a necessidade de seguimento. Também deve saber o que fazer se ocorrerem efeitos adversos, dificuldade para obter o medicamento ou impossibilidade de comparecer ao retorno. O acompanhamento pode incluir avaliação de outras necessidades relacionadas à exposição. O serviço deve organizar essas ações de modo coerente, evitando que o usuário receba várias orientações desconectadas ou seja responsável por reunir informações dispersas entre setores.

Exposições repetidas podem sinalizar necessidade de discutir estratégias preventivas contínuas, incluindo PrEP quando indicada. Essa conversa deve ocorrer sem julgamento e no momento adequado. A procura por PEP demonstra uma oportunidade de contato com a rede, não uma autorização para repreensão. O profissional pode explorar o contexto, reconhecer limites da estratégia anterior e oferecer alternativas. A transição entre diferentes medidas deve seguir o protocolo e considerar testagem e avaliação clínica. Não se trata de converter toda procura por PEP em indicação automática de outra intervenção.

Quando a exposição ocorre no trabalho, a organização deve garantir atendimento e registro apropriados, respeitando confidencialidade do trabalhador. A análise posterior pode identificar falhas de equipamento, treinamento ou organização do processo. O objetivo é prevenir novas ocorrências sem atribuir toda responsabilidade a uma distração individual. O cuidado imediato e a aprendizagem institucional são etapas complementares. A investigação não deve atrasar a avaliação clínica, assim como o atendimento não elimina a necessidade de revisar as condições que favoreceram o evento.

A medida de qualidade mais útil não é apenas a existência de um protocolo escrito. É a capacidade de transformar a procura em avaliação no tempo necessário e assegurar seguimento. A revisão de percursos pode identificar tentativas frustradas, deslocamentos entre unidades e informações contraditórias. Esses dados permitem corrigir pontos concretos da rede. A PEP evidencia que acesso é uma propriedade temporal: um recurso disponível depois da oportunidade clínica pode ser formalmente ofertado e, ainda assim, não responder à necessidade que motivou a procura.

4.14. DoxiPEP, Incorporação de Tecnologias e Uso Responsável de Antimicrobianos

A discussão sobre prevenção de IST bacterianas passou a incluir a profilaxia pós-exposição com doxiciclina em populações e condições específicas. A documentação da Conitec consultada registra decisão de ampliação de uso no SUS em 2026 para prevenção de clamídia e sífilis (Brasil, 2026e). Essa decisão precisa ser interpretada com atenção ao escopo e às etapas de implementação. Incorporação, financiamento, definição de protocolo e disponibilidade no território são acontecimentos relacionados, mas distintos. O texto não pressupõe que a estratégia esteja imediatamente acessível em todas as unidades ou indicada para qualquer pessoa que solicite prevenção.

A introdução de uma tecnologia preventiva exige comunicação precisa sobre quem pode se beneficiar e sobre as incertezas existentes. Evidências obtidas em determinados grupos não devem ser extrapoladas automaticamente para populações com características diferentes. A avaliação deve considerar eficácia, segurança, aceitabilidade e efeitos coletivos, incluindo resistência

antimicrobiana. A identificação da apresentação farmacêutica em um documento administrativo não equivale à definição da dose ou do esquema de uso. A prescrição e o acompanhamento precisam seguir o protocolo vigente, evitando que uma notícia sobre incorporação seja utilizada como instrução de automedicação.

O uso preventivo de antibióticos traz uma questão particular: o benefício esperado para determinadas infecções deve ser ponderado em relação às consequências do aumento da exposição a antimicrobianos. Essa análise não pode ser resolvida por uma oposição genérica entre ser favorável ou contrário à inovação. É necessário definir a população elegível, acompanhar eventos adversos e articular vigilância microbiológica. A APS pode contribuir para o uso responsável ao oferecer informação e seguir critérios de indicação, mas necessita de suporte para interpretar mudanças nas recomendações e encaminhar situações que ultrapassem sua capacidade.

A organização do serviço deve evitar que a nova estratégia substitua o restante da prevenção combinada. Testagem, vacinação, avaliação de sintomas e cuidado das parcerias continuam pertinentes conforme a situação. A pessoa precisa compreender quais desfechos a intervenção busca reduzir e quais permanecem fora de sua proteção. Mensagens simplificadas como prevenção de todas as IST produzem expectativas incorretas. A comunicação deve ser clara sem ser alarmista, permitindo decisão informada e reconhecimento de sinais ou circunstâncias que exigem avaliação.

A implementação pode ser acompanhada por um conjunto de perguntas: o serviço conhece os critérios? Há acesso à avaliação? O medicamento e o seguimento estão organizados? Existem

mecanismos de notificação de eventos adversos e articulação com vigilância? Essas perguntas ajudam a distinguir disponibilidade nominal de oferta responsável. Não se deve avaliar sucesso apenas pelo volume dispensado. Um aumento de dispensação pode representar ampliação adequada do acesso, uso fora de indicação ou mudança na demanda, dependendo do contexto. A interpretação exige conhecer a qualidade do processo.

A educação permanente deve acompanhar a incorporação desde o início. Trabalhadores precisam compreender a diferença entre prevenção e tratamento de uma infecção estabelecida, além dos limites da evidência. O usuário que apresenta sintomas necessita avaliação clínica, mesmo que utilize uma estratégia preventiva. A existência de profilaxia não exclui falha, exposição a outros agentes ou condições não infecciosas. O serviço deve evitar atalhos diagnósticos que atribuam qualquer queixa a uma condição presumida ou que descartem investigação por causa do uso de medicamento preventivo.

A análise dessa tecnologia ilustra um princípio mais amplo da política de IST: atualização científica e organização do cuidado precisam avançar juntas. A incorporação responsável envolve regras, capacidade assistencial, informação compreensível e avaliação contínua. A APS não deve permanecer alheia às mudanças, mas tampouco deve improvisar sua aplicação antes de conhecer o escopo autorizado e as condições locais. O acompanhamento de documentos oficiais permite revisar o percurso e comunicar alterações de maneira consistente, mantendo a inovação vinculada ao benefício e à segurança das pessoas.

4.15. Vacinação Contra HPV e Redução de Oportunidades Perdidas

A vacinação contra HPV deve ser integrada ao trabalho habitual da APS, de modo que a verificação da situação vacinal não dependa de uma procura específica pela sala de vacina. Consultas de adolescentes, acompanhamento de condições crônicas e contatos por outros motivos podem abrir essa oportunidade. A integração exige comunicação entre profissionais, disponibilidade de registro e orientação consistente. Encaminhar verbalmente ao final de uma consulta nem sempre garante que a vacinação aconteça. A equipe precisa compreender quais obstáculos existem entre reconhecer a elegibilidade e efetivamente administrar a vacina, respeitando recomendações e condições individuais.

A estratégia de resgate para pessoas de 15 a 19 anos não vacinadas ou sem registro, prorrogada até dezembro de 2026 na comunicação oficial consultada, possui delimitação temporal. O texto preserva essa data e não a apresenta como regra permanente. O calendário de rotina e as recomendações para grupos específicos devem ser conferidos nos documentos vigentes. Mudanças de faixa etária ou esquema precisam ser comunicadas à equipe, evitando que cartazes antigos e orientações desatualizadas continuem produzindo recusas indevidas ou expectativas incompatíveis com a política em vigor.

A busca de jovens elegíveis pode combinar escola, território e contatos assistenciais. Entretanto, a articulação intersetorial precisa definir responsabilidades e proteção de dados. A escola não necessita receber informações sobre vida sexual, diagnósticos ou outras condições clínicas para apoiar uma ação de vacinação. A

comunicação deve apresentar a vacina como prevenção de infecções e doenças relacionadas ao HPV, incluindo cânceres, sem vincular sua oferta a julgamentos sobre comportamento. Essa abordagem amplia a compreensão do benefício e reduz a possibilidade de que a vacinação seja percebida como sinal de atividade sexual.

A ausência de registro exige um fluxo claro de verificação e decisão. Sistemas eletrônicos podem ajudar, mas não estão sempre completos ou acessíveis. O serviço deve seguir as orientações aplicáveis à situação, evitando criar exigências documentais não previstas. Pessoas que mudaram de município ou perderam documentos podem enfrentar dificuldade adicional. A equipe precisa distinguir dúvida sobre histórico de contraindicação clínica. A gestão do registro é parte da qualidade da imunização e deve favorecer continuidade, sem transferir integralmente ao usuário a responsabilidade por falhas de interoperabilidade.

A hesitação vacinal deve ser abordada por escuta e informação. Perguntar qual é a preocupação permite diferenciar medo de efeitos adversos, dúvida sobre necessidade, informação incorreta e experiências negativas com serviços. Respostas padronizadas podem não alcançar a questão que determina a decisão. O profissional deve explicar benefícios e possíveis reações de maneira proporcional, reconhecer limites e manter espaço para perguntas. A confiança tende a ser prejudicada quando toda dúvida é tratada como resistência irracional. O vínculo com a APS oferece oportunidade de retomar a conversa ao longo do tempo.

O monitoramento da cobertura precisa considerar a qualidade do denominador e dos registros. Um território pode receber pessoas de

outras áreas ou ter população adolescente diferente da estimada no cadastro. A comparação entre equipes exige cuidado para não penalizar quem atende maior demanda externa ou população mais móvel. Além da cobertura, pode ser útil observar oportunidades perdidas em atendimentos de pessoas elegíveis. Essa medida ajuda a identificar falhas internas, como ausência de verificação, horário restrito da sala ou informação contraditória, que podem ser corrigidas sem depender de grandes campanhas.

A vacinação não encerra o cuidado relacionado ao HPV. Pessoas vacinadas continuam necessitando das ações de rastreamento e avaliação previstas para sua situação, e lesões ou sintomas exigem investigação quando indicada. A comunicação deve evitar tanto a ideia de proteção absoluta quanto a minimização do benefício. A APS pode integrar prevenção primária, identificação de necessidades e encaminhamento. A coerência entre essas mensagens contribui para que a pessoa compreenda que diferentes medidas atuam em momentos distintos e podem ser complementares dentro do cuidado longitudinal.

4.16. Hepatites Virais e Articulação com a Saúde Sexual

A inclusão das hepatites virais no cuidado em saúde sexual exige reconhecer diferenças entre agentes, vias de transmissão, possibilidades de prevenção e percursos terapêuticos. Tratá-las como uma categoria homogênea pode produzir orientação imprecisa. A hepatite B dispõe de vacinação, enquanto não há vacina para hepatite C. Testagem e interpretação de marcadores também possuem particularidades. A APS deve utilizar protocolos adequados e articular avaliação quando os resultados indicarem necessidade de investigação adicional. O objetivo é integrar

oportunidades sem reduzir condições distintas a uma mensagem única.

A avaliação da situação vacinal para hepatite B pode ocorrer em consultas de rotina, pré-natal, cuidado de pessoas vivendo com HIV e atendimentos por exposição, conforme indicação. O histórico deve ser verificado com atenção às recomendações para grupos específicos. A simples informação de que a pessoa tomou alguma vacina não permite concluir que o esquema está adequado. Ao mesmo tempo, dificuldades documentais devem ser resolvidas conforme orientação técnica, evitando exigências improvisadas. A equipe pode aproveitar o contato para esclarecer dúvidas e organizar a continuidade necessária.

Os resultados de testes para hepatites precisam ser explicados de acordo com o marcador identificado. Infecção atual, exposição prévia e resposta vacinal não são categorias equivalentes. A pessoa pode interpretar qualquer resultado reagente como doença ativa ou incapacidade permanente, especialmente quando recebe o laudo sem orientação. A APS deve organizar a avaliação complementar e comunicar o significado possível do achado, reconhecendo o que ainda não está definido. A clareza nessa etapa reduz estigma e evita decisões inadequadas sobre relações familiares, trabalho ou vida sexual.

O encaminhamento para avaliação especializada, quando necessário, deve ser acompanhado de informações pertinentes e de uma pergunta clínica. A unidade mantém responsabilidade por outras necessidades de saúde e pela coordenação do percurso. A pessoa não deixa de pertencer à APS porque passou a receber tratamento em referência. Comorbidades, saúde mental, vacinação

e dificuldades sociais podem continuar exigindo atenção territorial. A comunicação entre serviços reduz duplicidade de exames e orientações contraditórias, além de permitir que a equipe básica reconheça intercorrências e apoie a continuidade.

A prevenção deve considerar vias de exposição além das relações sexuais. Compartilhamento de instrumentos perfurocortantes, procedimentos sem condições adequadas de segurança e uso de drogas injetáveis, quando presente, exigem discussão específica. A abordagem precisa ser respeitosa e centrada em redução de danos. Presumir práticas com base na aparência ou no diagnóstico pode afastar o usuário e reduzir a qualidade da informação. Perguntas clinicamente relevantes, acompanhadas de explicação sobre sua finalidade, favorecem identificação de necessidades sem transformar a consulta em investigação moral.

A gestação e o período neonatal requerem coordenação conforme o agente e as recomendações aplicáveis. Resultados pertinentes precisam estar disponíveis para a maternidade, e as medidas indicadas para a criança devem ser registradas e comunicadas à APS. O percurso não pode depender apenas da lembrança da gestante em um momento de alta demanda emocional e clínica. A análise de transições permite verificar se informações e intervenções chegaram ao local certo no tempo necessário. A lógica de continuidade discutida para sífilis também é útil aqui, respeitando as diferenças clínicas.

A avaliação dos serviços pode observar confirmação diagnóstica, acesso à referência, início de acompanhamento e continuidade, sem confundir encaminhamento emitido com cuidado realizado. A redução de perdas entre essas etapas depende de contatos

institucionais e de informação compartilhada de maneira segura. Quando o usuário não comparece, é preciso investigar barreiras e eventual atendimento em outro local. O diagnóstico de hepatite não deve resultar em um registro estático no prontuário. Ele precisa desencadear um percurso definido, compatível com a condição identificada e com as necessidades da pessoa.

4.17. Sintomas Genitais, Diagnóstico Diferencial e Persistência de Queixas

A presença de corrimento, úlcera, dor ou desconforto genital exige avaliação que considere IST e outras causas possíveis. Nem todo sintoma genital decorre de transmissão sexual, e nem toda IST produz manifestações visíveis. Essa distinção protege contra dois erros: excluir infecção por ausência de sintomas e atribuir automaticamente qualquer queixa a uma IST. O raciocínio clínico deve integrar história, exame e testes disponíveis, utilizando os protocolos pertinentes. A abordagem sindrômica pode ter papel em determinados contextos, mas seus limites precisam ser reconhecidos, especialmente diante de persistência ou recorrência.

A história deve esclarecer início, evolução, tratamentos anteriores e fatores associados, sem exigir detalhes íntimos sem relevância. O uso prévio de medicamentos pode modificar manifestações e dificultar interpretação. A pessoa pode ter utilizado produtos por conta própria ou recebido orientação em outro serviço. Perguntar de maneira acolhedora favorece relato mais completo. A resposta não deve se limitar à reprovação da automedicação; precisa compreender por que ocorreu e organizar uma alternativa acessível. Ausência de atendimento oportuno e experiências anteriores podem ter contribuído para a escolha.

O exame físico precisa ser dirigido e consentido. A avaliação de lesões, secreções e sinais associados pode orientar hipóteses, mas nem sempre permite definição etiológica. Quando exames complementares são indicados, a unidade deve organizar coleta e retorno. A disponibilidade limitada exige decisões proporcionais à situação, não abandono do raciocínio clínico. A OMS apresenta orientações para manejo de síndromes sintomáticas, incluindo persistência de corrimentos e dor abdominal baixa (WHO, 2021). Sua utilização deve ser articulada aos protocolos nacionais e aos recursos da rede.

A persistência de sintomas após tratamento não deve desencadear automaticamente repetição do mesmo medicamento. É necessário revisar o diagnóstico, a adequação do esquema, a realização do tratamento, novas exposições e a possibilidade de outra condição. O processo deve evitar atribuir toda persistência à pessoa. Pode haver resistência, infecção por agente não contemplado, causa não infecciosa ou interpretação inicial inadequada. A consulta de retorno oferece oportunidade de reconstruir o percurso e definir investigação adicional, em vez de repetir uma conduta por falta de acesso à informação anterior.

A investigação de sítios extragenitais pode ser pertinente conforme práticas, sintomas e recomendações. O profissional não deve presumir que uma amostra de um único local responde a todas as possibilidades de exposição. Ao mesmo tempo, não se justifica solicitar exames indiscriminados sem uma pergunta clínica ou indicação de rastreamento. A conversa sobre práticas ajuda a orientar a decisão. A infraestrutura de coleta e processamento precisa ser conhecida para que a solicitação corresponda ao material adequado e produza um resultado interpretável.

As condições não infecciosas também precisam entrar no diagnóstico diferencial. Irritação por produtos, alterações dermatológicas e outras situações podem produzir queixas semelhantes. O reconhecimento dessas possibilidades evita exposição desnecessária a antimicrobianos e encaminhamentos baseados em um rótulo incorreto. Quando a avaliação ultrapassa a capacidade local, a referência deve receber descrição objetiva e histórico das condutas já realizadas. A continuidade na APS permanece importante para acompanhar resposta, esclarecer dúvidas e evitar que a pessoa fique sem cuidado durante a espera.

A comunicação deve explicar a hipótese e seus limites. Quando não há diagnóstico etiológico definido, o usuário precisa entender por que uma conduta foi proposta e como será avaliada. O retorno deve ter finalidade clara, especialmente se os sintomas não melhorarem ou se surgirem sinais que demandem nova avaliação. A incerteza clínica pode ser manejada com segurança quando existe acompanhamento organizado. O problema não é reconhecer dúvida, mas deixar a pessoa sem orientação e sem caminho para reavaliar uma situação que permanece aberta.

4.18. Resistência Antimicrobiana e Responsabilidade Compartilhada

A resistência antimicrobiana constitui um problema que ultrapassa a decisão de uma consulta, mas é influenciado pela forma como diagnóstico e tratamento são organizados. Na atenção às IST, o uso repetido de antibióticos sem avaliação adequada pode produzir exposição desnecessária e dificultar o manejo de infecções. A resposta não deve ser apenas restringir prescrições. É necessário garantir acesso ao diagnóstico, protocolos atualizados e suporte para

situações de falha ou persistência. A qualidade do uso depende das condições em que o profissional decide e da possibilidade de acompanhar o resultado.

A distinção entre tratamento empírico indicado e prescrição indiscriminada é importante. Em algumas situações, aguardar confirmação pode não ser a melhor decisão, conforme protocolo e contexto clínico. Em outras, repetir esquemas sem revisar a hipótese aumenta risco de inadequação. O raciocínio precisa ser documentado de forma proporcional, explicando a indicação e o plano de seguimento. Essa documentação permite que outro profissional compreenda a escolha e evita que uma conduta inicial se perpetue por simples reprodução do prontuário.

A gonorreia exige atenção às recomendações terapêuticas vigentes e à vigilância de resistência. A APS deve conhecer o fluxo para investigação de possível falha e para obtenção de amostras quando indicada. A ausência de laboratório no próprio estabelecimento não elimina a necessidade de articulação regional. O serviço precisa saber para onde encaminhar material e informações relevantes. Sem esse vínculo, episódios de persistência podem ser tratados repetidamente sem contribuir para a identificação de padrões que exigem resposta coletiva.

No caso de *Mycoplasma genitalium*, a identificação em pesquisas não implica recomendação de rastreamento de todas as pessoas assintomáticas. As orientações do CDC de 2021 explicitam limites para essa prática e a relevância da resistência no manejo. A discussão neste estudo utiliza esse ponto para mostrar que detectar um microrganismo e demonstrar benefício de um programa de rastreamento são questões diferentes. A decisão de incorporar testes

deve considerar consequências terapêuticas, possibilidade de acompanhamento e riscos de ampliar uso de antibióticos sem benefício demonstrado para a população avaliada.

A assistência farmacêutica pode apoiar a qualidade ao identificar dificuldades de obtenção, uso e tolerabilidade. A dispensação é uma oportunidade de verificar compreensão, sem substituir a avaliação clínica ou modificar o esquema de modo informal. Dúvidas devem ser encaminhadas por canais definidos. A integração entre prescritor e farmacêutico permite corrigir inconsistências e orientar o usuário de maneira coerente. Quando cada profissional apresenta uma explicação distinta, a pessoa pode interromper o tratamento ou escolher apenas parte das orientações.

A educação comunitária sobre antimicrobianos precisa reconhecer as condições que favorecem automedicação. A mensagem para não utilizar antibióticos sem orientação é insuficiente se o serviço não oferece acesso quando surgem sintomas. A prevenção do uso inadequado envolve disponibilidade de avaliação, comunicação compreensível e seguimento. O usuário precisa saber que melhora parcial não necessariamente esclarece o diagnóstico e que compartilhar medicamentos pode produzir dano. A conversa deve evitar culpabilização e construir alternativas práticas para futuras situações de dúvida.

A avaliação do uso de antimicrobianos pode examinar adequação ao protocolo, indicação documentada e conduta diante de persistência. O volume total de prescrições, isoladamente, não define qualidade: pode variar com a demanda, o perfil clínico e a ampliação do acesso. A análise deve ser contextualizada e orientada a melhoria. O objetivo é preservar opções terapêuticas e oferecer tratamento oportuno às

peessoas que necessitam, evitando tanto excesso quanto subtratamento. Essa responsabilidade é compartilhada entre assistência, laboratório, vigilância, gestão e usuários informados.

4.19. Adolescência, Autonomia e Acesso Protegido

O cuidado de adolescentes requer atenção simultânea ao desenvolvimento, à autonomia e à proteção. A equipe não deve presumir incapacidade para compreender informações nem considerar que toda decisão pode ser tratada da mesma maneira em qualquer idade e contexto. A avaliação precisa observar as normas aplicáveis, a situação clínica e a possibilidade de violência ou exploração. A confidencialidade deve ser explicada, incluindo seus limites. Essa conversa favorece confiança porque informa antecipadamente como o serviço utilizará os dados e em quais situações pode ser necessário acionar outros mecanismos de proteção.

A presença de responsáveis pode apoiar o cuidado, mas também pode limitar a expressão de dúvidas. Quando apropriado, uma parte da consulta em ambiente reservado permite que o adolescente fale sobre temas que não conseguiria abordar diante de familiares. A equipe deve conduzir essa organização de forma natural, evitando apresentá-la como sinal de suspeita. O objetivo é criar condições para uma avaliação mais completa. A participação familiar pode ser retomada de maneira adequada, respeitando a segurança, a vontade e as responsabilidades previstas para cada situação.

A linguagem precisa ser compreensível sem infantilização. Termos técnicos podem ser explicados com exemplos e verificação de entendimento. A informação sobre prevenção deve incluir

consentimento, reconhecimento de situações de coerção, acesso a serviços e possibilidades de proteção. Uma abordagem centrada apenas em consequências negativas pode reduzir a abertura para perguntas. A educação deve desenvolver capacidade de decisão e de procura de ajuda. O adolescente precisa saber que poderá retornar mesmo se a estratégia inicialmente combinada não tiver sido utilizada ou se uma nova exposição ocorrer.

As barreiras de acesso podem envolver horário escolar, dependência de transporte, falta de documentos em mãos e receio de encontrar conhecidos. A unidade deve avaliar quais exigências são necessárias e quais resultam apenas de hábitos administrativos. O atendimento em saúde sexual não deve criar uma porta identificável que exponha quem a procura. A organização de horários e fluxos pode ser discutida com adolescentes e com a rede intersetorial. Sua participação ajuda a reconhecer obstáculos que adultos podem subestimar, como o modo de chamar uma pessoa ou enviar uma mensagem.

A articulação com escolas pode ampliar informação e vacinação, mas não substitui o espaço clínico confidencial. Atividades coletivas não são apropriadas para recolher relatos pessoais ou identificar publicamente quem precisa de testagem. A equipe pode divulgar como acessar atendimento e oferecer canais de esclarecimento. A escola, por sua vez, pode apoiar ações educativas e reconhecer situações que demandam proteção, conforme responsabilidades. O planejamento conjunto deve delimitar quais informações são compartilhadas e impedir que a cooperação se converta em circulação desnecessária de dados íntimos.

O ambiente digital integra a experiência de muitos adolescentes e pode produzir tanto acesso à informação quanto desinformação e exposição. A consulta pode explorar dúvidas trazidas de redes sociais sem ridicularizar a fonte utilizada. A equipe precisa oferecer referências confiáveis e orientar canais seguros de contato. Mensagens em aparelhos compartilhados ou notificações visíveis podem revelar atendimento ou diagnóstico. A estratégia digital deve ser pactuada e permitir mudança de preferência. A ausência de resposta não autoriza insistência ilimitada nem contato com terceiros sem avaliação do contexto.

Quando há suspeita de violência, o serviço deve seguir os fluxos de proteção e cuidado, evitando investigação improvisada e repetição desnecessária do relato. A prioridade é garantir segurança, avaliação clínica e apoio, com documentação objetiva. O adolescente não deve ser responsabilizado por resolver sozinho a situação. A equipe precisa conhecer referências e formas de articulação, inclusive fora do horário habitual. A proteção se torna mais efetiva quando o serviço consegue agir de maneira coordenada e explicar os próximos passos com linguagem compatível com a compreensão da pessoa atendida.

4.20. Diversidade Sexual e de Gênero na Organização do Cuidado

A atenção a pessoas LGBTQIAPN+ exige reconhecer experiências de discriminação que podem influenciar a procura por serviços. A equipe não deve presumir que todo usuário teve a mesma trajetória nem reduzir suas necessidades à prevenção de IST. Saúde sexual constitui uma dimensão do cuidado integral, que pode incluir condições crônicas, saúde mental, reprodução, vínculos e bem-estar. O acolhimento precisa permitir que cada pessoa apresente suas

prioridades. A associação automática entre identidade e infecção reforça estigma e pode comprometer a confiança necessária para uma avaliação clínica adequada.

O uso respeitoso do nome e dos pronomes deve estar articulado ao funcionamento dos registros. Sistemas que exibem informações incompatíveis com a forma de identificação utilizada podem produzir constrangimento na chamada, no laboratório e na dispensação. A equipe precisa conhecer as possibilidades e regras de registro, além de orientar trabalhadores de diferentes setores. A proteção não se limita ao consultório. Uma consulta acolhedora pode ter seu benefício reduzido quando o usuário é exposto na recepção ou precisa corrigir repetidamente a forma como é tratado.

A avaliação clínica deve considerar anatomia, práticas e condições relevantes sem transformar a identidade em objeto de curiosidade. Perguntas precisam ter finalidade assistencial explícita. Uma pessoa trans pode necessitar de cuidados relacionados a órgãos presentes, independentemente do marcador administrativo de sexo. O serviço deve evitar tanto omissão de ações preventivas quanto procedimentos inadequados por aplicação automática de um cadastro. A decisão exige escuta, conhecimento técnico e, quando necessário, apoio especializado. O objetivo é oferecer cuidado pertinente à pessoa concreta, sem pressupostos baseados apenas em categorias.

A prevenção combinada deve ser apresentada como conjunto de possibilidades, com indicação individualizada. Não se deve presumir que toda pessoa de determinada identidade necessita da mesma tecnologia, nem restringir acesso por julgamentos sobre suas relações. A discussão de PrEP, PEP, testagem e vacinação precisa

considerar exposição, preferências e protocolos. O acolhimento favorece informações mais precisas sobre necessidades reais. A equidade não significa criar uma conduta clínica uniforme para um grupo, mas reduzir barreiras e garantir que critérios sejam aplicados de maneira consistente e respeitosa.

A formação dos trabalhadores deve incluir situações de comunicação e organização, além de conceitos gerais sobre diversidade. Um treinamento pode utilizar exemplos de erro de chamada, formulários excludentes ou perguntas sem relevância clínica para discutir alternativas. A participação de pessoas com experiência no território pode ajudar a identificar problemas e avaliar mudanças. Entretanto, não se deve transferir a usuários a obrigação de ensinar continuamente a equipe durante cada atendimento. A instituição precisa assumir responsabilidade pela qualificação e pela correção de práticas discriminatórias.

A análise de queixas e de abandono de seguimento pode revelar falhas pouco visíveis nos indicadores habituais. Uma pessoa pode deixar o serviço depois de um episódio de discriminação sem registrar reclamação formal. Por isso, avaliações de experiência precisam oferecer meios seguros e acessíveis de manifestação. A gestão deve considerar que ausência de denúncia não demonstra ausência de problema. O tratamento das manifestações exige proteção contra exposição e retorno sobre providências possíveis. A confiança depende da capacidade de reconhecer falhas e produzir mudanças observáveis.

As diretrizes da OMS para populações-chave reforçam a importância de intervenções que enfrentem barreiras sociais e de acesso, além das tecnologias biomédicas (WHO, 2022). No contexto da APS, essa

perspectiva pode ser traduzida em práticas concretas de acolhimento, registro, participação e continuidade. A discussão não pretende homogeneizar populações distintas. Seu propósito é mostrar que a efetividade de uma medida depende de condições institucionais que permitam utilizá-la sem discriminação. A política de saúde sexual precisa ser avaliada também pelo modo como trata quem historicamente encontra maior dificuldade de acesso.

4.21. Pessoas Idosas, Deficiência e Acessibilidade na Saúde Sexual

A sexualidade de pessoas idosas frequentemente recebe pouca atenção nos serviços, seja por constrangimento profissional, seja pela suposição de ausência de atividade sexual. Essa omissão pode reduzir oportunidades de prevenção e diagnóstico. A idade, isoladamente, não define práticas, desejos ou exposição. A consulta deve permitir abordar o tema de maneira respeitosa e clinicamente pertinente, sem curiosidade indevida. Mudanças de relacionamento, novas parcerias e dúvidas sobre prevenção podem ocorrer em diferentes momentos da vida. A APS possui condições de reconhecer essas necessidades quando mantém uma abordagem integral.

A comunicação com pessoas idosas deve considerar audição, visão, letramento e preferência, sem presumir incapacidade. Materiais com letras pequenas ou linguagem excessivamente técnica podem dificultar compreensão. A presença de familiares não elimina a necessidade de dirigir perguntas à própria pessoa e oferecer privacidade quando apropriado. Informações sobre saúde sexual podem ser particularmente sensíveis em relações de dependência. A equipe deve avaliar como realizar orientações e contatos de forma

segura, mantendo autonomia e proteção. O cuidado não deve ser infantilizado nem restrito ao manejo de doenças crônicas.

Pessoas com deficiência enfrentam barreiras que variam conforme condições físicas, sensoriais, intelectuais e contextos sociais. A acessibilidade precisa abranger entrada no serviço, mobiliário, comunicação, exame e tomada de decisão. Uma rampa não resolve a falta de recursos para comunicação com pessoa surda; um material acessível não resolve uma mesa de exame inadequada. A análise deve identificar a barreira específica e organizar a adaptação necessária. O serviço deve evitar tratar deficiência como categoria única ou presumir ausência de sexualidade e de necessidade de prevenção.

A participação de acompanhantes pode ser importante, mas não deve substituir automaticamente a escuta da pessoa. Quando existe possibilidade de comunicação direta, ela deve ser priorizada. Recursos de apoio podem ampliar compreensão e expressão de preferências. Em situações de dependência, é necessário considerar que o acompanhante também pode limitar a fala ou constituir fonte de risco. A privacidade deve ser planejada com sensibilidade e de acordo com a situação. A equipe precisa distinguir apoio à decisão de substituição indevida da vontade, observando as normas e responsabilidades aplicáveis.

A avaliação de violência exige atenção porque barreiras comunicacionais e dependência podem dificultar o relato. O profissional deve conhecer recursos de acessibilidade e fluxos de proteção, evitando interpretações baseadas apenas no comportamento observado. A ausência de relato espontâneo não exclui necessidade de investigação cuidadosa quando existem

elementos clínicos ou contextuais. O atendimento deve ser conduzido por profissionais capacitados, com documentação objetiva e respeito ao ritmo da pessoa. A proteção precisa reduzir exposição e garantir continuidade, sem produzir novas barreiras ao acesso.

O exame físico deve ser adaptado às condições de mobilidade, dor, sensibilidade e compreensão. Explicar cada etapa e solicitar autorização ajuda a preservar autonomia. A equipe pode precisar de tempo adicional, equipamento ou apoio técnico. Essas necessidades devem ser consideradas na organização da agenda, em vez de serem tratadas como inconvenientes inesperados. A equidade envolve reconhecer que algumas pessoas necessitam de recursos diferentes para alcançar o mesmo direito ao cuidado. A adaptação deve manter qualidade clínica e dignidade, evitando improvisações que exponham o usuário.

A avaliação do serviço pode incluir a experiência de pessoas idosas e com deficiência na revisão de fluxos e materiais. Perguntar quais etapas foram difíceis produz informações mais úteis do que presumir acessibilidade pela existência de uma estrutura física. As mudanças devem ser acompanhadas e revisadas, porque uma solução pode funcionar para um grupo e permanecer insuficiente para outro. A saúde sexual acessível depende de planejamento contínuo e de disposição institucional para ajustar práticas. Sua qualidade se expressa na possibilidade real de compreender, decidir e receber cuidado com segurança.

4.22. Territórios Rurais, Mobilidade e Continuidade Entre Municípios

Em áreas rurais, o acesso pode depender de distâncias, condições de estrada, transporte e disponibilidade irregular de profissionais. Uma orientação para retornar em outro dia tem consequências diferentes daquelas observadas em áreas com transporte frequente. O planejamento precisa considerar o custo de deslocamento e a possibilidade de reunir etapas compatíveis no mesmo contato. Isso não significa concentrar indiscriminadamente todos os procedimentos, mas evitar fragmentação sem justificativa clínica. A organização territorial deve partir da experiência concreta de quem precisa percorrer o trajeto, inclusive em períodos de chuva ou alteração das rotas.

A proximidade social em comunidades pequenas pode ampliar o vínculo e, simultaneamente, aumentar receio de exposição. O agente comunitário pode conhecer a família há muitos anos, o que facilita acesso a diversas necessidades, mas pode dificultar a discussão de saúde sexual. A equipe precisa oferecer alternativas de contato e atendimento reservado. O usuário deve poder informar quais formas de comunicação considera seguras. A participação territorial precisa respeitar essa preferência e limitar informações ao necessário para apoiar o cuidado, evitando que a busca ativa revele indiretamente um diagnóstico.

A mobilidade entre municípios também desafia o acompanhamento. Pessoas podem trabalhar em uma cidade, residir em outra e procurar atendimento em uma terceira. Exigir que todo cuidado ocorra exclusivamente na área de cadastro pode interromper oportunidades e atrasar condutas. A rede precisa estabelecer formas de coordenação e troca segura de informações, reconhecendo os deslocamentos reais. O prontuário local deve registrar o que foi realizado e como ocorrerá a continuidade. A

transferência não pode ser reduzida à entrega de um papel sem identificação de quem receberá a responsabilidade seguinte.

Migrantes podem enfrentar barreiras de idioma, documentação, desconhecimento da rede e medo de discriminação. O serviço deve utilizar recursos de comunicação adequados e evitar depender de familiares para tradução de informações íntimas quando houver alternativa apropriada. A interpretação por terceiros pode comprometer precisão e confidencialidade. A equipe precisa verificar compreensão e explicar como o sistema funciona, incluindo retorno, obtenção de resultados e acesso a medicamentos. Informações básicas para usuários habituais podem ser desconhecidas por quem chegou recentemente ao território.

Pessoas em situação de rua podem ter dificuldade para armazenar medicamentos, manter documentos e cumprir agendas rígidas. A resposta deve reconhecer essas condições e articular equipes e serviços pertinentes. A ausência de endereço estável não deve ser convertida em impossibilidade de acompanhamento. O plano precisa ser ajustado às formas de contato e circulação disponíveis, mantendo critérios clínicos e proteção de dados. A continuidade pode exigir articulação com assistência social e redução de danos, sem condicionar o cuidado em IST à resolução prévia de todas as necessidades sociais.

No sistema prisional, a saúde sexual envolve barreiras específicas de autonomia, privacidade e continuidade após transferência ou saída. O atendimento deve preservar confidencialidade e seguir responsabilidades institucionais. A circulação de informação precisa ser restrita ao necessário para o cuidado, evitando exposição a agentes ou outras pessoas sem justificativa. A transição para serviços

comunitários demanda planejamento, especialmente quando há tratamento ou seguimento em curso. A interrupção causada por mudança de estabelecimento não pode ser tratada como decisão individual de abandonar o cuidado.

A avaliação territorial deve reconhecer que distância e mobilidade modificam o significado dos indicadores. Um atraso pode refletir falha interna, impossibilidade de transporte ou mudança de local de atendimento. A investigação do percurso permite distinguir essas situações e definir respostas proporcionais. Estratégias de descentralização, apoio remoto e articulação regional podem contribuir, desde que não substituam indevidamente avaliações presenciais necessárias. A equidade territorial exige organizar uma rede capaz de acompanhar pessoas que não permanecem continuamente no mesmo endereço nem possuem as mesmas condições de deslocamento.

4.23. Violência Sexual e Articulação do Cuidado Sem Revitimização

O atendimento após violência sexual exige uma resposta que reconheça necessidades clínicas, emocionais e de proteção. A APS pode ser a primeira porta procurada, mesmo quando determinados recursos estão organizados em serviços de referência. O acolhimento precisa evitar que a pessoa seja dispensada antes de uma avaliação apropriada do tempo, dos riscos e das condições de segurança. A rede deve conhecer os fluxos para profilaxias, avaliação de lesões, cuidado reprodutivo quando pertinente e apoio psicossocial. O encaminhamento precisa ser responsável e não uma transferência da tarefa de encontrar ajuda.

A escuta deve recolher as informações necessárias ao cuidado sem reproduzir uma investigação policial. Perguntas repetidas ou formuladas de maneira acusatória podem ampliar sofrimento e comprometer confiança. A equipe deve explicar a finalidade do registro e limitar o relato ao que é necessário para a avaliação e os encaminhamentos. O atendimento de saúde não deve ser condicionado à apresentação de boletim de ocorrência. Os deveres de notificação e comunicação devem ser tratados conforme normas aplicáveis, com explicação cuidadosa sobre os próximos passos e proteção das informações.

A segurança imediata precisa ser avaliada de acordo com o contexto. A pessoa pode retornar a um ambiente onde permanece o agressor ou depender economicamente de quem exerce violência. Recomendações abstratas para sair de casa podem ser inviáveis ou aumentar risco. A articulação com a rede de proteção deve considerar possibilidades concretas, respeitando autonomia e obrigações de proteção pertinentes. O serviço precisa conhecer recursos disponíveis e formas de acionamento. A ausência de uma solução imediata não elimina a responsabilidade de manter acolhimento e construir um plano de acompanhamento.

As medidas clínicas possuem indicações e oportunidades próprias, definidas pelos protocolos. A equipe deve avaliar exposição, necessidades de profilaxia e condições de seguimento, evitando apresentar um conjunto fixo de intervenções como adequado a todas as situações. Também precisa considerar preferências, consentimento e eventuais contraindicações. A explicação deve ser clara sobre benefícios e limitações, sem sobrecarregar a pessoa com informações desconectadas. Quando parte do cuidado ocorrer em

outro serviço, a comunicação deve reduzir repetições e permitir continuidade com o mínimo necessário de compartilhamento.

O acompanhamento pode revelar necessidades que não estavam disponíveis para discussão no primeiro contato. A pessoa pode inicialmente priorizar uma preocupação e, depois, trazer medo, dor, dificuldades de sono ou problemas nas relações. A APS deve manter uma referência reconhecível e articular saúde mental e outros recursos quando indicados. O seguimento não pode ser reduzido a confirmar realização de exames. A experiência de violência pode afetar o modo de utilizar serviços e de receber cuidados íntimos, o que exige sensibilidade na organização de consultas e procedimentos.

A documentação deve ser objetiva e diferenciar relato, observação e conduta. Comentários sobre credibilidade baseados em aparência, emoção ou demora para procurar ajuda não constituem avaliação clínica apropriada. A proteção dos registros exige atenção especial, porque sua exposição pode produzir novos danos. A equipe deve conhecer regras de acesso e compartilhamento. A comunicação entre serviços precisa ser suficiente para o cuidado, evitando circulação indiscriminada de detalhes. A qualidade do registro se mede pela utilidade e precisão, não pela quantidade de informação íntima acumulada.

A revisão institucional de atendimentos pode identificar demora, encaminhamentos inadequados e repetição de relatos. Essa análise deve preservar anonimato e orientar mudanças no fluxo. Treinamentos podem abordar recepção, avaliação de urgência, comunicação e articulação da rede, incluindo profissionais não clínicos que participam do percurso. A resposta à violência depende

de uma organização coletiva. Um profissional sensibilizado pode oferecer acolhimento, mas sua atuação terá limites se o serviço não possuir contatos, recursos e responsabilidades definidos para transformar a escuta em cuidado continuado.

4.24. Assistência Farmacêutica, Estoque e Continuidade Terapêutica

A disponibilidade de medicamentos constitui condição básica para que uma recomendação clínica se transforme em tratamento. Entretanto, a presença física do produto no município não garante acesso no ponto em que a pessoa é atendida. Distribuição, horários, exigências documentais e comunicação entre setores podem produzir barreiras. A assistência farmacêutica deve participar do planejamento da linha de cuidado em IST, considerando demanda, consumo, validade e necessidades de reposição. A logística precisa ser discutida como componente da qualidade assistencial, porque sua falha pode prolongar exposição e interromper seguimento.

O acompanhamento de estoque deve distinguir consumo habitual, variações sazonais e mudanças decorrentes de ampliação da oferta. Uma campanha de testagem pode aumentar a identificação de casos e gerar demanda terapêutica maior. Planejar somente o número de testes, sem prever medicamentos e capacidade de atendimento, cria desequilíbrio. A gestão deve articular as etapas antes de iniciar a ação. A estimativa não precisa ser perfeita para ser útil; precisa explicitar pressupostos e permitir ajuste quando a demanda observada diferir da prevista.

A informação sobre desabastecimento deve chegar à equipe de maneira oportuna e acompanhada de alternativas institucionais.

Descobrir a falta apenas durante a dispensação obriga o usuário a refazer o percurso e pode comprometer confiança. O serviço deve conhecer estoques e pontos de oferta disponíveis, respeitando regras de distribuição. A ausência de um medicamento não autoriza substituição improvisada por opção inadequada. A conduta clínica precisa ser reavaliada por profissional competente e, quando necessário, articulada com referência. A solução logística deve preservar segurança e pertinência terapêutica.

A dispensação oferece oportunidade de verificar compreensão do uso, dificuldades previstas e condições de armazenamento. Essa orientação precisa ser coerente com a prescrição e com o plano de acompanhamento. Se houver divergência ou informação incompleta, o farmacêutico deve utilizar o canal institucional de esclarecimento. A pessoa não deve receber instruções contraditórias e ser obrigada a escolher qual seguir. A integração entre profissionais pode reduzir erros e reconhecer problemas antes que produzam interrupção. O registro da orientação deve ser proporcional e acessível aos envolvidos no cuidado.

No caso de medicamentos administrados na unidade, é necessário coordenar estoque e capacidade de aplicação. Um produto disponível sem profissional, material ou horário para administração permanece inacessível na prática. A agenda deve considerar o esquema prescrito e a necessidade de continuidade. A equipe precisa definir como proceder diante de ausência, atraso ou intercorrência, conforme protocolo. A previsão de substitutos e a organização de materiais reduzem dependência de uma única pessoa. A sustentabilidade do cuidado exige que o processo continue funcionando durante mudanças de turno, férias e afastamentos.

A análise de perdas por vencimento ou armazenamento inadequado deve produzir aprendizado. Um estoque excessivo pode coexistir com falta em outra unidade, indicando dificuldade de distribuição e comunicação. O acompanhamento regional pode identificar possibilidades de remanejamento dentro das regras aplicáveis. A gestão precisa equilibrar disponibilidade e uso eficiente dos recursos, sem reduzir o problema a responsabilização do trabalhador que registrou a perda. A informação deve ser utilizada para ajustar quantidades, frequência de entrega e condições de conservação.

A avaliação da assistência farmacêutica pode reunir disponibilidade, acesso e continuidade. Dias de falta, tratamentos interrompidos por indisponibilidade e deslocamentos adicionais são medidas que ajudam a compreender o impacto sobre o usuário. O custo de uma falha não se limita ao valor do medicamento: inclui transporte, perda de trabalho, repetição de consulta e possível agravamento do problema. A integração com a equipe clínica permite transformar dados logísticos em decisões assistenciais. Dessa forma, a regularidade da oferta torna-se parte do vínculo e da credibilidade do serviço.

4.25. Prontuário, Proteção de Dados e Comunicação Digital

O prontuário em saúde sexual precisa apoiar continuidade e, ao mesmo tempo, proteger informações sensíveis. A escolha do que registrar deve considerar pertinência clínica, precisão e finalidade. Acumular detalhes íntimos sem utilidade aumenta exposição sem melhorar o cuidado. A documentação deve permitir compreender avaliação, conduta e acompanhamento, distinguindo fatos observados, informações relatadas e hipóteses. Essa clareza reduz a

possibilidade de que uma suspeita seja tratada como diagnóstico confirmado em consultas futuras. O registro longitudinal deve favorecer decisões, não cristalizar julgamentos sobre a pessoa.

O acesso aos dados deve corresponder às responsabilidades de cada trabalhador. A necessidade de coordenação não implica que toda informação deva estar visível a qualquer profissional do estabelecimento. Sistemas precisam oferecer mecanismos de proteção compatíveis com a organização do cuidado e as normas aplicáveis. A equipe deve conhecer suas responsabilidades e saber como relatar acessos indevidos ou falhas. Senhas compartilhadas e consultas por curiosidade comprometem confidencialidade e rastreabilidade. A proteção depende de recursos técnicos e de uma cultura institucional que reconheça a gravidade da exposição.

Mensagens de retorno podem facilitar continuidade, mas exigem pactuação do canal e do conteúdo. Um telefone pode ser compartilhado, estar em nome de outra pessoa ou exibir notificações na tela. A mensagem deve conter apenas o necessário e evitar revelar diagnóstico ou motivo sensível. A pessoa precisa poder atualizar sua preferência ou recusar determinado canal. A ausência de resposta deve ser interpretada com cautela: pode indicar mudança de número, indisponibilidade ou receio de exposição. A busca de contato precisa ser proporcional à necessidade clínica e ao contexto de segurança.

Aplicativos pessoais de trabalhadores não devem ser a única infraestrutura de acompanhamento. Esse uso pode misturar relações profissionais e privadas, dificultar registro e comprometer continuidade quando o profissional se afasta. A gestão deve oferecer canais institucionais e definir responsabilidades, prazos e limites de

resposta. O usuário precisa saber que mensagens não substituem atendimento de urgência e conhecer o caminho adequado quando necessário. A organização do canal também protege o trabalhador contra a expectativa de disponibilidade permanente e permite que a equipe compartilhe a responsabilidade.

A interoperabilidade pode reduzir perda de informação entre serviços, mas precisa ser acompanhada de regras claras. Mais dados disponíveis não significam automaticamente melhor cuidado. É necessário que informações relevantes sejam identificáveis, atualizadas e interpretáveis. Registros duplicados ou sem distinção de data podem confundir a trajetória. A equipe deve verificar a origem e o contexto de resultados antes de utilizá-los. O compartilhamento deve seguir finalidade assistencial e proteção apropriada, sem transformar integração em acesso indiscriminado a toda a história íntima do usuário.

A transformação digital também pode criar exclusão. Agendamento exclusivamente eletrônico, exigência de aplicativo e entrega de resultados apenas por portal podem dificultar acesso de pessoas sem internet, aparelho ou letramento digital. A inovação deve manter alternativas e avaliar quem deixa de utilizar o serviço. A taxa de uso de uma ferramenta entre pessoas cadastradas não revela a experiência de quem não conseguiu entrar no sistema. A análise precisa incluir essa população e reconhecer que conveniência tecnológica não é distribuída de maneira uniforme.

A revisão de incidentes de privacidade deve orientar correção e prevenção. Uma mensagem enviada ao destinatário errado, um laudo entregue inadequadamente ou uma tela visível ao público precisam ser tratados como falhas do processo. A resposta deve

seguir os procedimentos institucionais e avaliar o impacto para a pessoa. O aprendizado pode incluir revisão de identificação, permissões, treinamento e desenho do ambiente. A confidencialidade se fortalece quando o serviço reconhece vulnerabilidades e age sobre elas, evitando a falsa segurança de que a existência de um sistema informatizado, por si só, protege os dados.

4.26. Educação em Saúde, Letramento e Participação Comunitária

A educação em saúde sexual deve ampliar compreensão e capacidade de decisão. A transmissão de informações é necessária, mas não demonstra que o usuário conseguiu relacioná-las à própria situação. Uma orientação pode estar tecnicamente correta e ser pouco utilizável porque emprega linguagem abstrata, pressupõe conhecimento prévio ou ignora barreiras práticas. A equipe precisa avaliar como a mensagem foi compreendida e quais dúvidas permanecem. O letramento em saúde depende também da forma como o serviço se comunica e se organiza, não apenas de uma habilidade individual de leitura.

Materiais educativos devem apresentar ações e caminhos de acesso de maneira clara. Informações sobre prevenção podem ser acompanhadas de onde procurar atendimento, como obter testagem e o que fazer diante de uma exposição recente. A comunicação precisa evitar promessas absolutas e distinguir as finalidades das tecnologias. A PrEP, por exemplo, não substitui vacinação ou cuidado de outras IST. A clareza dessas diferenças ajuda a construir expectativas adequadas. O material deve ser

revisado quando houver atualização de políticas, especialmente em estratégias temporárias ou com critérios específicos.

A linguagem baseada em medo pode chamar atenção, mas também produzir vergonha e afastamento. Imagens ou mensagens que associam diagnóstico a culpa podem dificultar a procura por ajuda. A educação deve reconhecer direitos, diversidade e possibilidades de proteção. Isso não significa minimizar gravidade ou omitir complicações. Significa apresentar riscos de maneira proporcional e vinculada a ações possíveis. A pessoa precisa sair da atividade com maior capacidade de decidir e acessar cuidado, e não apenas com receio de ser identificada como pertencente a um grupo estigmatizado.

A participação comunitária pode ajudar a definir temas, formatos e locais de comunicação. Pessoas do território conhecem expressões, barreiras e circuitos de informação que a equipe pode não perceber. Essa colaboração precisa ser organizada com respeito e sem exposição de experiências íntimas. A participação não deve depender de que alguém revele seu diagnóstico para legitimar uma demanda. Representantes podem discutir acesso, acolhimento e qualidade sem compartilhar informações pessoais. A gestão deve criar condições para que as contribuições influenciem decisões e não se limitem a uma consulta simbólica.

A avaliação das ações educativas deve ir além do número de participantes e materiais distribuídos. Pode examinar compreensão de mensagens essenciais, conhecimento de portas de entrada e percepção de acolhimento. Mudança de comportamento ou de incidência exige desenhos e períodos de observação mais complexos, não devendo ser presumida após uma atividade isolada.

A equipe pode utilizar devolutivas simples para aprimorar linguagem e formato. O objetivo é aprender se a ação alcançou sua finalidade imediata e quais ajustes são necessários para diferentes públicos.

A comunicação em redes sociais precisa considerar desinformação, permanência e circulação fora de contexto. Uma mensagem resumida pode perder condições importantes quando compartilhada isoladamente. A equipe deve evitar orientações clínicas individualizadas em comentários públicos e direcionar dúvidas que exigem avaliação para canais apropriados. A divulgação de serviços deve preservar privacidade de usuários e não utilizar imagens identificáveis sem autorização pertinente. A presença digital institucional pode ampliar acesso à informação, desde que mantenha atualização e responsabilidade sobre o conteúdo publicado.

A educação em saúde torna-se mais consistente quando está conectada à capacidade de resposta. Incentivar testagem sem oferecer horários acessíveis, divulgar vacinação sem disponibilidade ou recomendar retorno sem agenda pode produzir frustração. A comunicação deve ser planejada junto com a assistência. O vínculo entre mensagem e oferta demonstra respeito ao tempo e à confiança das pessoas. A participação comunitária pode ajudar a verificar essa coerência, trazendo ao planejamento a experiência de quem tentou utilizar o serviço e encontrou obstáculos não previstos pela equipe.

4.27. Educação Permanente e Análise do Trabalho em Equipe

A qualificação do cuidado em IST exige atualização técnica, mas não se reduz à realização de cursos. A educação permanente pode partir de problemas observados no trabalho, como demora para iniciar tratamento, dúvidas sobre interpretação de exames ou dificuldade de contato seguro. Esses problemas ajudam a identificar competências e condições organizacionais que precisam ser desenvolvidas. Uma aula sobre protocolo pode ser necessária, porém insuficiente quando a principal barreira está no estoque, na agenda ou na comunicação entre setores. A análise deve distinguir lacuna de conhecimento de falha de processo.

A reunião de equipe pode utilizar um percurso anonimizado para reconstruir decisões e transições. O objetivo é compreender o que era conhecido em cada momento e quais opções estavam disponíveis. Essa abordagem evita avaliar o atendimento apenas à luz do desfecho final. Um evento adverso pode revelar condições difíceis de perceber durante a rotina, mas sua existência não demonstra automaticamente negligência individual. A análise deve buscar fatores contribuintes e barreiras que poderiam ser fortalecidas. O resultado esperado é uma ação de melhoria com responsável e acompanhamento, não apenas a discussão do caso.

A participação interprofissional amplia a compreensão do percurso. Recepção, enfermagem, medicina, odontologia, farmácia, agentes comunitários e outros trabalhadores observam etapas diferentes. A falha percebida no consultório pode ter origem na forma de agendamento, e uma dificuldade de seguimento pode estar relacionada ao modo de entrega do medicamento. Reunir essas perspectivas permite identificar interdependências. A participação deve respeitar atribuições e evitar que trabalhadores com menor

posição hierárquica sejam responsabilizados por problemas que não podem resolver sozinhos.

A simulação pode apoiar a preparação para situações específicas, como comunicação de resultado, exposição recente e resposta a intercorrências durante administração de medicamentos. O cenário deve corresponder a um objetivo claro e utilizar recursos proporcionais. Não é necessário reproduzir toda a complexidade de um serviço para treinar uma conversa ou testar um fluxo. Após a atividade, a discussão deve explorar raciocínio, comunicação e condições do sistema. A finalidade é tornar visíveis pontos de melhoria, mantendo um ambiente em que os participantes possam reconhecer dúvidas sem humilhação.

A incorporação de novos profissionais exige uma estratégia de acolhimento institucional. A rotatividade pode fazer com que fluxos conhecidos por parte da equipe deixem de ser executados de modo consistente. Materiais curtos, contatos atualizados e supervisão inicial ajudam a reduzir essa vulnerabilidade. O treinamento não deve depender exclusivamente da transmissão informal entre colegas durante momentos de alta demanda. A gestão precisa reservar condições para conhecer protocolos e responsabilidades. A continuidade do serviço é fortalecida quando o conhecimento está distribuído e documentado de forma utilizável.

A avaliação da educação deve distinguir satisfação, aprendizagem, mudança de prática e resultados assistenciais. Uma atividade bem avaliada pelos participantes pode não modificar o trabalho se faltarem recursos ou apoio. Por outro lado, uma mudança relevante pode ocorrer depois de uma intervenção simples, quando o problema foi bem identificado. A equipe pode escolher medidas

próximas ao objetivo, como adequação de registros ou redução de uma etapa desnecessária, sem atribuir imediatamente alterações epidemiológicas à capacitação. A avaliação precisa ser proporcional e coerente com o mecanismo que a atividade pretende modificar.

A sustentabilidade depende de tempo protegido e apoio da gestão. Reuniões canceladas repetidamente pela pressão da demanda tornam a aprendizagem uma tarefa residual. A instituição deve reconhecer que revisar o trabalho faz parte da assistência, especialmente em linhas de cuidado que exigem atualização e coordenação. O planejamento pode combinar encontros breves e regulares com aprofundamentos específicos. O conteúdo deve retornar ao serviço por meio de mudanças observáveis, de modo que os trabalhadores percebam a relação entre discussão, decisão e melhoria do percurso oferecido aos usuários.

4.28. Indicadores de Acesso e Construção de Denominadores Úteis

A escolha de indicadores começa pela pergunta que o serviço deseja responder. Quantos testes foram realizados é diferente de quantas pessoas elegíveis receberam oferta, quantas aceitaram e quantas tiveram o resultado avaliado. Cada medida descreve uma etapa. A combinação inadequada entre numerador e denominador pode produzir uma proporção aparentemente precisa, mas sem significado assistencial. O indicador deve definir população, período, critérios de inclusão e fonte de dados. Essa definição precisa ser compreensível para quem registra e para quem utiliza a informação na tomada de decisão.

Uma medida de acesso à testagem pode considerar pessoas atendidas com indicação registrada e verificar a proporção que realizou o exame. Entretanto, esse denominador não representa toda a população que poderia se beneficiar, pois exclui quem não chegou ao serviço ou não teve a indicação reconhecida. A interpretação deve explicitar essa limitação. Indicadores baseados em usuários presentes são úteis para avaliar oportunidades internas, mas não descrevem sozinhos cobertura territorial. A avaliação do acesso precisa combinar informações assistenciais e conhecimento sobre grupos que permanecem fora do fluxo.

O tempo entre resultado e conduta pode revelar atrasos, desde que os marcos sejam definidos. Data da coleta, liberação, visualização e comunicação ao usuário podem ser diferentes. Utilizar uma delas como se representasse todas as outras gera confusão. A equipe deve escolher os intervalos relevantes e, quando possível, decompor o percurso. Isso permite identificar se a demora está no processamento laboratorial, na avaliação clínica ou na obtenção de contato. A intervenção pode então ser direcionada ao ponto que realmente limita a resposta.

A apresentação da mediana e de faixas de distribuição pode ser mais informativa do que uma média isolada quando existem atrasos muito longos. Um pequeno grupo de pessoas com espera elevada pode não ser reconhecido por um indicador agregado. Também pode ser útil observar a proporção de situações resolvidas dentro do prazo definido pelo protocolo ou pelo fluxo local, deixando claro que a meta gerencial não substitui a avaliação clínica. O acompanhamento deve evitar que o serviço selecione apenas casos fáceis para melhorar o indicador e deixe necessidades complexas sem resposta.

A perda de seguimento precisa ter uma definição operacional. Uma pessoa sem registro recente pode ter sido transferida, concluído o plano, mudado de indicação ou recebido cuidado em outro local. Classificá-la automaticamente como abandono pode superestimar falha e estigmatizar usuários. A equipe deve definir quais informações são necessárias para distinguir situações e como proceder quando permanecem desconhecidas. A categoria sem informação pode ser mais honesta do que uma atribuição indevida. A melhoria do indicador envolve tanto reduzir perdas reais quanto aperfeiçoar a compreensão do percurso.

A coleta deve ser viável. Um conjunto extenso de indicadores pode consumir tempo e produzir dados incompletos. É preferível selecionar medidas vinculadas a decisões concretas e revisar sua utilidade. Cada indicador deve ter uma pergunta associada: que ação será considerada se o resultado piorar? Quem consegue modificar o processo? Qual informação adicional será necessária? Se nenhuma decisão depende da medida, sua manutenção deve ser reconsiderada. A avaliação precisa apoiar o trabalho e não criar uma camada burocrática que reduza o tempo disponível para o cuidado.

A transparência sobre definições facilita comparação e aprendizagem. Quando unidades utilizam critérios diferentes, diferenças numéricas podem refletir apenas a forma de contar. A pactuação regional permite harmonizar conceitos sem ignorar particularidades locais. Mudanças de definição devem ser registradas para evitar interpretação equivocada de tendências. O indicador é uma ferramenta construída e, por isso, precisa ser examinado criticamente. Sua utilidade depende da qualidade dos dados e da capacidade de relacioná-los a decisões que melhorem o acesso e a continuidade.

4.29. Indicadores de Equidade e Interpretação de Diferenças

A avaliação da equidade exige examinar como acesso, qualidade e resultados se distribuem entre grupos e territórios. Uma média favorável pode esconder uma parcela da população com dificuldade persistente. A desagregação deve ser orientada por perguntas relevantes e pela qualidade das informações disponíveis. Idade, raça/cor, território e condições sociais podem ajudar a identificar padrões, mas não explicam automaticamente seus mecanismos. A análise precisa ser acompanhada de investigação das barreiras e de participação das pessoas afetadas, evitando conclusões estereotipadas a partir de categorias administrativas.

A completude do registro é um componente central. Se uma variável possui grande proporção de dados ignorados, comparações podem ser enviesadas. A ausência de informação pode não ocorrer ao acaso: determinados grupos ou serviços podem registrar menos. A equipe deve examinar como a pergunta é feita, quem registra e quais dificuldades existem. Melhorar a coleta exige explicar a finalidade e respeitar autodeclaração quando aplicável. O preenchimento não deve ser realizado por suposição visual ou por conveniência, porque isso compromete tanto a qualidade quanto o respeito à pessoa.

Diferenças absolutas e relativas oferecem perspectivas distintas. Uma pequena diferença percentual pode representar muitas pessoas em uma população grande, enquanto uma razão elevada em grupo pequeno pode ser instável. A apresentação deve permitir compreender essas dimensões sem exagerar precisão. Em contextos com poucos eventos, a agregação ou descrição qualitativa pode ser mais apropriada, preservando confidencialidade. Não se deve

divulgar recortes tão específicos que permitam identificar indivíduos, especialmente em comunidades pequenas e em temas com potencial de estigma.

A comparação entre unidades precisa considerar composição da população e condições de oferta. Um serviço que acolhe casos mais complexos pode apresentar maior dificuldade de seguimento sem que isso signifique pior qualidade em todos os aspectos. Ajustes e contextualização são necessários, mas não devem ser utilizados para naturalizar desigualdades. A questão é compreender quais diferenças decorrem de necessidades e quais revelam barreiras evitáveis. A análise deve orientar distribuição de apoio e recursos, em vez de produzir rankings simplificados que desestimulem o atendimento de pessoas em maior vulnerabilidade.

A experiência do usuário complementa os registros. Medidas quantitativas podem indicar que determinada população retorna menos, mas não esclarecer por quê. Entrevistas, escutas e espaços de participação podem revelar discriminação, horários inadequados ou medo de exposição. Essas informações precisam ser coletadas de forma ética e protegida. A participação deve ser voluntária e não interferir no direito ao atendimento. O serviço deve comunicar como os achados serão utilizados e evitar recolher relatos sensíveis sem capacidade de encaminhar necessidades que surjam durante a escuta.

A definição de metas deve considerar redução de barreiras e não apenas igualdade de números. Populações com necessidades diferentes podem exigir intensidade distinta de apoio. Oferecer o mesmo horário e a mesma forma de contato a todos pode produzir resultados desiguais. A equidade envolve adaptações justificadas,

como acessibilidade, interpretação de idioma ou organização de atendimento para pessoas com grande distância de deslocamento. A avaliação deve verificar se essas medidas ampliam oportunidade de cuidado e se produzem efeitos não previstos, incluindo possível exposição de grupos identificados como prioritários.

O retorno da análise à comunidade e às equipes fortalece legitimidade. Dados apresentados apenas em relatórios centrais dificilmente modificam o percurso local. A devolutiva deve utilizar linguagem compreensível, preservar privacidade e indicar quais ações serão realizadas. Também precisa reconhecer limites da informação e evitar promessas que não dependem apenas da unidade. A equidade se torna uma prática de gestão quando diferenças identificadas resultam em decisões acompanhadas, com possibilidade de revisão e participação de quem experimenta as barreiras no cotidiano.

4.30. Avaliação de Efetividade e Limites da Atribuição Causal

A avaliação de uma intervenção em IST deve distinguir mudança observada de efeito atribuível à intervenção. Se a unidade amplia a testagem e o número de diagnósticos aumenta, esse resultado pode indicar maior identificação de infecções previamente não reconhecidas. Não demonstra, por si só, aumento de transmissão causado pelo serviço. Da mesma forma, uma redução posterior pode decorrer de menor testagem ou atraso de registro. A interpretação precisa considerar o mecanismo esperado e as condições de produção dos dados, evitando utilizar qualquer direção de mudança como prova automática de sucesso ou fracasso.

Uma comparação simples antes e depois pode ser útil para acompanhar um processo, mas possui limitações. Mudanças sazonais, campanhas simultâneas, alterações de equipe e composição da população podem influenciar o resultado. O serviço deve registrar acontecimentos relevantes durante o período para apoiar a interpretação. Quando houver capacidade, séries temporais mais longas e comparações apropriadas podem fortalecer a análise. A escolha do desenho deve ser proporcional à pergunta e aos recursos, sem apresentar um monitoramento rotineiro como se tivesse o mesmo poder explicativo de um estudo planejado para estimar causalidade.

O mecanismo da intervenção deve ser explicitado. Ampliar horário de atendimento pode reduzir barreira de acesso; melhorar comunicação de resultados pode diminuir atraso de conduta; garantir estoque pode aumentar continuidade. Essas mudanças possuem etapas intermediárias diferentes. Avaliar apenas incidência final pode ocultar benefício ou falha no processo, especialmente em períodos curtos. A equipe deve acompanhar se o mecanismo previsto ocorreu. Se o horário foi ampliado, mas o público com dificuldade continua sem informação ou transporte, a intervenção pode não alcançar quem se pretendia beneficiar.

A distinção entre eficácia e efetividade ajuda a interpretar evidências. Uma tecnologia pode demonstrar benefício em condições de pesquisa e produzir resultado menor quando implementada com interrupções ou acesso desigual. Isso não significa necessariamente que a evidência inicial estava errada; pode indicar diferenças de contexto e execução. A análise local deve examinar cobertura, uso e continuidade. A política precisa considerar essas condições desde o planejamento, evitando supor

que disponibilizar formalmente uma tecnologia reproduz automaticamente o benefício observado em estudos.

Os desfechos também precisam ser escolhidos de acordo com a finalidade. Satisfação, conhecimento, início de tratamento e redução de complicações representam dimensões distintas. Uma intervenção educativa pode melhorar compreensão sem produzir mudança imediata em indicadores epidemiológicos. A ausência de efeito detectável em um período curto não demonstra ausência de qualquer benefício, assim como uma boa avaliação de satisfação não comprova redução de transmissão. A conclusão deve permanecer proporcional ao desfecho medido e ao desenho utilizado.

A avaliação de possíveis danos é parte da efetividade. Uma busca ativa pode ampliar retorno e, simultaneamente, expor informações sensíveis se o contato for inadequado. Uma campanha pode aumentar testagem e gerar demanda que a rede não consegue acompanhar. Esses efeitos não devem ser ignorados porque o objetivo da ação era positivo. O planejamento deve incluir formas de reconhecer consequências não previstas e ajustar o processo. A melhoria de qualidade exige equilibrar benefícios, riscos e experiência do usuário, sem reduzir o julgamento a um único número.

A produção de conhecimento pode ser fortalecida por parcerias com instituições de ensino e pesquisa, respeitando exigências éticas e proteção de dados. Entretanto, a unidade não precisa aguardar um estudo complexo para corrigir uma falha claramente identificada. O monitoramento local pode orientar ações e gerar perguntas para investigação posterior. O rigor consiste em

diferenciar o que foi observado, o que é uma hipótese plausível e o que foi demonstrado. Essa disciplina torna o aprendizado mais confiável e evita que relatos de experiência sejam apresentados como comprovação universal de uma estratégia.

4.31. Avaliação Econômica e Consequências para a Organização do Serviço

A discussão de custos em saúde sexual deve considerar o percurso completo do cuidado. O preço de um teste ou medicamento representa apenas uma parte dos recursos necessários. Coleta, transporte, processamento, consulta, registro, seguimento e manejo de intercorrências também compõem a intervenção. Comparar tecnologias somente pelo valor de aquisição pode favorecer uma opção que parece mais barata, mas exige deslocamentos e repetições. A análise econômica precisa explicitar a perspectiva adotada e reconhecer custos para o serviço e para os usuários, ainda que nem todos possam ser quantificados com precisão.

O custo de oportunidade é particularmente relevante em serviços com capacidade limitada. Tempo destinado a uma atividade deixa de estar disponível para outras necessidades. A incorporação de um novo rastreamento pode exigir equipe, agenda e laboratório que já atendem demandas prioritárias. Isso não constitui argumento automático contra a inovação; indica a necessidade de planejar expansão e reorganização. A decisão deve considerar benefício esperado, alternativas e impacto sobre o conjunto da assistência. Uma tecnologia útil pode ter implementação inadequada se introduzida sem recursos para sustentar o restante do cuidado.

Custo-efetividade e impacto orçamentário respondem a perguntas diferentes. Uma estratégia pode oferecer boa relação entre custo e benefício e, ainda assim, demandar volume de recursos difícil de absorver no curto prazo. A análise de impacto deve considerar população elegível, ritmo de implantação e capacidade operacional. A equipe local não precisa realizar modelagem complexa para reconhecer essa distinção. Ela pode contribuir com informações sobre demanda, tempo de trabalho e dificuldades práticas, ajudando a gestão a formular estimativas mais realistas do que aquelas baseadas apenas em quantidades de insumos.

Os custos suportados pelo usuário influenciam a continuidade. Transporte, alimentação durante deslocamentos, perda de renda e necessidade de alguém cuidar de crianças podem tornar inviável uma sequência de retornos. Reduzir etapas desnecessárias pode produzir benefício mesmo sem alterar o preço do procedimento. A análise do percurso deve identificar oportunidades de integração, respeitando necessidades clínicas. O serviço pode avaliar se consultas e exames compatíveis podem ser organizados de maneira coordenada e se horários ampliados alcançam pessoas que não conseguem comparecer durante o expediente habitual.

A avaliação de rastreamento precisa considerar consequências de resultados falsos positivos, falsos negativos e achados de significado incerto. Esses eventos podem gerar investigação adicional, ansiedade, tratamento desnecessário ou falsa segurança. A prevalência da condição na população testada influencia o significado de um resultado, junto com desempenho do teste. Por isso, um achado de alta prevalência em estudo local não é suficiente para definir a melhor política para todas as regiões. A decisão

depende de benefício clínico demonstrado, capacidade de resposta e comparação com alternativas pertinentes.

A equidade não deve desaparecer da análise econômica. Uma intervenção pode parecer menos eficiente em territórios remotos por exigir maior custo de transporte ou menor escala, mas ser necessária para garantir acesso. A decisão pública envolve valores e prioridades além de uma razão numérica. A transparência exige mostrar esses elementos, em vez de ocultá-los sob uma linguagem exclusivamente técnica. A avaliação pode ajudar a escolher formas de oferta que reduzam desperdícios sem abandonar populações com maior dificuldade. O objetivo é utilizar recursos de maneira responsável e coerente com os princípios do SUS.

A contribuição da APS para essa discussão está em tornar visíveis os custos de fragmentação. Repetição de exames por perda de informação, consultas apenas para resolver exigências administrativas e encaminhamentos sem retorno consomem recursos e tempo. Melhorar coordenação pode liberar capacidade e reduzir sofrimento, embora o benefício precise ser acompanhado e não presumido. A avaliação econômica deve dialogar com a melhoria do processo, reconhecendo que qualidade e eficiência podem convergir quando se eliminam etapas sem valor clínico e se fortalece a continuidade.

4.32. Implantação Gradual e Governança da Linha de Cuidado

A implantação de melhorias deve começar por um diagnóstico do percurso existente. Protocolos nacionais oferecem referência, mas cada território possui combinação particular de recursos, distâncias e responsabilidades. A equipe precisa identificar o que já funciona e

onde ocorrem interrupções. Esse levantamento deve envolver usuários e diferentes pontos da rede, evitando que a visão de um único setor seja tomada como descrição completa. A finalidade é construir uma base concreta para escolher mudanças prioritárias, com clareza sobre quais dependem da unidade e quais exigem decisão regional ou municipal.

A governança precisa definir responsabilidades sem criar fragmentação excessiva. Cada etapa deve ter um responsável reconhecível, mas a coordenação do cuidado exige conexão entre etapas. Se todos consideram que sua tarefa termina ao emitir um encaminhamento, a pessoa pode permanecer sem resposta. A pactuação deve esclarecer como ocorre a passagem de informação, quem acompanha pendências e como dificuldades são escaladas. O fluxo precisa prever situações de exceção, como ausência de profissional, falta de insumo e indisponibilidade do sistema, porque são nesses momentos que a dependência de acordos informais se torna mais evidente.

Mudanças pequenas podem ser testadas antes de uma expansão ampla, desde que a segurança e os direitos sejam preservados. Um ajuste no modo de comunicar resultados ou organizar retorno pode ser observado em um período definido, com medidas simples de processo e experiência. O teste deve ter uma pergunta clara e critérios de revisão. A finalidade não é produzir uma aparência de inovação contínua, mas aprender se a mudança funciona nas condições reais. A ampliação deve considerar os recursos necessários e os efeitos sobre outros componentes do serviço.

A participação da gestão é essencial quando o problema ultrapassa a autonomia da equipe. Falta persistente de medicamento, ausência

de laboratório e sistemas incompatíveis não podem ser resolvidos apenas por esforço individual. A análise local deve produzir informação organizada para subsidiar decisões e pactuações. A gestão, por sua vez, precisa oferecer devolutiva sobre possibilidades, prazos e limitações. Sem esse retorno, os trabalhadores podem repetir diagnósticos de problemas sem perceber avanço, o que enfraquece a participação. A governança exige comunicação nos dois sentidos.

O plano de implantação deve prever manutenção. Uma ação pode funcionar durante o entusiasmo inicial e perder continuidade quando muda a equipe ou termina um apoio específico. A documentação de rotinas, formação de substitutos e integração aos processos habituais ajudam a reduzir essa vulnerabilidade. A sustentabilidade também depende de financiamento e reposição de insumos. O planejamento deve distinguir recursos de início e de funcionamento regular. A existência de um projeto bem apresentado não garante que o serviço conseguirá manter a oferta ao longo do tempo.

A avaliação deve incluir mecanismos de adaptação. Um fluxo desenhado para uma unidade urbana pode não funcionar em área rural; uma estratégia digital pode ser pouco acessível a parte da população. A adaptação precisa preservar os componentes clínicos essenciais e modificar aspectos operacionais conforme contexto. A equipe deve registrar o que mudou e por quê, permitindo compreender diferenças de resultado. Padronização e flexibilidade podem coexistir quando se distingue o que é requisito de segurança do que é uma forma possível de organizar o trabalho.

A linha de cuidado se consolida quando os acordos são reconhecidos e utilizados. Mapas de fluxo e documentos de pactuação são úteis, mas precisam ser acompanhados de treinamento, contatos atualizados e revisão de casos. O usuário deve experimentar continuidade, mesmo sem conhecer a estrutura administrativa que a sustenta. A qualidade da governança aparece na capacidade de resolver pendências e evitar trajetórias repetidas sem conclusão. O objetivo final é que prevenção, diagnóstico e tratamento componham um percurso acessível e coerente, capaz de responder a necessidades que mudam ao longo da vida.

4.33. Saúde Mental, Uso de Substâncias e Cuidado Integrado

As necessidades de saúde sexual podem coexistir com sofrimento psíquico, uso de substâncias e dificuldades sociais. Essa coexistência não autoriza presumir que uma condição explica todas as outras. A avaliação deve ouvir a pessoa e identificar relações relevantes para o cuidado. Algumas exposições podem ocorrer em contextos de coerção, desinibição ou busca de pertencimento, enquanto outras não possuem vínculo com sofrimento ou consumo. A equipe precisa evitar interpretações moralizantes e construir um plano que responda às necessidades reconhecidas, sem reduzir a pessoa a um comportamento ou diagnóstico.

A abordagem de redução de danos pode ampliar acesso quando a interrupção de uma prática não é desejada ou viável naquele momento. O objetivo é discutir formas de diminuir riscos e facilitar cuidado, mantendo vínculo. Isso não significa ausência de recomendação clínica. O profissional pode apresentar opções e explicar consequências, respeitando autonomia e avaliando segurança. A prevenção combinada é compatível com essa

perspectiva porque oferece diferentes recursos, em vez de condicionar toda proteção a uma única mudança de comportamento. A escolha deve considerar protocolos e possibilidades concretas de uso.

O sofrimento após um diagnóstico pode exigir escuta e apoio, mas não deve ser automaticamente patologizado. Medo, vergonha e preocupação com relações podem ser respostas compreensíveis. A comunicação do resultado precisa permitir perguntas e oferecer informação que reduza interpretações incorretas. Quando houver sinais de sofrimento intenso ou risco, a equipe deve realizar avaliação e articular cuidado apropriado. A APS pode manter uma referência longitudinal, evitando que a pessoa receba o diagnóstico e seja encaminhada de forma abrupta sem apoio para compreender o que significa.

A integração com serviços de saúde mental e atenção a álcool e outras drogas depende de comunicação e definição de responsabilidades. O encaminhamento não deve suspender o cuidado em IST enquanto a pessoa aguarda outra avaliação. Testagem, vacinação e tratamento podem continuar conforme indicação e condições clínicas. A fragmentação aumenta quando cada serviço exige que outro problema esteja resolvido antes de assumir sua parte. O plano compartilhado deve reconhecer prioridades e evitar exigências que tornam o acesso impossível para quem apresenta necessidades simultâneas.

A continuidade de medicamentos e consultas pode ser afetada por rotina instável, dificuldade de memória, efeitos adversos e condições de moradia. A equipe deve explorar essas barreiras e organizar apoios possíveis. Estratégias de lembrete, simplificação de etapas e

articulação territorial podem contribuir, desde que respeitem privacidade. O apoio não deve se transformar em vigilância coercitiva sobre a vida da pessoa. A avaliação precisa considerar o que ela reconhece como útil e quais formas de contato aceita, mantendo espaço para revisão quando a estratégia não funcionar.

A comunicação entre profissionais deve evitar rótulos que prejudiquem o cuidado. Descrever alguém apenas como não aderente ou usuário de drogas pode ocultar necessidades e induzir julgamento em atendimentos futuros. O registro deve indicar fatos relevantes, dificuldades relatadas e medidas combinadas. A linguagem influencia a forma como a equipe interpreta o comportamento e distribui responsabilidades. Um prontuário que descreve a barreira de transporte ou o receio de exposição oferece mais possibilidades de ação do que uma classificação genérica de falta de compromisso.

A avaliação integrada pode observar se necessidades reconhecidas resultaram em oferta e acesso, sem exigir compartilhamento desnecessário de informações sensíveis. A coordenação deve respeitar os limites de confidencialidade e utilizar o mínimo pertinente para a continuidade. O benefício esperado é um cuidado em que a pessoa não precise escolher qual dimensão de sua saúde será atendida. A APS pode sustentar essa integração ao manter vínculo, revisar prioridades e articular recursos, reconhecendo que a prevenção efetiva depende também das condições emocionais e sociais de utilização das tecnologias.

4.34. Saúde Bucal e Ampliação das Oportunidades de Cuidado

A participação da equipe de saúde bucal pode ampliar o reconhecimento de necessidades relacionadas às IST, especialmente quando existem manifestações orais ou oportunidades de orientação preventiva. Essa integração deve respeitar competências e não transformar toda consulta odontológica em investigação indiscriminada da vida sexual. O ponto de partida é a pertinência clínica. Lesões, sintomas e antecedentes podem justificar avaliação e articulação com outros profissionais. A equipe precisa conhecer os caminhos de referência e registrar achados de forma objetiva, evitando atribuir etiologia sem elementos suficientes.

A comunicação sobre uma alteração oral deve considerar a possibilidade de múltiplas causas. Apresentar imediatamente uma hipótese de IST como diagnóstico confirmado pode produzir ansiedade e estigma. O profissional deve explicar o que foi observado e qual avaliação é necessária. Quando houver indicação de exame ou encaminhamento, o percurso precisa ser organizado e acompanhado. A pessoa deve compreender que investigação não equivale a confirmação. Essa distinção preserva confiança e reduz interpretações precipitadas sobre relações afetivas ou exposições anteriores.

A saúde bucal também pode apoiar a revisão de vacinação e a divulgação de caminhos de acesso. O contato frequente com adolescentes e famílias oferece oportunidades para verificar necessidades e orientar a procura da sala de vacina, conforme organização local. A mensagem sobre HPV deve ser coerente com aquela utilizada pelos demais profissionais. Informações contraditórias enfraquecem a confiança e podem produzir oportunidades perdidas. A integração exige comunicação interna e atualização conjunta sobre critérios e estratégias temporárias.

A avaliação de práticas sexuais, quando relevante para a queixa, deve ocorrer com privacidade e linguagem respeitosa. A curiosidade profissional não constitui justificativa para perguntas. O usuário precisa compreender por que a informação pode influenciar o cuidado. A equipe deve evitar pressupostos derivados de idade, identidade ou estado civil. A qualidade da entrevista depende do vínculo e da forma como a pergunta é apresentada. Um ambiente acolhedor pode favorecer relato de sintomas ou exposições que permaneceriam ocultos em uma consulta marcada por julgamento.

O controle de infecção e a segurança dos procedimentos odontológicos devem seguir normas aplicáveis a todos os usuários. O diagnóstico conhecido ou presumido de uma IST não deve justificar discriminação ou medidas de isolamento sem indicação. Precauções adequadas protegem trabalhadores e pacientes independentemente de conhecimento prévio sobre infecção. A equipe precisa manter atualização e reconhecer situações específicas que exigem conduta diferenciada por razões clínicas, sem transformar o estado sorológico em motivo de recusa ou atraso injustificado do cuidado.

A articulação com medicina e enfermagem pode ser organizada por discussão de casos e encaminhamentos com finalidade clara. Um achado oral relevante deve ser comunicado de maneira suficiente para a avaliação, sem circulação de detalhes desnecessários. O retorno sobre a conduta ajuda a equipe odontológica a dar continuidade e aprender com o percurso. Essa comunicação reduz a fragmentação entre áreas que muitas vezes atendem a mesma pessoa sem compartilhar informações essenciais. O cuidado integral depende de conexões operacionais, não apenas da presença de diferentes profissões no mesmo prédio.

A avaliação dessa integração pode observar encaminhamentos concluídos, oportunidades preventivas aproveitadas e clareza da comunicação. Não se deve presumir impacto epidemiológico a partir de um pequeno número de ações. O benefício inicial pode estar na identificação mais oportuna de necessidades e na redução de trajetórias incompletas. A participação da saúde bucal amplia o alcance da APS quando mantém rigor clínico e respeito, contribuindo para que a saúde sexual seja reconhecida como responsabilidade compartilhada dentro de uma atenção verdadeiramente integral.

4.35. Situação Analítica Sobre Resultado Reagente Sem Continuidade

Considere-se uma situação hipotética em que uma unidade identifica aumento de resultados reagentes em uma ação de testagem, mas não consegue confirmar a avaliação posterior de parte das pessoas. O cenário é utilizado exclusivamente para análise, sem representar dados coletados ou experiência de um serviço específico. O problema inicial não deve ser formulado como falta de interesse dos usuários. A primeira pergunta é se o processo ofereceu uma passagem clara entre resultado, avaliação clínica e conduta. A resposta exige reconstruir o que ocorreu depois da testagem e quais informações foram entregues.

Uma explicação possível é que o atendimento de continuidade tenha sido agendado em horário incompatível com a rotina das pessoas. Outra é que a mensagem de retorno tenha sido enviada por canal inseguro ou para contato desatualizado. Também pode haver atendimento realizado em outro local sem comunicação ao serviço de origem. Essas hipóteses produzem ações diferentes.

Ampliar a busca ativa sem identificar o mecanismo pode aumentar esforço e risco de exposição sem resolver a barreira. A análise deve começar pelos registros disponíveis e pela experiência de quem participou do percurso.

A equipe pode examinar uma sequência de perguntas: o usuário compreendeu o resultado? Recebeu orientação sobre a próxima etapa? O serviço tinha capacidade de atendimento? Houve tentativa de contato por canal pactuado? A informação de tratamento externo foi incorporada? Cada pergunta localiza uma responsabilidade e uma possível falha. A investigação não precisa recolher detalhes íntimos adicionais. Seu foco está nas condições de acesso e na qualidade da transição. A participação de recepção, equipe clínica e vigilância ajuda a identificar pontos que uma única área não consegue observar.

As alternativas de melhoria podem ser comparadas pelo mecanismo esperado. Organizar avaliação no mesmo episódio reduz uma transição; reservar retorno antes da saída oferece previsibilidade; estabelecer conferência de pendências melhora reconhecimento de casos sem conclusão. Nenhuma dessas medidas é universalmente suficiente. A escolha depende da capacidade local e do perfil da demanda. O serviço deve evitar somar atividades sem retirar etapas desnecessárias, porque a sobrecarga pode comprometer a própria execução. A mudança precisa ser simples o suficiente para permanecer funcionando depois do período inicial.

O acompanhamento pode utilizar a proporção de resultados com avaliação documentada e o tempo até a conduta, com definições claras. Também deve observar efeitos indesejados, como exposição por contato inadequado e aumento de espera para outras

demandas. Uma melhora numérica não seria suficiente se alcançada por práticas coercitivas ou por registro de condutas não realizadas. A avaliação deve preservar a correspondência entre dado e cuidado. O usuário deve perceber maior facilidade para concluir o percurso, não apenas maior pressão para responder a mensagens.

A interpretação dos resultados precisa reconhecer limites. Se a proporção de seguimento documentado aumentar, parte da melhora pode decorrer de recuperação de informações antes ausentes. Isso é relevante, mas diferente de produzir novos atendimentos. A equipe deve distinguir aperfeiçoamento documental de ampliação efetiva do cuidado. Ambas as mudanças podem ser desejáveis, desde que descritas corretamente. O cenário mostra que um indicador aparentemente simples contém processos distintos e que a análise cuidadosa permite escolher intervenções mais específicas e conclusões mais confiáveis.

O aprendizado central é que identificar uma infecção cria uma responsabilidade de continuidade. A ação de testagem precisa ser planejada com capacidade de resposta e proteção da pessoa. Quando essa ligação falha, a solução não consiste apenas em realizar mais testes ou insistir no retorno. É necessário reorganizar a passagem entre etapas e verificar se ela funciona para diferentes usuários. O caso hipotético ilustra como a revisão narrativa pode apoiar perguntas de gestão sem apresentar suas propostas como instrumentos previamente validados ou como garantia de resultado.

4.36. Situação Analítica Sobre Sífilis na Gestação e Falha Documental

Em outro cenário hipotético, uma gestante chega à maternidade com informação verbal de tratamento prévio para sífilis, mas sem documentação suficiente sobre datas e esquema. A situação não permite concluir imediatamente que o tratamento foi inadequado ou inexistente. Ela revela uma incerteza que pode influenciar a avaliação materna e neonatal. A primeira responsabilidade é conduzir o cuidado conforme protocolo e informações disponíveis. Paralelamente, a rede deve buscar registros confiáveis, evitando que a mulher seja responsabilizada sozinha por reunir dados produzidos em diferentes serviços.

A análise retrospectiva pode identificar que o medicamento foi administrado na unidade, porém registrado em um sistema não acessível à maternidade. Também pode haver anotação incompleta, documento perdido ou atendimento em outro município. Cada possibilidade aponta para uma falha distinta de coordenação. A emissão de um novo formulário não resolverá o problema se os trabalhadores não souberem quais campos são essenciais ou se o documento não chegar ao destino. O desenho da informação deve considerar sua utilização real no momento da decisão clínica.

Uma resposta possível é pactuar um conjunto mínimo de dados de tratamento e seguimento, com forma de acesso institucional. Esse conjunto deve ser suficiente para orientar avaliação, sem incluir detalhes íntimos desnecessários. A rede precisa definir quem registra, quando atualiza e como corrige inconsistências. A padronização pode reduzir ambiguidades, mas exige treinamento e verificação de uso. Um campo preenchido com expressão genérica, como tratada, pode manter a mesma incerteza que se pretendia eliminar. A qualidade depende do conteúdo e da oportunidade do registro.

A gestante deve receber explicação sobre a finalidade da documentação, mas não pode ser transformada em única responsável pela comunicação entre serviços. Um documento em suas mãos pode servir como recurso adicional, especialmente onde a integração eletrônica é limitada. Ainda assim, a rede deve dispor de meios para esclarecer dúvidas. A forma de entrega precisa proteger confidencialidade e considerar quem tem acesso aos pertences ou documentos da pessoa. A busca de continuidade não justifica exposição desnecessária do diagnóstico a familiares ou terceiros.

A avaliação da mudança pode observar a proporção de transições com informação utilizável e a frequência de contatos adicionais para esclarecimento. Também pode examinar se a melhoria documental reduziu repetições de perguntas e atrasos de decisão. Não seria adequado afirmar redução de sífilis congênita apenas porque o novo formulário foi implantado. O mecanismo imediato é melhorar a disponibilidade de informação. Desfechos clínicos dependem de múltiplos componentes e exigem análise mais ampla. A conclusão deve acompanhar o nível de evidência produzido pelo monitoramento.

A situação também exige manter a distinção entre exposição neonatal e diagnóstico. A ausência de documentação materna pode modificar o percurso de avaliação, mas não transforma automaticamente um resultado sorológico isolado em confirmação etiológica. A equipe precisa seguir o protocolo e comunicar a incerteza de maneira compreensível. A família deve saber por que determinados exames ou acompanhamentos foram indicados. O cuidado com a linguagem reduz o risco de rótulos definitivos antes da conclusão apropriada e favorece participação no seguimento.

Esse cenário mostra que informação clínica é um recurso assistencial. Sua perda pode produzir procedimentos adicionais, ansiedade e dificuldade de coordenação, mesmo quando parte do cuidado foi realizada corretamente. A melhoria exige responsabilidade compartilhada entre pré-natal, local de administração, maternidade e APS após a alta. O aprendizado não se resume a orientar a gestante a guardar melhor seus papéis. Ele consiste em construir uma rede que preserve a memória necessária ao cuidado e consiga recuperá-la quando o percurso atravessa diferentes estabelecimentos.

4.37. Situação Analítica Sobre Procura por PEP Fora do Horário Habitual

Considere-se uma pessoa que procura uma unidade básica no fim do expediente após exposição sexual recente. O cenário é hipotético e serve para examinar como o tempo e a organização modificam o acesso. Se a recepção apenas informa que as consultas terminaram e orienta retorno no dia seguinte, uma necessidade potencialmente urgente pode permanecer sem avaliação. O problema não decorre necessariamente de desconhecimento de toda a equipe. Pode resultar da ausência de um mecanismo para acionar avaliação clínica quando a demanda é apresentada de forma discreta e incompleta.

A pessoa pode evitar mencionar detalhes no balcão e dizer apenas que precisa conversar. Por isso, um fluxo baseado em exigir exposição pública do motivo tende a falhar. A unidade deve oferecer uma forma reservada de reconhecer a necessidade e encaminhá-la ao profissional responsável. Esse mecanismo pode ser simples, mas precisa ser conhecido por todos os turnos. A confidencialidade e a

rapidez não são objetivos incompatíveis. Uma passagem bem organizada permite avaliar a situação sem recolher informações íntimas desnecessárias na área comum.

Após avaliação inicial, a equipe pode identificar necessidade de atendimento em referência. O encaminhamento precisa considerar horário, disponibilidade e deslocamento. Informar um endereço que não oferece o recurso naquele período prolonga a trajetória. A unidade deve utilizar contatos institucionais atualizados e, quando necessário, articular a continuidade. A pessoa precisa compreender por que deve procurar o serviço, qual é a prioridade e como acessar ajuda se houver dificuldade. A responsabilidade não se encerra com uma orientação genérica para procurar um hospital.

A análise do caso pode revelar que o protocolo estava disponível, mas os trabalhadores não conheciam a referência fora do expediente. Nesse caso, repetir uma aula sobre transmissão do HIV não resolve o principal problema. A intervenção deve atualizar o mapa de acesso, definir responsáveis e testar o fluxo. Uma simulação curta, iniciada na recepção e concluída com a identificação do destino correto, pode revelar falhas operacionais. O exercício deve ser discutido sem humilhação, com foco na confiabilidade do processo e na possibilidade de executar a orientação em situações reais.

O monitoramento pode acompanhar episódios de procura, tempo até avaliação e encaminhamentos que precisaram ser refeitos. Também deve verificar se o usuário recebeu orientação de seguimento após o atendimento inicial. A urgência da primeira etapa pode fazer com que a continuidade seja esquecida. A APS pode manter vínculo e apoiar exames, revisão de prevenção e outras

necessidades, conforme organização local. O cuidado não deve se limitar ao acesso inicial ao medicamento, porque o benefício depende de um percurso que inclua uso e acompanhamento apropriados.

Uma dificuldade adicional ocorre quando a pessoa retorna depois de várias tentativas frustradas em outros serviços. A equipe deve acolher o relato e avaliar a situação atual, sem transformar o atraso em motivo de repreensão. A revisão institucional pode utilizar essa trajetória para identificar falhas da rede. O tempo transcorrido não deve ser atribuído automaticamente a uma decisão individual de adiar procura. A análise precisa reconhecer as portas que foram buscadas e as orientações recebidas, pois o atraso pode ter sido produzido pelo próprio sistema.

O cenário evidencia que um protocolo clínico precisa estar conectado à infraestrutura de acesso. Conhecer a indicação de PEP é necessário, mas a resposta também depende de recepção, agenda, contatos e transporte. A melhoria pode ocorrer por ajustes relativamente simples quando o mecanismo da falha é identificado. A avaliação deve verificar se o fluxo permanece atualizado e funciona nos momentos de maior vulnerabilidade, como finais de expediente e mudanças de equipe. A oportunidade clínica torna a confiabilidade da rede um componente direto da qualidade.

4.38. Situação Analítica Sobre PrEP e Interrupção por Barreira Administrativa

Em uma situação hipotética, uma pessoa em acompanhamento de PrEP deixa de obter o medicamento porque uma exigência administrativa impede a dispensação, embora já exista plano clínico

estabelecido. O cenário não permite concluir que toda exigência de exame ou consulta seja desnecessária. Algumas etapas são fundamentais para segurança e devem ser respeitadas. A análise precisa distinguir requisito clínico de procedimento administrativo que poderia ser organizado de outra maneira. O objetivo é identificar onde o percurso se tornou inviável e como preservar acompanhamento adequado sem produzir interrupções evitáveis.

A reconstrução pode mostrar que a consulta foi remarcada pelo serviço, que o resultado de exame não foi visualizado ou que sistemas diferentes não compartilham a informação. Também pode haver uma condição clínica que realmente demande reavaliação antes de continuar. Essas situações exigem respostas distintas. A equipe deve evitar resolver toda dificuldade com flexibilização indiscriminada ou com recusa automática. O raciocínio precisa considerar o protocolo, as informações disponíveis e a responsabilidade profissional, utilizando suporte técnico quando houver dúvida.

A pessoa pode interpretar a interrupção como punição por ter faltado a um retorno ou por relatar uso irregular. Se essa percepção não for discutida, pode reduzir a disposição de voltar ao serviço. A comunicação deve explicar a finalidade das etapas e reconhecer dificuldades produzidas pela própria organização. Quando o serviço causou o atraso, é importante assumir o problema e construir uma solução possível. A confiança depende da coerência entre a proposta de prevenção centrada na pessoa e a experiência concreta de acesso.

Uma alternativa de melhoria é revisar a coordenação entre consulta, exames e dispensação, identificando momentos em que uma

pendência pode ser reconhecida antes de faltar medicamento. Alertas e conferências precisam ser simples e atribuídos a responsáveis definidos. A digitalização pode ajudar, mas não substitui a clareza do processo. Um sistema que gera alertas sem capacidade de resposta apenas torna a falha mais visível. A intervenção deve incluir como a equipe resolverá a pendência e como o usuário será informado por canal seguro.

A avaliação pode separar interrupções relacionadas a mudança de indicação, decisão compartilhada, condição clínica, dificuldade pessoal e barreira do serviço. Essa classificação precisa ser usada para aprendizagem, sem rótulos moralizantes. Ela permite direcionar ações: apoio ao acesso em um caso, revisão clínica em outro, melhoria de agenda em outro. Uma taxa global de retenção não oferece esse nível de compreensão. O indicador deve ser acompanhado de informação qualitativa suficiente para orientar decisões e evitar que toda saída seja tratada como fracasso equivalente.

O cenário também permite discutir a participação do usuário na avaliação. A equipe pode considerar que o processo foi concluído porque emitiu uma autorização, enquanto a pessoa ainda enfrenta dificuldade para chegar ao local de retirada. Perguntar se a solução funcionou ajuda a identificar essa diferença. A conclusão administrativa não deve ser confundida com acesso efetivo. O acompanhamento precisa verificar o efeito prático da mudança, respeitando autonomia e evitando contato excessivo. O usuário é fonte de informação sobre o percurso, não apenas destinatário de instruções.

A principal contribuição do caso é mostrar que continuidade depende da integração entre requisitos clínicos e organização administrativa. A segurança não deve ser utilizada como justificativa genérica para qualquer barreira, assim como a simplificação não autoriza omissão de avaliações necessárias. O serviço precisa identificar a finalidade de cada etapa e garantir que ela seja cumprida de modo acessível. A PrEP torna visível essa relação porque sua efetividade exige uma oferta previsível e um acompanhamento capaz de se adaptar às mudanças da vida e da rede.

4.39. Situação Analítica Sobre Confidencialidade em Comunidade Pequena

Em um cenário hipotético, uma pessoa deixa de comparecer após receber uma visita domiciliar que familiares interpretaram como relacionada a uma IST. A equipe pretendia apoiar o seguimento, mas o modo de contato produziu exposição. A análise deve reconhecer que uma ação com finalidade assistencial pode gerar dano quando não considera o contexto. O problema não se resolve apenas afirmando que o trabalhador não revelou explicitamente o diagnóstico. Horário, insistência, linguagem e associação social com determinada atividade podem permitir identificação indireta.

A primeira pergunta é se havia pactuação de um canal seguro. A ausência dessa informação deixa o trabalhador diante de uma decisão sensível sem orientação suficiente. O serviço pode incorporar à consulta uma pergunta simples sobre formas de contato e revisar a preferência ao longo do acompanhamento. Essa informação precisa ser acessível a quem realizará a busca, sem divulgar detalhes desnecessários. O objetivo é permitir uma ação

coordenada. A pessoa também deve saber que pode solicitar mudança de canal ou informar que determinado contato deixou de ser seguro.

A revisão do caso deve considerar a divisão de responsabilidades. Agentes comunitários podem apoiar acesso e vínculo, mas não precisam receber todo o conteúdo clínico para realizar uma ação. O compartilhamento deve ser proporcional à tarefa. A equipe deve definir como formular convites neutros e quando uma visita não é apropriada. Em algumas situações, pode ser necessário utilizar outra estratégia ou discutir o caso com profissionais responsáveis pela avaliação de risco. A decisão deve equilibrar necessidade de continuidade e possibilidade de exposição, sem automatizar a busca ativa.

Após um incidente, o serviço precisa avaliar as consequências e oferecer acolhimento. A pessoa pode ter enfrentado conflito, violência ou perda de confiança. A resposta deve seguir procedimentos institucionais e reconhecer o problema, evitando minimizar sua experiência. A reparação possível pode incluir mudança de fluxo, esclarecimento de canais e apoio diante de necessidades identificadas. O objetivo não é obter rapidamente uma declaração de satisfação, mas reconstruir condições de cuidado. A continuidade deve respeitar a escolha da pessoa sobre como e onde deseja ser atendida.

A avaliação da melhoria pode utilizar revisão de registros de preferência de contato e análise de situações em que o canal foi respeitado. Entretanto, preencher um campo não garante proteção se a equipe não o consulta. O monitoramento deve examinar a utilização real da informação. Também pode incorporar relatos de

usuários sobre segurança percebida, coletados de forma voluntária. A ausência de novas reclamações não demonstra, sozinha, que o problema foi resolvido, pois pessoas expostas podem simplesmente afastar-se do serviço.

O caso evidencia uma tensão frequente: quanto maior a proximidade territorial, maior pode ser a capacidade de apoio e a possibilidade de identificação social. A resposta não deve abandonar o trabalho comunitário, mas qualificá-lo. A APS precisa reconhecer que confiança é produzida por limites respeitados. A equipe pode estar próxima da vida das pessoas sem ter acesso irrestrito a ela. A confidencialidade deve ser uma característica do desenho assistencial, sustentada por comunicação e responsabilidades claras, e não apenas uma expectativa de discrição individual.

Essa situação também mostra que indicadores de retorno podem criar incentivos inadequados quando utilizados sem considerar direitos. Uma equipe pressionada a localizar todas as pessoas pode intensificar contatos de forma insegura. A gestão deve estabelecer critérios que valorizem continuidade e proteção, permitindo registrar quando uma estratégia foi evitada por risco. A qualidade não se mede apenas pelo número de pessoas encontradas. Ela inclui a forma como o serviço busca contato e as consequências que essa ação produz no contexto concreto do usuário.

4.40. Situação Analítica Sobre Vacinação e Interpretação da Cobertura

Imagine-se uma unidade que realiza uma ação de resgate de vacinação contra HPV e registra aumento expressivo de doses administradas. O cenário é hipotético e não apresenta resultados de

pesquisa. A primeira interpretação pode ser de sucesso, mas a análise precisa esclarecer quem foi alcançado e qual era a população elegível. Parte das doses pode ter sido aplicada em pessoas de outros territórios ou em grupos com recomendações específicas. O número de doses é uma informação importante, porém não equivale automaticamente à cobertura da população adscrita.

A equipe deve verificar a qualidade do cadastro e dos registros de vacinação. Duplicidades, registros atrasados e histórico incompleto podem alterar a estimativa. A análise não deve ser utilizada para desqualificar a ação, mas para compreender seu alcance. Se a iniciativa atraiu pessoas de outras áreas com dificuldade de acesso, esse resultado também possui valor assistencial. A apresentação precisa distinguir produção do serviço e cobertura territorial. Essa distinção evita que uma unidade pareça excepcionalmente bem-sucedida ou insuficiente apenas por diferenças no fluxo de usuários.

A distribuição do alcance pode revelar desigualdades. Uma ação realizada em horário escolar pode alcançar estudantes presentes e deixar de fora jovens que trabalham, abandonaram a escola ou vivem em áreas distantes. A expansão de horário ou de locais pode ser considerada a partir desse diagnóstico. A escolha não deve presumir que um único espaço representa toda a população adolescente. A articulação com diferentes setores ajuda a reconhecer quem permanece sem oportunidade. O planejamento deve utilizar essas informações para ampliar acesso, preservando privacidade e evitando exposição de pessoas identificadas como não vacinadas.

O monitoramento pode examinar oportunidades perdidas em consultas de pessoas elegíveis. Se o usuário esteve na unidade e não

teve sua situação verificada, existe uma falha interna potencialmente corrigível. Se a verificação ocorreu, mas a vacina não estava disponível, o problema é outro. Separar essas etapas permite direcionar ações e evitar campanhas repetidas para compensar uma rotina pouco integrada. A vacinação se torna mais sustentável quando está incorporada aos contatos habituais, com campanhas atuando como complemento e não como única forma de oferta.

A comunicação também deve ser avaliada. Jovens podem compreender a estratégia como temporária e adiar a procura, ou interpretar a vacina como necessária apenas antes do início da vida sexual. A equipe precisa apresentar critérios vigentes de maneira clara e encaminhar dúvidas individuais. A análise de perguntas frequentes pode orientar materiais e capacitação. O objetivo não é produzir uma mensagem única para todas as preocupações, mas assegurar que informações essenciais sejam consistentes e que o serviço ofereça espaço para esclarecimento.

Ao final da estratégia temporária, a gestão precisa revisar o que foi aprendido e atualizar orientações. Materiais com prazo encerrado não devem permanecer em circulação como se fossem regra atual. O registro deve permitir distinguir doses realizadas durante a ação e continuidade de outras recomendações. A avaliação pode apoiar futuras iniciativas, mostrando horários, locais e canais que alcançaram pessoas com maior dificuldade. A conclusão deve descrever esse aprendizado sem atribuir imediatamente redução de câncer ou infecção a uma campanha de curta duração.

O cenário demonstra que produção, cobertura e impacto representam níveis diferentes. A qualidade da avaliação depende de não confundi-los. Uma ação pode ser bem executada e ainda deixar

grupos sem acesso; pode ampliar cobertura sem que seja possível medir desfechos clínicos no período disponível. A apresentação transparente fortalece o planejamento e permite decisões mais precisas. A vacinação contra HPV oferece um exemplo de como integrar informação, território e rotina assistencial para reduzir oportunidades perdidas sem depender exclusivamente de mobilizações pontuais.

4.41. Situação Analítica Sobre Teste Molecular e Decisão de Rastreamento

Considere-se que uma gestão local avalie incorporar testes moleculares para diferentes agentes de IST após tomar conhecimento de um estudo com prevalência relevante em gestantes. O cenário é hipotético e procura explicitar etapas de decisão. O achado científico demonstra que infecções foram identificadas naquela população, mas não responde sozinho se rastrear todas as gestantes do município produzirá benefício superior aos possíveis danos e custos. A pergunta de política pública precisa ser formulada de modo específico, incluindo população, teste, conduta após resultado e desfechos de interesse.

A primeira etapa é examinar a aplicabilidade do estudo. Características das participantes, locais de coleta, critérios de inclusão e método diagnóstico influenciam a interpretação. Uma amostra de determinadas unidades pode não representar toda a região. A prevalência encontrada pode justificar investigação adicional ou um projeto de avaliação, mas não deve ser tratada como estimativa nacional. A gestão também precisa verificar se existe recomendação clínica para rastreamento do agente em

peças assintomáticas. Diferentes microrganismos podem exigir decisões distintas, mesmo quando aparecem no mesmo estudo.

A segunda etapa é analisar o percurso após o teste. Um resultado positivo precisa ter significado clínico e uma conduta baseada em evidências. Se a rede não dispõe de tratamento, confirmação quando necessária ou seguimento, ampliar diagnóstico pode produzir uma fila de necessidades sem resposta. A avaliação deve incluir laboratório, transporte, tempo de liberação e capacidade clínica. O custo do dispositivo representa apenas uma parcela. A incorporação precisa ser concebida como uma linha de cuidado, com responsabilidades e recursos, e não como aquisição isolada de equipamentos ou insumos.

A terceira etapa envolve possíveis danos. Resultados falsos, achados de significado incerto e tratamento desnecessário podem gerar ansiedade, efeitos adversos e exposição a antimicrobianos. A ausência de sintomas não torna todo rastreamento inadequado, mas exige demonstrar que identificar e tratar precocemente melhora desfechos relevantes. A equipe deve considerar evidências específicas para cada agente e população. No caso de *Mycoplasma genitalium*, a cautela com rastreamento de assintomáticos ilustra por que a presença de prevalência mensurável não equivale a uma recomendação universal.

Uma alternativa pode ser uma avaliação local planejada, com pergunta definida, critérios éticos e acompanhamento de resultados. Outra pode ser ampliar diagnóstico em situações já indicadas, corrigindo barreiras existentes antes de criar um novo programa. Essas opções não são equivalentes e devem ser comparadas de acordo com a necessidade identificada. O serviço

precisa evitar que a novidade tecnológica desloque recursos de intervenções consolidadas que ainda não alcançam a população. A decisão deve considerar benefício incremental e capacidade de implementação, além da visibilidade política da inovação.

O monitoramento de uma implantação precisa acompanhar mais do que positividade. Deve verificar proporção de amostras adequadas, tempo de resposta, condutas realizadas, eventos adversos e continuidade. Também é importante observar quem não consegue acessar o teste e se surgem desigualdades entre unidades. A análise dos resultados deve manter o vínculo com o desenho utilizado. Uma série de atendimentos pode descrever viabilidade e problemas operacionais, mas não demonstra necessariamente redução de complicações ou custo-efetividade. Essas conclusões exigem dados e métodos correspondentes.

A principal lição é que diagnóstico é uma intervenção com consequências. A decisão de ampliar testes precisa integrar evidência, clínica, organização e valores públicos. A APS contribui ao tornar visível o que acontece depois da coleta e ao identificar barreiras de acesso. O estudo local é um ponto de partida para perguntas relevantes, não um atalho que elimina avaliação de tecnologias. A prudência metodológica permite incorporar inovação de forma mais responsável e evita que a busca por maior detecção seja confundida com benefício clínico automaticamente demonstrado.

4.42. Situação Analítica Sobre Indicadores e Comparação Entre Equipes

Em uma comparação hipotética, duas unidades apresentam proporções diferentes de seguimento após diagnóstico de IST. A interpretação inicial poderia classificar uma como eficiente e a outra como insuficiente. Antes dessa conclusão, é necessário verificar se utilizam a mesma definição e atendem populações comparáveis. Uma unidade pode registrar transferências como conclusão, enquanto outra mantém esses casos como pendentes. Também pode haver diferenças na disponibilidade de dados de outros serviços. A comparação só é informativa quando os números representam processos equivalentes.

A análise deve examinar o denominador. Foram incluídas todas as pessoas com diagnóstico, apenas residentes ou somente aquelas que iniciaram tratamento na unidade? O período permite tempo suficiente para concluir o seguimento previsto? Casos recentes podem aparecer como incompletos apenas porque ainda estão em acompanhamento. A definição da janela de observação é essencial. Sem ela, uma equipe que ampliou diagnóstico no final do período pode parecer pior por possuir mais pessoas ainda em curso de cuidado. O indicador precisa distinguir atraso de uma etapa que ainda não deveria ter sido concluída.

O perfil da demanda também importa. Uma unidade pode atender maior proporção de pessoas com mobilidade, vulnerabilidade social ou necessidades clínicas complexas. Isso não deve ser usado para justificar qualquer resultado, mas precisa orientar a interpretação e a distribuição de apoio. Rankings simplificados podem incentivar seleção de usuários mais fáceis de acompanhar. Uma avaliação orientada à equidade deve reconhecer o trabalho adicional e investigar quais recursos são necessários. O objetivo é melhorar

cuidado, não produzir competição que afaste justamente quem mais necessita de coordenação.

A experiência dos usuários pode explicar diferenças que os registros não mostram. Uma unidade com indicador favorável pode realizar contatos percebidos como invasivos; outra pode proteger melhor a privacidade, mas registrar de forma incompleta atendimentos externos. A qualidade exige examinar essas dimensões conjuntamente. O indicador quantitativo funciona como sinal para investigação, não como sentença definitiva. A gestão deve criar espaço para análise compartilhada, permitindo que as equipes apresentem contexto e reconheçam falhas sem receio de punição automática.

Uma resposta útil é harmonizar definições e realizar uma revisão limitada de registros para compreender divergências. Essa revisão deve ter finalidade clara e proteção de dados. Pode revelar que parte da diferença desaparece após padronização, enquanto outra permanece e demanda intervenção. A comparação então passa a gerar aprendizado sobre processos específicos, como organização de retorno ou comunicação com referências. A equipe com resultado melhor pode compartilhar uma prática, mas sua transferência precisa considerar recursos e contexto, evitando copiar uma solução sem compreender seu mecanismo.

A avaliação posterior deve observar se a mudança reduziu a diferença e se houve efeitos não previstos. Uma melhoria no registro pode elevar o indicador sem modificar a assistência; uma mudança de fluxo pode ampliar acesso e inicialmente aumentar o número de pendências reconhecidas. Essas situações precisam ser descritas com honestidade. A gestão deve valorizar transparência sobre

problemas, porque ocultá-los para manter um resultado favorável compromete a capacidade de aprender. O dado deve servir à qualidade, e não transformar-se em finalidade autônoma.

O cenário sintetiza a necessidade de uma cultura avaliativa que combine rigor e responsabilidade. Indicadores são ferramentas úteis quando possuem definição, contexto e ligação com decisões. A comparação entre equipes pode apoiar cooperação e distribuição de recursos, desde que não reduza trajetórias complexas a uma classificação única. A APS precisa de avaliações que reconheçam tanto a capacidade de resposta quanto as condições em que ela é produzida. Essa perspectiva fortalece a melhoria contínua e evita que números aparentemente objetivos escondam diferenças de registro, população e oportunidade de cuidado.

4.43. Planejamento Reprodutivo e Integração de Necessidades

O planejamento reprodutivo oferece oportunidade de articular prevenção de IST, contracepção e projetos de vida. Essas dimensões não devem ser tratadas como concorrentes. Uma pessoa pode desejar evitar gestação e, simultaneamente, precisar de proteção contra infecções; outra pode planejar engravidar e necessitar de avaliação e orientação específicas. A consulta deve reconhecer essas finalidades e explicar que os métodos possuem funções diferentes. O uso de um recurso contraceptivo não implica proteção contra IST, assim como uma estratégia de prevenção do HIV não responde a todas as necessidades reprodutivas.

A conversa deve permitir que preferências e circunstâncias sejam apresentadas sem pressupor um projeto familiar. Estado civil, idade e número de filhos não definem automaticamente o desejo da

pessoa. O profissional pode perguntar de maneira aberta e explicar como a informação orienta o cuidado. Mudanças de decisão ao longo do tempo devem ser acolhidas. A continuidade da APS permite revisar necessidades em diferentes momentos, evitando que uma escolha registrada anteriormente seja tratada como permanente. A autonomia depende de informação compreensível e de acesso às alternativas pertinentes.

A avaliação antes de uma gestação pode incluir revisão de vacinação, testagem indicada e condições clínicas relevantes. O objetivo é organizar cuidado oportuno, sem criar uma série indiscriminada de exames ou transformar o planejamento em exigência para exercer direitos reprodutivos. A indicação deve seguir protocolos e considerar história e contexto. Quando houver infecção identificada, a equipe precisa explicar a conduta e articular seguimento. A pessoa deve compreender quais aspectos precisam ser acompanhados e quais dúvidas exigem avaliação especializada, mantendo uma referência na APS.

A presença de HIV ou outra infecção não elimina o direito de discutir reprodução e sexualidade. A equipe deve oferecer informação atualizada e evitar mensagens baseadas em medo ou proibição genérica. O cuidado pode exigir articulação com referência e revisão de condições clínicas, mas a conversa deve permanecer centrada em decisão informada. A orientação precisa considerar o que está estabelecido e quais avaliações ainda são necessárias. A APS pode apoiar continuidade, condições gerais de saúde e acesso, sem assumir condutas que ultrapassem sua competência ou ignorar a participação de outros serviços.

A negociação de prevenção dentro de relações afetivas pode ser influenciada por confiança, desejo de gestação e assimetrias de poder. A consulta não deve presumir que uma recomendação será facilmente implementada apenas porque foi compreendida. A pessoa pode ter dificuldade para discutir preservativos ou revelar um diagnóstico. O profissional deve explorar possibilidades de proteção e segurança, evitando responsabilizá-la por decisões que dependem de outra pessoa. O plano preventivo precisa ser clinicamente adequado e socialmente viável, com espaço para revisão quando as condições mudarem.

A integração entre equipes de saúde sexual, pré-natal e planejamento reprodutivo pode reduzir repetições e oportunidades perdidas. Resultados e orientações relevantes devem estar disponíveis de forma segura, sem exigir que o usuário reconte toda a história a cada contato. A coordenação deve evitar que programas diferentes apresentem mensagens incompatíveis. Uma decisão sobre reprodução pode modificar a prioridade de avaliação, enquanto um diagnóstico de IST pode abrir necessidade de discutir prevenção e seguimento. O cuidado se torna mais coerente quando essas relações são reconhecidas no mesmo percurso.

A avaliação da integração pode observar se necessidades identificadas resultaram em oferta e acesso, preservando a liberdade de aceitar ou recusar opções. Não seria adequado medir qualidade apenas pela adesão a uma escolha preferida pela equipe. O objetivo é assegurar decisão informada e continuidade pertinente. A satisfação também deve ser interpretada em conjunto com informação e respeito. O planejamento reprodutivo contribui para a integralidade quando amplia possibilidades, protege autonomia e

conecta prevenção de infecções aos projetos de vida apresentados pela própria pessoa.

4.44. Acompanhamento de Pessoas Vivendo com HIV na Rede

O cuidado de pessoas vivendo com HIV envolve tratamento específico e necessidades gerais de saúde que permanecem relevantes ao longo da vida. A articulação entre APS e referência deve evitar dois extremos: abandono da responsabilidade territorial ou tentativa de realizar isoladamente toda a assistência sem suporte. A distribuição de tarefas depende da organização local e das competências disponíveis. O essencial é que exista um plano reconhecível, com comunicação e definição de quem acompanha cada necessidade. A pessoa não deve receber orientações contraditórias nem ficar entre serviços que pressupõem que o outro assumiu o cuidado.

A APS pode contribuir para vacinação, condições crônicas, saúde mental, saúde bucal e outras demandas, conforme recomendações e situação clínica. A presença do HIV não deve fazer com que sintomas ou necessidades comuns sejam automaticamente atribuídos à infecção. O raciocínio clínico precisa manter amplitude. Ao mesmo tempo, tratamentos, interações e condições específicas podem influenciar decisões e exigir discussão com a referência. O prontuário e os canais de comunicação devem permitir acesso às informações pertinentes, sem exposição desnecessária do diagnóstico em áreas administrativas.

A informação de que supressão viral sustentada impede transmissão sexual do HIV, nas condições reconhecidas pelas evidências e orientações técnicas, tem importância clínica e social. Sua

comunicação pode reduzir estigma e apoiar decisões sobre relações e reprodução. A equipe deve apresentar o conceito com precisão, vinculando-o ao tratamento e ao acompanhamento, sem generalizá-lo para outras vias ou infecções. O usuário precisa ter espaço para discutir dúvidas e receios. Mensagens ultrapassadas podem produzir restrições indevidas e sofrimento, mesmo quando o cuidado medicamentoso está adequadamente organizado.

A continuidade do tratamento específico pode ser afetada por mudanças de município, dificuldades de dispensação e experiências de discriminação. A APS pode reconhecer essas situações e articular apoio, respeitando a preferência da pessoa sobre onde recebe acompanhamento. O contato territorial deve preservar sigilo. Visitas ou mensagens que revelam a condição podem comprometer o vínculo e gerar dano. A integração da rede precisa ser construída com consentimento e finalidade assistencial, dentro das regras aplicáveis, e não como circulação indiscriminada de informação entre todos os setores.

O envelhecimento e a presença de múltiplas condições tornam a coordenação ainda mais importante. Consultas em diferentes especialidades podem produzir prescrições e orientações que precisam ser reconciliadas. A equipe deve conhecer os medicamentos utilizados e encaminhar dúvidas sobre interações a profissionais e referências competentes. A pessoa não deve ser responsabilizada por identificar sozinha incompatibilidades entre tratamentos. A revisão periódica do plano pode reduzir duplicidade e esclarecer prioridades, mantendo o acompanhamento específico do HIV e as necessidades gerais de saúde.

A prevenção de outras IST continua pertinente e deve ser discutida de maneira individualizada. O tratamento do HIV não protege contra todos os agentes, e vacinação, testagem e avaliação de sintomas podem permanecer indicadas. A consulta deve evitar pressupor práticas ou impor uma narrativa única sobre sexualidade. A pessoa pode ter relações e necessidades que mudam ao longo do tempo. O cuidado integral permite revisar prevenção sem reduzir a vida sexual a uma situação de risco permanente ou transformar cada contato em interrogatório.

A avaliação da rede pode examinar continuidade, experiência de discriminação, comunicação entre serviços e resolução de necessidades gerais. Indicadores específicos de tratamento devem ser interpretados no contexto apropriado e com proteção de dados. A contribuição da APS não se limita a um resultado laboratorial: inclui acesso cotidiano, vínculo e coordenação. Essa atuação fortalece o cuidado quando reconhece competências compartilhadas e mantém a pessoa como referência do percurso, em vez de organizar a assistência exclusivamente em torno de programas separados.

4.45. Reconciliação de Informações e Segurança em Situações Complexas

A complexidade clínica pode surgir quando uma pessoa utiliza diferentes serviços, possui várias condições ou recebe medicamentos de prescritores distintos. No cuidado em IST, essa situação exige atenção à história terapêutica, alergias relatadas, exames anteriores e possíveis interações. A equipe precisa distinguir informação confirmada de relato ainda não documentado, sem desvalorizar a experiência do usuário. A reconciliação consiste em

organizar os dados relevantes para a decisão atual e identificar inconsistências que precisam ser esclarecidas. Ela reduz o risco de condutas baseadas em uma história fragmentada.

A lista de medicamentos deve incluir produtos prescritos, utilizados por conta própria e outras substâncias relevantes. A pergunta precisa ser acolhedora para favorecer relato. A pessoa pode não considerar determinado produto como medicamento ou reacear crítica por uso sem orientação. O profissional deve explicar a finalidade clínica da informação e utilizar fontes técnicas adequadas para avaliar interações. A existência de múltiplos tratamentos não autoriza suspensões improvisadas. Quando houver dúvida, o plano deve ser discutido com profissionais competentes e comunicado de maneira coerente.

A história de alergia merece documentação específica sempre que possível. Nome do produto, manifestação, tempo de início e atendimento recebido podem ajudar a diferenciar situações. Um rótulo genérico de alergia, repetido por anos sem contexto, pode limitar opções terapêuticas. Por outro lado, a ausência de detalhes não permite desconsiderar uma reação potencialmente grave. A avaliação deve seguir protocolos e fluxos apropriados. O serviço precisa oferecer caminhos para esclarecimento quando necessário, especialmente em situações em que a escolha do tratamento possui implicações importantes.

A informação laboratorial também exige reconciliação. Resultados de datas e métodos diferentes podem ser apresentados sem ordem, dificultando interpretação. Organizar uma linha temporal ajuda a relacionar diagnóstico, tratamento e seguimento. A equipe deve evitar comparar valores como se fossem automaticamente

equivalentes quando existem diferenças relevantes de método ou contexto. A referência técnica e o laboratório podem apoiar esclarecimentos. O usuário precisa compreender por que um resultado anterior não responde necessariamente à pergunta atual, sem receber a impressão de que todos os exames anteriores foram inúteis.

A transição entre serviços deve incluir pendências e decisões em aberto. Um resumo que apresenta apenas diagnósticos concluídos pode omitir uma investigação ainda necessária. A equipe seguinte precisa saber o que deve ser revisto e em qual prazo, de acordo com a situação. A comunicação também deve indicar qual profissional ou serviço pode esclarecer dúvidas. Essa organização reduz a chance de que uma etapa seja esquecida porque todos presumiram sua conclusão. A continuidade exige uma memória de decisões e de incertezas, não apenas uma lista estática de condições.

A participação do usuário é fundamental para identificar divergências. Ele pode reconhecer que um medicamento foi interrompido ou que um resultado pertence a outro episódio. A equipe deve criar espaço para correção e verificar a compreensão do plano final. Isso não transfere a responsabilidade técnica para a pessoa; permite incorporar uma fonte de informação indispensável. A entrega de orientações claras e coerentes ajuda a reduzir confusão, especialmente quando várias mudanças ocorreram no mesmo atendimento. O plano deve indicar o que foi decidido e quem acompanha cada pendência.

A avaliação da segurança pode utilizar situações de quase erro e inconsistências resolvidas antes de produzir dano. Esses eventos oferecem oportunidade de aprendizado e não devem ser

invisibilizados por não terem resultado em complicação. A revisão precisa considerar processos de registro, comunicação e acesso à informação. A complexidade não será eliminada, mas pode ser manejada com maior confiabilidade. A APS contribui ao organizar a trajetória e manter uma visão longitudinal que permita integrar decisões de diferentes momentos e pontos da rede.

4.46. Continuidade da Linha de Cuidado Diante de Interrupções do Serviço

A linha de cuidado em IST precisa estar preparada para interrupções previsíveis e eventos excepcionais. Falta de energia, indisponibilidade de sistemas, afastamento de profissionais, dificuldades de transporte e eventos climáticos podem comprometer etapas. A preparação deve identificar quais funções não podem ser adiadas sem avaliação clínica e quais alternativas existem. O objetivo não é construir um plano extenso para todas as possibilidades imagináveis, mas reconhecer dependências críticas e definir respostas proporcionais. A continuidade deve ser discutida antes que o problema obrigue a equipe a improvisar sob pressão.

A indisponibilidade de sistema eletrônico não elimina a necessidade de registro e proteção de dados. O serviço deve possuir procedimento para documentação temporária, identificação segura e posterior integração das informações. Formulários utilizados durante a contingência precisam ser guardados de modo apropriado e não circular sem controle. A recuperação do sistema deve incluir conferência de pendências, evitando que resultados e tratamentos permaneçam fora do prontuário. O plano precisa ser conhecido por quem atua no turno e testado de maneira simples para verificar sua viabilidade.

A interrupção de estoque demanda comunicação rápida entre assistência farmacêutica, equipe clínica e gestão. É necessário identificar pessoas com etapas próximas e avaliar alternativas institucionais, respeitando protocolos. O usuário deve receber informação clara sobre o caminho disponível, sem promessas de reposição não confirmadas. A falta não deve ser ocultada até o momento em que a pessoa chega para atendimento. O planejamento pode reduzir deslocamentos inúteis e permitir que necessidades prioritárias sejam avaliadas oportunamente, mantendo registro das decisões e do impacto produzido pela indisponibilidade.

Eventos climáticos podem modificar acesso e segurança de deslocamento. Em territórios com enchentes, isolamento ou transporte interrompido, a rede precisa articular pontos de apoio e continuidade de medicamentos e avaliações. A resposta deve considerar privacidade em abrigos e locais coletivos, onde informações de saúde podem ser facilmente expostas. O cuidado em IST não deve desaparecer da agenda de emergência, mas precisa ser organizado de forma integrada às demais necessidades. A gestão deve reconhecer populações com acompanhamento em curso e utilizar canais seguros para orientação.

A ausência de profissionais-chave revela a importância de distribuir conhecimento e responsabilidades. Um serviço que depende de uma única pessoa para acessar resultados ou acionar referência torna-se vulnerável. A preparação inclui substitutos, contatos institucionais e documentação utilizável. A capacitação deve permitir que a equipe mantenha funções essenciais dentro de suas atribuições. Isso não significa tornar todos intercambiáveis, mas assegurar que a ausência de um trabalhador não interrompa

completamente a coordenação. A gestão precisa identificar essas dependências e oferecer condições para reduzi-las.

Após uma interrupção, a retomada deve priorizar a recuperação de pendências. Consultas remarcadas, resultados liberados durante a falha e tratamentos interrompidos precisam ser identificados e avaliados. A ordem de resposta deve considerar necessidade clínica e oportunidade, e não apenas a sequência administrativa. O contato com usuários deve respeitar canais seguros e explicar o que será reorganizado. A equipe também precisa revisar o que funcionou e o que falhou durante a contingência, transformando a experiência em ajuste do plano.

A capacidade de adaptação não deve ser confundida com aceitação permanente de precariedade. Trabalhadores podem desenvolver soluções para manter cuidado, mas essas soluções não substituem investimento em infraestrutura, pessoal e logística. A análise das interrupções deve tornar visíveis os recursos necessários e evitar que o esforço individual esconda fragilidades sistêmicas. A continuidade em situações adversas é fortalecida quando existe preparação, apoio e aprendizagem. Essa dimensão completa a discussão da linha de cuidado, mostrando que sua qualidade depende também de permanecer acessível quando as condições habituais deixam de funcionar.

4.47. Síntese Comparativa das Situações e Priorização de Intervenções

As situações analíticas apresentadas mostram que a interrupção do cuidado pode ocorrer por mecanismos diferentes, mesmo quando o resultado final parece semelhante. A ausência de seguimento pode

decorrer de horário incompatível, informação perdida, exposição de dados ou tratamento realizado em outro local. A comparação permite reconhecer que uma resposta única, como ampliar contatos ou realizar nova capacitação, pode ser insuficiente. O planejamento deve começar pela identificação do mecanismo provável e pela verificação de quais elementos estão sob responsabilidade da unidade e quais exigem articulação da rede.

A priorização pode considerar gravidade, frequência, possibilidade de correção e risco de dano associado à própria intervenção. Uma falha pouco frequente, mas relacionada a uma oportunidade clínica curta, pode justificar ação imediata. Uma dificuldade recorrente de registro pode demandar mudança estrutural para reduzir incerteza em muitas transições. A decisão precisa ser transparente e apoiada em informações disponíveis. Não se trata de produzir uma pontuação universal para todos os serviços, mas de organizar a discussão e evitar que prioridades sejam definidas apenas pela visibilidade do problema ou pela facilidade de medir um resultado.

A análise também diferencia soluções locais e regionais. Ajustar a forma de chamada pode depender da própria unidade; garantir acesso a um exame pode exigir pactuação com laboratório e gestão. Misturar esses níveis pode produzir expectativas irreais ou inércia. A equipe deve agir sobre o que consegue modificar e documentar necessidades que precisam de decisão superior. A gestão deve responder com clareza sobre recursos e responsabilidades. Essa distribuição evita que problemas sistêmicos sejam atribuídos exclusivamente ao trabalhador da ponta e que dificuldades locais sejam sempre transferidas para instâncias distantes.

As matrizes a seguir condensam dimensões discutidas ao longo da revisão. Elas são propostas analíticas de elaboração própria, destinadas a apoiar reflexão e adaptação. Não constituem escalas validadas, protocolos terapêuticos ou metas oficiais. Seu uso requer avaliação do contexto e consulta às recomendações clínicas vigentes. A função das tabelas é tornar comparáveis etapas, perguntas e medidas, mantendo visíveis os limites de interpretação. Os itens não devem ser aplicados como lista automática de exigências para usuários nem como instrumento punitivo de avaliação de trabalhadores.

Tabela 3. Etapas do percurso assistencial e pontos de coordenação

Etapas	Pergunta de qualidade	Passagem a assegurar
Procura e acolhimento	A pessoa consegue apresentar a necessidade com privacidade e obter avaliação no tempo apropriado?	Acesso reservado à escuta clínica, com reconhecimento de situações que exigem resposta oportuna.
Avaliação	História, exame e contexto permitem formular uma pergunta clínica e identificar necessidades de prevenção?	Plano compreensível, com indicação de testes e condutas proporcionais, sem pressupostos sobre identidade ou comportamento.
Testagem	O teste foi indicado, executado e interpretado de acordo com sua finalidade e com o contexto?	Resultado confiável e avaliação conforme algoritmo, com explicação dos limites e organização de etapas adicionais.

Tratamento	Prescrição, obtenção e administração estão diferenciadas e documentadas?	Acesso efetivo ao esquema indicado e avaliação de dificuldades, sem considerar prescrição como comprovação de conclusão.
Parcerias	Foram discutidas possibilidades de cuidado e segurança da comunicação?	Oferta de apoio e acesso, respeitando confidencialidade e sem condicionar o cuidado individual à presença de outra pessoa.
Seguimento	A próxima etapa tem finalidade, responsável e canal de contato seguros?	Acompanhamento compatível com protocolo e contexto, com identificação de pendências e revisão de barreiras.
Transição	O serviço seguinte recebe informações suficientes e sabe qual necessidade deve acompanhar?	Resumo utilizável, definição de referência e retorno de informação, preservando o mínimo necessário de dados sensíveis.

Fonte: elaboração própria. Matriz analítica proposta para discussão e adaptação local; não constitui instrumento validado.

A leitura do percurso destaca que cada etapa precisa produzir uma passagem utilizável para a seguinte. A oferta de testagem deve estar conectada à interpretação; a interpretação, à conduta; e a conduta, ao acompanhamento. Essa sequência não é necessariamente linear, porque novas informações podem exigir reavaliação. Ainda assim, a identificação de transições permite localizar responsabilidades e evitar que o usuário seja o único coordenador de sua trajetória. A qualidade depende da relação entre etapas, além da qualidade técnica de cada uma delas.

Tabela 4. Exemplos de indicadores e cuidados de interpretação

Medida proposta	Definição a pactuar	Limite principal
Conclusão da avaliação após teste	Numerador: resultados que receberam avaliação documentada. Denominador: resultados que exigiam essa avaliação no período elegível.	Registro de avaliação não demonstra, sozinho, tratamento realizado ou benefício clínico. É preciso definir prazo e excluir etapas ainda em curso.
Tempo até condução	Intervalo entre marco definido do resultado e primeira condução pertinente, com datas consistentes.	Coleta, liberação e comunicação são momentos distintos. Uma média isolada pode esconder esperas muito longas.
Disponibilidade de insumos	Dias de funcionamento com insumo necessário disponível no ponto de oferta, segundo lista pactuada.	Estoque municipal não garante acesso local; disponibilidade não demonstra capacidade de aplicação ou horário acessível.
Continuidade terapêutica	Pessoas com etapa terapêutica concluída entre aquelas que deveriam concluí-la no período, conforme esquema e informação confiável.	Prescrição e dispensação não equivalem à administração. Transferências e tratamento externo precisam ser classificados.
Oportunidade e vacinal	Atendimentos de pessoas elegíveis em que houve verificação e oferta, com distinção entre as duas etapas.	Não equivale à cobertura territorial. Histórico incompleto e circulação entre áreas influenciam a interpretação.
Qualidade da transição	Transições com informação clínica utilizável e destino	Existência de documento não garante recebimento,

	definido entre as transições avaliadas.	compreensão ou utilização pelo serviço seguinte.
Experiência de privacidade	Relatos voluntários sobre segurança da comunicação e respeito ao canal pactuado, com método definido.	Ausência de reclamação não comprova ausência de exposição. Pessoas afastadas podem não participar da avaliação.

Fonte: elaboração própria. Matriz analítica proposta para discussão e adaptação local; não constitui instrumento validado.

Os indicadores propostos precisam ser definidos antes da coleta e revisados quando se tornarem pouco úteis. A interpretação deve considerar período, população e qualidade do registro. Um resultado favorável não substitui a escuta de usuários, e uma piora inicial pode refletir maior reconhecimento de pendências. A avaliação deve manter abertura para essas possibilidades. O objetivo é produzir informação que conduza a decisões e permita acompanhar suas consequências, evitando a multiplicação de medidas que consomem tempo sem esclarecer o que precisa mudar.

Tabela 5. Barreiras de acesso e possibilidades de adaptação

Contexto	Barreira a investigar	Adaptação possível
Adolescência	Receio de exposição, horários incompatíveis e dificuldade de apresentar dúvidas diante de responsáveis.	Escuta apropriada e reservada conforme normas e avaliação, linguagem compreensível e divulgação de caminhos seguros de acesso.

Deficiência	Mobiliário inadequado, ausência de recursos de comunicação e substituição indevida da voz da pessoa pelo acompanhante.	Acessibilidade física e comunicacional, tempo adequado, apoio à decisão e preservação de privacidade.
Área rural	Distância, transporte irregular e identificação social em comunidades pequenas.	Coordenação de etapas compatíveis, referências regionais claras e escolha de canal de contato seguro.
Mobilidade territorial	Atendimento em municípios diferentes e perda de documentação ou de resultados.	Transferência responsável, registro utilizável e articulação entre serviços sem exigir que o usuário reconstrua sozinho a trajetória.
Diversidade de gênero	Chamadas constrangedoras, cadastro inadequado e pressupostos sobre anatomia ou práticas.	Registro respeitoso, perguntas clinicamente pertinentes e revisão dos fluxos de recepção, coleta e dispensação.
Vulnerabilidade social	Dificuldade de deslocamento, armazenamento e cumprimento de agendas rígidas.	Plano viável, articulação territorial e social e análise das barreiras sem condicionar cuidado à resolução prévia de todas as necessidades.

Fonte: elaboração própria. Matriz analítica proposta para discussão e adaptação local; não constitui instrumento validado.

A matriz de equidade apresenta exemplos de barreiras e adaptações, mas não pretende esgotar a diversidade de experiências. Pessoas do mesmo grupo podem ter necessidades diferentes, e várias condições podem coexistir. O profissional deve

utilizar o quadro como estímulo à investigação do contexto, sem presumir características individuais. A participação dos usuários na avaliação ajuda a verificar se a adaptação proposta é de fato útil. Uma medida considerada inclusiva pela equipe pode continuar inacessível quando não leva em conta a experiência de quem a utiliza.

Tabela 6. Tipos de contribuição e alcance das conclusões

Fonte ou recurso	Contribuição apropriada	Extrapolação a evitar
Boletim epidemiológico	Descrever eventos notificados e taxas segundo definições, denominadores e período informados.	Interpretar qualquer variação como mudança real de transmissão ou atribuí-la a uma intervenção isolada.
Estudo transversal local	Estimar frequência e associações na população estudada, considerando seleção e método de medida.	Transformar prevalência local em estimativa nacional ou associação em relação causal.
Protocolo clínico	Orientar avaliação e conduta dentro de seu escopo e versão, com julgamento profissional.	Aplicar fragmentos fora de contexto ou tratar uma página de divulgação como substituto de todo o protocolo.
Documento de incorporação	Identificar decisão, população e escopo da tecnologia, além de condições de implementação informadas.	Presumir disponibilidade imediata em todas as unidades ou ampliar a indicação para grupos não contemplados.
Monitoramento local	Reconhecer pendências, tempos e mudanças de	Apresentar comparação simples antes e depois

	processo, apoiando decisões de melhoria.	como prova suficiente de causalidade.
Cenários e matrizes propostos	Organizar perguntas, comparar mecanismos e apoiar adaptação do trabalho.	Apresentar os recursos como dados empíricos, instrumentos validados ou garantia de benefício clínico.

Fonte: elaboração própria. Matriz analítica proposta para discussão e adaptação local; não constitui instrumento validado.

A separação entre tipos de evidência protege contra extrapolações. Protocolos orientam condutas, estudos observacionais descrevem associações e dados de vigilância acompanham eventos definidos por sistemas específicos. Propostas operacionais, como as matrizes deste estudo, organizam hipóteses de melhoria e precisam ser avaliadas. Essas contribuições são complementares, mas não intercambiáveis. A leitura crítica permite utilizar cada fonte para a pergunta que ela pode responder, preservando incerteza e evitando que a apresentação de um número produza uma aparência de certeza maior do que a sustentada pelo método.

4.48. Agenda de Avaliação e Pesquisa para a Atenção Primária

A agenda de pesquisa em IST na APS pode partir de lacunas observadas no percurso assistencial. Uma primeira linha envolve acesso e continuidade: quais grupos enfrentam maior demora, quais etapas produzem perda e quais adaptações reduzem barreiras sem comprometer segurança? Essas perguntas podem ser investigadas com diferentes métodos, combinando registros e experiência dos usuários. A escolha do desenho deve corresponder à finalidade. Descrever uma trajetória exige informação distinta daquela

necessária para estimar o efeito de uma intervenção ou comparar alternativas de implementação.

Uma segunda linha envolve tecnologias diagnósticas e estratégias de rastreamento. A presença de infecções assintomáticas justifica investigação, mas a política precisa considerar benefício clínico, possíveis danos e capacidade de resposta. Estudos em diferentes regiões podem ampliar compreensão da distribuição e dos contextos de acesso. Avaliações de implementação podem examinar coleta, transporte, tempo de resposta e tratamento. Quando a pergunta for custo-efetividade, será necessário incorporar custos e desfechos pertinentes, com pressupostos explícitos. Nenhum desses componentes deve ser substituído apenas pela contagem de testes positivos.

A comunicação e o sigilo constituem outra área relevante. É necessário compreender quais formas de contato são percebidas como seguras, como diferentes grupos interpretam orientações e quais práticas institucionais produzem afastamento. Pesquisas qualitativas podem contribuir para reconhecer mecanismos que indicadores de produção não revelam. Sua realização exige cuidado ético, proteção de dados e atenção a possíveis necessidades identificadas durante a participação. O conhecimento produzido deve retornar aos serviços e às comunidades de maneira acessível, evitando recolher experiências sem oferecer devolutiva sobre seu uso.

A avaliação de educação permanente pode examinar a relação entre aprendizagem e mudança do trabalho. Estudos que medem apenas satisfação ou conhecimento imediato não esclarecem se o percurso assistencial melhorou. Pode ser útil acompanhar práticas e

condições organizacionais ao longo do tempo, reconhecendo influência de rotatividade, insumos e gestão. A formação deve ser analisada como parte de uma intervenção mais ampla quando depende desses elementos. Atribuir um resultado clínico exclusivamente ao curso, sem considerar o restante do sistema, pode superestimar ou subestimar sua contribuição.

Novas estratégias preventivas exigem acompanhamento de acesso, segurança e equidade. A incorporação formal pode ser seguida por disponibilidade desigual entre territórios. A pesquisa deve examinar quem consegue utilizar a tecnologia, quais barreiras permanecem e como ocorre o seguimento. Também precisa considerar efeitos coletivos e consequências não previstas, conforme a natureza da intervenção. A inovação deve ser avaliada em condições reais de uso, mantendo diálogo com a evidência que sustentou sua adoção. O objetivo é aperfeiçoar a política, não apenas confirmar expectativas iniciais.

A produção de dados precisa evitar carga desproporcional sobre equipes e usuários. Instrumentos extensos e registros paralelos podem competir com a assistência e gerar baixa qualidade. O planejamento deve aproveitar informações existentes quando adequadas, avaliar sua validade e limitar coleta adicional ao necessário. A participação dos trabalhadores na definição das perguntas ajuda a produzir estudos relevantes e viáveis. Ao mesmo tempo, a proximidade com o serviço não elimina a necessidade de rigor, transparência sobre limitações e independência na interpretação dos achados.

A agenda deve incluir implementação e manutenção. Uma intervenção pode funcionar em projeto piloto com apoio intensivo e

perder efeito quando incorporada à rotina. Investigar recursos, adaptação e sustentabilidade ajuda a compreender essa diferença. Estudos podem examinar como mudanças de equipe, financiamento e organização alteram a continuidade. A avaliação precisa acompanhar o serviço por tempo suficiente para reconhecer essas condições, evitando concluir viabilidade duradoura a partir de uma fase inicial favorável. O aprendizado deve indicar quais componentes são essenciais e quais podem ser ajustados ao contexto.

Por fim, a pesquisa deve preservar a centralidade dos direitos e da experiência das pessoas. Reduzir transmissão e complicações constitui objetivo fundamental, mas a forma de alcançar esses resultados também importa. Estratégias que ampliem coerção, exposição ou discriminação podem comprometer confiança e produzir danos. A APS pode contribuir para uma agenda que articule desfechos clínicos, qualidade do acesso e proteção. Essa perspectiva amplia a avaliação sem perder precisão: cada dimensão deve ser definida e investigada com métodos adequados, permitindo conclusões proporcionais às evidências disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As infecções sexualmente transmissíveis permanecem como desafio importante para o SUS e exigem resposta que combine tecnologias biomédicas, vínculo e organização territorial. A Atenção Primária reúne condições para oferecer prevenção combinada, vacinação, testagem e tratamento, reduzindo fragmentação quando essas medidas são disponibilizadas no mesmo percurso assistencial.

Os dados de sífilis referentes a 2024 mostram carga elevada de doença adquirida, gestacional e congênita, além de óbitos infantis evitáveis. Essa realidade reforça a necessidade de diagnóstico e tratamento oportunos, manejo de parcerias e análise de cada caso de transmissão vertical como oportunidade de aprendizagem do sistema. A penicilina disponível precisa ser acompanhada de acesso real e seguimento.

A produção científica recente também chama atenção para IST não virais em gestantes que podem permanecer assintomáticas e sem diagnóstico. Novas estratégias de rastreamento devem ser avaliadas com evidências de diferentes regiões e capacidade de implementação. A APS precisa manter olhar amplo, evitando reduzir o cuidado em IST apenas a HIV e sífilis.

Como revisão narrativa, este estudo não estima prevalências nacionais além dos dados oficiais apresentados. Sua contribuição consiste em mostrar que resolutividade depende da integração entre prevenção, diagnóstico, tratamento e confiança. Uma Atenção Primária capaz de acolher sem estigma, proteger sigilo e acompanhar parcerias fortalece direitos sexuais e reprodutivos e amplia a possibilidade de interromper cadeias de transmissão no território.

A análise ampliada permite compreender que o desempenho da APS resulta da ligação entre decisões clínicas e condições de organização. A existência de testes, medicamentos e vacinas é indispensável, mas seu benefício depende de oportunidade, qualidade de execução e continuidade. Um resultado produzido sem avaliação, uma prescrição sem acesso ou um encaminhamento sem conclusão representam etapas que não alcançaram sua

finalidade. O cuidado integral requer acompanhar essas passagens e reconhecer que a pessoa não deve assumir sozinha a coordenação de uma rede fragmentada.

A sífilis permanece um exemplo especialmente relevante porque reúne diagnóstico, tratamento, seguimento e prevenção da transmissão vertical. Os dados oficiais apresentados descrevem o período de 2024 e não devem ser confundidos com estimativas posteriores. Sua magnitude justifica atenção, mas a resposta local exige análise do percurso e dos mecanismos de falha. A investigação de casos e transições deve considerar condições institucionais, evitando reduzir desfechos complexos à conduta individual de gestantes, parcerias ou trabalhadores. O aprendizado precisa produzir mudanças verificáveis na oferta e na comunicação.

A interpretação das pesquisas também requer precisão. Estudos locais contribuem para reconhecer problemas e formular hipóteses, mas não representam automaticamente a população nacional. Associações observacionais não demonstram causalidade, e reatividade sorológica neonatal não equivale, isoladamente, à confirmação de infecção congênita. Da mesma forma, identificar prevalência de um agente não estabelece por si só benefício de rastreamento universal. Essas distinções não diminuem a relevância da literatura; tornam sua utilização mais responsável e aproximam a decisão da pergunta que cada fonte efetivamente pode responder.

A prevenção combinada amplia possibilidades de escolha e permite ajustar estratégias a diferentes momentos da vida. Sua implementação precisa manter clareza sobre a finalidade de cada recurso, incluindo limites de proteção e condições de acompanhamento. PrEP, PEP, vacinação, testagem e tratamento

devem compor percursos coerentes, com informação compreensível e acesso previsível. Tecnologias recentemente incorporadas exigem atenção ao escopo, às etapas de implementação e à vigilância de segurança. A atualização não pode depender apenas de notícias ou de iniciativa individual dos profissionais.

A equidade demanda adaptações concretas. Horários, distância, idioma, acessibilidade, registro e formas de contato podem favorecer ou restringir acesso. O tratamento formalmente igual pode produzir resultados desiguais quando essas condições não são consideradas. A participação de adolescentes, pessoas LGBTQIAPN+, pessoas idosas, pessoas com deficiência e populações com maior mobilidade ajuda a reconhecer barreiras específicas, sem presumir que todos os integrantes de um grupo possuem as mesmas necessidades. O cuidado deve partir da pessoa e de seu contexto, com critérios clínicos consistentes e respeito à autonomia.

O sigilo deve ser protegido em todo o percurso. Recepção, laboratório, dispensação, prontuário e busca de seguimento precisam operar de modo compatível com a sensibilidade das informações. A proximidade territorial pode fortalecer vínculo, mas também exige cuidado com identificação indireta. A comunicação digital deve ser pactuada e possuir alternativas acessíveis. A proteção não é um obstáculo à continuidade; constitui uma condição para que as pessoas permaneçam disponíveis ao cuidado e possam relatar necessidades sem receio de exposição ou julgamento.

A avaliação deve combinar medidas de processo, resultados e experiência. Indicadores precisam ter definições claras, denominadores adequados e ligação com decisões. Comparações

entre serviços devem considerar população, registro e condições de oferta, evitando rankings que ocultem desigualdades ou criem incentivos para selecionar usuários. A melhoria exige transparência sobre o que foi observado e o que permanece incerto. Aumento de detecção, melhora documental e benefício clínico são resultados diferentes e devem ser apresentados como tais, ainda que possam compor uma mesma trajetória de qualificação.

As situações hipotéticas e matrizes propostas oferecem uma forma de organizar a discussão, sem substituir protocolos ou instrumentos validados. Elas mostram que problemas semelhantes podem decorrer de mecanismos distintos e que a intervenção precisa corresponder à falha identificada. A utilidade desses recursos dependerá de adaptação, participação e avaliação local. Sua contribuição é tornar explícitas perguntas que ajudam a coordenar prevenção, diagnóstico e tratamento, preservando a possibilidade de revisão quando a experiência do serviço indicar que uma solução não funciona como previsto.

Conclui-se que fortalecer a resposta às IST na APS exige investimento simultâneo em capacidade clínica, logística, comunicação e governança. A integração entre assistência, vigilância, laboratório e comunidade permite transformar contatos isolados em cuidado longitudinal. A qualidade se expressa quando a pessoa consegue acessar uma avaliação adequada, compreender o plano, realizar as etapas necessárias e retornar com segurança. Uma rede orientada por essas condições amplia a possibilidade de prevenir infecções e complicações, ao mesmo tempo que sustenta direitos e confiança no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_sifilis_2025.pdf/@download/file. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Relatório para a sociedade n. 592: doxiciclina para profilaxia pós-exposição de infecções sexualmente transmissíveis bacterianas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026e. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2026/sociedade/relatorio-para-sociedade-final-no-592/@display-file/file>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Jovens de 15 a 19 anos podem se vacinar contra o HPV até dezembro. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 3 jul. 2026b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-ms/2026/julho/jovens-de-15-a-19-anos-podem-se-vacinar-contr-o-hpv-ate-dezembro>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. PrEP (Profilaxia Pré-Exposição). Página institucional consultada em 2026c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis: prevenção combinada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist/prevencao>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Profilaxia Pós-Exposição, PEP: página institucional consultada em 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde,

2026d. Referência técnica complementar: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Página atualizada em 22 jan. 2025b; anexo alterado em 4 jul. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/atencao-integral-as-pessoas-com-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/view>. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/ProtocoloClinicoeDiretrizesTeraputicasparaProfilaxiaPrExposioPrEPOrallInfecopeloHIV.pdf/@@display-file/file>. Acesso em: 9 out. 2026.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Mycoplasma genitalium: STI Treatment Guidelines. Atlanta: CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium.htm>. Acesso em: 9 out. 2026.

ROSA, Izabella Rodrigues et al. Sífilis gestacional: associação entre orientações no pré-natal, evolução sorológica materna e transmissão

vertical. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 46, esp. 1, e20250154, 2025. DOI: 10.1590/1983-1447.2025.20250154.pt.

SOUZA, Darlene Silva de, FIGUEIREDO, Maria Aparecida Araujo, TRAVASSOS, Ana Gabriela Alvares. Infecções Sexualmente Transmissíveis não virais em gestantes na Atenção Primária: prevalência e fatores associados. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 34, e4696, 2026. DOI: 10.1590/1518-8345.7592.4696.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168>. Acesso em: 9 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240090767>. Acesso em: 9 out. 2026.

¹ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7671-1323>. CPF: 06859173475.

² Mestra em Vigilância em Saúde. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0447-6348>.

³ E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9427-900X>.

⁴ Mestre em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente. Centro Universitário de Volta Redonda, UniFOA, Brasil. Instituição de vínculo: UNIG – Universidade Iguaçu. Endereço institucional Av. Abílio Augusto Távora, 2134, Nova Iguaçu – RJ. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Especialista em CCIH. Universidade Federal Fluminense. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#). ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5613-8877>.

⁶ Enfermeira. Hospital Universitário Servidores Estado. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2792-8128>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Acadêmico de Medicina. Universidade Autónoma de San Sebastián (UASS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3464-1856>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁸ Graduanda em Ciências Biológicas (licenciatura). UNIRIO/UFRJ. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4549-5621>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁹ Graduando em Medicina. UASS Universidad Autónoma San Sebastián Paraguai. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0233-086X>.

E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹⁰ Mestre em Enfermagem. FAMEMA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5154-5292>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹¹ Mestre em Desenvolvimento Local. Centro Universitário Augusto Motta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8720-8661>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹² Especialista em Terapia Intensiva / Especialista em Estética Avançada. FENM. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3797-2168>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹³ Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente. UNIG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4370-3198>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹⁴ Mestre em Enfermagem. Instituição: UNIRIO. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9437-3673>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#)

¹⁵ Especialista em Enfermagem em Clientes de Alta Complexidade com Ênfase em CTI. Universidade do Grande Rio, UNIGRANRIO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail.](#) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2380-2156>.