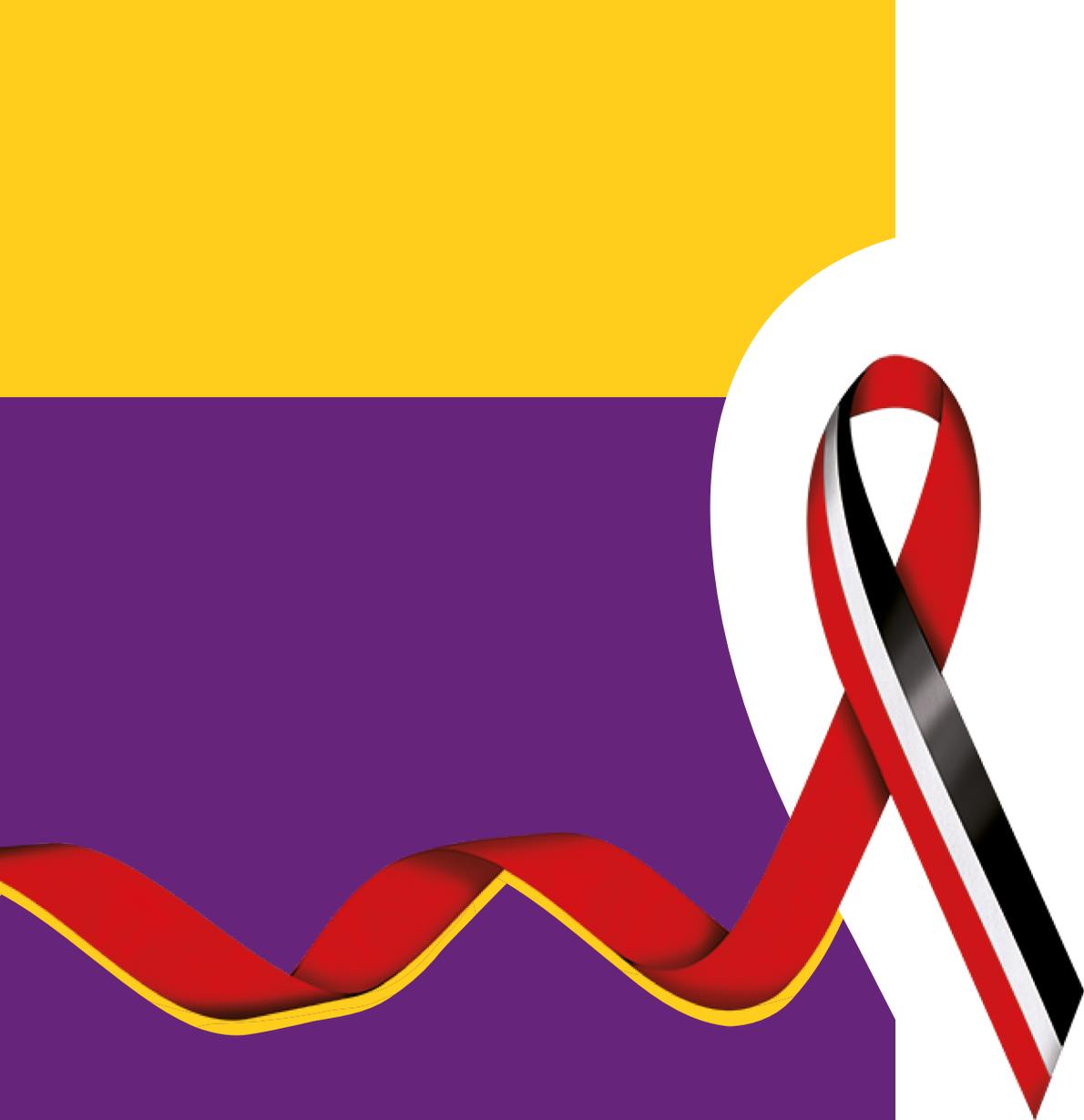


# **Atividades e Ações Prioritárias**

**da Rede Municipal  
Especializada em  
DST/Aids de São Paulo**





# **Atividades e Ações Prioritárias**

**da Rede Municipal  
Especializada em  
DST/Aids de São Paulo**

**Setembro de 2019**

### Prefeito do Município de São Paulo

Bruno Covas

### Secretário Municipal da Saúde

Edson Aparecido dos Santos

### Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids

Maria Cristina Abbate

### Organização e Elaboração

Joselita Maria de Magalhaes Caraciolo - PM DST/Aids de São Paulo

Robinson Fernandes de Camargo - PM DST/Aids de São Paulo

### Autores

Adriano Queiroz da Silva, PM DST/Aids de São Paulo

Aline Pilon Mauricio da Silva, PM DST/Aids de São Paulo

Allan Gomes de Lorena, PM DST/Aids de São Paulo

Elza Maria Alves Ferreira, PM DST/Aids de São Paulo

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, PM DST/Aids de São Paulo

Maria Cristina Abbate, PM DST/AIDS de São Paulo

Maria Cristina dos Santos, PM DST Aids de São Paulo

Maria Elisabeth de Barros Reis Lopes, PM DST Aids de São Paulo

Robinson Fernandes de Camargo, PM DST/Aids de São Paulo

Valdir Monteiro Pinto, PM DST/Aids de São Paulo

Zarifa Khoury, PM DST/AIDS de São Paulo

### Revisão e edição

Pedro Z. Malavolta, PM DST/Aids de São Paulo

### Projeto Gráfico e Diagramação

HPDesign - cesarphp@gmail.com



Cooperação  
Representação  
no Brasil



# SUMÁRIO



<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>06</b>
<b>ESTRATÉGIAS, ATIVIDADES E AÇÕES PRIORITÁRIAS PARA SEREM DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS E TERRITÓRIOS</b>	<b>08</b>
1 Promoção e Prevenção	08
2 Diagnóstico	12
3 Vinculação	14
4 Retenção	16
5 Tratamento	19
6 Adesão e supressão viral	22
7 Monitoramento e avaliação	24
8 Referências Bibliográficas	29
<b>ANEXO</b>	<b>34</b>
1 Estabelecimento de rotina e fluxo da informação para intervenção no abandono de TARV	36
2 Identificação e qualificação do caso de abandono	36
3 Identificação de um profissional de referência e contato com o usuário	38
4 Atendimento pelo acolhimento	40
5 Consulta médica	41
6 Referências Bibliográficas	42

# APRESENTAÇÃO



**O**s consistentes progressos tecnológicos nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/aids, tanto no controle da doença quanto na sua prevenção, ensejaram o Programa Conjunto de Combate ao HIV/Aids das Nações Unidas (UNAIDS) a propor meta que visa o fim da epidemia em 2030. As metas objetivam ter diagnosticado 90% das pessoas com o vírus, dessas, 90% em tratamento e dessas, 90% com carga viral indetectável.

As metas 90-90-90 forneceram uma estrutura valiosa para focar a resposta ao HIV e monitorar o seu progresso, ao quantificar objetivamente as pessoas que estão sob cuidado e evidenciar as perdas a cada etapa. Orientaram a resposta internacional no objetivo de elimi-

nar o HIV até 2030 e seu alcance é, sem dúvida, um grande desafio tanto globalmente e como para cada país, município ou serviço em particular.

Ampliar o acesso exige revisão dos processos de trabalho, articulação em rede, desenvolvimento de práticas mais abrangentes e integrativas. Requer mudança de pensamentos, atitudes e práticas tanto de profissionais quanto da sociedade, num esforço para superar as barreiras que impedem as pessoas de acessar e utilizar os serviços. É necessário fazer diferente. Inovar.

Este material foi elaborado para subsidiar as discussões do 3º Encontro de Gerentes com Foco na Gestão de Serviços de Atenção às DST/Aids do Município de São Paulo, em setembro de 2019. Esse é um processo do Programa Municipal de

Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids de São Paulo (PM DST/AIDS) que analisa e discute o panorama geral das infecções sexualmente transmissíveis (IST)/aids na Rede Municipal Especializada em DST/Aids (RME) com os gerentes, especialmente em relação à prevenção, diagnóstico, vinculação, retenção, tratamento e supressão viral.

Os encontros têm por objetivo alinhar as diretrizes e prioridades do PM DST/AIDS com a RME, bem como discutir estratégias para serem implementadas com ênfase nas possibilidades de organização dos serviços. Estão voltados para os coordenadores das unidades da RME, supervisores e coordenadoras regionais de saúde de todo o município.

Estão aqui sumarizadas as ações e atividades prioritárias que as equipes de saúde da RME devem desenvolver, para as pessoas com alta

vulnerabilidade para a infecção ou vivendo com HIV, em cada etapa do cuidado contínuo. Ao final desta publicação foi anexado o Guia para Apoiar a Abordagem de Pessoas em Abandono de Tratamento nos Serviços de Atenção Especializada em DST/Aids da Rede Municipal Especializada de São Paulo, material elaborado pelo PM DST/AIDS para facilitar a discussão da estruturação do processo de trabalho de identificação, qualificação e busca do abandono de tratamento.

Apresentar e discutir os procedimentos por etapa de cuidado potencializa a resposta da rede, uma vez que ajuda a localizar as lacunas e insuficiências da atenção de forma mais específica e o desenvolvimento de estratégias. Adicionalmente, facilita o estabelecimento de metas e indicadores mais apropriados, assim como sua avaliação e monitoramento. ■

# Estratégias, Atividades e Ações Prioritárias para serem desenvolvidas nos serviços e territórios



## 1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

### 1.1 IMPORTÂNCIA

Atuar nas fragilidades, riscos e vulnerabilidades é fundamental para o enfretamento e controle da epidemia de aids. A apropriação de cada um sobre os condicionantes e determinantes sociais da sua própria saúde é primordial para sustentabilidade das ações e imprescindível para melhorar sua qualidade de vida, reduzir as fragilidades, vulnerabilidades e riscos relacionados.

Grupos de maior vulnerabilidade, sobretudo em contextos de alta vulnerabilidade social, acessam menos os serviços de saúde devido a fatores estruturais como contínua discriminação e criminalização destas populações (HAKIM, 2018). Para atingir a meta 90-90-90 as populações mais vulneráveis e prioritárias precisam ser acessadas, testadas e incluídas no cuidado. Isso implica que necessitam ter conhecimento sobre e acesso às estratégias de prevenção combinada, principalmente às novas tecnologias como a profilaxia pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição (PrEP) ao HIV.

### 1.2 DEFINIÇÃO

Promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Aids consistem em políticas, planos (estratégias, ações e atividades) e programas de saúde pública voltados a produzir bem-estar na vivência da sexualidade, evitar a exposição aos agentes infecciosos e a impedir que a exposição, uma vez ocorrida, resulte em infecção.

### 1.3 OBJETIVOS

Reduzir o estigma e a discriminação, contribuir para a saúde sexual, evitar o contato com o HIV e impedir a infecção, caso tenha ocorrido contato.

### 1.4 FOCO

Populações mais vulneráveis (pessoas transexuais, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH) e profissionais do sexo) e populações prioritárias (jovens e negra).

### 1.5 PRODUTOS

Diminuição do risco, vulnerabilidade, estigma, discriminação e do número de casos HIV e Aids.

### 1.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

#### 1.6.1 Ações extramuros nos contextos de maior vulnerabilidade e risco para HIV.

- a. Realizar testagem extramuros nos locais maior sociabilização e circulação de pessoas transexuais, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e jovens.

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) não preconiza mais o aconselhamento tradicional, pré e pós do HIV. Recomenda um modelo simplificado e breve, mais adequado e eficaz, que inclui informações sobre o processo de testagem (como é feito, duração e entrega do resultado), a realização do teste, a avaliação de risco, o fornecimento do resultado e a vinculação. É o aconselhamento reduzido ou *Reduced Counseling Approach* (CDC, 2016).

A OMS afirma que o aconselhamento pré-teste longo e intensivo e a avaliação de risco individual não devem ser

realizados antes da testagem, o que vale para as ações realizadas dentro das unidades e extramuros, pois criam barreiras, exigem tempo e recursos significativos dos profissionais de saúde, com pouco benefício para os usuários (WHO, 2015; 2016a). Recomenda-se o uso de informações pré-teste e informação e aconselhamento pós-teste.

As populações mais vulneráveis (e suas parcerias) são desproporcionalmente mais afetadas, representando 77% das novas infecções na América Latina; 90% na Europa Ocidental, Central e na América do Norte; e 84% na Ásia, no Pacífico e no Caribe (UNAIDS, 2018).

- b. Disponibilizar autoteste, preservativos e material informativo-educativo.
- c. Discutir prevenção combinada, formas de sexo mais seguro e o exercício da sexualidade.
- d. Discutir a vivência e expressão da sexualidade e orientação sexual livre de discriminação, imposição, violência, medo, vergonha ou culpa.
- e. Informar sobre a oferta de novas tecnologias de prevenção (PrEP e PEP).
- f. Identificar as pessoas em situação de maior vulnerabilidade

no território, orientar e encaminhar para PrEP e PEP.

- g. Divulgar os serviços de saúde onde são realizados os testes rápidos de HIV e sífilis, e a oferta de PrEP e PEP.
- h. Divulgar os locais onde há disponibilização de preservativos (serviços de saúde, terminais de ônibus e estações de metrô); disponibilizar preservativos em locais de concentração e entretenimento de populações mais vulneráveis.
- i. Combater o preconceito, estigma e discriminação, favorecendo a defesa de direitos, maior autonomia, responsabilidade e inclusão.
- j. Mapear locais de frequência e convivência de populações mais vulneráveis nos territórios.
- k. Definir a necessidade de atualização dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre o universo da transgeneridade, transexualidade e intransmissibilidade do HIV na vigência da indetectabilidade.
- l. Organizar o processo de trabalho no local de realização do teste rápido considerando o fluxo que o usuário percorre: recepção e acolhimento, coleta do material, execução do teste, emissão do laudo, entrega do resultado (com formas de

monitoramento da vinculação pactuadas com o usuário).

- m. Registrar as ações no Sistema de Informação da Rede Municipal Especializada em DST/Aids (SIDSTAIDS), de uso exclusivo da cidade de São Paulo.
- n. Organizar o envio trimestral das informações consolidadas sobre as ações extramuros realizadas no território para o Programa Municipal de DST/Aids.

---

### 1.6.2 Profilaxia pré-exposição (PrEP)

- a. Avaliar os segmentos populacionais prioritários e critérios de indicação.
- b. Avaliar a indicação de uso imediato de PEP, em caso de exposição recente (até 72hs).
- c. Realizar teste rápido para HIV.
- d. Coletar exames, iniciar os antirretrovirais, orientar e acompanhar (adesão); não aguardar os resultados dos exames de triagem para introduzir a medicação. Os exames devem ser avaliados no primeiro retorno do usuário.
- e. Discutir as atribuições da equipe: atendimento médico, enfermagem, psicossocial, farmacêutico, etc.

f. Definir os fluxos de atendimento, seguimento e exames.

- g. Cadastrar os profissionais no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde.
- h. Registrar as informações das fichas de atendimento no SICLOM.
- i. Definir necessidade de atualização da equipe de acolhimento em gestão de risco e prevenção combinada.
- j. Identificar as pessoas que procuram os serviços por outras demandas e que estão em situação de alta vulnerabilidade e ofertar a PrEP.

---

### 1.6.3 Profilaxia pós-exposição (PEP)

- a. Avaliar o tipo de material biológico, o tipo de exposição e o tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento.
- b. Realizar teste rápido HIV para avaliar indicação.
- c. Prescrever e entregar os antirretrovirais em seu esquema completo, nas embalagens fechadas. Não fracionar os medicamentos.

d. Orientar quanto aos objetivos da PEP, adesão ao medicamento, atitude frente aos principais efeitos adversos e forma de descarte dos comprimidos que sobram nas embalagens das medicações.

- e. Realizar o acompanhamento clínico e laboratorial.
- f. Avaliar a indicação para PrEP.
- g. Notificar os casos de violência sexual e de acidente de trabalho com material biológico.

---

## 1.7 INDICADORES

- Número de atividades extramuros realizadas e locais acessados.
- Número de atividades extramuros realizadas nas populações mais vulneráveis.
- Número de PrEP dispensadas.
- Número de PEP dispensadas.
- Mapa de percepção de vulnerabilidade territorial atualizado.

---

## 1.8 MONITORAMENTO

- Atividades extramuros: registro dos serviços da RME e SIDSTAIDS.
- PEP e PrEP: SICLOM.
- Mapa: PM DST/Aids e RME

## 2 DIAGNÓSTICO

### 2.1 IMPORTÂNCIA

A detecção precoce do HIV é fundamental para reduzir a morbidade e a mortalidade dos pacientes, além de prevenir futuras transmissões do HIV.

Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) com diagnóstico e início de terapia antirretroviral (TARV) precoces têm expectativa de vida comparável aquelas sem infecção pelo HIV (THE ART COHORT COLLABORATION, 2017).

Pessoas que sabem que são HIV+ têm menor probabilidade de transmitir a infecção que as que não conhecem seu diagnóstico (MARKS, 2005, 2006).

Pessoas que não conhecem seu diagnóstico têm risco sete vezes maior de transmitir o HIV que aquelas que conhecem seu diagnóstico (HALL, 2013). Pessoas que não conhecem seu diagnóstico ou não estão vinculados são responsáveis por 80% das novas transmissões do HIV (LI, MMWR, 2019);

Grupos de maior vulnerabilidade, sobretudo as populações prioritárias, acessam menos os serviços de saúde, demoram mais para serem testados e não conseguem se vincular (WHO, 2016b).

Sem atingir os segmentos mais vulneráveis, não é possível alcançar uma resposta sustentável à epidemia de aids (WHO, 2015).

Estratégias extramuros atingem altas taxas de aceitação do teste e alcançam pessoas com valores mais elevados de CD4 (SUTHAR, 2013).

Para atingir a meta 90-90-90 as populações de maior vulnerabilidade precisam ser acessadas, testadas e incluídas nos serviços de saúde (HAKIM, 2018).

### 2.2 DEFINIÇÃO

A infecção pelo HIV pode ser definida mediante dois resultados reagentes ao HIV em exame sorológico e/ou teste rápido, com realização de teste molecular como apoio diagnóstico, de acordo com os fluxogramas preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

### 2.3 OBJETIVOS

Ampliar acesso ao teste especialmente para populações mais vulneráveis e detectar precocemente a infecção pelo HIV. Entre os objetivos e benefícios do diagnóstico precoce estão a introdução do tratamento em tempo oportuno para preservar a saúde, impedir a evolução para aids, proporcionar sobrevida semelhante à população geral e impedir a transmissão do vírus.

### 2.4 FOCO

Populações mais vulneráveis (pessoas transexuais, gays e outros ho-

mens que fazem sexo com homens e profissionais do sexo) e populações prioritárias (jovens e negra).

### 2.5 PRODUTOS

Ampliação do diagnóstico precoce e diminuição do diagnóstico tardio.

### 2.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

#### 2.6.1 Testagem intramuros

- a. Utilizar o teste rápido (sanguíneo ou fluido oral), sempre que possível, na chegada do usuário ao serviço, no mesmo dia da procura.
- b. Não realizar aconselhamento pré-teste. Acolher, informar os procedimentos que fazem parte do teste e testar o usuário (WHO 2015; 2016a).
- c. Realizar aconselhamento pós-teste.
- d. Avaliar indicação de PEP e PrEP.
- e. Vincular os casos positivos.

#### 2.6.2 Testagem extramuros

- a. Deve ser realizada visando atingir os mais vulneráveis, sempre com garantia de vin-

culação a um Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (SAE).

- b. Passos a serem realizados na testagem rápida: informação pré-teste, realização do teste, avaliação de risco, revelação diagnóstica, avaliação de indicação de PEP e PrEP e vinculação.

### 2.7 INDICADORES

- Número de testes realizados em ações extramuros.
- Número de exames HIV realizados/Número de exames positivos x 100.
- Número de casos detectados de HIV e de aids.
- Número de casos de primeiro teste de CD4 menor que 350.

### 2.8 MONITORAMENTO

- Número de exames HIV realizados/Número exames positivos x 100: SIDSTAIDS, SISLOGLAB.
- Número de casos detectados de HIV e de aids: SIDSTAIDS, SISCEL.
- Número de casos com resultado do primeiro teste de CD4 <200 e <350: SIDSTAIDS e SISCEL.
- Número de testes realizados em ações extramuros: SIDSTAIDS.

## 3 VINCULAÇÃO

### 3.1 IMPORTÂNCIA

Pessoas recém-diagnosticadas estão mais envolvidas na transmissão do HIV que as diagnosticadas há mais tempo (por apresentarem carga viral elevada e estarem em situação atual de risco) (MARKS, 2006).

Sem vinculação, a testagem e o diagnóstico têm valor limitado. Todos os diagnosticados precisam ser imediatamente vinculados para maximizar os benefícios da TARV (WHO, 2015).

### 3.2 DEFINIÇÃO

É o processo de acompanhamento das pessoas HIV+, do momento do diagnóstico até seu atendimento no SAE. Tem início na revelação diagnóstica e término com a entrada comprovada no SAE. Tem por objetivo assegurar que todos os recém-diagnosticados cheguem aos SAE.

Utiliza-se como critério de vinculação o usuário ter realizado pelo menos uma visita documentada ao SAE, seja para coleta de CD4, carga viral ou retirada de antirretroviral.

### 3.3 OBJETIVO

Assegurar o início do acompanhamento clínico de todas as pessoas recém-diagnosticadas.

### 3.4 FOCO

Pessoas recém-diagnosticadas.

### 3.5 PRODUTO

Todas as pessoas recém-diagnosticadas matriculadas no SAE com exames de CD4 e carga viral coletados e o tratamento antirretroviral iniciado.

### 3.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

#### 3.6.1 Vinculação. Ações para organizar o processo de trabalho

- a. Estabelecimento de um profissional de referência para acompanhar e apoiar a trajetória do usuário até sua entrada no SAE.
- b. Escolha, pelo usuário, do SAE de sua conveniência para realizar o acompanhamento clínico.
- c. Agendamento de consulta no SAE. Combinar previamente com o usuário o dia e a hora mais convenientes, antes de telefonar para agendar. O usuário recém-diagnosticado deve sair já com o dia e hora marcados para seu primeiro atendimento no SAE.

- d. Combinar com o usuário a melhor forma de entrar em contato com ele e o prazo para o contato.
- e. Disponibilizar atendimento processual do usuário até sua efetiva entrada no SAE.
- f. Oferta de suporte para revelação a terceiros.
- g. Monitoramento da trajetória do usuário: entrar em contato no prazo combinado para saber como foi sua chegada ao SAE e identificar eventuais barreiras; entrar em contato com o serviço; procurar registro do usuário nos sistemas informatizados disponíveis.

#### 3.6.2 Ações de apoio à vinculação

- a. Coletar CD4 e carga viral e os demais exames do protocolo de início de acompanhamento de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), na mesma unidade em que o diagnóstico da infecção de HIV foi realizado – não importando se foi um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou SAE, e no mesmo dia da realização do teste rápido.
- b. Realizar a primeira consulta médica no serviço em que foi realizado o diagnóstico (CTA

ou SAE) e iniciar a TARV o mais breve possível. Fornecer medicamentos para 30 dias. Realizar retornos para apoio e adesão até a vinculação. Consulta médica sempre que necessário. Em casos de pacientes sintomáticos vincular imediatamente no SAE com exames coletados, mas sem TARV iniciada. Avaliar encaminhamento para serviço emergencial.

### 3.7 INDICADORES

- Número de pessoas diagnosticadas/Número de pessoas matriculadas ou com primeiro exame de CD4 realizado ou primeiro tratamento antirretroviral dispensado.
- Número e percentual de dias entre primeiro CD4 e TARV.

### 3.8 MONITORAMENTO

- Contato com o usuário: registro local do serviço.
- Contato com o SAE de destino: registro local do serviço.
- Sistemas: SICLOM, SISLAUDO, SIMC, SIDSTAIDS, SIGA e MATRIX.

## 4 RETENÇÃO

### 4.1 IMPORTÂNCIA

A retenção é fundamental para reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas ao HIV, a incidência de novas infecções e o desenvolvimento de resistência à TARV (GIORDANO, 2007). A baixa retenção prediz pior sobrevida.

Retenção no cuidado é essencial para atingir e manter a supressão viral. PVHIV com retenção abaixo do ideal levaram o dobro do tempo para a supressão viral e destes, 49,4% não mantiveram a resposta virológica (CRAWFORD, 2013).

PVHIV retidas no cuidado e com carga viral suprimida têm 94,0% menos probabilidade de transmitir o HIV do que as pessoas não diagnosticadas (SKARBINSKI, 2015).

PVHIV que receberam TARV no primeiro ano do diagnóstico, tiveram seis vezes mais chance de ficarem retidos no serviço (TEDALDI, 2014).

Entre as PVHIV que evoluíram a óbito, 43% não estavam retidas no cuidado (FOX, 2014).

Pessoas que faltam na consulta médica têm chance de não tomar regularmente os medicamentos antirretrovirais (GIORDANO, 2007).

### 4.2 DEFINIÇÃO

Retenção é entendida como a permanência do paciente no cuidado

regular após sua entrada no serviço assistencial. O acompanhamento clínico é utilizado para definir e aferir a retenção, dentro de determinado intervalo de tempo, com base nas consultas médicas realizadas ou perdidas (ROSCOE, 2019). As pessoas retidas são aquelas que se vincularam e permanecem continuamente no cuidado (BRASIL, 2017).

Definições e critérios mais formais utilizam o acompanhamento clínico para definir a retenção considerando as consultas médicas atendidas ou perdidas (ROSCOE, 2019), de modo a possibilitar seu monitoramento.

Critérios utilizados (SÃO PAULO, 2017; SÃO PAULO, 2018):

- a. Retenção: duas visitas documentadas ao serviço realizadas em um ano, com intervalo mínimo de 4 meses (máximo de 6 meses), entre elas. Pode ser para consulta médica, coleta de CD4/carga viral (CV) ou retirada de antirretrovirais (ARV).
- b. Faltoso: falta a uma consulta médica.
- c. Abandono do serviço: não comparecimento às consultas médicas em 6 meses.
- d. Abandono do tratamento antirretroviral: atraso na retirada de ARV superior à 100 dias (a partir de 101 dias).

Sinais de alerta para a não retenção:

- a. Faltas às consultas médicas;
- b. Faltas às coletas de CD4/CV;
- c. Atraso de 15 dias na retirada de TARV.

### 4.3 OBJETIVO

- Assegurar a permanência do paciente no tratamento.

### 4.4 FOCO

- Pessoas em abandono de tratamento.
- Pessoas com faltas nas consultas médicas.

### 4.5 PRODUTOS:

- Diminuição dos casos de abandono ao tratamento.
- Redução do absenteísmo às consultas médicas.
- Todas as PVHIV em seguimento regular no ambulatório.

### 4.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS:

#### 4.6.1 Monitoramento e busca de pessoas em abandono de TARV

Implantar ou implementar um processo de busca sistemática de pessoas em abandono do tratamento antirretroviral (detalhado no *Guia para apoiar a abordagem de pessoas em abandono de tratamento nos serviços de atenção especializada em DST/Aids da Rede Municipal Especializada de São Paulo – Anexo*):

- a. Difundir na equipe o critério de abandono de medicamentos (101 dias de atraso na retirada de medicamentos) e sinais de alerta para não retenção.
- b. Estabelecer fluxo para detecção e fluxo da informação sobre o abandono de TARV: gerar no SICLOM uma lista semestral de pacientes em abandono (101 dias de atraso de retirada de medicamentos).
- c. Qualificar o caso de abandono identificado: levantar dados no prontuário e nos sistemas (SIDST/AIDS, SICLOM, SISLAUDO e SIGA) para determinar se o abandono é real, duplicidade, transferência, óbito, etc.
- d. Identificar um profissional de referência que se responsabilize pelo acompanhamento.
- e. Estruturar o acolhimento e a consulta médica para os usuários que retornam do abandono.

- f. Realizar a busca ativa dos casos em abandono de TARV e agendar retorno no acolhimento.
- g. Monitorar os pacientes que foram convidados a retornar ao tratamento.

#### 4.6.2 Monitoramento dos atrasos nas retiradas dos antirretrovirais na farmácia

Deve ser implantado para: todos os pacientes que estão em uso de TARV e apresentam carga viral detectável; os que apresentam frequência irregular às consultas médicas; e aqueles que retornam do abandono de TARV.

- a. Para identificar os casos que precisam ser monitorados é necessário consultar o SIMC (fornece relatório de PVHIV em TARV há mais de seis meses e apresentam carga viral detectável) e o SIGA (falta na consulta médica).
- b. Monitorar a retirada de TARV no SICLOM por meio do relatório de atraso de 15 dias na retirada dos medicamentos.
- c. Fazer a avaliação do caso pelo farmacêutico, médico, enfermagem e acolhimento para definir necessidade de contato, antecipação de consultas, elaboração de Projeto Terapêutico

Singular (PTS) e outras estratégias que melhorem a adesão.

- d. Contatar o usuário (quando indicado): verificar se tem TARV suficiente até o próximo retorno programado na unidade, solicitar que venha buscar medicamentos e avaliar se há questões dificultando a adesão.
- e. Discutir em equipe os casos recorrentes e elaborar PTS.

#### 4.6.3 Monitoramento do comparecimento às consultas médicas e buscar os faltosos (detalhado no Anexo)

- a. Implantar ou implementar um processo de monitoramento da frequência às consultas médicas (a partir da agenda) e de busca do faltoso: definir responsabilidades na equipe para identificação do faltoso, repasse desta informação, definição da necessidade de contato com o usuário, bem como do profissional que realizará o contato.
- b. Registrar as faltas às consultas médicas e informar à equipe ao final do período de atendimento.
- c. Relacionar os pacientes que faltaram e definir, caso a caso, a necessidade de entrar em contato. O médico pode sugerir a

busca logo após a falta com base no seu vínculo e conhecimento do paciente (pode separar os prontuários dos que faltaram e precisam ser contactados).

- d. Realizar sempre contato telefônico com todos os pacientes que faltarem na primeira consulta no SAE. Esses apresentam dificuldade de vinculação.
- e. Garantir reagendamento e a TARV até a próxima consulta para os pacientes que já são acompanhados no SAE.
- f. Facilitar o acesso aos antirretrovirais: o médico deve avaliar o caso, o prontuário e a possibilidade de deixar prescrição pronta para quando o usuário retornar ou definir se é necessário contatar o usuário para reagendar. Nos casos em que é possível deixar a prescrição é necessário estabelecer fluxo para sua entrega qualificada, que pode ficar sob a responsabilidade do farmacêutico, enfermagem ou acolhimento.
- g. Avaliar necessidade de discussão do caso nas situações de faltas recorrentes. Elaboração de PTS, sempre que necessário.

#### 4.7 INDICADORES

- Número de pessoas que abandonaram TARV/Número de pessoas

contactadas x 100 (SICLOM, registro dos serviços).

- Número de pessoas em abandono de TARV/Número de pessoas em TARV x 100 (SICLOM).
- Número de pessoas que faltaram na consulta médica/Número de pessoas agendadas x 100 (BI SIGA).

#### 4.8 MONITORAMENTO

- Registro do serviço: contato realizado com o usuário.
- Sistemas: SICLOM, SIMC, SIGA, BI SIGA SP.

### 5 TRATAMENTO

#### 5.1 IMPORTÂNCIA

A introdução de TARV nos estágios mais precoces da infecção preserva a função imune (NABATANZI, 2018; BOENDER-ATHENA, 2018; NDHLOVU, 2019).

Reduz a ativação imune crônica/inflamação sistêmica (RODGER, 2009; HILEMAN, 2017). Previne danos cerebrais, cardiológico e renais (BRASIL, 2018).

A TARV reduz a mortalidade e previne eventos definidores de aids, doenças grave (SMART, 2006, 2008a e 2008b; RODGER, 2013; TEMPRANO, 2015; START, 2015;) e comorbidades não definidoras de aids (SMART, 2008b).

O uso da TARV aumentou a expectativa de vida com mortalidade

similar à população geral (SAMJI, 2013; RODGER, 2013).

O tratamento é muito eficaz como prevenção da transmissão materno-infantil e a transmissão sexual entre pares sorodiferentes (COHEN-HPTN 052, 2012 e 2016). PVHIV em TARV e há pelo menos 6 meses com carga viral indetectável não transmite o HIV por via sexual (RODGER, 2016; COHEN, 2016; BAVINTON, 2017; RODGER, 2019; BRASIL, 2019). Indetectável é igual a intransmissível.

O tratamento antirretroviral está indicado para todas as pessoas que têm o HIV, independentemente do CD4 e da carga viral (BRASIL, 2018).

## 5.2 DEFINIÇÃO

Tratamento antirretroviral se refere ao uso de uma combinação de três ou mais drogas para tratar a infecção pelo HIV.

## 5.3 OBJETIVO

Iniciar TARV para todas as PVHIV em acompanhamento na RME, o mais próximo possível do diagnóstico e no máximo em 30 dias após a matrícula no serviço.

## 5.4 FOCO

Todas as pessoas vivendo com HIV em acompanhamento na RME que nunca iniciaram o TARV (pessoas em *gap* de tratamento).

## 5.5 PRODUTOS

Todas as PVHIV tendo iniciado TARV em até 30 dias da matrícula. Redução do *gap* de tratamento.

## 5.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

### 5.6.1 Monitorar o *gap* de tratamento antirretroviral

a. Implementar no SAE o Sistema de Monitoramento Clínico de PVHIV (SIMC).

b. Estabelecer fluxo da informação entre a equipe para intervenção nos pacientes em *gap* de TARV.

c. Identificar os pacientes em *gap* de tratamento:

i. Gerar em arquivo de planilha (p. ex. Microsoft Excel) o relatório de pessoas em “*gap* de tratamento total” com a “situação” “pendente de análise” no SIMC: é uma relação nominal com todas PVHIV que coletaram CD4/carga viral no serviço e não possuem dispensa de TARV no SICLOM.

ii. Verificar a situação de cada um no SICLOM, pois pode se tratar de duplicidade (um único paciente com mais de um cadastro). Anotar na planilha.

iii. Checar dados no prontuário. Se o paciente está frequentando a unidade, levantar os motivos de não ter iniciado o TARV: já em tratamento (duplicidade), óbito, recusa ao tratamento, criança exposta, TARV não prescrita pelo médico, transferido, paciente HIV negativo, não é acompanhado na unidade. Anotar na planilha.

iv. Se o paciente não está frequentando a unidade, levantar no prontuário os dados para contato com o paciente.

d. Monitorar no SIMC todos os casos de *gap* de TARV: informar no sistema as situações encontradas e registradas na planilha.

e. Unificar as duplicidades no SICLOM: deve ser realizada pelo farmacêutico e de acordo com as orientações do Ministério da Saúde:

i. Corrigir e atualizar todas as informações dos cadastros, fazendo com o que os dados cadastrais fiquem idênticos.

ii. Encaminhar e-mail com o nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento e cidade de nascimento, para o Ministério da Saúde - SICLOM (siclom@ids.gov.br) solicitando a unificação dos cadastros. O cadastro será então

unificado sem perda do histórico dos medicamentos.

f. Encerrar os casos de óbito: registrar no prontuário, no SICLOM e no SIDSTAIDS.

### 5.6.2 Buscar usuário em *gap*

A busca deve ser realizada para todas as pessoas que estão em *gap* de tratamento para oferta a TARV.

### 5.6.3 Ofertar TARV para todos

a. Distribuir a lista do *gap* entre os médicos da unidade para (re)avaliação dos casos e oferta de TARV para todos os pacientes que estão frequentando o serviço.

b. Entrar em contato com os pacientes que não possuem retorno agendado e/ou estão sem frequentar o serviço regularmente. Convidar para retorno à unidade e ofertar TARV.

## 5.7 INDICADORES

- Número de PVHIV acompanhadas no SAE que estão em *gap* de TARV.
- Número de casos pendentes de análise no SIMC.

## 5.8 MONITORAMENTO

- Sistemas: SIMC e SICLOM.

# 6 ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL

## 6.1 IMPORTÂNCIA

Adesão é o maior determinante da resposta da TARV (além da potência do esquema terapêutico). Os benefícios da TARV só são atingidos com adesão à medicação levando à supressão viral, melhora clínica e imunológica. A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. Pode levar à replicação da carga viral, o que ameaça a condição clínica do paciente e aumenta o seu risco de transmitir o HIV<sup>1</sup> – incluindo cepas resistentes aos medicamentos (BRASIL, 2018).

A supressão viral é um fator determinante para impedir a transmissão sexual e reduzir transmissão vertical do HIV<sup>1</sup>. Pessoas em TARV há pelo menos seis meses com carga viral indetectável não trans-

<sup>1</sup> Consultar Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde para mais informações sobre as medidas de prevenção. Disponível em < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>.

mitem o HIV por via sexual (RODGER, 2016; COHEN, 2016; BAVINTON, 2017; RODGER, 2019; BRASIL, 2019).

## 6.2 DEFINIÇÕES

Adesão ao tratamento consiste na utilização ideal dos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita, respeitando as doses, horários e outras indicações (BRASIL, 2018).

Supressão viral é a inibição da replicação de um vírus. O principal parâmetro para definir o sucesso da TARV é a redução da carga viral a níveis indetectáveis. A supressão máxima da carga viral depende da potência dos medicamentos antirretrovirais e da adesão à terapia.

Sinais de adesão:

- Carga viral indetectável.
- Retiradas regulares dos ARV.
- Comparecimento regular às consultas.

Sinais de alertas para má adesão:

- Faltas às consultas médicas.
- Atraso de 15 dias na retirada dos ARV.
- Pequenas oscilações na carga viral.
- Sobras de um ou todos os ARV.
- Autorrelato de dificuldades no uso da TARV.

## 6.3 OBJETIVO

Manter as PVHIV em uso regular de TARV com carga viral indetectável.

## 6.4 FOCO

- Pessoas com atraso na retirada de ARV.
- Pessoas com carga viral detectável.
- Pessoas em uso irregular dos medicamentos antirretrovirais (autorreferido ou detectado).

## 6.5 PRODUTO

PVHIV em uso de TARV com carga viral indetectável.

## 6.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

### 6.6.1 Monitoramento dos atrasos nas retiradas de ARV na farmácia

Deve ser implantado monitoramento para: todos os pacientes que estão em uso de TARV e apresentam carga viral detectável; os que apresentam frequência irregular às consultas médicas; e para aqueles que retornam do abandono de TARV.

Utilizar o SICLOM para monitorar as retiradas seguindo os passos descritos no item 4.6.2 deste documento.

### 6.6.2 Monitoramento das PVHIV em TARV que apresentam carga viral detectável

- Implementar a utilização do SIMC no SAE.
- Gerar relatório dos pacientes que estão em TARV há pelo menos seis meses e apresentam carga viral detectável.
- Distribuir a lista dos pacientes com carga viral detectável entre os médicos da unidade para (re)avaliação dos casos e conduta atual.
- Avaliação pela equipe multidisciplinar de vulnerabilidades.
- Trabalhar a adesão aos medicamentos.
- Discutir em equipe os casos com oscilação da carga viral e com falha terapêutica.
- Elaborar PTS sempre que necessário.
- Genotipagem na confirmação de carga viral detectável, troca do esquema guiada pelo resultado e orientação do médico de referência em genotipagem.

### 6.6.3 Avaliação da adesão e intervenção nas dificuldades apresentadas

Consultar a *Linha de Cuidados em IST/HIV/Aids do Município de São Paulo* (SÃO PAULO, 2019). Monitorar a adesão pelo au-

torrelato. Atentar sempre que o usuário referir dificuldades em relação ao uso dos medicamentos.

Facilitar o acesso a TARV para aqueles que perderam a consulta médica, perderam a receita ou estão atrasados na retirada dos medicamentos.

Atenção especial na introdução e trocas da TARV: retorno em 7 a 15 e em 30 dias. Consulta de adesão com farmacêutico e com enfermagem.

Utilizar recursos mnemônicos do uso da medicação com associação de horários (alimentação, programas de televisão, etc.), e utilizar alarmes, por exemplo de aparelhos celulares.

## 6.7 INDICADORES

Número de pessoas com carga viral detectável em TARV há tempo igual ou maior que 6 meses.

Número pessoas com atraso de retirada da ARV.

## 6.8 MONITORAMENTO

SIMC  
SICLOM

# 7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

## 7.1 IMPORTÂNCIA

Monitorar e avaliar são importan-

tes para identificar as insuficiências e guiar a resposta para atingir a meta 90-90-90 e eliminar o HIV (HAKIM, 2018).

As avaliações são cruciais para reorientar o desenvolvimento de estratégias, atividades e ações, bem como a priorização de investimento dos recursos.

As informações e dados subsidiam a tomada de decisão por permitirem avaliação da estrutura, processo e resultado do trabalho como, absenteísmo, perfil epidemiológico, abandono, supressão viral, entre outros.

## 7.2 DEFINIÇÃO

Monitoramento e avaliação são dimensões de um mesmo processo, complementares entre si. O monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito. A avaliação amplia o entendimento dos achados do monitoramento ao investigar as hipóteses e emitir méritos e julgamentos. O monitoramento verifica e a avaliação julga.

## 7.3 OBJETIVOS

➤ Monitorar e avaliar a resposta às principais ações e atividades implementadas, localizar as dificuldades e prioridades; traçar metas mais específicas.

## 7.4 FOCO

➤ Indicadores das etapas do cuidado contínuo: prevenção, diagnóstico, vinculação, retenção, tratamento, adesão e supressão viral.

## 7.5 PRODUTOS

➤ Dados mais fidedignos.  
➤ Processos reorientados com base nos dados.

## 7.6 ATIVIDADES PRIORITÁRIAS

### 7.6.1 Implementação do manejo de sistemas informatizados

A utilização de sistemas informatizados (como SICLOM, SIMC, SISLAUDO, SIGA, SIMC, SISLOGLAB e SIDSTAIDS) possibilita maior autonomia de avaliação e monitoramento nos processos prioritários em desenvolvimento em cada etapa do cuidado.

### 7.6.2 Instituição de rotina de monitoramento e avaliação nos serviços.

As unidades da RME devem se estruturar para monitorar e avaliar continuamente as ações, produtos e/ou resultados, de modo que a análise possa contribuir para o estabelecimento de novas estratégias, tomada de

decisões, planejamento e gestão (SÃO PAULO, 2018).

Os gerentes devem discutir junto com suas equipes e definir atribuições e responsabilidades no processo de coleta, fluxo e discussão das informações, de modo a facilitar o estabelecimento de uma rotina de monitoramento e avaliação. O modo como as informações são produzidas é crucial, uma vez que elas devem espelhar o trabalho para subsidiar a análise e decisão.

Monitorar, no mínimo, semestralmente:

- a. Prevenção: monitorar as atividades extramuros.
- b. Diagnóstico: monitorar o diagnóstico tardio e o diagnóstico realizado nas populações mais vulneráveis.
- c. Vinculação: monitorar a trajetória do usuário até sua efetiva entrada no SAE.
- d. Retenção: monitorar o abandono de TARV e o absenteísmo às consultas médicas.
- e. Tratamento: monitorar o *gap* de TARV.
- f. Adesão e supressão viral: monitorar a detectabilidade viral das PVHIV em TARV e monitorar as retiradas dos medicamentos antirretrovirais na farmácia.

### 7.6.3 Implementar reunião multidisciplinar para discussão das informações

Discutir em equipe é vital para estabelecer um processo de monitoramento e avaliação. Apresentar e debater as informações em equipe possibilita a reflexão sobre o diagnóstico realizado e a busca de formas de reorientação do trabalho. Adicionalmente, sensibiliza os profissionais para a coleta cada vez mais qualificada dos dados.

### 7.7 INDICADORES

- Sistemas alimentados e atualizados pelos serviços da RME: SIDAIDS, SIMC, SICLOM, SISLOGLAB e SIGA.

### 7.8 MONITORAMENTO

- Reuniões sistemáticas com os gerentes da RME para apresentação dos dados.

A lista dos principais sistemas de informação, bem como seus links de acesso, estão no **Quadro 2**.

Quadro 1			Síntese das Prioridades do PM DST/Aids de São Paulo por etapa do Cuidado Contínuo em HIV				
Etapas	Objetivo		Foco	Produto	Atividades prioritárias	Indicadores	Monitoramento
<b>Promoção e Prevenção</b>	Reduzir o estigma e a discriminação; Contribuir para a saúde sexual; evitar contato com HIV; impedir infecção		Transexuais; gays e outros HSH; profissionais do sexo; jovens e pop. negra	↓ risco e vulnerabilidade ao HIV, do estigma e discriminação; ↓ N° casos HIV e Aids	Extramuros nos contextos e maior vulnerabilidade e risco para HIV; PrEP; PEP;	- N° Atividades extramuros nesta pop; N° PrEP e PEP; - Mapa de percepção de vulnerabilidade territorial atualizado.	Registros do serviço; SIDSTAIDS; SICLOM, PM DST/Aids
<b>Diagnóstico</b>	Ampliar acesso ao teste às pop mais vulneráveis		Transexuais; gays e outros HSH; profissionais do sexo; jovens e pop. negra	↑ Diagnóstico precoce ↓ diagnóstico tardio	Testagem intra e extramuros nas pop. mais vulneráveis	- N° de testes extramuros; - N° testes realizados/ N° positivos x 100; - N° casos HIV e de aids; - N° casos com 1° CD4 <200 e <350	SIDSTAIDS, SISCEL SISLOGLAB
<b>Vinculação</b>	Assegurar o início do seguimento clínico		Recém-diagnosticados	Todos diagnosticados com matrícula e CD4/CV coletados e/ou TARV iniciada	Monitorar o recém-diagnosticado Estabelecer fluxo com o SAE Coleta de CD4/CV e TARV	- N° diagnosticados/N° matriculados ou n° 1° CD4/CV ou n° ARV; - N° e % de dias entre 1° CD4 e TARV	Contato com usuário e SAE (planilha do serviço), SIGA, MATRIX, SICLOM, SISLAUDO, SIMC, SIDSTAIDS
<b>Retenção</b>	Manter o paciente em tratamento		Abandono; Faltosos	Todas as PVHIV em seguimento; Diminuição do abandono e absenteísmo	Monitorar o abandono, as faltas e a retirada TARV; Realizar busca ativa	- N° abandono TARV/N° contatados X 100. - N° abandono TARV/N° em TARV X 100. - N° faltosos/n° agendados X 100.	Registro do serviço (contato), SIGA, SICLOM, BI SAÚDE/PRODAM
<b>Tratamento</b>	Tratar todas as PVHIV		PVHIV em gap	Todas as PVHIV iniciando TARV em até 30 dias da matrícula	Monitorar gap no SIMC Buscar usuário e ofertar TARV	- N° em gap - N° casos pendentes de análise no SIMC.	
<b>Adesão e Supressão viral</b>	Manter uso regular do TARV com carga viral indetectável		Pessoas com CV detectável, atraso na retirada e uso irregular ARV	PVHIV com CV indetectável	Monitorar a retirada ARV, adesão e a carga viral; Facilitar o acesso à TARV	N° CV detectável em TARV há > 6m; N° pessoas com atraso de retirada da TARV	SIMC, SICLOM

## Quadro 2

### Lista de Sistemas de Informação, órgão responsável e endereço

#### SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde.

<https://siclom.aids.gov.br/>

#### SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde.

<https://labgerencial.aids.gov.br/>

#### SIMC – Sistema de Monitoramento Clínico das pessoas vivendo com HIV

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde.

<https://simc.aids.gov.br/>

#### SISLAUDO – Sistema Laudo

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde.

<https://sislaudo.laudolab.com.br/laudo/forms/login.php>

#### SISLOG – Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais

Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde.

<http://sisloglab.aids.gov.br/>

#### Siga Saúde – Sistema Integrado de Gestão de Atendimento

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

<http://siga.saude.prefeitura.sp.gov.br/sms/login.do?method=logoff>

#### BI SIGA SP- Business Intelligence SIGA SP

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

<http://bisaude.prodiam/sites/siga/>

#### SIDSTAIDS – Sistema de Informação da Rede Municipal Especializada em DST/Aids de São Paulo

Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

**Intranet SMS-SP**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAVINTON B; GRINSZTEJN B; PHANUPHAK N. et al. **HIV treatment prevents HIV transmission in male serodiscordant couples in Australia, Thailand and Brazil** [online]. In: INTERNATIONAL AIDS SOCIETY CONFERENCE ON HIV SCIENCE, 9., Paris, July 2017. Abstracts Paris: IAS, 2017. Abstract n. TUAC0506LB. Disponível em: <<http://programme.ias2017.org/Abstract/Abstract/5469>>. Acesso em 02 de agosto de 2019.

BOENDER, TS et al. **AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands (ATHENA) national observational HIV cohort: cohort profile**. *BMJ Open* 2018;8:e022516. doi:10.1136/bmjopen-2018-022516. Disponível em <https://bmjopen.bmj.com/content/8/9/e022516>. Acesso em 04 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Manuais, n. 84. 130 p.: il. ISBN 978-85-334-0547-9. Disponível em <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf)>. Acesso em 04 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília – DF. 2018. 148 p. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>>. Acesso em 10 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 48. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>>. Acesso em 16 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses**. Nota informativa Nº 5/2019 - DIAHV/SVS/MS. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsms>> . Acesso em 02 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV**

**em Adultos.** Brasília/DF. 2018, 412p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em 04 de julho de 2019.

CDC. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention. **Implementing HIV Testing in Nonclinical Settings: A Guide for HIV Testing Providers.** March 2, 2016. 119pg. 2016. Disponível em <[https://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing/CDC\\_HIV\\_Implementing\\_HIV\\_Testing\\_in\\_Nonclinical\\_Settings.pdf](https://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing/CDC_HIV_Implementing_HIV_Testing_in_Nonclinical_Settings.pdf)>. Acesso em 03 de agosto de 2016.

COHEN, MS et al.; HPTN 052 STUDY TEAM. **Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission.** N Engl J Med. 2016 Sep 1;375(9):830-9. doi: 10.1056/NEJMoa1600693. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27424812>>. Acesso em 08 de julho de 2019.

COHEN MS; MCCAULEYB, M; GAMBLEC, TR. **HIV treatment as prevention and HPTN 052.** Curr Opin HIV AIDS. 2012 Mar; 7(2): 99–105. doi:10.1097/COH.0b013e32834f5cf2. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3486734/>>. Acesso em 08 de julho de 2019.

CRAWFORD, T ; THORNTON, A. **Retention in Continuous Care and Sustained Viral Suppression:** Examining the Association among Individuals Living with HIV. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care. 2017, Vol. 16(1) 42–47. DOI: 10.1177/2325957416678929.

FOX, MO.; ROSEN, S. **Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries:** Systematic Review and Metaanalysis 2008–2013. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015, May 1; 69(1): 98–108. doi:10.1097/QAI.0000000000000553.

GIORDANO, TP et al. **Retention in Care:** A Challenge to Survival with HIV Infection. HIV/ AIDS. Major article. 2007, 44 (1 June), 1493:1499. 2007.

HAKIM, AJ; MACDONALD, V; HLADIK, W; et al. **Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response.** J Int AIDS Soc. 2018, 21(Suppl 55):e25119. doi:10.1002/jia2.25119. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055128/>>. Acesso em 04 de agosto de 2019.

HALL, HI; HOLTGRAVE, DR; TANG, T; RHODES, P. **HIV Transmission in the United States: Considerations of Viral Load, Risk Behavior, and Health Disparities.** AIDS Behav. 2013. DOI 10.1007/s10461-013-0426-z. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23456577>>. Acesso em 03 de agosto de 2019.

HILEMAN, CO; FUNDERBURG, NT. **Inflammation, Immune Activation, and Antiretroviral Therapy in HIV.** Curr HIV/AIDS Rep. 2017 June; 14(3): 93–100. doi:10.1007/s11904-017-0356-x. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5514315/>>. Acesso em 08 de julho de 2019.

INSIGHT START STUDY GROUP; LUNDGREN JD, Babiker AG, et al. **Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection.** N Engl J Med. 2015; Aug 27;373(9):795–807. doi: 10.1056/NEJMoa1506816. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26192873>>. Acesso em 04 de julho de 2019.

LI, Z; PURCELL, DW; SANSOM, SL; HAYES, D; HALL, HI. **Vital Signs: HIV Transmission Along the Continuum of Care - United States, 2016.** MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019 Mar 22;68(11):267-272. doi: 10.15585/mmwr.mm6811e1. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30897075>>. Acesso em 03 de julho de 2019.

MARKS, G; CREPAZ, N; JANSSEN, RS. **Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA.** AIDS. 2006 Jun 26;20(10):1447-50.

NABATANZI, R; et al. **Effects of HIV infection and ART on phenotype and function of circulating monocytes, natural killer, and innate lymphoid cells.** AIDS Research and Therapy. 2018. Mar, vol 15;7(1). Disponível em <<https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-018-0194-y>>. Acesso em 07 de julho de 2019.

NDHLOVU, ZM et al. **Augmentation of HIV-specific T cell function by immediate treatment of hyperacute HIV-1 infection.** Science Translational Medicine, 2019; 11 (493): eaau0528 DOI: 10.1126/scitranslmed.aau0528. Disponível em <<https://stm.sciencemag.org/content/scitransmed/11/493/eaau0528.full.pdf>>. Acesso em 05 de julho de 2019.

NEMES, MIB; CARACIOLO, JMM; et al. Equipe de Pesquisa Qualiaids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. **Caderno de Recomendações da Avaliação Qualiaids.** Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil. 2016. 60p. Disponível em <<http://www.qualiaids.fm.usp.br/>>. Acesso em 13 de agosto de 2019.

RODGER, AJ; CAMBIANO, V; BRUUN, T et al. **Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy** [online]. JAMA, [S.l.], v. 316, n. 2, p. 171-8. 2016. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27404185>>. Acesso em 02 agosto 2019.

RODGER, AJ; CAMBIANO, V; BRUUN, T et al. **Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER):** final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet, [S.l.], 2 maio 2019. Disponível em <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)>. Acesso em 02 de agosto de 2019.

RODGER, AJ; FOX, Z; LUNDGREN, JD et al. for THE INSIGHT SMART Study Group. **Activation and coagulation biomarkers are independent predictors of the development of opportunistic**

disease in patients with HIV infection. *J Infect Dis.* 2009; Sep 15; 200(6):973–983. doi: 10.1086/605447. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892757/>>. Acesso em 06 de julho de 2019.

RODGER, AJ; LODWICK, R; SCHECHTER, M; et al.; INSIGHT SMART, ESPRIT STUDY GROUPS. **Mortality in well controlled HIV in the continuous antiretroviral therapy arms of the SMART and ESPRIT trials compared with the general population.** *AIDS.* 2013; Mar 27(6):973–9. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835cae9c. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698063>>. Acesso em 06 de julho de 2019.

ROSCOE, C; HACHEY, DM. **Retention in HIV Care.** National HIV Curriculum, Course Modules, Section 2. Topic 8. Last updated: august 30th, 2019. Disponível em <<https://www.hiv.uw.edu/go/basic-primary-care/retention-care/core-concept/all>>. Acesso em 02 setembro de 2019.

SAMJI, H; CESCONE, A; HOGG, RS et al. **Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada.** *PLoS One.* 2013; 8(12):e81355. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24367482>>. Acesso em 05 de julho de 2019.

SÃO PAULO. CRT DST/AIDS. CCD. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS:** Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde. 326p. São Paulo. 2017. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/publicacoes/publicacoes-download>>. Acesso em 26 de julho de 2019.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. **Linha de Cuidados de IST/Aids.** São Paulo, 2018. 1ª ed. 167p. Disponível em <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids\\_%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada(1).pdf)>. Acesso em 26 de julho de 2019.

SKARBINSKI, J; ROSENBERG, E; PAZ-BAILEY, G et al. **Human immunodeficiency virus transmission at each step of the care continuum in the United States.** *JAMA Intern Med* 2015;175(4):588–596. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8180. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25706928>>. Acesso em 09 de julho de 2019.

SUTHAR, A; FORD, N; BACHANAS, PJ; WONG, VJ et al. **Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches.** *PLoS Med.* 2013; Aug10(8): e1001496. doi: 10.1371/journal.pmed.1001496. Epub 2013 Aug 13. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23966838>>. Acesso em 29 de agosto de 2019.

TEDALDI et al. **Retention in Care within 1 Year of Initial HIV Care Visit in a Multisite US Cohort: Who's In and Who's Out?** *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 2014, Vol. 13(3) 232-241. DOI: 10.1177/2325957413514631.

THE ANTIRETROVIRAL THERAPY COHORT COLLABORATION. **Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies.** *The Lancet.* Vol 4. August 2017. Disponível em <[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(17\)30066-8/fulltext?elsca1=tlpr](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(17)30066-8/fulltext?elsca1=tlpr)>. Acesso em 02 de agosto de 2019.

THE STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) STUDY GROUP; LUNDGREN, JD; BABIKER, A; EL-SADR, W et al.. **Inferior clinical outcome of the CD4+ cell count-guided antiretroviral treatment interruption strategy in the SMART study: role of CD4+ Cell counts and HIV RNA levels during follow-up.** *J Infect Dis.* 2008a Apr 15;197(8):1145-55. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476293>>. Acesso em 06 julho de 2019.

THE STRATEGIES FOR MANAGEMENT OF ANTIRETROVIRAL THERAPY (SMART) Study Group; EMERY, S; NEUHAUS, JA; PHILLIPS, AN; BABIKER, A; et al. **Major Clinical Outcomes in Antiretroviral Therapy (ART)–Naive Participants and in Those Not Receiving ART at Baseline in the SMART Study.** *JID* 2008b; 197:1133– 44. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476292>>. Acesso em 06 de julho de 2019.

THE TEMPRANO ANRS 12136 STUDY GROUP. Danel C, Moh R, et al. **A trial of early antiretrovirals and isoniazid preventive therapy in Africa.** *N Engl J Med* 2015; 373:808–22. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26193126>>. Acesso em 04 de julho de 2019.

UNAIDS. **UnAids data 2018.** Disponível em: <[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/unaid-data-2018\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf)>. Acesso em 30 de julho de 2019.

WHO. **Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations – 2016 update.** 2016b. ISBN 978 92 4 151112 4. Disponível em <<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>>. Acesso em 04 de agosto de 2019.

WHO. **Consolidated guidelines on HIV testing services.** July, 2015. ISBN 978 92 4 150892 6. Disponível em <<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>>. Acesso em 03 de agosto de 2019.

WHO. **Consolidated Guidelines on The Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach.** 2nd edition. June 2016. 480p. 2016a. ISBN 978 92 4 154968 4. Disponível em <<https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>>. Acesso em 06 de julho de 2019.

## Guia para apoiar a abordagem de pessoas em abandono de tratamento nos Serviços de Atenção Especializada em DST/Aids da Rede Municipal Especializada de São Paulo

**Joselita M M Caraciolo**

Programa Municipal DST/Aids de São Paulo

**2019**



# ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO



## 1 ESTABELECIMENTO DE ROTINA E FLUXO DA INFORMAÇÃO PARA INTERVENÇÃO NO ABANDONO DE TARV

**1.1** Gerar relatório de pessoas em atraso de retirada de antirretroviral pelo SICLOM: o farmacêutico deve emitir o relatório de pessoas em atraso de dispensa de antirretroviral (ARV) semestralmente no início do processo (ver 2.1 abaixo). Reavaliar o intervalo posteriormente à medida que os usuários forem sendo convocados.

**1.2** Encaminhar o relatório de atraso de dispensa de ARV para o profissional que irá trabalhar a informação e entrar em contato com o usuário.

## 2 IDENTIFICAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO CASO DE ABANDONO

**2.1** Identificar os casos em abandono de ARV: emitir relatório no SICLOM operacional (farmacêutico). Passos: entrar no sistema no "Menu" escolher "Gerenciador de

relatórios"; no "Cadastro de Usuário SUS" escolher a opção "Usuários SUS em atraso de dispensa". No "Número de dias sem retirada" informar "101" e fazer o download em formato de planilha do Microsoft Excel.

Salvar a planilha de trabalho com o nome do serviço e a data que a lista foi retirada do sistema, p.ex. "Abandono SAE XX 26 06 2019".

**2.2** Preparar a planilha para trabalhar o abandono:

➤ Inserir linhas (ou colunas) para: serviço, nome de quem coletou os dados e data do monitoramento.

➤ Criar colunas nesta planilha de trabalho (caso opte por trabalhar com a planilha da Microsoft Excel) na seguinte ordem: Data da matrícula na unidade; Raça/cor; Sexo/gênero; CPF; Telefone; Acompanha na rede privada; Óbito; Data do último comparecimento em consulta; Aspectos que traduzem o caso e facilitam seu entendimento; Data do último CD4; Resultado do último CD4;

Data última carga viral; Resultado da última carga viral; Profissional de referência; Caso Prioritário; Resultado do Contato; Outros resultados; Data do agendamento; Discussão do caso; Evolução após 30 dias do contato; Evolução após 30 dias do acolhimento; evolução após 60 dias do acolhimento.

➤ Organizar a planilha de trabalho por ordem crescente de dias atraso na retirada, ou seja, do abandono mais recente para o mais antigo.

**2.3** Qualificar o abandono – verificar a situação do usuário:

➤ Realizar levantamento dos dados da planilha de trabalho (ou ficha) no SIDSTAIDS (com a senha de acesso fornecida pelo PM DST/AIDS) e se necessário no prontuário. Registrar as datas com padrão dd/mm/aaaa. Procurar e registrar as informações relevantes para entendimento do caso: transferência, aspectos que podem ter influenciado o abandono, dados clínicos relevantes, suporte social, relação com uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, internação anterior, adesão, abandonos anteriores, etc.

➤ Pesquisar casos de óbito:  
➤ No site da receita federal: é possível verificar a situação cadastral do CPF de um cidadão, que pode ser "Regular", "Irregu-

lar" ou "Titular falecido" quando usuário foi à óbito. Neste caso o site da receita informa o ano de ocorrência do óbito.

➤ Anotar o resultado da busca na coluna "óbito" da planilha de trabalho ("não" ou data do óbito). Dados necessários para realizar a consulta no site: CPF e data de nascimento. Link para consulta no site da receita federal: <https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp>.

**2.4** Encerrar os casos de óbito (gerente e farmacêutico):

➤ Registrar o óbito no prontuário (caso não esteja).

➤ Registrar o óbito no SIDSTAIDS.

➤ Inserir a informação no SICLOM operacional (caso não esteja). Para isto, no "Menu", na aba "Cadastramento", escolher a opção "Registro de Óbitos". Por orientação do Ministério da Saúde o registro da informação do óbito deve ser padronizado da seguinte forma: No campo "Data do óbito" escrever 31/12/ano de ocorrência (com quatro dígitos); no campo "Observação" relatar "Informação obtida de consulta cadastral do CPF no site da Receita Federal"; no campo "Informante" escolher "Equipe de Saúde".

➤ Caso o óbito tenha ocorrido no ano corrente o sistema não aceitará a informação 31/12/ano. Nesta situação o Ministério da Saúde orienta a registrar no SICLOM a data da consulta ao site da Receita como sendo a data do óbito e informar no campo “Observação” que a data informada se refere ao dia que a equipe tomou ciência, pelo site da receita federal, do óbito ocorrido em 2019.

➤ Nas eventuais situações de haver registro no SICLOM de retirada de medicamentos após a data do óbito que consta no site da receita federal (por qualquer motivo), o Ministério da Saúde orienta excluir esta dispensa e, posteriormente, registrar o óbito. O farmacêutico da Unidade Dispensadora de Medicamentos UDM deverá fazer também o registro da perda da medicação para o ajuste do estoque (neste momento aparecerá um campo para fazer a justificativa da perda). Se necessário, entrar em contato com o Ministério pelo telefone 0800 61 2439 (opção 1). Também deve ser registrada no prontuário do paciente a investigação do óbito e a exclusão da dispensa no SICLOM.

**2.5** Unificação de duplicidades: caso seja detectada duplicidade de cadastros no SICLOM (um paciente com mais de um cadastro) o farmacêutico deve:

➤ Corrigir e atualizar todas as informações dos cadastros, fazendo com o que os dados cadastrais fiquem idênticos.

➤ Encaminhar e-mail com o nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento e cidade de nascimento, para o Ministério da Saúde - SICLOM (siclom@aids.gov.br) solicitando a unificação dos cadastros. O cadastro será unificado sem perda do histórico dos medicamentos.

### **3 IDENTIFICAÇÃO DE UM PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA E CONTATO COM O USUÁRIO**

**3.1** Definir um profissional de referência que se responsabilize pelo acolhimento e reinserção do caso no tratamento (gerente e acolhimento).

**3.2** Realizar discussão dos casos com pelo menos dois profissionais de diferentes categorias. Quando necessário, estabelecer projeto terapêutico para reengajamento dos usuários ao tratamento. Registrar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) no prontuário (profissional do acolhimento) e na planilha de trabalho.

**3.3** Obter 2 a 3 opções de datas e horário para oferecer para o

usuário comparecer ao acolhimento.

**3.4** Registrar na coluna específica da planilha de trabalho (ou ficha) se o caso é prioritário para contato. Julgar com o acolhimento, levando em consideração as informações coletadas e a discussão do caso.

**3.5** Reordenar a lista, desta vez considerando as prioridades informadas para contato.

**3.6** Organizar a lista em grupos de usuários, para ordenar o contato de convite para retorno ao tratamento. Cada grupo deve ter um número de usuários compatível com a capacidade mensal/semanal de cada serviço destinada para esta atividade.

**3.7** Entrar em contato telefônico com os usuários para convidar para retorno ao tratamento/serviço.

➤ Neste momento também podem ser coletadas informações como: paciente está em acompanhamento na rede privada? Paciente está em acompanhamento em outro município, estado ou país? Paciente foi a óbito? O contato está desatualizado?

➤ Agendar acolhimento para data mais conveniente para o usuário. Monitorar o comparecimento.

➤ Orientar o usuário para trazer todos os antirretrovirais que possuir em casa.

➤ O contato deve ser realizado com o máximo cuidado para não expor o usuário a situações de discriminação, nem reforçar o preconceito. Sempre respeitar o sigilo do diagnóstico e das informações obtidas sobre o caso. Nunca revelar que a origem da ligação é um serviço de DST/aids, a doença ou outras informações confidenciais.

**3.8** Registrar na planilha de trabalho (coluna “Resultado do Contato”) as informações coletadas ao telefone, se houve sucesso no contato, para quando foi agendado acolhimento, etc.

**3.9** Avaliar necessidade de suporte psicossocial e discutir o caso em equipe.

**3.10** Monitorar a adesão e a retenção por meio da verificação do comparecimento às consultas, procedimentos e retiradas dos medicamentos no SICLOM (30 e 60 dias após o contato).

---

**3.11** Entrar em contato com o profissional de referência para agendar novo acolhimento para avaliar: dificuldades nos casos de faltas ou atrasos nas retiradas das medicações.

---

#### **4 ATENDIMENTO PELO ACOLHIMENTO**

Tem como foco prioritário realizar avaliação do abandono, trabalhar estratégias de retorno e adesão ao serviço.

---

##### **4.1 Avaliar:**

- O motivo do abandono. Investigar especialmente sua relação com a ocorrência de toxicidade, efeitos adversos, dificuldades no manejo dos antirretrovirais e a habilidade de criar ou organizar uma rotina que favoreça uso de medicação (as tomadas).
- Vulnerabilidades.
- Necessidade de suporte psicossocial.
- A presença de sintomas e necessidade de pronto encaminhamento para consulta médica.
- A relação com o serviço, médico e equipe. Tentar verificar existência de dificuldades objetivas.

---

**4.2** Verificar o último esquema em uso: forma como utilizava, horários, dificuldades, etc.

---

**4.3** Organizar os medicamentos trazidos, checar validade e descartar os que estão vencidos, descartar os que não estão mais em uso, contar os que restaram e registrar no prontuário quantos ficaram em posse do usuário (se o esquema permanecer o mesmo). Se necessários, acione o farmacêutico.

---

**4.4** Solicitar exames de CD4 e Carga Viral antes da introdução dos ARV. Não solicitar genotipagem enquanto a pessoa não estiver em uso da TARV. Solicitar demais exames nos usuários que estão ausentes há mais de 6 meses.

---

**4.5** Articular a consulta médica para avaliação da reintrodução do tratamento antirretroviral.

---

**4.6** Agendar retornos com pequenos intervalos. Para facilitar o estabelecimento de vínculo com a unidade, sempre que possível, programar retornos para, por exemplo, a cada 15 dias. É preferível evitar intervalos longos de retorno ao serviço, neste momento. O retorno pode ser com o mesmo profissional de referência ou alternado entre profissionais de diferentes categorias, depen-

do da existência de demanda específica (por exemplo: farmacêutico, enfermeiro, assistente social e psicólogo). Os retornos com a equipe multiprofissional melhoram o acolhimento e "revinculação" ao serviço.

Não é necessário agendar com médico intervalos curtos de retorno, exceto nos casos sintomáticos e na existência de demandas específicas.

---

**4.7** Nos atendimentos de retorno: tentar identificar e encaminhar as questões que possam interferir negativamente na adesão e retenção do usuário, incluindo a observação e manejo de eventos adversos imediatos. Consulta médica sempre que necessário.

---

#### **5 CONSULTA MÉDICA**

---

**5.1** Não solicitar genotipagem na chegada ao serviço.

---

**5.2** Reintroduzir o último esquema que estava em uso, sempre que possível. Rever o histórico de antirretrovirais, falha virológica anterior e testes de genotipagem já realizados.

---

**5.3** Rever adesão, forma que administra os ARV, tolerância e interações. Orientar.

---

**5.4** Avaliar o motivo do abandono, sua relação com eventual toxicidade, efeitos adversos e dificuldades no manejo dos antirretrovirais.

---

**5.5** Solicitar exames de rotina nos casos de abandono há mais de 6 meses. Verificar testagem para sífilis, prova tuberculínica, hepatite B e C e calendário vacinal.

---

**5.6** No caso de queixas clínicas solicitar os exames específicos para investigação e condução diagnóstica.

---

**5.7** Solicitar Carga viral 8 semanas após a reintrodução dos ARV. Repetir a carga viral ao completar 6 meses de TARV. Se carga viral detectável, coletar nova carga viral após 4 semanas para confirmar falha virológica.

---

**5.8** Realizar genotipagem em todos os casos com carga viral acima de 500 cópias, após falha virológica confirmada na vigência da TARV.

---

**5.9** Avaliar necessidade de suporte psicossocial e discutir o caso em equipe.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Manuais, n. 84. 130 p.: il. ISBN 978-85-334-0547-9. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_adesao\\_tratamento\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf)>. Acesso em 04 de julho de 2019.

NEMES, MIB; CARACIOLO, JMM; BASSO, CR et al. Equipe de Pesquisa Qualiids, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. **Caderno de Recomendações da Avaliação Qualiids**. Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil. 2016. 60p. Disponível em <<http://www.qualiids.fm.usp.br/>>. Acesso em 13 de agosto de 2019.

SAO PAULO. CRT DST/AIDS. CCD. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS: Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde**. 326p. São Paulo. 2017. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/publicacoes/publicacoes-download>>. Acesso em 26 de julho de 2019.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. **Linha de Cuidados de IST/Aids**. São Paulo, 2018. 1ª ed. 167p. Disponível em <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids\\_%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada(1).pdf)>. Acesso em 26 de julho de 2019.



**A** Este material foi elaborado para subsidiar as discussões do 3º Encontro de Gerentes com Foco na Gestão de Serviços de Atenção às DST/Aids do Município de São Paulo. Parte de um processo do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo para discutir o panorama geral das infecções sexualmente transmissíveis e da aids na cidade.

Estão aqui sumarizadas as ações e atividades prioritárias que as equipes de saúde da Rede Municipal Especializada em DST/Aids devem desenvolver para as pessoas com alta vulnerabilidade para a infecção ou vivendo com HIV, em cada etapa do cuidado contínuo. Ao final desta publicação foi anexado o Guia para Apoiar a Abordagem de Pessoas em Abandono de Tratamento nos Serviços de Atenção Especializada em DST/Aids da Rede Municipal Especializada de São Paulo, que visa facilitar a estruturação do processo de trabalho de identificação, qualificação e busca de pacientes em abandono de tratamento.



**@PROGRAMADSTAIDS**  
[prefeitura.sp.gov.br/saude/dstaids](http://prefeitura.sp.gov.br/saude/dstaids)



Cooperação  
Representação  
no Brasil

