

**Diretrizes**  
para a implementação  
da **Rede de Cuidados**  
em **IST/HIV/Aids**

---

**Manual de Gestão**  
da Rede e dos  
**Serviços de Saúde**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS DE SÃO PAULO  
PROGRAMA ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO

2017



Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS - SP  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Secretaria de Estado da Saúde

**DIRETRIZES PARA  
IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE  
CUIDADOS EM IST/HIV/AIDS  
MANUAL GESTÃO DA REDE E DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

1ª Edição

São Paulo  
2017

**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**  
Coordenadoria de Controle de Doenças  
Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-CRT-  
DST/AIDS-SP  
Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo

**Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS-SP**

Maria Clara Gianna - Coordenadora  
Artur O. Kalichman - Adjunto  
Rosa de Alencar Souza - Adjunta

**Organizadores:**

Mariliza Henrique da Silva  
Rosa de Alencar Souza  
Carmen Cecília de Campos Lavras

**Autores:**

Angela Tayra\*  
Carmen Cecília de Campos Lavras \*\*  
Carmen Silvia Bruniera Domingues\*  
Daniela Vinhas Bertolini\*  
Fausto Soriano Estrela Neto\*\*\*  
Herculano Alencar\*  
Ivone de Paula \*  
Jean Carlos de Oliveira Dantas\*  
Jean Dantas\*  
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo\*

Josué Nazareno Lima\*\*  
Juliana Pasti Villalba\*\*  
Karina Wolffenbüttel\*  
Maria José C. Nogueira de Sá\*\*  
Mariliza Henrique da Silva\*  
Mariza Vono Tancredi\*  
Mylva Fonsi\*  
Roberto José Carvalho da Silva\*  
Rosa de Alencar Souza \*  
Rosse Mahó Llaveria Lafulla\*\*  
Sara Romero da Silva\*  
Simone Queiroz Rocha\*  
Suely Bonilha Esteves \*\*  
Tania Regina Correia da Silva\*  
Valdir Monteiro Pinto\*  
Vilma Cervantes\*

**Colaboradores**

Ilham Maerrawi \*\*\*\*-  
Patrícia Gonçalves de Almeida \*\*\*\*\*  
Paulo Giacomini\*\*\*\*\*  
Zulmira Meireles\*\*\*\*\*

**Revisão de conteúdo**

Mariliza Henrique da Silva\*, Joselita Maria de Magalhães  
Caraciolo\*, Maria Clara Gianna\*, Artur O. Kalichman\*,  
Rosa de Alencar Souza\*

\* CRT-DST/AIDS – CE DST/AIDS- SP

\*\* NEPP- Unicamp (Núcleo de Estudos de Políticas Públicas)

\*\*\*Programa Municipal de DST/AIDS e HV de São Bernardo do Campo SP

\*\*\*\* Programa municipal de DST/AIDS e HV de São Vicente-SP

\*\*\*\*\* Coordenação da Atenção Básica- CRS- SES- SP

\*\*\*\*\*Rede Nacional de Pessoas Vivendo (RNP+) representante da sociedade civil

\*\*\*\*\* Grupo de Vigilância Epidemiológica GVE XXIX-CVE- São José do Rio Preto-SP

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS  
Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde, CRT – DST/AIDS. CCD., Secretaria de Estado da Saúde  
de São Paulo, 2017.

Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS

ISBN 978-85-99792-29-2 / 978-85-99792-30-8

1.Síndrome da imunodeficiência adquirida, 2- Infecções sexualmente transmissíveis, 3- Rede de cuidados,  
4- Gestão em Saúde, 5- Linhas de cuidado, 6- Planejamento em Saúde 7- Assistência em Saúde 8- Rede de  
Atenção em Saúde

Esta publicação pode ser reproduzida no todo ou em partes desde que citada a fonte. Disponível em meio eletrônico –  
[www.crt.saude.sp.gov.br](http://www.crt.saude.sp.gov.br)

# Sumário

Apresentação .....	7
Parte I- Documentos referentes à gestão e gerência técnica dos programas e serviços envolvidos na resposta paulista às IST/HIV/AIDS. ....	9
1. Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo – A epidemia ontem e hoje. ....	9
2. HIV/AIDS – de condição aguda para doença crônica transmissível .....	19
3. Caminhos e desafios para a Meta 90/90/90 e Zero discriminação .....	23
3.1. Análise da cascata de cuidado contínuo no estado de São Paulo .....	23
3.2. Etapas e componentes do cuidado contínuo .....	25
3.3 Monitoramento e Avaliação .....	51
4. Rede de Cuidados de IST/HIV/AIDS .....	57
4.1. Objetivos da rede .....	58
4.2. Diretrizes da rede .....	58
4.3 Estrutura Operacional das redes de atenção à saúde .....	59
5. O cuidado em IST/HIV/AIDS .....	77
5.1. Linha de cuidado .....	78
5.2. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas .....	78
5.3. Dispositivos para produzir um cuidado mais longitudinal, contínuo e em rede .....	79
6. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde .....	97
7. Organização dos serviços de assistência as IST e HIV .....	99
7.1. Gestão dos Serviços Especializados em HIV e IST: .....	99
7.2. Infraestrutura e Ambiência .....	107
7.3. Monitoramento e Avaliação .....	109
7.4. Formação e Educação Permanente .....	110
7.5. Processo de trabalho .....	111
8. Prevenção às IST/HIV .....	115
9. Vigilância Epidemiológica .....	121

9.1. Fluxo da notificação dos agravos IST/HIV/AIDS .....	122
9.2. Ficha de Investigação e Notificação .....	124
9.3. Definição de casos dos agravos IST/HIV/AIDS para fins de vigilância epidemiológica .....	125
9.4. Medidas de controle .....	133
10. Planejamento e monitoramento a Atenção em IST/HIV .....	137
Parte II- Documentos Referenciais da Linha de Cuidado em IST/HIV/AIDS .....	143
1. Linha de cuidado como estratégia para implementação da rede em IST/HIV/AIDS .....	143
2. Quadros-sínteses: .....	145
2.1. Promoção e Prevenção em IST/HIV/AIDS .....	146
2.2. Assistência em IST .....	167
2.3. Assistência em HIV/AIDS .....	201
3. Encartes: .....	231
3.1. Populações mais vulneráveis ao HIV e outras IST .....	231
3.2. Insumos de Prevenção .....	232
3.3. Testagem .....	233
3.4. Notificações dos agravos IST/HIV/AIDS .....	235
3.5. Profilaxia pós-exposição sexual (PEP) .....	236
3.6. Vigilância epidemiológica .....	239
3.7. Diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos .....	239
3.8. Proposta de fluxo para inclusão do parceiro no pré-natal .....	241
3.9. Prevenção combinada .....	242
3.10. Abordagem às pessoas com IST .....	242
3.11. Vinculação .....	245
3.12. Abordagem inicial do adulto infectado pelo HIV .....	246
3.13. Investigação de tuberculose .....	255
3.14. Quando iniciar a TARV? .....	256
3.15. ARV- esquemas iniciais recomendados .....	257
3.16. TARV- como iniciar? .....	259
3.17. Principais efeitos adversos associados aos antirretrovirais .....	260

3.18. Principais efeitos adversos associados ao início do tratamento antirretroviral .....	264
3.19. Falha à TARV e terapia de resgate .....	266
3.20. Acompanhamento clínico e laboratorial da criança exposta ao HIV .....	267
3.21. Imunizações para PVHIV .....	269
3.22. Protocolo de assistência ao parto .....	273
3.23. Transmissão vertical do HIV .....	274
3.24. Gestante vivendo com HIV .....	281
3.25. Manejo integral das IST sintomáticas .....	286
3.26. Corrimento Uretral – fluxograma para manejo e tratamento .....	288
3.27. Úlceras genitais - fluxograma para o manejo e tratamento .....	289
3.28. Corrimento vaginal - fluxograma para o manejo e tratamento .....	293
3.29. Doença inflamatória pélvica (DIP) – fluxograma para o manejo e tratamento .....	295
3.30. Verrugas anogenitais - fluxograma para o manejo e tratamento .....	296
3.31. Sífilis – fluxogramas para o manejo e tratamento .....	299
3.32. Sífilis na gestação - fluxogramas para o manejo e tratamento .....	305
3.33. Sífilis congênita .....	311
4. Fluxogramas – encontram-se encartados na aba interna da capa dura posterior	
4.23. Fluxograma das pessoas com IST	
4.24. Fluxograma para atenção em HIV/AIDS	
5. Glossário .....	319





# APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), através de um conjunto de ações, tem investido fortemente na organização de redes de atenção à saúde, pois reconhece que esta seja uma estratégia prioritária para o enfrentamento da fragmentação identificada no Sistema Único de Saúde (SUS) e desta forma, contribuir para integralidade da atenção. Coerente com este movimento em fevereiro de 2015, foi instituída a Rede de Cuidados em DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Em um esforço para qualificar a atenção ofertada às pessoas com vulnerabilidade para infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), assim como as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) e portadoras de outras IST, foi idealizada a elaboração da série “Diretrizes para apoiar a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV” com objetivos de:

- Apoiar gestores, gerentes, profissionais de saúde e sociedade civil na implementação da rede de cuidados.
- Instrumentalizar tecnicamente os gestores, gerentes e profissionais de saúde no manejo, vigilância e prevenção de IST, HIV e AIDS.
- Definir os princípios para o cuidado integral as PVHIV e acometidas por uma IST.
- Contribuir para a prevenção de novas infecções e reduzir a morbimortalidade pelo HIV, AIDS e IST.
- Difundir documentos técnicos de prevenção, assistência e vigilância em IST, HIV e AIDS.
- Apoiar a gestão e gerência no planejamento e monitoramento das ações programáticas em IST, HIV e AIDS.

A série é composta por três volumes, um manual de prevenção, um manual de assistência e um manual de Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde.

O manual “Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde” está organizado em duas partes. Na primeira parte são abordados temas relativos à gestão e gerência técnica dos programas e serviços envolvidos na resposta paulista às IST/HIV/AIDS.

Na segunda parte apresenta-se de forma sistematizada a padronização técnica da linha de cuidado (LC) às pessoas com IST e PVHIV no SUS do Estado de São Paulo.

Essa padronização técnica foi construída para ser utilizada como referência nos processos de estruturação dessa linha nas diversas redes regionais de atenção à saúde em construção no estado, visando qualificar a atenção ofertada pelo SUS. Nessa perspectiva, deve ser vista como um instrumento de gestão do cuidado que deve ser adaptado a cada realidade e periodicamente revisto e atualizado.

O documento é constituído por um conjunto de planilhas sínteses e fluxogramas que expressam a organização do cuidado à saúde que se pretende imprimir para essas pessoas.

Espera-se que o conteúdo desta série possa facilitar o processo de implementação da rede de cuidados em DST/HIV/AIDS no estado.

# Parte I – Documentos referentes à gestão e gerência técnica dos programas e serviços envolvidos na resposta paulista às IST/HIV/AIDS

## 1. Cenário Epidemiológico das IST e HIV no Estado de São Paulo – A epidemia ontem e hoje

---

Os primeiros casos de AIDS no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis (UDI), em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

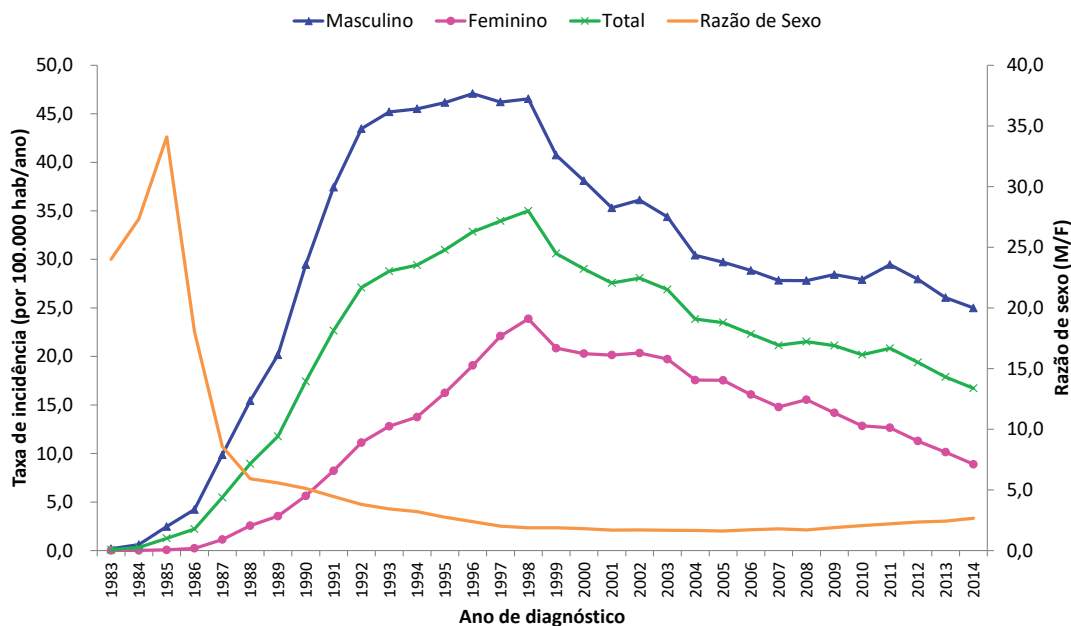
Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de AIDS com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em HSH jovens.

Atualmente, apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por AIDS vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após a introdução dos antirretrovirais (ARV) na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

Como reflexo destas políticas no estado de São Paulo, no período 1980 a 30 de junho de 2015 foram registrados 244.641 casos de AIDS. A taxa de incidência (TI) da doença foi reduzida em cerca de 30% nestes dez últimos anos, de 23,5 em 2005 para 17 casos por 100 mil habitantes-anos (hab-ano) em 2014. Sendo que, no mesmo período, a queda da TI foi bem maior entre as mulheres que correspondeu a 50% (de 17,5 para 8,9 por 100.000 hab-ano) comparada aos homens que foi de 16% (de 29,5 para 25,0 por 100.000 hab-ano).

A razão de sexo (número de homens para uma mulher), que vinha apresentando declínio desde 1986, passou a crescer a partir de 2008, passando de dois homens para uma mulher, em 2010, para 2,7/1, em 2014 (Figura 1).

Figura 1. Casos de AIDS, taxa de incidência por 100 mil habitantes-ano\* (TI), segundo diagnóstico, sexo e razão de sexo, estado de São Paulo, 1980 - 2015 \*\* ano de diagnóstico, sexo e razão de sexo, estado de São Paulo, 1980 - 2015 \*\*



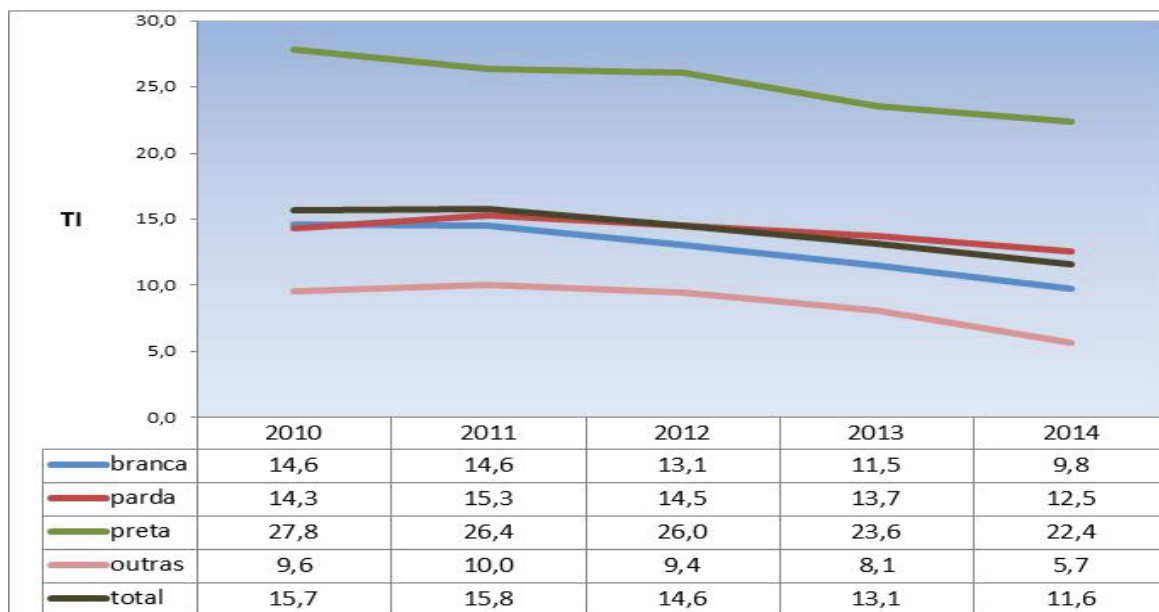
Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação Seade, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDSTA-HV) - MS/SVS  
 \*\*\* Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal

No período de 2007 a 2014 ocorreu redução da TI, porém entre os jovens do sexo masculino de 15 a 19 anos de idade a incidência de casos de AIDS passou de 2,7 casos em 2007 para 4,2 em 2014; entre aqueles com 20 a 24 anos, houve elevação de 13,8 para 19,6 por 100.000 hab-ano, respectivamente. Em 2007 ocorreram 593 casos com AIDS naqueles com 15 a 24 anos e em 2014, 823, um aumento de 88,9% no sexo masculino e redução de 30,5% no sexo feminino.

Os números relacionados à distribuição de raça/cor no Estado tem se modificado ao longo dos anos, muito em função do aprimoramento da coleta dessa informação. Neste quesito se observa que a incidência de AIDS em pretos e pardos é sempre maior do que em brancos para ambos os sexos (22,4 casos por 100 mil habitantes pretos; 12,5 pardos e 9,8 brancos em 2014 (Figura 2).



Figura 2. Taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes-ano(TI)\*\*, segundo raça/cor e ano de diagnóstico\*\*\*, ESP - 2010 a 2014



Fonte: SINAN - Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/AIDS-SP (VE-PEDST/AIDS-SP)

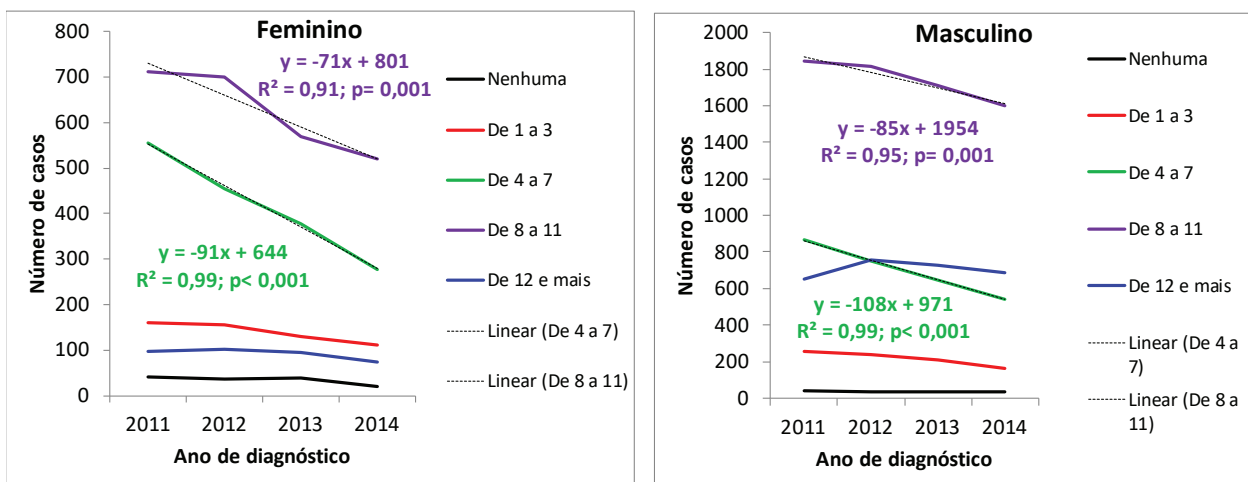
Nota: \*\*\* Dados preliminares até 30/06/16, sujeitos a revisão mensal

\*\*Utilizada projeção populacional da Fundação Seade e aplicada proporção de raça/cor IBGE-Censo 2010

\* amarelos e indígenas

Com relação à escolaridade dos casos de AIDS, no período de 2011 a 2014, observa-se (Figura 3), tendência estável para “nenhuma escolaridade”, de “1 a 3 anos” e “12 anos e mais de estudo”; e tendência decrescente para as categorias de 4 a 7 anos e de 8 a 11 anos de estudo para ambos os sexos.

Figura 3. Tendência dos casos notificados de AIDS em indivíduos com 19 anos de idade ou mais, segundo sexo, escolaridade e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 - 2015\*



Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDSTA-HV) - MS/SVS

\*\*\* Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal



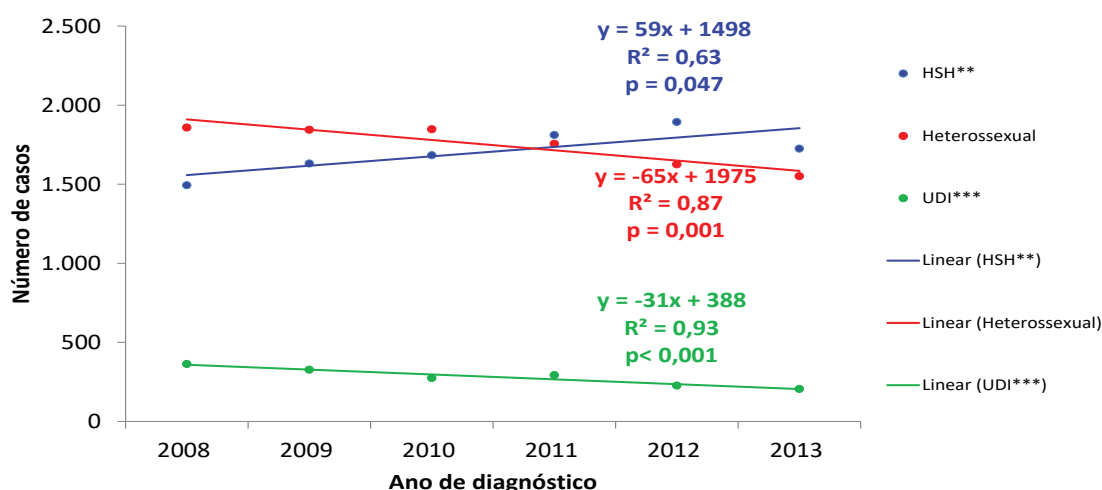
Os casos do sexo masculino apresentam número mais elevado de anos de estudo e, quanto maior a escolaridade, mais expressiva torna-se essa diferença entre os sexos. A média de escolaridade masculina e feminina não se diferencia para as categorias com “nenhuma” escolaridade e de “1 a 3 anos de estudo”. Entretanto, quando se compara as médias de escolaridade de “8 a 11 anos” e de “12 anos e mais” de estudo, observa-se que essa diferença é de 2,8 a 7,6 vezes maior para o sexo masculino.

Desde 2008, a epidemia tem mostrado importante elevação de casos entre HSH. Entre os casos de AIDS em homens com mais de 13 anos de idade, a proporção da categoria de exposição HSH aumentou de 30,3% em 2007 para 44,8% em 2014, percentual semelhante ao final da década de 1980 (Boletim 2015).

A partir de 2011, o número de casos de HSH superou o número de casos de homens heterossexuais, 1.811 e 1.756 respectivamente. Analisando-se a tendência entre HSH e comparando-se as velocidades entre 2008-2012 e 2008-2013 observou-se uma desaceleração na velocidade de crescimento de 79 casos/ano para 59 casos/ano, respectivamente (Figura 4). O mesmo processo de desaceleração ocorreu entre as categorias de exposição heterossexual e de UDI, que mostraram pequena redução na velocidade de queda entre 2008-2012 e 2008-2013, de 67 casos/ano para 65 casos/ano e de 32 casos/ano para 31 casos/ano, respectivamente (Boletim 2015).

Figura 4. Tendência dos casos notificados de AIDS com 13 anos de idade ou mais no sexo masculino, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 a 2015\*

**Figura 2. Tendência dos casos notificados de aids com 13 anos de idade ou mais no sexo masculino, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1980 a 2015\***



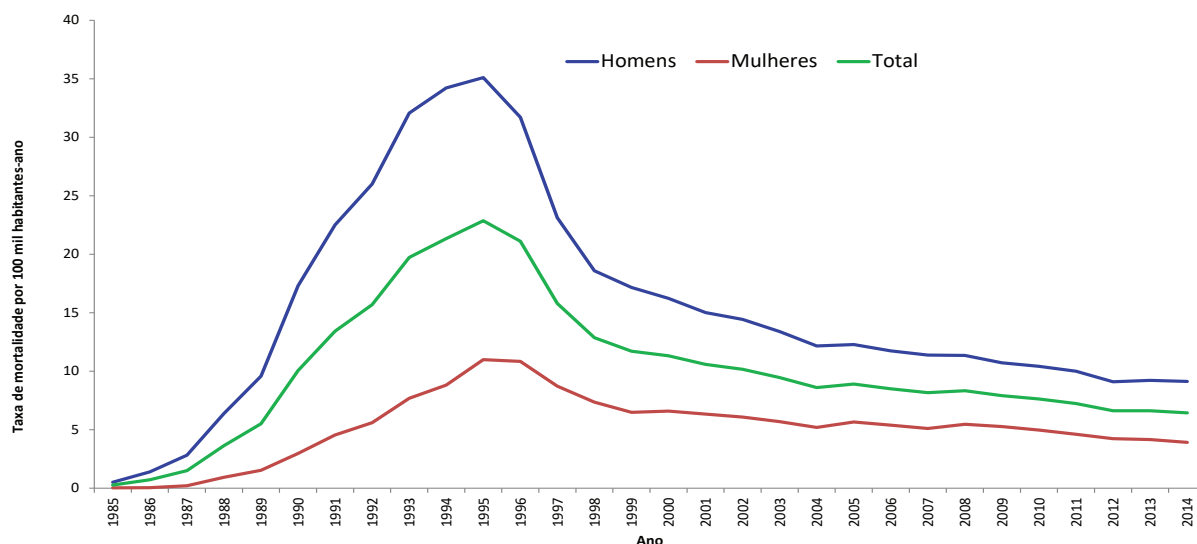
Fonte: Base Integrada Paulista de Aids (BIPAIDS) - Cooperação Técnica PEDST/Aids-SP e Fundação Seade, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDSTA-HV) - MS/SVS  
 \*\*\* Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal

No período de 1985 a 2014 foram a óbito por AIDS 108.820 indivíduos no estado de São Paulo. As taxas de mortalidade por AIDS (TM) no estado de São Paulo vêm diminuindo sistematicamente, desde a introdução das terapias antirretrovirais, indo de 22,9 mortes por 100 mil habitantes-ano em 1995, seu pior ano, até 6,4 em 2014 (9,1 em homens e 3,9



em mulheres)(Figura 5). Nos últimos dez anos comparando-se os anos de 2005 a 2014 identificaram-se que as TM passaram de 8,9 para 6,4 óbitos por 100 mil habitantes-ano, respectivamente, apontando uma queda de 28%. Ocorreu uma redução de 77% da TM entre 1995 a 2014, embora ainda permaneça entre as cinco principais causas de morte no Estado, para homens e mulheres entre 25 a 44 anos de idade.

Figura 5. Taxa de mortalidade por AIDS por 100 mil habitantes-ano e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1985 a 2014



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

(\*) Utilizada projeção populacional Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados - Fundação Seade.

Após 30 anos de epidemia, não se justifica mais realizar diagnóstico tão tardio como aqueles que ocorreram no passado. Esse panorama vem apresentando melhoras na última década. Incluído em fevereiro de 2013 como indicador do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP)/Sispacto, a primeira contagem de células T-CD4 realizada pelos portadores do HIV permite acompanhar essa situação. Quase a metade dos portadores de HIV do estado de São Paulo (42%) chegou aos serviços, entre 2003 e 2006, com a contagem de células de T-CD4 abaixo de 200, o que revela acesso tardio aos serviços de saúde. Esta taxa em 2008 foi de 30,5% e no ano de 2015 foi de 22,5%, revelando, portanto uma queda de 26,2%.

Um dos mais importantes resultados da constituição da base integrada paulista de AIDS (BipAIDS) é o conhecimento do número de pessoas vivendo com AIDS a cada ano ao atualizar a situação de vida dos casos notificados, a partir da subtração do total de casos de AIDS de cada ano, pelo respectivo número de óbitos do ano adicionando-se o resíduo de casos vivos do ano anterior. Obteve-se, portanto, a estimativa de 119.209 pessoas vivendo com AIDS até 30/06/2015.

O impacto da introdução dos antirretrovirais tem aumentado sobremaneira a prevalência de pessoas vivendo com AIDS e trazido novos desafios, que merecem políticas



públicas específicas. Destes, adolescentes e adultos jovens que adquiriram a infecção por transmissão vertical necessitam abordagem quanto à revelação diagnóstica, saúde reprodutiva e sexualidade. Aqueles que estão envelhecendo com AIDS, necessitam de serviços que acolham suas demandas de saúde, associadas ou não à AIDS. Portanto, é necessária a readequação dos serviços, diante do número crescente de pessoas sobre seus cuidados e a complexidade desses novos problemas. Os primeiros casos de AIDS no país foram descritos no início da década de 80, em São Paulo. Embora inicialmente vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens (HSH), particularmente nos países industrializados e na América Latina, o HIV se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando paulatinamente mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação ocorreu não somente por via sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela transmissão vertical (transmissão da mãe para a criança na gestação, parto ou durante o aleitamento materno), na medida em que as mulheres foram sendo atingidas pela epidemia.

Os padrões de transmissão foram distintos nas diversas regiões do Estado de São Paulo e a partir de final da década de 90 houve um predomínio de casos de AIDS com categoria de exposição heterossexual no estado como um todo, com um incremento importante nas mulheres e um declínio de casos UDI. Atualmente a epidemia está concentrada principalmente em homens que fazem sexo com homens (HSH) jovens.

Atualmente, apesar das condições socioeconômicas pouco privilegiadas da maioria da população atingida pela epidemia, a mortalidade por AIDS vem apresentando queda acentuada a partir de 1996 após à introdução dos antirretrovirais na rede pública, associada à descentralização do atendimento, ao diagnóstico precoce, a intervenção adequada sobre o manejo das infecções oportunistas, das comorbidades e das coinfeções.

## Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis

O Brasil aderiu à iniciativa regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPAS) para eliminação da sífilis congênita (SC) e da transmissão vertical do HIV (TVHIV) na América Latina e Caribe. As recomendações da OMS/OPAS para certificação de eliminação destes agravos se constituem em atingir metas de impacto e processo, com os seguintes indicadores: taxa de incidência (TI) de SC de 0,5 caso/1000 nascidos vivos (NV); TI de casos de infecção por TVHIV  $\leq 0,3/1000$  NV; taxa de transmissão vertical  $< 2\%$ ; cobertura de pré-natal (PN) ( $\geq 1$  consulta)  $\geq 95\%$ ; cobertura da testagem HIV e sífilis em gestantes  $\geq 95\%$ ; cobertura de tratamento antirretroviral em gestantes HIV positivo e de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis  $\geq 95\%$ .

O número de casos de AIDS em crianças menores de 13 anos de idade vem apresentando uma expressiva redução ao longo do período. Quando comparado os anos





2005 e 2014, a redução foi de 79%, passou de 194 para 41 casos, respectivamente. No mesmo período, a taxa de incidência (TI) declinou quatro vezes nas crianças menores de 5 anos de idade (de 4,0 para 1,0 casos por 100 mil crianças-ano menores de 5 anos), sete vezes nas crianças entre cinco e nove anos (de 1,8 para 0,3 casos/100 mil crianças-ano nesta faixa) e três vezes nas crianças entre 10 e 12 anos (de 1,1 para 0,3 casos por 100 mil crianças-ano de 10 a 12 anos). Vale lembrar que a incidência de casos de AIDS em crianças menores de cinco anos de idade faz parte do rol de indicadores do SISPACTO e sua redução é fundamental para atingir a meta proposta para este indicador. O declínio foi de 35% entre 2012 e 2013 (de 60 para 39 casos) e de 28% entre 2013 e 2014, passou de 39 para 28 casos, respectivamente. Os indicadores referentes à TVHIV possuem resultados próximos da eliminação, no entanto, os da sífilis necessitam de maiores esforços para o seu alcance. Apesar das medidas de intervenção para evitar a SC estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, vários fatores sociais, políticos, econômicos e individuais parecem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência destes casos, em populações mais vulneráveis. Ampliação do acesso e melhoria do PN, oferta de testes para diagnóstico precoce e início oportuno de tratamento/profilaxia das gestantes são ações importantes para eliminação destes dois agravos.

## Transmissão vertical do HIV

De 1999 a 2015 (até 30/06/2015) foram notificadas no estado de São Paulo 21.662 gestantes infectadas pelo HIV. A taxa de detecção média anual (TDMA) no período de 1999 a 2006 foi de 2,2 gestante/parturiente/puérpera HIV positivo por mil nascidos vivos. Quando comparados os anos 2007 e 2014, a taxa de detecção de gestante/parturiente/puérpera HIV positivo reduziu 23%, passou de 2,6 para 2,0 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Em relação às características sociodemográficas, nota-se que as gestantes/parturientes/puérperas infectadas pelo HIV adolescentes, com 19 anos ou menos de idade, representaram cerca de 11% do total de casos em 2014. No entanto, o número de adolescentes grávidas, infectadas pelo HIV, aumentou 41%, quando comparados os anos 2007 e 2014, passou de 99 para 140 casos, respectivamente. Do total de casos notificados, 40% (N=8.600) tinham oito anos de estudo ou mais, no entanto, 8% (N=1.727) tinham três anos de estudo ou menos e quase 2% (N=352) com nenhuma escolaridade. Ao longo da série histórica observa-se uma elevação da escolaridade e, em 2014, chega a 60% o número de gestantes/parturientes/puérperas HIV positivo com oito anos de estudo ou mais e apenas dois casos com nenhuma escolaridade. (Boletim 2015).

Até 2014 foram notificadas 14.876 crianças expostas a TV do HIV, sendo 4% (606) infectadas, 73% (10.862) não infectadas, 3% (408) em seguimento, 1% (151) óbito de caso não encerrado e 19% (2.849) perda de seguimento/ignorado. Tomando como referência

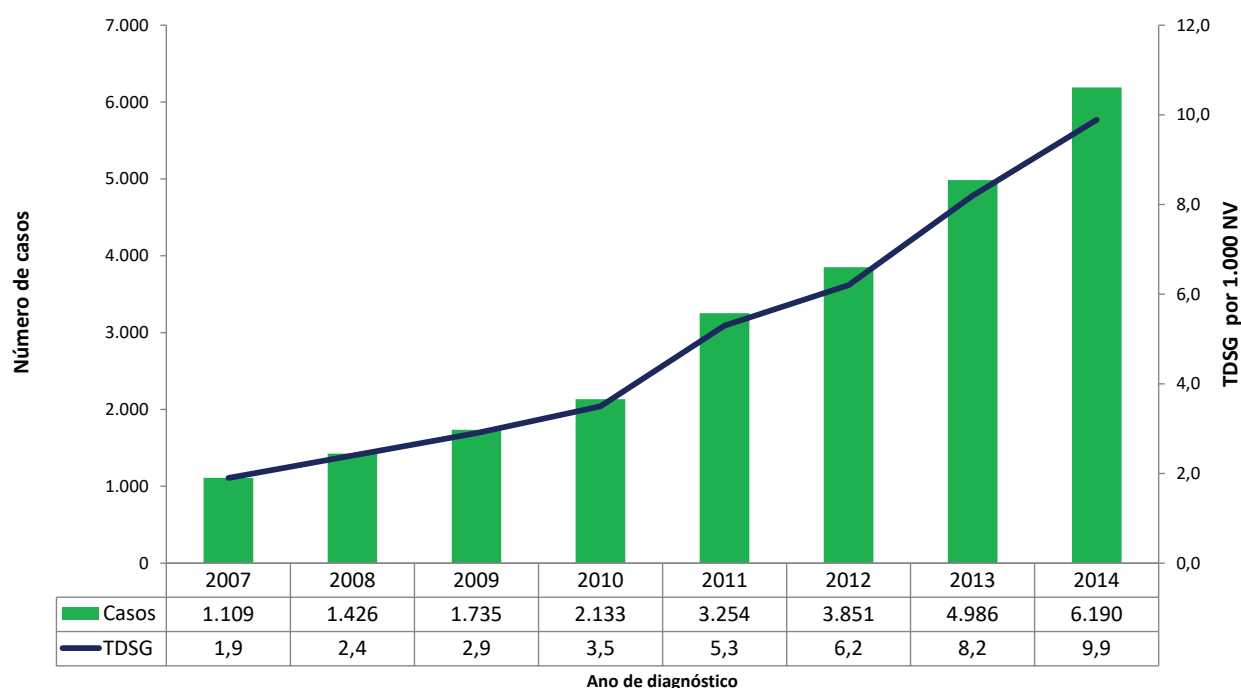


as crianças expostas não infectadas, foram identificados os seguintes fatores associados ao risco de transmissão vertical do HIV: diagnóstico materno do HIV após parto [OR=15,4; 95%IC 11,7-20,2]; não uso de ARV na gestação [OR=7,9; 95%IC 6,4-9,8]; não uso de ARV no parto [OR=6,7; 95%IC 5,6-8,2]; não uso de profilaxia ARV na criança [OR=17,1; 95%IC 13,5-21,6] e aleitamento materno [OR=13,8; 95%IC 11,0-17,3] (Boletim 2014).

## Transmissão vertical da sífilis

No período de 2007 a 2015 (30/06/2015) foram notificados 27.079 casos de sífilis em gestantes (SG) no estado de São Paulo, sendo 44% residentes na capital. A taxa de detecção de sífilis em gestantes (TDSG) aumentou cinco vezes, quando comparados os anos 2007 e 2014, passou de 1,9 para 9,9 casos de SG, respectivamente (Figura 1). Em 2014, observa-se que a detecção de SG sugere uma taxa de prevalência de 1% no Estado.

**Figura 1.** Número de casos e taxa de detecção de sífilis em gestante (TDSG) por 1.000 nascidos vivos (NV) segundo ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 2007 a 2014.



Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica-Programa Estadual DST/Aids-SP ( VE-CRT PE DST/AIDS -CCD-SES-SP )

Nota: \*Dados preliminares até 30/06/2015, sujeito à revisão mensal.

Do total de casos de SG, 21% eram adolescentes (19 anos ou menos de idade). Tem sido observado aumento de sífilis em gestantes adolescentes, nos últimos cinco anos o aumento foi de 3,6 vezes, passou de 408 para 1.457 casos, entre 2010 e 2014, respectivamente. A cor de pele preta vem representando anualmente cerca de 12% do total de casos notificados, no período de 2007 a 2014. Em relação à escolaridade, 26% tinham menos de oito anos de estudo, no entanto, esta variável deve ser analisada com cuidado, uma vez que em 22% dos casos esta informação encontra-se sem preenchimento ou ignorada.



A proporção de tratamento adequado, com penicilina G benzatina, para sífilis na gestante, foi de 90% em ambos os anos, 2013 e 2014 (Tabela 3). O tratamento concomitante de parceiro sexual vem aumentando em cada ano, passou de 41% em 2010, para 49% em 2014. Apesar da melhora na captação e tratamento do parceiro sexual ainda, em 2014, metade dos casos não foram tratados para sífilis.

Em 2014, foi realizado um estudo no estado de São Paulo para avaliar o cumprimento das Portarias MS/GM nº 3.161, de 27/12/2011 – sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e Portaria MS/GM nº 3.242, de 30/12/2011 – sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais. Entre os municípios que participaram do estudo (461), 321 (69,6%) não utilizam o fluxograma laboratorial para diagnóstico da sífilis de forma correta e em 124 (26,9%) municípios, a penicilina benzatina não é aplicada em unidade básica de saúde. Para que a SC seja eliminada é fundamental o cumprimento destas duas Portarias.

De 1987 a 2015 (até 30/06/2015) foram notificados 24.108 casos de sífilis congênita (SC) no estado de São Paulo. Nos últimos sete anos ocorreram elevação de 3,7 vezes do número de casos, de 805 em 2007 para 2.989 em 2014, a partir de 2010 o aumento foi de 25%, aproximadamente, de um ano para o outro. Adicionalmente, foi observado aumento de 3,5 vezes no número de óbitos por SC, quando comparado os anos 2010 e 2014 (passou de 10 para 35 óbitos), merecendo destaque a elevação de 40% entre 2013 e 2014.

Em 2014, a taxa de incidência de SC (TISC) foi de 4,8 casos por mil nascidos vivos. Ao longo dos anos, a elevação da TISC acompanhou o aumento na TDSG. Quando comparado o ano de 2010 a 2014, a elevação foi de 2,4 vezes para a TISC e de 2,8 vezes para a TDSG. Espera-se que o aumento na detecção de sífilis em gestantes, com tratamento adequado e oportuno, contribua para a redução de casos de sífilis congênita, de forma que as curvas de TISC e de TDSG possam, cada vez mais, se distanciar entre si.

O diagnóstico precoce e o tratamento da gestante com sífilis, idealmente iniciado até a 20ª semana de gestação, podem contribuir para a redução de perdas fetais e óbitos infantis evitáveis. A melhoria da qualidade do PN, o manejo adequado das ações de prevenção e terapêutica, captação precoce de gestantes para PN, tratamento de parceiros sexuais e seguimento ambulatorial dos casos, são ações que contribuem para a redução da SC. Os profissionais devem estar atentos aos protocolos clínicos estabelecidos no país, para o manejo da criança com SC.

A prevenção das DST, além das condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres, como o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, viver em situação de rua ou privadas de liberdade constituem os principais desafios a serem vencidos para atingir a meta de eliminação da SC.



# Sífilis Adquirida

De 2007 a 2014 foram notificados 89.938 casos de sífilis adquirida (SA) no estado de São Paulo (ESP). Ocorreu um aumento de 9,5 vezes do número de casos, de 2.699 em 2007 para 25.787 em 2014. A maior parte dos casos foi do sexo masculino (61,1%). A razão de sexo que era de 1,1 caso de sífilis em homem para cada mulher em 2007, passou para 1,6 em 2014. Observa-se população jovem sendo notificada (35% tinham até 24 anos de idade); 48,5% eram da cor branca e falha de preenchimento (25%) da variável escolaridade nas notificações. O aumento no número de casos de sífilis em adultos foi acompanhado da elevação de mais de três vezes do número de serviços e de municípios notificadores (1,8 vezes). Dos 645 municípios do Estado, 45% notificou pelo menos um caso de sífilis adquirida em 2014.

O controle da ocorrência de sífilis adquirida é importante para a eliminação da sífilis congênita. A maior adesão dos serviços à vigilância do agravo vai possibilitar o monitoramento da ocorrência da sífilis na população, visando subsidiar a organização de ações de prevenção da sífilis e suas complicações em especial a forma congênita.

Destaca-se a importância da implementação pelos serviços de saúde, de adoção de medidas educativas e de prevenção, junto às estas populações mais vulneráveis em adquirir infecções por DST/HIV.

## Referências:

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, CRT-PE-DST/AIDS/CVE, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2015 ANO XXXII, N° 1, período de 1° de Julho de 2014 a 30 de Junho de 2015. Anual  
Para saber mais: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstAIDS-sp/publicacoes/boletins-epidemiologicos>



## 2. HIV/AIDS – de condição aguda para doença crônica transmissível

---

Até meados dos anos de 1980, a AIDS era descrita como condição aguda, pois os sintomas manifestavam-se rapidamente, não havia tratamentos disponíveis e seu desfecho era rápido, com altas taxas de mortalidade.

Os avanços no conhecimento da história natural do HIV, a possibilidade de monitorar a progressão da doença com CD4 e carga viral e o surgimento e avanços do tratamento antirretroviral, a AIDS passa a ser uma doença tratável e clinicamente manejável. A AIDS deixou de ser uma doença aguda e a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incluir a AIDS na categoria das doenças crônicas transmissíveis.

Neste novo cenário ocorre uma diminuição da morbimortalidade pela AIDS, melhora da saúde, da qualidade de vida, da expectativa de vida, PVHA tratados de forma otimizada tem a mesma expectativa de vida de pessoas HIV negativas e reduz substancialmente o risco da transmissão do HIV.

Porém, novas questões emergiram como os efeitos colaterais do uso prolongado dos antirretrovirais como a síndrome lipodistrofica, as comorbidades, as coinfeções e o envelhecimento das PVHIV, necessitando de um cuidado integral com acompanhamento longitudinal.

Os médicos e a equipe de saúde ao invés de lidar com complicações agudas potencialmente fatais, agora são confrontados com a gestão de uma doença crônica que, na ausência de uma cura irá persistir por muitas décadas. O cuidado da PVHA requer novas habilidades para o cuidado e os serviços concebidos para tratamento de agudos terão que ser reformulados.

As comorbidades como a HAS, DM, doenças renais e outras começam a ocorrer mais cedo nas PVHA do que as não HIV, pois estão associadas a imunossupressão, uso dos antirretrovirais e envelhecimento.

Apesar dos avanços da terapia antirretroviral, os transtornos neurocognitivos associados ao HIV são descritos e associados com o tempo longo da infecção pelo HIV, tornando maior as necessidades de cuidados.

Provavelmente as PVHIV acabarão por procurar apoio, tratamento e cuidados no contexto agudo (agudização da comorbidade) em Prontos Socorro, UPA, Hospitais e no contexto crônico (comorbidade) em UBS, ambulatórios de especialidades, CAPs, Estes serviços devem estar preparados e articulados com o SAE para garantir o cuidado integral em rede

Além das comorbidades temos como desafios a prevenção primária do HIV, o acesso ao diagnóstico, o cuidado interdisciplinar e contínuo, a articulação em rede, a utilização de indicadores para monitorar a vinculação, retenção e adesão e a vigilância longitudinal.

Segundo a OMS “Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona”, portanto precisamos desenvolver sistemas, ferramentas e abordagens necessárias para apoiar o cuidado integral e longitudinal.

Além dos conhecimentos específicos da clínica do HIV e manejo dos antirretrovirais o médico e a equipe de saúde terão que ter mais experiência na prevenção e manejo das comorbidades como a HAS, DM, doenças renais, doenças cardiovasculares, doenças associadas ao envelhecimento.

Considerando que historicamente, a existência de medicamentos não foi suficiente para pôr fim às epidemias, o tratamento do HIV é uma ferramenta crítica para acabar com a epidemia de AIDS, mas, não é a única. Fazem-se necessários esforços urgentes para intensificar outras estratégias essenciais de prevenção, como a prevenção combinada, incluindo a eliminação da transmissão vertical do HIV, disponibilização de preservativos, profilaxia antirretroviral pós e pré- exposição, tratamento de IST, testagem do HIV como prevenção, gerenciamento de risco além de programas dirigidos à outras populações vulneráveis. É importante dizer que para implementar uma resposta abrangente serão necessários esforços concentrados para eliminar o estigma, a discriminação e a exclusão social.

Acabar com a epidemia de AIDS exigirá acesso ininterrupto ao tratamento a vida toda para centenas de pessoas, sistemas de saúde e sistemas comunitários fortes e flexíveis, proteção e promoção de direitos humanos.

No cenário da defesa dos direitos humanos no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no país tivemos nesta trajetórias vários avanços (processo de reconhecimento do direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento; abertura ao constante diálogo, com o reconhecimento de identidades, especificidades e direitos), permitindo a construção de uma resposta que contemple as necessidades de uma população tão diversificada.

Porém o estigma e a discriminação constituem sérios obstáculos à promoção do acesso universal. Além disso, muitas vezes a discriminação em razão do HIV/AIDS é somada a outras discriminações, acentuando o impacto da doença.

Isso requer mudanças importantes no jeito de produzir saúde articulando gestão, Clínica e participação social nos espaços de produção de saúde no SUS.

É nessa perspectiva que identificamos que uma rede de cuidados deverá ser implementada para articular o cuidado nos diversos pontos de atenção, utilizando ferramentas como clínica ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Matriciamento, Telessaúde, entre outros.



**Diretrizes:**

- Meta 90/90/90
- ZERO discriminação
- Implementar a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS.

**Referências:**

Schauruch D, Coelho DF, Motta MGC, Repensando a AIDS depois dos antirretrovirais. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro 2006 Jul/Set, 14 (3): 455-62.

Rabkin e Nishta Scaling Up Chronic Care Systems: Leveraging HIV Programs to Support Non-communicable Disease Services J Acquir Immune Defic Syndr Volume 57, suplemento 2, 01 de agosto de 2011

Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. Lancet. 2013;382(9903):1525-1533. doi:10.1016/S0140-6736(13)61809-7.







## 3. Caminhos e desafios para a Meta 90/90/90 e Zero discriminação

---

Na reunião da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para os países da América Latina e Caribe, foram acordadas três metas para o monitoramento de etapas fundamentais da cascata do HIV. Tais metas, reconhecidas pela UNAIDS em 2014, ficaram conhecidas como metas 90-90-90, nas quais os países devem atingir, até 2020: o diagnóstico de 90% das PVHA; 90% das PVHA diagnosticadas em uso de TARV; e 90% das PVHA em TARV com supressão da carga viral [1]. Mais recentemente uma nova meta foi acrescida com objetivo de alcançar zero discriminação.



Com isso poderíamos vislumbrar em 2030 o fim da epidemia de AIDS no mundo, por meio de estratégias combinadas de prevenção + pessoas testadas + PVHA vinculadas ao serviço + acesso ao tratamento + pessoas em tratamento + pessoas com indetecção viral (retenção).

No Brasil, o progresso em relação às metas 90-90-90 vem sendo monitorado periodicamente, o que é indispensável para se conhecerem os esforços necessários a fim de maximizar os efeitos das intervenções e nortear as ações para conter o avanço da epidemia de HIV/AIDS<sup>2</sup>

Essa meta é ambiciosa em qualquer contexto e para qualquer situação, e fazem-se necessárias estratégias alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão.

### 3.1 Análise da cascata de cuidado contínuo no estado de São Paulo

O monitoramento clínico adequado de indivíduos HIV positivos implica no diagnóstico precoce e tratamento eficaz das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA)<sup>3,5</sup>. Ambos, diagnóstico e tratamento, resultam em uma redução acentuada da transmissão e

tem então, um impacto importante na saúde pública<sup>4,6</sup>. Manter os pacientes em cuidados médicos é outro elemento chave de alta qualidade no manejo clínico da infecção pelo HIV3 e contribui para o alcance da supressão da replicação viral e, como consequência, dos benefícios esperados com o uso da terapia antirretroviral.

No estado de São Paulo estimou-se que, em 2014, aproximadamente 257.441 indivíduos viviam com HIV/AIDS. Dessas PVHA, 80% (205.953/257.441) haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente 66% (170.662/257.441) destas foram vinculadas a um serviço de saúde naquele ano; no entanto, apenas 60% (155.332/257.441) continuavam retidas em algum desses serviços. Cerca de 43% (109.766/257.441) das PVHA estavam em TARV nos últimos 100 dias, sendo que 41% (106.958/257.441) delas apresentavam carga viral indetectável. Observou-se também que dentre os pacientes em tratamento nos últimos 100 dias, a supressão da carga viral foi alcançada em 97% deles (106.958/109.766).

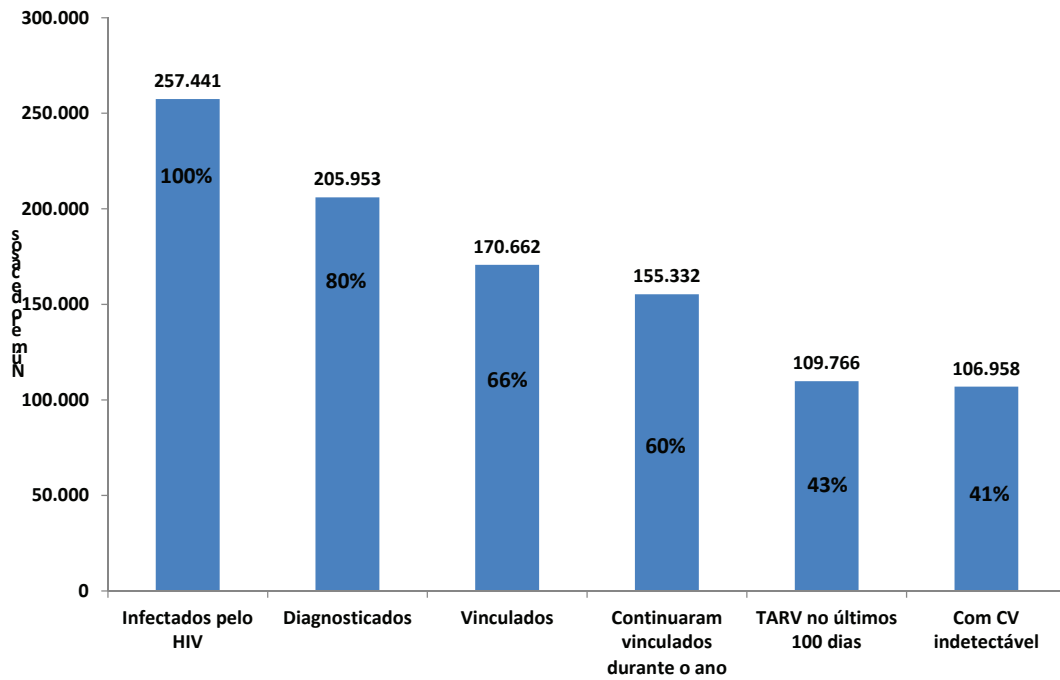
Para a elaboração da cascata foram utilizados os seguintes conceitos:

1. Estimado o número de PVHA, através de cálculos fundamentados na prevalência do HIV na população de 15 a 49 anos, com proporções específicas segundo sexo;
2. Pessoas diagnosticadas são aquelas identificadas através de vários sistemas de informação (SINAN, SISCEL, SICLOM)
3. Pessoas vinculadas ao serviço são aquelas que realizaram pelo menos uma contagem de linfócito T CD4+ ou uma carga viral no SUS ou ainda que tenham recebido pelo menos uma dispensa de antirretroviral no ano de elaboração da cascata.
4. Pessoas que continuam vinculadas ao serviço durante o ano, consideradas retidas, são aquelas que realizaram pelo menos duas contagens de linfócitos T CD4+ ou duas cargas virais ou que tenham tido uma dispensa de antirretroviral nos últimos 100 dias do ano da cascata.
5. Pessoas em tratamento com TARV são aquelas que receberam pelo menos uma dispensa de antirretroviral nos últimos 100 dias do ano da cascata.
6. Pessoas com carga viral suprimida são aquelas que retiraram antirretroviral nos últimos 100 dias do ano da cascata e apresentaram resultado de carga viral indetectável (definida como resultado inferior a 50 cópias/mL).

Para a elaboração da cascata do Estado de São Paulo foram estimados percentuais referentes a pessoas provenientes de serviços privados.



Figura 7. Cascata do cuidado contínuo do estado de São Paulo, 2014.



### 3.2. Etapa e componentes do cuidado contínuo em HIV/AIDS

O alinhamento às metas 90-90-90, realizado por meio da cascata de cuidados e sua análise imediata, identificando as lacunas dos serviços do SAE, possibilita o desenvolvimento de estratégias e intervenções, alicerçadas em princípios de direitos humanos, respeito mútuo e inclusão, visando a melhoria do envolvimento e os resultados nos cuidados das PVHIV. Nas etapas ou estágios do cuidado contínuo além do diagnóstico, vinculação, retenção, supressão viral incluímos a promoção e prevenção do HIV.



ZERO DISCRIMINAÇÃO

## 1. Promoção e prevenção

O enfrentamento da epidemia do HIV reforçou a necessidade da prevenção às IST, e constatou-se que o controle dessas doenças não está associado somente à vontade pessoal, ao diagnóstico e ao tratamento, evidenciando a necessidade de ampliação da compreensão do cuidado à saúde, ultrapassando as práticas clínicas tradicionais, os determinantes biológicos do adoecimento e considerando as influências do ambiente social, cultural, estilos de vida e de interação humana, integradas às ações de assistência e de gestão. Ou seja, a promoção de transformações socioculturais e de qualidade das relações humanas.

### Promoção

A promoção da saúde caracteriza uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferente da prevenção, tem como meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque busca atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades<sup>9</sup>. A promoção no contexto das IST e HIV está relacionada com o bem estar na vivência da sexualidade e da reprodução .

A promoção da saúde envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e de saúde.

Faz-se necessário romper barreiras e resistências impostas pelo meio social que se originam no preconceito e no estigma, dar espaço para uma nova forma de educação, com suas potencialidades e especificidades que possam dar as pessoas mais autonomia e responsabilidade na vivência de sua sexualidade.

Estratégias e intervenções:

- Estabelecer o diálogo da vivência e exercício da sexualidade, na direção da atenção integral à saúde.
- Estabelecer ações de interlocução com outros setores sociais, como Educação e Justiça, com o intuito de contribuir para a transformação de preconceitos e desigualdades no campo do gênero da saúde reprodutiva, e favorecer a garantia de direitos, maior autonomia e responsabilidade na vivência da sexualidade.
- Realizar projetos extramuros, articulação entre secretarias municipais e estaduais de setores diversos, articulação entre níveis de atenção diferentes, para fortalecer parcerias e relações de referência e contra referência nas redes de serviços e compreender melhor a vida e as vulnerabilidades dos usuários dos serviços.
- Promover o diálogo da vivência e exercício da sexualidade nas práticas assistenciais, entre profissionais de saúde/ serviços de saúde e usuários, com respeito à cultura, crenças e modos de vida dos usuários, com possibilidade de pensar projetos terapêuticos singulares para casos mais complexos.



- Identificar barreiras à relação terapêutica, no acesso ao serviço e ao tratamento como o impacto dos preconceitos e estigmas, os diferentes modos de vida, as desigualdades sociais, e propor estratégias singularizadas para cada usuário.
- Considerar e valorizar o conhecimento e crenças dos usuários sobre o próprio corpo, estabelecendo um diálogo entre o saber popular e o saber científico, colaborando com a compreensão e apropriação do tratamento pelo paciente.
- Pensar em alternativas possíveis em conjunto com o usuário diante da dificuldade da negociação de métodos preventivos com o parceiro(a), principalmente mulheres (desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres), de profissionais do sexo (relação de poder econômico), entre outros.
- Incluir os homens no pré-natal e nos atendimentos de direito reprodutivo, pode contribuir para o envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva.
- Promover o direito às pessoas, incluindo as PVHIV, de decidirem, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. Ofertando acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Promover o direito das pessoas de viver e expressar livremente a sexualidade sua orientação sexual, independentemente de estado civil, idade ou condição física, livre de discriminação, imposição e violência. Sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Proporcionar nos serviços de saúde espaços de diálogo e participação social, promovendo a co-responsabilização, a autonomia e apropriação dos conhecimentos sobre a própria saúde.

A garantia dos direitos diminui vulnerabilidades e promove saúde, uma vez que as pessoas passam a viver melhor, com mais dignidade, mais liberdade na elaboração e realização de seus projetos de vida, com melhor e maior acesso a serviços e bens sociais.

## Prevenção:

A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”<sup>10</sup>

As ações preventivas em IST e HIV definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de infecções/doenças sexualmente transmissíveis e do HIV, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O objetivo é o controle da transmissão de IST e HIV.

As características individuais, os fatores estruturas, sociais, econômicos, políticos, entre outros podem ser barreiras ou facilitadores para a prevenção do HIV.



*“O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção”<sup>11</sup>*

A vulnerabilidade deve ser compreendida na relação das dimensões individual, programática e social.

- Dimensão individual:

Trata do contexto epidemiológico e sociodemográfico que determinam o grau de exposição as IST e HIV.

São questões como idade, sexo, práticas sexuais, raça/cor, renda, escolaridade, acesso a serviços de saúde e bens sociais.

Ou seja, são os fatores individuais do adoecimento e/ou infecção, nas diversas situações de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical), além das condições individuais de vida que influenciam as exposição e possibilidades de prevenção (hábitos e estilos de vida, ambiente e condições em que vivem e trabalham, de acesso a serviço e tratamento, as características cognitivas e emocionais, os valores culturais sobre a sexualidade e práticas sexuais, as situações de violência, por exemplo).

Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.

- Dimensão programática:

Refere-se ao investimento em ações e programas de saúde de prevenção à infecção pelo HIV e a assistência às PVHA, bem como ao acesso às ações e equipamentos sociais e de saúde, que é diferenciado a depender do segmento da população.

Trata-se, portanto, de aspectos relacionados a:

- Compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema e ações efetivamente propostas por estas autoridades;
- Coalizão inter-institucional e inter-setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para atuação específica;
- Planejamento e monitoramento das ações;
- Gerenciamento dessas ações;
- Capacidade de resposta das instituições envolvidas;
- Financiamento adequado e estável dos programas propostos;
- Continuidade dos programas;



- Avaliação e retroalimentação dos programas, etc.
- Populações privadas de liberdade com acesso e qualidade dos serviços de saúde;
- Acolhimento da população LGBT, com inclusão do nome social e tratamento de gênero adequado à identidade assumida por cada usuário
- Formação continuada e qualificação do profissional para lidar com as questões de diversidade de gênero

Dimensão social:

Está relacionada ao exercício da cidadania e dos direitos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos e diversidade sexual, étnico raciais, as questões de desigualdades de gênero e gerações, e vem sendo avaliada através de aspectos como:

- Acesso à informação;
- Quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais;
- Aspectos sócio-políticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência, restrições de exercício de cidadania, etc.); redução da pobreza.
- Grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de participação e de voz desses sujeitos nas diversas esferas decisórias;
- Grau de prioridade política (e econômica, portanto) dada à saúde;
- Condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo e bens sociais, entre outros.

Para resumir e ilustrar, segue um quadro da vulnerabilidade sistematizado por Ayres, Paiva e França Jr. (2012, p.87)

Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática.

Individual	Social	programática
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde	Liberdades	Elaboração de políticas específicas
Trajectoria pessoal	Mobilização e participação	Aceitabilidade
Recursos pessoais	Instituições e poderes	Sustentabilidade
Nível de conhecimento	Relações de gênero	Articulação multissetorial
Escolaridade	Relações raciais e étnicas	Governabilidade
Acesso à informação	Relações entre gerações	



Relações familiares	Processos de estigmatização	<b>Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade</b> Acesso e equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços
Redes de amizade	Proteção ou discriminação sistemática de direitos	
Relações afetivo-sexuais		
Relações profissionais		
Rede de apoio social	<b>Acesso a:</b>	
<b>Subjetividade intersubjetividade</b>	Emprego/salário	
Valores	Saúde integral	
Crenças	Educação/prevenção	
Desejos	Justiça	
Atitudes em cena	Cultura	
Gestos em cena	Lazer/transporte	
Falas em cena	Mídia/internet	
Momento emocional		

Considerar não só os riscos, mas também a vulnerabilidade tem permitido um desenho de cuidados que considere a maior ou menor possibilidade de ação, compreensão, estabelecimento de redes de apoio diante de uma maior ou menor vulnerabilidade.

Formas de intervenção de prevenção:

- Clássicas e novas tecnologias: Barreiras físicas (preservativo); testagem; PEP; PrEP; circuncisão; manejo de DST, de coinfeções e comorbidade.
- Comportamentais: Uso de preservativos, aceitação da testagem; adesão à TARV, PEP, PrEP incentivo à busca de cuidados de saúde; lidar com estigma e preconceito.
- Estruturais: Revisão de leis e políticas em defesa dos direitos humanos, combate ao estigma e a discriminação; protagonismo comunitário, prevenção da violência.

Ferramentas de abordagem da prevenção:

#### 1. Educação em saúde:

As ações de educação em saúde para a prevenção das IST e do HIV são orientadas a partir das características e tendências de evolução da doença, em cada local, e das condições econômicas, culturais e sociais dos grupos mais afetados. Essas ações pautam-se pelas intervenções voltadas prioritariamente aos grupos mais vulneráveis e são desenvolvidas por veiculação de campanhas de massa para toda a população, por ações específicas de intervenção na comunidade. Porém, sabe-se hoje que a prevenção depende muito mais de atitudes de cuidado de si e dos demais do que de informações científicas.

#### 2. Intensificar ações de prevenção para populações onde a epidemia está concentrada:





Existem algumas populações que apresentam um risco elevado para o HIV<sup>14</sup>:

- Usuários de drogas injetáveis – tem probabilidade de 24 vezes de contrair o HIV do que os adultos na população em geral,
- Profissionais do sexo - são 10 vezes mais propensos a adquirir o HIV do que homens gays e outros HSH
- As pessoas trans- tem 49 vezes mais probabilidade de estar vivendo com HIV

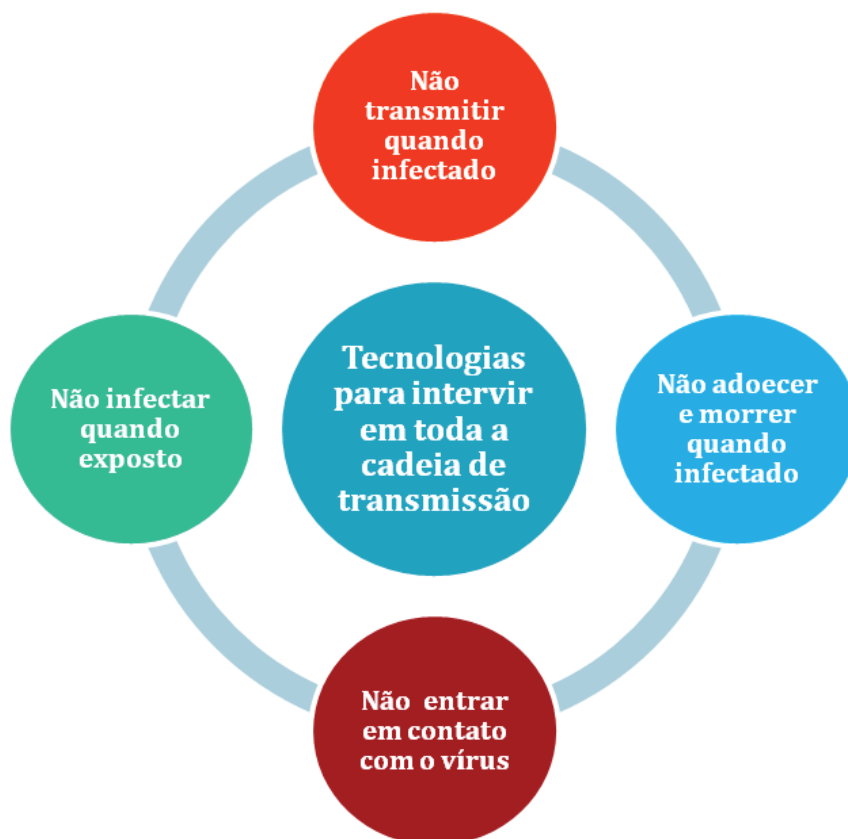
Pessoas privadas de liberdade – tem cinco vezes mais probabilidade de estar vivendo com o HIV do que os adultos na população em geral.

Temos observado um aumento dos casos de HIV, em nosso meio, em jovens HSH

### 3. Prevenção combinada

Novas estratégias de prevenção surgem como ferramentas complementares no enfrentamento da epidemia de HIV ampliando a gama de opções para se prevenir contra o vírus e oferecendo mais alternativas – cientificamente eficazes, como a gestão de riscos e prevenção combinada. Estas estratégias, bem como as discussões relacionadas estão detalhadas no *manual 2 - Prevenção*.

Basicamente as estratégias seguem a concepção de desenvolver ações de prevenção ao HIV buscando intervir em toda a cadeia de transmissão do vírus. Ou seja, ações que envolvam profissionais de saúde e a população em geral, que visem: impedir o contato com o vírus, impedir a infecção quando há possibilidade de exposição, impedir a transmissão do vírus entre a pessoa infectada e outras não infectadas, impedir o adoecimento e melhorar a qualidade de vida e evitar infecções de outras IST das PVHIV.



## Referências:

- Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS – cascata de cuidado contínuo: uma análise de tendências, 2015; 02: 51.
- NOSYK, B.; MONTANER, J. S. G.; COLLEY, G. et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. *Lancet. Infect. Dis.*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 40-9, jan. 2014.
- Mugavero MJ, Amico KR, Westfall AO, Crane HM, Zinski A, Willig JH, et al. Early retention in HIV care and viral load suppression: implications for a test and treat approach to HIV prevention. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012; 59:86–93.
- Gianella S, von Wyl V, Fischer M, Niederost B, Battegay M, Bernasconi E, et al. Effect of early antiretroviral therapy during primary HIV-1 infection on cell-associated HIV-1 DNA and plasma HIV-1 RNA. *Antivir Ther* 2011; 16:535–545.
- Gianella S, Delport W, Pacold ME, Young JA, Choi JY, Little SJ, et al. Detection of minority resistance during early HIV-1 infection: natural variation and spurious detection rather than transmission and evolution of multiple viral variants. *J Virol* 2011; 85:8359–8367.
- Chadborn TR, Delpech VC, Sabin CA, Sinka K, Evans BG. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). *AIDS* 2006; 20:2371–2379.
- Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 2009; 373:48–57.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365:493–505.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.
- LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- Ayres et al, 2006a; Ayres et AL, 2006b; Mann e Tarantola, 1996; Mann, Tarantola e Netter, 1992; apud Ayres, Paiva, França Jr, 2012, p. 78
- AYRES, J.R.; PAIVA, V; FRACA JR, I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: PAIVA, V. (org) Vulnerabilidade e Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença á cidadania – Livro I. Curitiba: Juruá, 2012.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS. Saúde Reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV. São Paulo: Centro de referência e treinamento DST/AIDS-SP, 2015. Série Atenção as DST/AIDS.
- Prevention Gap Report, UNAIDS 2016. Disponível em: [http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)



## 2. Diagnóstico do HIV:

A testagem do HIV é a porta de entrada para o tratamento, portanto é essencial garantir o direito de realização do teste de forma universal e adotar estratégias de oferta de testagem dirigida a grupos mais vulneráveis.

O sucesso da ampliação do diagnóstico precoce no estado depende da atenção dispensada a todas as etapas que o compõem desde a oferta do teste até a vinculação do indivíduo com resultado reagente à unidade de referência.

São quatro os momentos nos quais ocorrem as perdas de seguimento:

1. Entrega do resultado do exame. Ocorre do indivíduo não aceitar realizar o exame confirmatório ou não voltar para buscar o resultado de seu exame.
2. Encaminhamento para a referência. Ocorre do indivíduo não aceitar o encaminhamento para referência por não estar preparado, por estar com dificuldades financeiras, por dificuldades pessoais de lidar com a notícia de ser um portador do HIV, por preferir ser acompanhado no setor privado, e outros motivos.
3. Chegada e matrícula na referência. Ocorre do indivíduo ter problemas na chegada ao serviço, ocorrem falhas no acolhimento, dificuldades no acesso ao serviço, situações discriminatórias ou que expõem o novo usuário e sua condição. E estes dentre vários outros motivos levam ao fracasso esta etapa do atendimento.
4. Realização dos primeiros exames de controle (CD4 e carga viral). Ocorre de o indivíduo retardar a realização de exames por conta do fluxo de trabalho adotado na unidade de referência. Atualmente, por exemplo, é possível que o enfermeiro já no primeiro contato do usuário com o serviço faça a solicitação dos exames. Desta forma agiliza sua realização e permite que na consulta com o médico os resultados destes exames já estejam disponíveis.

Portanto, podemos afirmar que o objetivo fundamental da testagem do HIV é promover sua realização em tempo oportuno e garantir a vinculação dos portadores do HIV diagnosticados ao Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS.

A ampliação do acesso ao teste depende da implantação de diferentes estratégias que ao final são complementares. Dividem-se em dois grupos:

### **Grupo 1 – teste ofertado:**

O primeiro deles depende da oferta da testagem pelos profissionais de saúde. Nesta estratégia o paciente decide realizar ou não o teste depois que o profissional oferta a testagem explicando as vantagens e benefícios de sua realização.

- A oferta da testagem do HIV e, podemos incluir aqui a sífilis e as hepatites B e C, na rotina de atendimento ambulatorial independentemente da especialidade.



Reforçando a importância desta modalidade, o Conselho Federal de Medicina em 15 de março de 2016 publicou a “Recomendação nº2/2016” que dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções.

- A realização dos exames de HIV no atendimento realizado nos prontos socorros e demais unidades de atendimento de urgência e emergência, 24h. Aqui incluímos principalmente os casos com sinais e sintomas de HIV/AIDS, demandas por Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), e atendimento de pessoas incluídos nos grupos mais vulneráveis ao HIV que não tenham realizado os exames recentemente.
- A oferta dos testes incluídos em protocolos específicos de atendimento, como são os de atendimento à pessoa diagnosticada com tuberculose, grávidas, pessoas com suspeita de DST, etc.

## Grupo 2 – teste por demanda espontânea:

O segundo grupo de estratégias fundamenta-se na realização do teste nas pessoas que solicitam sua realização (demanda espontânea). Nesta estratégia é importante que a oferta de realização do teste esteja disponível principalmente onde está concentrada a população mais vulnerável ao HIV.

- A oferta de realização de testes em unidades ambulatoriais a partir da demanda espontânea da população; recomenda-se que o fluxo de atendimento das pessoas que desejam realizar um “teste de AIDS” não dependa de agendamento médico. Há inúmeras experiências exitosas em municípios paulistas demonstrando que com a devida capacitação de equipes multidisciplinares dão conta de realizar o atendimento desta demanda. Os Centros de Testagem e Aconselhamento são um exemplo do que propomos.
- A realização de campanhas e mobilizações de testagem em datas estratégicas. É prática bem sucedida em vários municípios paulistas a realização de mobilizações de testagem de HIV, Sífilis e Hepatites B e C realizadas em ações conjuntas com outras áreas da saúde, tais como campanhas de vacinação, caravanas da saúde, etc. bem como em parceria com outras áreas, educação e justiça.
- Ações de testagem focadas em grupos de pessoas mais vulneráveis concentradas geograficamente em horários específicos, “levando a testagem até onde o povo está”, estas ações atualmente são realizadas por profissionais de saúde e por membros da sociedade civil organizada (ONG). Nesta modalidade podemos incluir também as unidades volantes de testagem, trabalhos em parceria com consultórios na rua.

Atualmente para realização do diagnóstico do HIV dispomos do método sorológico



e do método rápido. As metodologias diagnósticas são complementares. Cada uma delas atende as necessidades dos diferentes contextos, serviços e estratégias adotadas.

Testes rápidos não podem substituir a realização de exames convencionais. Os testes rápidos são apropriados a rotinas que exigem resolubilidade, ou seja, resultado no mesmo dia. São exemplos destas situações: usuários que demandam a realização de PEP, parturientes, portadores de TB, pessoas em situação de vulnerabilidade que terão dificuldade de retornar para receber resultados de exames em outra data, ações de testagem extramuros, pessoas privadas de liberdade (penitenciárias, centros de detenção provisória, Fundação Casa).

Os testes rápidos são artesanais e demandam mais tempo de atendimento por parte dos profissionais de saúde das unidades se comparados aos exames convencionais que são realizados em ambiente laboratorial e que por parte das unidades de saúde ambulatoriais requerem apenas a coleta da amostra. Neste sentido, um profissional de saúde realiza x testes rápidos num período y, enquanto no mesmo período numa sala de coleta são colhidas ao menos 4 vezes este número em amostras de sangue .

Testes rápidos também diferem entre si. Testes rápidos de HIV realizados com amostra de fluido oral, por exemplo, são muito apropriados para a realização por pessoas que não são profissionais de saúde, em ambiente extramuros. Esta é uma estratégia interessante na abordagem de pessoas mais vulneráveis. Foi inicialmente testada no Brasil através do “Projeto Viva Melhor Sabendo” financiado pelo Ministério da Saúde em diversos estados, incluindo o estado de São Paulo.

Os testes rápidos de HIV Fluido Oral também podem ser estratégicos na rotina de atendimento da demanda por PEP sexual. O profissional que está avaliando a demanda e a indicação de PEP pode realizar este método dentro do consultório sem necessidade de encaminhar o paciente a outro setor da unidade. Porém, para este teste, recomenda-se que a pessoa esteja 30(trinta) minutos antes da realização sem ter ingerido alimento, fumado, bebido ou qualquer outra atividade oral. Neste caso o serviço poderá ofertar os testes rápidos realizados com amostra de sangue.

Na terceira versão do “Manual Diagnóstico do HIV” o Departamento Nacional de DST AIDS e Hepatites Virais define as situações e locais em que recomenda a utilização de testes rápidos:

- a) Serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizados em regiões de difícil acesso;
- b) Instituições da Atenção Primária a Saúde (ex: UBS) e Instituições pertencentes a Programas do Ministério da Saúde, tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, Quero Fazer, dentre outros programas;
- c) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Unidade de Testagem Móvel (UTM);
- d) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);



- e) Segmentos populacionais flutuantes;
- f) Serviços de atendimento de emergência, pronto-socorro, hospitais e maternidades;
- g) Populações vulneráveis;
- h) Parcerias de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- i) Acidentes biológicos ocupacionais;
- j) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- k) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não se conhece o resultado do teste no momento do parto;
- l) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- m) Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas com até cinco amostras diárias para diagnóstico da infecção pelo HIV);
- n) Pessoas em situação de violência sexual, para fins de profilaxia da infecção pelo HIV;
- o) Pacientes com diagnóstico de tuberculose;
- p) Pacientes com diagnóstico de hepatites virais;
- q) Outras situações especiais definidas pelo DDAHV para ações de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS.

Além das elencadas acima, no estado de São Paulo vigoram ainda outras situações:

1. Todas as parturientes. No estado de São Paulo, desde 2009, recomenda-se a testagem rápida de todas as parturientes na maternidade.
2. População privada de liberdade nas unidades do Sistema de Administração Penitenciária (Penitenciárias e Centros de Detenção Provisória). A parceria com o Sistema de Administração Penitenciária para a implantação de testes rápidos no estado de São Paulo foi iniciada em 2009. Este processo intensificou-se com a realização de um projeto de pesquisa que ofertou o testes para todas as mulheres presas no estado, cerca de 9 mil mulheres. Atualmente, está em vigor um projeto de capacitação e oferta de testagem de toda a população masculina, cerca de 200 mil homens. Este processo deve ser encerrado em 2017, e envolve a capacitação e implantação de testes rápidos de HIV nas unidades, ação assumida pelos profissionais de saúde que trabalham nas unidades da SAP.
3. Pessoas com suspeita de IST. As pessoas que buscam atendimento porque tem uma suspeita de IST devem ser convidadas a realizar os exames de HIV, sífilis, hepatites B e C. Nos casos de pessoas com suspeita de IST que por diversas razões tenham dificuldade de comparecer novamente à unidade ou que frequentemente não retornam é recomendada a realização de testes rápidos. Exemplos: Usuários de drogas, pessoas em situação de rua, profissionais do sexo que referem estar em trânsito.



4. Ações de testagem realizadas por Organizações da Sociedade Civil focadas em populações-chave. Atualmente vem crescendo o número de ONG interessadas em desenvolver ações de testagem junto a populações vulneráveis. As experiências são diversas. Muitas ONG que tiveram sucesso levam a oferta da testagem para locais de concentração e socialização de populações-chave, tais como gays jovens, usuários de drogas, profissionais do sexo. Estas ONG algumas vezes tem a vantagem de estar no local certo no momento certo, ofertando a testagem em horários noturnos e fins de semana.
5. Campanhas de testagem. Desde 2014, as campanhas estaduais de testagem Fique Sabendo têm sido realizadas quase que exclusivamente com testes rápidos; e em 2015 introduzimos TRD HIV com amostra de fluido oral, além dos testes rápidos realizados com amostra de sangue. No estado, desde 2014, atingimos um patamar de 200 mil testes rápidos realizados em 7 dias, incluindo aqui HIV, sífilis e hepatites B e C.
6. Atendimento de candidatos a PEP Sexual e a Profilaxia Pré-Exposição (PREP). Uma situação em que a realização de testes rápidos faz toda a diferença é na testagem de candidatos a realização de PEP e futuramente nos candidatos ao uso de PREP. Não ser portador de HIV é uma das condições para que a pessoa possa beneficiar-se destas estratégias de prevenção biomédicas realizadas com antirretrovirais.

Por fim é preciso abordar o que atualmente a Organização Mundial da Saúde define como um processo adequado de testagem (em inglês são os cinco C's : Consent, Confidentiality, Counselling, Correct test results and Connection):

7. **Consentimento/ausência de coerção:** Todo teste deve ser voluntário. O consentimento para a realização dos exames deve estar assegurado em qualquer situação. No Brasil não existem situações nas quais se justifique a realização do exame anti-HIV sem consulta e consentimento do paciente. Isto inclui situações de internação em hospital, exames pré-admissionais, pré-natal, adoção, pessoas privadas de liberdade, etc. O Código de Ética Médica em seu artigo 56, define que: “Deve o médico, antes da realização de qualquer ato, informar ao paciente acerca de seu significado, finalidade e repercussões, para que o paciente possa livremente decidir sobre ele, autorizando ou não sua concretização. A não ser em casos de iminente perigo de vida, é **vedado inclusive** ao médico desrespeitar o direito de decisão do paciente quanto à execução de práticas diagnósticas e terapêuticas.”
8. **Confidencialidade:** Todo processo de testagem deve ser confidencial e sigiloso. A pessoa que procura os exames anti-HIV deverá ser informada de que o relato sobre a vida pessoal, bem como os resultados de seus exames, estarão sob sigilo e que ninguém além do(s) profissional(ais) de saúde que a assistir(em), tomará



conhecimento da sua realização e/ou resultados. Preservar a confidencialidade e o sigilo implica em verificar condições de privacidade do local de atendimento. Documentos, laudos e folhas de registro devem ser manuseados e acessíveis apenas por pessoas diretamente implicadas na assistência.

9. **Conhecimento/Esclarecimento:** Todos têm direito a um atendimento individualizado, com tempo para tirar dúvidas conversar sobre o que os levaram a fazer o teste e alternativas para diminuir as chances de infectar-se. A testagem implica informar o indivíduo sobre a natureza dos exames, a necessidade de realizá-los e o significado de seus resultados. Deverão ainda ser fornecidas informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV, identificar o motivo da testagem, avaliar se o indivíduo encontra-se em janela imunológica. Recomenda-se que esse atendimento seja breve e de acordo com as necessidades da pessoa. É preciso dar oportunidade para que o indivíduo questione. Com crianças e adolescentes lembrar que as informações devem ser apropriadas com a idade. Esse atendimento pré-teste deve sempre vir acompanhado de um aconselhamento pós-teste (revelação diagnóstica).
10. **Confiabilidade:** O resultado do teste e o processo de testagem devem ser confiáveis. Todo o procedimento de testagem deve atender às normas vigentes. Exames devem ser realizados conforme descrito nas bulas do lote enviado e a rastreabilidade do processo deve estar garantida. Documentos e formulários devem permitir refazer todo percurso a partir de registros desde a identificação do paciente, coleta do material, até a emissão do laudo diagnóstico entregue e profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados para a realização de testes rápidos.
11. **Compromisso/Encaminhamentos:** Toda pessoa com resultado reagente deve ser acompanhada até a sua chegada à referência. Qualquer unidade, serviço, ONG que realizar exames anti-HIV deve ter referências assistenciais acordadas previamente para encaminhamento dos casos diagnosticados. Também devem estar comprometidos em atender as necessidades das pessoas testadas, encaminhar adequadamente pessoas com suspeita ou queixa de IST, ou encaminhar para apoios sociais que sejam pertinentes.

Sobre a flexibilização do Aconselhamento Pré-Teste. Em casos de demanda espontânea por testagem, é direito dos usuários optar pela realização ou não do procedimento de aconselhamento pré-teste, independentemente da metodologia diagnóstica utilizada, seja rápida ou convencional. Isso não significa suprimir o acolhimento e o diálogo sobre a motivação do teste, a metodologia a ser utilizada e as expectativas do resultado. (Fonte: Diretrizes para o funcionamento dos CTA do Brasil, Ministério da Saúde, Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, 2010.)





Particularidade no atendimento de pessoas transgênero, recomenda-se o uso obrigatório de seu nome social. Em órgãos públicos do Estado de São Paulo, o Decreto Estadual 55.588/10 estabelece expressamente a obrigação de respeito ao nome social de travestis e transexuais. No âmbito do SUS, o nome social é garantido pela Portaria 182/2009 do Ministério da Saúde. Para constar o nome social no cartão SUS, basta a solicitação em qualquer Unidade Básica de Saúde (UBS).

### **Sobre a testagem de adolescentes acima de 12 anos de idade o Ofício do CFM nº 1.865/96,**

Resposta à consulta solicitada pelo PN-DST/AIDS do MS que aborda a testagem anti-HIV para menores de 18 anos: Esta deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar a respeito. O **Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997** Divulgado no manual “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” (MS, B, 1999:26-28). Remete à distinção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) sobre crianças e adolescentes, argumentando que a testagem e entrega de exames anti-HIV podem acontecer pelo livre-arbítrio do adolescente, segundo a delimitação de idade prevista no ECA.

### Para saber mais:

1. Ofício do CFM nº 1.865/96 - Aborda a testagem anti-HIV para menores de 18 anos.
2. Decreto Estadual 55.588/10 - estabelece a obrigação de respeito ao nome social de travestis e transexuais em órgãos públicos.
3. Portaria 182/2009 do Ministério da Saúde - estabelece a obrigação de respeito ao nome social de travestis e transexuais no SUS

### Referências:

World Health Organization (WHO), Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection; chapter 5 June 2013 acessado em novembro de 2016 [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/clinical/box5\\_1/en/](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/clinical/box5_1/en/)

World Health Organization (WHO), Consolidated guidelines on HIV testing services junho 2015 acessado em nov de 2016 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais.

Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.



Decreto 55588/10 | Decreto Nº 55.588, de 17 de Março de 2010 de São Paulo Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas.

Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA :manual incluindo PARECER TÉCNICO sobre Testagem de menores./Coordenação Nacional de DST e AIDS. \_ Brasília:Ministério da Saúde, 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV / Secretaria Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Ministério da Saúde do Brasil Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CTA DO BRASIL pag 33 Brasília, 2010

Portaria 182/2009 do Ministério da Saúde Diário Oficial REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL Imprensa Nacional BRASÍLIA – DF .Nº 155 – DOU – 14/08/09 – seção 1- p.80 MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009 Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Acessado em novde 2016 [http:// conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2009/01\\_set\\_carta.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2009/01_set_carta.pdf)

### 3. Vinculação

Vinculação refere-se ao processo de atendimento da pessoa que realizou o exame anti-HIV, teve resultado reagente para HIV, recebeu o resultado de seu exame, foi encaminhado à referência e realizou os exames iniciais de acompanhamento.

Define-se como marcador de sucesso deste processo a matrícula da PVHIV no serviço de referência assistencial para seu acompanhamento clínico e sabidamente ter realizado os exames iniciais de contagem de células CD4 e/ou carga viral.

A vinculação é importante para garantir o acesso aos cuidados, diminuindo a morbimortalidade e a transmissão do HIV. Inclui uma serie de estratégias que facilitam a entrada imediata da PVHIV aos cuidados de saúde no SAE

Para se garantir a vinculação no serviço, se faz necessário em primeiro lugar, reconhecer na equipe quem desempenhará o papel de VINCULADOR, profissional que acompanhará a pessoa recém-diagnosticada com HIV até sua chegada à referência assistencial. Esse profissional deve ser preferencialmente aquele que faz a revelação do diagnóstico.

VINCULADOR é o profissional que acompanhará a pessoa recém-diagnosticada com HIV até sua chegada à referência assistencial.



Sabe-se que a revelação do diagnóstico do HIV, pode interferir de forma negativa ou positiva na trajetória da doença, desde a vinculação, retenção, adesão do tratamento e na qualidade de vida. Os profissionais devem ser capacitados para a revelação do diagnóstico do HIV, assim como apoiar as PVHIV em todo esse processo. Lembrando que a revelação do diagnóstico do HIV é processual.

Na revelação do resultado reagente é importante avaliar:

1. Vivências em relação ao HIV
2. Se já sabia ser portador do HIV, nestes casos deve-se investigar o motivo desta ova testagem e dar continuidade ao atendimento até que esteja novamente vinculado à referência assistencial e tenha realizado exames de CD4 e Carga viral HIV
3. Se tem suporte social
4. Se nesse processo de transição se necessita de suporte para revelar o diagnóstico a terceiros
5. Se necessita de mais de um atendimento antes de chegar a referência assistencial, caso necessite combinar a ou as próximas consultas.

Os profissionais de saúde ao revelar o diagnóstico do HIV devem ficar atentos as pessoas com maior risco de não vincularem ao serviço como morador de rua, usuários de drogas, vivências negativas relacionadas ao HIV, privados de liberdade, profissionais do sexo, adolescentes, a não aceitação do diagnóstico do HIV, alterações psiquiátricas, fatores socioeconômicos, medo do estigma e discriminação, entre outros.

Porém, este acompanhamento depende da permissão de contato. Por isso é importante investir na utilização da **abordagem consentida**.



Nos casos que a **pessoa não permite contato**, cabe ao vinculador verificar se ela chegou ao serviço que foi referenciada. Este acompanhamento pode ser realizado por telefone, prontuário eletrônico, e-mail, entre outros, considerando as possibilidades de cada serviço. Se a **pessoa permite o contato**, o vinculador definirá o tipo de ação de acordo com as possibilidades de contato definidas por ela. A mais utilizada é o telefone celular ou whats app, seguida de telefone fixo, e-mail, cartas ou telegramas e visita domiciliar. Seja qual for a forma permitida, é importante garantir sempre o sigilo e a privacidade da comunicação, não identificando o serviço e não expondo o usuário através de crachás, aventais ou adesivos no carro.



Importante lembrar, que em qualquer das situações apontadas anteriormente, é obrigatório a realização da notificação do caso de HIV.

Outro aspecto relevante para a vinculação é a necessidade de se ter articulado e pactuado entre os pontos de atenção – serviço de diagnóstico e estabelecimento de referência - a garantia do acesso a cuidados de qualidade contínuo e coordenado pelo SAE.

Assim, tanto o local que realizou o diagnóstico como o SAE deve realizar o monitoramento da vinculação e ações serem desenvolvidas a partir da não vinculação, desde que acordada previamente com a PVHIV.

Para facilitar a vinculação e garantir a adesão, é importante discutir com o usuário a localização do SAE, pois existem pessoas que preferem locais próximos de sua residência, do trabalho e outras que pelo medo da discriminação procuram locais mais distantes. Desta forma, cabe ao SAE, algumas vezes, atender PVHIV não adscritas ao seu território.

Os gestores deverão pensar em estratégias específicas para as pessoas com maior risco de não vincularem ao serviço como morador de rua, usuários de drogas, vivências negativas relacionadas ao HIV, privados de liberdade, profissionais do sexo, adolescentes, a não aceitação do diagnóstico do HIV, alterações psiquiátricas, fatores socioeconômicos, medo do estigma e discriminação, entre outros.

O acompanhamento da vinculação pode ser realizado através de sistemas informatizados como a regulação, prontuário eletrônico em rede, entre outros. Uso de outras tecnologias como telefonema, e-mail, mensagem por MSM, whats app, entre outros também são ferramentas utilizadas tanto entre os pontos de atenção quanto entre o serviço e a PVHIV.

Os gestores junto às equipes de saúde devem desenvolver estratégias inovadoras de vinculação para o recém-diagnosticado utilizando-se da articulação dos diferentes pontos de atenção, principalmente para populações vulneráveis. Como por exemplo, uma gestante moradora de rua recém-diagnosticada na UBS, com vínculo com consultório na rua e a entrada desta no SAE foi realizada pelo consultório na rua. É importante que os gestores utilizem indicadores que possibilitem a avaliação contínua das taxas de vinculação, utilizando desde formulários de acompanhamento, assim como SISCEL, SICLON, SIMC, o SINAM e outros bancos locais.

Os laboratórios da rede privada devem informar, periodicamente, a Vigilância Epidemiológica todos os casos diagnosticados de infecção pelo HIV<sup>2</sup>. Uma forma de verificar se essas pessoas estão vinculados na rede suplementar, pode ser através do SICLON, ou seja se retirou o antirretroviral.



## Referências:

Gardner LI 1, Metsch LR , Anderson- Mahoney P , Loughlin AM , et al  
Eficácia de uma intervenção de gestão breve de caso para vincular-se aos serviços de HIV  
para as pessoas recém diagnosticadas para o HIV. o AIDS 2005 04 de março; 19 (4): 423-31.  
Portaria nº 1.271, de 06/06/2014, de 06/06/2014, do Ministério da Saúde [http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria\\_1271\\_6jun2014.pdf](http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf)

## 4. Retenção:

Retenção aos cuidados de HIV pode ser definido à partir da vinculação ao serviço e seguimento continuo nos cuidados ao longo da vida.

A retenção é fundamental para reduzir a morbidade, a mortalidade relacionada ao HIV, a incidência de novas infecções e o desenvolvimento de resistência a TARV pois:

Para a PVHIV que estão entrando ou reentrando no SAE permite o início da TARV, o fornecimento de medicamentos profiláticos para infecções oportunistas, o tratamento das infecções oportunistas, a prevenção da transmissão vertical do HIV. Sabe-se que quem recebeu TARV no primeiro ano do diagnóstico, tiveram 6 vezes mais chance de ficarem retidos no serviço.

Para as pessoas que estão em uso de TARV a retenção é necessária para assegurar a adesão ao tratamento antirretroviral, a identificação de eventos adversos, de interações medicamentosas, de falha virologia, de comorbidades e manutenção da indetectabilidade da carga viral do HIV. Além do cuidado da saúde mental e promoção do auto cuidado.

## Definições:

- **Retenção:** 2 (dois) comparecimentos ao serviço no ano, com intervalo mínimo de 4 meses entre eles (CV, CD4, retirada de medicação, consulta médica).
- **Faltoso:** falta a uma consulta médica.
- **Abandono de serviço:** 6 (seis) meses sem comparecer ao Serviço.
- **Abandono de tratamento antirretroviral:** atraso de retirada da TARV de mais de 90 dias.

## Sinais de alerta para a não retenção:

- Falta à consulta médica ( a falta na primeira consulta médica é considerada grave)
- Falta a coleta de carga viral e/ou CD4
- Não retirada TARV após 15 dias da data prevista.



Apesar de ser um desafio, é importante o monitoramento para identificar os faltosos e perda de seguimento. Sabe-se que até 80% das PVHIV podem abandonar o cuidado entre o diagnóstico e o início de TARV. Levantamento realizado em registro de PVHIV que evoluíram a óbito (CRT/DST/AIDS, 2015) onde esta disponível, mostrou que 43% não estavam retidas, portanto a incapacidade de reter nos cuidados levam a deterioração clínica e maior risco de morte.

Para identificarmos um faltoso pode-se:

- Falta à consulta médica: Após o período de consultas médicas notificar os casos que faltaram (médico ou outro profissional de equipe) para intervenção
- Falta a coleta de carga viral e/ou CD4: Após o período de coleta exames CD4 e/ou CV notificar os casos que faltaram (profissional de equipe) para intervenção
- Não retirada TARV após 15 dias da data prevista. O farmacêutico verifica semanalmente a não retirada de TARV nos últimos 15 dias da data prevista para intervenção

Para a identificação do abandono:

- Abandono de serviço: O não comparecimento nas consultas e procedimentos nos últimos 6 meses poderá ser identificado por sistemas de informações locais, prontuários, SISCEL, SICLOM.
- Abandono de tratamento antirretroviral: Farmacêutico deverá verificar semanalmente no SICLOM os pacientes que não retiraram TARV nos últimos 90 dias para intervenção.

A importância de identificar os pacientes faltosos e em abandono, permite ao serviço estabelecer estratégias para a manutenção da retenção e/ou adesão ao tratamento.

Várias pesquisas e estudos de coorte avaliaram preditores de retenção, observando que alguns fatores levam a não retenção como: idade mais jovem, sexo masculino, raça preta, uso abusivo de drogas, etc. Em relação aos determinantes da retenção podemos identificar os relacionados às PVHIV, aos profissionais de saúde e a gestão.

- Como fatores relacionados a PVHIV podemos citar: o não acesso ou um acesso comprometido ao cuidado à saúde, determinados pelo estigma, preconceito, discriminação, o baixo grau de alfabetização, a presença de alterações da saúde mental, uso de drogas, o desconhecimento do benefício da retenção, eventos adversos, as crenças negativas em relação ao tratamento, a contagem de CD4 baixa ou alta, preocupações com o sigilo, a evasão e descrença do diagnóstico, crenças alternativas de saúde, falta de apoio social, falta de priorização do cuidado, não conseguir manter rotina e falta de habilidades para gerenciar uma condição de doença crônica,
- Em relação a gestão encontramos a dificuldade de acesso ao serviço relacionado a localização, aos dias e horários de atendimento, a falta de acolhimento com



avaliação de risco, a ausência de espaços de encontro dos profissionais, um sistema de saúde sobrecarregado, a falta de articulação em rede, prolongados tempos de espera, alta frequência de visitas clínicas, a falta ou monitoramento pobre da retenção, falta de recursos humanos.

- As barreiras relacionadas à equipe podem ser devido ao isolamento profissional, o não estabelecimento de vínculo, a falta de experiência no manejo da TARV, a falta de percepção dos fatores relacionados a não adesão, a falta de uma linguagem única e clara pela equipe, entre outros
- E os relacionados aos fatores estruturais e sociais: o estigma (na comunidade e da equipe de saúde), socioeconômicas (transporte, perda de renda),

Além de uma maior vulnerabilidade em algumas populações como mulheres grávidas, adolescentes, crianças, pessoas que usam drogas ilícitas, moradores de rua, pacientes co-infectados com HIV / TB

**A magnitude da retenção no cuidado deve ser descrita e avaliada para compreender a eficácia do cuidado, identificar os determinantes da adesão para direcionar as intervenções certas para as pessoas certas.**

São inúmeras as intervenções utilizadas. Abaixo a tabela cita algumas das intervenções para promover a retenção relacionadas às PVHIV, os profissionais de saúde e a gestão:



Tabela exemplificando barreiras, fatores de risco e estratégias para a retenção:

Barreiras	Fatores de risco	Facilitadores / Estratégias
Compromissos do dia a dia	O comparecimento regular nos serviços nem sempre é a prioridade para o paciente – concorrem com compromissos diários tanto para os retidos como para os não retidos. Exemplos: cuidar de filhos, de idosos, trabalho, estudo	Apoio social Horários mais flexíveis Condensar os atendimentos da equipe multidisciplinar antes ou após consulta médica
Sentir se doente	Não comparecer as consultas por se sentir se mal (mal estar e outros sintomas relacionando-os com o HIV, efeitos colaterais das medicações, baixa imunidade, depressão, etc)	Educação em saúde Autocuidado Relação médico-paciente
Estigma	Medo de revelação a terceiros (parceiros, familiares, amigos, etc), podendo levar a perda de compromissos. A tentativa de evitar a revelação do diagnóstico na sala de espera, laboratório e farmácia são obstáculos adicionais para não frequentarem regularmente o serviço de saúde.	Intervenções, tais como o treinamento de pares, programas de educação para a compreensão da doença HIV, e conectando os indivíduos com os recursos da comunidade e colegas infectados pelo HIV.
Depressão e transtornos mentais	Sintomas de depressão e outras doenças mentais (por exemplo, transtorno de estresse, esquizofrenia, ansiedade e transtorno bipolar pós-traumático) são barreiras levando o paciente a dormir no horário de seus compromissos, apatia, o não auto cuidado, entre outros.	PTS com psiquiatra, psicólogos PT compartilhado com CAPs Oportunizar a vinda do paciente ao serviço
Transporte – dificuldade de acesso	Pacientes que necessitam de cuidados mais frequentes podem ter desafios relacionados com a locomoção até o serviço (distância, custo da passagem ou	Filhos, irmãos, parceiros, parentes, amigos, vizinhos, funcionários do serviço de saúde, e grupos de apoio. (Lembrar dos





	estacionamento, impacto do mal tempo, etc)	compromissos, assegurar transporte). Passe de ônibus, metro, acesso a estacionamento, etc Localização do serviço (acesso) Mobilidade – verificar possibilidade de local próximo para acompanhamento
Esquecimentos	Perder a anotação ou não anotar um compromisso podem levar a um esquecimento. Um estilo de vida agitado	Apoio social para lembrar dos compromissos. Telefonemas, lembretes Acolhimento a faltosos
Uso abusivo de substâncias	O abuso da substância está relacionado com o esquecimento, o não compromisso. Pacientes retidos ex usuários de drogas referem retenção após parada do uso abusivo de drogas.	PTS com psiquiatra, psicólogos PT compartilhado com CAPs AD Oportunizar a vinda do paciente ao serviço
Experiências negativas com o serviço de saúde	Frustração com tempo de espera da consulta, o atraso de 15 minutos ter a consulta cancelada, experiência com a sala de espera (medo de revelação do diagnóstico, conflitos com outros pacientes, etc), espera na coleta de exames.	Satisfação com a experiência clínica é um fator preditivo para os pacientes retornam para o cuidado A percepção da experiência clínica dos pacientes depende não somente da qualidade dos cuidados, mas também do encontro com os profissionais do serviço, os tempos de espera e eficiência do serviço.
Agendamento de consulta	Sistema de agendamento, horários limitados, falta de privacidade durante o agendamento.	Processo de agendamento conveniente



Relações difíceis com os profissionais do serviço de saúde	Relações tensas com os profissionais de saúde atual ou passado (não vinculação, desrespeito, etc)	Estabelecimento de vínculo, apoio dos profissionais. Boa relação medico paciente
Falta de moradia	Morador de rua, mudanças frequentes de endereço.	Em todas as vindas do usuário ao serviço atualizar contatos formais ou informais Porta aberta (considerar qualquer comparecimento como oportunidade) Articular com outros pontos de Atenção (consultório na rua, atenção básica, CRAS, CREA, ONG, casa de apoio tipo I ou II entre outros)
Histórico de abandonos prévios	Identificar fatores que levaram ao abandono (revelação a terceiros do diagnostico, não aceitação do diagnostico, fatores psicológicos, entre outros) Propor um fluxo diferenciado para esse usuário (como agendamento de consultas com a equipe multidisciplinar com intervalos menores; telefonar para lembrar da consulta médica, utilizar equipamentos da Assistência Social, entre outros). Identificar a melhor forma de entrar em com o usuário (telefone, email, whatsapp, etc.). Criar estratégias de reentrada junto a equipe e usuário.	

## Estratégias para trabalhar com os faltosos e abandonos:

Faltas subsequentes, o médico avalia se deixa receitas para 3 meses ou já contata o usuário.

- Falta à consulta médica de retorno –garantir reagendamento e TARV ate a próxima consulta.
- Falta a consulta subsequente reagendada – realizar busca ativa
- Falta na primeira consulta – realizar busca ativa.
- Falta a coleta de carga viral e/ou CD4 – garantir reagendamento
- Não retirada TARV após 15 dias da data prevista – entrar em contato com o paciente, verificar se tem ARV, solicitar que venha buscar
- **Abandono de serviço – busca ativa**



- **Abandono de tratamento antirretroviral – busca ativa**

Estratégias para:

**Pacientes faltosos e casos novos:** vincular com o paciente. Intercalar com telefonemas entre as consultas médicas (lembrete da consulta 7 e 2 dias antes), na falta a consulta convocar paciente em 24h. Trabalhar autogestão com os pacientes, desenvolver planos e metas, identificar barreiras e PTS.

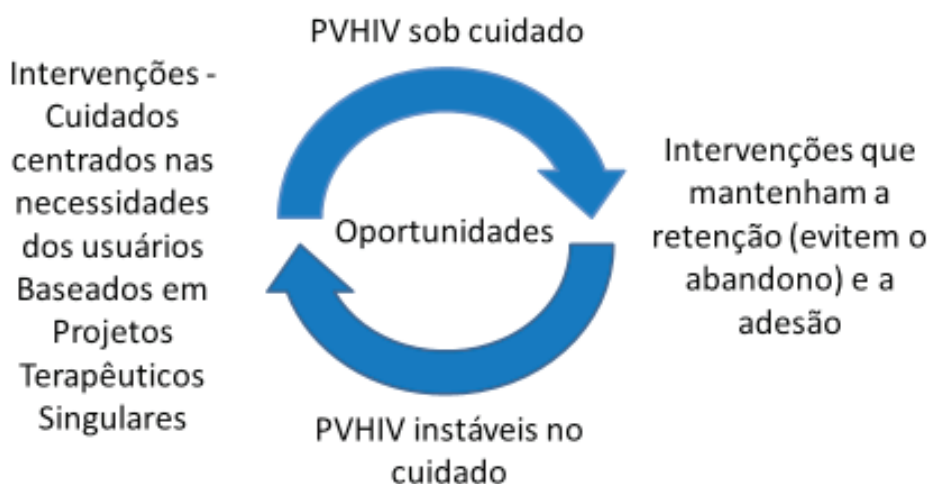
O gestor do caso deve:

1. construir vínculo
2. incentivar o usuário a identificar e utilizar seus / suas forças, capacidades e habilidades para conectar-se a assistência médica e realizar outros objetivos;
3. Realizar encontros com o usuário em ambiente onde ele / ela se sente confortável;
4. Realizar a coordenação e articulação do usuário com recursos comunitários disponíveis, tanto formais (CRAS, CREA) e informais (por exemplo, grupos de apoio) com base nas necessidades de cada cliente; e
5. Garantir cuidados médicos e outros serviços necessários.
6. Identificar e atender às suas necessidades e barreiras aos cuidados e realizar PTS

Os serviços devem criar mecanismos em rede junto a atenção hospitalar para garantir o egresso da internação de forma responsável, como exemplo a saída da maternidade da gestante HIV e do RN com consulta agendada no SAE. Deve-se ter estratégias para melhorar a retenção e reengajamento no cuidado

Abaixo a apresentação do modelo de oportunidade para melhorar a retenção:

### Modelo de oportunidades para melhorar a retenção



## Recomendações para a Retenção:

- Monitoramento sistemático da retenção para todos os pacientes
- Gestão do caso para os casos novos
- Gestão do caso para os pacientes na reentrada (pacientes que estavam em abandono)
- Pode ser considerado o trabalho com pares.
- Busca de faltosos e pacientes em abandono
- Acolhimento com escuta qualificada
- Identificar possíveis barreiras para a não retenção
- Projeto Terapêutico Singular

## Recomendações para a adesão:

- Monitoramento da adesão a TARV:
- Auto relato dos pacientes
- Avaliação sistemática da farmácia sobre a retirada dos ARV – avaliar semanalmente pacientes em atraso e em abandono
- Lembretes do uso da medicação, com dispositivos como alarmes, etc e o uso de tecnologias de comunicação com um componente interativo .
- Educação e aconselhamento usando ferramentas específicas relacionadas com a adesão: aconselhamento de TARV, grupos, consulta farmacêutica, apoio de pares, etc.

Para saber mais: manual 3, capítulo adesão página XX

## Referências:

- Monika Roy et al, Understanding Sustained Retention in HIV/AIDS Care and Treatment: a Synthetic Review Current HIV/AIDS Reports. June 2016, Volume 13, Issue 3, pp 177–185
- Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, et al. Diretrizes para melhorar a vinculação, a retenção e a adesão a TARV para Pessoas com HIV: Evidências e Recomendações com base de uma Associação Internacional de Médicos no Painel de AIDS Care. Ann Intern Med. 05 de junho de 2012; 156 (11): 817-833.
- Yehia, B et al - Barreiras e facilitadores para paciente de retenção nos cuidados de HIV/BMC Infectious Diseases 2015 15: 246
- Muhamadi L, Tumwesigye, NM, Kadobera, D, Marrone, G, Wabwire-Mangen F, Pariyo G, Peterson S, Ekström AM. Um duplo-cego randomizado controlado para avaliar o efeito do aconselhamento estendida sobre a captação de cuidados pré-antiretroviral no leste de Uganda. Trials. 2011 Jul 27; 12: 184. doi: 10,1186 / 1745-6215-12-184.



## Supressão viral

A redução da carga viral diminui a transmissibilidade do vírus HIV, a morbidade e a mortalidade da doença. A supressão viral esta intrinsecamente relacionada à retenção e a adesão a TARV.

Conceito a nível individual : CV indetectável por mais de 6 meses

### 3.3. Monitoramento e avaliação

O Monitoramento é habitualmente entendido como o processo de acompanhamento da implementação de determinadas ações, tomando-se como base o que um projeto (ou equivalente) estabelece como metas de sua implementação (planejamento). Refere-se ao “acompanhamento”, “avaliação”, monitoramento, de objetivos e metas alcançadas com uma intervenção (metas pré-estabelecidas, esperadas). É feito na rotina dos serviços, permitindo inclusive maior agilidade na correção de rumos. Para isso são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação tem sido um dos grandes desafios para as equipes de saúde (gestão e atenção) ao longo dos anos e visa a adotar estas práticas “como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos”

A Rede de Cuidados em IST/HIV está em processo de implementação, caracterizando-se por possuir um conjunto de serviços que utilizam poucos indicadores e parâmetros comuns e pactuados. Além disso, a produção/sistematização/análise de informações não conta com diretrizes nacionais e nem com sistema de informação adequado às suas especificidades, o que dificulta este processo e impossibilitando a caracterização e o acompanhamento da rede.

Dessa forma, a expansão, qualificação e consolidação da rede implica, dentre outros aspectos importantes, no enfrentamento das questões colocadas acima.

Para além da adequação dos sistemas de informação, da definição das informações a serem priorizadas e dos indicadores a serem utilizados, é importante ressaltar o modo como as informações são produzidas e analisadas no cotidiano dos serviços e o quanto permite a reflexão do processo de trabalho.



## Informação e a gestão do processo de trabalho

O registro, sistematização e análise das informações produzidas é processo central para a gestão do processo de trabalho do SAE, na medida em que possibilita a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede e cuidado em IST/HIV e revela questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

Principais usos das informações:

Para os gestores: as informações são essenciais na tomada de decisão, na avaliação da efetividade e impacto da política e na prestação de contas à sociedade. Como exemplo o alcance da meta 90/90/90.

Para as equipes e gestores do SAE, a produção/sistematização/análise das informações é fundamental para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como: resolutividade, abrangência, integração em equipe, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, abandono, PVHIIH com carga viral indetectável, entre outros. Apontando questões úteis para a qualificação dos serviços.

Estas questões devem ser temas em educação permanente e podem representar tanto problemas, que não seriam percebidos automaticamente, e que o SAE pode se debruçar e reorientar seu trabalho; como o reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento teórico-prático das equipes.

Nesse sentido, o coordenador tem papel fundamental neste processo e deve contar com espaços coletivos para discussão das informações produzidas, como em reuniões de equipe (como exemplo o monitoramento clínico) ou entre o conjunto dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde (facilitando o trânsito das equipes pela rede, a construção de contratos/pactuações, facilitando o cuidado compartilhado e a elaboração/gestão dos protocolos)

Porem faz-se necessário estimular o desenvolvimento de uma cultura de avaliação de serviços de saúde,

## Instrumentos e Ferramentas

Vários são os instrumentos necessários à gerência eficaz, eficiente e efetiva das organizações governamentais no atendimento de suas metas institucionais. Apresentaremos alguns instrumentos e ferramentas centrais para o monitoramento e avaliação das ações produzidas pelos SAE:



## Sistemas de Informação

1. Sistema de Informação Ambulatorial, Sistema de Informação Hospitalar -SIH, entre outros que permitem identificar a produção, CID, procedimentos, entre outros
2. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN
3. Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

**Avaliação dos serviços de saúde:** QualiAIDS um questionário auto-aplicável com questões de múltipla escolha sobre as características do trabalho local de assistência.

Os resultados obtidos permitem classificar os serviços em 4 níveis distintos de qualidade e podem ser utilizados por equipes locais e coordenações do programa para orientar ações de organização dos serviços. <http://www.qualiAIDS.fm.usp.br/>

**Avaliação da rede:** Qualirede (em construção)

**Monitoramento clínico:** SIMC

### Ferramentas de Monitoramento no SAE:

- SICLOM – sistema de controle logístico de medicamentos: sistema de informação que controla o estoque e a distribuição de ARV para os serviços do SUS. <https://siclom.AIDS.gov.br>
- SISCEL – sistema de controle de exames laboratoriais sistema de informação que consolida o resultado dos exames de quantificação de linfócitos CD4 e Carga viral do HIV. (<http://www.AIDS.gov.br/pagina/2010/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de-linfocitos-c>)
- SIMC – sistema de monitoramento clínico: sistema de informação que Promove o relacionamento dos bancos de dados do SICLOM e SISCEL, atualmente auxiliando na identificação do gap de tratamento e de pacientes com carga viral detectável após seis meses do início da terapia antirretroviral. <https://simc.AIDS.gov.br>

### Como os sistemas podem ajudar?

- Pré-requisitos para início de tratamento: vinculação e retenção
- Ponto crítico: identificação de faltosos e abandono de seguimento
- Pré-requisitos para sucesso de tratamento – carga viral indetectável: vinculação, retenção e adesão
- Ponto crítico: identificação de carga viral detectável quando em TARV
- Registrar os óbitos



- Identificação dos usuários e das causas de CV detectável
- Elaboração de estratégias e projetos terapêuticos singulares

## Resultados esperados

- Redução do GAP gerado por duplicidade
- Identificação do real quantitativo de GAP de tratamento
- Identificação dos usuários e das causas do GAP de tratamento
- Discussão de estratégias para reduzir GAP de tratamento
- Aproximação da meta 90% em TARV

## Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC)

Com base no resultado de estudos que apontam para a redução da transmissão do HIV e da morbi-mortalidade entre PVHA que foram submetidos a controle precoce da replicação viral, o Brasil e todos os demais países recomendam, atualmente, a oferta da terapia antirretroviral a todos as pessoas diagnosticadas com HIV que estejam inseridas em um serviço de saúde, independente do resultado da contagem de subpopulações linfocitárias CD4+.

No ano de 2014, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDAHV/MS) implantou o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV (SIMC), ferramenta web que deve ser utilizada para a identificação e o monitoramento do *gap* de tratamento - pessoas que realizaram exames de controle da infecção pelo HIV no sistema público de saúde e que ainda não iniciaram o uso de terapia antirretroviral. Como resultado deste monitoramento, espera-se o levantamento de informações úteis para o desenvolvimento de ações que culminem com a redução do *gap* de tratamento.

Este novo sistema parte do cruzamento da base de dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), que acumula informações referentes aos exames de CD4 e carga viral realizados no sistema público, com a base de dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON), que reúne informações acerca da dispensação de antirretrovirais. Através deste cruzamento, é possível identificar o *gap* de tratamento e monitorar o *status* de cada uma das PVHA nele identificadas com as seguintes opções: “já em tratamento”, “óbito”, “recusa de tratamento”, “não localizado”, “não permite contato”, “criança exposta”, “transferido”, “abandono de TARV”, “HIV (-)” e “não acompanhado nesta unidade”.

Ainda que o monitoramento do *status* de cada um dos casos pressuponha o conhecimento mais profundo dos mesmos, devendo, portanto, ser realizado pelo serviço





aonde foram identificados, o acompanhamento deste monitoramento e do *gap* atualizado de cada serviço/município/estado deve ser realizado por outras instâncias, como coordenações municipais de DST/AIDS, interlocutores de DST/AIDS e coordenação de programa estadual, conforme privilégios específicos de seus logins.

O SIMC está em constante transformação, incorporando novas funcionalidades e melhorias desde a sua implantação. Mais recentemente, passou a utilizar um novo método para a limpeza de duplicidades (sendo estas geradas por duplos cadastros em um mesmo sistema ou diferenças cadastrais encontradas entre o SICLOM e SISCEL) e a incluir também a listagem de PVHA que estão em uso de terapia antirretroviral há mais seis meses e mantém carga viral detectável. Estes casos também devem ser avaliados na rotina dos serviços, visto que os benefícios do uso da TARV são dependentes da supressão máxima da replicação viral e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos é uma evolução natural da replicação viral.

## Como trabalhar no SIMC:

O Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV pode ser acessado através do link <https://simc.AIDS.gov.br> pelos gestores que possuam login habilitado.

Coordenadores de serviço devem solicitar login através do link “cadastra-se aqui”, existente na página inicial do SIMC. Coordenadores municipais e estaduais que não possuem login de acesso ao SICLOM gerencial devem encaminhar solicitação de cadastro através do e-mail [simc@AIDS.gov.br](mailto:simc@AIDS.gov.br), enquanto aqueles que possuem acesso ao SICLOM gerencial devem utilizar login/senha cadastrados para acesso a este módulo.

O sistema possui 4 abas de funções principais:

1) Informações: aba que contém um guia de utilização do sistema, atualizado a cada incorporação de funcionalidade, e tutorial de novo cadastramento de paciente no SICLOM operacional (visando à diminuição de duplicidades);

2) Relatório de *gap*: aonde é possível gerar o relatório do *gap* de tratamento e planilhas de monitoramento dos serviços.

O relatório do *gap* traz, nominalmente, todos os identificados no SISCEL que não foram encontrados na base de dados do SICLOM. Este relatório é a base de trabalho dos serviços. Importante salientar que os pacientes sem TARV são sempre relacionados como fazendo parte do *gap* da primeira instituição pública assinalada como solicitante dos exames no SISCEL, não sendo necessariamente, portanto, um SAE.

As planilhas de monitoramento, por sua vez, consolidam o resultado do trabalho dos serviços no SIMC, sinalizando a somatória dos *status* assinalados no monitoramento caso a caso e atualizando o *gap* mensalmente de acordo com o trabalho realizado no período.



3) Monitoramento do *gap*: aba aonde cada caso será monitorado, através da identificação do seu *status* atual. A depender do *status* estabelecido, um caso poderá permanecer ou sair do *gap* de tratamento, contribuindo para o *gap* atualizado de cada unidade aonde foi inicialmente identificado.

4) Relatório de carga viral detectável: ainda a ser aprimorado, traz um relatório estático de pacientes que haviam iniciado TARV há mais de seis meses e mantinham carga viral detectável no momento em que a planilha foi gerada (2015). Este relatório deve sofrer atualizações e melhorias em breve.

Sugerimos que os serviços trabalhem em equipe para o monitoramento do SIMC. Os profissionais da assistência farmacêutica podem, por exemplo, auxiliar na identificação daqueles que já estão em uso de terapia antirretroviral (erroneamente identificados no *gap* em virtude de duplicidade de cadastro); reservando-se a análise mais profunda, pelo levantamento do prontuário e de informações da equipe, para os demais casos. Sabemos que a discussão destes casos em equipe promove uma sensibilização para a convocação de pacientes em abandono, para o desenvolvimento de ações de promoção da adesão ao serviço e à TARV e discussões a respeito da evitabilidade de óbitos que tenham ocorrido antes do início ou por não adesão à TARV e/ou ao serviço.

Também entendemos que o monitoramento do SIMC não deva ser uma ação pontual, do tipo mutirão, mas sim uma atividade incorporada à rotina de trabalho dos serviços. Do mesmo modo, a análise dos dados por parte das coordenações dos programas de DST/AIDS e interlocutores deve se dar de forma contínua, procurando identificar possíveis fragilidades que devam ser trabalhadas e potencialidades que possam ser compartilhadas a nível regional.

## Referências:

1. TLC+: Best Practices to Implement Enhanced HIV test, link-to-care, plus treat (TLC-plus) Strategies in four U.S. cities - [http://www.projectinform.org/pdf/tlc\\_implementation.pdf](http://www.projectinform.org/pdf/tlc_implementation.pdf)
2. Elvin H. Geng et al, **Retention in Care among HIV-Infected Patients in Resource-Limited Settings: Emerging Insights and New Directions** Current HIV/AIDS Reports November 2010, Volume 7, Issue 4, pp 234-244
3. UNAIDS – 90/90/90 – Na ambitious treatment target to help end AIDS epidemic - [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90-90-90\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf)



## 4. Rede de Cuidados de IST/HIV/AIDS

---

Após 25 anos de implantação do SUS, não há como negar os avanços com relação a sua estrutura que atualmente responde em grande medida à construção política idealizada no Sistema Nacional de Saúde, com princípios doutrinários como a universalidade, equidade, integralidade e tendo a regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação da comunidade como diretrizes norteadoras do processo organizacional.

Por outro lado, dada à complexidade da Saúde Pública, ainda são grandes os desafios a serem enfrentados para responder às demandas de saúde da população brasileira.

Na Lei 8.080 de 1990 foram estabelecidos os papéis institucionais de cada instância governamental para garantir o funcionamento do SUS, cabendo, entre outras competências, à União e aos estados promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios.

Porém, pode-se dizer que, nos dez anos iniciais do SUS, a descentralização não foi acompanhada pela implantação de mecanismos de coordenação federativas entre União, Estados e Municípios. Naquele momento, o Ministério da Saúde (MS) privilegiou a normatização dos processos regulatórios do SUS por meio da edição de inúmeras portarias, em geral, associadas a mecanismos financeiros que favoreceram a adesão e a implantação das políticas pelos gestores locais e estaduais.

Neste período, o município teve um papel destacado no contexto nacional porque os gestores municipais articularam, juntamente com outros atores políticos, um movimento pela municipalização que possibilitou que esta se tornasse a principal estratégia para a implantação do SUS.

Este movimento permitiu a expansão da oferta de ações de saúde; estimulou a formação dos conselhos municipais de saúde, criando espaços significativos de participação social e desenvolveu mecanismos técnicos e administrativos para conduzir a gestão local.

Porem a organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação dos serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas isoladas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção.

O cuidado de usuários deve se dar de forma integral e essa atenção só é possível se o cuidado for organizado em rede. Para tanto é importante que cada serviço seja repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita

Para superar a fragmentação da atenção e da gestão a estratégia com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência tem se a estratégia de Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Desde a década de 90 foram implantados no Estado de SP 200 SAE e 132 CTA mais de 80% atualmente sob gestão municipal. A necessidade de aprimorar o cuidado às IST/AIDS e Hepatites virais frente as diretrizes para a incorporação de novas tecnologias de prevenção e ampliação da oferta precoce de tratamento fez com que a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) iniciasse um processo para a consolidação dessa rede de cuidados, com a publicação da **Resolução nº 16, de 23 de fevereiro de 2015, Nº 35 – DOE de 24/02/15 – Seção 1 – p.33.**, que institui o incentivo estadual para as ações de DST/AIDS e HV –para qualificar a Atenção Básica, fortalecer os serviços especializados em IST/AIDS e reorganizar a assistência Hospitalar.

## 4.1 Objetivos da rede:

- Ampliar e organizar o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento de suas necessidades relacionadas às DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C, operacionalizando a Portaria GM/MS nº 4279, de 30 de dezembro de 2010.
- Promover atenção integral às pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C.
- Reduzir as vulnerabilidades, riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
- Facilitar e promover a articulação dos pontos de atenção às DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C com a Rede de Urgência e Emergência, Saúde Mental, Cegonha, Oncologia e outras.
- Fortalecer a articulação entre os serviços especializados de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C com a atenção básica, com ênfase na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

## 4.2 Diretrizes da rede:

Organização dos serviços em rede, com estabelecimento de ações intersetoriais garantindo o acesso, equidade e integralidade do cuidado;

- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, promovendo acolhimento, vínculo e responsabilização, embasados em protocolos clínicos vigentes em todos os pontos de atenção;



- Acolhimento com respeito ao sigilo, à orientação sexual e ao uso do nome social;
- Integralidade da atenção com trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional, tendo como eixos a elaboração de projetos terapêuticos, a gestão da clínica e a organização do trabalho em rede;
- Encaminhamento regulado pelos serviços especializados de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais B e C para outros serviços especializados e Rede Hospitalar, conforme protocolos e fluxos estabelecidos;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania, em articulação com as organizações da sociedade civil;
- Promoção de estratégias de educação permanente.

### 4.3 Estrutura Operacional das redes de atenção à saúde:

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de alguns componentes: os pontos de atenção à saúde, o centro de comunicação, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio, o sistema de governança.

#### A. Os pontos de atenção à saúde:

São entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. Abaixo apresentaremos alguns pontos de atenção que devem compor a rede de cuidados em IST/AIDS e ações/atividades que devem desenvolver:

##### **Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde, Estratégia de saúde da Família);**

- Utilizar os protocolos clínicos
- Realizar as ações da ampliação de diagnóstico precoce, reduzir estigma e preconceito, reduzir a Transmissão vertical do HIV e sífilis
- Proceder o aconselhamento e abordagem dos parceiros com IST.
- Imunização para hepatite B, HPV, imunização para crianças expostas ao HIV ou referenciar.
- Realizar a integralidade do cuidado, o acolhimento, reconhecimento dos sinais e sintomas relacionados a AIDS, ações de prevenção na comunidade, articulando com a atenção secundária e terciária.
- Realização de ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis;
- Disponibilizar materiais informativos, educativos.



- Disponibilizar sem barreiras os insumos de prevenção, em locais de fácil acesso (display, cestos, estações de prevenção, entre outros)
- Facilitar a participação da Sociedade Civil Organizada;
- Realizar manejo das IST e DST por fluxograma;
- Realizar ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva
- Disponibilizar e utilizar a penicilina G benzatina para tratamento de sífilis inclusive materna;
- Acolher e encaminhar as pessoas com HIV/AIDS para os serviços de referência;
- Garantir o sigilo e confidencialidade
- Notificar os agravos compulsórios
- Orientar e encaminhar os casos que procurem por PEP
- Ofertar aconselhamento e testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatites B e C para população em geral; e testagem rápida para gestantes no pré-natal e seu parceiro, pessoas com IST e DST, populações vulneráveis e portadores de Tuberculose
- Acolher e encaminhar portadores de HIV para os serviços de referência, monitorando e promovendo a vinculação no SAE,
- Realizar ações em saúde integradas com os serviços especializados para PVHIV, voltadas para a qualidade de vida: exercícios físicos, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, saúde sexual e reprodutiva, adesão, busca de faltosos, acompanhamento conjunto de morbidades e tratamento supervisionado para TB;
- Os agentes comunitários de saúde integram a estratégia de saúde da família e atuam em ações educativas, de promoção e prevenção as IST e HIV, oferta de insumos de prevenção, além do acompanhamento e identificação de populações mais vulneráveis nos territórios.

#### **Consultório na rua:**

- Estabelecer vínculos com as pessoas que vivem nas ruas e abusam do álcool e outras drogas;
- Oferecer assistência à saúde e encaminhamento para outros serviços disponibilizados na rede, principalmente nos casos de sífilis na gestação.
- Realizar estratégia de redução de danos com distribuição de preservativos e insumos
- Ofertar os testes rápidos HIV, sífilis, hepatite B e C;
- Ofertar assistência no SAE para as PVHIV
- Articular com o SAE a busca ativa de PVHIV que não se vincularam ou não ficaram retidos
- Realizar PTS compartilhado com o SAE



- Promover adesão a TARV, retenção no SAE
- Realizar abordagem sindrômica das IST se tiver médico ou enfermeiro capacitado

### **Atenção Especializada: CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento**

- Disponibilizar materiais informativos, educativos e insumos para prevenção
- Orientar quanto a redução do risco de transmissão sexual do HIV em situações de uso de álcool e outras drogas
- Realizar atividades extramuros para promoção, prevenção e diagnóstico de HIV, hepatites B e C, sífilis e outras DST
- Realizar estratégias de mobilização (ex: “Fique Sabendo”)
- Promover articulação com as Redes temáticas (Materno Infantil, Urgências e Emergências, Atenção Psicossocial e Oncológica), instituições locais, programas de DST/AIDS e hepatites virais, ONG, SUAS, etc.
- Realizar ações de vigilância epidemiológica
- Capacitar profissionais de saúde e outros trabalhadores em aconselhamento, acolhimento e testagem.
- Utilizar os sistemas de informação (ex: SINAN, SICTA)
- Ofertar o aconselhamento
- Realizar abordagem sindrômica
- Diagnóstico (metodologias rápidas e sorológicas)
- HIV (Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009);
- Sífilis (Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011).
- Hepatite B (HBsAg + anti-HBc total);
- Hepatite C (Anti-HCV);
- Hepatite Delta (Anti-HDV), principalmente na Amazônia Ocidental
- Realizar vacina de Hepatite B dentre outras, e/ou referenciar para atenção primária à saúde (APS) ou serviços especializados (ex: CRIE)
- Encaminhar aos serviços de referência;
- Atender os usuários no período que sucede o diagnóstico, enquanto aguardam atendimento nos serviços de referência;
- Acompanhamento das parcerias sexuais sorodiscordantes.

### **Serviço de Atenção Especializada de IST/HIV**

- Prestar assistência multiprofissional durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo a integração entre os pontos de atenção, organizada pela RAS\*;
- Construir Projetos Terapêuticos Singulares (participação do usuário);



- Abordagem clínica e laboratorial de portadores de HIV/HV (em diferentes faixas etárias);
- Indicação e manejo de terapia antirretroviral (HIV/HV);
- Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia antirretroviral (HIV/HV);
- Monitoramento laboratorial com biologia molecular e genotipagem para o manejo clínico e reconhecimento de falhas terapêuticas (HIV/HV);
- Diagnóstico e manejo das comorbidades, coinfeções e infecções oportunistas;
- Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/HV/TB (ativa/latente);
- Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem;
- Apoio matricial para atenção Básica
- Facilitar acesso a insumos de prevenção, com incentivo a práticas sexuais seguras;
- Promover ações para redução de danos;
- Implementar a estratégia de profilaxia pós exposição sexual;
- Oferecer atividades voltadas para a adesão;
- Realizar planejamento reprodutivo;
- Realizar avaliação e acompanhamento nutricional;
- Incentivar a prática de atividade física;
- Realizar abordagem de parcerias sexuais
- Abordagem da Síndrome lipodistrófica
- Realizar vacina para Hepatite B, dentre outras, e/ou referenciar para atenção primária à saúde (APS) ou serviços especializados (ex: CRIE);
- Referenciar para serviços de apoio diagnóstico e laboratorial;
- Referenciar os usuários à uma unidade de dispensação de medicamentos (UDM);
- Promover articulação com as Redes temáticas (redes temáticas pactuadas com a Comissão Intergestores Tripartite: Materno Infantil, Urgências e Emergências, Atenção Psicossocial e Oncológica), outras instituições locais e programas de DST/AIDS e hepatites virais.
- Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às DST, AIDS e coinfeções

#### **Centro de Referência e Treinamento. Além das atribuições para os SAE:**

- Oferecer atenção integral e especializada (ambulatorial) por equipe multiprofissional expandida, a adultos e/ou crianças e/ou adolescentes vivendo com DST/HIV/AIDS;
- Ser referência técnica para a capacitação de recursos humanos dos diferentes níveis de complexidade dos serviços da rede SUS, no atendimento às DST/HIV/AIDS;





- Contribuir com a supervisão técnica das demais equipes das unidades de saúde, em sua área geográfica.

### **Ambulatórios de especialidades**

- Diagnóstico e terapia nas diversas especialidades
- Referência para o SAE, principalmente nas especialidades de oftalmologia, ortopedia, dermatologia, cardiologia, nefrologia
- Construção de PTS compartilhado com o SAE
- Pode matriciar o SAE
- Oferta de testagem HIV, sífilis, hepatite B e C

### **Unidades de referência à Saúde do Idoso**

- Unidade especializada para atender o idoso, por equipe multidisciplinar, de forma individual ou coletiva, dentro de uma visão integral com assistência as doenças com maior complexidade e a problemas de saúde específicos da população idosa
- Realizar oficinas de promoção e prevenção as IST/HIV
- Ofertar insumos de prevenção
- Realizar diagnóstico diferencial das doenças da idade com doenças relacionadas a AIDS.
- Pode realizar aconselhamento e testagem de HIV, sífilis, hepatite B e C,

### **CEREST - Centros de referência a saúde do trabalhador**

- São locais em que o trabalhador pode encontrar apoio para o diagnóstico e comprovação de doenças, acidentes e problemas de saúde relacionados ao trabalho.
- Trabalhar articulado com o SAE nos casos de PEP para acidente com material biológico
- Ofertar vacina hepatite B para os susceptíveis conforme PNI
- Oferece testagem e aconselhamento HIV, sífilis, Hepatite B e C
- Ofertar insumos de prevenção

### **CAPS A, I, AD (Centro de Atenção psicossocial adulto, infantil e álcool e drogas)**

- Prestar serviço de saúde mental, em regime de atenção diária
- Cuidado, atenção integral e continuada às PVHA com necessidade em decorrência de transtornos mentais, do uso de álcool, crack e outra drogas
- Acompanhamento clínico e reinserção social
- Oferecer acolhimento ao usuário nos momentos de crise
- Realizar Projeto Terapêutico Singular compartilhado com o SAE



- Apoiar usuários e famílias na busca da independência e responsabilidade para com o seu tratamento, podendo melhorar a vinculação, retenção e adesão ao tratamento do HIV
- Ofertar testagem e aconselhamento HIV, sífilis, hepatite B e C
- Trabalhar com redução de danos

#### **UAD – Unidade de atendimento domiciliar**

- Equipe multidisciplinar que garante atendimento e assistência no domicílio, muitas vezes é a equipe da atenção básica
- Realizar PTS compartilhado com o SAE

#### **Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT)**

- Deve ofertar abordagem assistencial, preventiva e educativa voltada à qualidade de vida das PVHA e seus familiares, diretamente em seus domicílios.

#### **Atendimento Domiciliar (AD)**

- É uma alternativa ao atendimento ambulatorial, indicado para pacientes que não necessitem mais de hospitalização, através de visita ou procedimento, isolado ou periódico, como, por exemplo, medicação venosa, manipulação de sondas, curativos, entre outros, que possa ser realizado em domicílio.
- Desenvolve ações que envolvem conotação de ação (confortar, alimentar, medicar, trocar, ouvir, hidratar etc), e também facilitam o acesso aos insumos e medicamentos e evitam a descontinuidade na assistência.

#### **Programa de Internação Domiciliar (PID)**

- Conjunto de atividades prestadas no domicílio ao paciente, com quadro clínico mais complexo, com necessidade de tecnologia especializada e por equipe técnica multiprofissional da área de saúde, com necessidade de estrutura logística de apoio especializada, em substituição ou alternativo à hospitalização
- PVHIV com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária (AVD) a partir do grau 4 da Escala da Cruz Vermelha Espanhola.
- PVHIV que necessitem de cuidados paliativos.
- PVHA que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio.
- PVHA internados em hospital referência que têm condições clínicas de receber alta precoce e assim serem desospitalizados e que possuam alguma condição que os incapacitem de comparecer à **Unidade**

#### **CEO – Centro de Especialidades odontológicas**

- Realizam diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais



- Realizar diagnóstico e tratamento as lesões bucais relacionados ao HIV e IST

### **Centro de convivência**

- São unidades de saúde não assistencial, que em como objetivo promover a reinserção social e a integração no mercado de trabalho de pessoas que apresentem transtornos mentais, pessoas com deficiência física, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco sócia e pessoal e pessoas com alta vulnerabilidade.

### **Casa de apoio tipo I e II**

- Oferecem abrigo e assistência a adultos, crianças vivendo com HIV/AIDS em condições de vulnerabilidade socioeconômica; em especial, pobreza e exclusão social
- Reintegrar o morador à família e à sociedade.
- Acolher os pacientes temporariamente
- Orientar os cuidados com a saúde
- Promover o uso correto dos medicamentos e a adesão ao tratamento.
- Ajudar a fortalecer os seus laços sociais e familiares.

### **Serviços de urgência e emergência:**

**SAMU** – serviço de atendimento móvel de urgência

- Realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar com o auxílio de seus **veículos de salvamento (ambulâncias, motolâncias, ambulâncias e helicópteros)**

**UPA** – Unidade de pronto Atendimento e PA – Pronto atendimento

- Atendimento sem consulta previamente marcada para casos de baixa ou média complexidade. Funcionam 24 horas e são estruturas de complexidade intermediária entre a UBS e as portas de urgência
- Diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas
- Ofertar teste diagnóstico para HIV, sífilis, hepatite B e C, incluindo teste rápido
- Ter os profissionais sensibilizados para o diagnóstico do HIV
- Profilaxias pós exposição ao HIV, medicamentos disponíveis e referência;
- Demanda acolhida através de critérios de avaliação de risco;

### **Pronto Socorro - PS**

- Unidade destinada a prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos de alta complexidade necessitam de atendimento imediato, podendo ter ou não internação
- Manejo das infecções oportunistas e comorbidades
- Profilaxias pós exposição ao HIV, medicamentos disponíveis e referência



## **Atenção Hospitalar**

### **Hospital Dia**

- Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência e a internação
- PTS compartilhado com o SAE

### **Hospital Dia AIDS**

- Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional;
- Situar-se em área específica, independente ou integrada da estrutura hospitalar;
- Recomenda-se que o serviço de atendimento em regime de Hospital Dia seja regionalizado;
- Desenvolver atividades de: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias
- Recursos Humanos, formado por equipe mínima identificada na portaria
- PTS compartilhado com o SAE

### **Hospital Geral**

- Hospital destinado à prestação de atendimentos nas especialidades básicas, por especialistas ou outras especialidades médicas.
- Manejo das infecções oportunistas e comorbidades
- Ofertar testagem HIV, sífilis e hepatite B e C
- Articular alta com o SAE para a continuidade do cuidado

### **Hospital Especializado**

- Prestação de assistência à saúde de uma especialidade ou área, como os hospitais do coração e outros
- Manejo das infecções oportunistas e comorbidades
- Ofertar testagem HIV, sífilis e hepatite B e C
- Articular alta com o SAE para a continuidade do cuidado

### **Atenção terciária/secundária para o tratamento da lipodistrofia**

- O hospital deve ser cadastrado de acordo com as PORTARIA CONJUNTA SAS/ SVS Nº 01, DE 20 JANEIRO DE 2009; PORTARIA Nº 04, DE 20 DE JANEIRO DE 2009; PORTARIA Nº 116/GM DE 22 DE JANEIRO DE 2009.
- Realizar preenchimento facial com polimetilmetacrilato em paciente com lipoatrofia de face decorrente do uso de antirretroviral;
- Realizar lipoaspiração de giba ou região submandibular em pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral;



- Realizar lipoaspiração de parede abdominal ou dorso em pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral;

### **Maternidade**

- Realizar teste rápido (TR) diagnóstico para o HIV,
- Realizar VDRL na admissão do parto,
- Implantar ou implementar todas as medidas de prevenção da TV do HIV e da sífilis
- Utilizar o AZT intravenoso no parto;
- Realizar o manejo obstétrico adequado durante o trabalho de parto e parto, considerando as especificidades da parturiente infectada pelo HIV;
- Utilizar a carbegolina para inibição de lactação;
- Administrar o AZT xarope nas primeiras horas de vida do recém-nascido exposto e de Nevirapina conforme a Nota Técnica nº 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS;
- Dispensar a fórmula infantil;
- Disponibilizar e utilizar benicilina G benzatina para tratamento de sífilis materna;
- Manejar adequadamente o RN com sífilis congênita, com seguimento clínico e laboratorial (exames complementares, opção terapêutica, tempo da internação: 7 a 10 dias);
- Encaminhar pós alta para seguimento do RN com sífilis congênita; e o RN exposto ao HIV
- Notificar todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita e de crianças expostas ao HIV.
- Estabelecer sistema de referência tanto para seguimento da puérpera, quanto do recém-nascido exposto;

### **Pontos de atenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**

A assistência adequada a pessoas com DST depende de pontos de atenção descentralizados no município, integrados a pontos de referência para a atenção especializada. Conforme a realidade de cada município, intervenções educativas mais específicas podem ser direcionadas para populações consideradas mais vulneráveis, como: adolescentes, gestantes, pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transexuais, pessoas privadas de liberdade, profissionais do sexo, caminhoneiros, entre outras.

A atenção primária é a “porta de entrada” do sistema de saúde com gestão pela esfera municipal, portanto os municípios devem garantir a universalidade do acesso ao sistema.



## **Competência da unidade básica de saúde (UBS) e das equipes de saúde da família**

As ações para a atenção à saúde em DST devem ter início em todas as oportunidades de abordagem e devem considerar o contexto sociocultural em que vive o sujeito.

A preocupação com a percepção das vulnerabilidades, dos sintomas das DST, a realização do acolhimento e aconselhamento devem ser uma rotina dos diversos profissionais das UBS e das equipes de Saúde da Família e estar presente em toda abordagem profissional.

O diagnóstico e tratamento ambulatorial em DST devem ser ofertados em todas as UBS e o município deve sistematizar, em pelo uma Unidade (UBS referência, Ambulatório de especialidades, SAE, CR), a assistência para os casos DST não resolvidos pela atenção básica, ampliando esse número de acordo com a capacidade instalada e a população que irá acessá-la.

Devem ter como atividades:

- ACS (visita domiciliar, comunidade, escola):
- Cadastrar as famílias da micro-área;
- Realizar visita domiciliar para a família - pelo ACS ou demais membros da equipe de saúde;
- Identificar as áreas de risco;
- Orientação e agendamento de usuários na UBS para realização de exames;
- Realizar busca ativa de portadores na micro-área;
- Realizar busca ativa dos pacientes que tiverem resultado de exames alterados para agendamento imediato na unidade para tratamento ou encaminhamento pela UBS ao centro de referência;
- Acompanhar os portadores da sua micro-área que foram encaminhadas ao centro de referência ou unidade de referência terciária;
- Realizar a busca dos faltosos ao tratamento;
- Realizar atividades de promoção da saúde e divulgar medidas de prevenção (uso de preservativo) junto a comunidade e escola
- Desenvolver programas de orientação com a comunidade e escolas

### **ESF**

- Identificar as populações mais vulneráveis para DST/HIV, no território
- Realizar abordagem com ênfase na percepção de risco de infecção e formas de prevenção
- Implementar ações educativas: grupos de gestantes, adolescentes, de sala de espera, atividades de prevenção extramuros
- Realizar campanhas educativas



- Realizar aconselhamento em DST/HIV estímulo à testagem para sífilis, HIV e hepatites virais
- Realizar aconselhamento para a população em geral, especialmente, as mais vulneráveis e realizar exames de sintomáticos, considerando as abordagens sindrômica e etiológica e captar os assintomáticos
- Realizar busca de parceiros sexuais
- Ofertar teste anti-HIV para a população em geral, especialmente para gestantes, pessoas com DST, usuários de drogas, pessoas com tuberculose e populações com exposição sexual de risco acrescido (sexo comercial, HSH, populações privadas de liberdade)
- Efetivar a coleta de sangue para sífilis, HIV e hepatites virais, ofertada por qualquer membro da equipe
- Realizar, no mínimo, dois testes para a sífilis, para o HIV e para as hepatites virais durante o pré-natal e tratamento imediato nos casos positivos de sífilis e encaminhamento dos casos positivos para o HIV para o SAE de referência
- A gestante identificada como HIV+ deve ser encaminhada para o SAE de referência,
- Realizar e/ou encaminhar para exames laboratoriais complementares
- Ofertar tratamento imediato para as DST
- Disponibilizar preservativos (sem barreiras), materiais de informação e comunicação
- Realizar prevenção de acidentes com material biológico e o adequado encaminhamento para a Unidade de referência municipal
- Área de abrangência da UBS
- Ações de Prevenção e tratamento
- Divulgar na área de abrangência da unidade as atividades de prevenção;
- Identificar e inscrever indivíduos residentes no território, na unidade para realizar diagnóstico e tratamento, conforme os protocolos;
- Notificar os casos suspeitos;
- Desenvolver ações de orientação a comunidade;
- Coletar material para exames laboratoriais;
- Encaminhar os exames coletados devidamente armazenados para o laboratório de referência, com a requisição de exame devidamente preenchida;
- Entregar os resultados dos exames ao usuário, registrando as informações no prontuário familiar;
- Tratar os casos confirmados conforme protocolo;
- Encaminhar os usuários com complicações e ou em pacientes com reações adversas graves, para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo;



- Realizar visitas domiciliares para os usuários que tiverem resultados alterados e não comparecerem na unidade para ver o resultado;
- Realizar atividades educativas visando à prevenção para a comunidade.

### **UNIDADE DE REFERÊNCIA LOCAL EM DST (UBS referência, Ambulatório de especialidades, SAE, CR)**

Essa (s) Unidade (s) devem possuir equipe multidisciplinar capacitada e composta por médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, auxiliares de enfermagem podendo ter outras especialidades, de acordo com a demanda do programa, desde que possibilitem o acesso da população geral e dos mais vulneráveis.

Devem ter como atividades:

- Identificar populações mais vulneráveis para DST/HIV, no território
- Realizar abordagem com ênfase na percepção de risco de infecção e formas de prevenção
- Implementar ações educativas: grupos de gestantes, adolescentes, de sala de espera, atividades de prevenção extramuros com populações mais vulneráveis e populações mais vulneráveis identificadas
- Realizar campanhas educativas
- Realizar aconselhamento em DST/HIV/AIDS, com estímulo e oferta da testagem para sífilis, HIV e hepatites virais
- Disponibilizar insumos de prevenção: preservativos (sem barreiras), agulhas e seringas descartáveis, pomada de guaçatonga (usuários de crack), materiais de informação e comunicação
- Aplicar o protocolo de prevenção de acidentes com material biológico (PEP) sexual e ocupacional
- Realizar aconselhamento para a população em geral, especialmente, as mais vulneráveis e realizar exames de sintomáticos, considerando as abordagens sindrômica e/ou etiológica e captar os assintomáticos
- Realizar busca de parceiros sexuais
- Efetivar a coleta de sangue para sífilis, HIV e hepatites virais, ofertada por qualquer membro da equipe
- Realizar e/ou encaminhar para exames laboratoriais complementares
- Ofertar tratamento imediato para as DST
- Tratar as complicações em DST/HIV, de acordo com o nível de complexidade e/ou realizar encaminhamentos dos casos não passíveis de resolução nesse nível ou elegíveis para os serviços especializados de referência regional
- Após um resultado positivo, no aconselhamento pós-teste HIV, dar ênfase ao apoio psicológico antes do encaminhamento para o serviço de referência. Esse deve ser





acompanhado de relatório de avaliações clínica, laboratorial, psicológica e social, quando houver os profissionais capacitados para essas ações, com utilização do formulário de referência e contra-referência, devidamente preenchido

- Acompanhar o tratamento das PVHIV, quando atendidas em serviço de referência fora do município (desenvolver ações que estimulem a adesão ao tratamento)
- Realizar atendimento individual e/ou em grupo para populações consideradas mais vulneráveis às DST/HIV
- Ofertar teste anti-HIV para a população em geral, especialmente para gestantes, pessoas com DST, usuários de drogas, pessoas com tuberculose e populações com exposição sexual de risco acrescido (sexo comercial, HSH, populações privadas de liberdade)
- Estabelecer parcerias com OG e OSC que possibilitem ampliar a abrangência da ação de prevenção com populações mais difíceis de ser acessadas
- Realizar busca de faltosos ao tratamento
- Sintonizar as ações locais do SAE/CR e a maternidade, monitorando o atendimento realizado (parto e puerpério) para garantia da assistência adequada à prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis
- Articular e garantir o acesso a bens e serviços garantidos por Lei
- Monitorar comportamento familiar para garantia da assistência adequada à criança
- Realizar consultas intercaladas para monitoramento da assistência realizada em serviço de referência especializado, fora do município, às crianças expostas ao HIV

### **Centro de Referência**

- Receber os usuários encaminhados pelas UBS;
- Realizar consultas e exames necessários, conforme protocolo;
- Realizar diagnóstico sorológico, imunológico;
- Realizar exames laboratoriais complementares;
- Tratar os pacientes conforme protocolo;
- Realizar acompanhamento clínico durante o tratamento;
- Avaliar e notificar as reações adversas;
- Notificar os casos suspeitos;
- Registrar todos os procedimentos realizados no prontuário e encaminhar as informações à equipe da UBS para acompanhamento do paciente.
- Hospital (internação – clínico)
- Receber os usuários encaminhados pelo centro de referência para tratamento;
- Realizar internações para os usuários que forem encaminhados pelas UBS/ESF e centro de referência;



- Encaminhar o usuário após o tratamento a UBS para acompanhamento com as orientações necessárias;
- Realizar internações para os usuários que apresentarem intercorrências clínicas

### **Hospital (internação – clínico)**

- Receber os usuários encaminhados pelo centro de referência para tratamento;
- Realizar internações para os usuários que forem encaminhados pelas UBS/ESF e centro de referência;
- Encaminhar o usuário após o tratamento a UBS para acompanhamento com as orientações necessárias;
- Realizar internações para os usuários que apresentarem intercorrências clínicas

### **b. Os sistemas logísticos:**

São soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação e consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, ou seja, registro eletrônico em saúde, as centrais de regulação, e os sistemas de transporte sanitários.

### **c. Os sistemas de apoio são constituídos por:**

Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico,

- Laboratório, imagem, patologia clínica, entre outras. Para garantir a oferta desses serviços em uma rede de saúde, significa diagnosticar precocemente uma doença, permitindo um tratamento mais eficaz. Um exemplo é o diagnóstico precoce do HIV, em fase assintomática; o diagnóstico da sífilis em gestante com tratamento oportuno e possibilidade de evitar a sífilis congênita; entre outros.

Assistência farmacêutica

- Envolve a organização dessa assistência em todos os seus ciclos (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos).
- As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) são os estabelecimentos de saúde, que realizam gestão e dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia (TARV), bem como seu acompanhamento e monitoramento, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos ARV, ou produtos estratégicos para as DST/AIDS, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos), dentre outros.



#### Sistema de apoio do Hemocentro

- Banco de Sangue tem estabelecido parceria e desenvolvimento de estratégias conjuntas para triagem do HIV e sífilis e busca consentida dos doadores.

#### Teleassistência – Telessaúde:

- Oferece as equipes da Atenção Básica, orientações à distância para os profissionais de saúde que estão em contato direto com o paciente, conforme as situações do dia-a-dia.

#### Sistemas de informação em saúde:

- São sistemas que devem ser alimentados, pois fornecem informações importantes para avaliação da situação epidemiológica e para tomada de decisões.
- Os mais utilizados para a avaliação das ações de DST/AIDS e IST são o SINAN, SICLOM, SISCEL, SIMC, SINASC, SIM, SI-CTA; SIS-PRENATAL, SISGENO, GAL, SISMEDEX, mas outros ainda compõe os sistemas de informações em saúde do SUS, como por exemplo aqueles a partir do banco de dados do SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde); do DATASUS que disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

### d. Regulação

No campo da saúde o conceito de regulação mais utilizado refere-se à regulação do acesso dos usuários aos serviços. Esse tipo de regulação trata dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas e necessidades da população com as ofertas do sistema de saúde. Nesse aspecto destacam-se vários componentes, tais como: fluxos assistenciais, rede de serviços, centrais de regulação, protocolos de acesso, protocolos clínicos, dentre outros.

No estudo produzido por Oliveira e Elias, destacam-se quatro ideias fundamentais no que diz respeito a regulação: controle, equilíbrio, adaptação e direção. As ideias de controle e equilíbrio correspondem mais ao componente técnico, ao passo que direção e adaptação referem-se ao componente político da regulação. A regulação está vinculada a uma ampla gama de ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. Considerando essas quatro ações, é possível verificar que grande parte dos debates realizados nesse âmbito no SUS estão fortemente relacionados ao controle dos usuários ao acesso aos serviços.

Para Santos e Merhy, o ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde, produzem



amplos debates, existindo compreensões distintas do tema, que também sofrem variações ao longo dos anos e do entendimento dos diferentes atores sociais em questão.

Outro aspecto que deve ser considerado nessa discussão diz respeito a Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM nº 1.559 de 1 de agosto de 2008 que ao definir a regulação em três eixos: regulação sobre sistemas, regulação da atenção e regulação do acesso, além de instituir os complexos reguladores, fortaleceu a ideia de uma estrutura central na gestão, com características de uma área meio, e favoreceu a centralização e a externalidade em relação à produção do cuidado. Apesar disso, favoreceu que os municípios brasileiros organizassem suas ações de regulação, oferecendo a eles diretrizes estruturais. Ainda assim, atualmente, se faz necessário considerar outros aspectos no que tange o campo da regulação em saúde.

É necessário reconhecer, por exemplo, que os mecanismos de regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e deles participam todos os atores (usuários, trabalhadores e gestores) de saúde que de alguma forma operam esse acesso. A regulação do acesso a assistência à saúde deve ser entendida como um dispositivo potencialmente articulador da rede de serviços, singularizando as demandas e dando transparência a utilização do recurso público.

A integralidade do cuidado é responsabilidade de todos os pontos de atenção da rede de saúde, neste sentido a regulação assistencial busca promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada. Um serviço de saúde não conseguirá sozinho resolver as demandas que lhe chegam e necessariamente terá que contar com outros serviços de saúde, bem como com outras redes, de fora e de dentro do município, que se articulem com o setor saúde.

A regulação do acesso necessita firmar um desenho de rede com pactuações bem estabelecidas, contemplando os diversos atores e acordos possíveis (considerando os recursos disponíveis), de forma a estabelecer os perfis e as referências de cada serviço que a compoem, dentro de um determinado território. Os diversos equipamentos e serviços que compoem uma rede de saúde, devem funcionar como pontos complementares e seu acionamento deverá se dar de acordo com os casos atendidos e demandados; garantindo, com isso, que os serviços não funcionem de forma isolada e responsabilizando-se conjuntamente pela produção do cuidado integral. Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compoem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

Diante disso é possível destacar que muitas são as disputas em jogo no processo de regulação. É preciso reconhecer que discussões coletivas possibilitam uma regulação mais viva e conseqüentemente uma regulação mais próxima da produção do cuidado. É preciso fazer combinados e acompanhar seus desdobramentos. A regulação é uma área que traz ao debate a necessidade de reconhecermos que todas as ações realizadas no campo da



saúde são agenciadas por diversos interesses de ordem pública e privada. Regular é um ato complexo e assim deve ser tratada.

Ações da regulação assistencial:

- Mapeamento dos recursos existentes;
- A pactuação de fluxos e protocolos;
- Priorização de riscos;
- O controle e priorização dos leitos disponíveis e agendas ambulatoriais;
- A padronização dos mecanismos de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas;
- O fornecimento de subsídios para o planejamento
- Organização e regulação do transporte sanitário

“Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.” Decreto n 7508, de 28 de junho de 2011.

Com a rede de cuidados em IST/AIDS estamos falando de:

- Cuidado multiprofissional
- Atenção contínua e integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas.
- Compartilhamento de objetivos e compromissos focam-se no ciclo completo da atenção a uma condição de saúde.
- Relações horizontais entre os pontos de atenção, todos os pontos são igualmente importantes.

Para estabelecer a rede de cuidados em IST/AIDS é preciso:

- Articular os pontos de atenção (primária, secundária, terciária, sistemas de apoio e logístico)
- Definir as atribuições de cada ponto de atenção
- Construir a Linha de Cuidado em IST/AIDS com fluxos e protocolos de cuidado
- Estabelecer fluxos entre os serviços de saúde

## Referencias:

Brasil. Ministerio da Saude. Portaria GM/MS n. 4279. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saude (SUS). Diário Oficial da



União 2010 dez. Disponível em [bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria n. 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

LIMA, LD et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: Giovanela, LG et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Ed. Revisada e Ampliada. Editora Fiocruz, 2012.

BRASIL.. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Decreto 7508. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei no 8.080.

BRASIL. Redes integradas de saúde. 2013. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21125](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21125)

BRASIL. Redes de Atenção à Saúde. RAS. 2013. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1)

BRASIL. Redes Temáticas. 2013. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=41371&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=41371&janela=1)

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 201

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 48, 4 de agosto de 2008.

OLIVEIRA, R.R.de e ELIAS, P.E.M. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online].2012, vol.46, n.3, pp.571-576. ISSN 0034-8910.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000300020>.

SANTOS, F.P, MERHY, EE. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro: uma revisão. *Interface Comun Saúde Educ* 2006; 10:25-41.

Tiago Feitosa1 . O Potencial Articulador da Regulação em Saúde: O Caso do Recife. 2014. Projeto de Pesquisa de Doutorado em Saúde Pública - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife-PE, Brasil



## 5. O cuidado em IST/HIV/AIDS

---

O Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo na perspectiva de ampliar o acesso as PVHA e de IST à saúde, durante muitos anos priorizou o investimento em uma rede de serviços descentralizada, apoiando tecnicamente e financeiramente os municípios na implantação/implementação das diversas modalidades de serviços e com a capacitação dos recursos humanos com a finalidade, entre outras, de aprimorar o sistema de referência e contra referência no Estado de São Paulo e a prestação de um serviço de assistência especializada de qualidade.

Com a rede de assistência estruturada e devido a complexidade da atenção à saúde das PVHA, as preocupações voltaram-se para o estabelecimento de diretrizes orientadoras na integralidade das ações e do cuidado.

O cuidado é um somatório de decisões que se utiliza de tecnologias e duras, de arduação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente. Portanto o CUIDADO:

- Pressupõe a abordagem integral do processo saúde/doença.
- Exige saberes e tecnologias de vários campos do conhecimento.
- Pressupõe a participação integrada de diferentes profissionais.
- Considera o usuário como sujeito social e como sujeito de seu próprio processo terapêutico.
- Valoriza a participação social.

O cuidado ofertado por um sistema de saúde guarda relação com a qualidade das práticas profissionais que aí se desenvolvem, a organização interna dos serviços de saúde e a organização da rede.

As PVHA têm múltiplas e singulares necessidades de saúde expressas e vividas que deverá ser sempre o foco, o objeto, a razão de ser, de cada serviço de saúde e do “sistema” de saúde.

Para diferentes pessoas em diferentes momentos há necessidades diferentes de vínculos, do consumo de determinadas tecnologias de saúde, de construção da autonomia no modo de andar a vida. O que deve corresponder a um conjunto de práticas, habilidades e saberes que são articulados pelos profissionais de saúde na oferta de cuidados a esses usuários.

Estas práticas, saberes e habilidades incluem o estabelecimento de vínculos, a responsabilização pelo usuário, o acolhimento e escuta, o emprego de conhecimentos específicos de cada profissão, a indicação adequada da realização de exames e procedimentos, sem uma supremacia de uma ou outra tecnologia, por definição.

Para o cuidado integral com o paciente ser viabilizado depende, por um lado, de uma abordagem em cada ponto de atenção que considerasse o conjunto de suas necessidades e

riscos. E, por outro lado, da articulação pactuada entre profissionais de diferentes pontos de atenção ou em diferentes setores em um mesmo ponto.

Podemos citar como exemplo a trajetória de uma gestante usuária de crack, que durante o pré-natal é diagnosticado com HIV, a depender das suas necessidades para garantir o acesso para a oferta de atenção contínua e integral, pode-se construir um PTS somente com a equipe do SAE ou um PTS compartilhado com o SAE, Atenção Básica e outros pontos de atenção como o consultório na rua, a maternidade.

Inúmeros dispositivos e instrumentos, têm sido institucionalizados e incorporados às políticas de saúde por seu potencial em impactar a qualidade do cuidado, considerando a efetividade, a continuidade e o acesso como os parâmetros essenciais.

## 5.1. Linha de cuidado

A organização da atenção a partir da definição das Linhas de Cuidado (LC) é uma forma de articular recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas e tem como elemento estruturante a atenção integral, o cuidado centrado no usuário e em suas necessidades por meio de projetos terapêuticos singulares.

Portanto, as linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos sistemas de apoio.

As linhas de cuidado desenham o itinerário terapêutico dos usuários na rede, fornecem uma referência para prever um conjunto mínimo de atividades e procedimentos necessários e estimar seus custos.

## 5.2. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

Estabelecem os critérios de diagnóstico de doenças, o algoritmo de tratamento e os mecanismos para o monitoramento clínico em relação à efetividade do tratamento e a supervisão de possíveis efeitos adversos





## 5.3. Dispositivos para produzir um cuidado mais longitudinal, contínuo e em rede:

### 1. Acesso

O cuidado deve ser acessível, efetivo, eficiente, seguro e aceitável. Sendo os elementos essenciais na acessibilidade:

Horário de disponibilidade do serviço: deve manter o funcionamento do serviço o maior tempo possível. Além disso, o serviço deve se articular com outras unidades de saúde de funcionamento contínuo (pronto atendimento, pronto socorro, hospitais), objetivando garantir o atendimento, caso haja necessidade, nos horários em que o serviço se encontra fechado

Facilidade da marcação de consulta e do tempo de espera pela mesma: O agendamento das consultas e atendimentos com hora marcada para cada paciente é uma forma de evitar longos períodos de espera e mostra respeito com o usuário. Avisar, sempre que possível, os pacientes agendados quando se souber previamente da ausência de um profissional fortalece a comunicação respeitosa serviço-usuário. Essa manifestação de cuidado contribui e indica ao usuário fazer o mesmo quando necessitar faltar a algum atendimento agendado.

Locais de dispensação de antirretrovirais: preferencialmente que as UDM estejam no SAE, na impossibilidade por ser local diferente de dispensação, é fundamental e contínuo contato entre as gerências para garantir a disponibilidade adequada e a prontidão da dispensação.

Coleta de exames: a disponibilidade dos exames, bem como a devolução de resultados em tempo oportuno para apoiar a decisão clínica, deve ser assegurada de acordo com a rede de serviços da região

Acessibilidade ao transporte público

Instalações para portadores de deficiências

Ausência de barreiras linguísticas e outras barreiras culturais

### 2. Acolhimento:

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização,



orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir o sucesso desses encaminhamentos”. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf).

Tem como objetivos:

- Facilitar o acesso dos usuários ao serviço.
- Humanizar as relações interpessoais.
- Desenvolver abordagem integral.
- Aperfeiçoar o trabalho em equipe – compartilhar saberes.
- Aumentar a responsabilização dos profissionais de saúde.
- Operacionalizar uma clínica ampliada.
- Melhorar a qualidade da assistência prestada.

Implicações do acolhimento como diretriz operacional:

- Universalidade de acesso.
- Foco no sujeito e suas necessidades.
- Fazer avaliação de risco – potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.
- Considerar conjuntamente a dimensão espacial e a ação de triagem com encaminhamentos.
- Reorganização do processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional.
- Mudanças estruturais na forma de gestão – espaços democráticos.
- Postura de escuta qualificada com resolutividade.

O Acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada para tornar-se um dispositivo essencial nos processos de produção de saúde. Técnicas :

- Escuta acurada dos motivos de procura do serviço;
- Orientação sobre tecnologias e recursos ofertados no serviço;
- Análise e intermediação dos recursos comunitários e interinstitucionais (integrar redes formais e informais);
- Discussões da equipe para reorientação do trabalho;
- Utilização de protocolos com condutas específicas.
- Construção da relação profissional/paciente:
- Apoio emocional - ter atitude isenta de julgamento. Respeitar valores, crenças, preferências sexuais e situação de vida do paciente.
- Apoio educativo
- Acolher sentimentos como: medo, culpa, indiferença, depressão
- Atitudes importantes do profissional:



- Envolvimento e compromisso com o outro.
- Perceber o sujeito como um ser integral.
- Conduta isenta de julgamento, preconceito e discriminação.
- Ser empático.
- Ter postura facilitadora para desenvolver vínculos positivos.
- Habilidade para trabalhar em equipe = saberes complementares.
- Atualização técnica.
- Elaboração e manejo do sofrimento.
- Princípios da Bioética: da autonomia, da beneficência e da equidade.
- Conhecer rede de serviços no sistema de encaminhamento de usuários a serviços especializados.
- O acolhimento é um momento estratégico para a vinculação, pois é o início da construção da relação do usuário com o serviço. É um momento que é importante situar a pessoa no serviço (o que oferece, qual o fluxo, como acessa o que está disponível), reafirmar o caráter sigiloso do atendimento, além de ouvir a demanda, explorar as necessidades de saúde do usuário e realizar os encaminhamentos internos e para outros recursos na rede de saúde e comunidade ( oferecer soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis).

### 3. Aconselhamento

O aconselhamento em IST/HIV é uma abordagem onde o usuário é estimulado a expressar o que sabe, pensa e sente acerca das DST/AIDS e o profissional de saúde, ao escutá-lo pode contribuir para a avaliação de suas vulnerabilidades e para a identificação de medidas preventivas, segundo as possibilidades e limites de cada pessoa em atendimento.

Tem como objetivo conhecer e compreender os modos de vida, as concepções e necessidades do usuário relacionadas às DST/AIDS, possibilitando a percepção dos riscos e vulnerabilidades; identificando medidas preventivas viáveis no contexto de vida de cada usuário; reduzindo o impacto do diagnóstico positivo e o estresse na convivência com o HIV e a AIDS. Facilitar a comunicação do diagnóstico para a parceria (s) sexual (is) e parceria(s) de uso de drogas injetáveis e estimular o diagnóstico destes; auxiliar o usuário e suas parcerias no processo de adesão ao tratamento; contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV.

Espera-se com o aconselhamento uma maior percepção e conhecimento sobre determinada situação da vida, riscos para a saúde. Aumento das capacidades de cuidado em determinada situação e que o usuário seja capaz de escolher entre as alternativas de prevenção e cuidado mais viáveis, testá-las, reavaliá-las e as vezes conviver com o que



não se pode mudar. O profissional de saúde deve ter: Habilidades de comunicação, livre de juízo de valor; sensibilidade às questões sócio-culturais e emocionais; sensibilidade às demandas singulares de cada usuário; conhecimento técnico; ausência de coerção; capacidade de focar nas situações de risco para as DST e capacidade para definir em conjunto com o usuário práticas de prevenção.

No acolhimento deve-se: Situar a pessoa no serviço, reafirmar o caráter sigiloso do atendimento, verificar histórico anterior de testagem, identificar o motivo da testagem, respeitar valores, crenças, práticas sexuais e de uso de drogas, situação de vida do usuário e acolher sentimentos emergentes no processo diagnóstico como medo, culpa, ansiedade, indiferença.

Componentes do aconselhamento:

- Educativo: Permite o estabelecimento de vínculo, a troca de informações sobre o teste, a doença, formas de transmissão, prevenção, diagnóstico e tratamento. Identifica as preocupações e necessidades do indivíduo. Devem-se responder as perguntas do usuário como O que é HIV, AIDS, Sífilis; quais são as principais IST, seus sinais e sintomas; como se transmite, como se previnem; se tem cura; como é realizada a testagem(fluxo e método) e o que significa os resultados do testes.
- Apoio Emocional: Auxilia o usuário a lidar com os problemas emocionais relacionados às IST/AIDS. Verificar o impacto da testagem e o diagnóstico
- Avaliação das vulnerabilidades e risco: Busca desenvolver a capacidade pessoal do usuário para compreensão de suas vulnerabilidades e riscos para as IST/AIDS.
- Identificação das possibilidades e limites para o enfrentamento e redução das vulnerabilidades: Favorece a escolha do usuário sobre as opções de prevenção mais convenientes para si. Monitora os sucessos e fracassos até a melhor construção de capacidades
- Apoio nas escolhas e decisões.

O aconselhamento é um tema transversal. É uma estratégia de prevenção e de cuidado que deve estar presente na assistência às DST/AIDS.

#### 4. Atenção Centrada na Pessoa e na Família

A atenção centrada na pessoa e na família baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (usuário, família, parceiro e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde prestada. A incorporação desse conceito possibilita aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, a família, o parceiro e o usuário, com relação de respeito, confiança e empatia, com evidência de maior adesão ao tratamento e melhores resultados



## 5. Gestão do cuidado:

Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do paciente. Para isso é necessário:

- Planejamento de recursos:
- Instalação do SAE com possibilidade de acesso geográfico e com boas condições de biossegurança para os profissionais e usuários. A assistência à saúde aos que vivem com em HIV/AIDS exige capacidade instalada de recursos humanos, materiais e físicos específicos e custosos. Estes recursos devem ser distribuídos da forma mais eficiente possível, o que implica submeter a descentralização à possibilidade de capacidade instalada. Enquanto a descentralização atende à necessidade de prover atenção mais próxima dos usuários, a capacidade instalada atende à necessidade de qualidade. Ambos os valores devem ser balanceados para que seja admissível apenas em casos excepcionais e temporários sacrificar a qualidade em favor da proximidade do serviço ao usuário.
- Organização da força de trabalho:
- Sabe-se que o tempo de experiência na assistência em AIDS está associado à qualidade técnica do cuidado (maior de 5 anos).
- Composta por equipes multiprofissionais habilitadas compostas por médicos infectologistas e/ou clínicos treinados, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, farmacêuticos e técnicos de enfermagem. Esta equipe acrescida de ginecologistas e pediatras – onde a demanda assim o indicar - deve ser entendida como a equipe mínima a ser constituída para atender as necessidades de assistência a PVHA.
- Valoriza-se a diversidade de profissionais na equipe, exigindo-se maior grau de dedicação (ou exclusividade), por categoria, conforme aumente o número de pacientes acompanhados pelo serviço.
- O tempo que cada profissional deve dedicar exclusivamente para a atenção a PVHA dependerá do número de usuários em acompanhamento e do arranjo organizacional do serviço
- A coordenação técnica da assistência deve ser conduzida por profissional com formação técnica e experiência na área de atenção a PVHA e com formação em gerência, preferencialmente por meio de especialização em saúde pública e/ou administração em saúde.



- Disponibilizar prontamente todos os medicamentos necessários para a profilaxia e tratamento das infecções oportunistas.
- Assegurar disponibilidade imediata dos medicamentos ARV
- Manter estreita e contínua articulação do serviço ambulatorial com a rede de cuidados para PVHA, incluindo as modalidades assistenciais para PVHA
- Garantir fluxo regular de encaminhamento para as especialidades médicas mais frequentemente necessárias, bem como para atendimento de serviço social e psicologia quando o serviço não conta com estes profissionais.
- A realização de exames complementares exige indicação correta e oportuna, bem como a manutenção de tempos adequados de espera dos resultados. A observação destas condições é de responsabilidade conjunta dos médicos e da gerência.
  1. Adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas.
  2. Correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.

## 6. Gestão da Clínica:

É o conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, Institute of Medicine, 2001:

- Centrada nas pessoas;
- Efetiva, estruturada com base em evidências científicas;
- Segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde;
- Eficiente, provida com os custos ótimos;
- Oportuna, prestada no tempo certo;
- Equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e
- Ofertada de forma humanizada

A qualidade de um serviço de atenção teria três componentes em sua determinação:

- Excelência técnico-científica - "fazer a coisa certa de modo certo" - utilização das diretrizes clínicas (Guidelines, PCDT, Protocolos clínicos)
- Qualidade da relação entre profissionais e pacientes - acolhimento
- Aspectos de organização e distribuição de recursos.

As tecnologias da Gestão da clínica segundo Mendes (2007) e Portela e Martins (2008), seriam:

(1) gestão de casos: Projeto Terapêutico Singular

(2) gestão de patologia; envolve o uso de intervenções clínicas, educacionais e gerenciais relativas a uma determinada condição ou doença, visando à adoção de práticas



calcadas em evidências científicas, menor variabilidade de condutas e maior racionalidade no uso de recursos, centrada na AIDS.

(3) adoção de diretrizes clínicas, para que a equipe responsável pelo caso realize uma avaliação adequada é necessário:

- Reconhecer, mensurar e avaliar os diferentes riscos e necessidades (singularidade) da PVHIV.
- Elaborar diretrizes para o cuidado que seja compatível com as necessidades e os riscos reconhecidos, mensurados e avaliados.
- Responsabilizar-se pelo cuidado contínuo

O monitoramento de indicadores de processo e resultado, ajuda a dar sustentabilidade ao processo de gestão da clínica como ferramenta de avaliação da efetividade da assistência, considerando os elementos que estruturam o cuidado (risco/necessidade; organização do cuidado e responsabilização das equipes). Sua utilização permite verificar inadequações nas práticas, o alcance de mudanças propostas para os processos de trabalho e a obtenção de melhores resultados.

## 7. Avaliação de Risco (Estratificação de risco)

A estratificação ou avaliação de risco é o processo por meio do qual se identificam os grupos ou estratos de risco relacionados a uma determinada condição de saúde, considerando a severidade da condição e a capacidade de autocuidado, permitindo estabelecer um manejo clínico diferenciado, de acordo com o estrato de risco.

A estratificação de risco depende da severidade da condição de saúde (gravidade, fatores de risco e complicações) e da capacidade de autocuidado (conhecimento e crenças sobre a condição de saúde, atitudes, confiança e motivação frente às mudanças, importância dada à condição, presença e força das redes de suporte social e familiar).

Por meio da avaliação clínica podem ser identificados indicativos de alto risco, de médio risco ou a necessidade de exames laboratoriais.

Com base na estratificação de risco e definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o usuário, conforme referência e/ou matriciamento, para utilização dos recursos necessários ao atendimento a sua necessidade na rede de serviços.

Mendes et al. (2008) apontam que o protocolo de classificação de risco pode funcionar como uma poderosa ferramenta de comunicação, coresponsabilização e regulação da rede de urgência e emergência, no sentido de definir papéis, estrutura de regulação e fluxos do paciente nesta rede, e compartilhamento de regras com as estruturas de logística (regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e prontuário eletrônico).



## 8. Risco e vulnerabilidade

### Risco

É a probabilidade que indivíduos ou grupo de pessoas têm de adquirirem alguma doença. É um conceito muito útil na epidemiologia, pois permite a quantificação das chances de adoecimento desses indivíduos ou grupos e, assim, a elaboração de ações ou intervenções que reduzam essas chances. No caso do HIV, por exemplo, podemos dizer que todas as pessoas que compartilham seringas quando usam drogas injetáveis ou que têm relações sexuais sem camisinha correm o risco de se infectar pelo HIV.

Existem fatores de risco relacionados:

- Aos indivíduos, seus hábitos e estilos de vida (que não são escolhas individuais);
- Ao ambiente e condições em que vivem e trabalham; e
- Fatores de risco vinculados à utilização dos serviços de saúde, derivados dos processos de trabalho, da utilização de determinadas tecnologias e da constituição de certos ambientes e estruturas nos serviços de saúde.

A consideração destes fatores de risco tem possibilitado a elaboração de políticas de prevenção clínica de determinados agravos, como a Profilaxia pós exposição (PEP) ou de utilização de dispositivos de classificação do risco como forma de organizar a prioridade e a definição do ambiente adequado.

Apesar da grande importância deste conceito para compreendermos a epidemia de AIDS e muitas outras doenças, é preciso levar em consideração que nem todas as pessoas dispõem das mesmas possibilidades e condições de se proteger de todos os riscos de adoecimento que existem. Muitas vezes, as pessoas vivem situações de risco que independem de sua vontade. Portanto devemos considerar a vulnerabilidade.

### Vulnerabilidade

É a interação de fatores individuais e coletivos que fazem com que diferentes pessoas e grupos estejam mais ou menos suscetíveis a infecções e adoecimentos, uma vez que dispõem de maiores ou menores possibilidades de se proteger ou se prevenir.

No caso do HIV e das outras IST, por exemplo, dificuldades econômicas podem impedir o acesso de algumas pessoas ao preservativo e aos serviços de saúde, o que aumentará as chances dessas pessoas terem mais relações sexuais desprotegidas do que aquelas que conseguem comprar os preservativos. Outras situações que determinam diferentes vulnerabilidades entre as pessoas são o acesso a ações e serviços de educação, a idade, o gênero, o acesso aos meios de informação, entre outros.

Quando atuamos na perspectiva da vulnerabilidade estamos não apenas identificando as situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se expor às IST, ao HIV ou de fazer uso de drogas, mas sim, procurando compreender os diferentes





contextos de vida e contribuir para que cada pessoa perceba as chances que têm de se infectar ou se proteger.

Para melhor compreender os diferentes contextos de vulnerabilidade existentes, podemos analisá-la a partir de 3 dimensões: individual, social e programática.

Para diminuir a vulnerabilidade das pessoas é necessário que se considere a maior ou menor possibilidade de ação, compreensão, estabelecimento de redes de apoio e aperfeiçoamento das práticas e de políticas de saúde tanto de prevenção, promoção e assistência relacionados ao HIV/AIDS.

Para saber mais: Capítulo 4 deste manual e manual 2

## 9. Vínculo

Vínculo é a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde em que se promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

## 10. Visita Domiciliar

A visita domiciliar é uma categoria da atenção domiciliar à saúde que prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas. É um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações.

A visita domiciliar é um momento privilegiado para o fortalecimento do vínculo, como um elemento primordial na qualidade do cuidado.

Devem ser identificados os passos que serão seguidos em cada visita e o tempo previsto, o melhor horário e as prioridades definidas no plano terapêutico.

É uma estratégia de abordagem mais complexa e implica em disponibilidade de profissionais capacitados, além de transporte. Uma vantagem dessa ação é permitir o acesso ao ambiente sócio familiar do paciente, oferecendo riqueza de informações sobre as dificuldades do seu contexto de vida e, assim, desvelar possíveis aspectos e vulnerabilidades que dificultam a retenção ou a adesão ao tratamento.

Segundo alguns autores existem modalidades de prestação de cuidados à saúde no domicílio



### 1. Atendimento domiciliar:

Assemelha-se ao atendimento ambulatorial, são atendimentos de curta duração com marcação previa como, por exemplo: consultas profissionais, pequenos procedimentos terapêuticos, exames laboratoriais, outros.

### 2. Assistência domiciliar terapêutica

Corresponde aos serviços prestados em nível domiciliar aos pacientes que já superaram a fase aguda do processo, mas ainda estão em situação clínica delicada, necessitando de atenção constante e de cuidados de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração e programação eletiva

### 3. Internação ou hospitalização domiciliar

É a transferência para o domicílio dos recursos empregados aos cuidados de um paciente em um hospital convencional, em circunstâncias ideais para a continuidade do tratamento, sem perda da qualidade e efetividade.

## 11. Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O Projeto terapêutico singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas não somente no plano biológico, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas.

O PTS:

- Qualifica a atenção
- Facilita a Gestão da equipe interdisciplinar e a Clínica Ampliada
- Facilitar a avaliação e o aprendizado coletivo
- Possibilita o apoio matricial à equipe de referência
- Possibilita uma ação positiva em direção ao paciente, a partir (ou apesar) das diferenças internas e conflitos da equipe

Fases do PTS:

- I. Diagnóstico: atentar-se para os riscos, vulnerabilidade e potencialidades (física, psíquica e social)
- II. Definição de Objetivos a curto, médio e longo prazo, sempre NEGOCIADAS com a PVHIV
- III- Distribuição de tarefas e prazos para a equipe e identifica o profissional de referência
- IV: Coordenação e Negociação: como será feita a negociação das propostas que a equipe pensou
- V- Reavaliação, Limites, Reflexão sobre as transferências e contratransferências (paciente e equipe) Periodicidade de reavaliações do caso



Para saber mais:

Acesse a Cartilha Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular:

[www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10\\_0379\\_final\\_clinica\\_ampliada.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf)

## 12. Equipes de referência e equipes de apoio matricial

A equipe de referência é um arranjo organizacional que busca redefinir o poder de gestão e de condução de casos; em geral, fragmentado entre especialidades e profissões de saúde, concentrando-o em uma Equipe Interdisciplinar, Campo e Núcleo de saberes, que se deve coincidir a unidade de gestão com unidade de produção interdisciplinar.

O conceito de Profissional de Referência é utilizado para a reorganização da estrutura e do funcionamento dos serviços de saúde segundo duas diretrizes básicas: a definição clara de responsabilidade do profissional encarregado da condução de um determinado caso clínico ou sanitário; e ampliar possibilidade de construção de vínculo entre profissional e usuário, possibilitando a coordenação.

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar, de um modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência; tem duas dimensões o suporte assistencial e o técnico-pedagógico. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio. Depende da construção compartilhada do espectro de responsabilidades de cada referência e de cada apoio, bem como do papel de cada unidade de produção e de cada serviço dentro da rede e o funcionamento em rede depende da responsabilidade de cada unidade articular-se em corresponsabilidade sistêmica.

## 13. Equipe multidisciplinar

A simples presença de profissionais de várias categorias não garante o direcionamento do trabalho em equipe no sentido da integralidade. As atividades podem ser realizadas de forma isolada e justaposta, sem articulação e comunicação. Faz-se necessário conectar os diferentes processos de trabalho, o que requer o conhecimento do trabalho do outro, o reconhecimento de sua importância, de forma que essa interação permita a construção de um projeto comum, no que se refere às necessidades de saúde dos usuários (SCHRAIBER, 1999). Segundo Peduzzi (2007), há duas noções sobre equipe: a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A equipe no sentido de agrupamento é caracterizada pela fragmentação, ocorrendo a justaposição das ações e a simples junção dos profissionais, com uma tendência ao distanciamento dos trabalhadores entre si e com o trabalho que executam, incluindo a relação com os usuários. Já a equipe no sentido de integração é caracterizada pela articulação das ações, prevalecendo a prática



comunicativa entre os profissionais e destes com os usuários, na busca do entendimento mútuo e construção de um projeto comum de trabalho.

Franco (2006), referindo-se à forma como as equipes se articulam, afirma que os espaços relacionais que os trabalhadores de saúde abrem entre si, permitem momentos de fala e escuta, vão mediando o processo de trabalho e formando ações assistenciais e redes onde uns encontram potência nos outros. Afirma também que nenhum trabalhador sozinho, consegue ter uma resolutividade para responder às necessidades dos usuários. O trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais é complexo e exige uma grande energia no seu processo, pois articula o saber-fazer de vários profissionais, exigindo uma operacionalização em rede.

A interação da equipe no cotidiano dos serviços é fundamental para que se alcance a integralidade da assistência à saúde, evidenciando-se a importância da comunicação e da articulação das ações. Como afirma Peduzzi (2007), as ações de saúde não se articulam automaticamente, apenas porque a equipe compartilha uma situação comum, com a mesma clientela e no mesmo espaço físico. É necessário o reconhecimento das conexões existentes entre as intervenções realizadas pelos diversos profissionais, o entendimento do papel e das funções de cada um, assim como das responsabilidades dos demais integrantes da equipe.

Trabalhar em equipe não significa abolir as especificidades próprias a cada categoria profissional, pois as diferenças técnicas contribuem para a melhoria da assistência prestada, à medida que permite a introdução de outras abordagens às necessidades que surgem. No entanto, ao mesmo tempo que os profissionais realizam atividades específicas, também executam atividades comuns, independentemente dos campos de atuação, como a recepção, o acolhimento, as atividades grupais, entre outras.

Para Peduzzi (2007, p. 168), “a prática comunicativa pode-se constituir como princípio organizador do trabalho em equipe e promover a integração da equipe e a recomposição dos trabalhos especializados”. Assim, os mecanismos de articulação e acompanhamento da equipe podem representar espaços de negociação e de reflexão, criados para favorecer a interação entre os profissionais e possibilitar a discussão sobre a dinâmica cotidiana do trabalho.

Peduzzi (2001) afirma que a comunicação entre os profissionais, por meio da linguagem, é o denominador comum do trabalho em equipe, favorecendo a articulação das ações, a integração dos saberes e a interação entre os profissionais. Sinaliza, entretanto, que a comunicação pode ocorrer de três formas. Na primeira, a comunicação não é exercida, ou ocorre apenas como recurso de instrumentalização da técnica. Na segunda, apesar de haver certa forma de comunicação, esta é estritamente de caráter pessoal. E na terceira, a comunicação é praticada como dimensão intrínseca ao trabalho de equipe, destacando-se a construção de um projeto assistencial comum, elaborado a partir da execução de intervenção técnica e da comunicação entre os profissionais. Nos serviços estudados, esta



comunicação ainda se faz de forma incipiente, restrita e pessoal, necessitando de uma execução no sentido mais amplo, mais integral.

Como observado por Matos (2009), quando a organização do trabalho ocorre de forma fragmentada e os profissionais realizam parcelas do trabalho sem uma interligação com as 108 demais áreas, surgem dificuldades na oferta de um trabalho mais integrado e de melhor

Segundo Ayres (2009), a sabedoria no cuidar está guardada em encontros sábios, que propiciam um diálogo autêntico entre dois sujeitos. O profissional de saúde tem um conjunto de saberes técnicos e científicos, estando seu papel definido em um trabalho, com regras e finalidades bem delimitadas. O usuário chega de modo diverso, trazendo algum tipo de sofrimento ou preocupação, alguma fragilização e isso faz a diferença. Ele traz ainda saberes não especializado, mas que têm a marca da experiência, da vivência daquilo que é o motivo central do encontro. No entanto, há uma clara assimetria de poder entre os papéis de profissional e de usuário, a este cabendo muitas vezes um lugar de subordinado.

## 14. Busca ativa

A busca ativa é um desafio à saúde pública. A Vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador utilizam a busca ativa como uma atividade de ir atrás do indivíduo para a identificação sintomática de doenças ou agravos de notificação compulsória, como uma forma de identificação precoce dos casos suspeitos e uma rápida confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle.

Na Portaria de nº1399 de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere a competência da união, estados, municípios e distrito federal. Define como uma das atribuições do município a busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratoriais, domiciliares, creches e instituições de ensino, entre outros existentes em seu território, assim como a busca ativa de declaração de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território.

Contudo com os princípios do SUS de institucionalização e a integralidade, a busca ativa passou a ser entendida como um movimento de cartografar as necessidade de saúde além dos agravos de notificação compulsória.

Ayres 2004 – considera busca ativa de projetos de felicidade, o modo como os trabalhadores se engajam ativamente nos projetos existenciais dos usuários e considera este engajamento um elemento crucial para a reconstrução ética, política e técnica do cuidado no SUS, dentro de uma proposta de integralidade das práticas.

No campo da AIDS, a busca ativa é um movimento ativo do serviço de saúde no sentido de resgatar a PVHIV não vinculadas ou não retidas; uma estratégia para a criação



de vínculo do usuário com o serviço de saúde, a partir do conhecimento da sua situação atual de vida, os aspectos do tratamento, a elaboração de intervenções com o objetivo de promoção da saúde e a integralidade da atenção.

O objetivo é trabalhar diretamente com a PVHIV respeitando o seu direito de decisão, do sigilo, da confidencialidade da sua condição de saúde, do acesso a um cuidado integral. Portanto, a busca ativa deve ser estruturada de tal modo que não gere situações de violação e garantam os direitos dos usuários, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos.

O usuário tem o direito de decidir se quer ou não tratar. Porém mesmo que decida por não se tratar, esta escolha deverá ser respeitada pois não confere riscos a quem convive com a pessoa (em relação a gestante existe o risco da transmissão vertical para o bebê e as questões jurídicas são controversas: direito da mulher em não querer se tratar X o direito a saúde da criança).

Porém, mesmo nessas situações o serviço de saúde é responsável em garantir o acesso a um tratamento de qualidade e de trabalhar com a integralidade da saúde. Portanto, os fatores que levam a não vinculação, a não retenção e a não adesão ao tratamento medicamentoso devem ser conhecidos pela equipe, para que elaborem intervenções para trabalhar estes fatores através de projetos terapêuticos singulares.

A busca ativa não é apenas o retorno do paciente ao serviço ou o tratamento com vistas a um controle epidemiológico, mas sim um cuidado integral, tendo como principais objetivos evitar a morbimortalidade e contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Os profissionais de saúde vão lidar tanto com os desafios da busca ativa assim como as demandas decorrentes desta intervenção. Para um atendimento dessas demandas como o uso abusivo de álcool e outras drogas, atendimento familiar e conjugal, rede de apoio de assistência social e inclusão social, entre outros é necessário que se construa mecanismos de referência e articulação da rede.

Os serviços de saúde devem:

- Manter os cadastros atualizados
- Ter mecanismos para identificar a não vinculação, assim como a não retenção (principais sistemas: SIS-CTA, SICLON, SISCEL, SINC, bancos locais)
- Estar articulado em rede para garantir a busca ativa (em parceria com atenção básica, com consultório de rua), assim como as demandas decorrentes desta intervenção (CAPs, assistência social, entre outros).
- Garantir o sigilo, a confidencialidade, o acesso ao tratamento
- Respeitar o direito da escolha de querere ou não se tratar
- Conhecer todos os fatores que o levaram ao abandono (sociais, psicológicas, culturais, individuais, entre outros)
- Ter estratégias de intervenções para evitar novos abandonos.



## 15. Atendimento Coletivo ou em grupo

Os grupos são um dispositivo potente de educação em saúde, trocas entre os usuários e destes com a equipe de saúde, possibilitando a integração e discussões, favorecendo a criação de redes de cuidado para além do grupo.

Essa abordagem deve estimular a reflexão sobre o adoecimento e os fatores envolvidos nesse processo para, a partir disso, estimular formas de autocuidado e mudança de atitude, gerando sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia e, também, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, fortalecendo a aliança terapêutica.

A grande vantagem das intervenções em grupo é o compartilhamento e troca de experiência entre usuários com vivências comuns, que podem propiciar a vinculação e o fortalecimento do apoio social entre pares e com o serviço.

Os grupos podem ser organizados de diversas formas, de acordo com as necessidades da população, respeitando as técnicas para o seu manejo e a sua organização. De acordo com seu formato: número de encontros previstos (carga-horária previamente definida ou não), regularidade (semanal, quinzenal, mensal), aspectos pedagógicos e teórico-metodológicos que norteiam a atividade, característica dos participantes (homogêneos ou não), entre outros. Podem, ainda, ser abertos ou fechados no que se refere à possibilidade ou não de entrada de novos integrantes durante a evolução do grupo.

As dimensões a serem abordadas devem ser adequadas ao objetivo proposto e ao perfil dos usuários. Devem ser privilegiadas abordagens criativas que envolvam a participação coletiva. Por exemplo, a abordagem a adesão em grupo é uma prática que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte, e sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemáticas individuais ou coletivas que estejam prejudicando a adesão ao tratamento, nos quais o tema adesão ao tratamento é abordado, assim como outros temas de interesse.

A intervenção em grupo não é tarefa simples, pois exige definição clara de objetivos, planejamento, preparação dos encontros e atuação competente na facilitação da atividade, tendo em vista os objetivos delineados.

## 16. Autocuidado

O sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo do seu tratamento. Uma atitude de autocuidado que leve a estilos e práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento, não depende apenas de uma prescrição profissional, mas de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas.



O autocuidado não é equivalente à atividade prescritora do profissional de saúde, que diz ao usuário o que ele deve fazer. Significa reconhecer o papel central do usuário em relação a sua saúde, desenvolvendo um sentimento de autorresponsabilidade sanitária e transformando o profissional de saúde em parceiro do usuário. O apoio da família, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde é essencial para que o autocuidado se dê com efetividade.

## 17. Educação permanente (EPS)

Apenas publicar as diretrizes clínicas não é suficiente para a boa gestão da clínica. As diretrizes clínicas são um elemento norteador do que se espera das mudanças de práticas, mas que, sem um processo dialógico com profissionais e usuários, pode significar perda de tempo e recursos.

A EPS enquanto uma ferramenta de gestão que pode ser desenvolvida para além de ações pontuais e contemplando necessidades locais. A prerrogativa da EPS está na construção coletiva das estratégias para soluções relacionadas ao cotidiano de trabalho e otimização dos processos para superação de problemas e proposição de soluções.

Para saber mais sobre EPS: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2016/59116/5\\_passos\\_educacao\\_permanente\\_pdf\\_20982.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2016/59116/5_passos_educacao_permanente_pdf_20982.pdf)

## Referências:

- ALVES, Maria Teresa Seabra Soares de Britto. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e AIDS no Sistema Único de Saúde: a situação no Maranhão. 2003. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, 2009.
- Ayres, J.R.C.M O cuidado, os modelos de ser (do) humano e as práticas de saúde, Saúde e sociedade, São Paulo, v.13, n.3. p.16-29, set-dez, 2004
- MERHY, E.E. et al O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Hucitec, 2003.
- HARTZ,ZMA et al Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” Cad Saúde Pública 2004; 20 (Sup2):331-6.
- GÉRVAS, J ET AL Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros” SEMERGEN 2005; 31(9):418-23
- HOFMARCHER, MM et al Improved Health System Performance Through Better Care Coordination Paris: OECD; 2007
- NÚRNEZ, RT et al La coordinación entre niveles asistenciales: un sistematización de sus instrumentos y medidas Gac Sanit 2006; 20(6):485-95.
- CONCEITO DE LINHA Disponível em <http://conceito.de/linha#ixzz3LOuoOSdl>, , acessado em 02 de dez de 2014.
- CONCEITO DE REDE Disponível em <http://pt.kioskea.net/contents/254-> acessado em 02 de dez de 2014





- FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceitocomo-fazer.pdf>>. Acesso em: 02 de dez de 2014.
- MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec, São Paulo, 2003.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011
- MERHY, EE ET AL O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.
- HARTZ, ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (Sup 2):331-6.).
- MENDES, EV As redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549p.”
- MALTA,DC Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, 2004, vol.9 , n.2, pp.433-444.
- PORTER, M et al. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press. 2006. Appendix B.
- CECILIO,LCO As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 113-126.
- AYRES, José Ricardo C.M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim epidemiológico - C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E. – Ano XV – Nº 3 – Dezembro 1997, São Paulo, pp-2-4*
- AYRES, José Ricardo C.M. et al. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro, ABIA/IMS- UERJ, II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS, 1997
- CAMARGO Jr., K. R. Um Ensaio sobre a (In) Definição de Integralidade. In: PINHEIRO Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003. p. 35-44.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho. 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2001. p. 113-126
- A INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 593, DE 20 DE MAIO DE 2015 Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010a, Seção 1.*



Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, 2010d. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.



## 6. Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde

---

Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Com a aprovação do Caderno de Parâmetros, está sendo proposta uma nova lógica de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, trazendo elementos que embasem estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais.

Tal processo pretende caminhar na direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país

No caderno de Parâmetros em relação às PVIV, são apresentadas as ações, os níveis de atenção e procedimentos relacionados para:

1. Acompanhamento - Abordagem inicial
2. Consulta médica - início tratamento e sequenciamento
3. Rastreamento de neoplasias
4. Prevenção-Imunização
5. Acompanhamento - Atendimento multiprofissional
6. Acompanhamento - Atendimento odontológico

### Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS –Volume 1

### Para saber mais:

Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde



## 7. Organização dos serviços de assistência as IST e HIV

---

O manejo adequado das IST e das doenças delas decorrentes (DST), e do HIV leva em consideração os aspectos biomédicos, sociais e psicológicos e deve valorizá-los com o mesmo grau de importância, embora em determinadas situações possa haver a predominância de um sobre os outros.

A clínica ampliada, proposta pela humanização do SUS, reúne várias qualidades necessárias para dar resposta aos diferentes aspectos a serem considerados no manejo destes agravos, portanto é um objetivo estratégico a ser alcançado. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)

Os ambulatórios que acompanham IST e pessoas vivendo com HIV devem manter estreita e contínua articulação com diferentes pontos da rede do Sistema Único de Saúde de modo a responder com maior resolutividade às demandas apresentadas pelos pacientes.

Os serviços devem se responsabilizar pela referência e contra referência dos seus pacientes para outras modalidades assistenciais, maternidades, ambulatórios de especialidades, unidades de referência para tratamento da coinfeção HIV/Hepatites virais, serviços de saúde mental, urgência e emergência, entre outros.

### 7.1. Gestão dos Serviços Especializados em HIV e IST:

#### 1. Composição de Equipes e Gestão do Trabalho

A gestão do trabalho e a composição de equipes são temas sensíveis para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Existe a necessidade de diversificação e ampliação de possibilidades de composição das equipes com estabelecimento de competências para os profissionais, fortalecendo o trabalho em equipe e o cuidado integral.

##### **Equipe multiprofissional**

A equipe multiprofissional deve ser constituída por todos os profissionais que lidam com IST, DST e HIV, como médico enfermeiro, psicólogo, assistente social, funcionários administrativos, entre outros.

Ações comuns à equipe multiprofissional

- Acolhimento
- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção de material educativo).

- Ações para vinculação, retenção e adesão
- Busca ativa de faltosos
- Treinamento/Matriciamto de profissionais.
- Ações assistenciais individuais e em grupo de acordo com as especificidades;
- Ações específicas individuais

## 1.1. Recepção

O recepcionista é parte integrante de uma equipe de saúde. É a referência inicial do atendimento e, quase sempre, o primeiro contato do usuário. Tem, portanto, grande relevância na formação da imagem positiva ou negativa que este faz do serviço.

É de responsabilidade de a recepção prestar um atendimento inicial, portanto, é essencial que estejam bem informados acerca dos serviços prestados pela instituição para atender com excelência o público que os procuram.

Responde pela organização inicial do atendimento, pela distribuição de prontuários, pelo agendamento e pode colaborar, pela observação, no acolhimento de usuários em situação de risco para IST ou com DST em potencial, que procuram para PEP e PrEP ou PVHIV.

Neste primeiro atendimento deve-se assegurar ao usuário o registro de seu nome social em campo apropriado, independente do nome e sobrenome civil. (Portaria GM nº 1.820, MS de 13/08/2009).

Em todos os atendimentos realizar atualização do cadastro do paciente e formas de contato, levando em conta a permissão de contato e a melhor forma de fazê-lo.

Deve ser realizada, em consonância com as funcionalidades trabalhistas, por profissional com perfil adequado para a função, devidamente treinado e integrado à equipe multidisciplinar.

## 1.2. Atendimento de enfermagem

A consulta de enfermagem permite ao enfermeiro estabelecer os diagnósticos de enfermagem e as intervenções pertinentes

A enfermagem pode e deve participar efetivamente ainda: no acolhimento e aconselhamento; na execução de ações preventivas (como a promoção do uso correto e consistente do preservativo); nas estratégias de convocação das parcerias sexuais em risco; na vigilância dos faltosos a compromissos agendados (análise dos casos de faltosos e na definição das condutas de busca), em especial no seguimento sorológico da sífilis; nas orientações e informações referentes às implicações das IST na gestante; na profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP); na coleta de material para exames, participar



de grupos como o de adesão, discussão de casos com a equipe multidisciplinar, faça orientações sobre o uso de álcool e outras drogas.

Recomenda-se que as atividades do enfermeiro incluam a avaliação de risco de pacientes “extras” ou não agendados, atendimento e avaliação de risco em casos de violência e exposição sexual, orientação sobre o uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos, realização de grupos de adesão e de outros temas específicos, consultas individuais para promoção da adesão, visitas domiciliares, atendimento pré e pós-consulta médica para casos prioritários, orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, atendimento e realização de atividades educativas para a rede social de apoio do paciente (parceiros, familiares etc.), discussão de casos, análise dos casos de faltosos e definição de condutas de busca e construção de projeto terapêutico junto com a equipe multidisciplinar.

São prerrogativas do enfermeiro/a, como consta no parecer do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo publicado em de 2010) <http://inter.coren-sp.gov.br>, a execução de protocolos aprovadas em programas de saúde pública (como é o caso dos fluxogramas para abordagem das IST sintomáticas) apresentada no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, PCDT de 2015 ([http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt\\_ist\\_01\\_2016\\_web\\_pdf\\_99415.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_01_2016_web_pdf_99415.pdf))

As atividades de enfermagem no manejo das DST têm como pressuposto a efetiva implantação da sistematização do atendimento de enfermagem (SAE), conforme dispõe a resolução 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN <http://www.portalcofen.gov.br> e consistem em: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação e avaliação.

### 1.3. Atendimento médico

A assistência para o manejo das IST, DST e HIV obedece aos princípios gerais da propedêutica e da ética médica. Existem, entretanto, peculiaridades, uma vez que se põe em evidência a vida sexual dos indivíduos e, por consequência, o cuidado de ter que lidar com sentimentos de vergonha e medo, com discriminação, com preconceitos sexuais e com os conflitos gerados na vida social, afetiva, conjugal e familiar dos pacientes.

A abordagem de aspectos ligados à compreensão biopsicossocial do paciente melhora a elaboração do diagnóstico e a efetividade da conduta médica.

Na anamnese:

- Vivência do diagnóstico (impacto emocional, expectativas, medos, apoio da rede social e familiar) e nível de conhecimento sobre a doença, história sexual que avalie, pelo menos: as práticas sexuais, o uso de preservativo, as parcerias sexuais (gênero e número) a prevenção de gravidez, o passado de IST e/ou DST



- Questões da vida afetiva, sexual e reprodutiva, como o desejo de ter filhos (paternidade ou maternidade), a relação com o(s) parceiro(s) e novas parcerias.
- Contexto de vida, relações sociais, familiares e no trabalho.
- Situações que podem configurar maior vulnerabilidade individual em relação ao HIV, às IST ou às infecções (oportunistas ou não), tais como hábitos sexuais, situação vacinal e uso de álcool e outras drogas.
- Rotinas e problemas com o uso dos medicamentos.
- Sinais de lipodistrofia.

O exame físico deve compor-se de pelo menos: a inspeção geral de pele, dos anexos e das mucosas, o exame da cavidade oral, a palpação de gânglios, o exame detalhado dos órgãos genitourinários (inclusive da uretra), períneo e ânus e, no caso de pacientes femininas, o exame especular.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0109tecnicas\\_secrecoes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0109tecnicas_secrecoes.pdf)

<http://telelab.AIDS.gov.br/>

Na conduta:

- Discussão sobre IST
- Discussão sobre o significado da infecção pelo HIV e sua evolução, enfatizando o impacto favorável da terapia antirretroviral na sobrevida.
- Orientação sobre exames e tratamento, formas de transmissão e prevenção, considerando as particularidades clínicas e psicossociais de cada usuário.
- Orientação sobre práticas de sexo mais seguro, uso correto do preservativo e concepção/contracepção.
- Orientação de imunizações e/ou quimioprofilaxias.
- Encaminhamento para preenchimento facial e/ou cirurgia plástica dos pacientes com lipodistrofia.
- Discussão sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos. Orientações e promoção de reflexões que reduzam danos.
- Disponibilização de insumos de prevenção (gel, seringas e agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis) e orientação sobre o uso correto dos mesmos.

A coleta de material para exames complementares, se indicados e disponíveis, bem como a execução de testes clínicos adicionais (como a medição de PH e o teste de KOH) deve ser concomitante ao exame físico.

[http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/manual\\_dst\\_tratamento.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf)

Todas as atividades do aconselhamento podem e devem ser incorporadas à consulta médica.

É importante que se tenha uma padronização de procedimentos e condutas diagnósticas e terapêuticas com o objetivo de diminuir o risco de IST, gestações não





desejadas, câncer do trato genital, transmissão vertical do HIV e sífilis e distúrbios do climatério/menopausa, com fluxos de acessos bem definidos.

#### 1.4 Atendimento odontológico

Devem ser incluídos na rotina da propedêutica odontológica: a coleta da história sexual (sexo oral desprotegido), a inspeção completa da cavidade oral, dos lábios e região perioral, com olhar investigativo para possíveis lesões relacionadas com IST, particularmente lesões ulcerativas, lesões em placa, lesões verrucosas ou vegetantes e a palpação da cadeia ganglionar regional.

Na presença de lesões sugestivas, o ideal é que seja pesquisada a etiologia, uma vez que não há fluxograma para a abordagem de lesões orais e o diagnóstico clínico tem baixa especificidade. <http://issuu.com/crtdstAIDSspcrtAIDS/docs/manejodst>

#### 1.5. Atendimento Psicológico

Além de participar da equipe multidisciplinar de aconselhamento, o psicólogo deve ser uma referência interna para situações que possam necessitar de intervenções psicológicas ou de um acolhimento mais específico, como no caso de vítimas de abuso sexual, crianças e adolescentes e pacientes com IST de repetição.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelo psicólogo, destacam-se:

Acolhimento, informação, aconselhamento e desenvolvimento de ações educativas para pessoas que vivem com HIV, parceiros e familiares, por meio de atividades individuais ou em grupo, incluindo psicoterapia e grupos de apoio.

Diagnóstico de transtornos psíquicos ou situações geradoras de sofrimento.

Acompanhamento e apoio psicológico e emocional nas várias etapas do tratamento: descoberta do diagnóstico; introdução da terapia antirretroviral em pacientes assintomáticos; efeitos colaterais; mudanças de esquema terapêutico; desenvolvimento de resistência viral e surgimento de sintomas; dificuldades na adesão ao tratamento. Acompanhamento e apoio psicológico e emocional relacionado à vivência da doença, tais como: situações imaginadas ou vivenciadas de preconceito e discriminação; uso de álcool e de outras drogas; gestação; dificuldades na comunicação do diagnóstico a parceiros ou familiares; dificuldades na retomada da vida afetiva e sexual com parceiro sorodiscordantes ou no estabelecimento de nova parceria; dificuldades na aceitação do uso de preservativos; dificuldades da mãe ou cuidador em revelar o diagnóstico para o filho portador do HIV por transmissão vertical; sexualidade na adolescência, entre outros.

Contribuição com a equipe multidisciplinar na identificação de aspectos subjetivos geradores de estresse decorrentes do atendimento às pessoas vivendo com HIV, propondo alternativas de enfrentamento.



Desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais de saúde com o objetivo de capacitá-los em prevenção e aconselhamento em DST/AIDS.

## 1.6. Atendimento do serviço social

O trabalho do assistente social é fundamental para avaliar as determinações e os impactos da questão social no processo saúde–doença e para buscar estratégias que visem a superação das desigualdades sociais, das várias formas de discriminação e a garantia de acesso aos direitos sociais.

Seu trabalho é organizado a partir das demandas apresentadas pelos usuários e dentre suas atribuições destacam-se:

O acolhimento, o fornecimento de informações, o aconselhamento e o desenvolvimento de atividades educativas para as pessoas que vivem com HIV, parceiros, familiares e comunidade.

A identificação e o suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento.

O desenvolvimento de atividades de orientação e aconselhamento relacionadas:

Ao impacto do diagnóstico na vida afetiva, social e profissional.

Às dificuldades no uso dos medicamentos e na adesão ao tratamento relativo aos desafios do cotidiano e às condições sociais objetivas: situações de vulnerabilidade individual e social como o uso de álcool e de outras drogas, desemprego, desestruturação familiar, entre outras.

À inclusão dos pacientes nas políticas de saúde e assistência social na perspectiva do reconhecimento e da garantia de seus direitos individuais e da promoção da cidadania. A disponibilização aos usuários dos recursos institucionais e comunitários existentes. A atualização em relação a leis municipais, estaduais e federais sobre benefícios sociais que podem ser disponibilizados aos que vivem com HIV.

O estímulo e a participação na construção de redes de referência e contra referência, incluindo as organizações não governamentais.

O desenvolvimento e a contribuição nas atividades de educação permanente dos profissionais de saúde com o objetivo de capacitar para prevenção, diagnóstico e aconselhamento em IST, HIV e hepatites virais.

As visitas domiciliares são atividades importantes a serem utilizadas por assistentes sociais porque favorecem uma melhor compreensão acerca das condições de vida dos usuários, que envolvem a situação de moradia (residência e bairro), as relações familiares e comunitárias. Elas fazem com que o profissional, a partir do conhecimento da realidade do paciente, tenha mais elementos para buscar a ampliação dos direitos sociais que podem ser acessados pelo paciente. As visitas domiciliares não podem ser



utilizadas como meio de verificação de dados fornecidos pelo paciente. Deve-se superar qualquer perspectiva de fiscalização dos modos de vida da população, que também envolvem sua cultura e suas rotinas.

## 1.7. Atendimento Farmacêutico

Além de garantir a padronização dos vários insumos e dos medicamentos pactuados, o farmacêutico reforça e dirime eventuais dúvidas não totalmente esclarecidas quanto à prescrição de medicamentos ou o uso dos insumos e desempenha um papel fundamental na aderência às terapêuticas instituídas.

Orientação individual aos pacientes e suporte à equipe do serviço

Atendimento farmacêutico individual ou em grupo para orientação dos usuários acerca do uso correto de medicamentos, interações, efeitos adversos e sobre a farmacoterapia e uso de álcool e de outras drogas na perspectiva da redução de danos.

Monitoramento das prescrições médicas quanto à adequação das combinações de esquemas terapêuticos, ajustes de doses e horários, interações com alimentos, exames laboratoriais, álcool, drogas e outros medicamentos.

Promoção de reuniões de avaliação e acompanhamento farmacoterapêutico com médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe.

Atualização e treinamento dos profissionais que trabalham na farmácia quanto aos esquemas terapêuticos e às formas de armazenamento e conservação dos medicamentos.

Monitoramento da adesão dos usuários através do controle da retirada de medicamentos.

**Na possibilidade de não haver disponibilidade de algumas categorias profissionais no próprio serviço, o serviço deve assegurar fluxo regular para esses profissionais na rede de atenção à saúde do SUS da região. Nestas situações, recomenda-se que seja adotado um arranjo organizacional que viabilize a participação destes profissionais que estão fora do serviço nas suas reuniões de equipe.**

### Gestão do trabalho

A participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Cuidado. O trabalhador é sujeito e agente transformador de seu ambiente e o trabalho é realizado como um processo de trocas, intercâmbio, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

Os serviços devem oferecer atividades rotineiras que visem à minimização do sofrimento de seus profissionais. Valoriza-se a realização de grupos terapêuticos e/ou atendimento individual com psicólogos ou psiquiatras, supervisões técnicas externas e institucionais e atividades de lazer, integração e relaxamento.



## **Reuniões de equipe:**

As reuniões da equipe devem ser institucionalizadas, ou seja, periódicas e ter horário e espaço exclusivamente definidos para este fim. Este espaço deve ser utilizado para:

- Construção de projetos terapêuticos
- Educação permanente
- Um espaço para identificar os problemas que afligem os profissionais em que sejam discutidos os problemas e dificuldades geradas no ambiente de trabalho e a adoção de medidas que possam ser efetuadas no sentido de atenuar as tensões.

Todos os profissionais devem participar (gerentes e técnicos). . Recomenda-se também a participação de pacientes e/ou de seus representantes.

Estas reuniões permitem:

- Promover a integração entre os diferentes profissionais por meio de um espaço de troca e reconhecimento do trabalho do outro;
- Promover um espaço de aprendizado coletivo de caráter interdisciplinar;
- Homogeneizar a linguagem entre os diferentes profissionais;
- Organizar o trabalho e definir estratégias de atuação;
- Identificar os problemas e dificuldades dos profissionais

## **Ouvidoria e Conselhos gestores**

- O serviço deve contar com sistema próprio de ouvidoria ou ter definido um profissional responsável (preferencialmente o gerente do serviço ou o coordenador da equipe) e um fluxo específico para acolher e encaminhar as demandas dos pacientes.
- Recomenda-se a estruturação de conselhos gestores nos serviços que acompanham pessoas vivendo com HIV. Os serviços devem fomentar a participação dos pacientes no seu cotidiano (na discussão das atividades, dificuldades e encaminhamento de soluções), bem como na elaboração do planejamento, avaliação, fiscalização e controle da execução das políticas e das ações de saúde.

## **Trabalho em rede:**

O trabalho em atenção à saúde é hoje, necessariamente composto por serviços de diferentes configurações e escopos. Todos os serviços da rede de atenção em saúde devem compartilhar o cuidado aos pacientes.

Para os agravos crônicos o compartilhamento entre equipes especializadas e equipes de atenção básica é particularmente importante.

Para isto as atividades que promovam a comunicação e integração entre as equipes são fundamentais, destacando-se as reuniões periódicas para discussão de casos clínicos e construção de projetos terapêuticos singulares para casos mais problemáticos.



A organização rotineira de ações conjuntas com instituições não vinculadas diretamente à saúde e com organizações não governamentais favorece as intervenções do serviço e amplia sua resolutividade.

**Prontuário:**

Cada usuário deve possuir um prontuário único no qual todos os profissionais (médicos e não médicos) registrem seus atendimentos. Este prontuário deve ser arquivado junto aos demais prontuários do serviço, de modo a permitir sua utilização por todos os profissionais dos diversos setores de assistência.

**Notificação:**

O preenchimento das fichas de notificação deve ser feito pelos médicos, que devem preencher todas as informações clínicas e epidemiológicas, incluindo as de categoria de exposição. Outros profissionais de saúde de nível superior, quando capacitados, podem preencher a ficha de notificação a partir das informações registradas no prontuário clínico, porém, é recomendável que o médico revise as informações clínicas.

## 7.2. Infraestrutura e Ambiência

Os SAE devem ter tamanhos e ambiência adequado para atender as PVHIV e atuação assistencial, de educação em saúde, gestão, e de formação, com espaços e insumos para cuidado integral, com ampliação da carteira de serviços, incluindo leito dia, cuidado a urgências e procedimentos ambulatoriais, com conectividade, informatização, preferencialmente com prontuário eletrônico, inter operado com sistemas de informação, regulação e outros níveis assistências.

### Privacidade

O atendimento ao paciente deve ser realizado em espaço seguro e reservado, respeitando sua intimidade, privacidade e dignidade, garantindo a confidencialidade e o sigilo.

### Localização dos serviços

O ideal é que os serviços sejam de fácil acesso. De preferência que a farmácia, coleta, ambulatório, saúde mental etc. encontrem-se no mesmo espaço físico. Além disso, é importante que os profissionais da equipe trabalhem no mesmo setor, para facilitar a troca de informações. Quando isto não for possível, que se tenha referências e contra-referências bem estabelecidas.



## Espaços para atividades e encontros grupais

Grupos de adesão, lipodistrofia, arteterapia, adolescentes, pintura, entre outros, são sempre bem-vindos e incentivam os pacientes a expressarem e compartilharem seus sentimentos

### 2.1. Estrutura física

A estrutura física do ambulatório precisa ser planejada ou adaptada para facilitar o acesso dos usuários, inclusive dos que possuem necessidades especiais, contemplando as normas de acessibilidade (conforme ABNT NBR 9050) e prevenção de acidentes no ambiente de trabalho.

Ressalta-se que o acesso adequado inclui manter o serviço em funcionamento o maior tempo possível e assegurar a retaguarda assistencial aos pacientes nos horários em que a unidade encontra-se fechada. Para tanto faz-se necessário o trabalho em rede, como por exemplo a retaguarda de uma UPA.

Os serviços devem dispor de espaços adequados e compatíveis com as atividades oferecidas, como salas para atendimentos individuais e em grupo, recepção, sala de espera e locais específicos para a dispensação de medicamentos.

### 2.2. Medicamentos, insumos, exames e referências.

#### Exames complementares:

- A coleta de exames deve ser realizada preferencialmente no próprio serviço, desde que sejam respeitadas as condições técnicas e normas de segurança, pois facilita o acesso e o vínculo do paciente com o serviço. Caso não seja possível, deve-se definir o fluxo e garantir a coleta dos exames em outras unidades.
- Deve-se definir o fluxo entre os pontos de atenção para garantir e facilitar o acesso dos pacientes aos serviços de diagnóstico.
- Deve ser assegurada a disponibilidade dos exames, bem como a devolução de resultados em tempo oportuno para apoiar a decisão clínica.

#### Insumos:

O serviço deve assegurar;

- Disponibilidade constante de insumos de prevenção (preservativo masculino



e feminino, gel lubrificante e equipamento para uso de drogas) desvinculando a oferta destes insumos à realização prévia de consultas, procedimentos ou preenchimento de planilhas. Livre acesso (displays, dispensers, caixinhas, etc)

- Disponibilidade de testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites.

## Medicamentos:

O serviço deve assegurar a disponibilização imediata de antirretrovirais e de medicamentos para profilaxia primária e secundária de infecções oportunistas, para o tratamento de outras IST e para os distúrbios metabólicos relacionados ao tratamento antirretroviral.

Os serviços que não tenham estoques rotineiros destes medicamentos, ou naqueles que apresentam eventuais faltas no suprimento rotineiro, deve-se providenciar os medicamentos dentro dos prazos exigidos pela gravidade dos agravos conforme estabelecidos nos protocolos clínicos.

Em relação aos antirretrovirais: A seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos antirretrovirais são de responsabilidade do Ministério da Saúde. A inclusão de dados no SICLOM por parte dos serviços é importante para esta programação

Prioriza-se que os serviços sejam Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) a fim de garantir a disponibilidade imediata e contínua de medicamentos. Caso não tenha UDM, devem-se estabelecer estratégias logísticas para evitar o deslocamento dos pacientes até a unidade de referência.

A aquisição das medicações para DST e Infecções oportunistas foi pactuada na Deliberação CIB – 29, de 22-6-2009 (DO nº115 de 23/06/09 –p. 26) [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2009/iels.jun.09/iels114/E\\_DL-CIB-28\\_220609.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.jun.09/iels114/E_DL-CIB-28_220609.pdf)

Ressalta-se que o serviço de farmácia deve estar disponível durante todo o horário de funcionamento do serviço

## 7.3. Monitoramento e Avaliação

È importante reforçar a importância da prática de monitoramento e avaliação, de caráter não punitivo, de modo a contribuir com a implantação de uma cultura de monitoramento e avaliação, mediante estratégias que fortaleçam e definam atribuições e responsabilidades do gestor e da equipe de saúde no processo, mediante garantia de acesso aos sistemas de informação, em tempo oportuno, com a garantia de integração entre os diversos sistemas de informação, para garantir os necessários subsídios de apoio. Utilizar um conjunto mínimo de indicadores de estrutura, processo e resultados, com periodicidade fixa e flexibilidade, que reflitam os princípios e atributos do SAE (vinculação, retenção e supressão viral).



## Planejamento e monitoramento:

O planejamento das atividades do serviço deve responder às necessidades de saúde locais e regionais. Na sua elaboração devem ser utilizados dados demográficos (do serviço, município e região), além de dados e informações produzidas pelo próprio serviço ou por avaliações e/ou pesquisas. Valoriza-se que a elaboração do plano seja realizada de modo participativo pelos gerentes, pela equipe de profissionais e por representantes de pacientes, considerando o Plano Municipal de Saúde.

Devem-se realizar avaliações periódicas para reprogramação das atividades assistenciais, buscando diferentes fontes de informação, com prioridade para levantamentos junto aos usuários, aos profissionais, dados epidemiológicos e dos serviços.

As avaliações locais devem utilizar diferentes instrumentos e fontes de informação, focalizando principalmente dimensões de estrutura e processo e, sempre que possível, de resultados.

A formulação de indicadores, tais como concentração de atividades, taxas de faltas e abandono, cobertura laboratorial, taxas de transmissão vertical, percentual de pacientes com carga viral abaixo do nível de detecção, entre outros, requer registros de boa qualidade.

Outras estratégias de avaliação são aquelas dirigidas aos próprios usuários, com instrumentos de aplicação individual, por meio de discussões com grupos de usuários e/ou com representantes de organizações não governamentais. Essas avaliações, ao lado de reuniões com profissionais e discussões de casos, devem também subsidiar avaliações do trabalho local.

## 7.4. Formação e Educação Permanente

A educação permanente deve ser fortalecida como atividade integrada baseada na problematização da prática em serviço, garantindo infraestrutura e ambiência adequadas no SAE para a formação profissional, reforçando o elo entre equipe, usuários e instituições de ensino e pesquisa, por meio de cooperação horizontal, baseado no desenvolvimento de competências, potencializando metodologias ativas que contemplem ferramentas de cuidados compartilhados e a perspectiva da educação popular.

Deve-se:

- inserir metodologias problematizadoras voltadas para as necessidades do SUS, identificadas pelos gestores, trabalhadores e usuários, potencializando as formações com foco na multiprofissionalidade, na interdisciplinaridade e na transdisciplinaridade, garantindo componentes curriculares teóricos e práticos que garantam atuação, com vistas a fortalecer a aprendizagem integral, transversal e compartilhada.





- Fortalecer o Telessaúde, como ferramenta para a formação e promoção da Educação Permanente, de modo a ampliar a resolubilidade e redução de encaminhamentos desnecessários aos demais níveis de atenção.

## 7.5. Processo de trabalho

O processo de trabalho deve ter o usuário como a centralidade dos cuidados. É importante que uma mesma equipe/ profissional assista o paciente ao longo de seu acompanhamento na unidade, visando facilitar a formação de um vínculo satisfatório. O ideal é que seja estabelecido um fluxo que permita que este mesmo profissional e/ ou equipe acompanhe ou tenha algum tipo de contato com ele nos diferentes espaços de atendimento da instituição (pronto-socorro, hospital-dia, internação etc).

### 5.1. Acolhimento

Na prática, deve ser entendido como uma oportunidade de escuta, análise, decisão e encaminhamentos (internos e/ou externos), com os objetivos de reduzir a ansiedade da espera, dar maior agilidade ao fluxo de pacientes no serviço e priorizar os casos que necessitem de pronto atendimento (avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades)

Deve ser realizado por profissional de nível superior, devidamente capacitado e com a utilização de protocolos pré-estabelecidos, em ambiente que garanta a privacidade e o sigilo. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)

### 5.2. Aconselhamento

Do ponto de vista conceitual o aconselhamento, no manejo das IST e HIV, é uma “escuta ativa”, que favorece uma relação de confiança capaz de facilitar a auto avaliação dos riscos aos quais os indivíduos se expõem, a buscar e encontrar maneiras realistas de enfrentar os problemas relacionados à condição de portador de IST ou DST e/ou HIV e a tomar decisões compartilhadas.

Do ponto de vista prático, o aconselhamento é um processo que se utiliza de técnicas de entrevistas motivacionais, com o objetivo de facilitar mudanças de comportamento. Portanto, uma atividade que requer, além da formação profissional, capacitação técnica, conhecimentos e habilidades específicas.

São componentes básicos inerentes ao aconselhamento: fornecer mensagens informativas e educativas; dar apoio emocional; avaliar os riscos de infecção; favorecer a aderência ao tratamento; colaborar na redução das reinfecções, das complicações e na quebra da cadeia de transmissão (discutir e participar das estratégias de busca das



parcerias sexuais); demonstrar o uso adequado do preservativo e informar sobre as inter-relações entre o HIV e as demais IST. [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/074\\_01aconselhamento.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/074_01aconselhamento.pdf)

### 5.3. Sala de espera

Devem ser desenvolvidas atividades informativas sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde, o fluxo e a expectativa de duração dos diferentes serviços e atendimentos, bem como programas educativos e informativos quanto às IST, DST e HIV.

Devem ser disponibilizados insumos (preservativos e lubrificantes), material informativo e educativo sobre IST, DST e HIV. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)

### 5.4. Utilização do tempo de espera

A pontualidade nos atendimentos é fundamental. A agenda deve ser organizada por horário evitando assim que o paciente fique esperando. Para atendimentos extras, recomenda-se organizar uma sala de espera, para que este tempo possa ser construtivo. Deste modo, além de se sentir melhor acolhido, o paciente pode receber informações que ajudem no seu tratamento.

### 5.4. Comunicação

É importante que se tenha uma comunicação competente com uniformidade e precisão das informações. A linguagem utilizada deve ser adequada ao paciente, o que facilita maior compreensão das informações. Deste modo o diálogo e a troca poderão ser assegurados.

### 5.5. Garantia de atendimento fora do agendamento

É essencial que o serviço tenha uma equipe para atendimento extra ou que reserve um espaço nas marcações de consulta para esta modalidade de atendimento, assegurando o atendimento nas intercorrências clínicas e psicológicas.

### 5.6. Busca de faltosos

Esta iniciativa, assim como a visita domiciliar, é altamente recomendada, pois podemos compreender o motivo do abandono e tentar trazer o paciente para o serviço, conforme contrato de sigilo previamente estabelecido, e construir um bom vínculo.



## Referências:

1. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo/ Organização de Joselita Maria Magalhães Caraciolo e Emi Shimma. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.289 p.
2. QualiAIDS -<http://www.qualiAIDS.fm.usp.br/>





## 8. Prevenção às IST/HIV

---

Para o trabalho de prevenção é importante manter os profissionais de saúde atualizados nas questões relacionadas às IST/HIV/AIDS tanto no que diz respeito à assistência quanto à prevenção.

Classicamente, as ações de prevenção das IST/HIV/AIDS se baseiam na oferta de insumos de prevenção, preservativos masculinos, femininos, gel lubrificante e material informativo, distribuídos nos serviços de saúde pública, atividades extramuros e atividades promovidas pelas Organizações não Governamentais (ONGs).

Para discutir a prevenção da transmissão sexual do HIV podem ser realizadas Oficinas de Sexo Seguro que são espaços onde o usuário tem a possibilidade de discutir as formas de transmissão das IST/HIV e o uso dos preservativos. Essa tecnologia foi, e ainda é utilizada tanto nos serviços de saúde quanto nas ONGs.

Atualmente, a prevenção não trabalha com o uso do preservativo como principal ferramenta de proteção do indivíduo. Com o aumento do leque de possibilidades de prevenção ao longo destes últimos anos, passou-se a discussão da Prevenção Combinada que consiste em utilizar um ou mais métodos para evitar ou diminuir o risco da infecção pelo HIV.

O momento não é de prescindir de nenhum método clássico e, sim, incorporar as novas tecnologias de prevenção propiciando maior chance das pessoas utilizarem algum método. Os serviços de saúde devem estar preparados para que os diversos métodos de prevenção sejam ofertados à população. Para isso, é importante que os profissionais estejam capacitados para lidar com as novas tecnologias de prevenção e atentos as janelas de oportunidades existentes nos diversos níveis de atenção.

O aconselhamento é uma tecnologia desenvolvida para discutir prevenção, ofertar a testagem para o HIV e fazer a revelação do diagnóstico, com o princípio da autonomia considerando a subjetividade de cada indivíduo e as possibilidades concretas de fazer prevenção em cada momento de sua vida.

Na Atenção Básica (AB) - As unidades básicas de saúde (UBS) devem se organizar para ter quantitativo de preservativos masculinos e femininos suficiente para atender a demanda de sua área de abrangência. Caso o número de preservativos recebidos do município ou regional de saúde não seja suficiente, a UBS deve pedir aumento da quantidade desses insumos, evitando assim descontinuidade de sua oferta à população. Além disso, nenhuma barreira como exigência de documentos ou prescrição médica, limitação de quantidade do insumo ou delimitação de idade para sua distribuição deve ser imposta, entendendo ser esse um insumo fundamental para a prevenção das IST/HIV. Os preservativos devem estar ao alcance da população em displays, caixas, cestos, facilitando assim seu acesso.

Quanto à PEP, embora não seja papel das UBS fazer a prescrição dos antirretrovirais, é preciso que seus profissionais saibam os critérios de utilização da mesma, para realização do encaminhamento em tempo oportuno.

Ressalta-se o papel fundamental das UBS para a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita através das medidas preconizadas no pré-natal da gestante e do homem.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Mantém sua função de realizar sorologias para HIV, sífilis e hepatites virais, seja em testes convencionais ou rápidos. Apesar da amplitude de serviços para realizar sorologias, nos dias de hoje, os CTA configuram-se como espaços privilegiados para discutir a prevenção às DST/AIDS junto às populações mais vulneráveis particularmente gays e homens que fazem sexo com outros homens. Alguns CTA fazem o atendimento das IST.

Os Serviços de Atendimento Especializado (SAE) têm hoje um papel fundamental não só no tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, mas também na prevenção da transmissão sexual do HIV. A utilização do tratamento com antirretrovirais (ARV) com a finalidade de reduzir a carga viral das pessoas vivendo com HIV a níveis indetectáveis é uma estratégia para diminuir a circulação do HIV nas comunidades. Lembrando que para considerar a carga viral indetectável como método de prevenção, é necessário que o indivíduo tenha ausência de IST, adesão ao tratamento ARV e manutenção da supressão viral por pelo menos 6 meses.

Outra estratégia de prevenção biomédica, que faz parte do rol de atividades do SAE é a Profilaxia Pós Exposição (PEP). Sabendo-se que a eficácia da PEP é maior quanto mais precocemente for introduzida, os serviços devem se organizar para agilizar o atendimento das pessoas que procuram pela PEP.

Além das estratégias de prevenção primária, os SAE realizam ações de prevenção secundária (prevenção positiva) visando diagnóstico e tratamento precoce das doenças oportunistas e manutenção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, incluindo o planejamento reprodutivo de casais sorodiscordantes para o HIV.

Os hospitais/ Pronto Socorros fazem parte da rede de atendimento da PEP, sendo referência para essa atividade a noite e nos finais de semana, quando devem prestar o primeiro atendimento, administrar as primeiras doses de ARV e encaminhar os usuários aos SAE.

Os hospitais utilizam os métodos de hospital-dia e internação para os casos mais avançados de AIDS que necessitam intervenção incisiva no sentido de tratamento das infecções oportunistas e/ou para evitar o óbito do indivíduo.

Hemocentros e Bancos de Sangue - no intuito de conter a transmissão sanguínea do HIV, foi estabelecido rígido controle do sangue e hemoderivados transfundidos e essa ação foi fundamental para diminuir de forma importante o impacto do HIV/AIDS nos indivíduos transfundidos e hemofílicos. Ressalte-se que esses serviços não têm a



finalidade de testagem das pessoas que desejam conhecer sua condição sorológica para o HIV, sífilis e hepatites virais. Para essa finalidade os indivíduos devem ser encaminhados aos CTA e UBS.

Sabendo-se que as outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) são porta de entrada para o HIV, preconiza-se o tratamento por abordagem sindrômica das IST, que consiste em utilizar um amplo espectro de medicamentos, capazes de abarcar os diagnósticos relacionados aos sinais e sintomas do paciente, abrindo mão do diagnóstico sorológico e aproveitando a oportunidade para tratar o indivíduo que veio em busca do serviço, reduzindo assim a perda de oportunidade para o tratamento.

Considerando o fato de que as IST facilitam a passagem do HIV pelas mucosas genitais, seu tratamento é preconizado, há muitos anos, como uma das formas de prevenção da infecção pelo HIV. Nesse sentido, a proposta de abordagem sindrômica das IST minimiza a perda de oportunidade, garantindo que os portadores de IST recebam tratamento imediato. Esse tipo de abordagem pode ser realizado nos serviços de Atenção Básica, CTA, SAE, hospitais. É importante dispensar a medicação na própria unidade, pois é isso que garante a eficácia da estratégia.

As tecnologias biomédicas de prevenção significam um avanço na prevenção da infecção pelo HIV.

O uso de antirretrovirais (ARV) enquanto tecnologia de prevenção tem sido utilizada há vários anos para vítimas de violência sexual ou profissionais que sofreram acidente do trabalho com objeto perfuro-cortante contaminado. Atualmente a prevenção da infecção pelo HIV teve um reforço bastante significativo ao introduzir a profilaxia pós-exposição sexual (PEP), que consiste no uso do ARV por 28 dias seguidos por indivíduos que se expuseram a risco de adquirir HIV em relações sexuais desprotegidas.

A lista dos serviços de saúde, que oferecem PEP no estado de São Paulo, pode ser encontrada no site [www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite/](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/profilaxia/hotsite/) ou pelo telefone 0800-162550, de segunda à sexta, das 8:00 as 18:00 horas.

Além disso, os ARV estão disponíveis, não apenas para tratamento dos indivíduos HIV positivo, mas também com a finalidade de prevenção (TcP), de uma vez que seu uso contínuo, por pessoas HIV positivo, leva a supressão da carga viral a níveis indetectáveis, o que reduz drasticamente a possibilidade de transmissão do HIV.

Pessoas que são aderentes ao tratamento, permanecem durante pelo menos 6 meses com carga viral indetectável e sem apresentar nenhuma IST, tem chance baixíssima de transmissão do HIV por via sexual. A eficácia do tratamento ARV como forma de prevenção equipara-se a prevenção conferida pelo uso de preservativos.

O tratamento com ARV nas gestantes HIV positivo também tem se mostrado uma medida eficaz para reduzir a Transmissão Vertical (TV) do HIV - como estabelecido em protocolo o teste de HIV deve ser ofertado a todas as mulheres grávidas, como medida de prevenção à transmissão vertical do HIV, lembrando também da transmissão vertical da



sífilis. Para potencializar as ações de prevenção da TV, recomenda-se às UBS a implantação do “pré natal do homem”, que consiste em oferecer a testagem de HIV, sífilis e hepatites para os parceiros das mulheres grávidas e tratamento dos mesmos quando necessário evitando assim a reinfeção das mulheres durante a gestação.

A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), é uma estratégia de prevenção que envolve a utilização de medicamento antirretroviral (ARV), por pessoas não infectadas, para reduzir o risco de aquisição do HIV através de relações sexuais. Está em andamento um estudo, PrEP Brasil, para verificar a viabilidade e a melhor forma de oferecer a PrEP à população brasileira como prevenção ao HIV. (<http://prepbrasil.com.br/pesquisa-prep-brasil/> acessado dia 08/12/2015)

A Profilaxia Pós Exposição Sexual (PEP Sexual), e o Uso de ARV com finalidade de prevenção (TcP), são políticas públicas instituídas oficialmente no Brasil.

Testagem e diagnóstico precoce. O oferecimento de testagem para a população é ação fundamental para que se aumente a captação precoce das pessoas infectadas pelo HIV. As unidades básicas de saúde são fundamentais como pontos de oferta da testagem, inclusive em ações extra muros e em locais de convívio de populações mais vulneráveis. Os profissionais devem estar atentos as possibilidades de oferta do teste de HIV, para além do pré-natal. É preciso maior apropriação, da importância dessa estratégia como prevenção, aproveitando os vários momentos do atendimento em que o teste de HIV pode ser oferecido como: as consultas, tanto com clínicos quanto com ginecologistas; as atividades de planejamento reprodutivo; conversas em sala de espera para a oferta de informações; o acolhimento; a realização de teste de gravidez.

Embora a oferta do teste de HIV na AB não seja algo novo ainda nos deparamos com problemas como estigmatização das pessoas vivendo com HIV/AIDS e medo da revelação diagnóstica por parte de alguns profissionais. Muitos profissionais não se sentem preparados para realizar o aconselhamento por acreditar que é necessário ter conhecimento específico para isso. Na realidade, o papel do profissional da AB no aconselhamento consiste em ouvir as dúvidas e preocupações do indivíduo, estabelecendo um vínculo de confiança que propicie uma discussão sobre sexualidade e prevenção às DST/HIV. Diante do diagnóstico de sorologia positiva para o HIV, dar o apoio emocional necessário, e encaminhamento adequado ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), mantendo o contato com o usuário até que ele se vincule a esse serviço.

Em se tratando de populações vulneráveis, profissionais do sexo, pessoas em situação de rua e as pessoas em uso de drogas (PUD), é fundamental que os serviços flexibilizem seus horários de atendimentos para não perder a oportunidade do cuidado à sua saúde, lembrar-se de oferecer testes rápidos, insumos de prevenção, tratamento por abordagem sindrômica para as IST e acompanhamento aos serviços especializados quando houver indicação.

As questões relacionadas á prevenção das DST/HIV/AIDS serão aprofundadas no próximo volume.





## Para saber mais

Para saber mais ver manual 2 – Manual de Prevenção desta Série

1. GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. DECRETO Nº 55.588, DE 17 DE MARÇO DE 2010. Dispõe sobre o tratamento nominal das pessoas transexuais e travestis nos órgãos públicos do Estado de São Paulo e dá providências correlatas.
- 2- PAULA, I.A., GUIBU, I.A. (org) - DST/AIDS e rede básica: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2007. 137 p.
- 3- SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. Resolução Conjunta SS/SE nº 01 de 11/10/2011. Diário Oficial do Estado de São Paulo de 12/10/11, São Paulo, 2011.
- 4 <http://www.juntosnaprevencao.saude.sp.gov.br/>

## Referências Bibliográficas

1. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Programa Nacional de IST/AIDS. Nota Técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST – AIDS/SVS/MS Recomendações para a ampliação do acesso aos preservativos masculinos na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), Ministério da Saúde, DF, 2009.
2. GRANJEIRO, A. et al. *Diagnóstico situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil* (Relatório de Pesquisa). Instituto de Saúde. São Paulo, 2007.
3. SEGURADO, A.A.C. Prevenção biomédica da infecção por HIV/AIDS. PAIVA, V., CALAZANS, G.; SEGURADO, A.A.C. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade – Livro II././ Curitiba: Juruá, 2012, pp. 309-349.
4. SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Manual para o Manejo das Doenças Sexualmente Transmissíveis em Pessoas Vivendo com HIV, São Paulo, 2011. 152 p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 54 p. : il. Disponível em <http://www.AIDS.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-antirretroviral-pos-ex-0>, acesso em 06/06/2016.
6. YAMAÇAKE, A.; SANTOS, N.J.S, FIGUEIREDO, R. (org) Conjugalidades e Prevenção as DST/AIDS... Centro de Referência e Treinamento DST-AIDS – SES – SP, 2010. 52 p.
7. BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais. Gêneros. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e Prevenção nas escolas. Série Manuais nº 69, Brasília, 2010. Acessível na íntegra em <http://www.saude.gov.br/bvs>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual de redução de danos – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Depto Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais. Diretrizes para o funcionamento dos CTA, 2010.





## 9. Vigilância Epidemiológica

---

No Brasil, a vigilância epidemiológica da sífilis adquirida de adultos e gestante, da sífilis congênita, da AIDS e da infecção pelo HIV é baseada na notificação compulsória de casos. A notificação permite caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar as políticas públicas de enfrentamento da epidemia. Neste sentido, toda a informação contida nos instrumentos para notificação de casos é importante, desde a idade, escolaridade, raça, até formas de transmissão e parcerias sexuais.

A lista atual de agravos de notificação é orientada pela Portaria ministerial nº04 de 17/02/2016, sendo a notificação obrigatória para os médicos e outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao paciente. A comunicação deve ser feita à autoridade de saúde competente pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa e por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento. As leis 6.259 de 30/10/75 e 6.437 de 20/8/77 respaldam a Portaria e estabelecem as punições para o não cumprimento dessas ações.

Por esses motivos, o momento privilegiado para a notificação ocorre na ocasião do atendimento, quando o profissional pode esclarecer junto ao paciente as informações necessárias.

Para a vigilância da infecção pelo HIV, da gestante soropositiva e da criança exposta a transmissão vertical do HIV materno e da doença AIDS são acompanhados os seguintes eventos: infecção pelo HIV, adoecimento (AIDS) e óbito; por meio de sistemas de informação de rotina e também por estudos seccionais e longitudinais. A vigilância epidemiológica do HIV e AIDS baseia-se na análise dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a busca de complementação das informações pode ser feita nos registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e, quando necessário, nos registros de atendimento e prontuários.

No que se refere à vigilância epidemiológica da sífilis, com base nos registros do SINAN, os objetivos são: identificar e monitorar os casos de sífilis adquirida e em gestantes para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis e da sífilis congênita e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns.

Esclarecemos que este capítulo foi adaptado das seguintes publicações: Guia de Bolso de Definições de Casos de DST/AIDS.SES-SP-2012; Guia de Vigilância em Saúde. MS-2014; Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita. SES-

SP-2016 e *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV*, MS-2013revisto 2016.

Vigilância epidemiológica, segundo a Lei 8080 é definida como “Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer *mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos*”. Das fontes de informação em vigilância uma das mais importantes é a notificação.

A notificação é a “*comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinente.*”

## 9.1. Fluxo da notificação dos agravos IST/HIV/AIDS

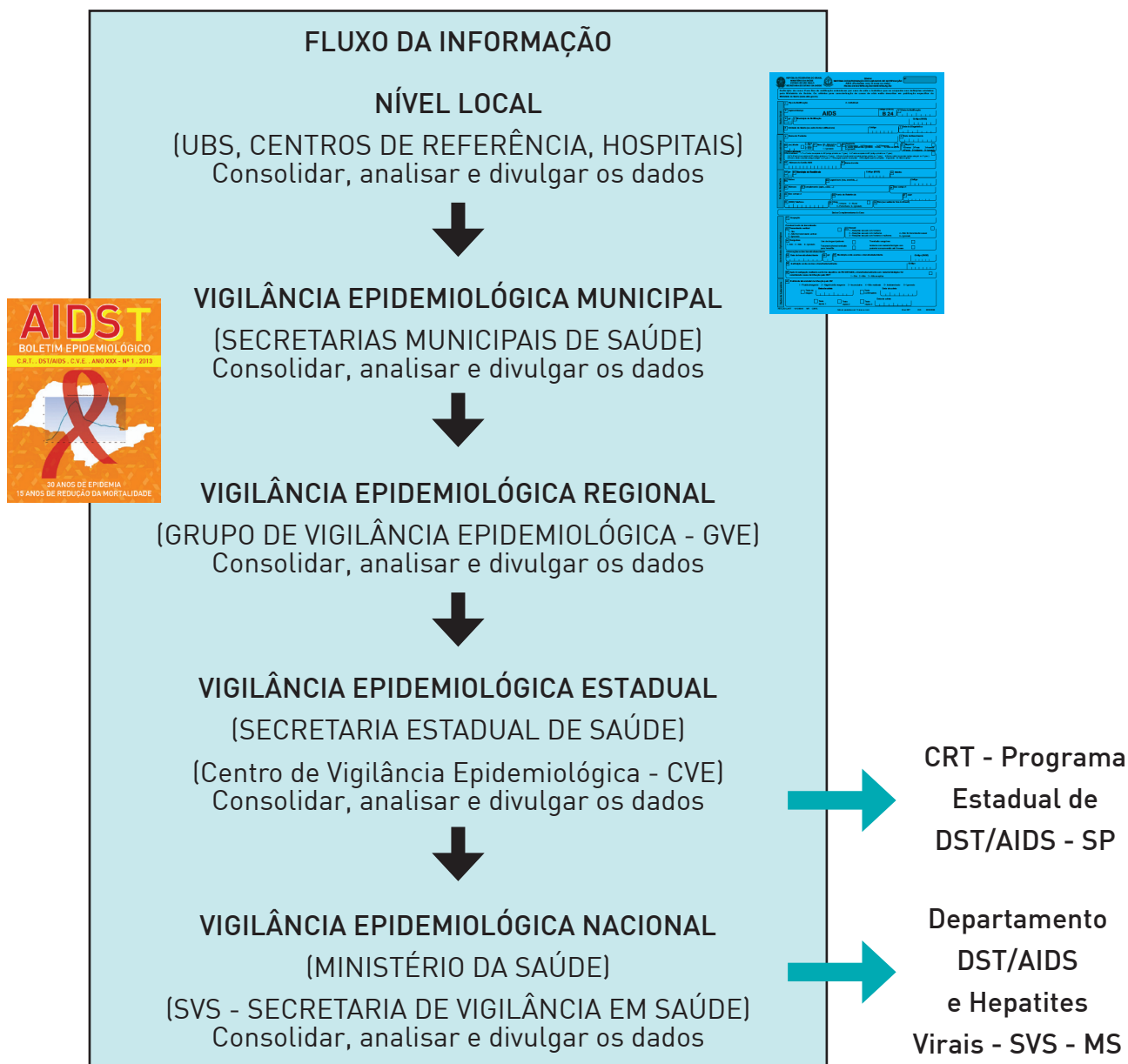
Assim como outros agravos de notificação compulsória, os casos de **HIV, AIDS, gestante soropositiva para o HIV, criança exposta à transmissão vertical do HIV, sífilis na gestação, sífilis congênita, sífilis adquirida e acidente com material biológico de profissionais de saúde** devem ser adequadamente investigados e notificados por meio de ficha específica e suas informações digitadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do serviço onde o paciente é atendido ou no município de atendimento. Cada notificação terá um número específico.

Os dados gerados através do sistema de vigilância deverão ser revisados: retirada de duplicidade, casos descartados, inconsistências, reinvestigados se necessário; para serem tabulados e apresentados pelo serviço de vigilância em cada nível de gestão aos gestores e profissionais envolvidos na prevenção e assistência das pessoas acometidas com estes agravos, de forma a subsidiar a tomada de decisões para o adequado planejamento e avaliação das ações de prevenção e controle nos níveis local, municipal, regional e estadual.

O envio das notificações segue o fluxo estabelecido a seguir.

**Figura 1.** Fluxo de Informação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) das IST/HIV/AIDS, estado de São Paulo





Fonte: Guia de Bolso de Definições de Caso, São Paulo, 2012

Para realizar a notificação de caso de um agravo faz-se necessário o estabelecimento de normas técnicas capazes de uniformizar procedimentos e viabilizar a comparabilidade de dados e informações. Esta padronização é realizada por meio da **definição de caso** de uma doença ou agravo, que é um conjunto específico de critérios que um indivíduo deve atender para ser considerado um caso do agravo sob investigação organizado em um formulário de notificação. Para elaboração destes critérios são considerados não só as características clínicas da doença, como também os aspectos epidemiológicos e laboratoriais que possibilitam tornar comparáveis os critérios diagnósticos que regulam a entrada de caso no sistema de vigilância epidemiológica.

Para gerar informação para a ação é importante a notificação de todos os casos e de forma oportuna e com qualidade. Para tanto, é indispensável que o serviço de saúde de atendimento:



- Disponibilize as fichas de investigação de notificação para os profissionais de saúde;
- Realize a notificação do caso em tempo real, ou seja, no momento do diagnóstico do agravo;
- Evite atraso de notificação;
- Preencha adequadamente todos os campos da ficha, para garantir a qualidade e a completude das informações;
- Observe o fluxo do sistema de informação, de acordo com os diferentes níveis;
- Digite os casos após uma análise crítica de todos os campos da ficha;
- Revise periodicamente o banco de dados, buscando identificar possíveis inconsistências e não completudes.
- Discuta as informações epidemiológicas junto aos profissionais do serviço e região.

## 9.2. Ficha de Investigação e Notificação

O instrumento utilizado para a notificação dos casos é a ficha de investigação e notificação (FIN) padronizadas para todo país. As informações preenchidas na ficha são digitadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo utilizadas para os agravos IST/HIV/AIDS:

- Ficha de Investigação e Notificação de HIV ou AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais;
- Ficha de Investigação e Notificação de HIV ou AIDS em crianças menores de 13 anos de idade;
- Ficha de Investigação e Notificação de Criança Exposta ao HIV;
- Ficha de Investigação e Notificação de Gestante HIV;
- Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis na Gestação;
- Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis Congênita;
- Ficha de Notificação de Sífilis Adquirida e
- Ficha de Investigação e Notificação de acidente com material biológico.

As fichas das listadas acima estão disponíveis para impressão no site do Centro de Vigilância Epidemiológica “Dr. Alexandre Vranjac”. Coordenadoria de Controle de Doenças . Secretaria de estado da Saúde de São Paulo. [<http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/downloads/fichas-de-investigacao> . acessado 16/10/2016].



## 9.3. Definição de casos dos agravos IST/HIV/AIDS para fins de vigilância epidemiológica

### 1. Caso a ser notificado de criança portador do HIV

**Criança HIV positiva** – é toda criança com diagnóstico de infecção<sup>s</sup> pelo HIV com menos de 13 anos de idade e que não apresente sinais, sintomas e doenças indicativas de imunodeficiência e/ou; não apresente contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o valor esperado para a idade, ou seja, não apresente critérios para caso de AIDS.

Diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV em criança:

- **com idade igual ou inferior a 18 meses**

Será considerada infectada a criança com 18 meses ou menos quando se obtiver resultado detectável em duas amostras obtidas em momentos diferentes de carga viral acima de 5.000 cópias/ml.

- **com idade superior a 18 meses e inferior a 13 anos**

Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios públicos, privados e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) devem adotar obrigatoriamente os procedimentos sequenciados dos fluxogramas, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013, apresentados no Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, 2013 revisado 2016.

### 2. Caso a ser notificado de adulto portador do HIV

**Adulto portador do HIV-** Considera-se caso de HIV positivo assintomático em adultos, todo indivíduo com 13 anos ou mais de idade, com diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV<sup>s</sup> e que não apresente doenças, sinais ou sintomas indicativas de AIDS ou contagem de linfócitos TCD4+ abaixo de 350/mm<sup>3</sup>, ou seja, não apresente critérios para caso de AIDS.

Na vigilância do portador soropositivo para o HIV é importante esclarecer que:

- O instrumento de notificação de HIV para criança e adulto é o **mesmo** utilizado para a notificação de caso de AIDS respectivamente e deverá ser encaminhado devidamente preenchido para o serviço de vigilância local ou municipal para ser digitado no SINAN;
- A data de diagnóstico do HIV deve ser a data do diagnóstico laboratorial para infecção pelo HIV;



- No caso de menor de 13 anos de idade ou se a categoria de exposição ao HIV for transmissão vertical, após a notificação de HIV em criança é necessário iniciar a investigação do caso e preenchimento do **protocolo para investigação dos casos de HIV/AIDS por transmissão vertical**, para subsidiar ações e evitar a ocorrência de novos casos de AIDS em crianças.
- A notificação do HIV positivo assintomático não exclui a notificação do caso de AIDS, quando o indivíduo infectado pelo HIV preencher os critérios de definição de caso, é necessário realizar o preenchimento de uma nova ficha de investigação e notificação (FIN) e com **um novo número de SINAN**;
- E, mesmo que a criança já tenha sido notificada anteriormente como criança exposta à transmissão vertical do HIV deve-se proceder à notificação de criança soropositiva para o HIV, assim como proceder a investigação por meio do protocolo de investigação de caso de transmissão vertical do HIV.

Para saber mais, sobre Diagnóstico de infecção pelo HIV, consulte o Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, MS-2013-revisto 2016 e sobre o Protocolo de Investigação de caso de transmissão vertical consulte Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília, 2014.

### 3.Caso a ser notificado de Gestante HIV

CID 10 Gestante HIV: Z21

**Gestante/parturiente/puérpera com HIV:** *É toda mulher com infecção por HIV, ou que já tenha o diagnóstico confirmado de HIV ou AIDS, no momento da gestação, parto, ou puerpério.*

Na vigilância da gestante soropositiva para o HIV é importante esclarecer que:

- A **data de diagnóstico** do caso da gestante/parturiente/puérpera infectada pelo HIV será:
    - para gestante/parturiente/puérpera **sabidamente HIV** deverá ser considerada como data de diagnóstico a data da última menstruação (DUM), data do exame de gravidez positivo; ou data que for referida no prontuário marcando a gestação;
    - para gestante/parturiente/puérpera **que se descobre infectada pelo HIV durante o acompanhamento do pré-natal ou no momento do parto** deverá ser considerada como data de diagnóstico a data da realização da coleta da sorologia anti-HIV;
1. A notificação de gestante HIV positiva não exclui a notificação do caso de HIV ou de AIDS, quando esta preencher os critérios de definição de caso, sendo necessário, para estas ocasiões, o preenchimento de uma nova ficha de investigação e notificação (FIN) com **um novo número de SINAN**. E todas as gestações ocorridas após a infecção pelo HIV deverão ser notificadas, ou seja, se a mulher tiver três gestações todas deverão ser notificadas.





#### 4. Caso a ser notificado de Criança exposta à transmissão vertical do HIV

CID 10 Criança exposta ao HIV: Z20.6

**Criança exposta à TV do HIV:** *é toda criança nascida de mãe infectada, ou que foi amamentada por mulher infectada pelo HIV.*

Na vigilância da criança exposta é importante esclarecer que:

A **data de diagnóstico** da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV é padronizada da seguinte forma: - Criança nascida de **mãe infectada** pelo HIV ou com AIDS: a data de diagnóstico é igual a data de nascimento da criança; - Criança em **aleitamento materno** por nutriz infectada pelo HIV: a data de diagnóstico é igual a data do início da amamentação; e - Criança em aleitamento materno, cuja nutriz **se tornou infectada** pelo HIV durante a amamentação: a data de diagnóstico da criança exposta será igual a data da sorologia da nutriz.

- O encerramento do caso de criança exposta é definido como:

- **Criança não infectada:** quando apresentar duas amostras de carga virais com resultados abaixo do limite de detecção e sorologia anti-HIV negativa após os 12 meses de idade.

- **Criança infectada:** quando apresentar resultados de duas amostras de carga virais detectáveis acima de 5.000 cópias/ml obtidas em momentos diferentes, após os dois meses de vida.

Atualmente, o Sinan não contempla os dados de investigação da criança exposta, portanto os serviços que acompanham a criança devem encaminhar cópia da ficha de investigação e notificação da criança acompanhada para a Gerência de Vigilância Epidemiológica do CRT- Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo seguindo o fluxo de informações de vigilância do estado de São Paulo.

A criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV encerrada como **infectada** deverá ser notificada como **criança soropositiva para o HIV** e iniciar a investigação do caso e preenchimento do **protocolo para investigação** dos casos de HIV/AIDS por transmissão vertical, para subsidiar ações para evitar a ocorrência de novos casos.

Para saber mais, sobre o Protocolo de Investigação de caso de transmissão vertical consulte Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília, 2014.

#### 5. Caso a ser notificado de AIDS em criança

CID 10 AIDS: B24

**AIDS em criança:** *Todo indivíduo com menos de treze (13) anos de idade que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e alguma evidência de imunodeficiência.*



Quadro resumo. Critérios de definição de casos de AIDS em crianças menores de 13 anos de idade

Critério CDC adaptado – Revisão 2013
Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV (a) + Diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de imunodeficiência de caráter moderado ou grave (b) e/ou Contagem de linfócitos T CD4+ menor do que o esperado para a idade atual da criança
Critério excepcional óbito©
Menção de AIDS/Sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito (DO) ou Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) e de doença indicativa/presuntiva de AIDS na DO + Investigação epidemiológica inconclusiva (c )

Fonte: MS-SVS-Guia de Vigilância em Saúde, 2014

a) Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, MS-2013revisto 2016.

b) Guia de Vigilância em Saúde, MS-2014.

c) **Investigação epidemiológica inconclusiva** é aquela em que, após a busca em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais, pela falta de registro de dados clínicos/laboratoriais.

Na vigilância da criança com AIDS é importante esclarecer que:

A ficha de notificação de AIDS para criança é a **mesma** utilizada para a notificação de caso de HIV em criança e deverá ser encaminhada devidamente preenchida para o serviço de vigilância local ou municipal para ser digitada no SINAN;

A **data do diagnóstico de AIDS** em criança é a data em que o critério de definição de caso foi preenchido pela primeira vez, incluindo a evidência laboratorial para o HIV. Então, se o critério foi a **contagem de linfócitos T CD4+** menor que o limite estabelecido segundo a idade da criança, a data do diagnóstico será a data da coleta do exame que apresentou este valor; se o critério foi o **CDC adaptado**, a data do diagnóstico será a data em que ocorreu o diagnóstico da **doença indicativa** de imunodeficiência, e se o caso foi notificado pelo critério óbito a data do diagnóstico será a **data do óbito**.

A contagem de linfócitos T **CD4+** menor do que o esperado para a idade atual da criança e que caracteriza a AIDS, é de acordo com os seguintes estratos: a) criança com menos de 12 meses, o CD4 é <1.500 células/mm<sup>3</sup>; b) de 1 a 5 anos de idade, o CD4 é <1.000 células/mm<sup>3</sup> e c) de 6 a 12 anos de idade é <500 células/mm<sup>3</sup>.



Mesmo que a criança já tenha sido notificada anteriormente como criança exposta à transmissão vertical do HIV e ou com infecção pelo HIV deve-se proceder a notificação de criança com AIDS, envio da ficha de investigação preenchida para digitação no SINAN com um novo número. No caso do indivíduo que adquiriu o HIV por transmissão vertical cumprir um dos critérios de definição de caso de AIDS aos 13 anos de idade ou mais, notificar o mesmo na ficha de AIDS adulto.

Realizar a investigação de caso de AIDS em criança por meio do **protocolo para investigação dos casos de HIV/AIDS por transmissão vertical**, se a criança foi descoberta já com AIDS, ou seja, diagnóstico tardio de HIV.

## 6. Caso a ser notificado de AIDS em adulto

CID 10 AIDS: B24

**AIDS em adulto:** *Todo indivíduo com treze (13) anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial de infecção pelo HIV e alguma evidência de imunodeficiência.*

Quadro Resumo dos critérios de definição de casos de AIDS em adultos (13 anos de idade e mais)

### 1. Critério Centers for Disease Control and Prevention (CDC) adaptado – Revisão 2013

Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV (a)

+

Evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos uma doença indicativa de AIDS

e/ou

Contagem de linfócitos T CD4+ < 350 células/mm<sup>3</sup>

### 2. Critério Rio de Janeiro/Caracas

Evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV (a)

+

Somatório de, pelo menos, 10 pontos, de acordo com a escala de sinais, sintomas ou doenças (b)

### 3. Critério excepcional óbito

Menção de AIDS/Sida (ou termos equivalentes) em algum campo da Declaração de Óbito (DO)

ou

Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) e de doença indicativa/presuntiva de AIDS em algum campo da DO

+

Investigação epidemiológica inconclusiva (c)

Fonte: MS-SVS-Guia de Vigilância em Saúde, 2014



a) Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, MS-2013revisto 2016.

b) Guia de Vigilância em Saúde, MS-2014.

c) **Investigação epidemiológica inconclusiva** é aquela em que, após a busca em prontuários, o caso não puder ser descartado ou enquadrado em um dos critérios principais, pela falta de registro de dados clínicos/laboratoriais.

Na vigilância de AIDS em adultos, é importante esclarecer que:

A ficha de notificação de AIDS adulto é a **mesma** utilizada para o caso de HIV adulto (maior de 13 anos) e deve ser encaminhada devidamente preenchida para o serviço de vigilância local ou municipal para ser digitada no SINAN;

A **data do diagnóstico de AIDS** adulto é a data em que o critério de definição de caso foi preenchido pela primeira vez, incluindo a evidência laboratorial para o HIV. Então, se o critério foi a **contagem de linfócitos T CD4+** menor que 350; a data do diagnóstico será a data da coleta do exame que apresentou este valor; se foi pelo critério foi **CDC adaptado**, a data do diagnóstico será a data em que ocorreu o diagnóstico da **doença indicativa** de imunodeficiência; se foi pelo critério **Rio de Janeiro/ Caracas**, será quando a somatória de sinais, sintomas ou doenças atingir 10 pontos; e se o caso foi notificado pelo critério óbito a data do diagnóstico será a **data do óbito**.

Mesmo que o indivíduo já tenha sido notificado anteriormente como criança exposta à transmissão vertical do HIV, ou como caso de infecção pelo HIV, ou como gestante soropositiva, deve-se proceder a notificação de adultos com AIDS quando apresentar um dos critérios de definição de caso com 13 anos de idade ou mais. Uma nova ficha de investigação deve ser preenchida, assim como realizar a digitação no SINAN agora como caso de AIDS e com um novo número de SINAN.

Para saber mais, consultar o Guia de Vigilância em Saúde, Brasília, 2014.

## Caso a ser notificado de sífilis em gestante

CID 10 Sífilis em gestante: 098.1

**Caso de sífilis em gestante:** na suspeita- gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis ou teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação; ou confirmado – gestante que apresente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, independente de qualquer evidência clínica de sífilis; ou gestante com teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Na vigilância de gestante com sífilis, é importante esclarecer que a notificação deve ser realizada apenas no pré-natal. A data de diagnóstico da sífilis é a data da sorologia para sífilis reagente.

Para saber mais, consultar o Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita, São Paulo, 2ªed. 2016.



## 7. Caso a ser notificado de sífilis congênita

CID 10 Sífilis congênita: A50

### Caso de sífilis congênita: Há quatro critérios estabelecidos:

#### 1º critério

Toda criança cuja mãe:

- presente, durante o pré-natal ou no momento do parto, teste-não treponêmico para sífilis reagente com qualquer titulação e treponêmico reagente, e que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado;
- não foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e, na impossibilidade de a maternidade realizar: - o teste treponêmico, presente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação no momento do parto; ou- o teste não-treponêmico, presente teste treponêmico reagente no momento do parto;
- presente teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente no momento do parto, sem registro de tratamento prévio.

#### 2º critério

Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas: -titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); -testes não-treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); -testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; -lactentes com títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe; -teste não-treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

Em caso de evidencia sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

#### 3º critério

Todo aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste não-treponêmico para sífilis reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado

#### 4º critério

Toda situação de evidência de infecção pelo T.pallidum em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos.

Na vigilância da criança com sífilis congênita é importante esclarecer que:

Quando o diagnóstico de sífilis congênita é feito na maternidade, a data de diagnóstico é a data de nascimento do recém-nascido. Em outras situações, como por exemplo, a sífilis congênita tardia, a data do diagnóstico será a data da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.



O tratamento materno adequado para prevenção de sífilis congênita é aquele completo com penicilina, de acordo com a fase clínica da sífilis materna; instituído antes dos 30 dias que antecedem o parto; parceiro sexual com sífilis tratado concomitante a mãe e, idealmente, observada a queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis, se inicialmente for menor ou igual a 1:4.

Após a investigação e notificação do caso no SINAN deve ser preenchido o Protocolo para Investigação de casos de Sífilis Congênita proposto pelo Ministério da Saúde. Esta é uma atividade importante, pois busca identificar possíveis causas envolvidas no processo de transmissão vertical da sífilis. Cada caso deve ser discutido junto aos profissionais e gestores dos serviços envolvidos para que medidas sejam tomadas para evitar novas ocorrências.

Para saber mais, consultar o Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita, São Paulo, 2ªed. 2016 e sobre o Protocolo de Investigação de caso de transmissão vertical consulte Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical. Brasília, 2014.

## 8. Caso a ser notificado de sífilis adquirida

CID 10 Sífilis adquirida: A53.9

**Caso de sífilis adquirida:** *Todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.*

Na vigilância da sífilis adquirida a data de diagnóstico é a do teste sorológico para sífilis reagente.

## 9. Caso a ser notificado de acidente com material biológico

CID 10 acidente com material biológico: Z20.9

**Caso de acidente com material biológico:** *Todo indivíduo profissional da área da saúde que sofre um acidente envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos, ocorrido durante o desenvolvimento do seu trabalho, onde estão expostos a materiais biológicos potencialmente contaminados.*

Na vigilância do caso de acidente com material biológico é importante esclarecer que os ferimentos com agulhas e material perfuro cortante em geral são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de transmitir mais de 20 tipos de patógenos diferentes, sendo o vírus de imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

A data de diagnóstico é a data do acidente em que o indivíduo foi exposto a sangue e/ou fluidos biológicos.



Neste tipo de evento é importante investigar a situação sorológica para o HIV, vírus da hepatite B e C do paciente fonte do acidente. Este conhecimento vai determinar a tomada de decisão acerca da conduta e acompanhamento do indivíduo exposto.

*Para saber mais sobre as medidas a serem adotadas para exposição ocupacional a material biológico, verificar o documento “Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C” - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - Brasília – DF (Julho de 2015) e na Nota Técnica – CRT-DST/AIDS ESP, DOESP de 24/02/2016, p.38-seção 1 no. 34.*

## 9.4. Medidas de controle

### **Medidas a serem adotadas para prevenção da transmissão sanguínea:**

**Injeções e instrumentos perfuro-cortantes** – recomendações específicas devem ser seguidas, durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação deste tipo de material :

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo, durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfuro cortantes;
- Agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis;
- Todo material perfuro-cortante (agulhas, *scalp*, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes com tampa e resistentes à perfuração;
- Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de dois terços de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

**Transfusão de sangue e hemoderivados** – todo doador de sangue deverá ser cuidadosamente triado, afastando-se aqueles em risco de infecção pelo HIV, sífilis, HTLV, hepatites e demais infecções elencadas na Portaria 2712/2013. Todo sangue aceito para ser transfundido deverá ser, obrigatoriamente, testado para detecção dessas infecções. Essas medidas aumentam a segurança da transfusão de sangue, mas não eliminam totalmente o risco, em virtude do período de “janela imunológica”. A conscientização dos doadores, no sentido de avaliarem os riscos pessoais a que porventura tenham sido expostos, constitui-se na melhor medida de prevenção da transmissão de infecções por essa via. Os procedimentos estão definidos na Portaria MS 2712 de 12/11/21013. Marco Conceitual e



Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015).

**Doação de sêmen e órgãos** – a transmissão do HIV pela doação de órgãos ou sêmen deve ser prevenida pela triagem cuidadosa e testagem dos doadores.

## Bibliografia:

Lei 6.437 de 20/8/77

Brasil. Portaria MS Nº 204 de 17/02/2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html)

Brasil. Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças [documento na internet]. DOU, 30 out 1975, p. 14433. [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6259.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa. Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância: Guia para a Hemovigilância no Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2015). [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia\\_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/404938/guia_hemovigilancia15.pdf/495fd617-5156-447d-ad22-7211cdbab8a7)

São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS Programa Estadual DST/AIDS. **Guia de bolso - Definições de casos de agravos de notificação em DST/HIV/AIDS**, São Paulo, 2012. 112 p.

São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS Programa Estadual DST/AIDS Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em gestantes e Sífilis Congênita, São Paulo, 2ªed. 2016, 112p. . [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstAIDS-sp/publicacoes/outras-publicacoes>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014.p. 285- [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**– 2. ed. – Brasília, 2015. 85 p. [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual\\_tecnico\\_hiv\\_2016\\_final\\_25\\_07\\_pdf\\_54115.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55594/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2015. p67-74. 240 p [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/09\\_12\\_2015\\_protocolo\\_pediatico\\_pdf\\_25392.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/09_12_2015_protocolo_pediatico_pdf_25392.pdf)





Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV** – Brasília, 2015. [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt\\_pep\\_20\\_10\\_1.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_20_10_1.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais. **Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília.2014. [Acesso em 16/10/2016]. Disponível em: [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv\\_2\\_pdf\\_18693.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56592/tv_2_pdf_18693.pdf)

Nota Técnica – CRT-DST/AIDS ESP, DOESP de 24/02/2016, p.38-seção 1 no. 34.sobre PEP





## 10. Planejamento e monitoramento a atenção em IST/HIV

---

A resposta brasileira às DST/HIV/AIDS teve importantes diferenciais desde a sua estruturação, um deles foi relativo aos processos de Planejamento

Desde a implantação do Programa Brasileiro, o Ministério da Saúde, fez um grande investimento em formação dos profissionais no campo do Planejamento, Monitoramento e Avaliação - PMA. Diferentes metodologias, em diferentes momentos, levaram estes atores a transitarem com relativa familiaridade pela linguagem do Planejamento.

Quando o Brasil realizou um primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para organização da resposta à epidemia que se manifestava, fez parte do acordo, a necessidade de elaboração de Planos Operativos Anuais (POA), demonstrando as prioridades nacionais e a utilização dos recursos financeiros.

Esta necessidade apontada acabou impulsionando os profissionais que estavam na gestão em DST/AIDS a buscarem conhecimento e construir uma cultura de Planejamento, Monitoramento e Avaliação.

Nos anos de 1990, vários métodos e conceitos de PMA se alternaram nas mentes e práticas dos profissionais que procuravam qualificar a resposta, de acordo com os desafios apresentados pela epidemia.

Durante os anos 2000, houve um importante investimento no alinhamento de conceitos de PMA, resultado da parceria do Ministério da Saúde com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (CDC) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Foram definidos cinco sítios de excelência em PMA no país, sendo um desses centros, a Coordenação Estadual de DST/AIDS do Estado de São Paulo (CE DST/AIDS). Neste processo foram capacitados profissionais, por meio de curso específico de curta duração, curso de especialização e mestrado profissional. Houve contratação de consultoria pontual para aprimorar processos de monitoramento nos sítios, além da aquisição de equipamentos e do estabelecimento de parcerias com centros americanos com acúmulo de experiências satisfatórias em monitoramento.

A própria Política de Incentivo às ações em DST/AIDS, instituída em 2002 (Portarias Ministeriais nº 2313/2314 de 2002), trazia em seu bojo a exigência de elaboração de Planos de Ações e Metas anuais (PAM), que davam transparência a utilização dos recursos e maior organização da resposta local.

No estado de São Paulo, os 145 municípios prioritários para as ações em DST/AIDS, elaboram e monitoram suas PAM desde a implantação da Política e permaneceram nesta prática, mesmo após o término da obrigatoriedade da sua elaboração.

Devido ao aprimoramento contínuo do Sistema Único de Saúde e as ameaças constantes ao seu funcionamento, acreditamos que a cultura de planejamento instituída para a resposta as DST/AIDS, tem contribuído de forma importante para a manutenção de estratégias de sucesso e abandono de outras que se mostraram equivocadas.

### **Afinal o que é Planejamento?**

Planejar é preparar-se para, reduzindo incertezas, estabelecendo um conjunto de metas e procedimentos para intervir sobre uma realidade que se queira transformar.

### **E Planejamento Estratégico?**

O planejamento estratégico, parte da análise da situação atual, reconhecendo a realidade complexa encontrada no setor saúde, considerando a visão dos envolvidos, para o enfrentamento dos problemas priorizados pelos atores.

O planejamento estratégico se contrapõe ao Planejamento normativo na medida em que considera as relações entre os atores envolvidos, onde planeja quem faz.

### **Quais os passos do Planejamento Estratégico?**

Situação Real; Identificação e priorização de Problemas; Metas; Plano de Ação; Situação Desejada e Monitoramento em todos os passos.

### **VISÃO:**

É uma utopia coletiva e “possível”, como a Instituição/Programa se vê no futuro.

### **O que queremos ser?**

### **MISSÃO:**

Traduz a razão de ser do grupo ou instituição, define a razão de ser. É formadora da identidade da Instituição.

### **Para que existimos? O que nos diferencia?**

### **Análise de situação e de resposta:**

Análise de Situação e de Resposta compreende a mobilização, coleta e análise de dados, no contexto institucional, social, econômico, cultural e outros.

Análise da Resposta realiza um olhar crítico para a respostas já organizada.

Para a análise podemos utilizar a estratégia REMAI:

O quê Reformular?

(não está funcionando como o esperado e precisa de nova resposta mais estratégica)

O quê Expandir?

(está funcionando e pode ser expandido)

O quê Manter?

(está funcionando e precisa ser mantido)



O quê **Abandonar**?

(não é relevante para as necessidades atuais e deve ser abandonado)

O quê **Introduzir**?

(nem foi considerado, mas é necessário)

## **Identificação e priorização de problemas**

Aqui problemas são conceituados como realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade e deverá ser definido e declarado como problema por um ator.

### **Priorização de Problemas Relevantes**

Para priorização dos problemas poderemos nos utilizar dos seguintes critérios: Relevância, Urgência e Governabilidade

*RELEVÂNCIA* (*valor*) dos problemas para gestores e técnicos do Programa, para as forças sociais que o apoiam e para a população;

*URGÊNCIA* dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados;

*GOVERNABILIDADE* capacidade de enfrentamento dos problemas (disponibilidade de recursos políticos, econômicos, técnicos e administrativos) e possibilidade de obter resultados dentro do horizonte de tempo do plano.

### **Metas**

Estabelecem quantitativamente, os efeitos esperados em um tempo determinado.

Estratégia SMART para estabelecimento de metas

- **ESPECÍFICA**: Identifica eventos ou ações concretas que ocorrerão.

A meta especifica claramente o que deve ser alcançado e o quanto?

- **MENSURÁVEL**: Quantifica os recursos, as atividades ou a mudança.

A meta é mensurável? Numérica ou em percentual?

- **APROPRIADA**: Relaciona logicamente o problema identificando-o com os efeitos e/ou resultados e impactos desejáveis.

A meta se relaciona com o que o programa propõe realizar?

- **REALISTA**: Dimensiona realisticamente a adequação entre os recursos disponíveis e o plano de implementação.

A meta é alcançável dada a disponibilidade de recursos e experiência? Ajustada a realidade?

- **TEMPORALIDADE**: Especifica um prazo no qual a meta será alcançada.

A meta especifica quando ela será alcançada.



## **Plano de Ações**

Indica claramente: o que será feito, quem irá fazer, onde, por quanto tempo e quais serão os custos envolvidos.

## **Atividades**

Procedimentos da Instituição/ Programa que são mobilizados visando à obtenção dos efeitos desejados.

## **Monitoramento**

Monitorar significa coletar rotineiramente informações prioritárias sobre um programa e seus efeitos esperados.

O monitoramento provê informações que podem ser utilizadas para avaliação do trabalho.

## **Avaliação**

**É um processo estruturado de coleta e análise de informações sobre as atividades, características e efeitos de um programa ou intervenção, respondendo a uma pergunta avaliativa.**

A avaliação determina o mérito ou valor do programa e/ou explica a relação entre ele e seus efeitos.

O monitoramento e a avaliação são ferramentas para melhorar o programa e subsidiar decisões gerenciais.

# Instrumentos de planejamento no SUS

## **Plano de Saúde**

Plano de Saúde – elaborado no primeiro ano de governo para execução no exercício subsequente em consonância com o Plano Plurianual.

## **Programação Anual de Saúde**

A PAS é o instrumento que apresenta as metas anuais, os indicadores, ações e recursos orçamentários/ financeiros que operacionalizam o Plano de Saúde naquele ano específico. Regulamentada pela Portaria MS/GM nº 3.332/2006, que a define como “o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS” (§1º do Art. 3º).



## Referências:

- Artmann, E. (2000). O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *Cadernos da Oficina Social*, 3, 98-119. [Acesso em 05/10/2016]. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>
- Brasil. Portaria MS Nº 2313 de 19/12/2002. Institui Incentivo para estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST. [Acesso em 05/10/2016]. Disponível em [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexo\\_3\\_3\\_009.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_009.pdf)
- Brasil. Portaria MS Nº 2314 de 20/12/2002. Aprova a Norma Técnica – Incentivo HIV/AIDS e outras DST – nº 01/2002, com orientações técnicas específicas para a elaboração dos Planos de Ações e Metas e aplicações dos recursos relativos ao Incentivo financeiro. [Acesso em 05/10/2016]. Disponível em [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexo\\_3\\_3\\_008.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/anexo_3_3_008.pdf)
- Brasil. Portaria MS Nº 3.332 de 28/12/2006. Aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. [Acesso em 05/10/2016]. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/cosat/arquivo/1821/gestao-da-saude-do-trabalhador>
- Brasil. Ministério da Saúde & Center of Diseases Control and Prevention. Manual da oficina de avaliação com foco na melhoria do Programa – Brasília, 2005. [Acesso em 03/10/2016]. Disponível em [http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/manual\\_of\\_prof.pdf](http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/manual_of_prof.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação-Geral de Articulação dos Instrumentos de Gestão Interfederativa. Manual de planejamento no SUS – Brasília, 2016. [Acesso em 03/10/2016]. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/726-ministerio-da-saude-lanca-1-edicao-revisada-do-manual-de-planejamento-no-sus>
- Grangeiro, A., Escuder, M. M. L., Silva, S. R. D., Cervantes, V., & Teixeira, P. R. (2012). Características da resposta à AIDS de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 954-975. [Acesso em 03/10/2016]. Disponível <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39470>







# Parte II- Documentos Referenciais da Linha de Cuidado em IST/HIV/AIDS

---




## 1. Linha de cuidado como estratégia para implementação da rede em IST/HIV/AIDS

O processo de estruturação de Linha de Cuidado (LC) nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), que vem se configurando no SUS, no Estado de São Paulo, tem sido incentivado pela SES-SP através da formulação e publicação de um conjunto de documentos técnicos que orientam esse processo (São Paulo, 2010).

A LC é entendida como uma estratégia de gestão do cuidado que compreende o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma LC deve expressar-se por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema. A estruturação de LC deve ter como base a relevância epidemiológica de riscos e agravos e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

Tendo como referência os protocolos clínicos elaborados com base científica definindo a melhor conduta perante determinada situação, a padronização técnica de uma LC caracteriza-se por descrever o itinerário do paciente no sistema e por conter um conjunto de informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, cura e reabilitação a serem desenvolvidas nas unidades de atenção à saúde, bem como informações relativas aos recursos envolvidos nesses processos em cada uma dessas unidades.

A apresentação prévia de um **fluxograma\*** que retrate o itinerário diagnóstico e terapêutico a ser percorrido pelo usuário no sistema favorece a estruturação da linha de cuidado nos sistemas de saúde. Para favorecer sua utilização, essa padronização é então apresentada através de **planilhas sínteses** que tem como ponto de partida a classificação de risco clínico relacionada às IST/AIDS e cuja leitura é favorecida pela consulta prévia ao fluxograma assistencial e como complementação à planilha síntese, os **encartes**, permitem aprofundar alguns assuntos que merecem um maior detalhamento ou destaque e facilitar o acesso a determinadas informações para o uso imediato dos gerentes e/ou profissionais de saúde.

 Atividade ou ação,  decisão,  conexão,  direção do fluxo

\* Os fluxogramas foram impressos em folhas a parte e estão encartados na capa dura posterior desse manual e deve-se atentar para sua interpretação aos significados dos símbolos acima.

Importante destacar que todas as LC desenhadas como referências para o SUS SP, respeitam um conjunto de pressupostos comuns a todas elas, independente do agravo

ou da condição de saúde apresentada pelos portadores a que se destinam. São esses pressupostos que fundamentam a estruturação do fluxo e dos processos de trabalhos envolvidos. Dentre eles destacam-se:

- Abordagem integral do processo saúde - doença com atividades voltadas à promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação.
- Ênfase nas ações educativas e no autocuidado, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.
- Estimulo á formulação de projeto terapêutico singular (PTS) em qualquer unidade do sistema, o que pressupõe atuação multiprofissional e interdisciplinar.
- Coordenação do cuidado pela equipe da Atenção Básica (AB) à Saúde.
- Monitoramento sistemático da adesão do usuário ao plano de cuidado proposto.
- Estratificação de risco de forma a: identificar os casos que exigem maior atenção; definir o fluxo mais adequado para cada situação; e, otimizar os recursos existentes.
- Fluxo do paciente determinado pela necessidade detectada a cada passo do processo assistencial, de forma flexível e multidirecional, permitindo o acompanhamento paralelo em diferentes unidades de atenção e permitindo que o paciente mantenha o vínculo com sua unidade básica de saúde de origem.

A estruturação, mesmo que gradativa, de diferentes LC num sistema, tende a promover e estimular a revisão de uma série de conceitos e processos que permeiam o sistema como um todo e cada unidade de saúde que o compõe.

Isso acarreta em cada uma dessas unidades, a necessidade de reorganização do conjunto de atividades desenvolvidas internamente, o que pode ser expresso através de protocolos assistenciais próprios da unidade, que em última análise representam o detalhamento das iniciativas propostas na LC para aquele tipo de unidade.

## Documentos técnicos da lc em IST/HIV/AIDS

A padronização técnica dos documentos apresentados, a seguir, foi definida a partir das orientações concedidas pela equipe do Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS- SES/SP, descritas na Parte I desse Manual 1- Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde e nos manuais 2 - Manual de Prevenção e, 3- Assistência em IST/HIV/AIDS, que juntos compõem as Diretrizes para a implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS.

Os Documentos Técnicos da LC em IST/HIV/AIDS foram construídos para serem utilizados como referência nos processos de estruturação dessa linha nas diversas redes regionais de atenção à saúde em construção no estado, visando qualificar a atenção ofertada pelo SUS. Nessa perspectiva, deve ser vista como um instrumento de gestão do cuidado que deve ser adaptado a cada realidade e periodicamente revisto e atualizado.



## 2. Quadros sínteses

---

Embora as atividades de promoção da saúde e prevenção dos agravos relacionados as IST e HIV/AIDS sejam apresentadas em conjunto por serem praticamente as mesmas, optou-se por separar as atividades relacionadas a assistência, pois elas exigem estruturas e dinâmicas distintas.

## 2.1 Planilha 1 – Promoção e Prevenção das IST/ HIV/AIDS

Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b>					
População em geral	Atenção Básica e demais serviços que compõem a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS	<p>Promover o diálogo da vivência e exercício da sexualidade nas práticas assistenciais, entre profissionais de saúde/ serviços de saúde e usuários, com respeito à cultura, crenças e modos de vida dos usuários, com possibilidade de pensar projetos terapêuticos singulares para casos mais complexos. Estabelecer ações de interlocução com outros setores sociais, como Educação e Justiça, com o intuito de contribuir para a transformação de preconceitos e desigualdades no campo do gênero da saúde reprodutiva, e favorecer a garantia de direitos, maior autonomia e responsabilidade na vivência da sexualidade.</p>	<p>Elaboração de um plano estratégico para a promoção à saúde, estabelecendo as ações a serem desenvolvidas no serviço e em outros setores sociais, com a definição de responsáveis, prazos e parcerias</p> <p>Educação em Saúde no contexto das IST/HIV para toda a equipe de saúde, capacitando-os não apenas para a abordagem técnica dos temas com a população em geral, como também em relação a valores e atitudes que respeitem as escolhas e a vivência das pessoas</p> <p>Disponibilização de informação clínica aos profissionais de saúde.</p> <p>Apoio institucional aos trabalhadores que apresentem</p>		<p>Materiais de informação, educação e comunicação (IIEC)</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
			<b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b>		
		<p>Promover a realização de projetos extramuros</p> <p>Promover articulação entre níveis de atenção diferentes, para fortalecer parcerias e relações de referência e contra referência nas redes de serviços e compreender melhor a vida e as vulnerabilidades dos usuários dos serviços.</p> <p>Identificar barreiras à relação terapêutica, no acesso ao serviço e ao tratamento como o impacto dos preconceitos e estigmas, os diferentes modos de vida, as desigualdades sociais, e propor estratégias singularizadas para cada usuário.</p> <p>Promover o diálogo da vivência e exercício da sexualidade nas práticas assistenciais, entre profissionais de saúde/ serviços de saúde</p>	<p>dificuldades na abordagem do tema e na relação profissional/paciente</p> <p>Desenvolvimento de ações educativas para a promoção da saúde em geral, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, no próprio serviço, nas atividades extramuros e em outros equipamentos sociais abrindo espaços de diálogo livre de preconceito e de ameaças à autonomia e às decisões de cada um</p> <p>Ações educativas e apoio individualizado para pessoas com dúvidas e dificuldades em relação ao tema, especialmente em relação ao uso de preservativos pelo parceiro e direitos reprodutivos</p> <p>Disponibilização de material informativo/ educativo em diferentes formatos, de fácil acesso, no serviço e em</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b></p> <p>e usuários, com respeito à cultura, crenças e modos de vida dos usuários, com possibilidade de pensar projetos terapêuticos singulares para casos mais complexos.</p> <p>Estabelecer ações de interlocução com outros setores sociais, como Educação e Justiça, com o intuito de contribuir para a transformação de preconceitos e desigualdades no campo do gênero da saúde reprodutiva, e favorecer a garantia de direitos, maior autonomia e responsabilidade na vivência da sexualidade.</p> <p>Promover a realização de projetos extramuros</p> <p>Promover articulação entre níveis de atenção diferentes, para fortalecer parcerias e relações de referência e contra referência nas redes</p>	<p>outros espaços</p> <p>Mapeamento e articulação com os setores sociais que possam contribuir para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção</p> <p>Gerenciamento da oferta de insumos para a prevenção</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b>					
		<p>de serviços e compreender melhor a vida e as vulnerabilidades dos usuários dos serviços.</p> <p>Identificar barreiras à relação terapêutica, no acesso ao serviço e ao tratamento como o impacto dos preconceitos e estigmas, os diferentes modos de vida, as desigualdades sociais, e propor estratégias singularizadas para cada usuário.</p> <p>Considerar e valorizar o conhecimento e crenças dos usuários sobre o próprio corpo, estabelecendo um diálogo entre o saber popular e o saber científico, colaborando com a compreensão e apropriação do tratamento pelo paciente.</p> <p>Pensar em alternativas possíveis em conjunto com o usuário diante da</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b></p> <p>dificuldade da negociação de métodos preventivos com o parceiro(a), principalmente mulheres (desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres), de profissionais do sexo (relação de poder econômico), entre outros.</p> <p>Instituir ações para inclusão dos homens no pré-natal e nos atendimentos de direito reprodutivo, com o intuito de contribuir para o envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões de saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Promover o direito às pessoas, incluindo as PVHIV, de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas; ofertando acesso a informações,</p>			





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Promoção a saúde no contexto das IST e HIV</b>					
		<p>meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.</p> <p>Promover o direito das pessoas de viver e expressar livremente a sexualidade sua orientação sexual, independentemente de estado civil, idade ou condição física, livre de discriminação, imposição e violência; sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.</p> <p>Proporcionar nos serviços de saúde espaços de diálogo e participação social, promovendo a co-responsabilização, a autonomia e apropriação dos conhecimentos sobre a própria saúde.</p>			
<b>Prevenção das IST e do HIV</b>					
População em geral	Atenção Básica	<p>Realizar ações de prevenção na comunidade, articulando com a atenção secundária e terciária.</p> <p>Realizar ações para</p>	Elaboração de um plano estratégico para a prevenção das IST/HIV, estabelecendo as ações a serem desenvolvidas no serviço e em outros	Exames laboratoriais básicos para triagem e diagnóstico	Insumos de prevenção - preservativos masculino, feminino, gel



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Prevenção das IST e do HIV</b>					
		<p>ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e da sífilis, e identificar <b>populações mais vulneráveis</b><sup>1</sup> nos territórios.</p> <p>Disponibilizar materiais informativos, educativos.</p> <p>Disponibilizar sem barreiras os <b>insumos de prevenção</b><sup>2</sup>, em locais de fácil acesso (display, cestos, estações de prevenção, entre outros)</p> <p>Realizar ações de promoção de saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Facilitar a participação da Sociedade Civil Organizada.</p> <p>Ofertar <b>testagem</b><sup>3</sup> sorológica para HIV, sífilis, hepatites B e C para população em geral (em especial mulheres por ocasião de visitas de rotina e população jovem ativas sexualmente) e testagem rápida para gestantes e</p>	<p>setores sociais, com a definição de responsáveis, prazos e parcerias</p> <p>Educação em Saúde no contexto das IST/HIV para toda a equipe de saúde, capacitando-os não apenas para a abordagem técnica dos temas com a população em geral, como também em relação a valores e atitudes que respeitem as escolhas e a vivência dos usuários</p> <p>Disponibilização de informação clínica aos profissionais de saúde</p> <p>Apoio institucional aos trabalhadores que apresentem dificuldades na abordagem do tema e na relação profissional/paciente.</p> <p>Desenvolvimento de ações educativas voltadas para a prevenção de IST/HIV com ênfase na saúde sexual e</p>	<p>de infecção por HIV, HV e IST</p>	<p>Lubrificante e agulhas e seringas descartáveis.</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação (IEC)</p> <p>Medicamentos utilizados na TARV (início de tratamento da PEP)</p> <p>Imunobiológicos</p> <p>Testes Rápidos para HIV (diagnóstico), sífilis (triagem) e hepatites B e C (triagem)</p>





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Prevenção das IST e do HIV</b></p> <p>mobilização como ex. a campanha Fique Sabendo</p>	<p>mais vulneráveis no território ( em uso de droga, moradores de rua, profissionais do sexo, privados de liberdade, pessoas Trans e homens que fazem sexo com homens (locais de socialização dessas populações)</p> <p>Gestão do acesso ao serviço para casos suspeitos ou confirmados de IST/HIV de forma a eliminar barreiras burocráticas, técnicas e culturais, agilizar o atendimento e garantir a adesão ao tratamento</p> <p>Gerenciamento da oferta de insumos para a prevenção (solicitar e monitorar o quantitativo disponível dos insumos).</p> <p>Ampliação do diagnóstico precoce de IST/HIV no próprio serviço, buscando ampliar o espaço das ações educativas e a busca de casos novos: sensibilização dos</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		Prevenção das IST e do HIV	<p>profissionais médicos e não médicos para o desenvolvimento de ações de orientação, informação, busca e detecção de casos novos de IST/HIV na clientela já em seguimento por outros agravos, inclusão do parceiro no pré-natal, discussão dos direitos reprodutivos nos programas de planejamento reprodutivo,, etc</p> <p>Definição do fluxo assistencial ao longo do sistema de saúde e gerenciamento do sistema de referência-contrá-referência</p> <p>Articulação com a atenção especializada (SAE) para o acolhimento desburocratizado e ágil de pacientes detectados durante o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção</p> <p>Elaboração e implementação de protocolos institucionais</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Prevenção das IST e do HIV</b>					
			de aconselhamento, testagem sorológica inclusive para os parceiros e de assistência inicial aos casos que se enquadraram nos critérios de indicação do PEP Notificação dos agravos		
			Notificação dos agravos		
	Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	Disponibilizar materiais informativos, educativos e insumos para prevenção. Orientar quanto à redução do risco de transmissão sexual do HIV em situações de uso de álcool e outras drogas Realizar atividades extramuros para promoção, prevenção e diagnóstico de HIV, hepatites B e C, sífilis e outras IST. Realizar estratégias de mobilização (ex: “Fique Sabendo”). Promover articulação com	Educação em Saúde no contexto das IST/HIV para toda a equipe de saúde,		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p>as Redes temáticas (Materno Infantil, Urgências e Emergências, Atenção Psicossocial e Oncológica), instituições locais, programas de DST/AIDS e hepatites virais, ONG, SUAS, etc.</p> <p>Realizar ações de <b>vigilância epidemiológica</b><sup>6</sup>.</p> <p>Capacitar profissionais de saúde e outros trabalhadores em aconselhamento, acolhimento e testagem.</p> <p>Utilizar os sistemas de informação (ex: SINAN, SICTA)</p> <p>Ofertar o <b>aconselhamento</b><sup>3</sup> com <b>gerenciamento de risco e enfoque na prevenção combinada</b><sup>9</sup>.</p>	<p>capacitando-os não apenas para a abordagem técnica dos temas, mais especificamente em acolhimento e testagem como também em relação a valores e atitudes que respeitem as escolhas e a vivência dos usuários</p> <p>Disponibilização de informação clínica aos profissionais de saúde</p> <p>Apoio institucional aos trabalhadores que apresentem dificuldades na abordagem do tema e na relação profissional/paciente</p> <p>Desenvolvimento de ações educativas voltadas para a prevenção de IST/HIV com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, no próprio serviço, em atividades extramuros e em outros equipamentos, abrindo um diálogo livre de preconceito e de ameaças à</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Prevenção das IST e do HIV</b></p> <p>Ofertar <b>diagnóstico</b> (metodologias rápidas e sorológicas): <b>HIV<sup>7</sup></b> (Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009); Sífilis (Portaria 3242, de 30 de dezembro de 2011); Hepatite B (HBsAg + anti-HBc total); Hepatite C (Anti-HCV).</p> <p>Realizar abordagem por <b>fluxograma para tratamento das IST<sup>10,21,22a,b,c,d,e,f</sup></b></p> <p>Realizar vacina de Hepatite B dentre outras, e/ou referenciar para atenção básica ou serviços especializados (ex: CRIE).</p> <p>Realizar a vinculação (inserir encarte) dos usuários aos SAE no período que sucede o diagnóstico.</p> <p>Realizar o acompanhamento das parcerias sexuais sorodiscordantes.</p>	<p>autonomia e às decisões de cada um.</p> <p>Ações educativas e apoio individualizado para pessoas com dúvidas e dificuldades em relação ao tema, especialmente em relação ao uso de preservativos pelo parceiro e direitos reprodutivos</p> <p>Mapeamento e articulação com os setores sociais que possam contribuir para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção</p> <p>Gerenciamento da oferta de insumos para a prevenção</p> <p>Disponibilização de material informativo/educativo em diferentes formatos, de fácil acesso, no serviço e em outros espaços</p> <p>Elaboração, implementação e gerenciamento de protocolos institucionais de aconselhamento, testagem sorológica,</p>		





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p>Oferecer atendimento inicial nos casos de exposição sexual e realizar os devidos encaminhamentos</p> <p>Realizar acompanhamento de populações vulneráveis com oferta de prevenção combinada considerando a autonomia e singularidades das pessoas.</p>	<p>inclusive para os parceiros, gerenciamento de risco e prevenção combinada. Elaboração, implementação e gerenciamento de protocolos institucionais para a realização de testes laboratoriais e a oferta do diagnóstico, utilizando a abordagem por fluxograma</p> <p>Acompanhamento dos pacientes enquanto aguardam atendimento (processo de vinculação) nos serviços de referência</p> <p>Acompanhamento dos parceiros sexuais sorodiscordantes</p> <p>Articulação com a atenção básica para estabelecimento de um fluxo para vacinação, e atendimento clínico, se necessário, enquanto aguardam atendimento nos serviços de referência.</p> <p>Articulação com a atenção especializada (SAE) para o</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Prevenção das IST e do HIV</b>					
			<p>acolhimento desburocratizado e ágil de pacientes positivos para IST/HIV detectados no CTA</p> <p>Articulação com as redes temáticas</p> <p>Ações educativas e apoio individualizado para pessoas com dúvidas e dificuldades em relação ao tema, especialmente em relação ao uso de preservativos pelo parceiro e direitos reprodutivos</p> <p>Realização de ações de vigilância e notificação dos agravos (SINAN, SICTA)</p> <p>Atualizar as informações referentes ao funcionamento do serviço no site: <a href="http://www.crt.saude.sp.gov.br">www.crt.saude.sp.gov.br</a></p>		
Gestantes e Puérperas	Atenção Básica	<p>Promover a adesão das gestantes da área de abrangência da unidade ao pré-natal completo</p> <p><b>Incluir o parceiro no acom</b></p>	<p>Captação de gestantes</p> <p>Início imediato do pré-natal no momento do diagnóstico</p> <p>Cadastramento e vigilância das gestantes faltosas.</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Prevenção das IST e do HIV</b></p> <p><b>panhamento pré-natal</b><sup>8</sup></p> <p>Implementar ações educativas: grupos de gestantes</p> <p>Promover ações para reduzir a <b>transmissão vertical do HIV e sífilis</b><sup>20b, c,23,24</sup>.</p> <p>Disponibilizar insumos de prevenção sem restrição</p> <p>Ofertar <b>testagem</b><sup>3</sup> preferencialmente rápida para HIV, sífilis, hepatites B para gestantes no pré-natal e seu parceiro</p> <p>Realizar, os testes para a sífilis, para o HIV na primeira consulta e no início do terceiro trimestre para as gestantes durante o pré-natal</p> <p>Realizar tratamento imediato para gestante e seus parceiros nos casos positivos de sífilis.</p> <p>Disponibilizar vacinação contra hepatite B</p> <p>Realizar, no mínimo, dois</p>	<p>Busca ativa de gestantes faltosas e identificação das causas das faltas/abandono do programa de pré-natal estabelecendo estratégias de intervenção que promovam a adesão (projeto terapêutico individualizado)</p> <p>Desenvolvimento de ações educativas voltadas para a prevenção de IST/HIV com ênfase na saúde sexual e reprodutiva</p> <p>Monitoramento do programa de pré-natal</p> <p>Elaboração, implementação e monitoramento de protocolos institucionais de pré-natal, aconselhamento, testagem sorológica para IST/HIV inclusive para os parceiros, de tratamento e seguimento da sífilis na gestação</p> <p>Articulação com a atenção especializada (SAE) para o</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Prevenção das IST e do HIV</b></p> <p>testes para a sífilis, para o HIV e para as hepatites virais durante o pré-natal e tratamento imediato nos casos positivos de sífilis e encaminhar com garantia de vinculação<sup>11</sup> os casos positivos de HIV para o SAE de referência.</p> <p>Garantir o acompanhamento às puérperas independente de terem realizado o pré-natal ou não.</p> <p>Implementar ações que garantam a aplicação da penicilina G benzatina para gestante e parceiros na rede de atenção básica a saúde.</p> <p>Garantir o seguimento dos recém-nascidos com sífilis congênita e os expostos a sífilis materna.</p> <p>Notificar os agravos compulsórios em gestantes (HIV e/ou sífilis).</p>	<p>fluxo de encaminhamento dos casos positivos para o HIV</p> <p>Captação das puérperas para acompanhamento (mesmo aquelas não cadastradas como gestantes no serviço)</p> <p>Capacitar profissionais de enfermagem na realização de testes de sensibilidade para gestantes com suspeita de alergia a penicilina</p> <p>Articulação com serviços de referência para avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica de recém-nascidos com sífilis congênita</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
<b>Prevenção das IST e do HIV</b>					
Grupos vulneráveis ao HIV e outras IST	Atenção Básica e demais serviços que compõem a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS	<p>Intensificar ações de prevenção, descritas nos quadros anteriores</p> <p>Utilizar o nome social em todos os atendimentos</p> <p>Identificar as populações mais vulneráveis para DST/HIV, no território</p> <p>Preparar profissionais através de capacitações, para lidar com o preconceito e a discriminação voltados a esse segmento populacional. Estabelecer vínculos com as pessoas que vivem nas ruas e abusam do álcool e outras drogas (no caso dos consultórios nas ruas).</p> <p>Ofertar <b>testagem</b><sup>3</sup> rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C, para essa população, tanto na comunidade e em ambientes clínicos, vinculada com a prevenção, cuidados e serviços</p>	<p>Elaboração de um plano estratégico para a prevenção das IST/HIV, estabelecendo as ações a serem desenvolvidas no serviço, em outros setores sociais e nos espaços onde vivem os grupos vulneráveis, com a definição de responsáveis, prazos e parcerias</p> <p>Educação em Saúde no contexto das IST/HIV para toda a equipe de saúde, apacificando-os não apenas para a abordagem técnica dos temas, como também em relação a valores e atitudes que respeitem as escolhas e a vivência dos usuários, especialmente dos grupos vulneráveis</p> <p>Preparar os profissionais de saúde para acolhimento e promoção de inclusão da população LGBT,(ex. uso do nome social)</p> <p>Disponibilização de informação</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p>de tratamento.</p> <p>Disponibilizar vacinação contra Hepatite B.</p> <p>Realizar estratégia de redução de danos com distribuição de preservativos e insumos de prevenção.</p> <p>Orientar sobre o compartilhamento e utilização de seringas, agulhas ou outros objetos utilizados em outras situações que não incluem injeções de drogas: razões ritualísticas, tatuagens (detentos), aplicação de hormônios e silicone (pessoas trans), anabolizantes e esteróides na forma injetável (principalmente em jovens), bem como os efeitos dessas substâncias.</p> <p>Utilizar gerenciamento de risco e prevenção combinada para a diminuição de risco de adquirir IST/HIV,</p>	<p>clínica aos profissionais de saúde.</p> <p>Apoio institucional aos trabalhadores que apresentem dificuldades na abordagem do tema e na relação profissional/paciente</p> <p>Mapeamento das populações mais vulneráveis.</p> <p>Elaboração de estratégias de abordagem e criação de vínculo com esses grupos, no serviço e nos espaços onde convivem.</p> <p>Intensificação no desenvolvimento de ações educativas voltadas para a prevenção de IST/HIV com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, na redução de danos e na prevenção combinada, no próprio serviço, em atividades extramuros, em outros equipamentos e nos espaços onde convivem os grupos vulneráveis,</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p><b>Prevenção das IST e do HIV</b></p> <p>considerando as questões de gênero, orientação sexual e autonomia dos indivíduos.</p> <p>Estimular o uso de preservativo e gel no momento das relações sexuais de maior risco, anais e vaginais com penetração. Ressaltar a importância do uso desses insumos na discussão de prevenção para travestis e transexuais que trabalham como profissionais do sexo, e lembrar que nas relações sem preservativo o risco pode ser minimizado com uso de gel e PEP.</p> <p>Disponibilizar profilaxia pós-exposição (PEP)<sup>5</sup> para todas as pessoas, após uma possível exposição ao HIV ou, no caso da atenção básica, garantir o encaminhamento em até no máximo 72 horas para o SAE/CTA ou para rede de UE.</p>	<p>abrindo um diálogo livre de preconceito e de ameaças à autonomia e às decisões de cada um</p> <p>Ações educativas e apoio individualizado para pessoas com dúvidas e dificuldades em relação ao tema, especialmente em relação ao uso de preservativos pelo parceiro e direitos reprodutivos .</p> <p>Disponibilização de material informativo/educativo em diferentes formatos, de fácil acesso, no serviço e em outros espaços.</p> <p>Mapeamento e articulação com os setores sociais que possam contribuir para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção.</p> <p>Gestão do acesso à atenção básica para casos suspeitos ou confirmados de IST/HIV de forma a eliminar barreiras</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico	Insumos
		<p>No caso de violência sexual oferecer os cuidados e a proteção às pessoas em situações de violências nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.</p>	<p>burocráticas, técnicas e culturais, agilizar o atendimento e garantir a adesão ao tratamento (inclusive vacinação)</p> <p>Articulação com a atenção especializada (SAE) para o acolhimento desburocratizado e ágil de pacientes detectados durante o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção</p> <p>Gerenciamento da de referência-contrá-referência</p> <p>Elaboração e implementação de protocolos institucionais de aconselhamento, testagem sorológica (inclusive para os parceiros), prevenção combinada e de assistência inicial aos casos que se enquadram nos critérios de indicação da PEP</p> <p>Notificação dos agravos.</p>		





## 2.2. Quadro-síntese 2- Assistência em HIV/AIDS

Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
PVHA (Crianças, adolescentes, adultos e gestantes) e Crianças expostas ao HIV	Atenção básica	<p>Proceder à recepção ativa da PVHIV imediata caso a mesma tenha sido encaminhada/procurou à unidade</p> <p>Acolher e avaliar se a PVHIV está em acompanhamento na referência SAEI, se não estiver, realizar avaliação de risco e encaminhar para o serviço de referência, monitorando e promovendo a <b>vinculação</b><sup>11</sup> no SAEI,</p> <p>Realizar ações em saúde integradas com os serviços especializados para PVHIV voltadas para a qualidade de vida: exercícios físicos, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, saúde sexual e reprodutiva, vacinação, acompanhamento conjunto</p>	<p>Gestão do acesso considerando: agendamento gerenciado, flexibilidade de horários, coleta de exames, acessibilidade ao transporte público</p> <p>Recepção ativa com classificação de risco biológico, psicossocial e análise dos fatores que possam interferir na vinculação, retenção e adesão ao tratamento</p> <p>Sistema de organização das agendas que viabilize o atendimento de acordo com o grau de risco biológico e psicossocial da PVHIV incluíve para o sistema de porta aberta para pacientes com alta vulnerabilidade</p>	<p>Exames laboratoriais básicos inclusive para triagem e ou diagnóstico de infecção por HIV, HV e IST</p> <p>Exames básicos de imagem</p> <p>PPD para casos específicos, de acordo com protocolo</p> <p>Medicamentos para o tratamento de TB sensível</p> <p>Medicamentos para o tratamento das IST</p> <p>Medicamentos para o tratamento das doenças relacionadas ao risco cardiovascular.</p>	<p>Insumos de prevenção - preservativos masculino, feminino, gel lubrificante e agulhas e seringas descartáveis.</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação (IEC)</p> <p>Medicamentos para o tratamento de TB sensível.</p> <p>Medicamentos para o tratamento das IST</p> <p>Medicamentos para o tratamento das doenças relacionadas ao risco cardiovascular.</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
	de morbidades e tratamento supervisionado para TB; Realizar ações articuladas com os SAE para busca ativa de faltosos, visita domiciliar e promoção da adesão Elaborar e implementar um plano de cuidado multiprofissional que identifique o que é da área de competência da atenção básica, mesmo considerando que o paciente será encaminhado e acompanhado no serviço de atenção especializada (SAE) Respeitar sempre a confidencialidade, sigilo e autonomia do usuário Encaminhar para o serviço de urgência/emergência para estabilização clínica, se necessário, com o devido relatório de referenciamento. Disponibilizar e utilizar	O sistema de agendamento deve também procurar concentrar os atendimentos a um mesmo paciente num mesmo período, incentivando a adesão ao plano de cuidado Cadastro geral de usuários e cadastros específicos por patologia/risco de acordo com a necessidade detectada pela equipe profissional Aconselhamento centrado na pessoa e na família. Disponibilização de informação clínica para a equipe: diretrizes clínicas, guias farmacológicos, sistemas interativos de prescrição, etc. Elaboração, implementação e gerenciamento de protocolos e fluxogramas assistenciais institucionais	das doenças relacionadas ao risco cardiovascular Imunobiológicos de acordo com o calendário vacinal	Medicamentos utilizados no TARV (início de tratamento do PEP) Imunobiológicos. Testes Rápidos para HIV (diagnóstico), sífilis (triagem) e hepatites B e C (triagem)	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<b>Assistência em HIV/AIDS</b>			
		<p>penicilina G benzatina para <b>tratamento da sífilis inclusive materna</b><sup>22f, 23</sup> e seus parceiros e penicilina procaína para <b>tratamento da sífilis congênita</b><sup>24</sup>, quando indicada a sua utilização</p> <p>Realizar seguimento sorológico e controle de cura para todas as <b>gestantes tratadas para sífilis</b><sup>23</sup></p> <p>Elaborar documento de encaminhamento devidamente preenchido ao SAE e ao pré-natal (quando não realizado no local) monitorando e promovendo a <b>vinculação</b><sup>11</sup></p> <p>Elaborar documento de encaminhamento devidamente preenchido para o Ambulatório Especializado de Pediatria para crianças expostas ao HIV materno, crianças e adolescentes com HIV/AIDS</p> <p>Em caso de urgência,</p>	<p>Prontuário eletrônico único e transdisciplinar em rede</p> <p>Elaboração de projeto terapêutico individualizado com abordagem integral e multiprofissional e a participação do usuário considerando aspectos relacionados à PVHIV, ao serviço e ao sistema.</p> <p>Compartilhamento do Projeto Terapêutico com outras instâncias do sistema, particularmente com a atenção básica, CAPS, serviços de saúde mental, especialidades (acompanhamento paralelo).</p> <p>Gestão de caso para pacientes novos, do porta aberta, em reentrada após abandono de tratamento, de maior complexidade e/ou maior vulnerabilidade</p> <p>Monitoramento da implantação do plano de cuidado</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<b>Assistência em HIV/AIDS</b>			
		<p>entrar em contato direto com o SAE, o Ambulatório Especializado de Pediatria ou o Ambulatório de Pré Natal de Risco para garantir o acolhimento imediato do paciente</p> <p>Garantir atendimento odontológico na atenção básica caso esse serviço não esteja disponível no SAE</p> <p>Garantir o apoio técnico da atenção especializada (matriciamento) para o acompanhamento paralelo das PVHA na atenção básica</p> <p>Garantir o atendimento rápido do paciente em caso de intercorrências clínicas, definindo posteriormente se há necessidade de encamiamento para o serviço de urgência/emergência ou retorno no serviço especializado.</p>	<p>com adequação do Projeto Terapêutico redefinindo fluxos diferenciados, cronograma específico de retornos, utilizando lembretes de alerta para consultas e/ou medições, envolvendo equipamentos sociais se necessário</p> <p>Implementação do autocuidado apoiado</p> <p>Articulação sistêmica com instituição de sistema de regulação de vagas, elaboração de mapas de referenciamento e gerenciamento do sistema de referência-contrá-referência, garantindo a continuidade de da atenção</p> <p>Gerenciamento da vigilância através de cadastros ou sistemas (SISCEL) que possibilitem a detecção de casos de não adesão,</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		Assistência em HIV/AIDS			
		Realizar visitas domiciliares quando necessário para casos acompanhados no SAE Dar suporte ao Atendimento Domiciliar caso necessário <b>Notificar</b> <sup>4</sup> , caso ainda não tenha sido realizado tal procedimento	busca ativa através de visitas domiciliares ou outros meios de comunicação com garantia de reagendamento, lembretes/alarmes com o uso de diferentes instrumentos eletrônicos, para consultas ou medicações, controle do uso de medicação, acompanhamento do sistema de retirada de ARV, comunicação com os parceiros, avaliação de parceiros, etc Análise das causas de não retenção/adesão ao plano de cuidado, estabelecendo estratégias institucionais ou mudanças nos projetos terapêuticos individualizados de modo a garantir a continuidade da atenção Notificação de casos conforme fluxo estabelecido Educação continuada e		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
			<p>em serviço para a equipe, levando em consideração não apenas a atualização científica mas também a gestão do cuidado e a gestão de processos utilizando para isso metodologias participativas através da aprendizagem significativa (discussão de casos clínicos e institucionais, por exemplo)</p> <p>Identificação e capacitação de lideranças</p> <p>Participação da equipe em processos de matriciamento para capacitação de profissionais em todos os pontos do sistema, elaboração de protocolos conjuntos, inclusive de encaminhamento ao SAE</p> <p>Organização dos processos de trabalho de acordo com o planejamento do SAE,</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
			<p>utilizando para isso ferramentas de gestão de processos (mapeamento de processos, SIPOC, etc)</p> <p>Definição de equipes multiprofissionais de referência, equipes de apoio matricial, atendimento domiciliar (visitas, atendimento terapêutico, internação domiciliar)</p> <p>Utilização de instrumentos que incentivem a integração e a continuidade das ações - cartão da gestante, cartão de vacinação, fichas de atendimento, etc</p> <p>Educação em Saúde para as PVHIV, personalizada e/ou em grupos (programas educativos) a partir do acesso ao serviço, passando pelo aconselhamento e durante todo o acompanhamento clínico, considerando sempre aspectos</p>		

Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<b>Assistência em HIV/AIDS</b>			
			<p>como comorbidades, hábitos nocivos, barreiras socioeconômicas e culturais, estigmas, mobilidade, histórico de abandono, situação laboral, etc</p> <p>Monitoramento e avaliação contínua com a utilização de diferentes ferramentas de gestão: reuniões de equipe, monitoramento clínico através da avaliação de prontuários, indicadores, uso de sistemas de informação disponíveis (SIH, SIA, SINAN, QUALIAIDS, QUALIREDE, SIMC, SICLOM, SISCEL)</p> <p>Estabelecimento de ciclos de melhoria contínua.</p>		
CONSULTÓRIO NA RUA		Articular com o SAE a busca ativa de PVHIV que não se vincularam ou não ficaram retidos			Insumos de prevenção - preservativos masculino, feminino, gel lubrificante e





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>Realizar PTS compartilhado com o SAE</p> <p>Promover adesão a TARV, retenção no SAE</p> <p>Realizar abordagem síndrome da IST se tiver médico ou enfermeiro capacitado</p>			<p>agulhas e seringas descartáveis.</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação (IEC)</p>
SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SAE)		<p>Adulto infectado pelo HIV</p> <p>Prestar assistência multiprofissional durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo a integração entre os pontos de atenção, organizada pela RAS</p> <p>Realizar a <b>abordagem inicial das PVHIV<sup>12</sup></b>: realizar avaliação clínica e laboratorial levando em conta o estilo de vida, a presença de hábitos deletérios, a história reprodutiva, a história psicossocial, a avaliação da situação vacinal e odontológica e as</p>		<p>Exames laboratoriais para diagnóstico e estadiamento da infecção por HIV, contagem de células CD4/CD8, quantificação da carga viral e exames de genotipagem.</p> <p>Exames laboratoriais para detecção e acompanhamento das possíveis comorbidades associadas à infecção</p>	<p>Insumos de prevenção - preservativos masculino, feminino, gel lubrificante e agulhas e seringas descartáveis.</p> <p>Materiais de informação, educação e comunicação (IEC)</p> <p>Medicamentos para o tratamento de TB sensível e resistente e para micobactérias não tuberculosas</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>principais comorbidades</p> <p>Proceder o <b>estadiamento clínico e laboratorial</b><sup>12</sup>.</p> <p><b>Investigar possível co-infecção TB/HIV ou Infecção Latente por TB</b><sup>13</sup></p> <p>Investigar risco cardiovascular.</p> <p>Investigar outras IST.</p> <p>Investigar e, se necessário, tratar as comorbidades</p> <p>Proceder à avaliação multiprofissional</p> <p>Classificar o risco psicossocial</p> <p>Elaborar, implementar e monitorar o projeto terapêutico singular (PTS) com participação do usuário.</p> <p><b>Instituir e monitorar a TARV</b><sup>14,15a,b</sup> de acordo com o protocolo.</p> <p>Avaliar e, se necessário, instituir profilaxia ou</p>		<p>por HIV, inclusive IST, HV e efeitos adversos laboratoriais</p> <p>PPD para casos específicos, de acordo com protocolo</p> <p>Exames de imagem de média e alta complexidade.</p> <p>Exames anatômopatológicos, em especial a biópsia hepática. Outros exames pertinentes à assistência de acordo com o caso</p> <p>Medicamentos para o tratamento de TB</p> <p>Medicamentos</p>	<p>Medicamentos para o tratamento das IST</p> <p>Medicamentos para o tratamento das doenças relacionadas ao risco cardiovascular</p> <p>Medicamentos utilizados na TARV e para a PEP</p> <p>Medicamentos para tratamento de afecções relacionadas à criança e ao adolescente</p> <p>Medicamentos para tratamento de afecções relacionadas à gestação.</p> <p>Imunobiológicos</p> <p>Testes Rápidos para HIV</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>tratamento das coinfeções, com ênfase na TB, Hepatites virais (B e C), HTLV e IST</p> <p>Instituir as profilaxias primária e secundária para infecções oportunistas</p> <p>Prevenir e instituir o tratamento no caso de <b>eventos adversos à TARV<sup>6a,b</sup></b> e/ou outros medicamentos, inclusive preenchimento facial (no próprio serviço ou com referenciamento)</p> <p>Realizar avaliação odontológica e disponibilizar o tratamento, na própria unidade ou com referenciamento</p> <p>Oferecer assistência <b>(PEP)<sup>5</sup></b> aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual (no próprio serviço ou com referenciamento)</p> <p>Realizar o monitoramento laboratorial com biologia</p>		<p>para o tratamento das IST</p> <p>Medicamentos para o tratamento das doenças relacionadas ao risco cardiovascular.</p> <p>Medicamentos utilizados no TARV</p> <p>Imunizações e Imunoterapia</p>	<p>(diagnóstico), sífilis (triagem) e hepatites B e C (triagem)</p> <p>Polimetilmetacrilato</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>molecular e genotipagem para o manejo clínico para o reconhecimento de <b>falha terapêutica e/ou efeitos adversos laboratoriais</b><sup>16a,b,17</sup></p> <p>Garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário, (especialmente contagem de células CD4/CD8, quantificação da carga viral e genotipagem do HIV, biópsia hepática)</p> <p>Garantir o acompanhamento psicológico, social e de enfermagem, inclusive com orientação legal</p> <p>Realizar ações de prevenção e qualidade de vida junto às PVHA e seus parceiros: redução de danos, adesão, lipodistrofia e outras comorbidades, humanização, planejamento familiar, avaliação e aconselhamento</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>nutricional, atividade física, abordagem de parceiros</p> <p>Instituir demais ações multidisciplinares que se fizerem necessárias de acordo com o PTS e o grau de risco</p> <p>Reavaliar periodicamente e readequar o PTS de acordo com a evolução do caso</p> <p>Promover articulação com as Redes temáticas (redes temáticas Materno Infantil, Urgências e Emergências, Atenção Psicossocial e Oncológica), outras instituições locais e programas de DST/AIDS e hepatites virais, ONGs e equipamentos de outras secretarias.</p> <p>Encaminhar para os ambulatórios de especialidades com relatório de encaminhamento devidamente preenchido de acordo com a avaliação clínica</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>Encaminhar para serviço de urgência ou internação com relatório de encaminhamento devidamente preenchido de acordo com a avaliação clínica</p> <p>Encaminhar para o serviço de atenção domiciliar, se for o caso, com o devido encaminhamento</p> <p>Desenvolver ações compartilhadas com a atenção básica: atividade física, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, fortalecimento da adesão, busca de faltosos, tratamento supervisionado para a TB, etc)</p> <p>Oferecer apoio técnico à atenção básica para o incentivo à detecção e o acompanhamento paralelo, quando necessário, às PVHA</p> <p><b>Notificar<sup>4</sup></b>, caso ainda não</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>tenha sido realizado tal procedimento e manter contato com a atenção básica para a realização de ações de vigilância que venham a ser necessárias</p> <p><b>NO CASO DE GESTANTES,</b> além das atividades listadas para os adultos:</p> <p>Realizar avaliação laboratorial de acordo com o protocolo de pré-natal de risco, inclusive com confirmação do diagnóstico, se indicado (observar a janela imunológica), levando em consideração possíveis complicações clínicas e obstétricas</p> <p>Elaborar, implementar e monitorar um plano de cuidado com viés multiprofissional que considere as demais comorbidades, com especial atenção para outras DST e HV, não</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Assistência em HIV/AIDS</p> <p>dissociando a assistência clínica da obstétrica</p> <p>Estabelecer um cronograma de consultas de pré-natal compatível com o caso</p> <p>Reavaliar clinicamente a paciente a cada consulta, identificando possíveis intercorrências clínicas ou laboratoriais não detectadas no início do pré-natal.</p> <p>Disponibilizar e utilizar penicilina G benzatina para <b>tratamento da sífilis inclusive materna materna</b> <sup>22f, 23</sup> e <b>paracerias</b> e penicilina procaína para tratamento da sífilis congênita, quando indicada a sua utilização</p> <p>Realizar <b>seguimento sorológico e controle de cura para todas as gestantes tratadas para sífilis<sup>23</sup> e de recém-nascidos com sífilis congênita ou expostos a sífilis materna.</b></p>			





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p><b>Tratar o parceiro<sup>23</sup></b> se necessário e incluí-lo no acompanhamento pré-natal<sup>8</sup></p> <p>Ofertar orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar</p> <p>Realizar ações educativas informando a paciente já infectada antes da gestação dos riscos da manutenção, modificação ou suspensão da TARV, assim como os riscos de transmissão para a criança durante a gravidez, no momento do parto e na amamentação</p> <p>Planejar o parto juntamente com a gestante, definindo o tipo de parto e a maternidade de referência, garantindo que a mesma esteja preparada para o atendimento de gestantes infectadas no</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>período perinatal.</p> <p>Orientar a gestante quanto ao puerpério e agendar consulta na atenção básica ou no SAE</p> <p>Notificar as gestantes/parturientes/puérperas HIV positivo.</p> <p>CRIANÇA EXPOSTA OU INFECTADA PELO HIV</p> <p>Realizar <b>avaliação clínica e laboratorial</b><sup>18</sup>, levando em conta as informações clínicas da gestação e do parto, descritas no relatório de encaminhamento e de acordo com os protocolos clínicos específicos para crianças expostas e para as crianças/adolescentes infectados, levando em consideração possíveis comorbidades</p> <p>Elaborar, implementar e monitorar um plano de cuidado com viés</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>multiprofissional que considere as demais comorbidades, com especial atenção para infecções oportunistas e outras coinfeções e possíveis distúrbios nutricionais</p> <p>Estabelecer um <b>cronograma de consultas compatível com o caso</b><sup>18</sup></p> <p>Reavaliar clinicamente o paciente a cada consulta, identificando possíveis intercorrências clínicas, laboratoriais ou psicossociais não detectadas anteriormente</p> <p>Disponibilizar vacinação ou referenciar para a atenção básica, conforme o <b>calendário de imunizações de crianças expostas e infectadas pelo HIV indicado pelo Programa Nacional de Imunização</b><sup>19</sup> em RN expostos,</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>Instituir e monitorar a quimio-profilaxia da infecção a quimio-profilaxia das infecções oportunistas e o TARV conforme o caso, sempre que o serviço conte com infectologista devidamente capacitado para tal</p> <p>Proceder ao aconselhamento familiar e/ou do paciente</p> <p>Oferecer apoio psicológico e social para o paciente e familiares</p> <p>Orientar sobre a doença, incentivando desde o início a adesão ao tratamento</p> <p>Desenvolver ações compartilhadas com a atenção básica: atividade física, saúde mental, saúde bucal, vacinação, fortalecimento da adesão, busca de faltosos, tratamento supervisionado para a TB, etc)</p> <p>Garantir o atendimento</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>imediate do paciente em caso de intercorrências clínicas, definindo posteriormente se há necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência/emergência, internação ou serviço especializado</p> <p>Elaborar documento de encaminhamento devidamente preenchido para a unidade básica para as crianças expostas seguidas até os 18 meses e que tenham permanecido negativas, orientando que seja agendado uma avaliação anual no serviço de especialidade (SAE)</p> <p>Notificar os casos de exposição ao HIV, o encerramento destes casos aos 18 meses, quando a criança permanece negativa e os casos confirmados de</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<b>Assistência em HIV/AIDS</b>			
		<p>infecção pelo HIV para a Vigilância Epidemiológica</p> <p>Realizar ações de vigilância, busca de faltosas, visitas domiciliares, etc em paralelo com a VE, a atenção básica</p> <p>Realizar matriciamento para AB, serviços de urgência/emergência e ambulatórios de especialidades</p>			
	CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO (CRT)	<p>Além das atribuições para os SAE:</p> <p>Oferecer atenção integral e especializada (ambulatorial) por equipe multiprofissional expandida, a adultos e/ou crianças e/ou adolescentes vivendo com DST/HIV/AIDS;</p> <p>Ser referência técnica para a capacitação de recursos humanos dos diferentes níveis de complexidade dos serviços da rede SUS, no atendimento às DST/HIV/AIDS; Contribuir</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<b>Assistência em HIV/AIDS</b>			
		com a super visão técnica das demais equipes das unidades de saúde, em sua área geográfica.			
	<p>AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADE</p> <p>OUTROS COMO: Unidades de Referência a Saúde do Idoso, Centro Específico de Reabilitação (CER), Centro de Atenção Psicossocial adulto, infantil e álcool e drogas (CAPSA, I, AD), Assistência Domíliciar Terapêutica (ADT), Centro de Especialidades Odontológicas</p>	<p>Realizar avaliação clínica e laboratorial levando em conta o relatório de encaminhamento do SAE ou da atenção básica.</p> <p>Realizar os devidos procedimentos ou instituir um plano de cuidado nas diversas especialidades</p> <p>Elaborar um relatório de encaminhamento com as informações sobre os procedimentos realizados ou o plano de cuidado a ser seguido.</p> <p>Construir que necessário (materialmente)</p> <p>Realizar preenchimento facial por profissional capacitado.</p>		<p>Exames laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento das patologias em tratamento com os especialistas</p> <p>Exames de imagem de média e alta complexidade</p> <p>Exames anatomopatológicos de acordo com o caso</p> <p>Outros exames pertinentes à assistência especializada, de acordo com o caso</p>	<p>Materiais informativos</p> <p>Medicamentos para o tratamento de afecções relacionadas às diferentes especialidades</p> <p>polimetilmetacrilato</p>



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
	(CEO), dentre outros.				
	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E PRONTO ATENDIMENTO (PA)	<p>Prestar atendimento sem consulta previamente marcada para casos de baixa ou média complexidade, através de critérios de avaliação de risco</p> <p>Realizar avaliação clínica, laboratorial e de imagem, de acordo com o caso</p> <p>Orientar o paciente, familiares ou parceiros</p> <p>Realizar os procedimentos necessários para a estabilização do paciente</p> <p>Realizar diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas</p> <p>Ofertar teste diagnóstico para HIV, sífilis, hepatite B e C, incluindo teste rápido</p> <p>Oferecer assistência <b>(PEP)</b><sup>5</sup> aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional</p>			





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>e violência sexual</p> <p>Definir o fluxo de encaminhamento (atenção básica, SAE, ambulatórios e especialidades ou internação) de acordo com o caso e com o devido relatório de encaminhamento</p> <p>PRONTO SOCORRO (PS)</p> <p>Prestar assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos de alta complexidade necessitam de atendimento imediato, podendo ter ou não internação</p> <p>Realizar avaliação clínica, laboratorial e de imagem, de acordo com o caso</p> <p>Orientar o paciente, familiares ou parceiros</p> <p>Realizar os procedimentos necessários para a estabilização do paciente</p> <p>Oferecer assistência (PEP)5</p>			<p> Materiais informativos e educativos</p> <p> Medicamentos necessários para o TARV e suas principais comorbidades</p> <p> Medicamentos para o tratamento de afecções relacionadas às diferentes especialidades.</p>
	ATENÇÃO HOSPITALAR			<p>O apoio diagnóstico e terapêutico requerido na assistência hospitalar depende do grau de complexidade da instituição.</p> <p>Para casos de baixa ou média complexidade, o atendimento de urgência/emergência e a intervenção poderão ser efetivados em hospitais gerais que terão</p>	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual</p> <p>Definir o fluxo de encaminhamento de acordo com o caso e com o devido relatório de encaminhamento</p> <p>HOSPITAL DIA OU INTERNAÇÃO LEITO DIA</p> <p>PTS compartilhado com o SAE:</p> <p>Desenvolver programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional</p> <p>Desenvolver atividades de: atendimento individual, atendimento grupal, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias</p> <p>Realizar os procedimentos solicitados (administração de drogas endovenosas</p>		<p>que contar com serviços laboratoriais, exames de imagem, exames anatomopatológicos e serviço de hemoterapia, próprios ou referenciados</p> <p>Os casos mais complexos deverão ser encaminhados para hospitais de alta complexidade que contem com equipe capacitada e estrutura diagnóstica e terapêutica de alta complexidade</p> <p>No caso das gestantes, a escolha da maternidade deverá ser feita</p>	
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>diárias ou semanais, procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade)</p> <p>Realizar tratamento e profilaxias de agravos que necessitem de administração de drogas endovenosas diárias ou semanais</p> <p>Elaborar relatório de referenciamento para a unidade de origem</p> <p>INTERNAÇÃO HOSPITAL GERAL OU HOSPITAL ESPECIALIZADO - MÉDIA OU ALTA COMPLEXIDADE</p> <p>Anexar ao prontuário a documentação da unidade de origem, se houver</p> <p>Realizar avaliação clínica, laboratorial, de imagem, e interconsultas com outras especialidades, de acordo com o caso</p> <p>Orientar o paciente, familiares ou parceiros</p>		<p>com antecedência, considerando a necessidade de garantir cuidados específicos no pré-parto, parto e pós-parto.</p>	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Estabelecer um plano de cuidado, com viés multiprofissional para assistência e reabilitação, sempre que necessário</p> <p>Realizar assistência hospitalar na área de infectologia e demais áreas médicas e de suporte, capacitada no manejo hospitalar em HIV/AIDS/HV</p> <p>Realizar transplante hepático, se indicado</p> <p>Realizar tratamento de Sarcoma de Kaposi, se indicado</p> <p>Realizar procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade</p> <p>Realizar tratamento das comorbidades</p> <p>Realizar biópsia hepática (Hepatites virais)</p> <p>Ofertar testes de biologia molecular e genotipagem (HIV/HV)</p> <p>Garantir evolução diária,</p>	Assistência em HIV/AIDS		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>médica, de enfermagem e de outras especialidades, sempre que necessário Elaborar relatório de alta devidamente preenchido com cópia para o serviço de origem</p> <p>Prestar serviços de farmácia clínica durante a internação e, especialmente, no momento da alta, quando o paciente deverá ser devidamente orientado quanto à aquisição e uso dos medicamentos prescritos</p> <p>Oferecer atendimento psicológico e de assistência social durante a internação e, especialmente, no momento da alta, quando o paciente deverá ser devidamente acolhido e orientado quanto à internação e ao seu retorno à unidade de origem</p> <p>ATENÇÃO TERCIÁRIA/SECUNDÁRIA PARA O</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>TRATAMENTO DA LIPODISTROFIA</p> <p>Realizar cirurgias reparadoras de lipodistrofia:</p> <p>Preenchimento facial com polimetilmetacrilato em paciente com lipoatrofia de face decorrente do uso de antirretroviral;</p> <p>Lipoaspiração de giba ou região submandibular em pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral;</p> <p>Lipoaspiração de parede abdominal ou dorso em pacientes com lipodistrofia decorrente do uso de antirretroviral.</p> <p>MATERNIDADE</p> <p>Avaliar o relatório de encaminhamento e/ou as informações do cartão de pré-natal</p> <p>Realizar avaliação obstétrica</p> <p>Garantir que as equipes obstétricas e pediátricas</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>estejam capacitadas para o atendimento ao parto de gestante infectada, conforme protocolo</p> <p>Garantir alojamento conjunto em período integral Realizar todos os procedimentos pré-parto para o parto natural ou cesárea, conforme protocolo</p> <p>Realizar testes para sífilis (VDRL e/ou teste rápido) na admissão do parto.</p> <p>Implantar ou implementar todas as medidas de prevenção da TV do HIV e da sífilis</p> <p>Utilizar o AZT intravenoso no parto</p> <p>Realizar o manejo obstétrico adequado durante o trabalho de parto e parto, considerando as especificidades da parturiente infectada pelo HIV.</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Utilizar a carbegolina para inibição de lactação</p> <p>Realizar os <b>cuidados imediatos ao RN exposto</b><sup>20</sup>, limpando as secreções visíveis e procedendo ao banho, ainda na sala de parto</p> <p>Garantir os insumos necessários para o atendimento de RN exposto</p> <p>Administrar o AZT xarope nas primeiras horas de vida do recém-nascido exposto e Nevirapina conforme a Nota Técnica nº 388/2012 CQV/D-DST-AIDS-HV/ SVS/MS</p> <p>Dispensar a fórmula infantil</p> <p>Disponibilizar e utilizar benicilina G benzatina para tratamento de sífilis materna;</p> <p>Manejar adequadamente o RN com sífilis congênita, com seguimento clínico e laboratorial (exames complementares, opção</p>			





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em HIV/AIDS</b>					
		<p>terapêutica, tempo de internação: 10 dias)</p> <p>Encaminhar pós alta para seguimento do RN com sífilis congênita; e o RN exposto ao HIV, com consulta agendada e resumo de alta completo</p> <p>Notificar todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita e de crianças expostas ao HIV]</p> <p>Iniciar monitoramento laboratorial precoce de possíveis efeitos adversos aos ARV utilizados</p> <p>Adotar fórmulas infantis em substituição ao leite materno após aconselhamento</p> <p>Anotar no resumo de alta do RN as informações do pré-natal, as condições do parto, o tempo de uso de AZT injetável na mãe, o tempo de início de AZT xarope e demais ARV para o RN, com dose e periodicidade, além</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>das mensurações antropométricas, o tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importante</p> <p>Estabelecer sistema de referência tanto para seguimento da puérpera, quanto do recém-nascido exposto. Agendar consulta de retorno da mãe no SAE para o puerpério e do RN em serviço pediátrico especializado ou SAE antes da sua saída da maternidade, idealmente entre 7º e 10 dias de vida do RN<sup>20</sup></p> <p>Monitorar o acolhimento da mãe e do RN nos respectivos serviços para os quais foram encaminhados.</p>			



## 2.3 Planilha 3 – Assistência em IST

Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
Pessoas com IST	ATENÇÃO BÁSICA	Realizar busca ativa dos pacientes que tiverem resultado de exames alterados nas consultas médicas regulares na UBS (clínica, gineco-obstetrícia e pediatria) assim como em outras atividades como visitas domiciliares, etc para agendamento imediato na unidade para tratamento ou encaminhamento pela UBS ao centro de referência	Gestão do acesso considerando: agendamento gerenciado, flexibilidade de horários, coleta de exames, acessibilidade ao transporte público	Exames laboratoriais para diagnóstico das IST Testes Rápidos para HIV (diagnóstico), sífilis (triagem) e hepatites B e C (triagem) Outros exames pertinentes à assistência de acordo com o caso	Insumos de prevenção - preservativos masculinos, femininos, gel lubrificante Materiais de informação, educação e comunicação (IEC) Medicamentos para o tratamento das IST
		Estabelecer um fluxo ágil de atendimento para os pacientes encaminhados pelo CTA	Recepção ativa com classificação de risco biológico, psicossocial e análise dos fatores que possam interferir na adesão ao tratamento. Implementar protocolos de classificação de risco: muita urgência, pouca urgência e sem urgência O sistema de agendamento deve procurar concentrar os atendimentos a um mesmo	Medicamentos para o tratamento das IST	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>para tratamento imediato para as IST</p> <p>Proceder recepção ativa, acolhimento e consulta médica/enfermagem imediato nos caso de suspeitos de IST (úlceras genitais, corrimento genital masculino e feminino e verrugas anogenitais e externas, desconforto e dor pélvicas)</p> <p>Realizar <b>avaliação clínica, e laboratorias sem-pre que disponível<sup>21</sup></b>, com coleta de material cérvico-vaginal/uretral/anal e testagem rápida e/ou coleta de sangue para sorologia para sífilis, HIV, hepatites B e C.</p> <p>Realizar <b>tratamento</b></p>	<p><b>Assistência em IST</b></p> <p>paciente num mesmo período, garantindo a adesão ao plano de cuidado</p> <p>Sistema de organização das agendas que viabilize o atendimento de acordo com o grau de risco</p> <p>Cadastro geral de usuá-rios e cadastros específicos por patologia/risco de acordo com a necessidade detectada pela equipe profissional</p> <p>Aconselhamento centrado na pessoa e na família</p> <p>Disponibilização de infraestrutura clínica para a equipe: diretrizes clínicas, guias farmacológicos, sistemas interativos de prescrição, etc</p> <p>Elaboração, implementação e gerenciamento</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p><b>das pessoas com IST<sup>22a,b,c,d,e,f</sup></b> de acordo com o resultado dos exames e/ou da avaliação clínica orientada pelos fluxogramas, no caso de não poder contar com os exames laboratoriais de imediato</p> <p>Realizar tratamento das co-morbidades levando em consideração a abordagem integral à saúde</p> <p>Comunicar as parcerias sexuais do caso índice para tratamento conforme o protocolo, quando necessário</p> <p>Realizar a busca dos faltosos ao tratamento</p> <p>Realizar avaliação laboratorial</p>	<p>de protocolos e fluxogramas assistenciais institucionais</p> <p>Prontuário eletrônico único e transdisciplinar em rede</p> <p>Elaboração de projeto terapêutico individualizado com abordagem integral e multiprofissional e a participação do usuário considerando aspectos relacionados ao paciente, ao serviço e ao sistema</p> <p>Compartilhamento do Projeto Terapêutico com outras instâncias do sistema, como CAPS, serviços de saúde mental, SAE, especialidades (acompanhamento paralelo)</p> <p>Gestão de caso para pacientes de maior</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>pré-natal em todas as gestantes, <b>diagnosticando e tratando a sífilis na gestação</b><sup>23</sup> e <b>conseqüentemente prevenindo a sífilis congênita</b><sup>24</sup></p> <p>Disponibilizar e utilizar penicilina G benzatina para tratamento da sífilis da gestante e seus parceiros e penicilina procaína para tratamento da sífilis congênita, quando indicada a sua utilização.</p> <p>Realizar seguimento sorológico e controle de cura para todos usuários com sífilis tratados, em especial todas as gestantes tratadas para sífilis. (observar que o</p>	<p>complexidade e/ou maior vulnerabilidade</p> <p>Monitoramento da implantação do plano de cuidado com adequação do Projeto Terapêutico redefinindo fluxos diferenciados, cronograma específico de retornos, utilizando lembretes de alerta para consultas e/ou medicações, envolvendo equipamentos sociais se necessário</p> <p>Implementação do auto-cuidado apoiado</p> <p>Articulação sistêmica com instituição de sistema de regulação de vagas, elaboração de mapas de referenciamento e gerenciamento do sistema de referência-contrá-referência, garantindo a continuidade</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>seguimento é diferente para gestantes)</p> <p>Preencher a carteira/cartão da gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante e parceiro</p> <p>Orientar a gestante para levar a carteira/cartão da gestante na admissão ao parto</p> <p>Elaborar documento de referenciamento devidamente preenchido para o serviço de atenção especializado, sempre que necessário, e em especial para as IST complicadas e/ou não resolvidas para as especialidades pertinentes</p>	<p>da atenção, sempre que houver necessidade de encaminhamento ao SAE ou outro serviço especializado</p> <p>Gerenciamento da vigilância através de cadastros locais e/ou sistemas que possibilitem a detecção de casos de não adesão, busca ativa através de visitas domiciliares ou outros meios de comunicação com garantia de reagendamento, lembretes/alarmes com o uso de diferentes instrumentos eletrônicos para consultas ou medicações, comunicação com os parceiros, controle do uso de medicação, garantia do acesso à atenção especializada, avaliação de prontuários, etc</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		Elaborar documento de referenciamento devidamente preenchido ao Ambulatório de Pré Natal de Risco para as gestantes infectadas pelo HIV? Certificar-se que o paciente encaminhado tenha sido de fato acolhido no serviço especializado (vinculação) Oferecer assistência inicial aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual e realizar os devidos encaminhamentos Realizar visitas domiciliares quando necessário Realizar ações de vigilância	<b>Assistência em IST</b> Análise das causas de não adesão ao plano de cuidado, estabelecendo estratégias institucionais ou mudanças nos projetos terapêuticos individualizados de modo a garantir a continuidade da atenção Notificação de casos conforme fluxo estabelecido Educação continuada e em serviço para a equipe, levando em consideração não apenas a atualização científica mas também a gestão do cuidado e a gestão de processos utilizado para isso metodologias participativas através da aprendizagem significativa (discussão de casos clínicos e institucionais,		





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Notificar o caso para a VE , conforme a portaria nº 1271 de 6/6/2014.</p> <p>Os demais agravos, se considerado conveniente são notificados de acordo com a lista estabelecida nos estados/municípios</p>	<p><b>Assistência em IST</b></p> <p>por exemplo).</p> <p>Identificação e capacitação de lideranças</p> <p>Participação da equipe em processos de matriciamento para capacitação de profissionais em todos os pontos do sistema, elaboração de protocolos conjuntos, inclusive de encaminhamento ao SAE</p> <p>Organização dos processos de trabalho de acordo com o planejamento do serviço, utilizando para isso ferramentas de gestão de processos (mapeamento de processos, SIPOC, etc)</p> <p>Definição de equipes multiprofissionais de referência</p> <p>Utilização de instrumentos que incentivem</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
			<p>a integração e a continuidade das ações - cartão da gestante, cartão de vacinação, fichas de atendimento, etc</p> <p>Educação em Saúde para os usuários, personalizada e/ou em grupos (programas educativos) a partir do acesso ao serviço, passando pelo aconselhamento e durante todo o acompanhamento clínico, considerando sempre aspectos como co-morbidades, hábitos nocivos, barreiras socioeconômicas e culturais, estigmas, morbidade, histórico de abandono, situação laboral, etc</p> <p>Monitoramento e avaliação contínua com a utilização de diferentes</p>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
			<p>ferramentas de gestão: reuniões de equipe, monitoramento clínico através da avaliação de prontuários, indicadores, uso de sistemas de informação disponíveis (SIH, SIA, SI-NAN, QUALIAIDS, QUALI-REDE)</p> <p>Estabelecimento de ciclos de melhoria contínua Articulação com serviços de referência para avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica de recém-nascidos com sífilis congênita.</p>		
	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	<p>Realizar avaliação clínica e laboratorial</p> <p>Realizar tratamento das pessoas com IST de acordo com o resultado dos exames e da avaliação clínica,</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>levando em consideração o relatório de encaminhamento da atenção básica</p> <p>Comunicar as parcerias sexuais do caso-índice para o tratamento conforme protocolo, quando necessário</p> <p>Realizar colposcopia quando indicado Se necessário intervenção cirúrgica ou se houver alguma intercorrência mais grave, encaminhar o paciente para internação (hospital dia ou internação de longa permanência) de acordo com o caso</p> <p>Reencaminhar o paciente para a atenção básica com a devida</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>orientação, de acordo com o caso</p> <p>Ofertar apoio técnico para a atenção básica</p> <p>Desenvolver ações de vigilância em parceria com a atenção básica, incluindo visitas domiciliares, de acordo com o caso</p> <p>Notificar o caso para a VE conforme a portaria nº 1271 de 6/6/2014, se ainda não tiver sido anteriormente notificado</p> <p>Nos ambulatórios de referencia para IST de alta complexidade:</p> <p>Ter acesso garantido a um laboratório de pesquisa equipado e em funcionamento, realizando os seguintes testes</p>	<b>Assistência em IST</b>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>diagnósticos: testes treponêmicos e não treponêmicos, exame a fresco, bacterioscopia, microscopia de campo escuro e/ou imunofluorescência direta, cultura para gonococo, biologia molecular para <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i> e histopatologia</p> <p>Interagir com outras instituições a fim de agregar novas tecnologias e massa crítica</p> <p>Oferecer cursos e estágios sistematicamente para profissionais de todos os níveis de atenção</p> <p>Realizar no mínimo anual, vigilância de resistência</p>	<b>Assistência em IST</b>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>microbiana aos fármacos e vigilância da etiologia dos corrimentos uretrais e vaginais, úlceras genitais e cervicites</p> <p>Ter acesso ao Comitê de Ética e Pesquisa</p> <p>Atuar em parceria com o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais</p>			
	<p>AMBULATÓRIO DE PRÉ NATAL DE ALTO RISCO</p>	<p>Realizar avaliação clínica levando em conta o estilo de vida, a presença de hábitos deletérios, a história reprodutiva, a história psicossocial, a avaliação da situação vacinal e odontológica e outras comorbidades</p> <p>Realizar avaliação laboratorial de acordo com o protocolo de</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>pré-natal de risco, inclusive com confirmação do diagnóstico, se indicado, levando em consideração possíveis complicações clínicas e obstétricas</p> <p>Elaborar, implementar e monitorar um plano de cuidado com viés multiprofissional que considere as demais comorbidades, não dissociando a assistência clínica da obstétrica</p> <p>Estabelecer um cronograma de consultas de pré natal compatível com o caso</p> <p>Reavaliar clinicamente a paciente a cada consulta, identificando possíveis intercorrências</p>	<b>Assistência em IST</b>		





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>laboratoriais não detectadas no início do pré-natal</p> <p>Disponibilizar e utilizar penicilina G benzatina para tratamento da <b>sífilis materna e parcerias</b><sup>23</sup> e penicilina procaína para tratamento da <b>sífilis congênita</b><sup>24</sup>, quando indicada a sua utilização</p> <p>Realizar seguimento sorológico e controle de cura para todas as gestantes tratadas para sífilis</p> <p>Disponibilizar vacinação para Hepatite B, conforme orientação do Programa Nacional de Imunização</p> <p>Instituir e monitorar o tratamento para IST</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Tratar o parceiro se indicado</p> <p>Ofertar orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar</p> <p>Realizar ações educativas informando a paciente infectada dos possíveis riscos para a criança</p> <p>Desenvolver ações compartilhadas com a atenção básica: atividade física, saúde mental, saúde bucal, vacinação, fortalecimento da adesão, busca de faltosos, tratamento supervisionado para a TB, etc)</p> <p>Garantir o atendimento imediato da paciente em caso de intercorrências</p>	<b>Assistência em IST</b>		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>clínicas, definindo posteriormente se há necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência/emergência, internação ou serviço especializado</p> <p>Planejar o parto juntamente com a gestante, definindo o tipo de parto e a maternidade de referência, garantindo que a mesma esteja preparada para o atendimento de gestantes infectadas no período perinatal</p> <p>Orientar a gestante quanto ao puerpério e agendar consulta na atenção básica, no serviço de RN de risco ou no Ambulatório</p>	Assistência em IST		



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>Especializado de Pediatria, se indicado</p> <p>Notificar o caso para a Vigilância Epidemiológica caso ainda não tenha sido realizado tal procedimento</p> <p>Realizar ações de vigilância, busca de focos, visitas domiciliares, etc em paralelo com a atenção básica, a VE e o SAE</p>			
	AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE PEDIATRIA	<p>Realizar avaliação clínica e laboratorial, levando em conta as informações clínicas da gestação e do parto, descritas no relatório de encaminhamento e de acordo com os protocolos clínicos específicos para crianças com sífilis congênita ou adquirida e para as</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>criança/adolescentes infectados, levando em consideração possíveis comorbidades</p> <p>Elaborar, implementar e monitorar um plano de cuidado com viés multiprofissional que considere as demais comorbidades</p> <p>Estabelecer um cronograma de consultas compatível com o caso</p> <p>Reavaliar clinicamente o paciente a cada consulta, identificando possíveis intercorrências clínicas, laboratoriais ou psicossociais não detectadas anteriormente</p> <p>Disponibilizar vacinação ou referenciar para a atenção</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>básica, conforme o calendário de imunizações indicado pelo Programa Nacional de Imunização</p> <p>Instituir e monitorar a quimioprofilaxia da infecção em RN expostos, a quimioprofilaxia das infecções oportunistas e o TARV conforme o caso, sempre que o ser-viço conte com infectologista devidamente capacitado para tal</p> <p>Realizar seguimento clínico-sorológico e controle de cura dos recém-nascidos com sífilis congênita e para os expostos a sífilis materna</p> <p>Certificar-se que o paciente encaminhado</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>do tenha sido de fato acolhido no</p> <p>Recepção ativa</p> <p>Classificação de risco biológico e psicossocial</p> <p>Sistema de organização das agendas que viabilize o atendimento de acordo com o grau de risco biológico e psicossocial do paciente</p> <p>Cadastro geral de usuários e cadastros específicos por patologia/risco</p> <p>Sistema de vigilância interno- controle de faltosas, adesão ao tratamento</p> <p>Sistema de vigilância municipal - notificação do agravo</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>Disponibilização de in- formação clínica para a equipe</p> <p>Protocolos clínicos e institucionais</p> <p>Fluxogramas clínicos e institucionais</p> <p>Prontuário transdisci- plinar</p> <p>Projeto terapêutico sin- gular multiprofissional, com a participação do usuário e com foco na atenção integral am- pliada para a família/ parceiros</p> <p>Educação em Saúde para os usuários</p> <p>Relatórios de referen- ciamento (referencia/ contra-referencia)</p> <p>Mapa de referencia- mento (RAS) com</p>			





Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>sistema de regulação eficiente e ágil</p> <p>Ações integradas entre as unidades de saúde que garantam a continuidade da assistência</p> <p>Matriciamento</p> <p>Utilização de instrumentos que incentivem a integração e a continuidade das ações - cartão da gestante, cartão de vacinação, fichas de atendimento, etc</p> <p>serviço especializado</p> <p>Proceder ao aconselhamento familiar</p> <p>Oferecer apoio psicológico e social para a família</p> <p>Ofertar orientação sobre anticoncepção e planejamento familiar</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>Orientar sobre a doença, incentivando desde o início a adesão ao tratamento</p> <p>Desenvolver ações compartilhadas com a atenção básica: atividade física, saúde mental, saúde bucal, vacinação, fortalecimento da adesão, busca de faltosos, etc)</p> <p>Garantir o atendimento imediato do paciente em caso de intercorrências clínicas, definindo posteriormente se há necessidade de encaminhamento para o serviço de urgência/emergência, internação ou serviço especializado</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		Elaborar documento de referenciamento devidamente preenchido para a unidade básica para acompanhamento paralelo ou transferência definitiva Notificar o caso para a Vigilância Epidemiológica caso ainda não tenha sido realizado tal procedimento Realizar ações de vigilância, busca de faltosas, visitas domiciliares, etc em paralelo com a VE e a atenção básica			
	ATENÇÃO HOSPITALAR	Internação em hospitais de média ou alta complexidade (de acordo com o caso): Anexar, no prontuário de internação,		O apoio diagnóstico e terapêutico requerido na assistência hospitalar depende do grau de complexidade da instituição. Para casos de baixa	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>a documentação da unidade de origem, se houver</p> <p>Realizar avaliação clínica, laboratorial, de imagem, e interconsultas com outras especialidades, de acordo com o caso</p> <p>Orientar o paciente, familiares ou parceiros</p> <p>Estabelecer um plano de cuidado, com viés multiprofissional para assistência</p> <p>Realizar assistência hospitalar na área de infectologia e demais áreas médicas e de suporte</p> <p>Realizar tratamento de Sarcoma de Kaposi, se indicado</p>	Assistência em IST	<p>ou média complexidade, o atendimento de urgência/emergência e a internação poderão ser efetivados em hospitais gerais que terão que contar com serviços laboratoriais, exames de imagem, exames anatómopatológicos e serviço de hemoterapia, próprios ou referenciados</p> <p>Os casos mais complexos deverão ser encaminhados para hospitais de alta complexidade que contem com equipe capacitada e estrutura diagnóstica e terapêutica de alta complexidade</p> <p>No caso das gestantes, a escolha da maternidade deverá ser feita com antecedência, considerando a necessidade de</p>	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Realizar procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade, conforme o caso</p> <p>Realizar tratamento das comorbidades</p> <p>Garantir evolução diagnóstica, médica, de enfermagem e de outras especialidades, sempre que necessário</p> <p>Elaborar relatório de alta devidamente preenchido com cópia para o serviço de origem</p> <p>Prestar serviços de farmácia clínica durante a internação e, especialmente, no momento da alta, quando o paciente deverá ser devidamente orientado quanto à aquisição e uso dos</p>	Assistência em IST	garantir cuidados específicos no pré parto, parto e pós parto	



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>medicamentos prescritos</p> <p>Oferecer atendimento psicológico e de assistência social durante a internação e, especialmente, no momento da alta, quando o paciente deverá ser devidamente acolhido e orientado quanto à internação e ao seu retorno à unidade de origem</p> <p>Maternidade</p> <p>Avaliar o relatório de encaminhamento e/ou as informações do cartão de pré natal</p> <p>Realizar teste para sífilis e HIV na admissão para o parto</p> <p>Realizar avaliação obstétrica</p> <p>Realizar todos os</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
<b>Assistência em IST</b>					
		<p>procedimentos pré parto para o parto natural ou cesárea, conforme protocolo</p> <p>Garantir que a equipe obstétrica e pediátrica estejam capacitadas para o atendimento ao parto de gestante infectada, conforme protocolo</p> <p>Garantir que a equipe pediátrica esteja capacitada para o atendimento do recém-nascido com sífilis congênita, inclusive para coleta de líquido</p> <p>Garantir os insumos necessários para o atendimento das gestantes e dos recém-nascidos</p> <p>Realizar os cuidados ao RN conforme protocolo</p>			



Público alvo	Componentes da rede de atenção e outros	Atividades	Elementos da gestão da clínica	Apoio diagnóstico e terapêutico	Insumos
		<p>Anotar no resumo de alta do RN as informações do pré natal, as condições do parto, as condutas tomadas durante o tempo de internação, com dose e periodicidade, além das mensurações antropométricas, o tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importante]</p> <p>Agendar consulta de retorno da mãe na Atenção Básica para o puerpério e do RN em serviço pediátrico especializado se indicado</p> <p>Monitorar o acolhimento da mãe e do RN nos respectivos serviços para os quais foram encaminhados</p>	<b>Assistência em IST</b>		





## 3. Encartes

### 3.1. Encarte 1 - Populações mais vulneráveis ao HIV E OUTRAS IST

Ao analisar a natureza dinâmica dos comportamentos individuais e sua interação com dimensões socioeconômicas, culturais, políticas, dentre outras, incorporou-se o conceito de **VULNERABILIDADE**, favorecendo estratégias mais efetivas ao controle das doenças e dos agravos a saúde.

O conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.

A vulnerabilidade deve ser compreendida na relação das dimensões individual, programática e social, como resume o quadro a seguir:

#### **Vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática:**

Individual	Social	Programática
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde	Liberdades	Elaboração de políticas específicas
Trajétoria pessoal	Mobilização e participação	Aceitabilidade
Recursos pessoais	Instituições e poderes	Sustentabilidade
Nível de conhecimento	Relações de gênero	Articulação multissetorial
Escolaridade	Relações raciais e étnicas	Governabilidade
Acesso à informação	Relações entre gerações	Organização do setor de saúde e dos serviços com qualidade
Relações familiares	Processos de estigmatização	Acesso e equidade
Redes de amizade	Proteção ou discriminação sistemática de direitos	Integralidade
Relações afetivo-sexuais	Acesso a:	Integração entre prevenção, promoção e assistência
Relações profissionais	Emprego/salário	Equipes multidisciplinares/
Rede de apoio social		
Subjetividade intersubjetividade		

Valores	Saúde integral	Responsabilidade social e jurídica dos serviços enfoques interdisciplinares
Crenças	Educação/prevenção	Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes
Desejos	Justiça	Compromisso e responsabilidade dos profissionais
Atitudes em cena	Cultura	Participação comunitária na gestão dos serviços
Gestos em cena	Lazer/transporte	
Falas em cena	Mídia/internet	
Momento emocional		

Considerar a vulnerabilidade tem permitido um desenho de cuidados que considere a maior ou menor possibilidade de ação, compreensão e estabelecimento de redes de apoio.

#### Grupos considerados vulneráveis ao HIV e outras IST:

- Usuários de drogas injetáveis
- Profissionais do sexo
- Pessoas Trans
- Pessoas privadas de liberdade
- Também se observa um aumento dos casos de HIV em jovens HSH

## 3.2. Encarte 2 - Insumos de prevenção

Os insumos de prevenção devem ser disponibilizados constantemente, sem barreiras e desvinculados à realização prévia de consultas, procedimentos ou preenchimento de planilhas, respeitando as necessidades. Os preservativos devem ser disponibilizados em grandes quantidades em displays, cestos, caixinhas, etc.. com livre acesso.

São considerados **INSUMOS ESSENCIAIS DE PREVENÇÃO**:

- Preservativos masculinos
- Preservativos femininos
- Gel lubrificante a base de água
- Kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas da pessoa em atendimento
- Materiais informativos e educativos
- Outros a serem definidos de acordo com a realidade do serviço.

Na Atenção Básica devem-se também disponibilizar insumos de prevenção em locais de maior frequência de populações mais vulneráveis, utilizando-se para isso de



parcerias com a comunidade (ex. Lan house, cabelereiros, bares, carrinhos de venda de alimentos, etc...)

Os agentes comunitários de saúde além de disponibilizar os insumos de prevenção em locais da comunidade ou diretamente para a população atendida devem estabelecer vínculo com esses locais e suprir o quantitativo de insumos necessários.

### 3.3. Encarte 3 - Testagem

O Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS- UNAIDS elenca cinco condições necessárias para que o processo de testagem seja considerado adequado. São elas:

#### 1. Consentimento/ausência de coerção:

- Todo teste deve ser voluntário. O consentimento para a realização dos exames deve estar assegurado em qualquer situação e deve ser obtido verbalmente. No Brasil não existem situações nas quais se justifique a realização do exame anti-HIV sem consulta e consentimento do paciente. Isto inclui situações de internação em hospital, exames pré-admissionais, pré-natal, adoção, SAP, etc.

#### 2. Confidencialidade:

- Todo processo de testagem deve ser confidencial e sigiloso.
- A pessoa que procura os exames anti-HIV deverá ser informada de que o relato sobre a vida pessoal, bem como os resultados de seus exames, estarão sob sigilo e que ninguém além do(s) profissional(ais) de saúde que a assistir(em), tomará conhecimento da sua realização e/ou resultados.
- Preservar a confidencialidade e o sigilo implica em verificar condições de privacidade do local de atendimento.
- Documentos, laudos e folhas de registro devem ser manuseadas e acessíveis apenas por pessoas diretamente implicadas na assistência.

#### 3. Conhecimento/Esclarecimento:

- Todos têm direito a um atendimento individualizado, com tempo para tirar dúvidas, conversar sobre o que os levaram a fazer o teste e alternativas para diminuir as chances de infectar-se.
- A testagem implica informar o indivíduo sobre a natureza dos exames, a necessidade de realizá-los e o significado de seus resultados.
- Deverão ainda ser fornecidas informações sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV, identificar o motivo da testagem, avaliar se o indivíduo encontra-se em janela imunológica.



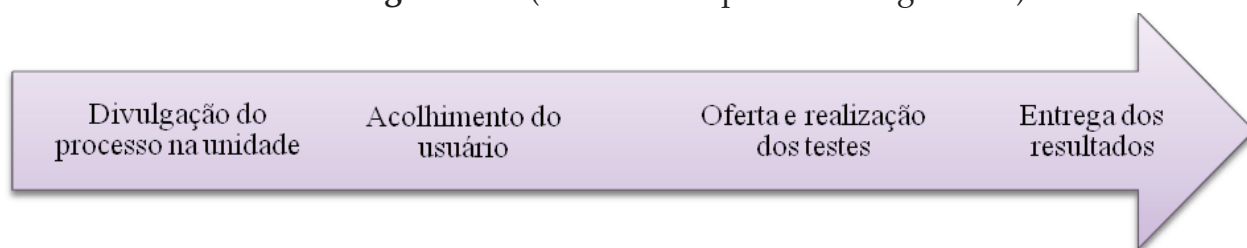
#### 4. Confiabilidade:

- O resultado do teste e o processo de testagem devem ser confiáveis.
- Todo o procedimento de testagem deve atender às normas vigentes. Exames devem ser realizados conforme descrito nas bulas do lote enviado. A rastreabilidade do processo deve estar garantida. Documentos e formulários devem permitir refazer todo percurso a partir de registros desde a identificação do paciente, coleta do material, até a emissão do laudo diagnóstico entregue. Profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados para a realização de testes rápidos.

#### 5. Compromisso/Encaminhamentos:

- Toda pessoa com resultado reagente deve ser acompanhada até a sua chegada à referência.
- Qualquer unidade, serviço, ONG que realizar exames anti-HIV deve ter referências assistenciais acordadas previamente para encaminhamento dos casos diagnosticados.

**Oferta dos testes diagnósticos** (inseridos no processo diagnóstico):



**Divulgação:** Pode ser feita na própria unidade (fixação de cartazes explicativos, por meio de ACS,...), em consultas de rotina, pré-natal em gestantes e campanhas educativas.

**Acolhimento:** Sem preconceitos e discriminações, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual, inserção étnico racial, comportamentos e estilos de vida. O profissional deve reafirmar o caráter confidencial e sigiloso das informações prestadas, a fim de facilitar o estabelecimento do vínculo e possibilitar que o usuário sintase confortável para expor suas dúvidas.

**Aconselhamento pós-teste:**

- Diante de resultado negativo: esclarecimentos sobre janela imunológica e orientações para realização de um novo teste se necessário. Discutir com o usuário estratégias de prevenção e redução de riscos, considerando as questões de gênero, vulnerabilidades pessoais, planejamento reprodutivo, parcerias sexuais e uso de drogas. Oportunidade importante para encaminhamento para a PEP – Profilaxia pós exposição sexual, quando a situação de risco ocorreu dentro do intervalo de 72 horas.
- Diante de resultado positivo: acolher as necessidades de expressão de sentimentos do usuário quando da ciência do diagnóstico, dando a ele o tempo que precisar para



assimilar a informação e externar dúvidas. Disponibilizar todas as informações que possam minimizar o impacto do diagnóstico, como as possibilidades de tratamento e controle, ressaltando a importância do acompanhamento médico e psicossocial. Discutir a necessidade do uso de preservativo e a realização do teste para as parcerias. Encaminhar para os Serviços Especializados (SAE), lembrando da vinculação, ou seja, oferecer ao indivíduo a possibilidade de acompanhá-lo em todas as etapas até que ele realmente esteja inserido no SAE, com consulta agendada e com autorização de contato para verificar a presença nesta consulta. Só após ter a certeza de que a pessoa compareceu a primeira consulta, cessa a responsabilidade do profissional que deu o resultado positivo.

- Diante de resultado indeterminado: explicar os possíveis significados do resultado – um falso positivo ou um positivo de infecção recente (janela imunológica). Orientar para realização de novo teste no período de 30 dias. Investigar última relação sexual sem uso de preservativo para verificar se há indicação de Profilaxia Pós Exposição (PEP). Acolher as necessidades de expressão e dúvidas. Reforçar a adoção de práticas seguras nas relações sexuais e/ou no uso de drogas.
- Também devem estar comprometidos em atender as necessidades das pessoas testadas, encaminhar adequadamente pessoas com suspeita ou queixa de IST, ou encaminhar para apoios sociais que sejam pertinentes.

### 3.4. Encarte 4 - Notificações dos agravos IST/HIV/AIDS

Os casos de **HIV, AIDS, gestante soropositiva para o HIV, criança exposta à transmissão vertical do HIV, sífilis na gestação, sífilis congênita, sífilis adquirida e acidente com material biológico de profissionais de saúde** devem ser adequadamente investigados e notificados por meio de ficha específica e suas informações digitadas no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) do serviço onde o paciente é atendido ou no município de atendimento. Cada notificação terá um número específico.

#### Ficha de Investigação e Notificação

O instrumento utilizado para a notificação dos casos é a ficha de investigação e notificação (FIN) padronizadas para todo país. As informações preenchidas na ficha são digitadas no SINAN, sendo utilizadas para os agravos IST/HIV/AIDS:

- Ficha de Investigação e Notificação de HIV ou AIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais;
- Ficha de Investigação e Notificação de HIV ou AIDS em crianças menores de 13 anos de idade;
- Ficha de Investigação e Notificação de Criança Exposta ao HIV;
- Ficha de Investigação e Notificação de Gestante HIV;



- Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis na Gestação;
- Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis Congênita;
- Ficha de Notificação de Sífilis Adquirida e
- Ficha de Investigação e Notificação de acidente com material biológico.

Para preencher a FIN acessar no endereço eletrônico: <http://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/homepage/downloads/fichas-de-investigacao>

### 3.5. Encarte 5 - Profilaxia pós – Exposição (PEP)

PEP- medida de prevenção da infecção pelo HIV que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais em situações de exposição ao vírus.

- Profilaxia pós-exposição sexual
- Profilaxia pós-acidente ocupacional
- Profilaxia pós-violência sexual

#### Indicação da PEP - Avaliação do risco da exposição:

- Tipo de material biológico envolvido: Sangue e outros materiais contendo sangue, sêmen, fluidos vaginais; líquidos de serosas: peritoneal, pleural, pericárdico; líquor, líquido amniótico, líquido articular.
- Tipo de exposição: exposição percutânea ou mucosa; exposição sexual, respingos nos olhos, nariz ou boca e cutâneas envolvendo pele não íntegra ou mordeduras com presença de sangue.
- Tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento: a PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.
- Condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte:
- Indivíduo fonte negativo: PEP não indicada, contudo, caso haja história de nos últimos 30 dias exposição de risco, a PEP poderá estar indicada.
- Indivíduo desconhecido: qualquer situação em que a infecção pelo HIV não possa ser descartada, a PEP está indicada.

#### Esquema antirretroviral preferencial\*

Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)

A duração da PEP é de 28 dias.

\*O esquema antirretroviral para PEP em crianças e adolescentes deve ser individualizado, já que existe restrição para o uso do Tenofovir (em menores de 12 anos) e Atazanavir (em menores de 6 anos), com limitações das apresentações



disponíveis com relação ao peso do paciente e possibilidade de ingestão de comprimidos. Neste momento, devido às restrições do Tenofovir e Atazanavir, o esquema recomendado para crianças inclui dois ITRN e um IP/r, sendo composto por Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/Ritonavir por 28 dias, até que o Ministério da Saúde divulgue um novo protocolo de PEP para crianças.

## Seguimento clínico-laboratorial

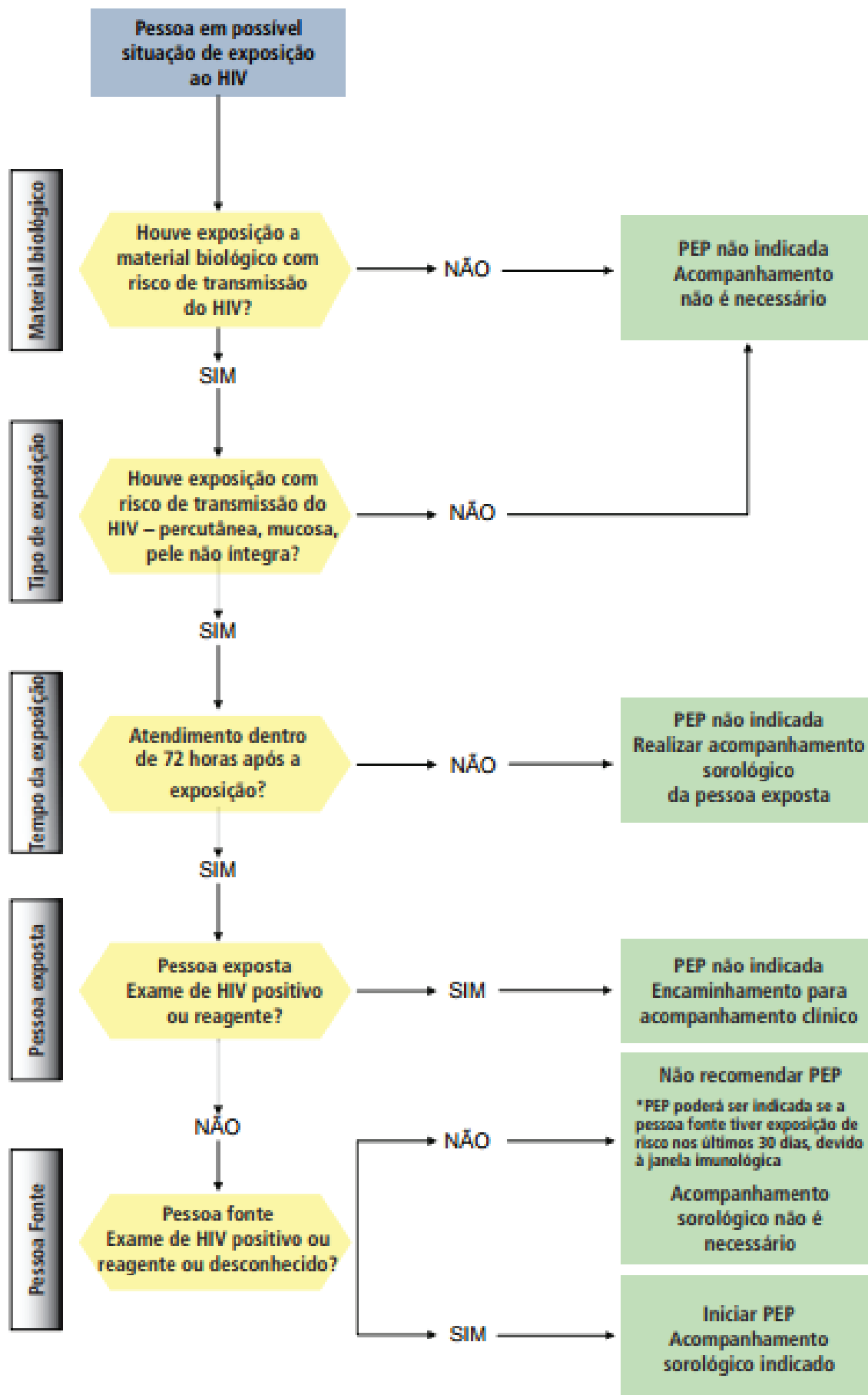
- Considerar: toxicidade dos ARV, diagnóstico da infecção aguda, prevenção secundária
- Exames laboratoriais: Repetir anti-HIV em 30 e 90 dias após exposição de risco; Realizar hemograma, transaminases, ureia, creatinina e glicemia no início e em duas semanas após a introdução da PEP; e Adesão.

**Outras medidas no atendimento ao indivíduo exposto:** Cuidados com a área exposta; Anticoncepção de emergência; Profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis; Imunização para tétano.

**Notificações:** Acidente Ocupacional – SINAN; Violência Sexual; HIV – SINAN; e demais infecções investigadas.



## Fluxograma para indicação de PEP



Fonte: DDAHV/SVS/MS.





### 3.6. Encarte 6 - Vigilância epidemiológica

**Vigilância epidemiológica**- Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Das fontes de informação em vigilância uma das mais importantes é a notificação.

No Brasil, a vigilância epidemiológica da **sífilis adquirida de adultos e gestante, da sífilis congênita, da AIDS e da infecção pelo HIV** é baseada na notificação compulsória de casos.

A notificação permite caracterizar e monitorar tendências, perfil epidemiológico, riscos e vulnerabilidades na população infectada, com vistas a aprimorar as políticas públicas de enfrentamento da epidemia.

Toda a informação contida nos instrumentos para notificação de casos é importante, desde a idade, escolaridade, raça, até formas de transmissão e parcerias sexuais.

Para a vigilância da infecção pelo HIV, da gestante soropositiva e da criança exposta a transmissão vertical do HIV materno e da doença AIDS são acompanhados os seguintes eventos: infecção pelo HIV, adoecimento (AIDS) e óbito; por meio de sistemas de informação de rotina e também por estudos seccionais e longitudinais.

A vigilância epidemiológica do HIV e AIDS baseia-se na análise dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a busca de complementação das informações pode ser feita nos registros de óbitos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e, quando necessário, nos registros de atendimento e prontuários.

No que se refere à vigilância epidemiológica da sífilis, com base nos registros do SINAN, os objetivos são: identificar e monitorar os casos de sífilis adquirida e em gestantes para subsidiar as ações de prevenção e controle da sífilis e da sífilis congênita e desencadear a investigação das fontes de infecção e transmissão comuns.

### 3.7. Encarte 7 - Diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos

As combinações preferenciais de testes que permitem agilizar o diagnóstico seguro da infecção pelo HIV, em adultos, compõem o emprego das seguintes estratégias:



<p>1- Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue total</p>	<p>Permitem um rápido diagnóstico e imediato encaminhamento da pessoa para atendimento médico.</p>
<p>2- Um teste rápido utilizando fluido oral (TR1-FO) seguido por um teste rápido utilizando sangue (TR2)</p> <p>É uma variação do item 1 que permite a utilização de uma amostra obtida de forma não invasiva, no qual o primeiro TR é realizado em amostra de FO e o segundo TR com uma amostra de sangue.</p>	<p>A pessoa que apresentar resultados reagentes em dois testes deverá ser encaminhada para consulta médica na qual deverá ser solicitado o teste para quantificação de carga viral (RNA HIV-1). A CV, quando igual ou superior a 5.000 cópias/mL (Hecht et al. 2002), confirma a infecção pelo HIV. Na eventualidade da CV ser inferior a 5.000 cópias/mL, deve-se considerar a ocorrência de um duplo resultado falso-positivo (TR1 e TR2) e a não infecção da pessoa pelo HIV. Nessa situação, recomenda-se a realização de um ensaio sorológico complementar, como o western blot (WB), imunoblot (IB) ou imunoblot rápido (IBR) para esclarecer se trata, de fato, de um resultado falso-positivo ou de um indivíduo controlador de elite.</p>
<p>3- Triagem com imunoensaio de 4ª geração (IE4aG) e teste molecular (TM) como teste complementar</p> <p>É o que permite o diagnóstico mais precoce da infecção pelo HIV.</p>	<p>O emprego de um IE de triagem seguido por um TM cujo resultado seja maior ou igual a 5.000 cópias/mL dispensa a utilização dos testes complementares do tipo WB, IB e IBR, pois confirma o diagnóstico.</p> <p>Existem três situações nas quais necessita que testes adicionais (WB, IB ou IBR) sejam realizados para a definição do diagnóstico:</p>
<p>4- Triagem com imunoensaio de 3ª geração e teste molecular como teste complementar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controladores de elite: desenvolvem anticorpos normalmente, mas podem apresentar TM inferior a 5.000 cópias/mL;</li> <li>- Suspeita de infecção pelo HIV-2: embora os IE4<sup>a</sup>G detectem anticorpos anti-HIV-2, os TM comercialmente disponíveis no Brasil podem não detectar ácido nucleico HIV-2.</li> <li>- Suspeita de falso-positivo no T1 (IE4<sup>a</sup>G ou IE3<sup>a</sup> G): em amostras que apresentarem resultado falso-positivo no T1 (IE4<sup>a</sup>G ou IE3<sup>a</sup> G) e TM com resultado inferior a 5.000 cópias/mL.</li> </ul>

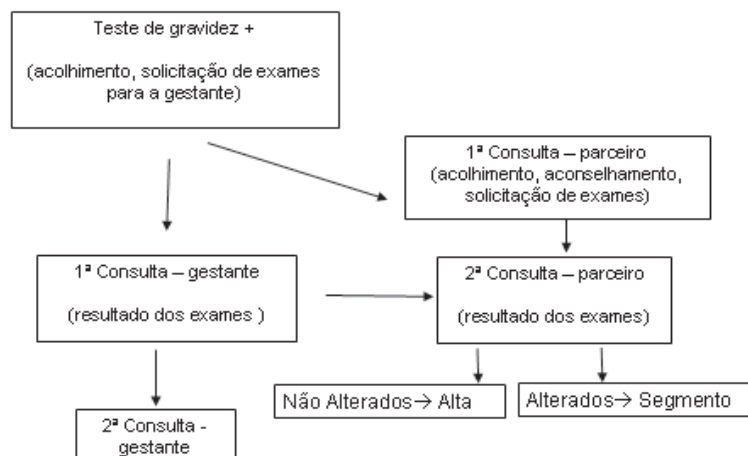


<p>5- Triagem com imunoen- saio de 3ª geração e western blot (WB), imunoblot (IB) ou imunoblot rápido (IBR) como teste complementar.</p>	<p>Atualmente apresentam limitações: não representam um avanço no esforço de tornar o diagnóstico do HIV mais precoce, preciso e com custo mais acessível. Para que essas combinações apresentem desempenho comparável a combinação dos testes descritos nos itens 3 e 4, deverá acrescentar um TM para os casos nos quais não foi possível estabelecer o diagnóstico conclusivo com T1 (IE3aG ou IE4aG ) e T2 (WB, IB ou IBR).</p>
<p>6- Triagem com imunoen- saio de 4ª geração e WB, IB ou IBR como teste complemen- tar</p> <p>Esta combinação de testes é a que mais possibilita a ocorrência de resultados dis- crepantes quando a amostra for proveniente de indivíduos com infecção recente.</p>	<p>Se o teste complementar escolhido pelo serviço de saúde for o IBR, este somente pode ter seu resultado interpretado se for válido. Isso significa presença de linha na janela de leitura do controle (C). Caso se opte pela utilização desse teste e ocorrer resultado inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente. Persistindo o resultado inválido, uma nova amostra deverá ser coletada para esclarecer o diagnóstico.</p>

Não são adequados para o diagnóstico da infecção pelo HIV em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, devido a transferência de anticorpos maternos anti-HIV pela placenta

### 3.8. Encarte 8 - Proposta de fluxo para inclusão do parceiro no pré - Natal

**Proposta de fluxo para inclusão do parceiro no pré natal**



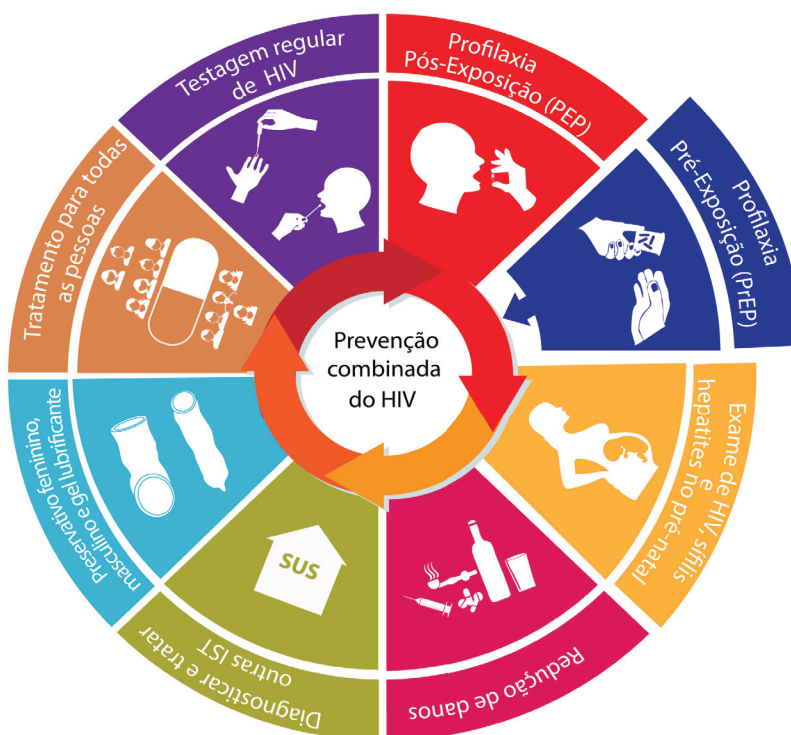
Na proposta de pré-natal do parceiro, o homem terá oportunidade de cuidar de sua saúde, realizando exames e recebendo orientações sobre prevenção às DST/AIDS, e de outros agravos. O pré-natal do homem é uma importante estratégia de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita.

### 3.9. Encarte 9 - Prevenção combinada

Atualmente, defende-se a **prevenção combinada** como ferramenta complementar ao enfrentamento da epidemia de HIV, ampliando a gama de opções para se prevenir contra o vírus e oferecendo mais alternativas cientificamente eficazes.

Consiste em utilizar um ou mais métodos de prevenção dependendo do tipo de relação, do parceiro e do momento de vida de cada indivíduo.

A mandala abaixo representa as várias estratégias, num círculo mostrando que não tem uma melhor do que a outra, as várias possibilidades interagem para dar mais possibilidade e autonomia para o indivíduo se proteger.



### 3.10. Encarte 10 - Abordagem às pessoas com IST

A propedêutica adequada para o manejo da atenção integral aos portadores de infecções sexualmente transmissíveis, sintomáticas ou não sintomáticas, inclui: Anamnese, identificação de riscos e vulnerabilidades, exame físico, aconselhamento e notificação para fins de vigilância epidemiológica



**A anamnese** deve colher idealmente:

- História clínica (queixa e duração, intervalo entre a última relação sexual e o aparecimento dos sinais e sintomas, evolução, tratamentos em curso ou pregressos, alergia a medicamentos, especialmente os usados no tratamento das IST);
- História sexual: no mínimo incluir , o passado de infecções ou doenças sexualmente transmissíveis, as práticas sexuais, gênero e número das parcerias sexuais, métodos de prevenção utilizados, métodos anticoncepcionais e data da última menstruação no caso de pacientes femininas;
- Riscos adicionais para IST: o uso de drogas relacionado com a atividade sexual, uso de duchas para higiene dos genitais internos, ser ou ter contato sexual com pessoas de grupos populacionais mais vulneráveis
- No caso de outras doenças (diabetes, dermatoses e imunodeficiências, entre outras), o uso de medicamentos e questões socioeconômicas e culturais.

**O exame físico** deve observar, no mínimo:

- Inspeção geral da pele e mucosas
- Exame da cavidade oral
- Exame do genitais (inclusive a inspeção visual e a ordenha da uretra) e do ânus
- Palpação de gânglios
- Exame especular (mulher)
- Exame pélvico bimanual (mulher)
- Exames clínicos complementares (mulher): PH vaginal e teste KOH.

**Coleta de material biológico:**

- Também deve incorporar, quando indicado e se disponíveis, a coleta de material biológico para exame laboratorial com o objetivo de investigar coinfeção com HIV, Vírus das hepatites B e C, Treponema pallidum/Sífilis, Gonococo e Clamídia.
- As amostras, para os exames indicados, devem ser colhidas durante atendimento. Caso os resultados não estejam disponíveis imediatamente, a conduta terapêutica não deve ser postergada até a entrega destes.

**Aconselhamento:**

- Reforçar a natureza confidencial das informações
- Favorecer a percepção do auto risco e negociar estratégia de redução de risco
- Informar sobre as relações das IST e DST entre si, particularmente com o HIV
- Informar sobre a natureza assintomática de várias DST
- Esclarecer sobre importância do exame e tratamento das parcerias sexuais
- Negociar estratégias para buscar as parcerias sexuais em risco de infecção
- Orientar o uso adequado e oferecer insumos para prevenção
- Recomendar vacinas disponíveis para os susceptíveis (Hepatite B e HPV)

**Prescrição e orientação:**

A consulta clínica se completa com a prescrição e orientação para tratamento, além do



estabelecimento de estratégia para seguimento e para a atenção às parcerias sexuais e o acesso aos insumos de prevenção, como parte da rotina de atendimento. Portanto o aconselhamento deve ser integrado à consulta.

#### **Vacinação:**

Recomenda-se a vacinação contra hepatite B

Recomenda-se a vacinação quadrivalente contra HPV tipos 6, 11, 16 e 18, para adolescentes na faixa etária de nove a 13 anos, e para mulheres HIV-positivas de nove a 26 anos de idade (as quais necessitam de prescrição médica a ser apresentada no ato da vacinação, conforme Nota Informativa Conjunta nº 01/2015 – CGNPNI/DEVIT/DST/AIDS/SVS/MS).

Notificação para fins de vigilância epidemiológica

#### **Avaliação com classificação de Risco e Vulnerabilidades:**

##### **■ Muita urgência (Pronto Atendimento):**

Corrimento uretral, anal, vaginal

Sangramento anal

Úlcera genital, anal ou oral

Erupções de pele

Adenopatia inguinal dolorosa

Desconforto ou dor pélvica

Dor ou ardor à micção

Dor na relação sexual

Relação sexual desprotegida com parceiros sexuais com qualquer das manifestações clínicas aqui descritas

Manifestações sistêmicas (febre, mal-estar, comprometimento do estado geral, etc.)

Exposição sexual ao HIV (PEP)

##### **■ Pouca urgência (pode aguardar)**

Verrugas anogenitais

Exames laboratoriais reagentes para IST

Exposição de risco para IST (exceto PEP)

Parcerias sexuais convocadas

##### **■ Sem urgência (agendamento)**

Controle sorológico

Resultados de exames não urgentes

Vulneráveis sem risco iminente de DST

Retorno programado



## 3.11. Encarte 11- Vinculação

### O que é?

Vinculação refere-se ao processo de atendimento da pessoa que realizou o exame anti-HIV, teve resultado reagente para HIV, recebeu o resultado de seu exame, foi encaminhado à referência e realizou os exames iniciais de acompanhamento.

### Vinculador, o que é?

Vinculador é o profissional que acompanha a pessoa diagnosticada com HIV até sua chegada à referência assistencial.

### Meta

Define-se como marcador de sucesso deste processo de vinculação a matrícula da pessoa no serviço de referência assistencial para seu acompanhamento clínico e sabidamente ter realizado os exames iniciais de contagem de células CD4 e/ou Carga Viral.

### Acompanhar a pessoa depende da permissão de contato!!!!



### Se não permite contato:

- \*Verificar se a pessoa chegou ao Serviço ao qual foi encaminhado!
- \*Realizar notificação do caso.

### Se permite contato:

- \*Definir o tipo de ação de acordo com as possibilidades de contato permitidas (celular, telefone fixo, e-mail, correspondência, visita domiciliar)
- \*Realizara notificação do caso

### 3.12. Encarte 12 - Abordagem inicial do adulto infectado pelo HIV e seguimento clínico/laboratorial

Avaliação		Abordagem inicial	Antes do início da TARV	Frequência
<b>Informações específicas sobre a infecção pelo HIV</b>				
Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem LT-CD4+ e carga viral. Impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na morbimortalidade		+	+	A cada consulta se necessário
<b>Abordagem do risco</b>				
Práticas sexuais, utilização de preservativos, uso de tabaco, álcool e outras drogas, interesse em reduzir os danos à saúde – Gestão de Risco		+	+	A cada consulta
<b>Historia</b>				
Medica	História medica completa (mórbida atual e sistemas)	+	+	Primeira consulta e nos casos de pacientes transferidos
	Antecedentes familiares (ex. DCV prematura, diabetes, hipertensão, DRC e dislipidemias)	+		Primeira consulta
	Medicamentos concomitantes, práticas complementares e/ou alternativas	+	+	A cada consulta
	Comorbilidades atuais e passadas (Tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio, Doença oportunistas prévia ou atual e necessidade de quimioprofilaxia, Outras doenças atuais e/ou pregressas)	+	+	A cada consulta
	Alimentação	+	+	A cada consulta
	Vacinação	+	+	A cada consulta
	IST e tratamentos para IST	+	+	A cada consulta





Psicossocial	Estilo de vida (uso de álcool, tabaco, dieta, exercício e uso de drogas)			6-12 meses, avaliar com maior frequência estilos de vida prejudiciais
	Referenciar para apoio psicológico e aconselhamento, se necessário, incluindo CAPS	+	+	
	Atividade profissional	+	+	A cada consulta
	Situação social Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) Condições de trabalho e domicílio	+	+	A cada consulta
	Estado psicológico	+		
	Reação emocional ao diagnóstico		+	A cada consulta
	Parceiro (s) /a (s) e crianças			
	Propor rastreio ao parceiro (s) /a (s) e crianças, se em risco	+	+	A cada consulta
	Nível educacional	+	+	A cada consulta
	Planos e perspectivas futuras	+	+	A cada consulta
Saúde sexual e reprodutiva	História sexual (avaliar as questões relacionadas com a disfunção sexual e o risco de transmissão sexual)	+		6-12 meses
	Desejo de ter filhos	+	+	A cada consulta
	Estado sorológico do parceiro e filho(s)			
		+	+	A cada consulta (considerar início de TARv nos casais sorodiscordantes)
	Métodos contraceptivos	+	+	A cada consulta
	Concepção	+	+	A cada consulta
<b>INFEÇÃO PELO VIH</b>				
Virologia	Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV (para casos que já realizaram acompanhamento: tempo provável de soro positividade, contagem de LT-CD4+ ou carga viral anterior,	+		



	uso de antirretrovirais e eventos adversos prévios)			
	CV VIH no plasma	+	+	PVHA em seguimento clínico - a cada 6 meses; Início ou modificação de TARV - após 8 semanas
	Genotipagem		Pessoas que tenham se infectado com parceiro em uso de TARV (atual ou pregresso) e Gestantes	Falha virologia confirmada em coleta consecutiva de carga viral apos intervalo de quatro semanas;. Carga viral superior a 1.000 copias/mL; Uso regular de TARV por pelo menos seis meses.
	Tropismo CCR5 (se disponível)		Realizar em caso de combinação que inclua antagonista CCR5	
Imunologia - Contagem de linfócitos CD4 e %	Caso Novo	+	+	
	PVHA em uso de TARV, assintomático, carga viral indetectável			CD4 ← 350 células/mm <sup>3</sup> - a cada 6 meses CD4 → 350 células/mm <sup>3</sup> em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de



				intervalo - Não solicitar
	PVHA - Sem uso de TARV -Evento clínico (Infecções, toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon, etc) - Em falha virológica			Qualquer valor de CD4 A cada 6 meses
<b>Exame físico</b>				
	Exame físico completo, incluindo medida da circunferência abdominal.	+	+	Todas as consultas
<b>Coinfecções</b>				
IST	Testes para a sífilis	+		A cada 6 meses
	Rastreio de IST	+		Anual/ sempre que indicado
Hepatites virais	Sorologia hepatite A	+		vacinar se não imune
	Sorologia hepatite B	+		Rastrear se existe risco e vacinar se não imune
	Sorologia hepatite C	+		Rastrear anualmente
Tuberculose	Raio X de tórax	+		Caso a caso
	Pesquisar tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna	+	+	Em todas as consultas
	PPD	+	+	Anual, caso o exame inicial seja $\leftarrow$ 5 mm. Indicar tratamento da infecção latente quando PT $\nearrow$ 5mm.
Toxoplasmose	IgG para toxoplasma	+		



HTLV	Sorologia para HTLV I e II	considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas		
Chagas	Sorologia de Chagas	considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas		
Citomegalovirus	Sorologia CMV	+		
Leishmaniose	Sorologia de leishmaniose	considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas		
Doenças tropicais	Ex esquistossomose - Kato, sorologia	considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas		
Verminoses	PPF	+		Anual
<b>Comorbidades</b>				
Hematologia	Hemograma	+	+	3-6 meses. Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso



				de medicamentos mielotóxicos
	Hemoglobinopatias	Rastrear pessoas em risco		
Composição corporal	IMC	+	+	Anual
Doença cardiovascular	Avaliação do risco (Escala Framingham)	+	+	Anual Homens → 40 anos e mulheres → 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
	ECG	+	+/- (TARV associado a alterações da condução)	Anual
Hipertensão	Pressão Arterial	+	+	Anual
Lipídeos	CT, HDL, LDL, TG	+	+	Anual
Diabetes Mellitus	Glicemia	+		Anual Considerar teste de tolerância a glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL
Doença pulmonar	Raio X de tórax	+		Se indicado
	Espirometria			Se indicado (Rastreamento de DPOC em



				<p>peças com mais 35 anos que têm um fator de risco (fumador ou ex-fumador) e que apresentam dispnéia de esforço, tosse crônica, produção crônica de expectoração, episódios de bronquite frequentes no inverno)</p>
Insuficiência hepática	<p>Avaliação do risco (Fatores de risco para doença hepática crônica: álcool, hepatites virais, obesidade, diabetes, resistência à insulina, hiperlipidemia e medicamentos hepatotóxicos.</p>	+	+	Anual
	<p>AST, ALT, BT</p>	+	+	<p>Anual</p> <p>Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV com medicamentos hepatotóxicos</p>
Insuficiência renal	<p>Avaliação do risco (hipertensão, diabetes, DCV, antecedentes familiares, melano-dermia, hepatites virais, negros, contagem recente baixa de CD4, tabagismos, idade, medicamentos nefrotóxicos).</p>	+	+	<p>Anual</p> <p>Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV com medicamentos nefrotóxicos ou fator de risco</p>

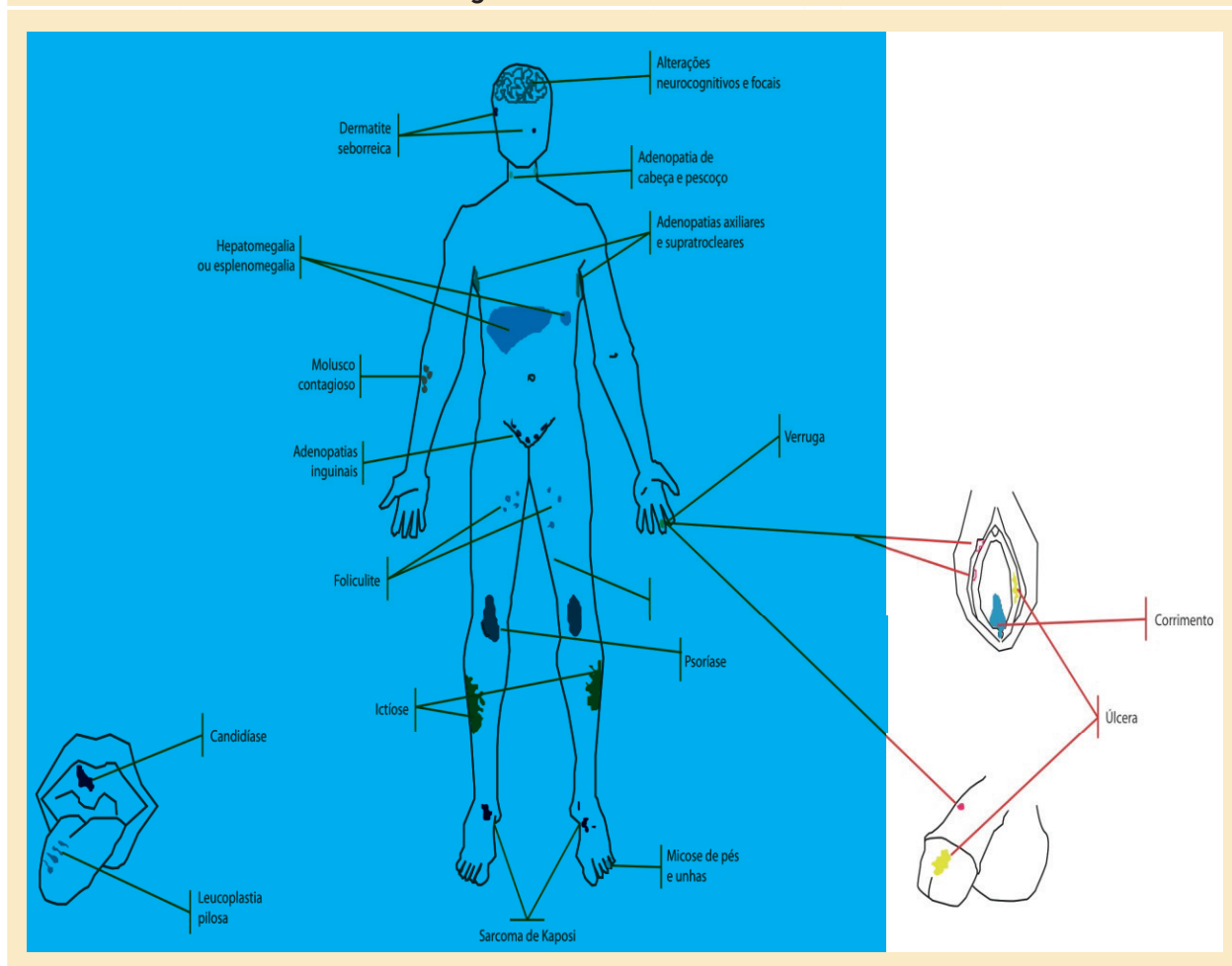


	Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina	+	+	Anual Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV com medicamentos nefrotóxicos ou fator de risco
	Calculo do clearance da creatinina ou Taxa de filtração glomerular <sup>1</sup>	+	+	Anual, em pacientes com maior risco de insuficiência renal Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Doença óssea	Densitometria óssea			2-5 anos (mulheres pós menopausa e homens após 50 anos)
Déficit neurocognitivo	Questionário de rastreio – avaliação neuropsiquiátrica	+	+	2 anos
Depressão	Questionário	+	+	1-2 anos Rastrear pessoas em risco
CMV ocular	Fundoscopia			6 meses, em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup>
<b>Rastreamento das neoplasias</b>				
Mama	Mamografia nas mulheres acima de 40 anos	+		Anual



Colo uterino	Papanicolau nas Mulheres sexualmente ativas			Anual - realizar colposcopia anual na presença de alterações patológicas
Ânus	Toque retal e papanicolau - Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	+		Anual; realizar anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Dosar alfa- fetoproteína e realizar ultrassonografia abdominal (Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos)	+		Semestral

**Sinais clínicos que podem estar relacionados à infecção pelo hiv e que devem ser investigados no exame físico inicial**





### **Intervalos recomendados para agendamento de retorno a consulta:**

- De 7 a 15 dias após introdução ou alteração do esquema de antirretrovirais, com o propósito de observar a ocorrência de efeitos colaterais, adequação da tomada de medicação e outras dificuldades que podem comprometer a adesão do paciente ao tratamento.
- Mensal, até a estabilização e adaptação do paciente à terapia antirretroviral e caso não aconteçam intercorrências clínicas ou laboratoriais no período.
- Intervalos de até 6 meses para os pacientes com quadro clínico estável, imunológico e controle virológico.

Nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional e quando o paciente comparecer ao serviço.

## **3.13. Encarte 13 - Investigação de tuberculose**

Em todas as oportunidades, interrogar os pacientes com HIV sobre febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento de qualquer duração.

A presença de qualquer um dos sintomas indica a possibilidade de TB ativa e a necessidade de investigação do caso.

Devem ser seguidos os algoritmos nacionais para diagnóstico de TB utilizando teste rápido molecular para TB (TRM-TB), baciloscopia e cultura, observando-se que em PVHA, a cultura para micobactérias deve ser sempre solicitada no momento do diagnóstico.

Na coinfeção TB-HIV, deve-se priorizar o início do tratamento da TB, que deve ser imediato após o diagnóstico, seguida de notificação. A introdução da terapia antirretroviral (TARV) deve respeitar momento oportuno, determinado pela contagem de linfócitos T CD4+ ou, na sua indisponibilidade, de marcadores clínicos de imunossupressão.

A prova tuberculínica (PT) deve ser realizada no diagnóstico de HIV, repetida quando da recuperação imunológica e repetida anualmente nos pacientes não reatores e sem tratamento prévio para TB. Preferencialmente deve estar disponível no Serviço de Atenção Especializada (SAE) e excepcionalmente poderá ser realizada em outro serviço de referência designado.

Em crianças, recomenda-se utilizar, além das ferramentas microbiológicas, moleculares, de imagem, prova tuberculínica, o escore que considera o tipo de exposição epidemiológica e dados clínicos.



Pacientes encaminhados ao SAE com diagnóstico de TB e HIV devem passar por avaliação de risco imediata, por profissional de saúde capacitado (a), a fim de determinar a urgência da consulta médica. Recomenda-se que:

- Paciente com TB encaminhado por outro serviço e já com tratamento para tenha acesso à consulta médica em até sete dias, considerando-se a gravidade.
- Paciente com TB encaminhado por outro serviço e ainda sem tratamento para TB seja atendido por médico e inicie tratamento para TB no mesmo dia.
- A Paciente com TB atendido na rede privada sejam dispensados medicamentos para tuberculose, mediante apresentação de receita médica adequada e notificação.
- As ações colaborativas TB-HIV prevejam que pacientes coinfectados sejam atendidos e recebam os dois tratamentos no mesmo serviço.

### 3.14. Encarte 14 - Quando iniciar a TARV?

#### Recomendações para início de TARV

TARV é recomendada para todas as PVHIV, independentemente da contagem de linfócitos T CD4, para reduzir a morbidade e mortalidade associada à infecção pelo HIV

TARV é recomendada para indivíduos infectados pelo HIV para prevenir a transmissão do HIV.

Ao iniciar TARV, é importante abordar estratégias para otimizar a adesão.

O início da TARV poderá ser adiado devido a fatores clínicos e / ou psicossociais, mas o tratamento deve ser iniciado o mais precoce possível.

#### Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4

Iniciar TARV, mas não concomitante com o tratamento de TB:

Sinais de imunodeficiência avançada ou  $CD4 < 200$ - iniciar TARV na 2ª semana após início de tratamento de TB

Ausência de imunodeficiência avançada ou  $CD4 \rightarrow 200$ - iniciar TARV ao final da fase intensiva(8ª semana) do início do tratamento de TB

#### Assintomáticos

Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento
------------------------------------	--

#### Gestantes

Iniciar TARV independente dos critérios clínicos e imunológicos. Colher genotipagem antes



### Crianças : Colher genotipagem antes para orientar tratamento

← 12 meses	Iniciar TARV independente de sintomatologia clínica, classificação imunológica ou carga viral.
Entre 1 e 4 anos	Pacientes sintomáticos, classificados nas categorias B (exceto aqueles com um único episódio de pneumonia bacteriana) ou C do CDC Paciente com percentual de LT-CD4+ < 25% OU Pacientes com carga viral > 100.000 cps/ml
→ 5 anos	Pacientes sintomáticos, classificados nas categorias B (exceto aqueles com um único episódio de pneumonia bacteriana) ou C do CDC Pacientes com contagem de LT-CD4+ < 500 células/mm <sup>3</sup> OU Pacientes com carga viral > 100.000 cps/ml.

### Adolescentes

A prescrição de antirretrovirais deve ser baseada no estadiamento da puberdade de Tanner e não na idade cronológica.

(Tanner I e II) deve ser tratado segundo as recomendações pediátricas

(Tanner V) deve seguir as recomendações estabelecidas para adultos

(Tanner III e IV), o tratamento deve ser individualizado a critério médico.

## 3.15. Encarte 15a – TARV- Esquemas iniciais e de resgate (adultos e adolescentes)

A incorporação de novos medicamentos, bem como escolha de esquemas antirretrovirais para serem utilizados no início de tratamento e em esquemas de resgate, estão em constante revisão. As recomendações atuais podem ser consultadas no Protocolo Clínicas e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), visualizado através do endereço [www.AIDS.gov.br/pcdt](http://www.AIDS.gov.br/pcdt), sendo complementadas pelas notas técnicas do DDAHV.

### Tratamento antirretroviral inicial em pessoas vivendo com HIV/AIDS

#### Preferencial

TDF / 3TC / DTG Esquema para início de tratamento a partir de 2017

TDF / 3TC / EFZ Esquema para início de tratamento nas seguintes situações: -  
Coinfecção TB-HIV - Gestantes

#### Alternativo

TDF / 3TC / EFV Esquema alternativo para início de tratamento em caso de intolerância ou contraindicação ao DTG

TDF / 3TC / RAL Esquema alternativo de tratamento em caso de intolerância ao



EFZ, nas seguintes situações: - Coinfecção TB-HIV - Gestantes Concluída a situação (tratamento completo de TB ou parto), poderá ser feita mudança para TDF/3TC/DTG ABC / 3TC / DTG Esquema para início de tratamento em caso de contraindicação ao TDF em PVHA com teste negativo para HLA-B\*5701#

Observações: # A ampliação do uso do teste de HLA-B\*5701 para avaliação de hipersensibilidade ao ABC encontra-se em análise pela Conitec. @ O AZT permanece como alternativa em casos de intolerância ao TDF.

Só são considerados para início de terapêutica os medicamentos antirretrovirais recomendados pelo PCDT

O PCDT assim como as suas atualizações deverão ser sempre consultados.

HYPERLINK "<http://www.AIDS.gov.br>"

No estado de São Paulo está em funcionamento desde 2008, uma comissão técnica composta por infectologistas de várias instituições, que avalia a necessidade de novos medicamentos antirretrovirais ainda não disponibilizados pelo MS.

As solicitações devem ser encaminhadas à Coordenação estadual de DST/AIDS-SP, CRT-DST/AIDS aos cuidados dessa comissão que procederá a análise das solicitações. Uma vez definida a pertinência da solicitação, o CRT-DST/AIDS encaminha os processos à SES para aquisição através de processo administrativo. Os formulários e documentos necessários que compõem o processo de análise da solicitação e aquisição desses medicamentos estão disponíveis nas unidades dispensadoras de medicamentos (UDM), nos SAE e podem ser acessados pelo link: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>.

Dentre os dados necessários para a avaliação das solicitações, ressaltam-se:

Histórico completo da TARV e demais medicamentos em uso

Antecedentes Patológicos

Último resultado de CD4 e Carga viral (com as respectivas datas de coleta)

Todos os resultados de exames de resistência viral



### 3.16. Encarte 15b - TARV- Esquemas iniciais recomendados (gestantes e crianças)

Gestantes virgens de tratamento			
<b>Primeira linha de tratamento</b>	<b>Esquemas alternativos</b>		
TDF + 3TC + EFV (dose fixa combinada)	Contraindicação ao TDF : AZT		
	Contraindicação ao TDF e AZT : ABC		
	Contraindicação ao EFV: NVP		
<b>Segunda linha de tratamento</b>	<b>Esquemas alternativos</b>		
Contraindicação aos ITRNN	LPV/r		
Contraindicação ao LPV/r	ATV/r		
Gestante em uso de tarv com carga viral indetectável			
Manter o mesmo esquema antiretroviral			
Gestante em uso de tarv com carga viral detectável			
Genotipagem			
Crianças e adolescentes			
<b>Primeira linha</b>			
Peso	idade	Esquema	
← 35 kg	← 3 anos	AZT + 3TC + NVP	
← 35 kg	→3 anos	AZT + 3TC + EFV	
→35 kg		TDF+3TC+EFV – dose fixa combinada	
Para as crianças e adolescentes →35kg em que o esquema TDF+3TC+EFV esteja contraindicado, substituir por:			
TDF	1 opção	AZT	Contraindicação TDF
	2 opção	ABC	Contraindicação TDF e AZT
	3 opção	DDI	Contraindicação TDF, AZT e ABC
<b>Segunda linha</b>			
2 ITRN + IP/r	O lopinavir com booster de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores de protease, quando da impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema		
Contraindicação ao LPV/r	ATV/r (a partir de 6 anos)		
Contraindicação ao LPV/r e ATV/r	FPV/r (a partir de 2 anos)		
A contraindicação do antirretroviral deve ser registrada no prontuário			



### 3.17. Encarte 16a - Principais efeitos adversos associados aos antirretrovirais

CLASSES DOS ANTIRRETROVIRAIS	DISPONIBILIDADE	EFEITOS ADVERSOS	
Inibidor de CCR5	Maraviroque	tosse, febre, rash, sintomas musculoesqueléticos, diarreia. informações	
Inibidor de fusão	Enfuvirtida (T-20)	formação de nódulos no local da aplicação	
Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (nucleotídeo*)	Zidovudina (AZT)	alteração hematológica (leucopenia, anemia, plaquetopenia) vômitos, náuseas, astenias, fadiga, insônia, desconforto abdominal, hepatotoxicidade, pigmentação das unhas e mucosas(melaniquia).	<p>Deve ser ingerida de preferência com estômago vazio ou com alimento com baixo teor de gordura, ou seja, administrar com ou sem alimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No início do tratamento devem ser solicitados hemogramas quinzenais e depois mensais de acordo com a evolução clínica.</li> <li>SSe Hb <math>\leftarrow</math> 8,0 g/dl ou neutropenia (<math>\leftarrow</math> 750 cel/mm<sup>2</sup>) deve ser considerado o uso de outra medicação.</li> </ul>
	Lamivudina (3TC)	praticamente inexistentes, mas pode apresentar náuseas, vômitos, eventuais episódios diarreicos, insônia e neuropatia periférica	Administrar com ou sem alimento. Também possui ação contra o vírus da hepatite B (HBV) e restaura sensibilidade a outros ARV
	Tenofovir* (TDF)	insuficiência renal, náuseas, dor abdominal, flatulência, diarreia, pancreatite, especialmente se usado com didanosina (ddl).	<p>Administrar com ou sem alimento, porém de preferência com alimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contraindicada a pacientes com insuficiência renal. Possui ação contra HBV</li> </ul>



	Didanosina (ddl)	lipodistrofia, pancreatite, acidose láctica, náusea, vômito, diarreia, dor abdominal, neuropatia periférica, aumento de enzimas hepáticas, esteatose, elevação do ácido úrico, glicemia e lipase	Para a neuropatia periférica. Descontinuar o ARV. Capsaicina tópica 8% pode ser útil na dor persistente. Sem evidências para indicar outros medicamentos em crianças (tricíclicos, gabapentina ou lamotrigina).
	Abacavir (ABC)	reações alérgicas que constituem contraindicação absoluta à reintrodução do fármaco, náuseas, vômito, diarreia, febre, insônia, fadiga, artralgia.  • A hipersensibilidade é uma síndrome caracterizada pela presença de dois ou mais sinais e sintomas dos seguintes grupos: Grupo 1 – febre Grupo 2 – rash Grupo 3 – gastrintestinal	Administrar com ou sem alimento. Reações de hipersensibilidade sérica e potencialmente fatais podem ocorrer nas primeiras semanas
		(náusea, vômito, diarreia e dor abdominal) Grupo 4 – sintomas constitucionais (astenia, cansaço e dores generalizadas) Grupo 5 – respiratórios (dispneia, tosse e faringite)	
Inibidores de Transcriptase Reversa não Análogos de Nucleosídeos	Efavirenz	Apresenta-se com um ou mais dos sintomas tonturas, alucinações, sonolência, insônia, pesadelos, reações alérgicas, depressão, dislipidemia em uso prolongado, dificuldade de concentração, psicose, ideias suicidas, convulsões.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar de preferência à noite. Contudo, devem ser evitados alimentos com alto teor de gordura.</li> <li>• A ingestão com alimentos pode reduzir a intensidade dos efeitos colaterais.</li> <li>• Os sintomas podem</li> </ul>



			ocorrer nas primeiras vinte e quatro semanas de uso e tendem a desaparecer progressivamente.
	Etravirina*	Cefaleia, dor abdominal, vômito, náuseas e erupções na pele após a segunda semana e tratamento. Caso as erupções se tornem graves, deve ser suspenso.	Administrar com alimento
	Nevirapina	Reação alérgica, hepatotoxicidade. • Rash: 22% de uma a oito semanas de terapia; 9%: Stevens-Johnson; autolimitado na maioria.	Administrar com ou sem alimento. Quando o efavirenz não puder ser utilizado, poderá ser uma opção durante terapia para tuberculose com rifampicina
Inibidores de Integrase	Raltegravir	náuseas, diarreia, cefaleia, prurido aumento da atividade psicomotora, insônia e depressão.	Usar com cuidado quando associado a medicamentos que aumentam a concentração de RAL. Considerar descontinuação se ocorrer insônia persistente
	Dolutegravir	Alterações bioquímicas laboratoriais creatinina, pequenos aumentos do nível de bilirrubina total (sem icterícia clínica)	
Inibidores de Protease	Atazanavir	icterícia, náusea e diarreia.	Administrar com alimento. • Não há aumento significativo do colesterol total, LDL ou triglicérido. Não administrar por sonda.
	Lopinavir/r	náusea, diarreia, dor abdominal, dislipidemia LPV/r solução oral (contém etanol e propileno glicol como excepiantes) 1 a 6 dias	Administrar com alimentos Descontinuar. Sintomas devem resolver em até 1 a 5 dias. Reintrodução do





		após início do LPV/r. Em neonatos e lactentes prematuros: depressão do SNC, toxicidade cardíaca e complicações respiratórias.	LPV/r pode ser considerada após o período vulnerável
	Darunavir*	náuseas, diarreia, cefaleia, dislipidemia	Administrar com alimento
	Saquinavir	náuseas, diarreia e dislipidemia	Administrar com alimentos
	Tipranavir*	problemas hepáticos graves, rash, aumento do colesterol e triglicérides. As mudanças na gordura corporal são as principais preocupações de segurança com o uso de tipranavir. Os indivíduos com hemofilia podem ter aumento de sangramento. Os efeitos colaterais mais comuns são diarreia, náuseas, vômitos e cansaço.  Hemorragia intracraniana	Usar com cuidado se o paciente tiver história de sangramentos, lesões intracranianas ou neurocirurgia recente.  Descontinuar se suspeita ou confirmação de hemorragia intracraniana
	Ritonavir	náuseas, diarreia, dor abdominal, gosto amargo ou metálico na boca, dislipidemia e hepatopatia.	
	Fosamprenavir	náusea, diarreia, rash e dislipidemia	administrar com ou sem alimento



### 3.18. Encarte 16b - Principais efeitos adversos observados no início do TARV

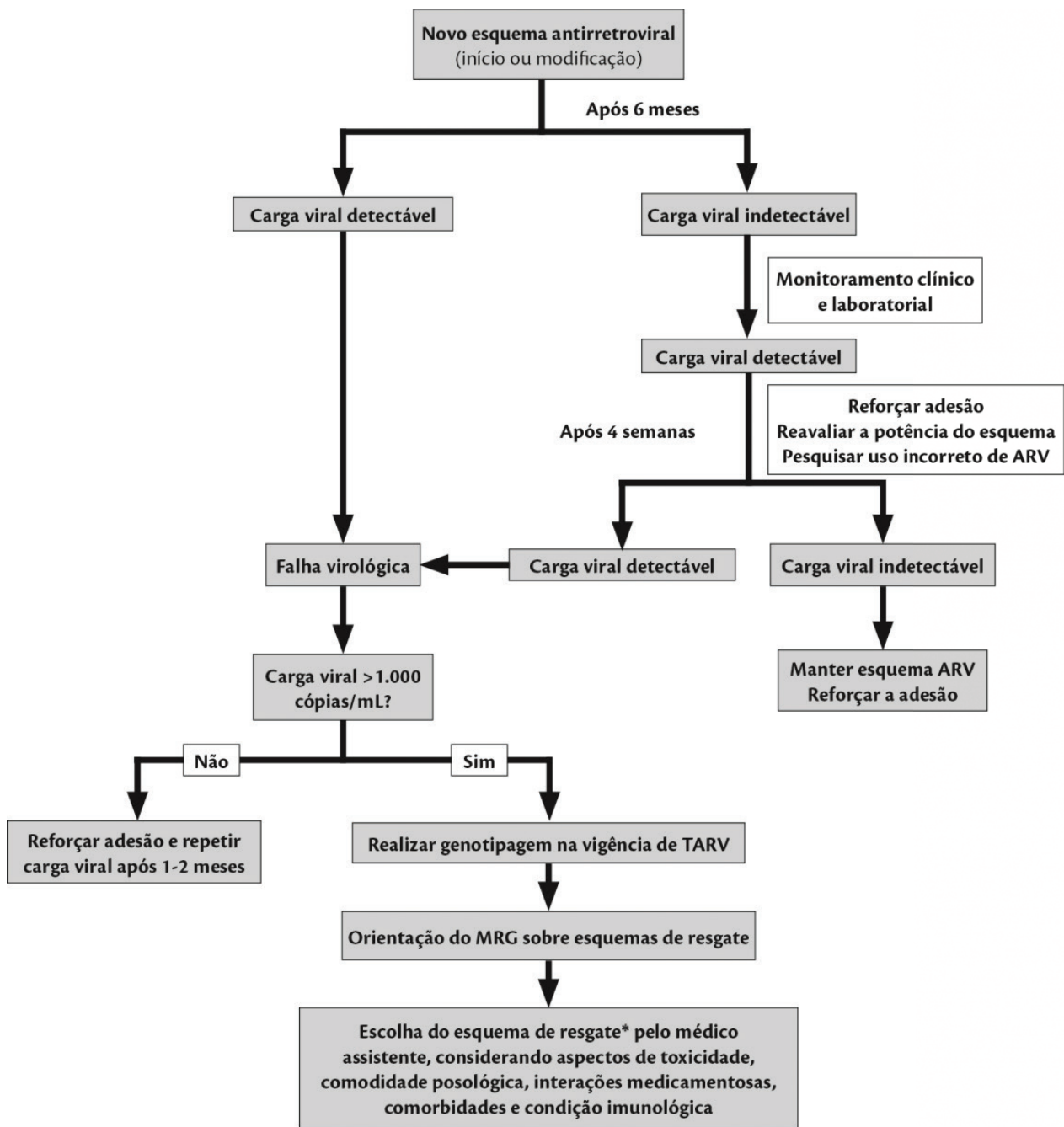
Medicação	Eventos adversos	Manejo
AZT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas, anorexia, cefaleia, alterações no paladar, mal-estar e insônia.</li> <li>- Anemia e neutropenia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar sintomáticos e orientar manutenção da medicação, uma vez que esses sintomas desaparecem ao longo da terapia, com melhora considerável do apetite.</li> <li>- O medicamento deve ser substituído caso Hb <math>\leftarrow</math> 10,0 g/dL e/ou neutrófilos <math>\leftarrow</math> 1.000 células/mm<sup>3</sup>.</li> </ul>
3TC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eventualmente, pode ocorrer pancreatite ou neuropatia periférica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação e acompanhamento.</li> </ul>
ddl EC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas, vômitos, diarreia e anorexia são frequentes.</li> <li>- Pancreatite, com ou sem dor abdominal, pode ocorrer nas primeiras semanas, mas geralmente é mais tardia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar sintomáticos, se necessário.</li> <li>- Suspender medicação.</li> </ul>
TDF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de toxicidade renal com elevação da ureia e creatinina (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e diabetes insipidus.</li> <li>- A disfunção tubular proximal é demonstrada laboratorialmente mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia, hiperuricurria, hipofosforemia, hipocalcemia e acidose metabólica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar exame básico de urina, ureia, creatinina e DCE a cada 3 meses.</li> </ul>
EFV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como: tonturas, "sensação de embriaguez", sonolência ou insônia, dificuldade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar o paciente sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento.</li> </ul>



	<p>de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exantema, geralmente maculopapular (1,7%), podendo evoluir para formas graves, como a Síndrome de Stevens-Johnson ou necrólise epidérmica tóxica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário que se aborde o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando o paciente para que o medicamento não seja interrompido.</li> </ul>
<b>NVP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exantema (7%), geralmente maculopapular, de tipo eritema multiforme; menos de 1% progride para Síndrome de Stevens-Johnson ou para necrólise epidérmica tóxica.</li> </ul>	<p>Suspender quando o exantema cutâneo for extenso, comprometer mucosas, estiver associado a manifestações semelhantes a um resfriado e/ou houver ocorrência de linfadenopatias.</p> <p>Dos pacientes que apresentam esse tipo de reação à nevirapina, 40% não apresentam reação cruzada com o efavirenz.</p>
<b>LPV/r</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarreia (14 a 24%), náuseas, fezes malformadas, astenia, dor abdominal, cefaleia, vômitos e hiperlipidemia com hipertrigliceridemia.</li> <li>- Outros eventos adversos menos frequentes incluem: hiperglicemia, aumento de enzimas hepáticas e hiperamilasemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A diarreia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, como a loperamida.</li> </ul>
<b>ATV/r</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas, vômitos, diarreia, exantema, cefaleia, tontura.</li> <li>- Aumento da bilirrubina total, às custas da fração indireta (35 a 47% dos casos), com icterícia em alguns casos. Elevação das transaminases pode ocorrer em cerca de 2 a 7% dos casos.</li> <li>- Possibilidade de toxicidade renal, como nefrolitíase.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A ocorrência de icterícia pode afetar a imagem e a autoestima do paciente, devendo, portanto, ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a suspensão do medicamento quando houver desconforto para o paciente.</li> <li>- Cautela com esquemas com TDF.</li> </ul>



### 3.19. Encarte 17 - Falha a TARV e terapia de resgate



\* Solicitar autorização para câmaras técnicas ou Ministério da Saúde caso o esquema de resgate seja estruturado com medicamentos de terceira linha



### 3.20. Encarte 18 - Acompanhamento clínico e laboratorial da criança exposta ao HIV

O acompanhamento deve ser:

- Até 6 meses: mensal
- De 6 a 12 meses: bimensal
- De 12 a 18/24 meses: trimestral
- Após 2 anos até a adolescência: anual.

Realizar atendimento compartilhado com a Atenção Básica.

Avaliação	Ao nascer ou na primeira Consulta ambulatória	Idade			
		1-2 meses	4 meses	6-12 meses	12-18 meses
Registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico	+	+	+	+	+
Avaliação sistemática do crescimento, desenvolvimento, inclusive neuropsicomotor	+	+	+	+	+
Anamnese detalhada e minuciosa condições habituais de vida da criança, alimentação, sono, comportamento e intercorrências infecciosas recentes ou pregressas, presença de sinais e sintomas sugestivos de toxicidade mitocondrial, manifestações neurológicas, sintomas cardíacos, gastrointestinais, miopatia, retinopatia, pancreatite e acidose láctica	+	+	+	+	+
Exame físico detalhado acompanhado da observação dos sinais específicos do HIV: presença de linfonodos, alterações no perímetro cefálico, retardo de crescimento e de	+	+	+	+	+



senvolvimento, hepatoesplenomegalia, candidíase oral e/ou genital. Avaliar sinais clínicos de má formação congênita associada ao uso de antirretrovirais					
Imunização	+	+	+	+	+
Exames					
Hemograma	+	+	+	+	+
AST, ALT, GGT, FA, Bilirrubinas	+	+			+
Glicemia	+	+	+		+
Sorologia HIV*					+
	+	+			Se positivo ou indeterminado, repetir após 3 meses.
Carga Viral		+	+		
	Se CV detectável, repetir imediatamente o exame Se CV indetectável repetir na criança com idade acima de 4 meses, quando o primeiro teste tiver sido realizado na criança entre 1 e 2 meses de idade. Quando não tiver sido realizado dentro dessa idade, repetir em casos do primeiro resultado indetectável, após 02 meses da inicial.				
TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples) de acordo com as sorologias maternas no pré-natal	+				
Sífilis	+				
Hepatite B e C	+				
LT-CD4+/CD8		+	+		
HTLV 1/2	+				+ Repetir se exame inicial positivo

\*Realizar sempre que houver dúvidas em relação ao estado sorológico da mãe (crianças abandonadas, abrigadas ou mães documentação confiável em relação ao seu estado de infecção) e após no seguimento para investigação da infecção pelo HIV, em crianças realmente expostas ao HIV.



### Crianças expostas não infectadas até os 20 anos

Avaliação	Periodicidade
Se sabe da história de exposição a infecção do HIV	Anual
Se conhece o status sorológico da mãe e familiares	Anual
Avaliação psicológica	Anual
Avaliação social e de apoio social	Anual
Avaliação clínica	Anual
Avaliação de crescimento e desenvolvimento	
Maturidade sexual	
Coinfecções	
Exames laboratoriais (caso a caso)	

- As crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos durante o período intrauterino e perinatal. Entre estes: *Treponema pallidum*, vírus das hepatites B e C, vírus HTLV-1/2, vírus do herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*; e outros agentes infecciosos segundo a prevalência regional: malária, leishmaniose, doença de chagas, etc.
- O reconhecimento precoce e o tratamento de coinfecções devem ser considerados prioritários no atendimento dessas crianças, devendo tal abordagem ser incluída ainda na maternidade e nas consultas subsequentes.
- O seguimento será encerrado após negatização da sorologia anti-HIV aos 12-18 meses de idade. Nenhuma criança deve receber alta antes da documentação da soroversão. Após a alta, a criança deve ser encaminhada para seguimento em UBS e retornos anuais no Ambulatório de Infectologia Pediátrica para monitoramento de eventos adversos tardios da exposição aos antirretrovirais.

### 3.21. Encarte 19 - Imunizações para PVHA

ESQUEMA VACINAL BÁSICO PARA PACIENTES MAIORES DE 13 ANOS INFECTADOS PELO HIV	
Vacina	Recomendação
Tríplice viral <sup>1</sup>	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD+ → 200 células/mm <sup>3</sup>
Varicela <sup>2</sup>	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ → 200 células/mm <sup>3</sup>
Febre amarela <sup>3</sup>	Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT-CD4+ → 200 células/mm <sup>3</sup>



Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo), portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C
Hepatite B	Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo)*
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ $\rightarrow$ 200 células/mm <sup>3</sup> . Apenas um reforço após cinco anos
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza
HPV	Está indicada em meninas, adolescentes e mulheres de 9 a 26 anos, independente da contagem de LT-CD4+, com esquema de três doses, em intervalos de zero, dois e seis meses.

<sup>1</sup>Considerando os atuais surtos de sarampo na Europa e nos EUA, eventuais viajantes HIV+ que receberam apenas uma dose em seu histórico vacinal devem receber uma segunda dose se estiverem com LT-CD4+ > 200 células/mm<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>Existem poucos dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. É contraindicada em gestantes.

<sup>3</sup>Contraindicada em gestantes.

\*A imunogenicidade e eficácia da vacina contra hepatite B são inferiores em pacientes imunodeprimidos em relação aos imunocompetentes. Doses maiores e número aumentado de doses são necessários à indução de anticorpos em níveis protetores. Por esse motivo, são recomendadas quatro doses de vacina contra hepatite B, com o dobro da dose habitual.

### Observações:

- **Adultos e adolescentes** que vivem com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante.
- Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm<sup>3</sup>), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais.
- A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave.





**CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTA OU INFECTADAS PELO HIV**

Idade	BCG	Hepatite B	PENTA	VIP	HIB	PNEUMO 10	rotavirus	Meningo C
Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer						
2 meses			1ª dose	1ª dose		1ª dose	1ª dose	
3 meses								1ª dose
4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose	2ª dose	
5 meses								2ª dose
6 meses			3ª dose	3ª dose		3ª dose		
7 meses								
9 meses								
12 meses						reforço		
15 meses			1º reforço	1º reforço				reforço
18 meses								
2 anos								
4 anos			2º reforço (com DTP)	2º reforço				
6 anos								2ª dose
Adolescentes: 10 a 19 anos		4 doses <sup>1</sup>			2 doses <sup>1</sup>			2 doses <sup>1</sup>

**CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTA OU INFECTADAS PELO HIV**

Idade	Influenza	Febre amarela	Tríplice viral	varicela	Hepatite A	Pneumo 23	HPV	dT
Ao nascer								
2 meses								
3 meses								
4 meses								



5 meses								
6 meses	1ª dose							
7 meses	2ª dose							
9 meses		Dose inicial						
12 meses			1ª dose	1ª dose	1ª dose			
15 meses			2ª dose (com tetra viral)	2ª dose (com tetra viral)				
18 meses					2ª dose			
2 anos						1ª dose		
4 anos								
6 anos						2ª dose		
Adolescentes: 10 a 19 anos		1 dose a cada 10 anos	2 doses <sup>1</sup>	2 doses <sup>1</sup>			3 doses <sup>1</sup>	Reforço a cada 10 anos

<sup>1</sup>Se não tiver recebido

### Observações:

- Este calendário deve ser adaptado às circunstâncias operacionais e epidemiológicas quando necessárias.
- É aplicado em sua totalidade às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV;
- As crianças expostas verticalmente ao HIV devem receber as vacinas indicadas nesta tabela até 18 meses de idade. Após essa idade, e a mesma se mantenha negativa para o HIV deverá seguir o esquema básico vacinal da criança, recomendado pelo Ministério da Saúde/PNI à exceção de algumas vacinas, como a varicela (deve ser aplicada nas crianças susceptíveis não infectadas, para a proteção de seus contatos domiciliares com imunodeficiência) e a pólio inativada, que deve ser utilizada nas crianças que convivem com pessoas imunodeficientes.
- Tendo em vista a possibilidade de serem indicadas cinco vacinas injetáveis aos 12 meses de vida, estas vacinas podem ser programadas para serem escalonadas, dando sempre um mês de intervalo entre as de vírus vivos injetáveis; considerar a epidemiologia de cada infecção e facilidades operacionais para priorizar quais vacinas aplicar em cada etapa.

Em virtude do risco de administração de vacinas não indicadas para crianças infectadas pelo HIV, contraindica-se vacinação desta faixa etária em campanhas..



### 3.22. Encarte 20a - Protocolo de assistência ao parto

Cuidados imediatos com o recém-nascido (RN)*	
1	Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no RN após o nascimento e proceder com banho, ainda na sala de parto (usando-se chuveirinho ou torneira);
2	Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se proceder delicadamente, evitando traumatismos em mucosas;
3	Iniciar a primeira dose do AZT solução oral preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras 4 semanas de vida;
4	Em crianças expostas ao HIV cujas mães não fizeram uso de ARV durante o pré-natal ou não têm carga viral menor que 1.000 cópias/ml documentada no último trimestre de gestação, acrescentar nevirapina ao esquema da profilaxia, com início o mais precoce possível, nas primeiras 48 horas de vida;
5	O monitoramento laboratorial deve ser iniciado precocemente, na maternidade ou na primeira consulta ambulatorial, em todas as crianças expostas, independentemente de serem pré-termo ou não, considerando-se a possibilidade de efeitos adversos aos ARV utilizados pela mãe, repetindo-se os exames após 4 e 16 semanas;
6	É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com o intuito de aprimorar o vínculo mãe-filho;
7	A amamentação está contraindicada e o leite materno deverá ser substituído por fórmula infantil após as devidas orientações. O aleitamento misto também é contraindicado. A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar 6 meses de idade. Em situações especiais e em alguns casos, pode-se usar leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde (p. ex., recém-nascido pré-termo ou de baixo peso);
8	São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz) e uso de leite humano com pasteurização domiciliar;
9	Sugere-se consultar o “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas” do Ministério da Saúde, disponível em <a href="http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/AIDS_versao_internete.pdf">http://www.AIDS.gov.br/sites/default/files/AIDS_versao_internete.pdf</a> , para alternativas no uso de fórmula infantil e na introdução de outros alimentos;
10	Anotar no resumo de alta do recém-nascido as informações do pré-natal, as condições do parto, o tempo de uso do AZT injetável na mãe, o tempo de início de AZT xarope e da nevirapina para o RN com dose e periodicidade, além das mensurações antropométricas, o tipo de alimento fornecido à criança e outras informações



	importantes relativas às condições do nascimento. Essas informações deverão ser anotadas em papel timbrado da maternidade e, com o resumo de alta, ser encaminhadas ao serviço de assistência especializada (SAE);
11	A alta da maternidade é acompanhada de consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. O comparecimento a esta consulta necessita ser monitorado e, em caso de não comparecimento, proceder-se à abordagem dos faltosos de acordo com as recomendações éticas e legais. Recomenda-se que a data da primeira consulta seja preferencialmente entre 7º e 10º dia de vida, não devendo ultrapassar 30 dias após o nascimento. Caso a criança não compareça no serviço até 1 mês do nascimento, deverá ser realizado sequencialmente: convocação, visita domiciliar e, em última instância, acionado o conselho tutelar;
12	Preencher as fichas de notificação da “Criança exposta ao HIV” e de gestante/parturiente/puérpera HIV positivo e enviá-las ao serviço de vigilância epidemiológica competente.

\*A sequência de atividades recomendadas vai depender das condições de nascimento do RN

### 3.23. Encarte 20b – Transmissão vertical do HIV

Cuidados específicos durante o parto vaginal e cesariana em gestantes vivendo com HIV/AIDS.

Cuidados específicos durante o parto vaginal	Cuidados específicos na cesariana eletiva
1. Assim como na gestação, estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto (amniocentese, amniotomia, escalpo cefálico). O parto instrumentalizado deve ser evitado, mas quando indicado, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator. A aplicação do fórceps (ou vácuo-extrator) só será admitida se houver uma indicação obstétrica precisa e que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento. Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço, conforme o protocolo estabelecido, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical.	1 Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).



<p>2. Diante da integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução, pelo risco de ruptura artificial das membranas e aumento de risco de transmissão vertical do HIV.</p>	<p>2. A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.</p>
<p>3. O trabalho de parto deve ser monitorado cuidadosamente, evitando toques desnecessários e repetidos (usar o partograma). Deve-se evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado, visto que a taxa de transmissão vertical aumenta progressivamente após quatro horas de bolsa rota.</p>	<p>3. Caso a gestante tenha indicação para a cesárea eletiva, inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após três horas de infusão.</p>
<p>4. O uso de fármacos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, mas deve ser utilizado segundo os padrões de segurança já conhecidos. A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária. A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.</p>	<p>4. Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).</p>
<p>5. A episiotomia só será realizada após avaliação judiciosa de sua necessidade. Sendo realizada, a mesma deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto). Manter a episiotomia coberta pela compressa umedecida deve ser tarefa de um auxiliar, visto ser impossível para um único profissional dar assistência ao parto e evitar o contato direto do nascituro com a episiotomia.</p>	<p>5. Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do RN. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.</p>
	<p>6. Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2 g de cefalotina ou cefazolina, após o clampamento do cordão.</p>

Fonte: DDAHV/SVS/MS.



Esquema posológico da zidovudina injetável (AZT) na parturiente HIV positivo.

Dose de ataque (2 mg/kg) na primeira hora		
Peso paciente	Quantidade de zidovudina	Número gotas/min
40 kg	8 mL	36
50 kg	10 mL	37
60 kg	12 mL	37
70 kg	14 mL	38
80 kg	16 mL	39
90 kg	18 mL	39
Manutenção (1 mg/kg/hora) em infusão contínua		
40 kg	4 mL	35
50 kg	5 mL	35
60 kg	6 mL	35
70 kg	7 mL	36
80 kg	8 mL	36
90 kg	9 mL	36

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

#### Esquema posológico de AZT injetável<sup>(5)</sup>

- Apresentação comercial do AZT injetável (IV): frasco ampola de 200 mg com 20 mL (10 mg/mL). A dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/kg e manutenção com infusão contínua de 1 mg/kg, diluído em 100 mL de soro glicosado a 5%.
- A parturiente deve receber AZT endovenoso desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
- A concentração não deve exceder 4 mg/mL.

#### Esquema alternativo ao AZT injetável<sup>(5)</sup>

O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de zidovudina é 300 mg, por via oral, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical.

- Esquema posológico de AZT e nevirapina no RN, por via oral.

Antirretroviral	Doses
AZT <sup>(a)</sup>	RN com 35 semanas ou mais: 4 mg/kg/dose de 12/12h
	RN entre 30 e 35 semanas: 2 mg/kg/dose de 12/12h por 14 dias e 3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia
	RN com menos de 30 semanas: 2 mg/kg/dose de 12/12h



Nevirapina <sup>(b)</sup>	Peso de nascimento → 2 kg: 12 mg/dose (1,2 mL)
	Peso de nascimento 1,5-2 kg: 8 mg/dose (0,8 mL)
	Peso de nascimento ← 1,5 kg: não usar NVP

<sup>(a)</sup>Por quatro semanas até definição do diagnóstico

<sup>(b)</sup>Três doses (1ª dose até 48h, 2ª dose 48h após a 1ª dose, 3ª dose 96 h após a 2ª dose). A nevirapina deverá ser indicada nos casos de carga viral materna maior que 1.000 cópias/mL ou desconhecida no último trimestre de gestação.

Fonte: PCDT para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014

Recomendações para profilaxia primária de *Pneumocystis jirovecii* para crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV.

Idade	Situação clínica	Recomendação
Nascimento até 4 a 6 semanas		Não indicar profilaxia
4 a 6 semanas a 4 meses		Indicar profilaxia
4 a 12 meses	Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada	Iniciar ou manter profilaxia
	Criança não infectada (2 CV indetectáveis)	Não indicar profilaxia/ suspender profilaxia
Após os 12 meses	Criança infectada	Indicar de acordo com contagem de LT-CD4+
Indicação de profilaxia primária: SMX-TMP 750 mg de SMX/m <sup>2</sup> /dia de 12/12h, 3x/semana em dias consecutivos, ou às 2ª, 4ª e 6ª feiras		

Fonte: PCDT para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014

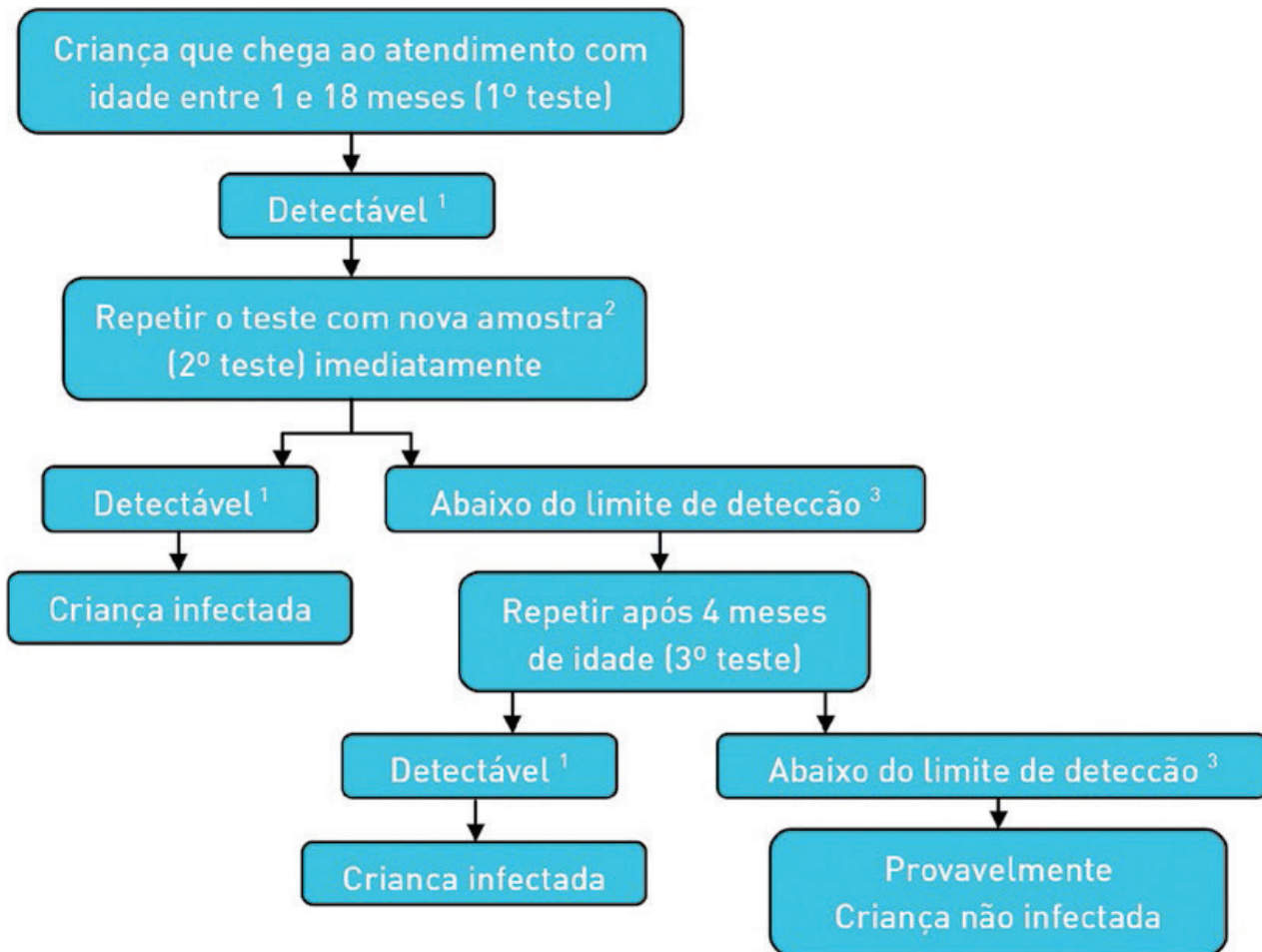
Notas:

<sup>1</sup>Se não tiver recebido o esquema completo na infância

\*Em destaque nas colunas rosa as vacinas que somente são disponibilizadas para HIV.



**Figura 1.** Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral – carga viral em crianças entre 1 e 18 meses: carga viral detectável no 1º teste.



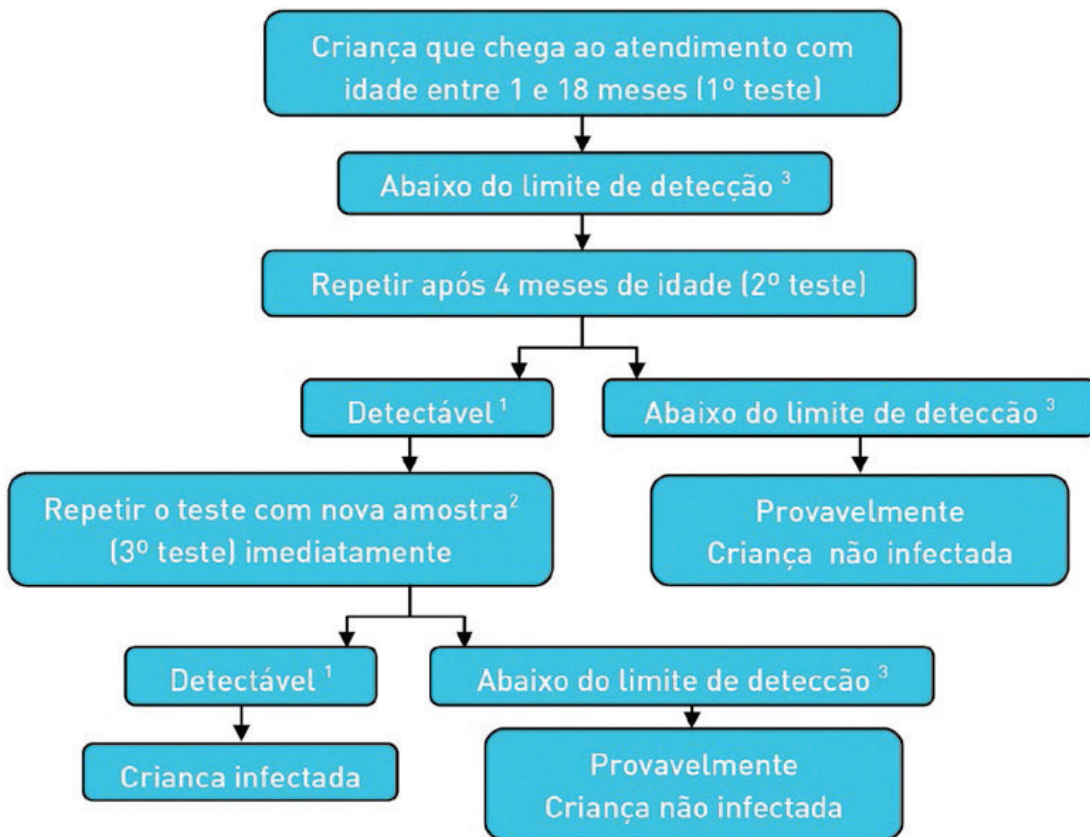
Notas:

- 1) Este algoritmo foi elaborado para o uso de testes de quantificação do RNA viral plasmático – carga viral. Valores até 5.000 cópias/mL sugerem resultados falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação assim que possível.
- 2) Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando-se a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.
- 3) Manter o acompanhamento clínico nas crianças consideradas como provavelmente não infectadas, de acordo com as recomendações estabelecidas, e fazer sorologia anti-HIV naquelas com mais de 12 meses.



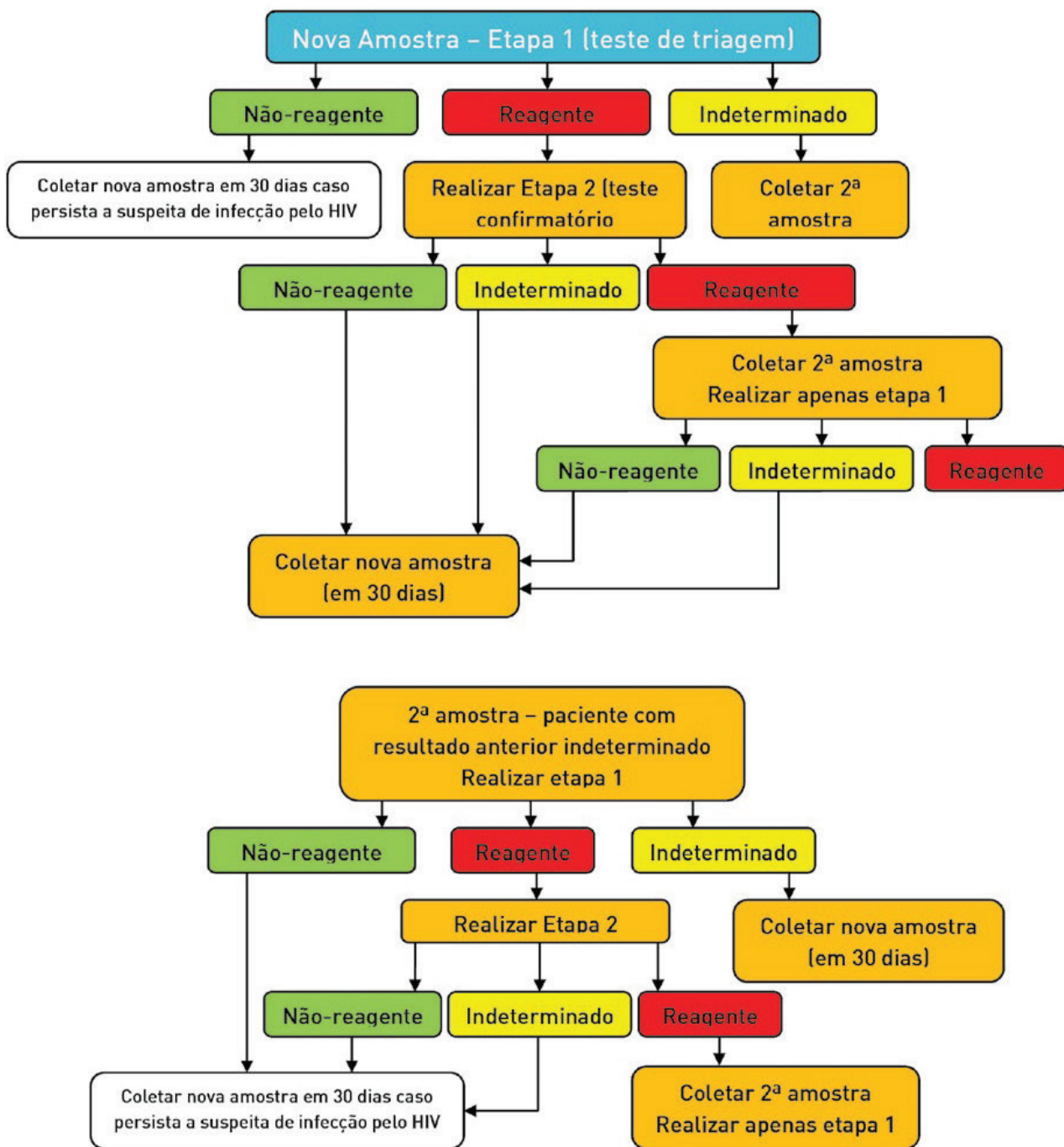


**Figura 2.** Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral – carga viral em crianças entre 1 e 18 meses: carga viral abaixo do limite de detecção no primeiro teste.

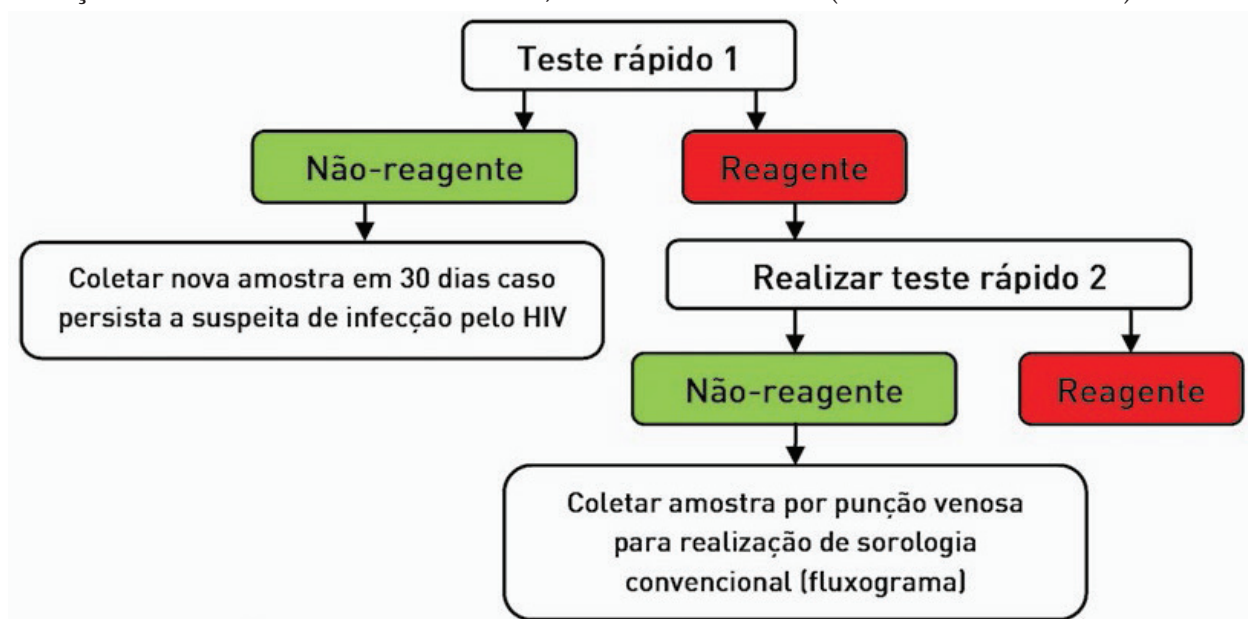


Notas: Ver notas da Figura 1

Fluxograma para investigação com uso de sorologia em crianças maiores de 18 meses de idade, não amamentadas (Ministério da Saúde).<sup>(6,7)</sup>



**Figura 4:** Fluxograma para investigação com uso de teste rápido para HIV, em crianças maiores de 18 meses de idade, não amamentadas (Ministério da Saúde).<sup>(6,7)</sup>



### 3.24. Encarte 20c – Gestante vivendo com HIV

O número mínimo de consultas de pré-natal recomendado é de pelo menos seis, sendo a primeira consulta realizada idealmente até a 14ª semana de gestação.

Avaliação	Inicial	1º Trim	2º Trim.	3º Trim.
Avaliar o nível de conhecimento sobre a doença e explicar o significado da infecção pelo HIV e sua evolução, assim como do risco de transmissão vertical e da elevada eficácia das medidas preventivas.	+	+	+	+
Enfatizar o impacto positivo do início do uso de TARV para a prevenção da transmissão vertical e para a qualidade de vida, destacando a importância da adesão nesse processo.	+	+	+	+
Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas, bem como a necessidade de se iniciar profilaxia para infecções oportunistas;	+	+	+	+
Orientar para avaliação da parceria sexual e filhos (as).	+			



Reação emocional ao diagnóstico	Avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS, explicar dúvidas	+	+	+	+
	Avaliar o apoio familiar e social, assegurando confidencialidade e sigilo.	+	+	+	+
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Documentação do teste	+			
	Tempo provável de soropositividade	+			
	Situações de risco para a infecção	+			
	Presença ou história de infecções oportunistas relacionadas ao HIV	+	+	+	+
	Compreensão sobre a doença: explicação sobre transmissão vertical e horizontal, história natural, significado da contagem LT-CD4+, carga viral, TARV e genotipagem	+	+	+	+
	História de uso anterior de ARV: tempo de uso, adesão, eventos adversos prévios, etc.	+			
	Cartão de Imunizações	+	+	+	+
	Utilização de preservativos	+	+	+	+
	História de sífilis e outras IST	+	+	+	+
Abordagem do risco	Uso de tabaco, álcool e outras drogas.	+	+	+	+
	Interesse em reduzir os danos à saúde	+	+	+	+
Hábitos de vida	Rotinas diárias	+	+	+	+
	Hábitos nutricionais	+	+	+	+
	Atividade física	+	+	+	+
História clínica atual e Passada	História de doença mental	+			



	História de tuberculose: PPD, doença e tratamento, contato com pessoas com diagnóstico atual de tuberculose.	+	+	+	+
	Dislipidemias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doenças autoimunes, distúrbios da tireoide.	+	+	+	+
	Câncer de mama e câncer de colo uterino	+			
	Hospitalizações	+	+	+	+
	Uso de práticas integrativas	+	+	+	+
História reprodutiva	De infecções ginecológicas	+	+	+	+
	Fatores de risco para gestação	+	+	+	+
	Menarca e ciclos menstruais	+			
	Uso de contraceptivos	+			
	Gestações, partos e interrupções de gestações.	+			
História social	Rede de apoio social (família, amigos, ONG).	+	+	+	+
	Condições de domicílio	+	+	+	+
	Condições de alimentação	+	+	+	+
	Emprego/profissão	+	+	+	+
	Aspectos legais	+	+	+	+
História familiar	Doenças cardiovasculares	+			
	Dislipidemias	+			
	Diabetes Mellitus	+			
	Doenças autoimunes	+			
Pele	Pesquisar sinais de dermatite seborreica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, Sarcoma de Kaposi	+	+	+	+
Cabeça e pescoço	Pesquisar candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa na orofaringe	+	+	+	+



	Realizar, sempre que possível, a fundoscopia quando LT-CD4+ < 50 células/mm <sup>3</sup>	+	+	+	+
Linfonodo	Pesquisar linfadenopatias	+	+	+	+
Abdome	Pesquisar hepatomegalia ou esplenomegalia, massas palpáveis.	+	+	+	+
Sistema Neurológico	Pesquisar sinais focais e avaliar estado cognitivo	+	+	+	+
Trato genital Inferior	Examinar a região vaginal, anal e perianal, pesquisando corrimento, úlceras e lesões sugestivas de infecção pelo HPV ou de neoplasias.	+	+	+	+
<b>Exames</b>					
Hemograma		+	+	+	+
Tipagem sanguínea		+			
Coombs indireto (Se o resultado for positivo, realizar imunização).		+			
Glicemia de jejum		+	+	+	+
Teste de tolerância à glicose 75 g					+
					24 <sup>a</sup> e 28 <sup>a</sup> sem
Exame sumário de urina e urocultura		+	+	+	+
Provas de função hepática		+	+	+	+
	Se uso de nevirapina, controle quinzenal nas primeiras 18 semanas. Após mensal				
Prova de função renal (ureia e creatinina)		+	+		
	Bimestral, se em uso de TDF.				
Contagem de LT-CD4+		+		+	
Carga viral (RNA – HIV)		+			+ 34 <sup>a</sup> sem
	Início ou modificação de TARV – após 8 semanas				



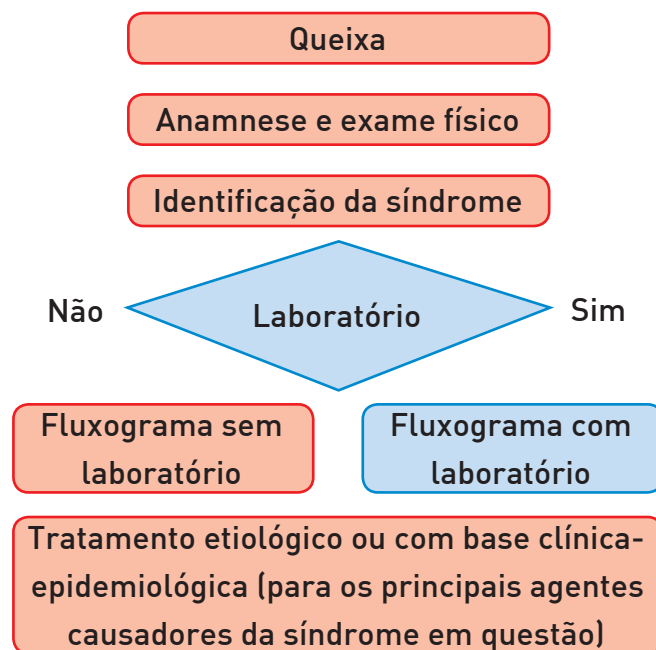
Genotipagem	+			
	Antes do início da TARV			
	CV-HIV seja detectável, avaliar adesão e a possibilidade de realizar genotipagem (CV → 1.000 cópias/mL).			
Teste treponêmico e/ ou teste não treponêmico	+			+ e na admissão do parto
Anti-HAV	+			
	Se negativo imunizar			
Anti-HBs e HBsAg	+			
	Se negativo imunizar			
Anti HCV	+			
Sorologia para toxoplasmose (IgM, IgG)	+	+	+	+
	Se IgG neg.	Se IgG neg.	Se IgG neg.	Se IgG neg.
Sorologia para Chagas (em área endêmica)	+			
Citopatológico do colo do útero	+			
Repetir e encaminhar para colposcopia (e, se necessário, biópsia) em caso de resultado alterado (ASCUS ou NIC).				
Swab vaginal e anal para pesquisa de estreptococo do grupo B	+			+
Se a cultura for positiva, indicar profilaxia com penicilina G cristalina endovenosa durante o trabalho de parto.				Entre a 35ª e a 37ª sem
Exame especular com realização de teste de pH	+			+
Teste das aminas (teste do cheiro ou de Whiff)				



Sempre que houver sinais e sintomas de vaginose bacteriana				
PPD	+			
PPD → 5 mm: realizar a investigação de tuberculose ativa.				
Caso a investigação seja negativa, indicar a profilaxia com isoniazida associada à piridoxina.				
Para pacientes com contato com pessoa com TB pulmonar, o tratamento da TB latente com isoniazida deve ser indicado, sem necessidade de realizar PPD.				
Se PPD não disponível, observar as recomendações e discutir caso a caso.				

### 3.25. Encarte 21- Manejo integral das IST sintomáticas

#### Manejo das IST sintomáticas com uso de fluxograma



#### Informação/Educação

Ofertar: preservativos e gel, testes para HIV e demais IST (sífilis, hepatite B, gonorreia e clamídia, se disponíveis), PEP HIV e PEP IST (se indicados), vacinação Hepatite B e HPV (se indicado), notificação do caso e manejo das parcerias sexuais, adesão ao tratamento.

\*Procedimentos complementares ao exame clínico: Medição do pH vaginal, teste do KOH (Teste do cheiro), e coleta de material vaginal para exame a fresco, bacterioscopia, e cervical para a citologia oncológica.





## Manifestações clínicas das IST e os respectivos agentes etiológicos

Manifestações clínicas	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV
	Haemophilus ducreyi	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital <sup>1</sup>
	Klebsiella granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	Candida albicans	Candidíase vulvovaginal <sup>2</sup>
	Chlamydia trachomatis	Infecção por Clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana <sup>2</sup>
DIP	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Bactérias facultativas anaeróbicas (ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenzae, Streptococcus agalactiae) Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite, abscesso tuboovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado <sup>1</sup>

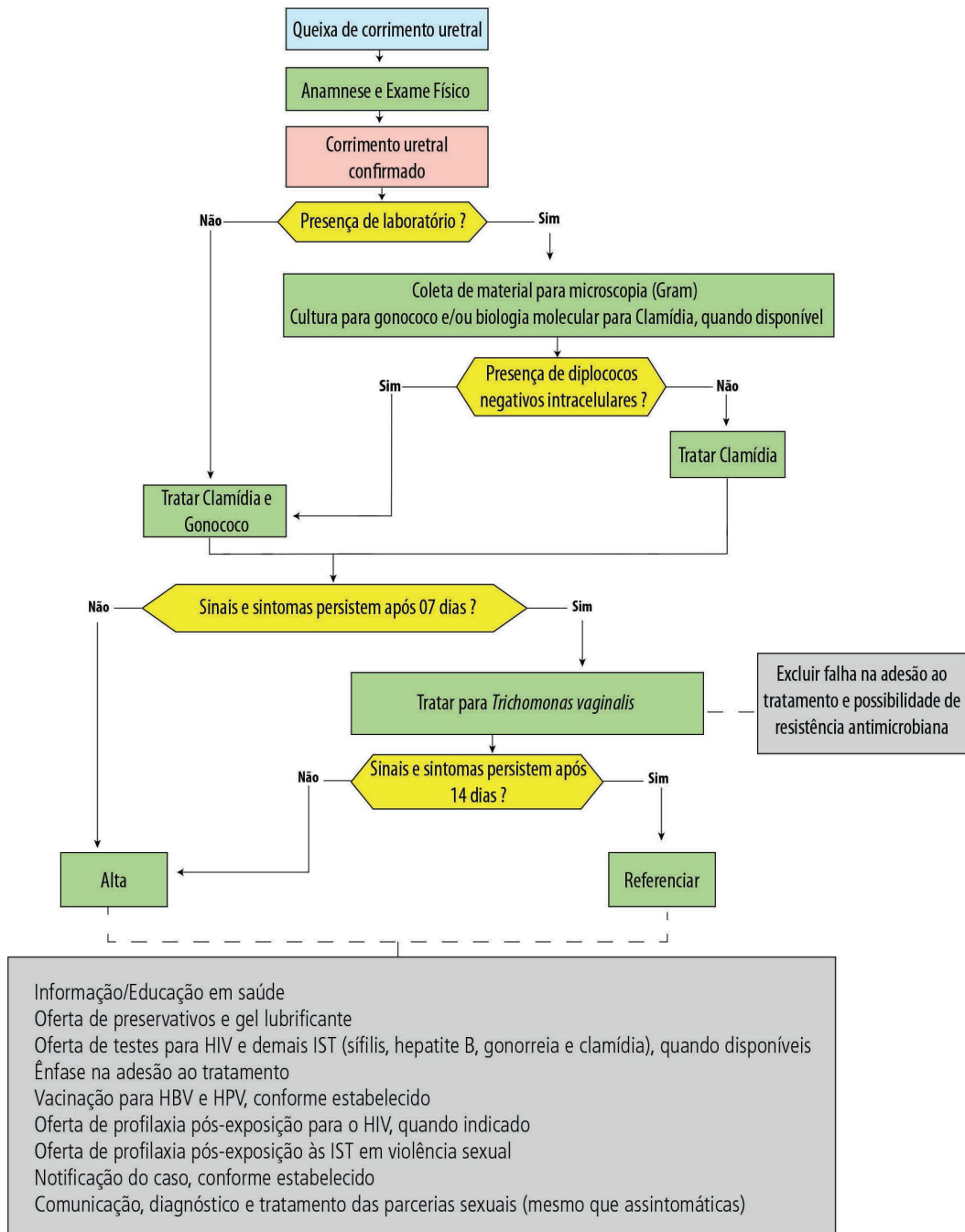
Notas:

<sup>1</sup> não são infecções curáveis, porém tratáveis

<sup>2</sup> são infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não sendo consideradas IST



### 3.26. Encarte 22a - Corrimento uretral - fluxograma para o manejo e tratamento



#### Tratar gonorreia e clamídia:

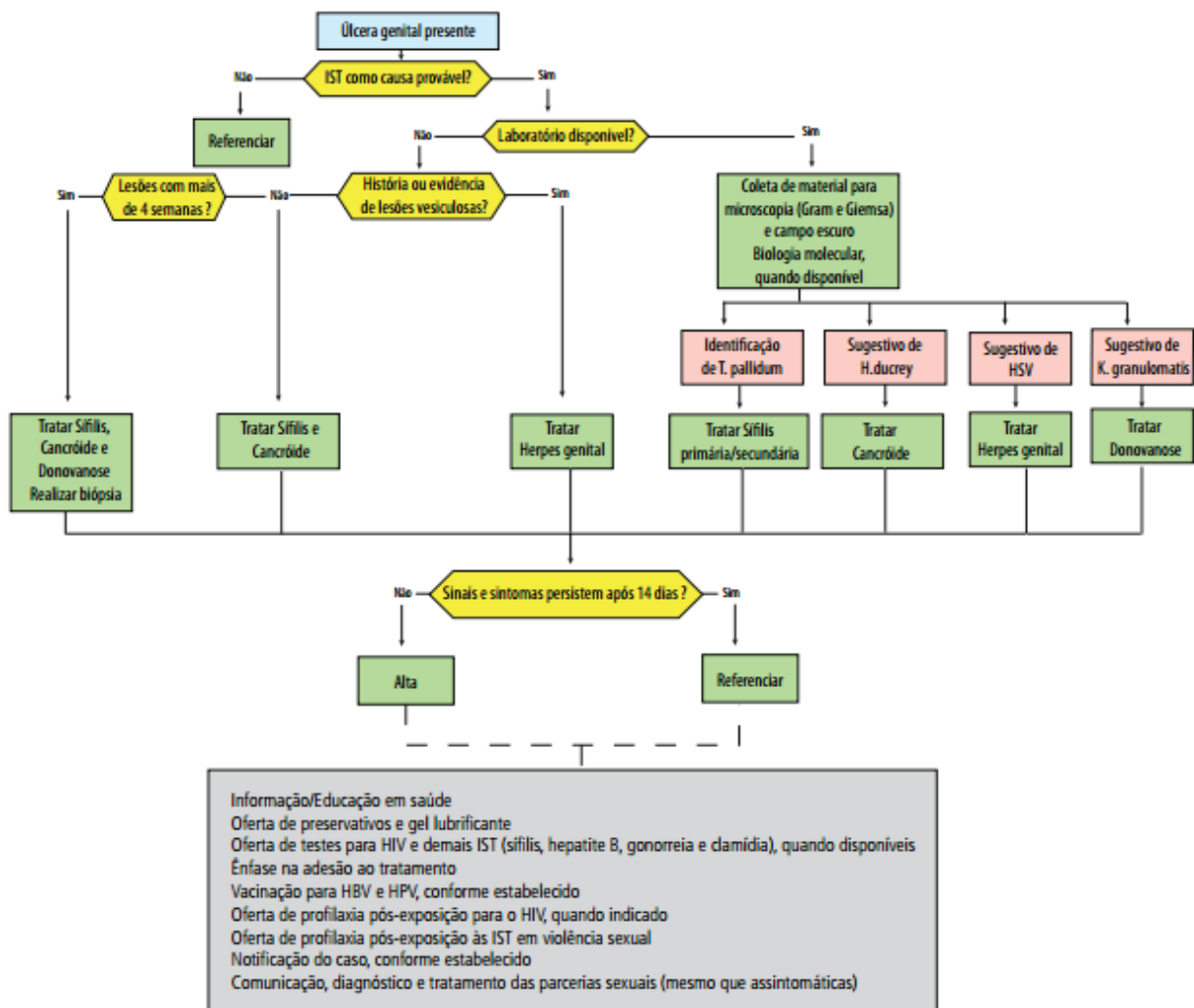
Primeira Opção	Segunda Opção
Ceftriaxone 500 mg IM, DU	Ciprofloxacino 500 mg VO, DU
+	+
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, DU	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, DU

DU – Dose única

Fonte: DDAHV/SVS/MS modificado.



### 3.27. Encarte 22b - Úlceras genitais - fluxograma para o manejo e tratamento



## Tratamento específico

Herpes genital		
	Tratamento	Comentários
Primeiro episódio	Aciclovira 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 7 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por sete dias	Iniciar o tratamento o mais precocemente possível
Recidiva	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 3xdia, por 5 dias OU Aciclovir 200 mg, 1 comprimido, VO, 5xdia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h, 7h...), por 5 dias)	O tratamento deve ser iniciado preferencialmente no período prodromico (aumento de sensibilidade local, ardor, dor, prurido e hiperemia da região genital)
Supressão de herpes genital (seis ou mais episódios/ano)	Aciclovir 200 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por até seis meses, podendo o tratamento ser prolongado por até dois anos	Consideram-se elegíveis para o tratamento supressivo pacientes com surtos repetidos de herpes genital (mais de seis surtos ao ano) Indicada avaliação periódica de função renal e hepática
Herpes genital em imunossuprimidos	Aciclovir endovenoso, 5-10 mg/kg de peso, EV, de 8/8h, por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica	Em caso de lesões extensas em pacientes com imunossupressão (usuários crônicos de corticoide, pacientes em uso de imunomoduladores, transplantados de órgãos sólidos e PVHA), pode-se optar pelo tratamento endovenoso
Gestação	Tratar o primeiro episódio em qualquer trimestre da gestação, conforme o tratamento para o primeiro episódio	

As apresentações orais de valaciclovir e famciclovir têm eficácia semelhante ao aciclovir comprimido; porém, o aciclovir é a opção terapêutica disponível na Rename (2013).

Resistencia ao aciclovir:

Foscarnet 40-80 mg/kg a cada 8 horas até a resolução clinica

Cidofovir intravenoso de 5 mg/kg uma vex por semana pode também ser eficaz

Imiquimod 5% ou aciclovir gel 1 % (formulado) ambos 1 vez ao dia por 5 dias consecutivos



Cancroide		
Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, dose única OU Ceftriaxone 500 mg IM, dose única	Ciprofloxacino 500 mg VO, 1 comprimido 2 vezes ao dia, por três dias	Realizar medidas locais de higiene O tratamento das parcerias sexuais é recomendada mesmo quando assintomática.

Donovanose		
Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 21 dias ou até a remissão completa	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1 vez por semana por pelo menos 3 semanas, ou até a cicatrização das lesões Ou Ciprofloxacino 500 mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x/dia, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total de 750mg) Ou Sulfametoxazol-trimetoprima (400/80mg) 2 comprimidos, VO, duas vezes ao dia, por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões	Não havendo resposta nos primeiros dias de ciprofloxacino adicionar gentamicina 1 mg/kg/dia, EV, 3 vezes ao dia por 3 semanas ou até a cicatrização das lesões PVHIV sugerem-se os mesmos esquemas e terapia parental com gentamicina nos casos mais graves O critério de cura é clínico As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica. Não é necessário tratar as parcerias sexuais.

Linfogranuloma Venéreo		
Primeira opção	Segunda opção	Comentários
Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 21 dias	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1 vez por semana por 21 dias (Primeira opção para gestantes)	Parcerias sexuais sintomáticas – tratar com os mesmos medicamentos do caso índice Parcerias sexuais assintomáticas – Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única



Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias

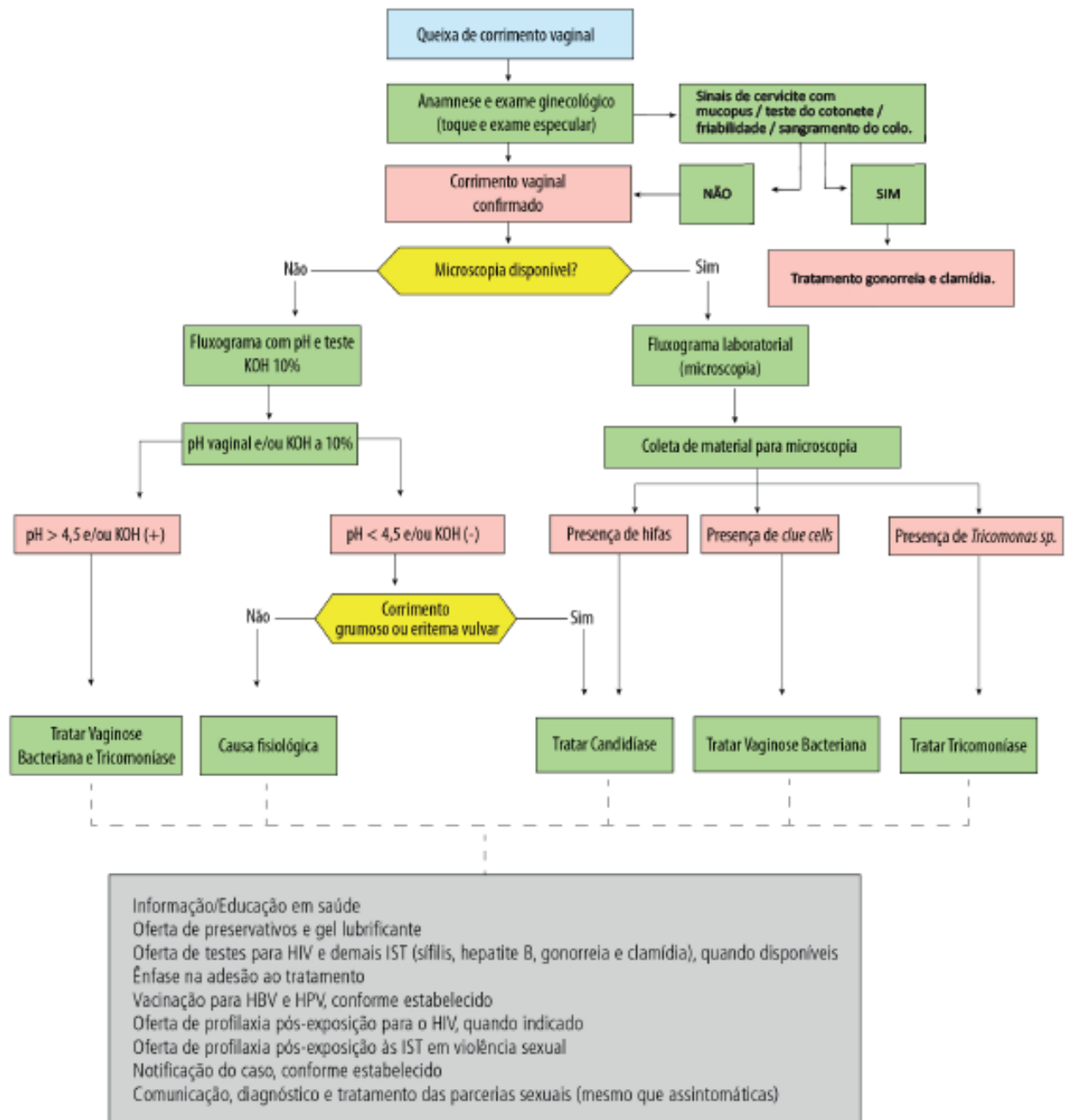
O tratamento não tem efeito específico sobre a linfadenopatia inguinal e não reverte as sequelas.

## Manejo das parcerias sexuais

Pessoas expostas até 90 dias do aparecimento de úlcera genital decorrente de IST devem ser examinadas, investigadas para sífilis, hepatite B e C e HIV e tratadas com o mesmo esquema terapêutico utilizado no fluxograma do caso índice mesmo na ausência e sinais e sintomas.



### 3.28. Encarte 22c - corrimento vaginal - fluxograma para o manejo e tratamento



Fonte: DDAHV/SVS/MS modificad

Tratamento Cervicite	
Tratar gonorreia e clamídia:	
1ª Opção	2ª Opção
Ceftriaxone 500 mg IM, DU + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, DU	Ciprofloxacino* 500 mg VO, DU + Azitromicina 500mg, 2 comprimidos VO, DU

\*Ciprofloxacino esta contraindicada na gravidez

Tratamento Candida			
1ª Opção	2ª Opção	Gestantes e lactentes	Casos recorrentes
Miconazol creme 2%, intravaginal: uma aplicador à noite, por 7 dias Ou Nistatina 100.000UI: um aplicador intravaginal à noite à , ao deitar 14 dias	Fluconazol 150 mg, VO, DU Ou Itraconazol 100mg, 2 cp, VO, 2x/dia por 1 dia	Exclusivamente via vaginal Tratamento oral esta contra indicado	Miconazol ou Nistatina intravaginal por 14 dias Ou Fluconazol 150 mg, VO, 1x/dia, 3x/sem (dose de ataque) + 150mg/sem por 6 meses (manutenção)

Tratamento Vaginose bacteriana			
1ª Opção	2ª Opção	Gestantes e puérperas	Casos recorrentes
Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 7 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar, por 5 dias	Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias	Primeiro trimestre: Clindamicina 300 mg, VO, 2xdia, por 7 dias Após primeiro trimestre: Metronidazol 250 mg, 1 comprimido VO, 3xdia, por 7 dias	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2xdia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1xdia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses

O tratamento deve ser recomendado para:

- Mulheres sintomáticas, grávidas, na presença de comorbidades
- Previamente à inserção de DIU, cirurgias ginecológicas e exames invasivos no trato genital

O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado

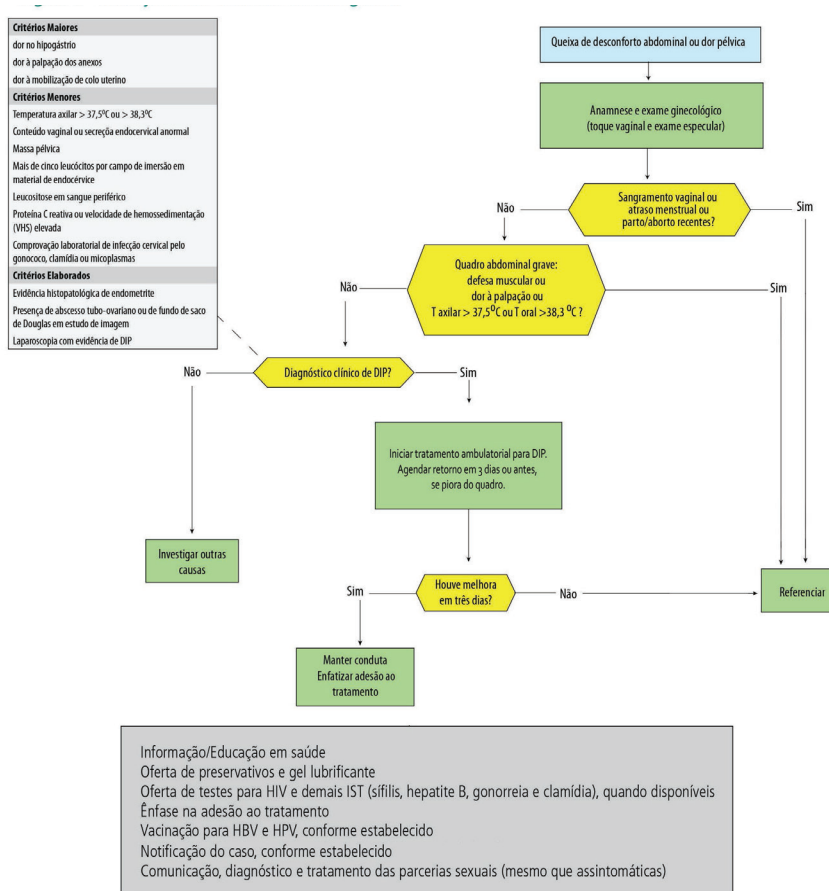




Tratamento Tricomonas		
1ª Opção	Gestantes e puérperas	Casos recorrentes
Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, DU OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x/dia, por 7 dias	Metronidazol 400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2 g) OU Metronidazol 400 mg, 1 comprimido, VO, 2x/dia, por 7 dias OU Metronidazol 250 mg, 1 comprimido, VO, 3x/dia, por 7 dias	Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos VO, 2x/dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100 mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x/dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses

As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico  
O tratamento em gestantes previne infecção respiratória do RN

### 3.29. Encarte 22d - Doença inflamatória pélvica (DIP) – fluxograma para o manejo e tratamento



Fonte: DDAHV/SVS/MS modificado.



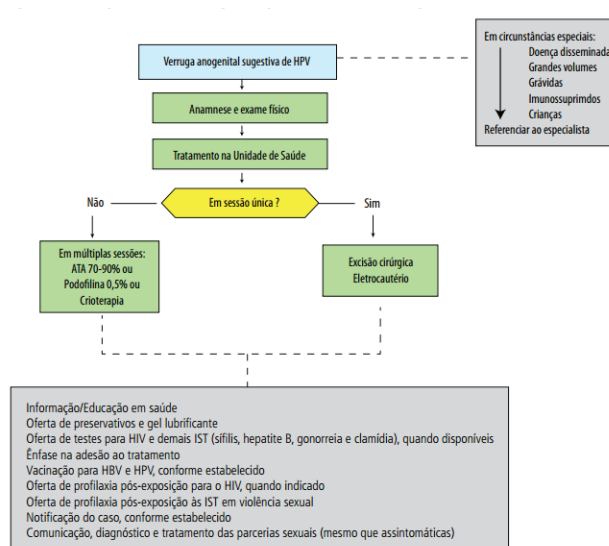
Tratamento para DIP			
Tratamento	1ª opção	2ª opção	3ª opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 500 mg, IM, DU + Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por 14 dias	Cefotaxima 500mg, IM, DU + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2xdia, por 14 dias	
Hospitalar	Cefoxitina 2 g, IV, 4xdia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias	Clindamicina 900 mg, IV, 3xdia, por 14 dias + Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias	Ampicillina/sulbactam 3g, IV, 4xdia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2xdia, por 14 dias

Pacientes com DIU não precisam remover o dispositivo

Se houver indicação de remoção, fazer após as 2 primeiras doses da terapêutica e indicar métodos alternativos: diafragma e preservativo

Parcerias sexuais dos últimos 60 dias, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis*

### 3.30. Encarte 22e - Verrugas anogenitais - fluxograma para o manejo e tratamento



## Diagnóstico das verrugas anogenitais

- Essencialmente **clínico** e pode ser confirmado por **biópsia** para exame anátomopatológico



- Entre as técnicas utilizadas no auxílio diagnóstico das lesões anogenitais por HPV, recomendam-se:
  - ✓ Colpocitologia oncológica de colo
  - ✓ Citologia oncológica anal
  - ✓ Colposcopia
  - ✓ Anuscopia
  - ✓ Histopatologia


## Opções terapêuticas

### Tratamento auto-administrado

Tratamento	Modo de usar	Observações
Podofilotoína 0,15% creme  CDC: 0,5% Sol. ou gel	Aplicar 2 vezes por dia durante 3 dias, seguidos por 4 dias sem tratamento. Repetir no máximo quatro ciclos s/n.	A área total não deve exceder 10 cm <sup>2</sup> e o volume limitado a 0,5 ml por dia.  Dor leve a moderada ou irritação local pode ocorrer após o tratamento
Imiquimod 0,5% creme	Aplicar 1 vez por dia, ao deitar, três vezes por semana por até 16 semanas	Lavar a área tratada com água e sabão depois de 6-10 horas  Endurecimento, ulceração, erosões e vesículas são comuns e hipopigmentação também foi descrita  O imiquimod pode enfraquecer preservativos e diafragmas vaginais



### Tratamento ambulatorial

Tratamento	Modo de usar	Observações
<b>Podofilina 10%-25% (solução)</b> 	Aplicar em cada verruga e deixar secar. Usar uma vez por semana até o desaparecimento das lesões	Recomenda-se a utilização de até 0,5 mL em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10 cm <sup>2</sup> por sessão. Além de irritação local, a absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso.
<b>Ácido tricloroacético (ATA) a 80%-90% (solução)</b>	Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar. 1 vez por semana até oito a 10 semanas.	Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco

### Tratamento ambulatorial

Tratamento	Equipamento/Técnica	Observações
<b>Eletrocirurgia</b>	Bisturi eletrônico / electrocauterização ou electrocoagulação de lesões isoladas sob anestesia local	Não é indicado para lesões vaginais, cervicais e anais, pois pode causar necrose tecidual, com estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vaginal  Os principais efeitos colaterais são dor, sangramento, ulceração e cicatrizes deformantes.
<b>Crioterapia</b>	Nitrogênio líquido ou CO <sup>2</sup> / citólise pelo frio, quando há poucas lesões ou em lesões muito queratinizadas  Raramente necessita anestesia	Pode ser necessária mais de uma sessão com intervalo de 1 a 2 semanas  Os principais efeitos colaterais são dor, eritema e bolhas no local da aplicação.

#### Manejo das parcerias sexuais de pacientes com verrugas genitais:

- O exame das parcerias não é necessário para o manejo das verrugas genitais, mas pode ser útil para investigar DST e uma excelente oportunidade para aconselhamento preventivo
- Não existem dados que indiquem que a reinfecção tenha papel nas recorrências
- Testes de DNA não são recomendados para diagnosticar infecção em parcerias sexuais

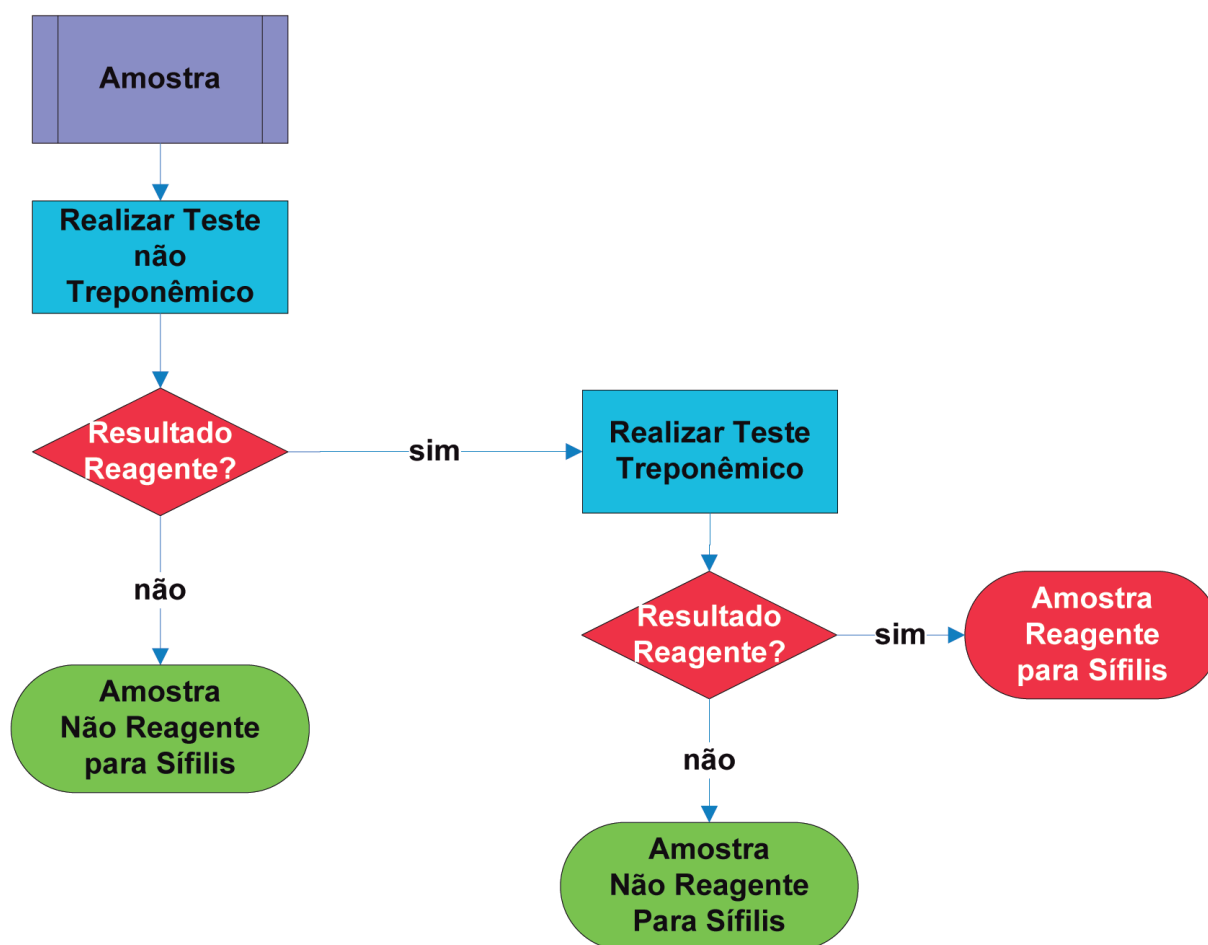


- Proporcionar tratamento unicamente com a finalidade de prevenir a transmissão não é recomendado, pois o valor do tratamento para reduzir a infecciosidade não foi comprovado.

### 3.31. Encarte 22f - Sífilis - fluxogramas para o manejo e tratamento

#### Diversas possibilidades para diagnóstico de sífilis:

**Fluxograma 1** – Teste de triagem não treponêmico confirmado por teste treponêmico



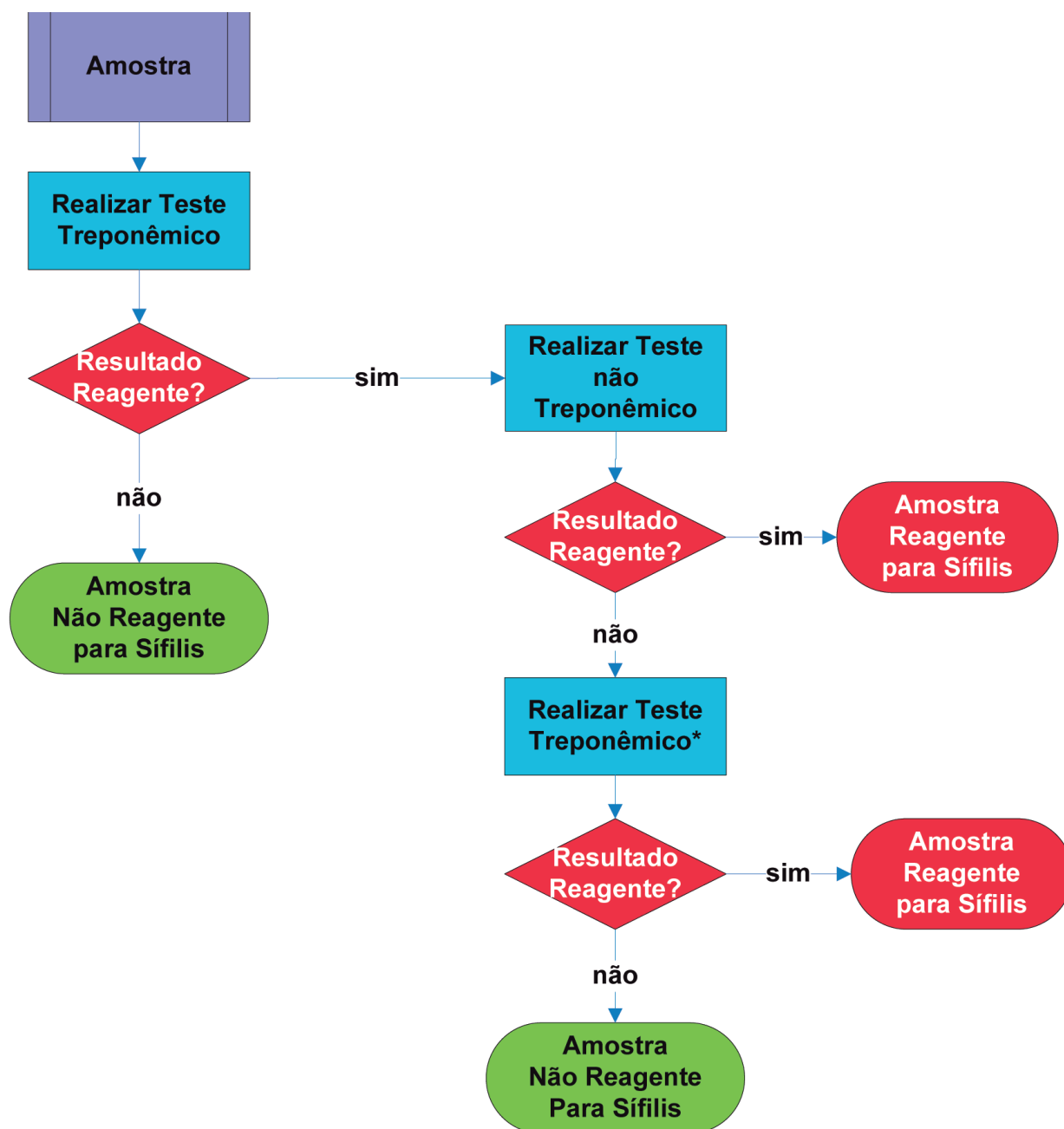
Nas raras situações em que o título for superior a 1/4 no teste não treponêmico e não reagente no teste treponêmico, deve ser realizado mais um teste treponêmico com outra metodologia.

Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

**Fluxograma 2 – Diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados**



(\*)Teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

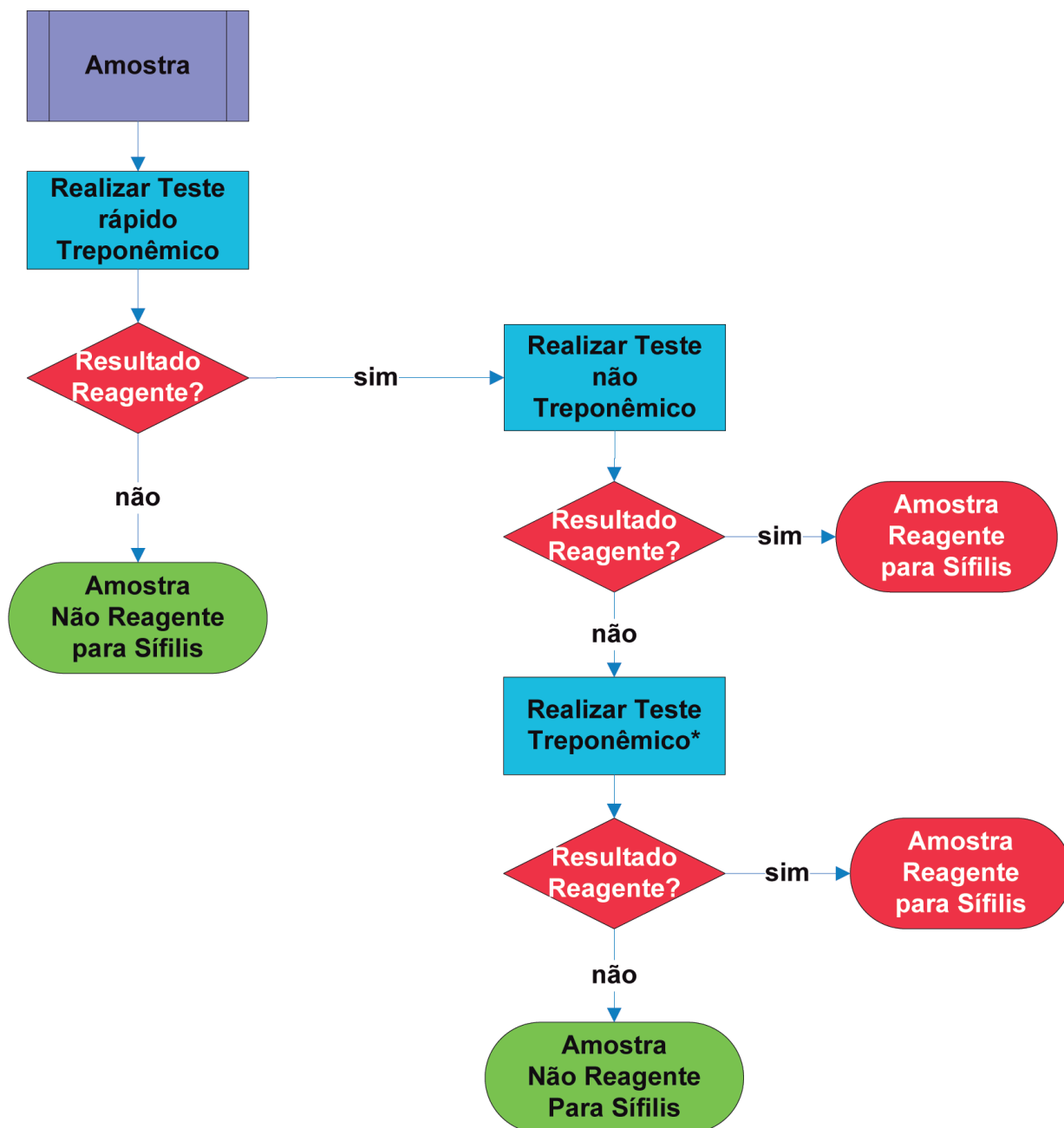
<sup>(1)</sup>Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

<sup>(2)</sup>As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.



**Fluxograma 3** – Diagnóstico da sífilis com utilização de testes rápidos treponêmicos.



<sup>(\*)</sup>Teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

<sup>(1)</sup>Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

<sup>(2)</sup>As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.



**Quadro 1-** Painel de exames laboratoriais para diagnóstico da sífilis adquirida

categorias	Tipo	Características
Exames diretos (pesquisa direta T. pallidum)	Microscopia de campo escuro	- Sensibilidade de 74 a 86% - Na sífilis recente (primária e secundária)
	Imunofluorescência direta	- Exame de material corado e biópsias
Testes imunológicos	Treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, EQL*, Elisa*, testes rápidos*†).	- Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do T. pallidum - São os primeiros a se tornarem reagentes - Importante para confirmação diagnóstica - Na maioria das vezes, permanecem positivos pelo resto da vida, mesmo após o tratamento. - Podem indicar infecção ativa ou memória imunológica - Não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento
	Não-treponêmicos (VDRL, RPR, TRUST).	- Detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do T. pallidum - Podem ser qualitativos (indica presença ou ausência do anticorpo) e quantitativos (permite titulação de anticorpos – 1:2; 1:8; 1:64) - São reagentes cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro - Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento - Queda do título indica sucesso terapêutico - Resultados falso-negativos podem ocorrer pelo excesso de anticorpos – efeito pró-zona - Laboratórios devem iniciar a execução do teste com uma alíquota diluída (1:8) para evitar resultados falso-negativos (pró-zona) - Resultados falso-positivos podem ocorrer, uma vez que podem surgir em outras situações: infecções (malária, hanseníase, TB, hepatite, sarampo, endocardite bacteriana,





leptospirose, varicela, mononucleose, tripanossomíase, pneumonia viral); doenças autoimunes (doenças reumáticas), gestação, drogadição; por isso, para confirmação do diagnóstico da sífilis é necessário um teste treponêmicos

\* Mais utilizado como teste de triagem

‡ Testes rápidos – são de fácil execução, com resultado, no máximo, em 30 minutos; realizados com amostras de sangue total, colhidas por punção venosa ou punção digital.

**Quadro 2** -Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (Até um ano de duração)	Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas. - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada. - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam.
	Secundária - Seis semanas a seis meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em 4 a 12 semanas - Pode haver novos surtos	- Lesões cutaneomucosas sintomáticas - Sintomas gerais, micropoliadenopatia. - Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo).
	Latente recente <sup>b</sup>	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
Sífilis tardia (Mais de um ano de duração)	Latente tardia <sup>b</sup>	- Assintomática, com testes imunológicos reagentes.
	Terciária <sup>c</sup>	- Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão - Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo.

<sup>a</sup>Erupção maculosa (roséola) ou papulosa, lesões palmo-plantares com escamação em colarinho, placas mucosas (tênuas e acinzentadas), lesões papulohipertróficas nas



mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano), alopecia em clareiras e madarose (perda da sobrancelha).

<sup>BA</sup> maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente precoce da tardia.

<sup>c</sup>Lesões cutâneas nodulares e gomosas (destrutivas), ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justa-articulares), cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias), neurológicas (meningite, gomas do cérebro ou da medula, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

**Quadro 3 - Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adulto não gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento**

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 15 dias OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- se tratado com penicilina: seguimento, com TNT*, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. - se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado).
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- se tratado com penicilina: seguimento, com TNT*, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano. - se tratado com outra medicação: seguimento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas diluições, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado).



Neurosífilis**		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G cristalina 18 a 24 milhões UI/dia, por via endovenosa, ad- ministrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias	- se tratado com penicilina: seguimento, com TNT**, a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano.  - se tratado com outra medicação: segui- mento com intervalos mais curtos, a cada 60 dias e avaliados quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica (elevação de títulos, em duas di- luções, em TNT* - ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado).

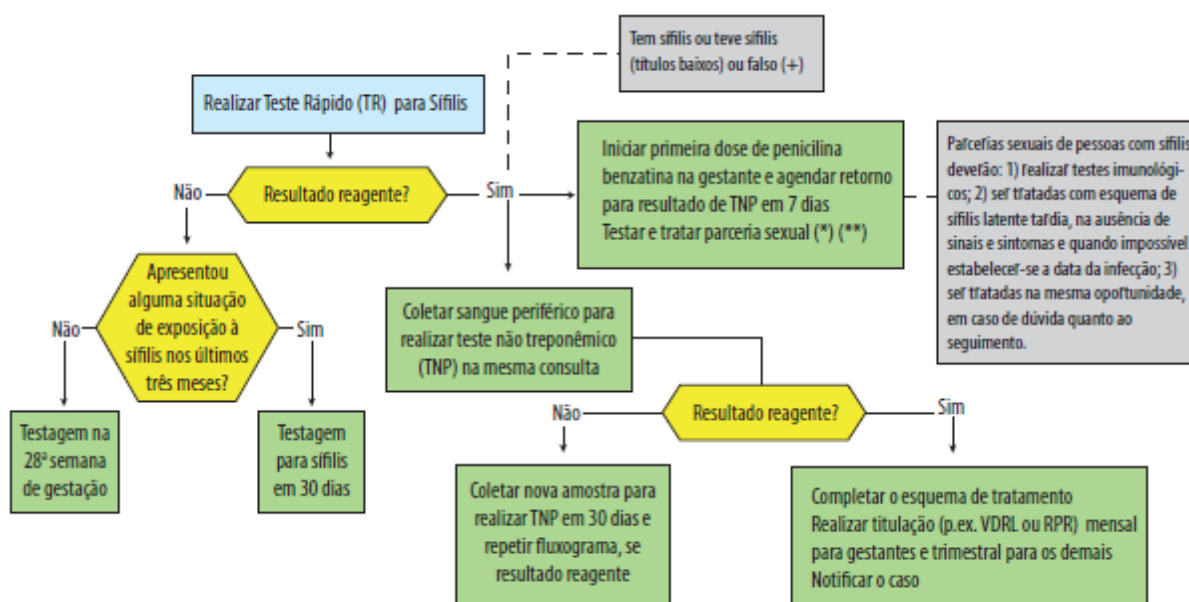
\*TNT – Teste não-treponêmico

\*\*Se líquido inicial alterado (células e/ou proteínas), realizar exame de líquido a cada 6 meses até normalização.

(1)Aplicar uma série de penicilina G benzatina = 2.400.000 UI - aplicar uma ampola de 1.200.000 UI, intramuscular em cada glúteo.

### 3.32. Encarte 23 - Sífilis na gestação - fluxogramas para o manejo e tratamento

**Figura 1** – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório.



<sup>(1)</sup>No caso de discordância entre os testes (TR treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente), pode ser realizado outro teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

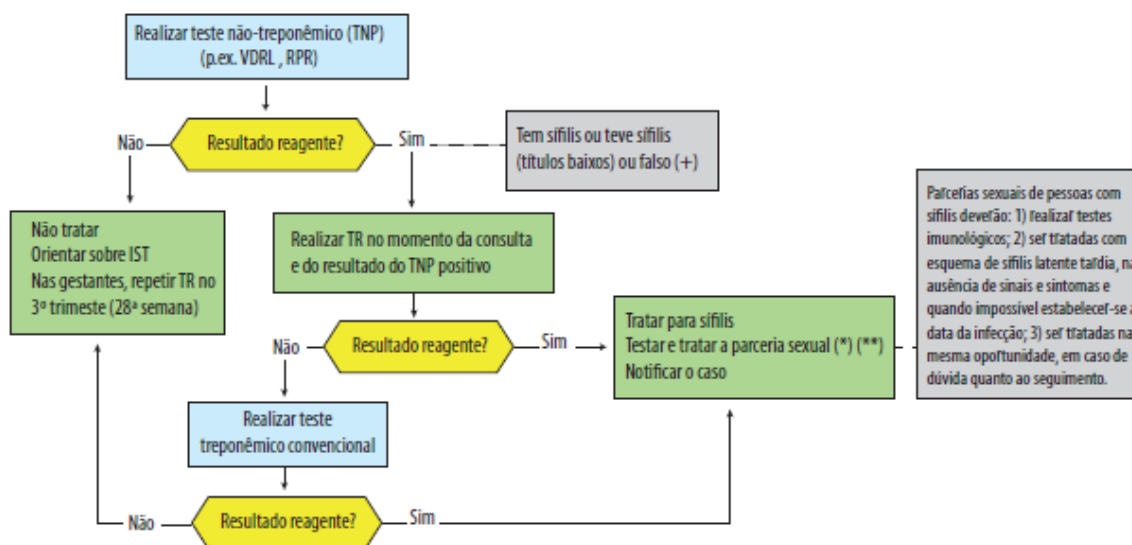
<sup>(2)</sup>São consideradas exposições à sífilis as seguintes situações: mais de um parceiro sexual no último ano, parceiro sexual vulnerável, parceiro sexual com mais de uma parceria. São considerados vulneráveis gestantes e parceiros sexuais em

situação de rua, privadas(os) de liberdade, uso de drogas, entre outras.

<sup>(3)</sup>As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina intramuscular (2.400.000 UI).

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

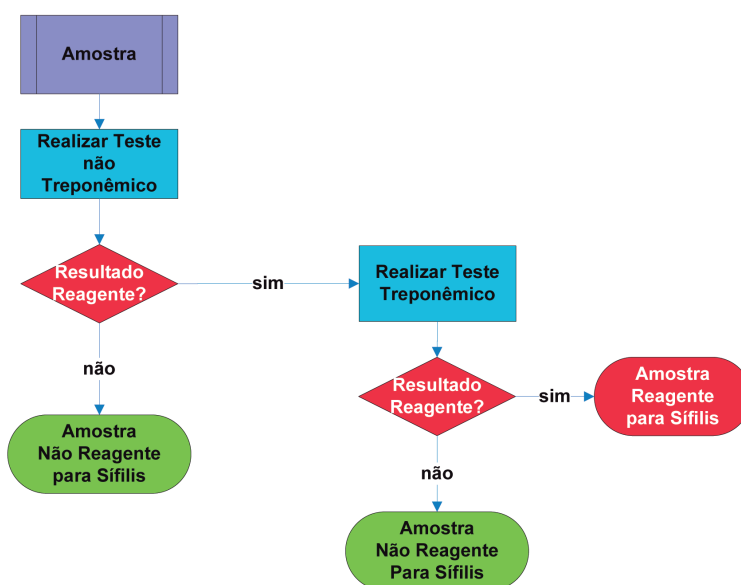
- **Figura 2** – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório.



(\*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

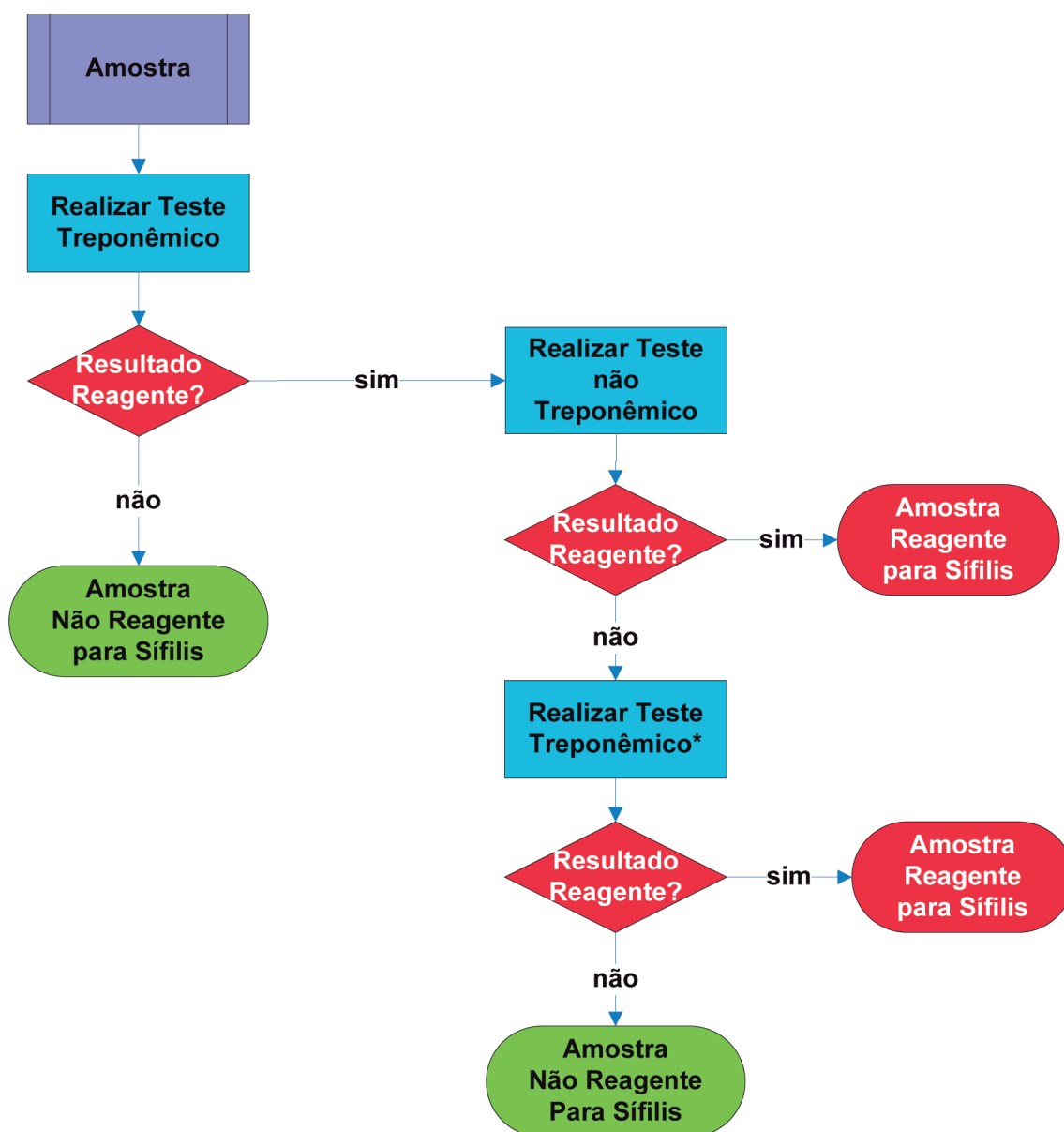
- **Figura 3** - Fluxograma com teste de triagem não treponêmico confirmado por teste treponêmico convencional.



Fonte: DDAHV/SVS/MS.



Figura 4 – Fluxograma para diagnóstico laboratorial reverso de sífilis baseado em testes imunológicos automatizados.



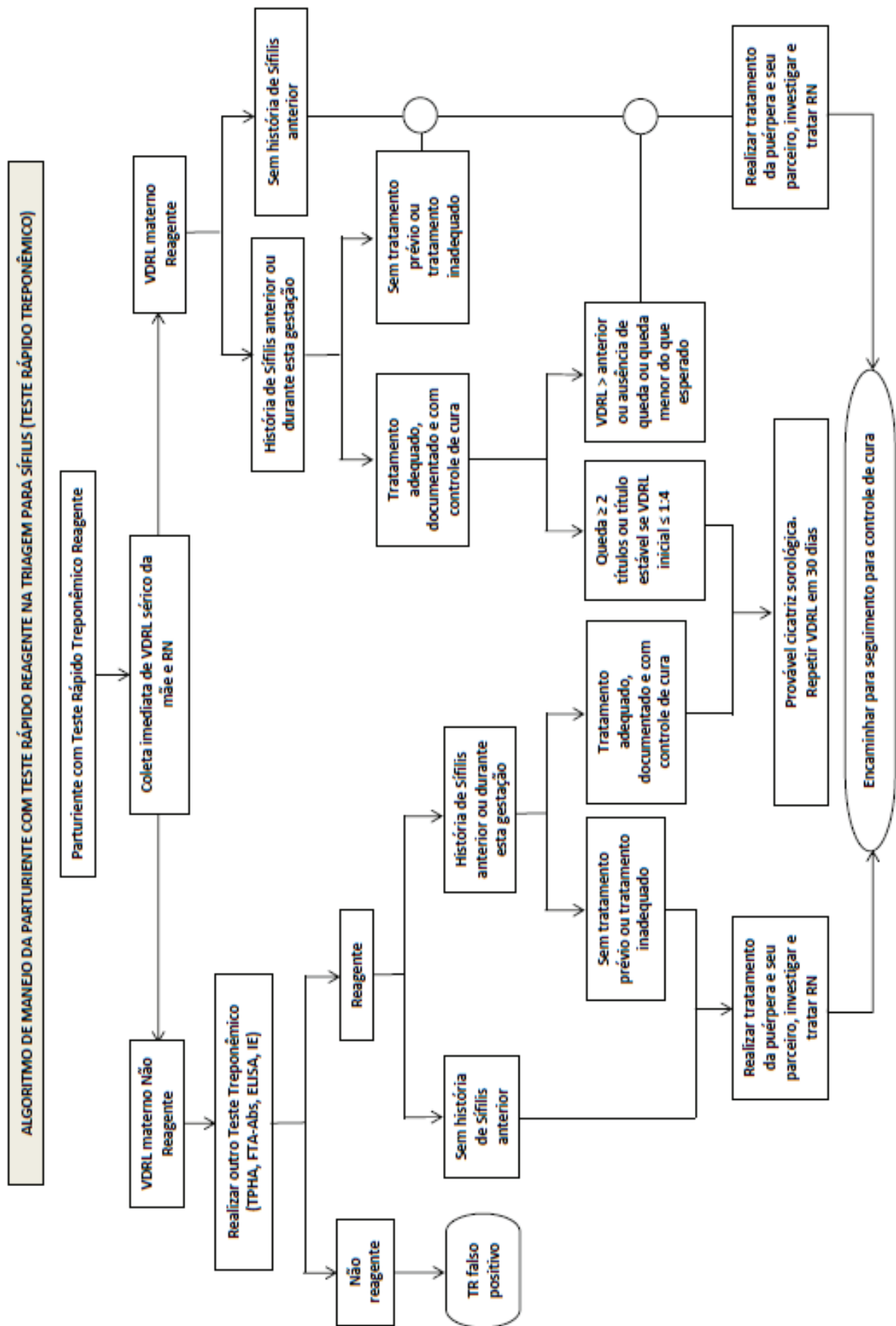
<sup>(\*)</sup>Teste treponêmico com metodologia diferente do 1º teste treponêmico realizado.

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

**Observação:** O tratamento da gestante e parceiro sexual deverá ser iniciado preferencialmente até a 20ª semana de gestação.



Figura 5 – Algoritmo para o manejo da parturiente com teste rápido treponêmico reagente na maternidade e condutas para o recém-nascido.



**Quadro 1:** Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)&		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- seguimento mensal, com testes não-treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária		
Esquema terapêutico	Esquema alternativo	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias	- seguimento mensal, com testes não-treponêmicos

Nota: &Algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para mulheres grávidas. Para as mulheres que têm sífilis primária, secundária e latente recente, uma segunda dose de penicilina G benzatina de 2,4 milhões UI, IM pode ser administrada uma semana após a dose inicial.

#### Parcerias sexuais de pessoas com sífilis\*

- Realizar testes imunológicos;
- Tratar com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção;
- Tratar na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

\*Parceiro sexual de gestante com sífilis recente, com provas sorológicas não reagentes, o tratamento deve ser realizado presumivelmente, com esquema para sífilis recente, se o parceiro sexual foi exposto nos últimos 90 dias (ele pode estar em período de janela). Os parceiros sexuais expostos há mais de 90 dias deverão ser avaliados clínica e laboratorialmente e tratados conforme achados diagnósticos ou, na ausência de sinais e sintomas e na impossibilidade de estabelecer a data da infecção, deverão ser tratados com esquema para sífilis latente tardia.

#### É considerado tratamento adequado da sífilis na gestante:

- Tratamento completo e documentado, adequado ao estágio da doença, feito com Penicilina G Benzatina;
- Tratamento **instituído**, pelo menos, **antes dos 30 dias** que antecedem o parto;
- Parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente;
- Gestante ter apresentado queda de duas titulações em sorologia não-treponêmica (VDRL ou RPR) ou títulos estáveis de sorologia não-treponêmica, se o título inicial for menor ou igual a 1:4.

<sup>1</sup>SÃO PAULO. SECRETARIA DE Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual DST/AIDS. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo, 2015. P.33-36.



### **Gestantes com alergia confirmada à penicilina<sup>3</sup>**

- Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização, em ambiente hospitalar, e o tratamento com penicilina G benzatina\*.
- Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante poderá ser tratada com Ceftriaxona. No entanto, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, considera-se tratamento inadequado da mãe, e o RN deverá ser avaliado clínica e laboratorialmente.

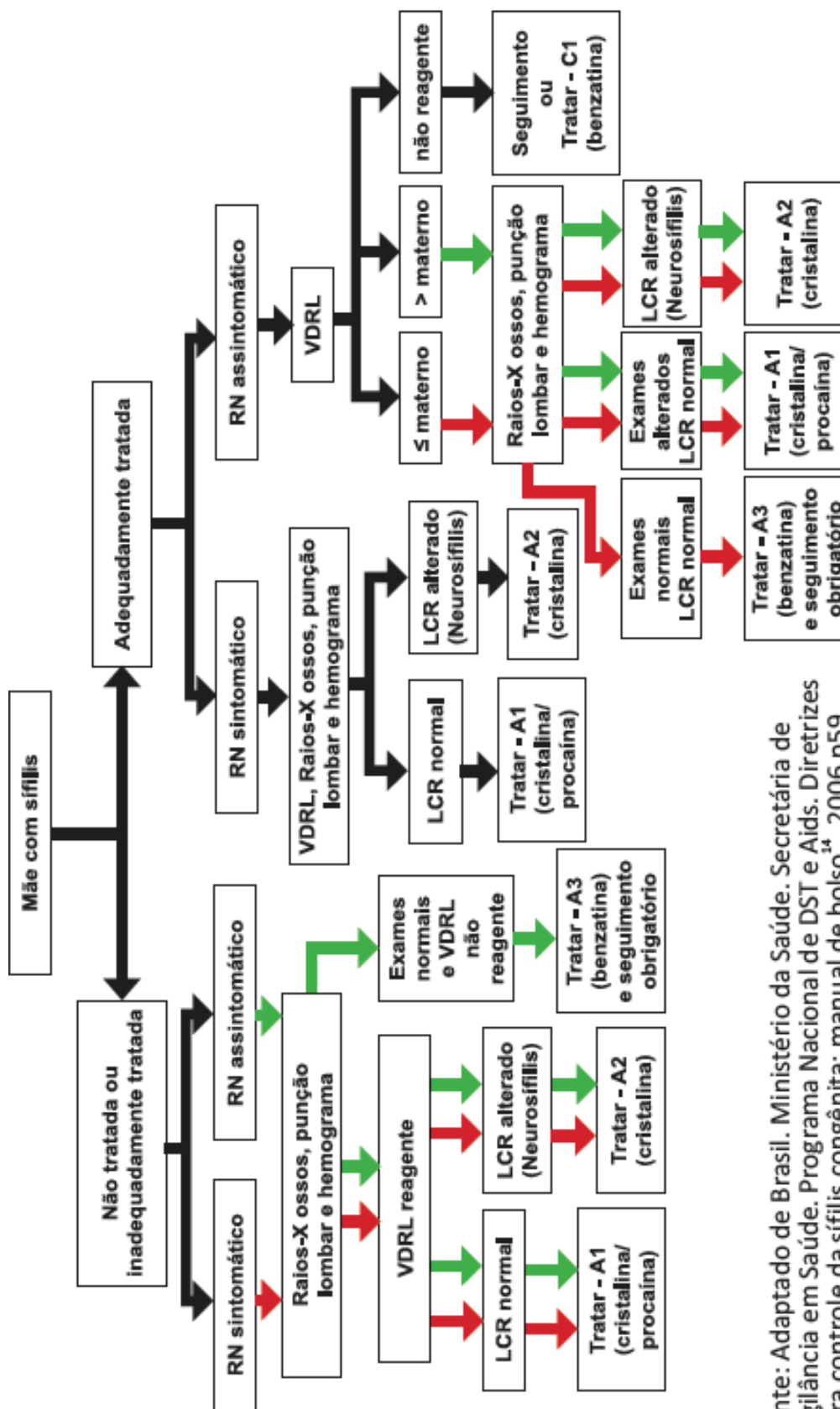
\*No estado de São Paulo existem 4 hospitais, localizados no município de São Paulo, Campinas, Ribeirão Preto e São Bernardo do Campo, que realizam a dessensibilização para os casos de gestantes com sífilis, com alergia confirmada a penicilina.





### 3.33. Encarte 24 – Sífilis congênita

Algoritmo para condutas frente à sífilis congênita e gestante com sífilis



Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso<sup>14</sup>, 2006.p59



## Tratamento

O tratamento do recém-nascido com sífilis congênita depende do tratamento materno e é classificado em três grupos:

**A** – RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada;

**B** – RN de mães com sífilis adequadamente tratada.

**C** – RN de mães com sífilis adequadamente tratada.

<b>Tratamento da sífilis congênita no período neonatal (←28 dias)</b>	
<b>A – RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada (realizar avaliação clínica-laboratorial no RN)</b>	
A1 – se alterações clínicas e/ou sorológica e/ou radiológicas e/ou hematológicas.	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 12/12 hs (primeiros 7 dias) e 8/8 hs (após 7 dias de vida) – por 10 dias ou - Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 1x/dia – por 10 dias (se perda maior 1 dia – recomeçar)
A2 – se alteração líquórica ou se não colheu líquido	- Penicilina cristalina (igual em A1)
A3 – se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas e a sorologia do RN não reagente.	- Penicilina G benzatina, 50.000 UI/kg, IM, dose única – acompanhamento é obrigatório incluindo seguimento com TNT*, após conclusão do tratamento. - Na impossibilidade de garantir o seguimento – tratar com esquema A1
<b>B – Para todos RN de mães com sífilis adequadamente tratadas, realizar TNT*(VDRL) em sangue periférico do RN. Se reagente com título MAIOR que o materno e/ou com alterações clínicas: realizar hemograma, RX de ossos longos e análise do líquido</b>	
B1 – presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alteração líquórica	- Esquema A1
B2 – se houver alteração líquórica	- Esquema A2
<b>C – Para RN de mães com sífilis adequadamente tratada, realizar o TNT* (VDRL) no sangue periférico do RN</b>	
C1 – se for assintomático e TNT* (VDRL) não reagente	- Seguimento clínico-laboratorial - Na impossibilidade de garantir o seguimento, tratar com Penicilina G benzatina 50.000 UI/Kg, IM, dose única



C2 – se for assintomático e TNT* (VDRL) reagente, com título igual ou menor que o materno	- Tratar como A3, na impossibilidade de garantir o seguimento tratar com esquema A1 (LCR normal) ou A2 (LCR alterado)
---	---

\*TNT – Teste não-treponêmico

Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

### Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal ( $\geq 28$ dias)

#### Investigar sorologias e tratamento materno, sorologia da criança, revisão de prontuário do pré-natal e maternidade – afastar agressão/abuso sexual

Realizar: RX de ossos longos, hemograma e análise do líquido	- Penicilina cristalina – 50.000 UI/Kg/dose, IV, 4/4 hs - por 10 dias (respeitando dose máxima 200.000 a 300.000 UI/Kg/dia).
Se a criança não apresentar manifestações da doença e líquido normal	- Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg, IM, 12/12 hs – por 10 dias (se perda maior que 1 dia – recomeçar)

### Manejo do recém-nascido na maternidade<sup>4, 7</sup>

- Realizar teste não-treponêmico em amostra de sangue periférico de TODOS os recém-nascidos cujas mães apresentaram sorologia reagente para sífilis na gestação, no parto ou na suspeita clínica de sífilis congênita.
- O sangue do cordão umbilical NÃO deve ser utilizado para o diagnóstico sorológico devido à presença de sangue materno (com anticorpos maternos) e ocorrência de atividade hemolítica, o que pode determinar resultados falsos.
- Deve ser realizada radiografia de ossos longos, hemograma e análise do LCR em todos os recém-nascidos que se enquadrem na definição de caso de sífilis congênita.
- Realizar tratamento imediato dos casos detectados de sífilis congênita e sífilis materna, incluindo a parceria sexual.
- Nenhum recém-nascido deve ter alta hospitalar até que pelo menos a sorologia materna seja conhecida, já que parte considerável das sífilis maternas é diagnosticada neste momento, o que possibilita a pesquisa e diagnóstico, com posterior tratamento da sífilis congênita.
- O acompanhamento é imprescindível para todos os recém-nascidos expostos à sífilis materna e deve ser realizado na puericultura para detecção de sintomas e sinais clínicos ou sorológicos. O pediatra, quando da alta hospitalar, deve esclarecer a mãe sobre os riscos da sífilis, especialmente sobre manifestações tardias, como surdez e déficit de aprendizagem, que são sutis, mas que podem se apresentar, de modo irreversível, no futuro.



### **Seguimento e controle da sífilis congênita<sup>1,4,7</sup> (clínico e laboratorial):**

- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida, bimensais do 6º ao 12º mês e semestral até 24 meses, com exames clínicos minuciosos;
- Realizar teste não-treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames não-treponêmicos consecutivos não reagentes;
- Realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Diante da elevação do título do teste não-treponêmico (VDRL/RPR), ou da não negativação até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao retratamento;
- Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, ou não ocorra à queda esperada de títulos, deve-se proceder à repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto e reavaliação da criança para conduta adequada;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos.
- Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado inicialmente, deve-se fazer uma reavaliação líquórica a cada 6 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica. Espera-se que o teste não-treponêmico (VDRL) do líquido se apresente não reagente por volta do 6º mês de vida e que o líquido esteja normal ao fim do

2º ano. Alterações líquóricas persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;

- O teste da orelha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano;
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos;
- Se os títulos de testes não-treponêmicos (VDRL/RPR) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem não reagentes entre 6 e 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira adequada.

O Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o seguimento ambulatorial de recém-nascidos expostos à sífilis materna, mas que não atingiram os critérios de diagnósticos de sífilis congênita e, portanto, não foram tratados no período neonatal.<sup>8</sup>

### **Seguimento ambulatorial de recém-nascidos expostos à sífilis materna<sup>8</sup>**

- Realizar exame clínico minucioso com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;



- Realizar teste não-treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida;
- Com 18 meses, é recomendável realizar também um teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs);
- Se os títulos de teste não-treponêmico (VDRL/RPR) estiverem caindo nos primeiros três meses e forem negativos no sexto mês ou com 12 a 18 meses, acompanhados por um teste treponêmico negativo após os 18 meses de vida, considera-se que o lactente não foi afetado pela sífilis ou foi tratado de maneira apropriada durante a vida fetal. Caso contrário, deve-se proceder à reavaliação diagnóstica e ao tratamento adequado;
- Pode-se interromper a coleta do teste não-treponêmico (VDRL/RPR) seriado após a obtenção de dois exames consecutivos negativos.

### Importante:

Em casos de sífilis congênita tardia deve ser realizada sempre uma investigação para exclusão de sífilis adquirida por agressão ou abuso sexual.

Proposta terapêutica para tratamento dos casos de sífilis congênita, exclusivamente em situações de desabastecimento da Penicilina G cristalina e Penicilina procaína, no Estado de São Paulo.

Terapêutica	Droga	Dose e via de administração	Seguimento
1ª Opção	Penicilina G cristalina	Período Neonatal: 50.000 UI/kg/dose, por via intravenosa, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias (inclusive na neurosífilis) Período Pós-neonatal: 50.000 UI/kg/dose, por via intravenosa, a cada 4 horas, durante 10 dias (inclusive na neurosífilis)	Exame clínico mensal até 6 meses de vida, bimensal de 6 a 12 meses e semestral até 24 meses; realizar teste não-treponêmico (VDRL), com titulação, com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de vida (interromper coleta de VDRL seriado após obtenção de 2 exames consecutivos não reagentes); avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica; realizar teste treponêmico



<p><b>2ª Opção</b></p>	<p>Penicilina G procaína</p>	<p>Período Neonatal: 50.000 UI/kg, a cada 24 horas, via intramuscular, dose única diária, durante 10 dias (inclusive na neurosífilis confirmada ou provável)</p> <p>Período Pós-neonatal: 50.000 UI/kg, via intramuscular, de 12/12 horas, durante 10 dias</p>	<p>(TPHA ou FTA-Abs) após os 18 meses de idade.</p> <p>Na presença de neurosífilis, repetir o exame de líquido a cada 6 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica (VDRL no líquido)</p>
<p><b>3ª Opção*</b></p> <p>Na total falta de penicilina cristalina e procaína ou recém-nascidos sem massa muscular para receber medicação por via intramuscular</p> <p>*Contraindicado: para recém-nascidos com hiperbilirrubinemia</p>	<p>Ceftriaxona<sup>‡</sup></p>	<p>Período Neonatal:</p> <p>Com neurosífilis provável ou confirmada: Dose de ataque - 100 mg/kg, seguido de 80 mg/kg a cada 24 horas, via intravenosa, durante 10 a 14 dias</p> <p>Sem neurosífilis (afastado comprometimento do SNC): 75 mg/kg a cada 24 horas, via intravenosa, durante 10 a 14 dias</p> <p>Período Pós-neonatal: 100 mg/kg, a cada 24 horas, via intravenosa, durante 10 a 14 dias (inclusive na neurosífilis confirmada ou provável)</p> <p>Observação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A ceftriaxona deve ser administrada em bomba de seringa durante 30 minutos.</li> <li>- Não pode ser administrada com soluções contendo cálcio, aminofilina, vancomicina, azitromicina e antifúngicos</li> </ul>	<p>Exame clínico mensal; realizar teste não-treponêmico (VDRL), com titulação, com 1, 2, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de vida; avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica; realizar teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) após os 18 meses de idade.</p> <p>Na presença de neurosífilis, repetir o exame de líquido a cada 6 meses, até a normalização bioquímica, citológica e sorológica (VDRL no líquido).</p> <p>Monitorar leucócitos (eosinofilia/leucopenia) e plaquetas (trombocitose), uréia, creatinina, sódio, potássio, transaminases (TGO e TGP), bilirrubinas totais e frações.</p>



			Observação: Ressaltamos que o seguimento ambulatorial deve ser rigoroso até que se tenha certeza do sucesso do tratamento.
--	--	--	--

Nota: ‡Ressaltamos que não há evidências da eficácia do uso da Ceftriaxona no tratamento da sífilis congênita e, esta medicação, só está sendo indicada porque na falta da Penicilina G cristalina e Penicilina G procaína não há outra opção terapêutica.







# Glossário:

HIV - HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana

AIDS - a AIDS é o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como também é chamada, é causada pelo HIV.

HSH - Homens que fazem sexo com outros homens

ONGs - Organizações não governamentais

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

PUD - Pessoa em uso de droga

RD - redução de danos

ARV - Anti retro Viral

PEP sexual - Profilaxia pós Exposição ao HIV

PrEP - Profilaxia pré Exposição ao HIV

TcP - Tratamento como Prevenção

UNAIDS - (Joint United Nations Program on HIV/AIDS) o programa das Nações Unidas de combate à AIDS.

GVE - Grupos de Vigilância Epidemiológica

CRAS - Centro de Referência de Assistência

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

iPrEx - primeiro estudo que propôs o uso diário de medicamentos com finalidade de prevenção

IPERGAY - estudo envolvendo população HSH na França e Canadá

PROUD - estudo realizado com homens que fazem sexo com homens na Inglaterra

DDAHV - Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais

HPV - Human Papiloma Virus, ou HPV, é um vírus que vive na pele e nas mucosas dos seres humanos, tais como vulva, vagina, colo de útero e pênis. Quando afeta os órgãos genitais é uma infecção transmitida sexualmente (DST). O sexo desprotegido é a principal causa da transmissão.

SAE - Serviço de Assistência Especializada

PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade, avalia o comportamento sexual do brasileiro.

ERR - Estratégia de Redução do Risco

CDC - Centro de Controle de Doenças dos EUA

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

PE DST-AIDS - Programa Estadual de DST/AIDS

LGBT - sigla de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, que consistem em diferentes tipos de orientações sexuais.

CIC - Centros de Integração da Cidadania  
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento  
SAMU - Serviço De Atendimento Móvel De Urgência  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
TR - Teste Rápido  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
ACS - agentes comunitários de saúde  
SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos  
SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais  
SC - sífilis congênita.  
TISC - taxa de incidência de sífilis congênita  
ESP - Escola de Saúde Pública  
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde





Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-99792-29-2



9 788599 792292

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-99792-30-8



9 788599 792308

# Fluxograma para Atenção em IST

