

Linha de Cuidados de IST/Aids



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE

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 Magalhães Caraciolo - 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

Autores

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

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

Ana Aparecida Chong, SAE Herbert de Souza

Ana Claudia Pires Martins de Abreu, CR Nossa Senhora do Ó

Andréia Bezerra Paiva de Araújo, SAE Fidélis Ribeiro

Caio Pereira de Vasconcellos Westin, PM DST/Aids de São Paulo

Carmen Lúcia Soares, PM DST/Aids de São Paulo

Denise Lima Paiva, CR Nossa Senhora do Ó

Eliane Aparecida Sala, CTA Guaianazes

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

Ester dos Santos Luz, CTA Henfil

Evanilza Borges Alves, CTA São Miguel

Glória Maria Ferreira Ribeiro, Assistência Laboratorial -SMS

João Carlos de Araujo, CR Nossa Senhora do Ó

João Lauzi Filho, PM DST/Aids de São Paulo

Jorge Sadao Kikuchi, CTA Tiradentes,

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

Karen Eloiza Rodrigues A. Mascarenhas, SAE Campos Eliseos

Léia de Freitas Xavier, CR Nossa Sra do Ó

Márcia Tsuha Moreno, SAE Vila Prudente

Maria Beatriz Rebouças de Carvalho Lisboa, CR Nossa Sra do Ó

Maria Célia Mian Hamaji, SAE Ipiranga

Maria Cristina dos Santos, PM DST Aids de São Paulo

Maria Cristina Abbate, PM DST/AIDS de São Paulo

Maria Stella Barbosa Dantas, PM DST/AIDS de São Paulo

Marina Aragão W. Gonçalves, SAE Campos Eliseos

Marina Pereira dos Santos, SAE Ceci

Marylei Castaldelli Verri Deienno, SAE Campos Eliseos

Norma Etsuko Okamoto Noguchi, SAE Santana

Patricia Martins de Sá, CTA São Mateus

Rachel Russo Leite, SAE Campos Eliseos

Renato Costa Souza, SAE Cidade Dutra

Robinson Fernandes de Camargo, PM DST/Aids de São Paulo
Silvana Duarte Pessoa de Araújo, SAE Vila Prudente
Talmamy Zampieri Lima, CTA Henfil
Valdir Monteiro Pinto, PM DST/Aids de São Paulo
Vanessa Ribeiro Romão, CR Nossa Senhora do Ó
Vângela Resende Domingues, CTA Sérgio Arouca
Zarifa Khoury, PM DST/AIDS de São Paulo

Diagramação e Identidade Visual

Assessoria de Comunicação da Secretaria Municipal da Saúde

Revisão de conteúdo

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, PM DST/Aids – São Paulo; Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
Robinson Fernandes de Camargo - PM DST/Aids – São Paulo
Valdir Monteiro Pinto - PM DST/Aids – São Paulo; Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids

Apoio comunicação visual e revisão ortográfica

Thiago Pássaro, PM DST/Aids de São Paulo

© 2018 Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte e que ela não seja comercializada. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo. A obra pode ser acessada em: prefeitura.sp.gov.br/saúde/dstaid.

1ª Edição - 12/2018

Sumário

CAPÍTULO 1. ESTRUTURA PARA ATENÇÃO ÀS IST/AIDS	7
1.1. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	7
1.2. Serviço de atenção Especializada (SAE)	13
1.3. Unidade Básica de Saúde (UBS)	18
1.4. Outros pontos de atenção	23
CAPÍTULO 2. DIRETRIZES PARA ATENÇÃO ÀS IST/AIDS	27
2.1. Respeito à diversidade	27
2.2. Adoção do nome social	27
2.3. Abordagem na perspectiva da redução de danos	28
2.4. Acesso facilitado a insumos de prevenção	28
2.5. Acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade	29
2.6. Aconselhamento	29
2.7. Vinculação	30
2.8. Retenção	31
2.9. Prevenção Combinada	32
2.10. Gestão de riscos	33
2.11. Integralidade do cuidado	33
2.12. Trabalho em equipe multidisciplinar	33
2.13. Acompanhamento, monitoramento e avaliação	34
2.14. Arranjos e dispositivos para a gestão do cuidado	34
2.15. Estímulo ao Protagonismo, Participação e Controle social	36
2.16. Intersetorialidade	36
2.17. Estabelecimento de parcerias e trabalho em rede	37
2.18. Educação permanente	37
CAPÍTULO 3. PREVENÇÃO ÀS IST/AIDS	40
3.1 Intervenções biomédicas	41
3.2 Intervenções comportamentais	44
3.3 Intervenções estruturais	45
CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO	48
CAPÍTULO 5. VINCULAÇÃO	56
CAPÍTULO 6. RETENÇÃO	59
CAPÍTULO 7. TRATAMENTO	65
7.1. Infecções Sexualmente Transmissíveis	65
7.1.1 As principais Manifestações sintomáticas das IST	68
7.2 Abordagem de Pessoas Vivendo com HIV e Aids	114
7.2.1 Fases da infecção HIV	114
a. Infecção Aguda	114
b. Fase assintomática	115
c. Fase Sintomática e aids	116
7.2.2. Controlador de elite	116
7.2.3. Acompanhamento ambulatorial das pessoas vivendo com HIV e aids	117
7.2.4. Gestantes vivendo com HIV e aids	121
7.2.5. Crianças e adolescentes	123
7.2.6. Coinfecções	128
a. Coinfecção com tuberculose	128
b. Coinfecção com Hepatite B	132
c. Coinfecção com Hepatite C	132
CAPÍTULO 8. ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL DO HIV	134

CAPÍTULO 9. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	140
CAPÍTULO 10. FLUXOS DA LINHA DE CUIDADO: ELABORADOS À PARTIR DE DEMANDAS RELACIONADAS AOS PRINCIPAIS PONTOS DE ATENÇÃO	145
ANEXO 1: Relação e endereço das unidades da Rede Municipal Especializada	164

Glossário/Lista de abreviaturas

ABS – Atenção Básica à Saúde
AMA – Assistência Médica Ambulatorial
APS – Atenção Primária à Saúde
AZT – Azitotimidina ou zidovudina
BK – Bacilo de Koch
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CnRUA – Consultório na Rua
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/Aids
CV – Carga viral HIV
DIAHV - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DNA - Ácido Desoxirribonucleico
ELISA - Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay
FTA - fluorescent treponemal antibody absorption
HCV – Vírus da Hepatite C
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HV – Hepatites Virais
HBV – Vírus da Hepatite B
HPV - Papiloma vírus humano
HSV -1 - Herpes vírus simplex 1
HSV – 2 – Herpes vírus simplex 2
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
HSH – Homens que fazem sexo com homens
ILTB –Infecção Latente da Tuberculose
LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros
LT CD4+ – Linfócitos T CD4+
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC – Neoplasia intraepitelial cervical
OSC – Organização da Sociedade Civil
PA – Pronto-atendimento
PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR - Polymerase Chain Reaction
PEP – Profilaxia Pós-Exposição (do inglês Post Exposure Prophylaxis)
PM DST/Aids – Programa Municipal de DST/Aids
PPD – Derivado de Proteína Purificada
RPR – Rapid Plasm Reagin
PS – Pronto-socorro
PTS – Projeto Terapêutico Singular
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição (do inglês Pre Exposure Prophylaxis)
PVHA – Pessoa vivendo com HIV e aids
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RHZE – Rifampicina, Isoniazida, pirazinamida e Etambutol
RME - Rede Municipal Especializada em IST/Aids

RN – Recém-nascido
RNA - Ácido Ribonucleico
RVS – Resposta Viroológica Sustentada
SAE – Serviço de Atenção Especializada em IST/Aids
SC – Sífilis Congênita
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SIMC – Sistema de Monitoramento Clínico
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de LT CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV
SIGENO – Sistema de Informação para Rede de Genotipagem
SNC - Sistema Nervoso Central
STS – Supervisão Técnica de Saúde
TARV – Terapia antirretroviral
TB - Tuberculose
TDO – Tratamento Diretamente Observado
TPHA --Treponema Pallidum hemoaglutinação
TRM – Teste Rápido Molecular
TRUST --Toluidine Red Unheated Serum Test
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
VDLR --Veneral Disease Research Laboratory
VHS - Velocidade de Hemossedimentação
UBS – Unidade Básica de Saúde

1 ESTRUTURA PARA ATENÇÃO ÀS IST/AIDS

1.1. Centro de Testagem e Aconselhamento

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e hepatites virais destinadas à população em geral e, prioritariamente, à segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

Ao longo da história da epidemia de aids, os CTA têm desenvolvido papel importante na interrupção da cadeia de transmissão do HIV, por meio da promoção do acesso ao diagnóstico do HIV, sífilis, hepatites B e C, gerenciamento de riscos e diminuição de vulnerabilidades, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior exposição, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

Considerando a incorporação das inovações tecnológicas e terapêuticas para o controle da epidemia do HIV, os CTA possuem papel no compartilhamento do cuidado contínuo, sobretudo na vinculação, nas ações de prevenção e na adesão às intervenções biomédicas e comportamentais.

O primeiro CTA do Município de São Paulo foi criado no ano de 1989, estrategicamente na região central. Esta rede se ampliou e atualmente existem 10 unidades em funcionamento em diferentes regiões da cidade.

Princípios:

- **Recorte geracional:** adolescentes acima de 12 anos poderão ser atendidos desacompanhados dos pais ou responsáveis (inclusive os acolhidos ou cumprindo Medida Socioeducativa), desde que o menor tenha capacidade de discernimento,

salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente (CFM 2009);

- **Nome social:** pessoas transexuais devem ser chamadas pelo nome social, bem como ter a inclusão de seu nome social em ficha cadastral e prontuário, conforme diretrizes do Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2017a) e Decreto Presidencial nº 8.727/04 (BRASIL, 2016);
- **Anonimato flexível:** os testes podem ser realizados sem a apresentação de documentação de identificação. Nestes casos específicos, os laudos poderão ser emitidos observando, por escrito, a não apresentação dos mesmos;
- **Atendimento individual:** atender a todos os usuários individualmente em ambiente com privacidade visual e auditiva;
- **Confidencialidade:** garantir a preservação das informações dadas pelo usuário e protegê-las contra a sua divulgação não autorizada;
- **Abordagem interdisciplinar:** prestar atendimento na perspectiva da atenção integral;
- Respeito e **promoção dos Direitos Humanos** independentemente de cor, raça, orientação sexual ou religiosa, bem como de questões de gênero;
- **Articulação com a comunidade** para implantação de estratégias locais que visem a diminuição de contextos de risco e vulnerabilidade;
- **Vinculação** de pessoas com exames positivos para HIV, hepatites B e C, sífilis e outras IST nos respectivos serviços de referência;
- Ampliação de **atividades extramuros** para fortalecimento da atenção às populações em contexto de maior vulnerabilidade e risco para o HIV e outras IST.

Objetivos:

- Ampliar o acesso das populações mais vulneráveis às ações de prevenção e ao diagnóstico oportuno e precoce da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Promover o acesso às informações e insumos de prevenção às IST, HIV e hepatites B e C: preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e kit de redução de dados;
- Apoiar tecnicamente a rede de Atenção Básica na implantação e ampliação de ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das IST, aids, sífilis, hepatites B e C;
- Vincular as pessoas com HIV, IST e hepatites B e C, o que implica na manutenção de acompanhamento até o atendimento na referência;

- Ampliar a oferta da Profilaxia Pré e Pós-Exposição ao HIV (PrEP e PEP), de forma articulada com os Serviços de Atenção Especializada (SAE), naqueles CTA que têm disponibilidade de recursos humanos que possibilitem o desempenho destas atividades.

Estrutura e atividades desenvolvidas:

Os CTA são *lócus* estratégicos para implementação das ações de Prevenção Combinada do HIV, de prevenção às demais IST e às hepatites virais, especialmente dirigidas às populações mais vulneráveis e prioritárias, disponibilizando-as de acordo com os arranjos e capacidade do serviço.

Sua organização e funcionamento diferem quanto à capacidade instalada, particularmente em relação aos recursos humanos (BRASIL, 2013). Recomenda-se que se organizem para funcionar com horários alternativos em um ou mais dias da semana (à noite e/ou em finais de semana), conforme necessidade do território, de modo a facilitar o acesso de pessoas que trabalham no horário comercial.

As equipes devem ser compostas por profissionais com carga horária adequada à demanda do serviço, devendo ser ampliada de acordo com a capacidade instalada e o acréscimo de atividades desenvolvidas, incluindo atividades extramuros (BRASIL, 2013).

Tal heterogeneidade estrutural reflete diretamente no funcionamento dos CTA, que desempenham desde as atividades básicas de prevenção, como distribuição de insumos à tratamento das IST.

Porém, em sua maioria, os CTA desenvolvem as seguintes atividades (BRASIL 2017a):

- Acolhimento;
- Oferta de teste rápido de HIV, sífilis e hepatites B e C, que pode vir acompanhada por orientações sobre o processo de realização da testagem e seus significados; com o cuidado para que essas orientações não tornem o processo prescritivo, burocrático ou rígido;
- Solicitação de exames de LT CD4+ e carga viral HIV para todos os usuários com resultado reagente para HIV;
- Ações de Redução de Danos para pessoas que usam drogas;
- Orientação pós teste para o HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Aconselhamento para gestão de risco, incluindo PEP e PrEP;
- Divulgação e encaminhamento para vacinação para hepatite B e HPV;

- Oferta de insumos de prevenção: preservativos masculinos e femininos, além de géis lubrificantes;
- Disponibilização de material educativo e informativo;
- Desenvolvimento de ações extramuros para atingir as populações em contexto de maior vulnerabilidade e risco, com a realização de teste rápido para HIV, sífilis e hepatites B e C; ações informativas e educativas com base na prevenção combinada e gestão de risco; oferta de insumos de prevenção (preservativo masculino, preservativo feminino, gel lubrificante, insumos de redução de danos);
- Identificar, supervisionar e apoiar tecnicamente o trabalho voluntário dos Agentes de Prevenção;
- Articulação com OSC para ações de prevenção e apoio à testagem e à PVHA; comentário;
- Vinculação de pessoas com exames positivos para HIV e hepatites B e C nos respectivos serviços de referência e sífilis nas UBS;
- Matriciamento dos casos reagentes para sífilis em gestante com a UBS e outros casos de maior complexidade com a RAS;
- Notificação junto a Vigilância Epidemiológica dos casos de infecção pelo HIV, aids, criança exposta ao HIV, hepatites virais e sífilis adquirida, gestacional e congênita;
- Apoio na descentralização da testagem rápida para a Atenção Básica;
- Constituição de parcerias com instituições governamentais ou não visando a realização de ações de prevenção às IST/Aids que promovam ampliação do acesso e da qualidade da atenção, formação de profissionais da saúde e o desenvolvimento de pesquisas, entre outros;
- Produção de informações para subsidiar o planejamento de ações locais.
- Participação em campanhas de prevenção às IST/Aids.

Ressalta-se que a testagem deve ser ofertada a todas as pessoas que procuram os CTA, sem limitação no número de atendimentos, independentemente de região de moradia, situação social e documentação.

Populações mais vulneráveis e prioritárias:

São grupos definidos que apresentam maior risco em razão de práticas sexuais desprotegidas e por apresentarem maior taxa de infecção pelo HIV que a população geral, independentemente do contexto local. São consideradas populações mais vulneráveis: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que usam álcool e outras drogas, trabalhadores e trabalhadoras do sexo, pessoas trans e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017b).

Populações prioritárias são definidas como aquelas também afetadas desproporcionalmente pelo HIV, mas que possuem forte associação com dinâmicas sociais, nas quais alguns fatores preponderam sobre as situações de maior vulnerabilidade, tais como desigualdades sociais, empobrecimento, questões de gênero, racismo, preconceito social e econômico, entre outros fatores de exclusão (BRASIL, 2017c). São consideradas populações prioritárias a população negra, pessoas em situação de rua, indígenas e jovens.

Agentes de Prevenção

Agentes de Prevenção são pessoas pertencentes aos grupos prioritários, residentes na comunidade em que os serviços se localizam e identificados pelos profissionais como educadores de pares. Desempenham ações extramuros, levando para o campo informações e insumos de prevenção, bem como, estimulando que seus pares acessem os serviços de saúde disponíveis.

Possuem papel fundamental no mapeamento territorial, no qual identificam sistematicamente os locais de concentração de populações prioritárias.

Estão vinculados aos serviços da Rede Municipal Especializada, que são responsáveis por identificar, supervisionar e atualizar tecnicamente os trabalhos no campo.

Ações extramuros para as populações prioritárias

Há pessoas, que mesmo com alto grau de exposição às situações de risco para as IST, não acessam unidades de saúde, por diversas razões. Desta forma, a oferta de serviços deve adequar-se às condições que favoreçam o acesso.

O desenvolvimento de ações de prevenção extramuros com educação entre pares avança no fortalecimento, ampliação e descentralização da prevenção às IST/HIV/

¹ Preservativo masculino, feminino, gel lubrificante, insumos de redução de danos, profilaxia pré exposição (PrEP) e pós exposição (PEP), testes rápidos anti HIV, sífilis e hepatites virais.

Aids no território e na ampliação do acesso às populações mais vulneráveis, por meio da oferta das tecnologias de prevenção para quem mais precisa.

É importante que o CTA conheça a região onde está inserido. Para tanto, é necessário que realize um diagnóstico situacional e mapeamento do território, no sentido de identificar os locais de concentração das populações mais afetadas pela epidemia, elencando as vulnerabilidades e potencialidades, para planejar o desenvolvimento das ações de prevenção de forma sistematizada e contínua (BRASIL, 1999).

O estabelecimento de parcerias com instituições da sociedade civil e estabelecimentos em locais estratégicos possibilita maior alcance destas populações e redução dos contextos locais de vulnerabilidade.

Os CTA devem organizar fluxos para realização de testagem extramuros. Especial atenção deve ser dada à vinculação das pessoas com resultado positivo aos SAE para iniciar o acompanhamento, observando sempre o sigilo, privacidade e confidencialidade das informações prestadas aos usuários nestas ações.

Referências bibliográficas

ABBATE, Maria Cristina; SOUZA, Celia Regina de (Org.). **São Paulo: O Município na luta contra a Aids.** São Paulo, Corprint Gráfica Editora, 2009. 150p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA.** Brasília. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta Nº 1 de 16 de Janeiro de 2013, que “Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)...”** Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16-de-janeiro-de-2013>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde,** 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores de saúde.** Brasília. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vi-

gilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília. 2017c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 8.727**, de 28 de abril de 2016 que dispõe sobre o uso do nome social. Brasília. 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm>. Acesso em: 14 fev. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Conselho Federal de Medicina – Brasília, 70p. 2010. ISBN 978-85-87077-14-1.

MESQUITA, Fábio; SOUZA, Celia Regina de (Org.). **DST/AIDS: a nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo**. São Paulo, Editora Raiz da Terra, 2003.

1.2. Serviço de Atenção Especializada - SAE

Os Serviços de Atenção Especializada (SAE) são unidades ambulatoriais de saúde que devem prestar atenção integral às pessoas com IST/HIV/Aids, por meio de equipe multiprofissional, apoiados em outros pontos de atenção que integram as Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013). No município de São Paulo estes serviços se denominam Serviço de Atenção Especializada (SAE) ou Centro de Referência (CR).

Os SAE têm função de diagnosticar e acompanhar longitudinalmente as PVHA, articulando outros serviços da rede para atender as diferentes demandas, de acordo com a necessidade.

Todos os usuários que buscam os SAE devem passar pela equipe de acolhimento para avaliação da demanda, vulnerabilidade e situação de risco, de modo a ser orientado quanto às ações necessárias, para resolução das questões de saúde apresentadas.

Princípios:

- **Acolhimento “porta aberta”**: aquele que ocorre por demanda direta do usuário ao comparecer ao serviço sem agendamento prévio. Todos os usuários que chegam a um SAE, espontaneamente ou encaminhados por outra unidade de saúde, devem ser acolhidos no mesmo dia. Situações mais comuns para acolhimento “porta aberta”:
 - Testagem para sífilis e HIV, para conhecimento do status sorológico;

- Suspeita de IST;
 - PEP;
 - PrEP;
 - Orientações sobre IST/Aids;
 - Usuário com HIV que busca pessoalmente o SAE;
 - Gestantes com resultados positivos, indeterminados ou inconclusivos para o HIV;
 - Crianças expostas ou com diagnóstico de infecção pelo HIV;
 - Pessoas com tuberculose recém-diagnosticadas com HIV;
- **Não regionalização:** o usuário pode se matricular em qualquer serviço da RME, sem necessitar morar na região.
 - **Trabalho em rede.**
 - **Facilitação do acesso:** a questão do acesso está relacionada à ausência de barreiras seja em relação à disponibilidade de serviços, profissionais ou insumos. O acolhimento e vínculo são facilitadores para eliminação das barreiras.
 - **Responsabilização pelo cuidado:** é essencial para superar a assistência fragmentada, de modo a promover a integralidade da atenção e o estabelecimento de processos de trabalho em rede. Implica na responsabilidade de cada um em articular os recursos necessários (internos e externos ao SAE), com facilitação do acesso, para maior resolutividade das demandas dos usuários.
 - **Corresponsabilização, estímulo à autonomia, autocuidado e à cidadania:** é essencial estimular o paciente para que se aproprie de seu contexto de saúde, incentivando-o a assumir o tratamento e ter atitudes cada vez mais propositivas. Trata-se de compartilhar responsabilidades e não de transferi-las para o paciente. A questão é envolvê-lo nas decisões de seu tratamento e na construção das propostas terapêuticas. O serviço não está isento de responsabilidades sobre a saúde de seus usuários. Exercitar reflexão e elaboração fortalece o sujeito para o enfrentamento das dificuldades com maior autonomia, responsabilização e favorece mudanças de comportamento. O protagonismo viabiliza o exercício da cidadania;
 - **Nome social:** No momento da matrícula no SAE o(a) usuário(a) deve ser indagado sobre qual o nome que deseja ser chamado. Sempre que desejarem, as pessoas devem ser chamadas pelo nome social, que deve ser registrado em prontuário (SÃO PAULO, 2010).

- **Abordagem interdisciplinar:** o conjunto de profissionais, em seus campos interdisciplinares, devem avaliar as condições de vida do usuário para melhor orientá-lo quanto aos cuidados..
- **Confidencialidade e sigilo:** todas as condições de privacidade, sigilo e ética devem ser rigorosamente respeitados na atenção aos usuários
- **Respeito à diversidade:** qualquer indício de estigma ou preconceito deve ser intransigentemente combatido no ambiente da unidade de saúde
- **Combate ao estigma, preconceito e à discriminação das PVHA.**
- **Vinculação:** oferta de apoio e acompanhamento na unidade até que o usuário esteja vinculado ao serviço no qual passará a se acompanhar. Entende-se por vinculação a conclusão da fase em que o usuário já diagnosticado, passou por acolhimento, consulta e recebeu sua primeira prescrição. Este processo deve ser monitorado pela equipe multiprofissional até que seja concluído.
- **Abordagem na perspectiva da redução de danos:** redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas.
- **Gestão de risco e Prevenção Combinada:** parte da concepção da prevenção dialogada - prática que deve pautar-se na potencialidade da escuta empática, em que se considera as experiências do usuário, com a pretensão do protagonismo do mesmo para a tomada de decisão.

Objetivos:

- Ampliar o acesso às ações de prevenção e diagnóstico das IST, HIV, aids e hepatites virais.
- Oferecer assistência ambulatorial, multidisciplinar e integral às pessoas vivendo com HIV e aids.
- Realizar o tratamento ambulatorial clínico e laboratorial das pessoas vivendo com HIV e aids.
- Promover a qualidade de vida das pessoas com HIV e aids.
- Contribuir para a redução do preconceito, estigma e discriminação das pessoas vivendo com HIV e aids.
- Orientar familiares e acompanhantes de pessoas vivendo com HIV e aids.

- Realizar assistência à pessoas com exposição sexual ao HIV, incluindo avaliação, indicação, introdução e manejo de antirretrovirais para as Profilaxias Pré e Pós-Exposição sexual (PEP e PrEP).

Principais atribuições e atividades:

- Acolhimento de usuários em regime de “porta aberta”.
- Testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C.
- Aconselhamento com foco na gestão de risco.
- Avaliação, indicação e acompanhamento de pessoas: em terapia antirretroviral (TARV), Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP).
- Assistência integral e interdisciplinar às pessoas com IST/HIV/Aids, em âmbito ambulatorial, incluindo:
 - Construção de Projetos Terapêuticos Singulares (com a participação do usuário).
 - Acompanhamento clínico e laboratorial de adultos, adolescentes, gestantes, crianças expostas e infectadas pelo HIV.
 - Introdução e manejo de terapia antirretroviral.
 - Prevenção e abordagem dos eventos adversos à TARV.
 - Acesso a preenchimento facial para tratamento da lipoatrofia (no SAE ou na referência).
 - Monitoramento laboratorial para acompanhamento clínico, identificação de falhas terapêuticas e seu manejo.
 - Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas.
 - Indicação e manejo de profilaxias primárias e secundárias.
 - Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção com tuberculose (ativa/latente), com realização de Prova Tuberculínica.
 - Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem.
 - Acompanhamento compartilhado com outras unidades de saúde que sejam necessárias para resolução das demandas.
 - Gestão de risco e Prevenção Combinada.

- Abordagem de usuários de álcool e/ou outras drogas na perspectiva de redução de danos.
- Vacinação conforme calendário (na unidade ou na referência).
- Busca e adoção de estratégias de promoção da qualidade de vida.
- Aconselhamento para concepção e contracepção.
- Assistência farmacêutica.
- Incentivo à adesão ao tratamento.
- Ações que promovam maior retenção incluindo a identificação e busca de usuários que perderam o seguimento clínico (abandono) e os que faltaram às consultas sem contato prévio ou aparente justificativa.
- Investigação de IST/HIV nas parcerias e comunicantes.
- Atendimento individual e coletivo.
- Acompanhamento de crianças expostas para o HIV, filhas de mães com HIV, até pelo menos dois anos de idade.
- Dispensação sem barreiras de insumos de prevenção: preservativos masculinos e femininos, géis lubrificante e kits de redução de danos.
- Dispensação de medicamentos, incluindo antirretrovirais.
- Cadastro e dispensa de antirretrovirais para usuários da rede privada de saúde, que estiverem de acordo com o PCDT HIV vigente.
- Desenvolvimento de ações que promovam maior vinculação.
- Desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica relacionadas às IST/Aids, incluindo notificação de IST (em especial a sífilis adquirida, congênita e na gestante), HIV, aids, tuberculose e hepatites.
- Orientação de familiares, parceiros, amigos e outras pessoas da rede de apoio.
- Apoio às capacitações e treinamentos de profissionais da saúde nos temas relacionados às IST/Aids.
- Participação em campanhas de prevenção às IST/Aids.
- Monitoramento e avaliação das atividades em desenvolvimento na unidade.
- Implantação ou implementação de estratégias que promovam a qualidade da atenção prestada e a integralidade das ações.
- Gerenciamento do cuidado ofertado, articulando os diferentes equipamentos de

saúde (consultas e exames especializados, por exemplo), de modo a obter maior resolubilidade e integralidade na assistência prestada.

- Articulação e estreita relação com os sistemas de regulação para melhor equidade de acesso, agilidade e resolubilidade.
- Articulação com OSC.

Referências Bibliográfica

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria** Conjunta Nº 1 de 16 de Janeiro de 2013, que “Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)...” Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16-de-janeiro-de-2013>>. Acesso em: 07 fev. 2018.

SÃO PAULO. Casa Civil. **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. Diário Oficial. Poder Executivo – Seção I. Vol 120 (51), pg8. São Paulo, quinta-feira, 18 de março de 2010. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20100318&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=8>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

1.3. Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde (ABS) ou Atenção Primária à Saúde (APS), é entendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017). As ações devem ser desempenhadas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, por equipe multiprofissional e dirigidas à população de um território, sobre as quais assume responsabilidade sanitária.

Entende-se que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, coordenadora do cuidado, ordenadora de fluxos e contrafluxos de pessoas, informações, produtos, ações e serviços disponibilizados na rede.

No Município de São Paulo a Atenção Básica estava composta no ano de 2015 por 450 Unidades Básicas de Saúde e 117 unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), destas, 87 integradas à UBS. Disponha de mais de 1300 equipes de Estratégia

Saúde da Família, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultórios na rua e equipes do melhor em casa (SÃO PAULO, 2016).

Para a Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

São denominadas Unidade Básica de Saúde (UBS), todas as unidades de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017a). Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida principalmente por:

- Equipes Saúde da Família (ESF): é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade;
- Equipe da Atenção Básica (eAB);
- Equipe de Saúde Bucal;
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB);
- Equipes dos Consultórios na Rua: equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regimentos descritos em portaria específica;
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

Princípios:

- Universalidade;
- Equidade;

² De acordo com o no 28 do Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde, “compreende-se a noção de território em suas várias dimensões, tais como o “território físico” (material, visível e delimitado), o “território como espaço-processo” (construído cultural e socialmente, de forma dinâmica) e o “território existencial” (referido às conexões produzidas pelos indivíduos e grupos na busca de sentidos para a vida)”.

- Integralidade.

Diretrizes e principais características:

- Regionalização e Hierarquização;
- Territorialização;
- Adscrita de usuários, vínculo e responsabilização;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede;
- Participação da comunidade;
- Responsabilização Sanitária;
- Acesso;
- Acolhimento com classificação de risco;
- Trabalho em Equipe Multiprofissional;
- Promoção de atenção integral e contínua;
- Realização de ações de atenção domiciliar;
- Desenvolvimento de ações educativas;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo;
- Participação do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações;
- Implantação de estratégias de Segurança do Paciente;
- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- Formação e Educação Permanente em Saúde.

Principais atividades relacionadas à atenção às IST, HIV e aids (SÃO PAULO, 2015):

- Ações de prevenção junto à comunidade e populações mais vulneráveis;
- Disponibilização de materiais informativos, educativos e insumos de prevenção;
- Testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatites B e C para população em geral;
- Testagem rápida do HIV e da sífilis para gestantes no pré-natal, populações vulneráveis e portadores de tuberculose (TB);
- Referenciamento para os SAE as pessoas que tiveram resultado reagente ao teste HIV;
- Trabalho articulado entre os SAE e Consultórios na Rua para diagnóstico e tratamento do HIV da população vivendo em situação de rua. De acordo com protocolo específico, este trabalho abrangerá inicialmente 1300 pessoas nesta situação;
- Diagnóstico e tratamento das IST;
- Disponibilização e utilização da penicilina G Benzatina para tratamento de sífilis, inclusive materna e parcerias, e penicilina procaína para tratamento da sífilis congênita, quando indicada a sua utilização;
- Seguimento sorológico e controle de cura para todas as pessoas tratadas para sífilis, incluindo gestantes;
- Vacinação para Hepatite B, conforme orientação do Programa Nacional de Imunização;
- Acolhimento e encaminhamento de pessoas com HIV, aids e crianças expostas ao HIV materno para os serviços de referência;
- Realização de ações em saúde compartilhadas com a RME (SAE e CTA) para PVHA, especialmente as voltadas para a qualidade de vida, nutrição, saúde mental, saúde bucal, atendimento ginecológico, saúde sexual e reprodutiva, adesão ao tratamento e ao serviço, busca de faltosos, acompanhamento conjunto de comorbidades e tratamento supervisionado para TB, entre outras;
- Acompanhamento ambulatorial, laboratorial (incluindo seguimento líquido para os casos de sífilis congênita com neurolues) e avaliações com especialistas (neurologia, oftalmologia e otorrinolaringologia) de todas as crianças com sífilis congênita e as expostas à sífilis materna até os dois anos de idade;
- Ações de vigilância epidemiológica, com notificação dos agravos compulsória;
- Facilitar a participação da Sociedade Civil Organizada;

- Participação de campanhas de prevenção e comunicação às IST/Aids.

Testagem de gestantes para prevenção da transmissão vertical

A testagem das gestantes para avaliação e diagnóstico de IST deve ser realizada em qualquer momento, sempre que houver exposição de risco e/ou violência sexual. Na rotina do pré-natal, devem ser solicitados os seguintes testes (BRASIL, 2017b):

- **Sífilis:** preconiza-se a solicitação do teste em menos três momentos: na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. Na vigência de resultado positivo, deve ser iniciado tratamento conforme protocolo (capítulo 7).
- **HIV:** na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto. Mediante qualquer resultado positivo ou indeterminado, a gestante deve ser encaminhada sem demora para os SAE, para confirmação do diagnóstico e condutas.
- **Hepatite C:** realizar o teste de acordo com o histórico de risco para exposição ao HCV.
- **Hepatite B:** o teste deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante apresente-se no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem dessa gestante para hepatite B na maternidade.
- **Gonorreia e infecção por clamídia:** na primeira consulta do pré-natal, quando disponível.
- **Vaginose bacteriana:** na primeira consulta do pré-natal em mulheres com alto risco de prematuridade; realizar coleta de colpocitologia oncótica (se necessário).
- **Estreptococo do grupo B:** da 35ª à 37ª semana gestacional; realizar coleta de cultura de secreção vaginal, quando disponível.

Referências bibliográficas

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução nº 16**, de 23 de fevereiro de 2015, que Institui a Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Nº 35, de 24/02/15 – Seção 1 – p.33. 2015. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2015/iels.fev.15/iels35/E_R-SS-16_230215.pdf>. Acesso em: 09 mai. e 2018.

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. **Diretrizes operacionais para Unidade Básica de Saúde: Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo**. 2016. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/diretrizesoperacionaisatencaobasica.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017a. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais**. Brasília/DF. 2017b, 252p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

1.4. Outros pontos de atenção

Pontos de atenção à saúde são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010). Por exemplo, Unidades Básicas de Saúde, Unidades Ambulatoriais Especializadas, Centros de Apoio Psicossocial e residências terapêuticas. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, etc.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Abaixo apresentamos os pontos que compõem a rede de cuidados em IST/Aids mais frequentemente envolvidos na atenção às pessoas vulneráveis ou com IST/HIV/Aids, bem como descrição de ações e atividades mínimas que devem desenvolver, considerando apenas estes agravos.

Centro de Atenção Psicossocial adulto, infantil e álcool e drogas:

- Testagem e aconselhamento em HIV, sífilis, hepatite B e C;
- Cuidado, atenção integral e continuada às PVHA com transtorno mental e/ou uso de álcool e outras drogas;

- Acolhimento dos usuários em crise;
- Acompanhamento clínico e reinserção social;
- Discussão de casos em conjunto com a equipe dos SAE;
- Construção de Projetos Terapêuticos Singulares compartilhados com os SAE;
- Resgate de vínculos terapêuticos;
- Apoio à adesão ao tratamento do HIV e retenção ao serviço;
- Ações de redução de danos.

Ambulatórios de especialidades:

- Diagnóstico e tratamento de IST;
- Diagnóstico, tratamento e manejo, nas diversas especialidades, de afecções clínicas de PVHA e IST referenciados pelo SAE;
- Realização de procedimentos cirúrgicos;
- Oferta de testagem HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Dispensação de insumos de prevenção;
- Acompanhamento compartilhado;
- Construção de PTS compartilhado com o SAE.

Serviços de urgência e emergência:

- Avaliação e introdução de Profilaxia Pós- Exposição sexual;
- Atendimento de casos instáveis para estabilização clínica;
- Manejo de urgências secundárias à infecções oportunistas e comorbidades;
- Avaliação e indicação de internação;
- Suporte para diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;
- Testagem (rápida e sorológica) para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Maternidade

- Realização de teste rápido diagnóstico para o HIV nas gestantes;
- Realização de VDRL nas gestantes na admissão do parto;

- Desenvolvimento de todas as medidas de prevenção da TV do HIV e da sífilis (BRASIL 2017a; BRASIL 2017b):
 - Utilização de AZT intravenoso nas gestantes no durante o trabalho de parto e durante o parto;
 - Assistência obstétrica adequada durante o trabalho de parto e durante o parto, considerando as especificidades da parturiente infectada pelo HIV;
 - Utilização de carbegolina para inibição de lactação em todas as parturientes com infecção pelo HIV;
 - Administração do AZT xarope nas primeiras horas de vida do recém-nascido exposto e de Nevirapina de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de transmissão vertical;
 - Dispensação de fórmula infantil;
 - Tratamento de sífilis materna com benicilina G benzatina;
 - Tratamento de recém-nascido com sífilis congênita, com seguimento clínico e laboratorial (exames complementares, opção terapêutica, tempo da internação: sete a 10 dias);
 - Encaminhamento pós alta do recém-nascido (RN) com sífilis congênita para seguimento na UBS;
 - Agendamento no SAE do recém exposto ao HIV e da puérpera;
- Notificação dos casos de sífilis e HIV nas mulheres diagnosticadas na maternidade e de todas as crianças com diagnóstico de sífilis congênita e expostas ao HIV;

Hospital

- Diagnóstico e/ou tratamento das infecções oportunistas, comorbidades e outras intercorrências clínicas que necessitem estrutura hospitalar;
- Testagem (rápida e sorológica) para HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Realização de procedimentos diagnósticos-terapêuticos;
- Realização de procedimentos cirúrgicos e de cirurgias;
- Alta articulada com os SAE para a continuidade do cuidado.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 4.279**, de 30 de dezembro de 2010 que Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2010.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF. 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

2 DIRETRIZES PARA ATENÇÃO ÀS IST/AIDS

Este capítulo apresenta as principais diretrizes preconizadas pelo Programa Municipal de DST/Aids de São Paulo para a atenção às pessoas vivendo com HIV, aids e IST. Devem orientar tanto as ações e atividades dos profissionais, quanto a organização do cuidado internamente ao serviço e na rede. Estas diretrizes, que combinam dimensões conceituais e operacionais essenciais para a dinâmica do cuidado, estão pautadas por valores humanos, éticos e técnicos, pelos princípios do SUS, pela política de humanização e por outras políticas públicas de saúde. Espera-se com isto avançar na superação da fragmentação da atenção, promover maior inclusão e integralidade do cuidado.

2.1. Respeito à diversidade

Todo cidadão que procurar uma unidade da RME deverá receber acolhimento respeitoso, independentemente de sua origem, raça, orientação sexual, identidade de gênero e credo, sendo-lhe ofertado todos os serviços de competência dos SAE e CTA.

O diverso compõe a condição humana e está intrinsecamente ligado à ideia de humanidade. A compreensão do diverso, do diferente, é fundamental para enfrentar preconceito e discriminação. A intolerância perpetua a violência nas relações sociais e institucionais. Respeitar a diversidade implica em extrapolar os limites da tolerância e construir relações sociais pautadas pelo respeito ao outro.

2.2. Adoção do nome social

Nome social é a designação pela qual travestis, mulheres trans ou homens trans se identificam e são socialmente reconhecidos. É o nome pelo qual optam por ser

chamadas, de acordo com sua identidade de gênero (SÃO PAULO, 2010; SÃO PAULO, 2018). Seu emprego é uma conquista no campo dos direitos humanos e mais um passo rumo ao reconhecimento da identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis.

O nome social deve ser usado em todas as unidades da RME. Chamar as pessoas por um nome que não lhes representa e que retrata um gênero com o qual não se identificam, implica em grandes prejuízos psicoemocionais e sociais. Considerar a identidade de gênero é uma importante diretriz do PM DST/Aids e a utilização do nome social é mais uma ferramenta de combate ao preconceito e à discriminação, que avança na promoção do respeito, dignidade e igualdade de gênero.

2.3. Abordagem na perspectiva da redução de danos

No campo das IST/HIV/Aids, as estratégias de redução de danos visam, sobretudo, diminuir a vulnerabilidade dos usuários de álcool e outras drogas (lícitas ou ilícitas), à infecção pelo HIV, hepatites B e C; e reduzir a morbimortalidade dos usuários que vivem com HIV e aids.

No trabalho de prevenção às IST/Aids, é fundamental promover o acesso à testagem, vacinação de hepatite B, preservativos e outras formas de prevenção.

Na assistência às PVHA que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas é importante garantir acesso ao tratamento e desenvolver ações de melhoria da adesão ao medicamento e ao serviço. Certamente também estão envolvidos os cuidados à saúde relacionados aos danos infligidos pelo uso das substâncias.

2.4. Acesso facilitado a insumos de prevenção

Deve-se promover acesso aos insumos de prevenção (preservativos, gel, seringas, etc.), de forma irrestrita, sem barreiras, sem necessidade de identificação do usuário, palestras, consultas prévias, tampouco a definição do quantitativo ou vigilância de qualquer natureza. Displays com preservativos, disponibilizados em vários lugares das unidades das unidades de saúde, facilitam sua livre retirada.

Nos territórios, os serviços da RME podem instalar displays de preservativos nos locais de concentração de população mais vulnerável, próximos a escolas, universidades e onde há grande circulação da população geral. É importante realizar monitoramento da retirada dos preservativos para planejar seu adequado reabastecimento.

2.5. Acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade

Diretriz da Política Nacional de Humanização, o acolhimento deve ser o primeiro momento de escuta nos serviços. É a forma de organizar os processos de trabalho da unidade de saúde de maneira a atender todos os que a procuram, dando respostas às necessidades evidenciadas, com os recursos próprios ou referenciando quando necessário (BRASIL, 2010).

A partir do acolhimento o profissional de saúde pode orientar o itinerário de cuidado do usuário no serviço ou na rede de saúde e intersetorial. Sua prática busca ampliar o acesso e aumentar a resolubilidade às demandas apresentadas. Deve ser realizado sem julgamento moral, respeitando e considerando as preocupações e angústias expostas.

Acionar os serviços e atividades necessárias para condução do caso, seja internamente na própria unidade seja nos diferentes equipamentos das redes de saúde, requer responsabilização do profissional pelo usuário desde a sua chegada até a sua saída.

Realizar acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade possibilita melhor compreensão do contexto social, cultural e histórico para avaliar, juntamente com a pessoa, quais as estratégias de prevenção e tratamento são mais pertinentes e precisas de acordo com suas necessidades e demandas.

Todo cidadão que procurar uma unidade da RME deverá receber acolhimento respeitoso, independentemente de sua origem, raça, orientação sexual, identidade de gênero e credo, sendo-lhe ofertado todos os serviços de competência dos SAE e CTA.

No acolhimento, devem ser oferecidas todas as tecnologias de prevenção, inclusive a testagem rápida ou convencional para HIV, sífilis, hepatites B e C, sem agendamento prévio, sem obrigatoriedade de aconselhamento prévio e sem necessidade de documento de identificação para a realização do exame ou liberação de seu resultado. Para a emissão do laudo do exame, caso o usuário não tenha apresentado documento com foto, basta fazer esta notificação por escrito no próprio laudo.

2.6. Aconselhamento

O aconselhamento objetiva resgatar recursos internos do usuário para que ele mesmo se reconheça como sujeito de sua própria saúde e transformação, e consiga avaliar seus riscos, tomar decisões e adotar formas de enfrentamento de suas questões (BRASIL, 1999).

Trata-se de uma tecnologia de cuidado na qual o profissional deve ouvir as preocu-

pações e angústias do usuário; perceber seus limites; propor questões que facilitem sua reflexão e a superação de dificuldades; prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas que promovam práticas mais seguras, maior autonomia, melhor autocuidado e qualidade de vida.

No âmbito dos CTA o aconselhamento não precisa se restringir a atendimentos pontuais. O número de sessões de aconselhamento deve ser definido de acordo com as necessidades do usuário, considerando o processo de vinculação, Prevenção Combinada e o gerenciamento de risco. Sua oferta deve ser flexível e sem obrigatoriedade (BRASIL, 2017).

No âmbito dos SAE o aconselhamento é sempre transversal ao seu acompanhamento clínico, variando o foco de acordo com o contexto clínico, social e emocional no qual as PVHA se encontram.

O aconselhamento não se reduz a um único encontro e pode ser realizado em diferentes momentos do cuidado ofertado às pessoas vulneráveis à infecção por IST/HIV e às PVHA como, na(o) (BRASIL, 2017):

- Revelação do diagnóstico;
- Avaliação e indicação de PEP e/ou PrEP;
- Concepção ou contracepção de PVHA;
- Prevenção da Transmissão Vertical;
- Vinculação de pessoas com resultados positivos para HIV, sífilis e/ou hepatite B e C aos respectivos serviços de referência;
- Oferta das estratégias de Redução de Danos para pessoas que usam álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios;
- Introdução do tratamento antirretroviral;
- Mudança de esquema do tratamento antirretroviral;
- Adesão irregular ao acompanhamento clínico e/ou ao tratamento antirretroviral;
- Diagnóstico e tratamento de infecções oportunistas e comorbidades;
- Adesão ao tratamento de outras infecções, em especial a tuberculose e hepatite C.

2.7. Vinculação

Vinculação é o processo de acompanhamento das pessoas detectadas positivas para

o HIV, sífilis e hepatites B e C, do momento do diagnóstico até a entrada nos serviços de referência (ver capítulos 5). Tem por objetivo assegurar que as pessoas com diagnóstico positivo cheguem aos serviços para tratamento, sejam SAE (PVHA), UBS (IST) ou referências para hepatites. A vinculação começa no momento do diagnóstico e finaliza quando há início do tratamento antirretroviral ou quando há coleta do exame de LT CD4+ e/ou carga viral ou consulta médica realizada.

Os CTA têm um papel essencial na vinculação dos usuários na referência, sendo atribuição dos profissionais da equipe de acolhimento/aconselhamento. Para facilitar a vinculação o profissional deve discutir e acordar com o usuário:

- O serviço de referência de sua conveniência (independente de regionalização), para realizar seu acompanhamento;
- Melhor dia e horário para iniciar seu acompanhamento; entrar em contato com a referência, agendar e informar a data deste primeiro atendimento;
- Coletar exames de LT CD4+/Carga Viral (disponível nos períodos da manhã e tarde);
- Formas de contatar o usuário para acompanhamento de sua trajetória.
- Para acompanhar a trajetória de vinculação, a equipe de acolhimento e/ou aconselhamento dos CTA deve entrar em contato com usuário (sempre por um dos meios previamente combinados), para saber se compareceu à consulta agendada, se há dificuldades que impediram ou retardaram sua chegada na referência; e apoiar na superação dos obstáculos encontrados. Também deve entrar em contato com a referência para saber se o usuário compareceu aos agendamentos e/ou procurar nos Sistemas de Controle de Exames Laboratoriais de LT CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) e de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

2.8 Retenção

Entende-se por retenção a permanência do usuário no SAE para acompanhamento clínico, comparecendo regularmente às consultas e procedimentos agendados (ver capítulo 6).

A retenção é fundamental para reduzir a morbimortalidade relacionada ao HIV, a incidência de novas infecções, prevenir o desenvolvimento de resistência à TARV (GIORDANO et al., 2007), e para obter e manter a supressão viral (CRAWFORD, 2017). Há relato de evolução para óbito em até 43% das PVHA que não permanecem retidas (FOX, 2015).

Consideram-se sinais de alerta para não retenção e de má adesão ao tratamento

antirretroviral a não retirada da TARV após sete dias da data prevista para uma nova retirada e/ou faltas às consultas médicas agendadas. É considerado abandono (não retido) a não retirada de TARV à partir de 100 dias da data prevista e não retorno às consultas em seis meses (BRASIL, 2009a).

Recomenda-se que os profissionais monitorem o comparecimento dos usuários ao serviço, intervenham precocemente ao perceberem irregularidades e instituem a “busca ativa” daqueles considerados em abandono.

2.9. Prevenção Combinada

O termo “Prevenção Combinada do HIV” se refere à união de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao HIV quanto aos fatores associados à infecção (BRASIL, 2017a). Pressupõe a combinação de ações das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: biomédica, comportamental e estrutural, que devem ser combinadas em uma estratégia conjunta (ver capítulo 3). Dentro do conjunto de ferramentas da prevenção combinada, destacam-se:

- Testagem para o HIV;
- Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP);
- Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP);
- Uso regular de preservativos e gel lubrificante;
- Diagnóstico oportuno e tratamento adequado de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Redução de danos;
- Supressão da replicação viral pelo tratamento antirretroviral;
- Imunizações.

Os profissionais de saúde de toda a RME devem trabalhar na perspectiva prevenção combinada e da gestão de risco. A oferta deve ser centrada na pessoa e individualizada de acordo com suas necessidades. Ressalta-se a importância do acolhimento, da escuta e do aconselhamento como meios para melhorar a percepção sobre o usuário e ajudá-lo a avaliar sua situação e a tomar a melhor decisão possível.

2.10. Gestão de risco

A gestão de risco é uma estratégia de prevenção do HIV pautada na autonomia das pessoas para escolher e adotar uma ou mais medidas de prevenção da transmissão sexual do HIV, sempre considerando cada contexto ou situação a que estão expostas (BRASIL, 2017b).

Tem como pressupostos o direito à informações atualizadas, a capacidade de avaliar riscos e de fazer escolhas sobre o que é melhor para si naquele determinado momento, situação ou parceria. As pessoas são autônomas e capazes de fazer escolhas no seu melhor interesse, se tiverem todas as informações necessárias.

Para adequada análise dos ganhos e perdas envolvidos em cada decisão, é fundamental conhecer os métodos, eficácia, efetividade e disponibilidade. Apenas munido com estas informações a pessoa está apta a escolher um ou mais métodos de prevenção de acordo com as situações vivenciadas, assumindo e administrando os riscos de suas opções.

Cabe especialmente ao aconselhamento, discutir, informar e orientar quanto aos diversos métodos preventivos que oferecem algum grau de proteção contra o HIV nas relações sexuais, formas de uso, vantagens e desvantagens perante as diferentes práticas sexuais e situações, apoiando desta forma a escolha racional sobre o(s) método(s) que possibilite menor risco de infecção HIV.

2.11. Integralidade do cuidado

Um dos princípios fundamentais do SUS, a integralidade se refere tanto à compreensão global do ser humano, à atenção focada na pessoa, na família e na comunidade (inserção social), quanto à garantia de acesso a todos os níveis de atenção que abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2009b) no Sistema de Saúde. As unidades da RME devem estar preparadas para ouvir o usuário, compreendê-lo como “um todo”, além de sua dimensão biológica, inserido em seu contexto bio-psico-social e a partir daí atender suas demandas e necessidades, articulando a rede de atenção sempre que preciso.

2.12. Trabalho em equipe multidisciplinar

A complexidade e multicausalidade das questões de saúde requerem olhares de diferentes categorias profissionais para seu adequado manejo. A troca de saberes

entre a equipe, especialmente nos momentos de discussão de caso, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos mais ampliados e qualificados.

É primordial que o processo de trabalho seja organizado de modo a facilitar a atuação interdisciplinar, utilizando todo o potencial da equipe. Recomenda-se que sejam estruturadas reuniões de equipe a intervalos regulares, com participação de todos os profissionais, para discussão de casos, revisão e adequação dos fluxos e rotinas de trabalho.

2.13. Acompanhamento, monitoramento e avaliação

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. Para proceder à avaliação é útil definir previamente os objetivos (o que se deseja verificar), identificar as fontes de informações e estabelecer os indicadores mais adequados.

Recomenda-se levantar as informações já disponíveis, a intervalos regulares, como as obtidas por meio do SICLOM e do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC). Estes sistemas são facilmente acessíveis e fornecem dados vitais para análise e reorganização do serviço como, a relação de pessoas em gap de tratamento, abandono de terapia, em PrEP e as que estão em TARV sem supressão viral.

Ressalta-se que as ações realizadas extramuros também devem ser acompanhadas. A RME deve monitorar e avaliar sistematicamente as atividades realizadas pelos agentes de prevenção vinculados às suas unidades, responsabilizando-se pela sua atuação em campo.

2.14. Arranjos e dispositivos para a gestão do cuidado

Os arranjos e dispositivos são parte indissociável para a gestão do cuidado porque tem a ver com o modo que os profissionais de saúde envolvidos com o ato de cuidar aplicam no cotidiano do trabalho na relação trabalhador/usuário através da oferta de tecnologias de prevenção, promoção e proteção à saúde.

No mundo da gestão do trabalho, as tecnologias são importantes para compreender a noção de cuidado e de saúde tendo em vista que são experiências de múltiplos sentidos e significados, trata-se de processos subjetivos que podem atribuir um valor diferente para a mesma situação colocando o cuidado como uma forma dialogada/combinada entre usuário e profissional de saúde.

As tecnologias em saúde, por sua vez, são classificadas como duras, leve-duras e leves (MERHY, 2005). Uma tecnologia dura diz respeito à estrutura organizacional, normas, protocolos, diretrizes, fluxos e equipamentos tecnológicos da gestão do cuidado. As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados da clínica, da epidemiologia e da psicologia, bem como, as teorias que operam os processos de trabalho. E a tecnologia leve atua na dimensão das relações como o vínculo, o acolhimento e a autonomia.

As tecnologias constituem-se como arranjos e dispositivos com uma dupla função sendo que a primeira tem o objetivo de organizar a gestão como estações de trabalho envolvendo usuários, trabalhadores e gestores na construção de novas relações, estruturas e arranjos institucionais para os processos de trabalho e a segunda como um espaço de organização do cuidado tendo em vista o acolhimento, a discussão de caso, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a clínica ampliada e outros processos que envolvam a participação ativa dos usuários e a efetivação das diretrizes da linha de cuidado.

Nesse sentido, apresentamos alguns dispositivos para a gestão do cuidado tendo em vista a singularidade e especificidade de cada sujeito que procura a Rede Municipal Especializada reconhecendo que a produção do cuidado e da gestão são arranjos que podem funcionar ou não, o que permite a experimentação de novos processos de trabalho para as equipes de saúde tendo em vista o território, as necessidades sociais em saúde e os recursos tecnológicos disponíveis na unidade de saúde.

Acolhimento – é o primeiro contato que o usuário tem com o serviço de saúde através do trabalhador. É o momento da primeira impressão, da produção do encontro e da escuta qualificada. É uma tecnologia leve de cuidado, mas, também é uma postura ética de acolher as demandas do usuário quaisquer que seja: tristeza, angústia, medo, alegria, desejo, vontade, dúvida, dentre outros. No entanto, é uma tecnologia propositiva porque deve ser operada sob a perspectiva dos itinerários terapêuticos, a melhor oferta de cuidado para o momento do acolhimento respeitando a história e contexto de vida do usuário sem discriminação.

Discussão de caso – é o espaço da equipe de saúde (multidisciplinar ou não) para discutir a situação de saúde do usuário, quais ações e estratégias foram desenvolvidas, exitosas, quais merecem melhorias, resultados alcançados e não alcançados. Além disso, é importante reunir as informações sobre a pessoa, família, território, o que acontece na vida do usuário, qual o problema ou necessidade, o que foi feito para resolver o caso, se faz parte de populações mais vulneráveis ou prioritárias para as IST, HIV/Aids e hepatites virais, se tem sido acompanhado por outros serviços da rede de saúde (UBS, ESF, NASF, CnRUA, CAPS, etc.), e a participação de outros profissionais para compor o caso e ampliar as discussões sobre o cuidado quando necessário.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) – A construção do PTS envolve a avaliação da situação de saúde e/ou adoecimento das dimensões biológicas, sociais, psicológicas,

bem como, risco e vulnerabilidade (diagnóstico), negociação entre indivíduo e profissional da equipe de saúde com o melhor vínculo com o usuário para estabelecer um plano de atividades sobre o cuidado a curto, médio e longo prazo (definição das metas), pactuação das atividades que cada um irá realizar no período do PTS estimulando a co-responsabilização do cuidado entre profissional, usuário ou coletividade (divisão das responsabilidades), discussão na equipe e posteriormente com o usuário sobre a evolução do PTS, pontos positivos, negativos e reformulação das ações em reuniões semanais, quinzenais ou mensais (reavaliação).

Clínica ampliada – constitui-se como uma proposta de ampliar a clínica tradicional e o tratamento das doenças. Na clínica ampliada o foco é o sujeito, a experiência que o indivíduo traz sobre a sua saúde para potencializar o objeto do trabalho da clínica e da técnica discutindo as possibilidades de diagnóstico e tratamento em conjunto com a equipe. A clínica ampliada pressupõe um espaço de reconhecimento dos mais variados problemas que os usuários trazem para os serviços de saúde através da compreensão dos múltiplos fatores envolvidos no cuidado.

Desse modo, os dispositivos para a gestão do cuidado assumem um papel importante para a produção do cuidado porque são arranjos tecnológicos que podem estar incorporados no cotidiano das práticas de saúde das equipes sendo possível qualificá-las de acordo com a necessidade de cada serviço e território para promover a integralidade do cuidado.

2.15. Estímulo ao Protagonismo, Participação e Controle social

O Colegiado Gestor é um modelo de gestão participativa que está constituído em todos os serviços da RME. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas (BRASIL, 2010). É importante estimular a participação dos usuários, para que se apropriem cada vez mais deste espaço coletivo deliberativo, compartilhando do poder e das decisões. Adicionalmente, é fundamental estruturar meios que facilitem a expressão dos usuários, como caixinhas de sugestões, serviços de ouvidoria ou outros que possam viabilizar a manifestação de reclamações, elogios e sugestões.

2.16. Intersetorialidade

A integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos potencializa os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis, evita duplicidade de

esforços e otimiza resultados. Para maior efetividade das ações pode-se estabelecer parcerias e trabalhar de modo integrado com outras áreas como, por exemplo, Educação, Assistência Social e Transporte. A sinergia das ações intersetoriais têm se mostrado como uma estratégia importante para responder às necessidades de modo mais integral.

2.17. Estabelecimento de parcerias e trabalho em rede

Estabelecer parcerias com outras redes, serviços e programas de saúde, tais como saúde mental, saúde da família, saúde da mulher, tuberculose e hepatites, é uma forma importante para enfrentar questões relativas à convivência com o HIV/Aids e com o adoecimento; promover qualidade de vida e, também, ampliar o acesso das populações mais vulneráveis às ações de prevenção das IST/Aids.

Em especial, a articulação com a Atenção Básica é fundamental para construção de redes de cooperação na comunidade que possam integrar os vários atores, ampliando e potencializando tanto as ações preventivas quanto as assistenciais.

Constituir e fortalecer parcerias com instituições do território, organizações da sociedade civil e outras, para realização de atividades preventivas e assistenciais qualifica e avança na ampliação do acesso, na adesão às medidas de prevenção e também e na assistência às PVHA e com outras IST.

2.18. Educação permanente

A estratégia de educação permanente continuada deve ser utilizada para a formação e educação em saúde das equipes da rede, vislumbrando a construção de novos processos de trabalho, a integralidade e a qualificação em IST/Aids.

Os serviços da RME devem apoiar a instrumentalização da rede de Atenção Básica para a implantação e implementação de ações de acolhimento, aconselhamento, sigilo e confidencialidade, testagem rápida, diagnóstico e prevenção às IST/Aids, sífilis, hepatites B e C, bem como do tratamento das IST.

A utilização de aplicativos de cunho educativo deve ser incentivada como apoio diagnóstico, assim como guia no atendimento.

Atualização técnica deve ser realizada à partir das diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde, dos profissionais de saúde dos diversos setores, sempre na perspectiva da gestão de risco e prevenção combinada.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids:** Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 208.** 2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

BRASIL. Ministério Da Saúde . Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z:** garantindo saúde nos municípios. 3a ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 480 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde, 4. ed., 72 p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde,** 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 123 p. 2017b.

CRAWFORD TN; 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.

FOX MP; ROSEN SMPA. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008–2013. **J Acquir Immune Defic Syndr.** 2015 May 1; 69(1): 98–108.

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

MERHY EE. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

SÃO PAULO. Casa Civil. 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. **Diário Oficial**. Poder Executivo – Seção I. Vol 120(51), pg8. São Paulo, quinta-feira, 18 de março de 2010. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20100318&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=8>>. Acesso em: 27 fev. 2018.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. **Decreto Nº 58.228**, de 16 de maio de 2018 - Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de travestis, mulheres transexuais e homens trans em todos os órgãos da Administração Pública Municipal Direta... Disponível em: < <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/decretos/D58228.pdf>>. Acesso em: 25 mai.2018.

3 PREVENÇÃO ÀS IST/AIDS

O modelo de prevenção às IST/Aids tem sofrido mudanças importantes nos últimos anos, na medida em que foram surgindo inovações tecnológicas para evitar a infecção pelo HIV (BRASIL, 2017a). As novas estratégias despontaram e se consolidaram como ferramentas complementares, ampliando as opções preventivas e oferecendo alternativas cientificamente eficazes no enfrentamento da epidemia de HIV.

Entre as novas medidas destaca-se a utilização de antirretrovirais (tratamento precoce do HIV, Profilaxia Pós-Exposição e Profilaxia Pré-Exposição), para interromper a cadeia de transmissão e prevenir a infecção pelo HIV, estratégia que vem romper com a distinção entre as ações de prevenção e tratamento do HIV/Aids.

A partir da incorporação das medidas biomédicas medicamentosas, cria-se um novo paradigma preventivo baseado na combinação dessas estratégias com as intervenções mais tradicionais, originando o modelo mais recente de prevenção, denominado Prevenção Combinada (BRASIL, 2017b).

Para o Ministério da Saúde, Prevenção Combinada do HIV “é uma estratégia que faz uso simultâneo de diferentes abordagens (biomédicas, comportamentais e estruturais), aplicadas em múltiplos níveis (no individual, parcerias/relacionamentos, comunitário e social), para responder às necessidades e específicas de determinados segmentos populacionais e de determinadas formas de transmissão do HIV”.

Ao assumir o modelo de Prevenção Combinada, o Ministério da Saúde reconhece que nenhuma intervenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções pelo HIV e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam de forma dinâmica em diferentes contextos sociais, econômicos e políticos.

Sua definição parte do pressuposto de que múltiplas e distintas abordagens devem ser mescladas em uma estratégia conjunta para maximização de seus resultados.

Estratégias que integram a Prevenção Combinada:

- Testagem regular para HIV, IST e hepatites virais;
- Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP);
- Profilaxia Pré Exposição ao HIV (PrEP);
- Prevenção da transmissão vertical;
- Imunização para hepatite B e HPV;
- Redução de danos;
- Diagnóstico e tratamento das pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Diagnóstico e tratamento das pessoas com HIV para supressão da carga viral e intransmissibilidade;
- Uso de preservativos masculino, feminino e gel lubrificante;
- Aconselhamento com gerenciamento de riscos.
- A partir desta perspectiva, as estratégias estão preconizadas em três tipos de abordagens na Prevenção Combinada:

3.1. Intervenções biomédicas

Objetivam reduzir o risco de transmissão ou exposição ao HIV. Exemplos:

- Adoção de métodos de barreira (preservativos masculino e feminino);
- Utilização de antirretrovirais (PrEP, PEP e tratamento das PVHA);
- Prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Imunização para hepatite B e HPV;
- Prevenção da Transmissão Vertical.

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) consiste na utilização de antirretrovirais de forma diária e contínua, para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV. Essa estratégia se mostrou eficaz e segura em pessoas com risco aumentado de se infectar pelo vírus (FONNER et al, 2016).

³ Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>>

Os segmentos populacionais prioritários para utilizarem a PrEP são gays e outros homens que fazem sexo com outros homens, pessoas transgênero, profissionais do sexo, parcerias soro diferentes para o HIV, que atendam critérios específicos de indicação, como o uso repetido de PEP (BRASIL, 2917c).

Na RME a PrEP está em processo de implantação, tendo sido iniciada em cinco unidades, e posteriormente ampliada para 11 serviços. A relação das unidades municipais que ofertam a PrEP está disponível em prefeitura.sp.gov.br/dstaids/prep.

As pessoas referenciadas para estas unidades para iniciar a PrEP devem passar por uma avaliação inicial de triagem com avaliação do risco de exposição (práticas sexuais, contextos de vulnerabilidade, populações com maior prevalência do HIV e parcerias sexuais), avaliação clínica e laboratorial, abordagem sobre gerenciamento de risco, avaliação do entendimento e motivação, avaliação de indicação para uso imediato de PEP, testagem Anti-HIV, testagem e tratamento para as IST (gonorreia, clamídia, sífilis, hepatites B e C), vacinação para hepatite B, avaliação da função renal e hepática e avaliação do histórico de fraturas patológicas.

Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP)

A Profilaxia Pós-Exposição sexual ao HIV consiste na oferta de antirretrovirais às pessoas que se expuseram a material biológico e apresentam risco de se infectarem pelo HIV. Neste caso deve-se avaliar o risco da pessoa exposta, sua condição sorológica e da pessoa fonte da infecção.

O novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais (PCDT PEP), simplifica as recomendações não diferenciando os esquemas antirretrovirais conforme o tipo de exposição (acidente, violência ou sexo consentido) e sim pela avaliação do risco (BRASIL, 2017d). A primeira abordagem na PEP envolve o acolhimento. Ao chegar à unidade o indivíduo deve ser acolhido e avaliado conforme seu risco de exposição. Após a observância das vulnerabilidades individuais deve-se dar continuidade como aconselhamento de práticas seguras e ou redução de danos conforme o caso.

A avaliação inicial deve incluir perguntas objetivas como: tipo de material biológico envolvido, tipo da exposição, tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento e a condição sorológica para o HIV do indivíduo exposto e do indivíduo fonte.

Se o material for considerado contaminante, o tempo transcorrido inferior a 72 horas, o indivíduo exposto soronegativo para o HIV e a pessoa fonte é positivo ou desconhecido, a profilaxia está indicada. Devem ser realizados os testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C), para investigação do status sorológico do HIV tanto da pessoa exposta como da fonte. Consultar o PCDT PEP 2017 para esquemas e dosagens de antirretrovirais.

A adesão é fundamental para a efetividade da profilaxia que deve completar 28 dias. Para tanto deve ser informada a necessidade de observar rigorosamente: doses, intervalos e duração desta, orientar quanto à existência de efeitos colaterais e se existirem, a possibilidade de retorno nos SAE evitando a interrupção do medicamento.

A Profilaxia Pós-Exposição sexual é considerada uma urgência médica e deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas após a exposição, tendo como limite 72 horas. A classificação de risco na escala de Manchester deve ser laranja ou amarela (SÃO PAULO, SMS 2016; SÃO PAULO, SES 2016).

Todas as unidades da RME devem atender PEP em regime de “porta aberta”. No município de São Paulo é realizada de forma descentralizada em todos os SAE e alguns CTA, de segunda a sexta feira em horário comercial. Também é realizada em 34 unidades de urgência e emergência (UPA, AMA, PA e PS) que funcionam em regime de 24 horas .

A dispensação de medicamentos para 28 dias de profilaxia pelos serviços de urgência tem impacto positivo na adesão.

Se o primeiro atendimento ocorreu em unidade fora da RME, deve-se encaminhar o usuário para o serviço especializado, orientando que o procure em até uma semana para acompanhamento.

Os SAE são responsáveis por abastecer os serviços de urgência e emergência com antirretrovirais, regularmente, com periodicidade definida pela demanda e por alimentar o SICLOM ao receberem os formulários de solicitação de medicamentos preenchidos.

Para detalhes de manejo da PEP, incluindo dose dos medicamentos, manejo ambulatorial e exames do acompanhamento, consultar o PCDT PEP 2017, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Ressalta-se que em relação à notificação epidemiológica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN):

- As situações de violência devem ser informadas à Vigilância Epidemiológica por meio da ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada;
- Os casos de acidentes relacionados ao trabalho devem ser notificados por meio da ficha de investigação de acidente de trabalho com exposição a material biológico;
- Nos casos de criança e suspeita de violência, deve-se notificar também o Conselho Tutelar local, conforme detalhamento do PCDT PEP 2017.

⁴ Relação das unidades disponível em: <<<http://www.prefeitura.sp.gov.br/dstaid/pep>>> Acesso em: 11 mai. 2018.

Tratamento das PVHA

A supressão viral a níveis indetectáveis, proporcionada pelo tratamento antirretroviral, é fundamental para a quebra da cadeia de transmissão do HIV e também para melhoria da qualidade de vida das PVHA.

Já está bem documentado que pessoas vivendo com HIV com carga viral indetectável há pelo menos seis meses possuem risco insignificante de transmitir o vírus por relação sexual (BAVINTON, 2017; COHEN, 2016; RODGER, 2016).

Estes estudos têm subsidiado o reconhecimento e crescente disseminação de que carga viral indetectável é igual a intransmissível ($I = I$) (McCRAE E, MERMIN J, 2017; SÃO PAULO, 2017). Recentemente, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos afirmou que as pessoas que tomam antirretrovirais diariamente como prescritos, alcançam e mantêm carga viral indetectável, possuem efetivamente nenhum risco de transmitir sexualmente o vírus para parceiro HIV negativo.

O tratamento precoce do HIV traz grandes benefícios individuais e coletivos. Para tanto a adesão aos medicamentos mostra-se novamente fundamental. Está indicado para todas as pessoas que têm o vírus HIV independentemente da contagem de células Linfócitos T CD4+.

3.2. Intervenções comportamentais

Objetivam aumentar a autopercepção do risco à exposição ao HIV para mudança de atitudes, com adoção de medidas protetoras e preventivas mais adequadas possíveis aos diferentes contextos e situações.

A oferta de um conjunto de informações (para pessoas e segmentos populacionais) sobre os diferentes riscos e medidas de prevenção existentes instrumentaliza para escolhas mais conscientes e adequadas aos contextos. Em outras palavras, o conhecimento é primordial para possam perceber e fazer gestão dos riscos a que estão expostos (BRASIL, 2017b).

São exemplos desta abordagem:

- Aconselhamento com avaliação e gerenciamento de risco;
- Orientações para a realização da testagem;
- Incentivo à testagem rotineira e regular;
- Redução de danos para usuários de álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios;

- Comunicação e educação entre pares;
- Campanhas de prevenção em IST, HIV e hepatites virais.

3.3 Intervenções estruturais

São aquelas que objetivam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades à infecção pelo HIV (BRASIL, 2017b). As intervenções estruturais focam no enfrentamento de fatores e condições socioculturais que influenciam as vulnerabilidades às IST/Aids, de modo a reduzir o impacto de preconceitos, estigmas e discriminações na gênese da infecção. Por exemplo (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b):

- Ações de enfrentamento ao estigma e discriminação, como racismo, sexismo, machismo, homofobia, transfobia, lesbofobia e outras formas de exclusão;
- Promoção e defesa dos Direitos Humanos;
- Estabelecimento de normas e marcos legais que possibilitem atuação mais focada do Estado brasileiro na proteção dos direitos das PVHA;
- Políticas afirmativas de garantias de direitos;
- Diminuição das desigualdades socioeconômicas;
- Campanhas educativas e de conscientização.

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] **9th International AIDS Society Conference on HIV Science**, Paris, abstract n. TU-AC0506LB, July 2017. Disponível em: <<http://programme.ias2017.org/Abstract/Print/?abstractid=5469>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde**, 1ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 123 p. 2017b.

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 123 p.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília. 2017d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf>. Acessado em: 12 abr. 2018.

COHEN, M .S.; CHEN, Y.Q.; MacCAULLEY, M. et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. [online] **New Engl and Journal of Medicine**. v. 375;9, p. 830-839. 2016. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1600693>>. Acesso: em 11 mai. 2018.

FONNER VA et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: a systematic review and meta-analysis. **AIDS**, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 1973-1983, July 2016.

McCRAE, E; MERMIN, J. Dear Colleague. Information from CDC's Division of HIV/Aids Prevention. [online] **Centers for Disease Control and Prevention**. 27 set. 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/library/dcl/dcl/092717.html>>. Acesso em: 10 mai.2018.

SÃO PAULO. SMS, AHM/TST/PM DST/AIDS. Nota Técnica Conjunta Nº 004/2016. Assunto: Profilaxia Pós Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP. **Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo**, 61 (100), quinta-feira, 2 de junho de 2016. Disponível em: <<http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/RenderizadorPDF.aspx?Clipl-D=8LB3EE47AJLDFeE5E0VTTOM00C7>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Nota Informativa Nº 34 – DOE - 24/02/16/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. Nota técnica: Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP). **Diário Oficial** - Poder Executivo do Estado de São Paulo Seção I- seção 1 - p.38. 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Nota Informativa Nº 02/2017/CRT-PE-DST/AIDS/SES-SP. Assunto: Indetectável igual a intransmissível. São Paulo. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/homepage/destaques/coordenacao-estadual-dstaidsp-lanca-nota-tecnica-indetectavel-intransmissivel>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

RODGER, A.J.; CAMBIANO, V.; BRUUN, T. et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIVPositive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. [online] **Jama**. v. 316, n. 2, p.171–8 . 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27404185>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

4 DIAGNÓSTICO

Este texto está baseado no **Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**, elaborado pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDHAV) do Ministério da Saúde que teve sua primeira versão publicada em 2013, Portaria 29 de 17 de dezembro e atualmente está em sua 4ª versão publicada em 25 de setembro de 2018.

O Manual Técnico pode ser acessado através do link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787> e podemos verificar que os diferentes fluxogramas possibilitam a realização do diagnóstico do HIV em diferentes situações e localidades nas quais a infraestrutura laboratorial esteja ou não disponível.

O diagnóstico da infecção pelo HIV é realizado por exames laboratoriais convencionais com testes sorológicos e moleculares, além dos testes rápidos. É importante, ainda, interpretar o resultado de qualquer teste diagnóstico em conjunto com a epidemiologia e a clínica do paciente.

Para exames realizados nos laboratórios denominamos de sorologia convencional, que podem ser realizados por seis diferentes fluxogramas. A escolha de qual fluxograma adotar é pactuada com o laboratório de acordo com os protocolos da Secretaria Municipal da Saúde.

Para a realização do diagnóstico em ambientes não laboratorial utilizamos os testes rápidos, um imunoenensaio (IE) simples, que permite a detecção de anticorpos anti HIV, com resultado em até 30 minutos, realizado preferencialmente na presença do indivíduo.

Os testes rápidos podem ser colhidos por punção digital, punção venosa, ou fluido crevicular (fluido oral). Tivemos recentemente a chegada dos autotestes que se converteram numa outra oportunidade de acesso ao diagnóstico.

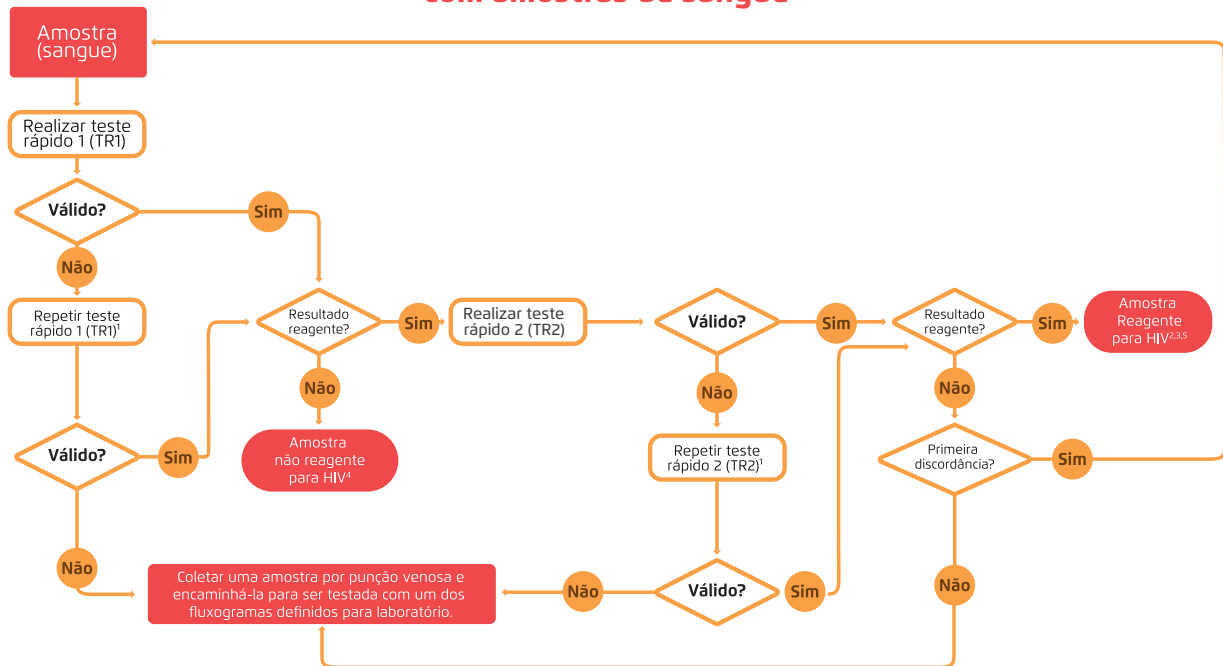
Fluxogramas para a testagem da infecção pelo HIV: Desde o início da epidemia do HIV, o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, é realizado com pelo menos dois testes, um inicial mais sensível e, dependendo do resultado, um segundo, mais específico, para complementar o resultado do teste inicial.

Dois ou mais testes combinados formando um fluxograma, tem o objetivo de aumentar o valor preditivo (VPP) de um reagente no teste inicial.

A seguir incluímos neste documento os Fluxogramas 1 e 2 para o TR utilizados nas Unidades de Saúde (UBS, AMA, PS, UPA, Maternidades, CTA, SAE, CAPS e Extramuros) e o Fluxograma 6 utilizado nos laboratórios. Para os demais Fluxogramas 3, 4, 5 sugerimos verificar no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças em <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>

Fluxograma 1- Dois Testes Rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue. O Fluxograma 1 emprega dois testes rápidos (TR1 e TR2) que contêm antígenos diferentes, usados sequencialmente em amostras de sangue, as quais podem ser obtidas por punção digital (**presencial**) eliminando a possibilidade de troca de amostra ou por punção venosa (**não presencial**). A maioria do TR também permite a utilização de soro ou plasma como amostra para realização do teste. Os TR devem detectar anticorpos HIV1, incluindo o grupo O, e anticorpos HIV-2.

Fluxograma 1 - Dois testes rápidos (TR1 e TR2) realizados em sequência com amostras de sangue



LEGENDA: ■ Processo predefinido Processo ◇ Exige uma tomada de decisão Finalizador

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

¹ Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

² Nas situações em que o fluxograma for realizado com uma única amostra por venopunção, coletar uma segunda amostra e repetir o TR1 para concluir o resultado.

³ Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral e contagem de linfócitos T-CD4+.

⁴ Se persistir a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

⁵ Amostras com resultados reagentes para HIV-2 (nos conjuntos diagnósticos que discriminam a reatividade para HIV-2 em linha de teste distinta do HIV-1) só terão seu diagnóstico de infecção por HIV-2 concluído após seguidas as instruções descritas no item 10.2 deste manual.

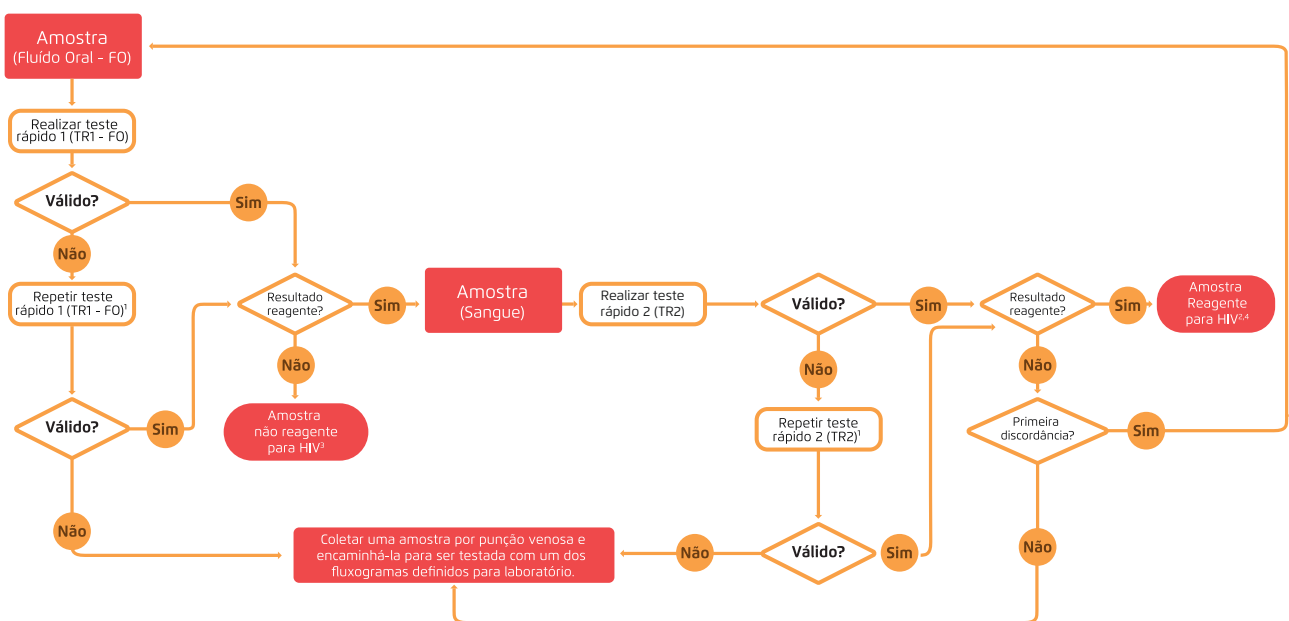
Esclarecendo o item 2 do fluxograma acima: Nos casos em que a coleta for não presencial, isto é, não for realizada na frente do paciente, o teste T2 será realizado no tubo inicialmente colhido e será necessário a realização de uma 2ª coleta (um novo tubo de EDTA por punção venoso) para realizar novamente o teste T1 para verificar se os resultados serão concordantes. Caso sejam discordantes, deve se refazer todo o procedimento, colher uma nova amostra e enviar ao Laboratório de Referência..

Todos os Pacientes com Testes Rápidos com Resultados Reagentes devem ser encaminhados aos SAE para realizar o Teste de Quantificação de Carga Viral para confirmar a presença da infecção pelo HIV.

Fluxograma 2 - Dois testes rápidos (TR1-FO) e (TR2) de antígenos diferentes, usados sequencialmente, sendo o primeiro teste (TR1-FO) realizado com amostra de fluido oral (FO) e o segundo com amostra de sangue, a qual pode ser obtida por punção da polpa digital ou por punção venosa.

É indicado para uso fora de unidades de saúde, em campanhas de testagem e em ações que envolvem populações de alta vulnerabilidade, pois as amostras de fluido oral oferecem baixo risco biológico. O Fluxograma 2 é uma variação do Fluxograma 1. Permite a utilização de uma amostra obtida de uma forma não invasiva, em que o primeiro TR é realizado com uma amostra de FO e o segundo com uma amostra de sangue. Esse fluxograma foi idealizado para melhorar o valor preditivo do TR que utiliza uma amostra de FO.

Fluxograma 2 - Um teste rápido utilizando fluido oral (TR1-FO) seguido por um teste rápido utilizando sangue (TR2)



LEGENDA: ■ Processo predefinido Processo ◇ Exige uma tomada de decisão Finalizador

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

¹ Utilizar um conjunto diagnóstico do mesmo fabricante, preferencialmente de lote de fabricação diferente.

² Encaminhar o paciente para realizar o teste de Quantificação de Carga Viral do HIV-1 e contagem de linfócitos TCD4+.

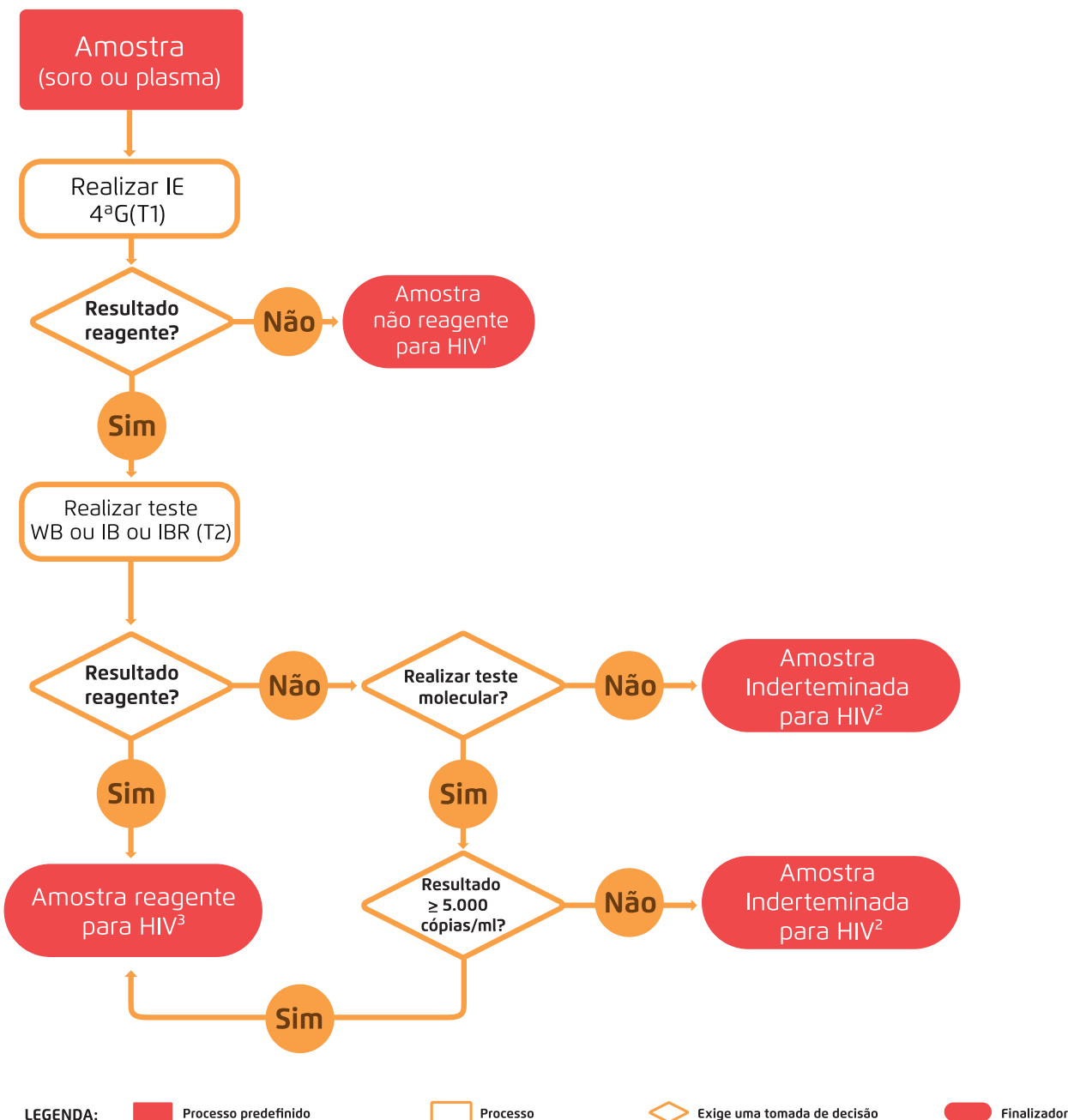
³ Se persistir a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

⁴ Amostras com resultados reagentes para HIV-2 (nos conjuntos diagnósticos que discriminam a reatividade para HIV-2 em linha de teste distinta do HIV-1) só terão seu diagnóstico de infecção por HIV-2 concluído após seguidas as instruções descritas no item 10.2 deste manual.

Estratégia para o diagnóstico da infecção pelo HIV em laboratórios do Município de São Paulo:

Fluxograma 6 - realizado nos Laboratórios Municipais e Contratados

Fluxograma 6 - Imunoensaio de 4ª geração seguido de western blot, imunoblot ou imunoblot rápido como teste complementar



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

¹ Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após da data da coleta desta amostra.

² Emitir laudo reportando o resultado indeterminado e coletar nova amostra após 30 dias da data da coleta.

³ Coletar segunda amostra e repetir o IE de 4ªG para concluir o resultado.

O Fluxograma 6 emprega um imunoenensaio de 4ª geração como Teste Inicial e um Western Blot (WB), Immunoblot (IB) ou Immunoblot rápido (IBR) como teste complementar, para amostras reagentes nos testes iniciais.

Nos casos de Amostra Reagente para HIV para confirmação do diagnóstico laboratorial, uma **segunda amostra** deverá ser coletada e submetida ao primeiro teste do fluxograma 6, conforme estabelecido pela Portaria 29, de 17 de dezembro de 2013.

Pacientes que tenham resultados reagentes concluídos na 2ª amostra devem ser encaminhados ao SAE **para realizar o Teste de Quantificação de Carga Viral para confirmar a presença da infecção pelo HIV.**

O diagnóstico da infecção pelo HIV é suscetível a falhas e erros que podem excepcionalmente ocorrer quando se realiza o diagnóstico da infecção pelo HIV. Nesse sentido verificar Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, página 57 a 60, 4ª revisão.

Recomendações para o diagnóstico da infecção em gestantes

Alguns estudos sugerem que pode haver uma incidência maior de resultados falso-reagentes em gestantes, devido a produção de aloanticorpos, como acontece em pacientes com histórico de transfusão sanguínea. A aloimunização muitas vezes leva a produção de anticorpos que podem reagir de forma cruzada com antígenos empregados nos ensaios utilizados para diagnóstico da infecção pelo HIV (HECHT et al., 2002, NATUKUNDA et al, 2010).

Dessa forma, em caso de amostras de gestantes com resultado reagente ou indeterminado, após a conclusão do fluxograma, recomenda-se a realização imediata da quantificação da carga viral do HIV-1, com o objetivo de complementar o diagnóstico da infecção pelo HIV.

Para mais detalhes sobre a abordagem diagnóstica da infecção pelo HIV na gestação, parto e puerpério, consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Identificação precoce da infecção pelo HIV em crianças menores de 18 meses.

A identificação precoce da criança infectada verticalmente é essencial para o início da TARV, para a profilaxia das infecções oportunistas e para o manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais (CELLETI; SHERMAN; MAZANDERANI, 2017)

Os anticorpos maternos podem persistir até os 18 meses de idade. Portanto métodos que realizam a detecção de anticorpos não são recomendados para o diagnóstico

em crianças menores de 18 meses de idade, sendo necessária a realização de Testes Moleculares (TM), com a quantificação do RNA Viral (carga viral-CV) disponibilizado pelo DIHAV (CDC,2014; CELETTI; SHERMAN; MAZANDERANI,2017). O exame de carga viral, para fins diagnósticos em crianças com idade inferior a 18 meses, deve ser realizado considerando as indicações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo das Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes disponível em <http://aids.gov.br/pcdt>

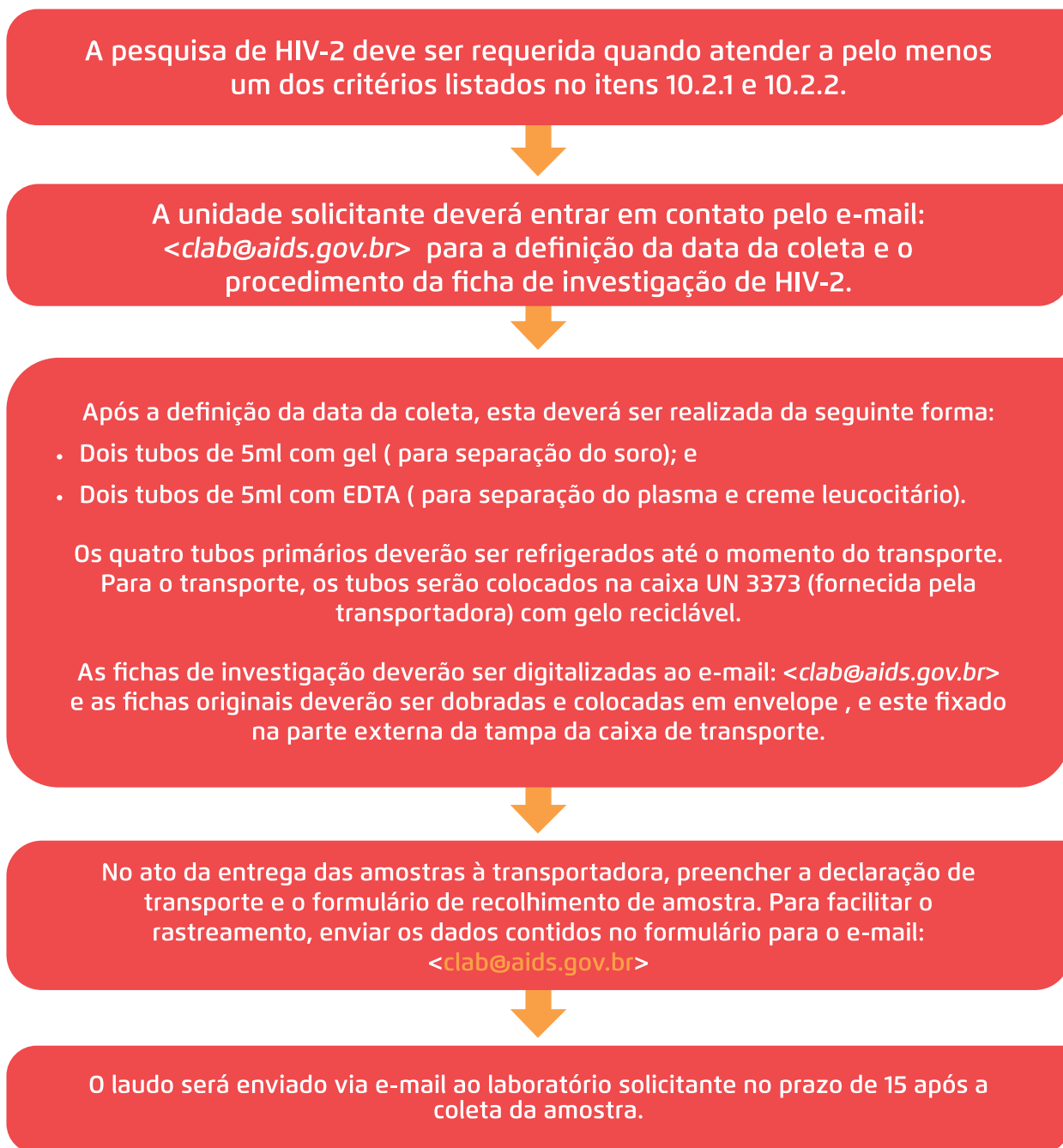
Recomendações para o diagnóstico de infecção aguda pelo HIV-1

Essa recomendação se aplica aos casos em que existe a suspeita clínica de infecção aguda pelo HIV. Conforme demonstrado no estudo de Fiebig et al. (2003), no Estágio 0 (fase eclipse) não existe teste capaz de detectar a infecção pelo HIV. A partir do Estágio I podem-se utilizar Testes Moleculares (TM), pois na infecção aguda os marcadores sorológicos ainda não são detectáveis e a decisão da instauração de terapia antirretroviral (TARV) deve basear-se no resultado do Teste Molecular e nos dados clínicos e anamnese do indivíduo (FIEBIG et al., 2003; CDC, 2014; BOTTONE; BARTLETT, 2017). É importante ressaltar que a prescrição imediata da TARV tem o potencial de evitar a disseminação do HIV, além de preservar o sistema imune (CDC, 2014).

Recomendações para o diagnóstico da infecção pelo HIV2

Desde 2010, o Ministério da Saúde monitora o risco de infecção pelo HIV2, e a despeito da infecção pelo HIV1 ser a mais prevalente no Brasil. A distinção entre o HIV1 e o HIV2 é fundamental para a administração correta do tratamento. Nos casos em que os testes rápidos apresentem resultados reagentes para HIV2, uma amostra de sangue deve ser enviada para o Laboratório Municipal e ser submetido ao Fluxograma Laboratorial. Caso persista a suspeita de infecção pelo HIV2, o Laboratório Municipal entrará em contato com Ministério da Saúde conforme já definido no Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças, figura 20 página 120. 4ª revisão. <http://www.aids.gov.br/pt-br/node/57787>

Figura 1. Procedimento para envio de amostra com suspeita de HIV-2 para laboratório de referência



Fonte: DIAH/SVS/MS.

Referências Bibliográficas:

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional em IST/Aids. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças** – Brasília, 2018

5 VINCULAÇÃO

Vinculação é o processo de acompanhamento das pessoas identificadas positivas para o HIV, do momento do diagnóstico até que tenham sido atendidas pelo serviço de referência. Tem por objetivo assegurar que todos os recém-diagnosticados cheguem aos SAE.

Compreende acolhimento, orientação, direcionamento, encaminhamento e apoio de todas as pessoas com diagnóstico positivo para o HIV, até que realizem consulta médica e/ou exame LT CD4+/carga viral e/ou iniciem os antirretrovirais (BRASIL, 2017).

O processo de vinculação depende do estabelecimento de um vínculo de confiança entre profissional e usuário, e da concordância em manter o contato através dos meios de comunicação que forem escolhidos em atendimento, seja por telefone, e-mail, WhatsApp, estabelecendo estratégias para garantir o sigilo e a privacidade desta pessoa.

Os serviços de diagnóstico, em especial os CTA, têm um papel essencial na vinculação dos usuários na referência, sendo atribuição dos profissionais da equipe de acolhimento/aconselhamento. Preferencialmente, a vinculação deve ser realizada pelo mesmo profissional que realizou a entrega do resultado positivo. Este, deverá se responsabilizar pelo acompanhamento da pessoa diagnosticada com HIV até seu atendimento na referência assistencial.

A vinculação é importante para garantir o acesso ao cuidado integral, contribuindo para a diminuição da morbidade e da transmissão do HIV, propondo um acompanhamento que possa facilitar o início do tratamento e oferecer suporte para a pessoa recém diagnosticada.

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 LT CD4+ e/ou carga viral ou iniciado TARV.

Monitoramento:

Recomenda-se a monitorização sistemática da vinculação ao cuidado de todas as pessoas recém-diagnosticadas com HIV (THOMPSON, 2012). Para acompanhar esta trajetória, a equipe de acolhimento/aconselhamento dos CTA deve entrar em contato com usuário (sempre por um dos meios previamente combinados) para saber se compareceu à consulta agendada, se há dificuldades que impediram ou retardaram sua chegada à referência e apoiar na superação dos obstáculos encontrados. Precisa-se agendar retorno no CTA para atendimento presencial sempre que necessário.

Outra forma de acompanhamento deste processo é o profissional entrar em contato com a referência para saber se o usuário compareceu aos agendamentos realizados e em caso negativo, discutir o caso e saber qual conduta que a referência adotou, etc.

A vinculação também pode ser monitorada por meio da procura do usuário nos sistemas de informação como SISCEL (verificar se já realizou LT CD4+/CV), SICLOM (monitorar retirada dos antirretrovirais), e Sistema Integrado de Gestão do Atendimento (SIGA) (verificar consultas realizadas e agendadas nos serviços do SUS).

Recomendações:

- Identificar e definir um profissional de saúde que acompanhará o caso até adequada vinculação na referência;
- Realizar abordagem consentida. É muito importante que a pessoa entenda as razões para o contato e concorde com elas;
- Identificar junto ao usuário qual o serviço de referência de sua conveniência para realizar seu acompanhamento (independente de regionalização);
- Acordar com o usuário o melhor dia e horário para iniciar seu acompanhamento; entrar em contato com a referência, agendar e informar a data deste primeiro atendimento;
- Combinar a melhor forma de contatar o usuário para acompanhamento de sua trajetória: chamadas telefônicas, aplicativos de mensagens instantâneas (WhatsApp, Telegram, etc.), SMS, e-mail e visitas;
- Disponibilizar atendimento processual no serviço que realizou a testagem; avaliar a necessidade de outros atendimentos no CTA.
- Ofertar suporte para revelação do diagnóstico a terceiros, caso necessário;
- Acompanhar o usuário até seu atendimento no SAE;
- Coletar exames LT CD4+/carga viral HIV no CTA que fez o diagnóstico (disponível

nos períodos da manhã e tarde);

- Investir no processo de revelação diagnóstica. A forma como o diagnóstico é revelado pode interferir na trajetória da pessoa, facilitar a construção de vínculos, na adesão e conseqüentemente na qualidade de vida da PVHA;
- Capacitar, se necessário, no manejo dos sistemas utilizados para monitoramento como, por exemplo, o SICLOM.

A vinculação se inicia na revelação diagnóstica e finaliza com a entrada comprovada do usuário no serviço assistencial (por consulta médica realizada ou exames de LT CD4+/carga viral coletados ou TARV iniciada), dando início ao processo de retenção.

Referências bibliográficas

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. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 123 p. 2017.

THOMPSON MA, MUGAVERO MJ, AMICO KR, et al. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. **Annals of internal medicine**. 2012;156(11):817-294. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4044043/>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

6 RETENÇÃO

Retenção ao serviço se refere à permanência do usuário no SAE para acompanhamento clínico, comparecendo regularmente às consultas e procedimentos agendados. Para manter os benefícios da TARV, as PVHA precisam permanecer sob cuidados indefinidamente e neste cenário, a retenção se apresenta como um grande desafio. Mesmo em realidades onde há poucas barreiras econômicas, uma parcela substancial das PVHA tem baixa retenção aos serviços (GIORDANO, 2007).

Trata-se de processo dinâmico, influenciado por múltiplos fatores, que abrange acesso, isolamento do usuário, aspectos clínicos, psicossociais, culturais e comportamentais, que requer monitoramento e decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre usuário e equipe.

Pode ser operacionalizada como sendo o comparecimento de duas visitas do usuário ao serviço dentro do período de um ano, espaçadas por pelo menos seis meses de intervalo. Após seis meses de ausência no serviço é caracterizado o abandono. Estas visitas podem ser para consulta médica e/ou coleta de exames LT CD4+/CV e/ou retirada de antirretrovirais.

A má retenção ao cuidado prediz uma sobrevida ruim. Manter o acompanhamento é fundamental para reduzir a morbimortalidade relacionada ao HIV, prevenir o desenvolvimento de resistência à TARV e diminuir a incidência de novas infecções (GIORDANO, 2007). PVHA com retenção abaixo do ideal, levaram o dobro do tempo para atingir supressão viral (CRAWFORD, 2017). Em revisão sistemática e metanálise foi encontrado evolução para óbito em até 43% das PVHA que não permanecem retidas (FOX, 2015).

Embora não estejam completamente explorados os determinantes de insucesso da retenção ao longo do tempo (GIORDANO, 2007), é sabido que as vulnerabilidades social e programática, o estigma e discriminação vivenciados pelas PVHA são difi-

cultadores para seu alcance. Jovens, sexo masculino, raça/cor preta, uso abusivo de substâncias psicoativas e pessoas em situação de rua, estão frequentemente associados a não retenção ao serviço de saúde.

Entre os fatores relacionados ao acesso ao cuidado que dificultam a retenção, destacam-se: a localização da unidade de saúde; horários de funcionamento do serviço não compatíveis com a rotina do usuário; falta de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade e agendamento da primeira consulta médica com intervalo muito distante do seu primeiro acolhimento na unidade.

Também podem se constituir em obstáculo para a retenção (e adesão ao tratamento):

- Negação do diagnóstico;
- Desestrutura familiar;
- Dependência química;
- Pobreza e miserabilidade;
- Preconceito e estigma;
- Condições do trabalho;
- Baixa autoestima;
- Dificuldades econômicas;
- Não identidade com o serviço de saúde;
- Vínculo frágil com a unidade.

Medidas de retenção:

Considera-se retido o usuário que comparece ao SAE duas vezes no ano, com intervalo de seis meses entre as visitas (para coleta de LT CD4+/CV e/ou retirada de antirretrovirais e/ou consulta médica).

Sinais de alerta para não retenção:

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

Crêterios de abandono (não reten o) (BRASIL, 2009):

- Seis meses sem comparecer ao serviço: não retorno às consultas, não há coleta de LT CD4+/CV nem retirada de antirretrovirais;
- Não retirada de TARV a partir de 100 dias da data prevista para uma nova retirada.
- Os métodos e estratégias ideais para reter os usuários nos serviços de saúde ainda precisam ser mais bem definidos. Entretanto, iniciar a TARV tem sido fortemente correlacionado com a permanência na unidade. As PVHA que receberam TARV no primeiro ano do diagnóstico, tiveram seis vezes mais chance de ficarem retidos no serviço (TEDALDI, 2014).

Estratégias que favorecem a reten o:

- Amplia o da oferta de consulta clínica para as pessoas recém-diagnosticadas;
- In cio de TARV no primeiro ano do diagnóstico. Oferecer precocemente a TARV para todos as PVHA pode ser uma estratégia eficaz de reten o, especialmente quando associada a abordagem mais ampla que inclua as causas subjacentes individuais e sociais das disparidades na doença e no adoecimento, cuidados e tratamento;
- Acolhimento das pessoas recém-diagnosticadas: o profissional por meio de uma escuta qualificada verifica suas expectativas e identifica suas necessidades. Possibilita a cria o de vínculo da pessoa com o profissional, a equipe e o serviço de saúde, favorecendo seu comparecimento   unidade;
- Acompanhamento e gerenciamento individual de pessoas recém-diagnosticadas com HIV, com busca intensiva de todos não engajados nos cuidados dentro de seis meses do diagnóstico (THOMPSON, 2012). Identificar um profissional ou equipe de referência que se responsabilize por cada caso.
- Revela o diagnóstica: verifica-se muitas vezes que as PVHA têm dificuldades na reten o e adesão ao tratamento devido a não aceita o do diagnóstico. O atendimento e o acompanhamento pela equipe de Saúde Mental e Assistência Social são imprescindíveis após a revela o diagnóstica;
- Institui o de meios de identifica o e busca ativa de faltosos pode prevenir o abandono: por telefone, email, mensagens de texto (SMS), aplicativos de mensagens instantâneas e visita domiciliária. Importante verificar a anuência do paciente para o contato com o mesmo;
- Busca ativa de todos os que faltarem   primeira consulta médica agendada, e também de todas as gestantes, crianças e coinfectados com tuberculose que não compareceram na consulta.
- Atualiza o permanente dos dados para contato (telefone e endereço), com as

PVHA matriculadas no serviço;

- Incentivo à participação em atividades terapêuticas complementares (meditação, dança circular, rodas de conversas), pois, além da promoção da saúde as trocas de experiências fortalecem as pessoas para o enfrentamento do HIV/ Aids, mantendo o vínculo com o serviço;
- Elaboração de Projeto Terapêutico Singular pela equipe multiprofissional para quem apresente dificuldades de comparecimento à unidade e/ou adesão ao tratamento; para pacientes com maior risco de perda de seguimento clínico e com histórico de ausência aos agendamentos;
- Manejo rotineiro dos sistemas de gerenciamento do agendamento de consultas (SIGA), exames (SISCEL) e retirada de antirretrovirais (SICLOM);
- Apoio psicossocial às pessoas em seguimento clínico no sentido de detectar e intervir nos problemas que estejam contribuindo para o acompanhamento irregular na unidade (isolamento social, transtorno mental, dificuldades pontuais, etc.).

Monitoramento:

Recomenda-se monitorar sistematicamente a entrada (vinculação) e retenção no serviço (THOMPSON, 2012). As medidas de retenção que podem ser utilizadas para acompanhamento da frequência no serviço e seu processo de verificação devem ser discutidos e acordados com a equipe.

Atualmente há sistemas de informação acessíveis aos SAE que podem indicar retenção, abandono e/ou alertas de irregularidades, seja por não entrada na TARV - *gap* de tratamento (SIMC), pela regularidade na retirada ou abandono das medicações (SICLOM), pelo absenteísmo e ausência na unidades (SIGA).

As medidas diretas e indiretas de retenção (por exemplo: consulta médica, *gap* de tratamento e visitas ao serviço em dado intervalo de tempo) e dados de fontes (por exemplo: prontuários e banco de dados administrativos) têm sido utilizados e podem ser aplicados em acordo com a estrutura e organização dos SAE. A integração de fontes de dados pode melhorar o monitoramento da retenção.

Na prática é possível identificar as faltas e o abandono a partir de (SÃO PAULO, 2017):

- Falta à consulta médica: ao final do período de atendimento o médico pode avaliar a relação dos que faltaram naquele dia para identificar aqueles que podem ou devem ser contatados para reagendamento ou outra intervenção. Deve-se determinar na equipe um responsável pelos contatos (médico ou outro profissional);
- Falta na coleta de carga viral e/ou LT CD4+: após o período de coleta destes

exames deve-se notificar os casos que faltaram (profissional de equipe), para avaliação e intervenção, quando for o caso;

- 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;
- Abandono de serviço: o não comparecimento nas consultas e procedimentos nos últimos seis meses poderá ser identificado por sistemas de informações como, SIGA, SISCEL, SICLOM e confirmação pelos prontuários, se necessário;
- Abandono de tratamento antirretroviral: o farmacêutico deverá verificar mensalmente no SICLOM os pacientes que não retiraram TARV nos últimos 100 dias para intervenção.

Recomendações:

- Monitorar sistematicamente a entrada bem-sucedida (vinculação) e a retenção de todas as pessoas, com adoção de estratégias a partir dos sinais e alertas de irregularidades;
- Acompanhar o comparecimento dos usuários ao serviço e instituir formas de identificação e busca ativa dos que perderam o seguimento clínico (abandono) e dos que faltaram às consultas sem contato prévio ou aparente justificativa;
- Entrar em contato com os usuários detectados em abandono, para o desenvolvimento de ações de promoção da adesão ao serviço e à TARV. Discutir previamente os casos em equipe para elaboração de PTS;
- Estabelecer rotina de monitorar a retirada dos antirretrovirais na farmácia, para intervir precocemente ao detectar irregularidades, como por exemplo, acolhimento, aconselhamento e consulta com foco na adesão.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 208. 2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS. **Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

CRAWFORD TN; 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.

FOX, MP.; ROSEN, SMPA. Retention of Adult Patients on Antiretroviral Therapy in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-analysis 2008–2013. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2015 May 1; 69(1): 98–108.

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

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. São Paulo, 2017.

TEDALDI EM 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.

THOMPSON MA et al. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. **Annals of internal medicine**. 2012;156(11):817-294. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4044043/>>. Acesso em: 14 mai. 2018.

7 TRATAMENTO

7.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são um grande problema de saúde pública em todos os continentes. Podem ser causadas por vários agentes etiológicos: vírus, bactérias, fungos e protozoários.

Os sintomas podem estar presentes ou não e, quando presentes, se apresentar de formas variadas, dependendo da IST. Portanto, é importante durante a anamnese ser realizada avaliação de risco e vulnerabilidades, componente do aconselhamento, exame físico, solicitação de exames diagnósticos (preferencialmente por teste rápido).

A maioria das manifestações de uma IST deverá, preferencialmente, ser diagnosticadas e tratadas nas unidades de saúde da Atenção Básica, conforme preconizado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST) do Ministério da Saúde vigente.

Classificação das prioridades de avaliação e conduta das IST

Urgência

- corrimentos (uretral / anal /vaginal);
- sangramento anal;
- úlceras (genital / anal / oral);
- erupções de pele, adenopatia inguinal dolorosa;
- desconforto ou dor pélvica;
- dor ou ardor à micção;
- dispareunia;

- relação sexual desprotegida com parcerias sexuais sintomáticas para IST;
- manifestações sistêmicas (febre, mal-estar, comprometimento do estado geral, etc.);
- exposição sexual ao HIV (PEP).

Pouca Urgência

- verrugas genitais;
- provável exposição de risco para IST;
- exames laboratoriais reagentes para IST;
- parcerias sexuais convocadas.
- A abordagem para pessoas vivendo com IST, sejam elas sintomáticas ou assintomáticas, devem incluir:
- acolhimento com classificação de exposição de risco;
- anamnese;
- exame físico;
- coleta de material biológico;
- aconselhamento;
- prescrição / orientação (tratamento, abordagem ao parceiro(a), prevenção);
- vacinação, quando indicado;
- notificação - sífilis (adquirida/ gestante/ congênita), HIV positivo, hepatites virais B e C;

Ações de controle das infecções sexualmente transmissíveis:

Rede de Atenção Básica

- Diagnóstico e tratamento das IST para população geral e seus recortes majoritários considerando os quesitos gênero e geração;
- Oferta e realização de testagem para HIV, HBV, HCV e sífilis para pessoas vivendo com IST, gestantes e seus parceiros e pessoas vivendo com tuberculose;
- Testagem para HIV, HBV, HCV e sífilis para população geral;
- Dispensação de insumos de prevenção;
- Acompanhamento das crianças diagnosticadas com sífilis congênita;

- Acompanhamento das crianças expostas à sífilis na gestação e/ou parto;
- Agendamento das pessoas vivendo com HBV e HCV nas referências de hepatites virais;
- Pacientes com IST que necessitem ser referenciados para um serviço da RME em IST/Aids para avaliação e conduta deverão estar munidos de encaminhamento com detalhamento da conduta prévia a qual foi submetido e resultado das sorologias (HIV, HBV, HCV, sífilis e se mulheres com o exame de Papanicolaou).

Rede Municipal Especializada em IST/Aids

- Diagnóstico e tratamento das IST para população vulnerável (homens que fazem sexo com homens - HSH, profissionais do sexo, travestis, pessoas trans e pessoas que usam álcool e outras drogas);
- Oferta e realização de testagem para HIV, HBV, HCV e sífilis para população vulnerável (HSH, profissionais do sexo, travestis, pessoas trans e pessoas que usam álcool e outras drogas) vivendo com IST;
- Introdução e seguimento de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (acidente com material biológico, exposição sexual e violência sexual);
- Identificação, indicação, introdução e seguimento de pessoas elegíveis para PrEP (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, nas unidades onde está implantada a estratégia);
- Dispensação de insumos de prevenção;
- Diagnóstico, seguimento e tratamento da PVHA e suas coinfeções;
- Acompanhamento das crianças expostas ao HIV;
- Dispensação de antirretrovirais e medicações para infecções oportunistas;
- Confirmação diagnóstica para indivíduos com sorologia INDETERMINADA para o HIV;
- Referência para avaliação de casos cujos tratamentos realizados conforme orientação do PCDT-IST vigente não cessaram sintomas ou não houve melhora dos marcadores laboratoriais após tratamento;
- Referência para educação continuada para a Rede de Atenção à Saúde do território de sua Supervisão Técnica de Saúde (STS) no manejo das IST – incluindo o tratamento das verrugas genitais.

Rede de urgência/emergência e hospitalar

Também são integrantes importantes para o cuidado integral às pessoas vivendo com IST como nas situações abaixo elencadas:

- Diagnóstico e tratamento por fluxogramas de IST que necessitem de avaliação urgente (Serviços de Pronto Atendimento):
 - corrimentos (uretral / anal /vaginal);
 - sangramento anal, úlceras (genital/anal/oral);
 - erupções de pele, adenopatia inguinal dolorosa;
 - desconforto ou dor pélvica;
 - dor ou ardor à micção;
 - manifestações sistêmicas (febre, mal-estar, comprometimento do estado geral e etc.) e
 - exposição sexual ao HIV (PEP) – introdução do esquema preconizado; encaminhamento para unidade de Rede Municipal Especializada em IST/Aids.
- Diagnóstico tardio de PVHA com infecções oportunistas em atividade (manifestações neurológicas, pulmonares, entre outras);
- Diagnóstico e tratamento da sífilis congênita em RN de parturientes com sorologia REAGENTE para sífilis sem tratamento ou tratamento inadequado durante a gestação.

7.1.1 As principais manifestações sintomáticas das IST

- Corrimento uretral;
- Úlceras genitais;
- Corrimentos vaginais;
- Desconforto e dor pélvica e
- Verrugas genitais

O manejo de IST sintomáticas é preconizado com uso de fluxogramas, que podem utilizar de testes laboratoriais, se disponíveis. Ações complementares têm tanta importância quanto o diagnóstico e o tratamento adequado. O Quadro 1 apresenta as principais manifestações clínicas das IST e seus agentes etiológicos e a figura 2 apresenta o fluxograma para manejo das IST sintomáticas.

Quadro 1. Manifestações clínicas das IST e seus agentes etiológicos

	AGENTE ETIOLÓGICO	INFECÇÃO
ÚLCERA ANOGENITAL	<i>Chlamydia trachomatis</i>	LGV
	<i>Haemophilus ducrey</i>	Cancroide
	Herpes simplex vírus	Herpes genital ^a
	<i>Klebsiela granulomatis</i>	Donovanose
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
CORRIMETO URETRAL/ VAGINAL	<i>Candida spp.</i>	Candidíase vulvovaginal ^b
	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Infecção por Clamídia
	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Gonorreia
	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana ^b
DIP	<i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> Bactérias facultativas anaeróbias (ex: <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Haemophilus influenza</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i>) Outros microrganismos	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipertonite, abscesso tubo ovariano
VERRUGA ANOGENITAL	HPV	Condiloma acuminado ^a

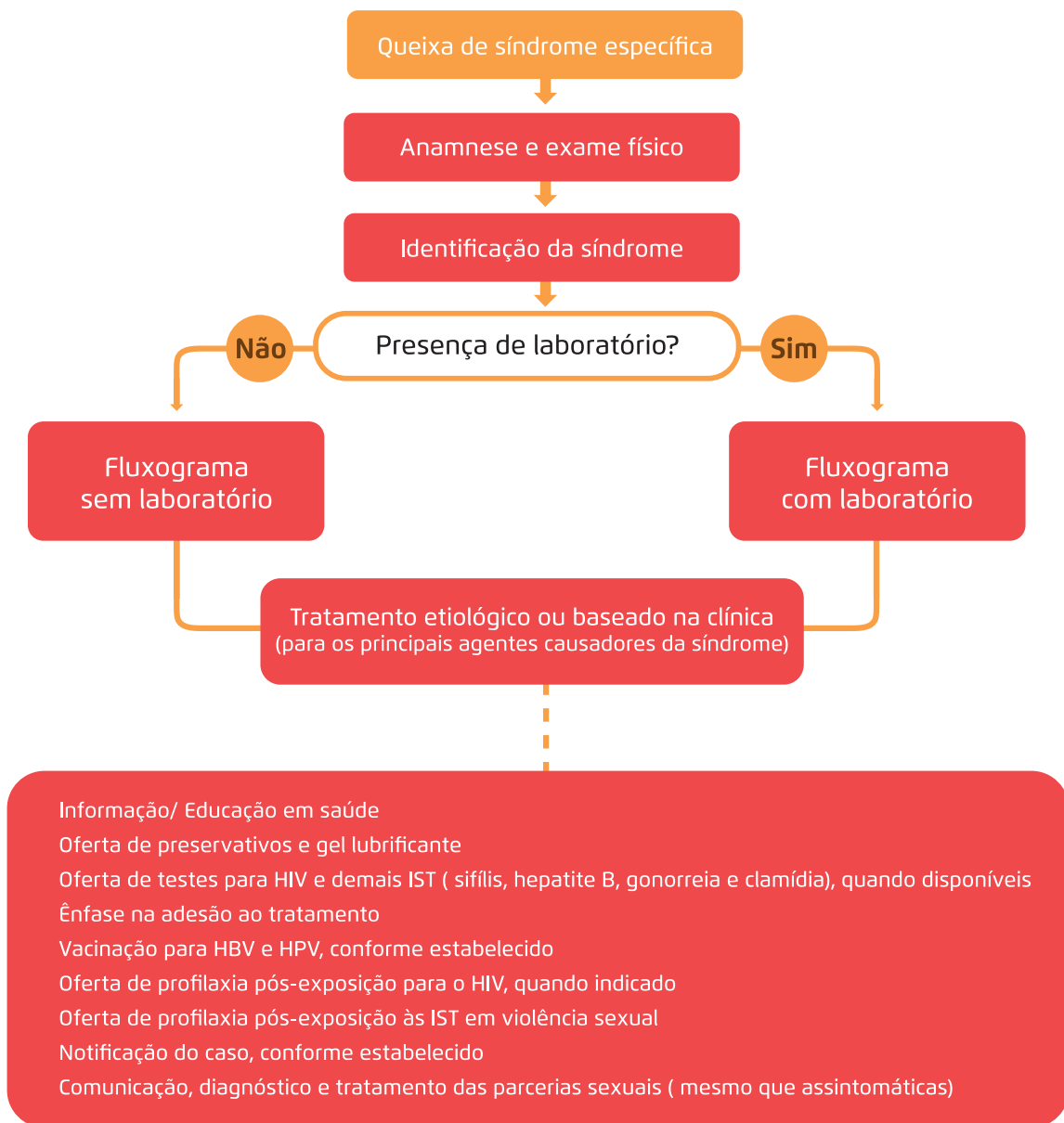
NOTAS:

^a Não são infecções curáveis, porém tratáveis

^b São infecções endógenas do trato reprodutivo, que causam corrimento vaginal, não sendo consideradas IST

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016.

Figura 2. Manejo de IST sintomática com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

Corrimento uretral

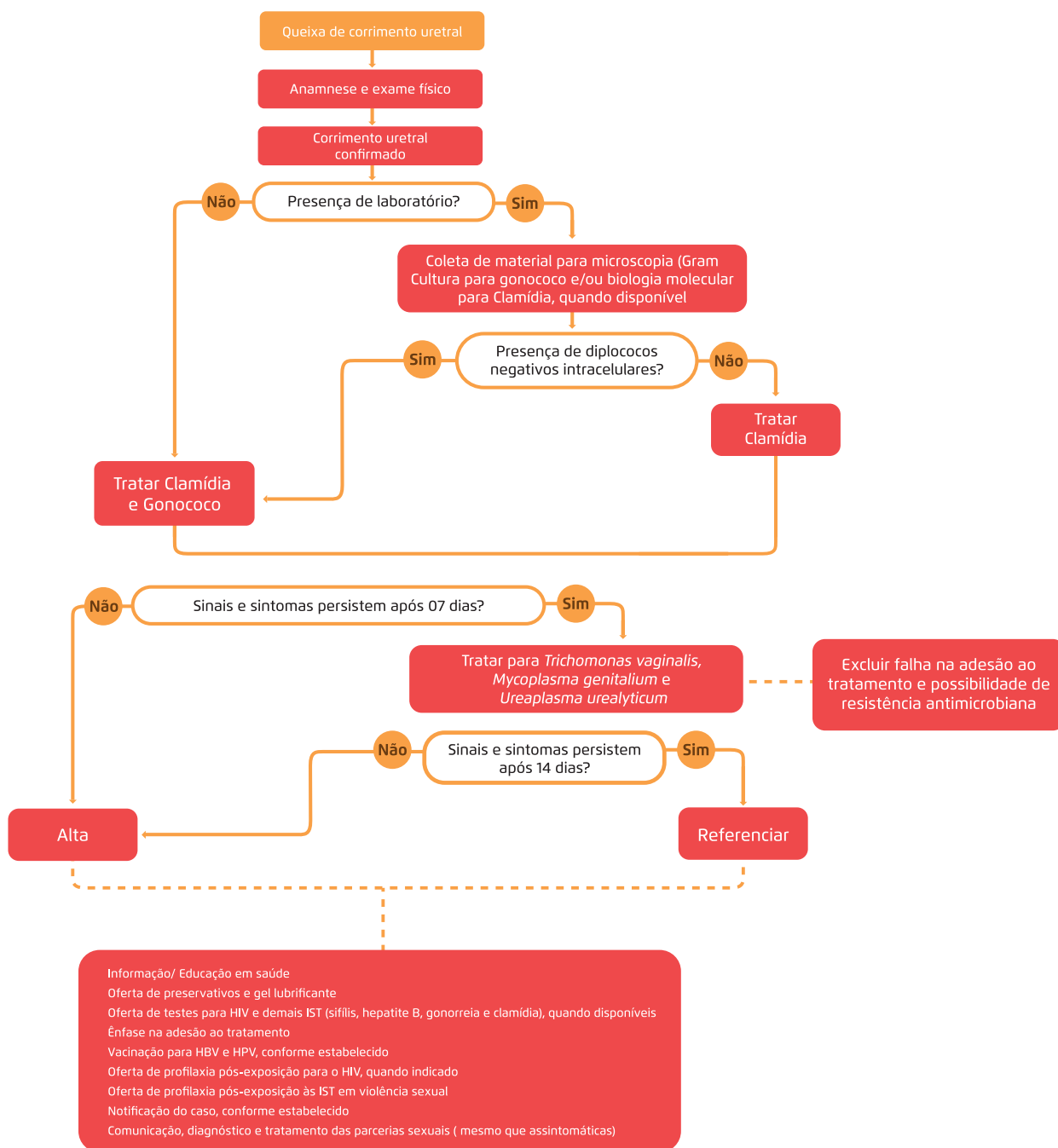
As uretrites são IST caracterizadas por inflamação da uretra acompanhada de corrimento que pode ter aspecto que varia de mucoide a purulento e com volume variável. Está associado a disúria, estrangúria (micção lenta e dolorosa), prurido uretral e eritema de meato uretral. Os fatores associados às uretrites são: idade jovem, baixo nível socioeconômico, múltiplas parcerias ou nova parceria sexual, histórico de IST e uso irregular de preservativos.

Etiologia do corrimento uretral

Os agentes etiológicos mais frequentes são: *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*. Outros agentes, menos frequentes incluem: *T. vaginalis*, *U. urealyticum*, enterobactérias, *M. genitalium*, vírus do herpes simples (HSV), adenovírus e *Candida spp.*

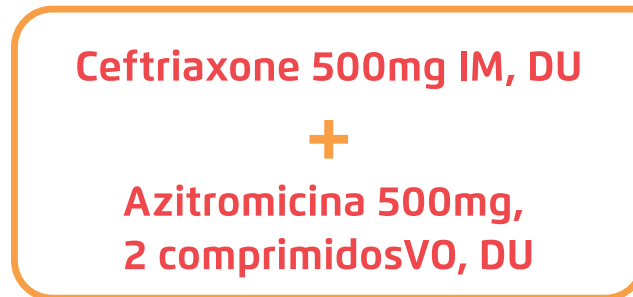
A figura 3 mostra o manejo do corrimento uretral.

Figura 3. Manejo do corrimento uretral com uso de fluxograma



O Quadro 2 apresenta o tratamento para corrimento uretral.

Quadro 2 – Tratamento para corrimento uretral (Gonorreia e Clamídia)



DU = Dose única

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

Úlcera genital

As úlceras genitais são uma síndrome clínica, de etiologia variável que se manifestam como lesões ulcerativas/erosivas (única ou múltiplas), precedidas ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhadas ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.

Etiologia da úlcera genital

Os agentes etiológicos infecciosos mais comuns nas úlceras genitais são:

HSV-1 e HSV-2 (herpes genital)

Treponema pallidum (sífilis);

Haemophilus ducreyi (cancroide);

Chlamydia trachomatis, sorotipos L1, L2 e L3 (LGV – linfogranuloma venéreo);

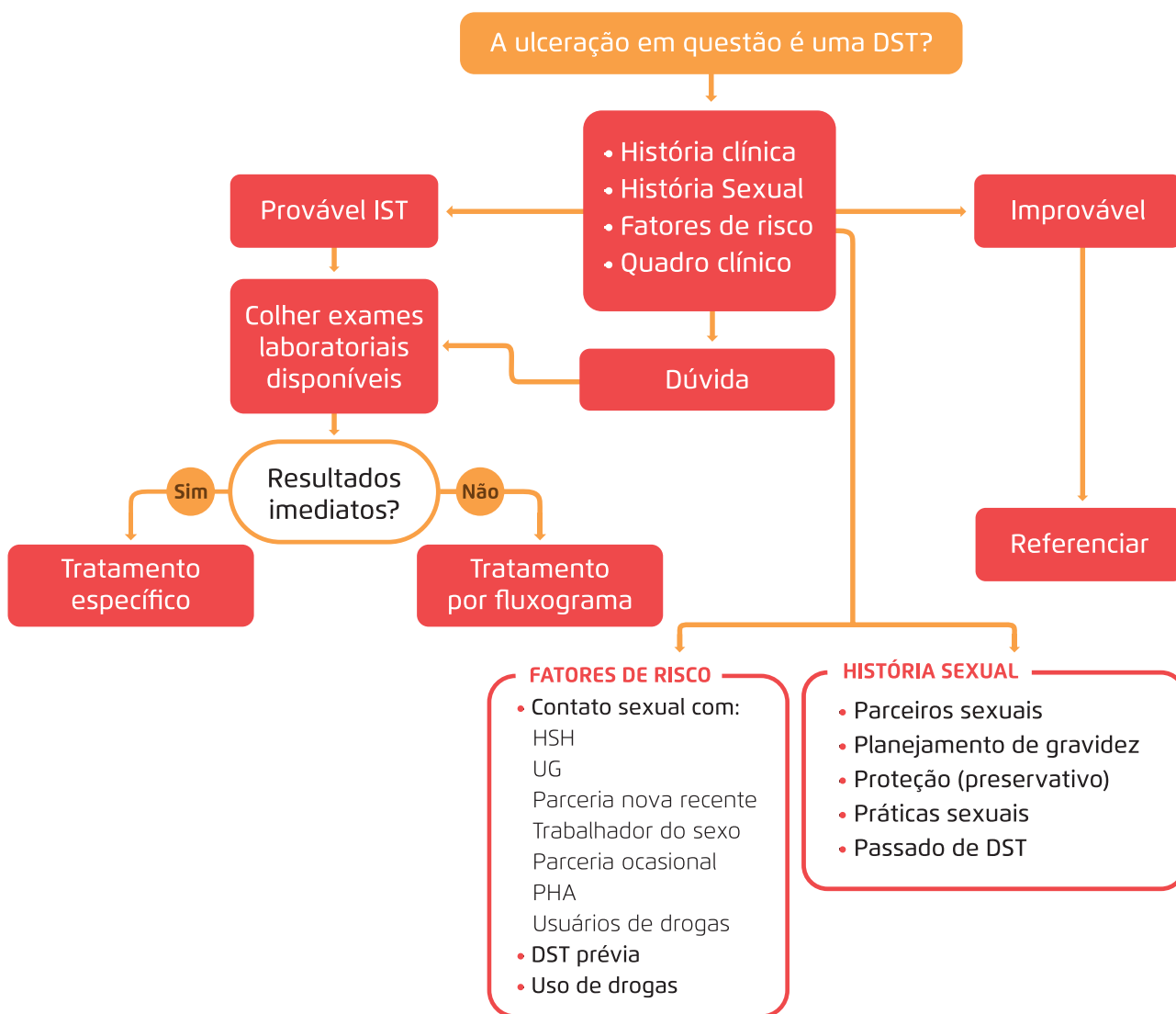
Klebsiella granulomatis (donovanose).

Esses agentes podem ser encontrados isoladamente ou em associação na mesma lesão, como cancro misto de Rollet (T. pallidum e H. ducreyi), úlcera genital por T. pallidum e HSV-2.

Os fatores relacionados com a etiologia das úlceras podem ser: geográficos, sociais e econômicos, múltiplas parcerias sexuais, sexo comercial, entre outros fatores de vulnerabilidade. As úlceras genitais estão associadas ao aumento do risco de transmissibilidade do HIV, portanto o diagnóstico e tratamento imediato dessas lesões constitui uma medida de prevenção e controle da epidemia de HIV

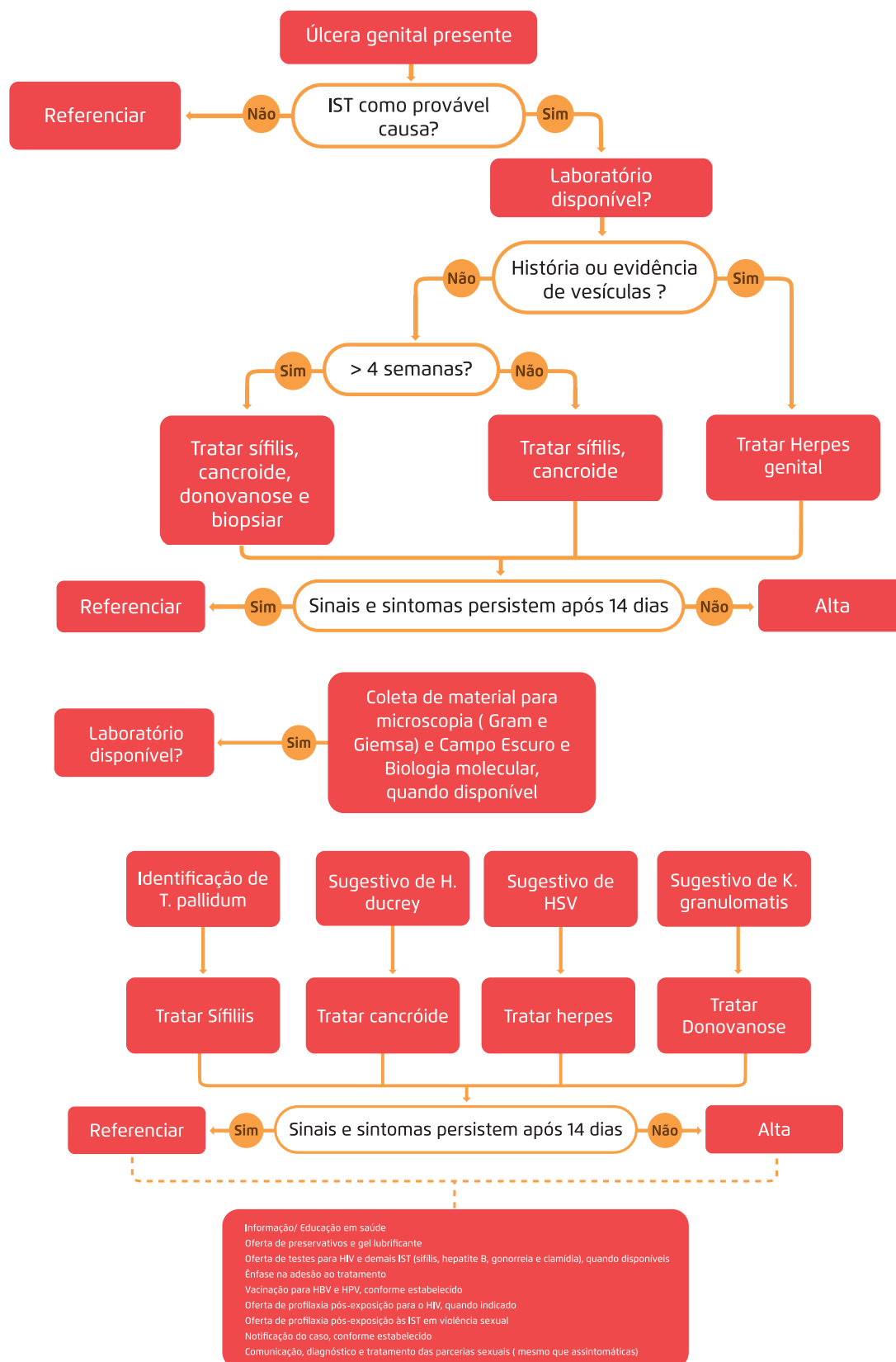
A figura 4 mostra o raciocínio clínico frente a úlcera genital e a figura 5 mostra o fluxograma para o manejo das úlceras genitais.

Figura 4. Raciocínio clínico para o manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Fonte: CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP (2017)

Figura 5. Manejo de úlcera genital com uso de fluxograma



Fonte: CRT-DST/AIDS – CCD – SES/SP (2017)

O Quadro 3 apresenta o tratamento para úlceras genitais.

Quadro 3. Tratamento para úlceras genitais

	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	COMENTÁRIOS
HERPES	Aciclovir 200mg, 2 comp., VO, 3x dia, por 7 dias OU 1 comp., VO, 5x dia, por 7 dias		Iniciar o tratamento o mais precocemente possível.
SÍFILIS (CANCRU DURO)	Penicilina G Benzatina 1,2 milhões UI, IM, em cada glúteo (dose única) – total 2,4 milhões UI. GESTANTE Penicilina G Benzatina 1,2 milhões UI, IM, em cada glúteo e repetir em 7 dias – total 4,8 milhões UI	Doxiciclina* 100mg, VO, de 12/12 horas por 15 dias GESTANTE Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias (não previne a sífilis congênita)	Seguimento com VDRL - Trimestral GESTANTE Seguimento com VDRL - Mensal
CANCRÓIDE	Azitromicina 500mg, 2 compr. VO, DU, OU Ceftriaxona 500 mg IM, DU	Ciprofloxacino* 500mg, VO, 1 comp. 2 x/dia, por 3 dias	Realizar medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado mesmo quando assintomática.

<p>DONOVANOSE</p>	<p>Doxiciclina* 100mg, 1 compr, VO, 12/12 horas, por 21 dias ou até a remissão clínica das lesões</p>	<p>Azítromicina 500mg, 2 compr, VO, 1x por semana por pelo menos 3 sem., ou até a cicatrização das lesões</p> <p>OU</p> <p>Ciprofloxacino* 500mg, 1 e ½ compr, VO, 12/12 horas, por pelo menos 21 dias ou até a cicatrização das lesões (dose total de 750mg)</p> <p>OU</p> <p>Sulfametoxazol-Trimetoprima* (400/80mg) 2 compr, VO, 12/12 horas, por no mínimo 3 sem. ou até a cicatrização das lesões</p>	<p>Não havendo resposta nos primeiros dias de ciprofloxacina adicionar gentamicina. 1mg/kg/dia, EV, 3 x dia por 3 sem ou até a cicatrização das lesões.</p> <p>PVHA sugerem-se os mesmos esquemas e terapia parental com gentamicina nos casos mais graves.</p> <p>O critério de cura é clínico.</p> <p>As sequelas da destruição tecidual ou obstrução linfática podem exigir correção cirúrgica.</p> <p>Não é necessário tratar as parcerias sexuais.</p>
<p>LINFOGRANULOMA VENÉREO</p>	<p>Doxiciclina 100mg, 1 compr, VO, 12/12 horas, por 21 dias</p>	<p>Azítromicina 500mg, 2 compr, VO, 1 vez por semana por 21 dias (Primeira opção para gestantes)</p>	<p>Parcerias sexuais sintomáticas – tratar com os mesmos medicamentos do caso índice.</p> <p>Parcerias sexuais assintomáticas – Azítromicina 500mg, 2 compr, VO, DU</p> <p>OU</p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 compr, VO, 2x/dia, por 7 dias.</p> <p>O tratamento não tem efeito específico sobre a linfadenopatia inguinal e não reverte as sequelas</p>

*Doxiciclina, Ciprofloxacina e Sulfametoxazol-Trimetoprima são contra-indicados em gestantes

Fonte: CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP (2017)

Corrimento vaginal (modificado de DIAHV)

O corrimento vaginal é uma queixa frequente, principalmente na idade reprodutiva, e pode ser acompanhado de prurido, irritação local e/ou alteração de odor.

Na investigação clínica: investigar práticas sexuais; características do corrimento; data da última menstruação; hábitos de higiene (ducha vaginal); agentes irritantes locais e alergias e coexistência de ulcerações e/ou eritema.

Candidíase vulvovaginal

Não é IST, porém é mais frequente em mulheres sexualmente ativas.

Os fatores predisponentes são: gravidez, diabetes (descompensado), obesidade, contraceptivos orais, antibióticos, corticoides, imunossupressores - quimioterapia e radioterapia. Hábitos de higiene e vestuário que aumentem a umidade e o calor local, contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes, alterações na resposta imunológica incluindo a infecção pelo HIV.

Parcerias sexuais não precisam tratamento, exceto se apresentar balanite e/ou balanopostite.

Sinais e sintomas:

- prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- disúria;
- dispareunia;
- corrimento branco, grumoso e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- hiperemia;
- edema vulvar;
- fissuras e maceração da vulva e
- placas brancas ou branco-acinzentadas, recobrimdo a vagina e colo uterino

Vaginose bacteriana

- Decorre do desequilíbrio da microbiota vaginal normal com:
 - Redução ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos;
 - Aumento de anaeróbias (*Prevotella* sp. e *Mobiluncus* sp.), *G.vaginalis*, *Ure-*

aplasma sp., Mycoplasma sp., e outros;

- Não é IST, mas pode ser desencadeada pelo contato com o esperma;
- É a causa mais comum de queixa de corrimento vaginal;
- Afeta cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na Atenção Básica;
- Pode ser assintomática;
- Aumenta o risco de aquisição das IST, incluindo o HIV;
- Pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas;
- Associada com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea e
- Quando presente nos procedimentos invasivos (inclusive a colocação de DIU), aumenta o risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

Sinais e sintomas:

- corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, fétido, mais acentuado após a relação sexual e durante o período menstrual e
- dor à relação sexual (pouco frequente).

Tricomoníase

É uma IST causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado) e a prevalência varia entre 10% a 35%.

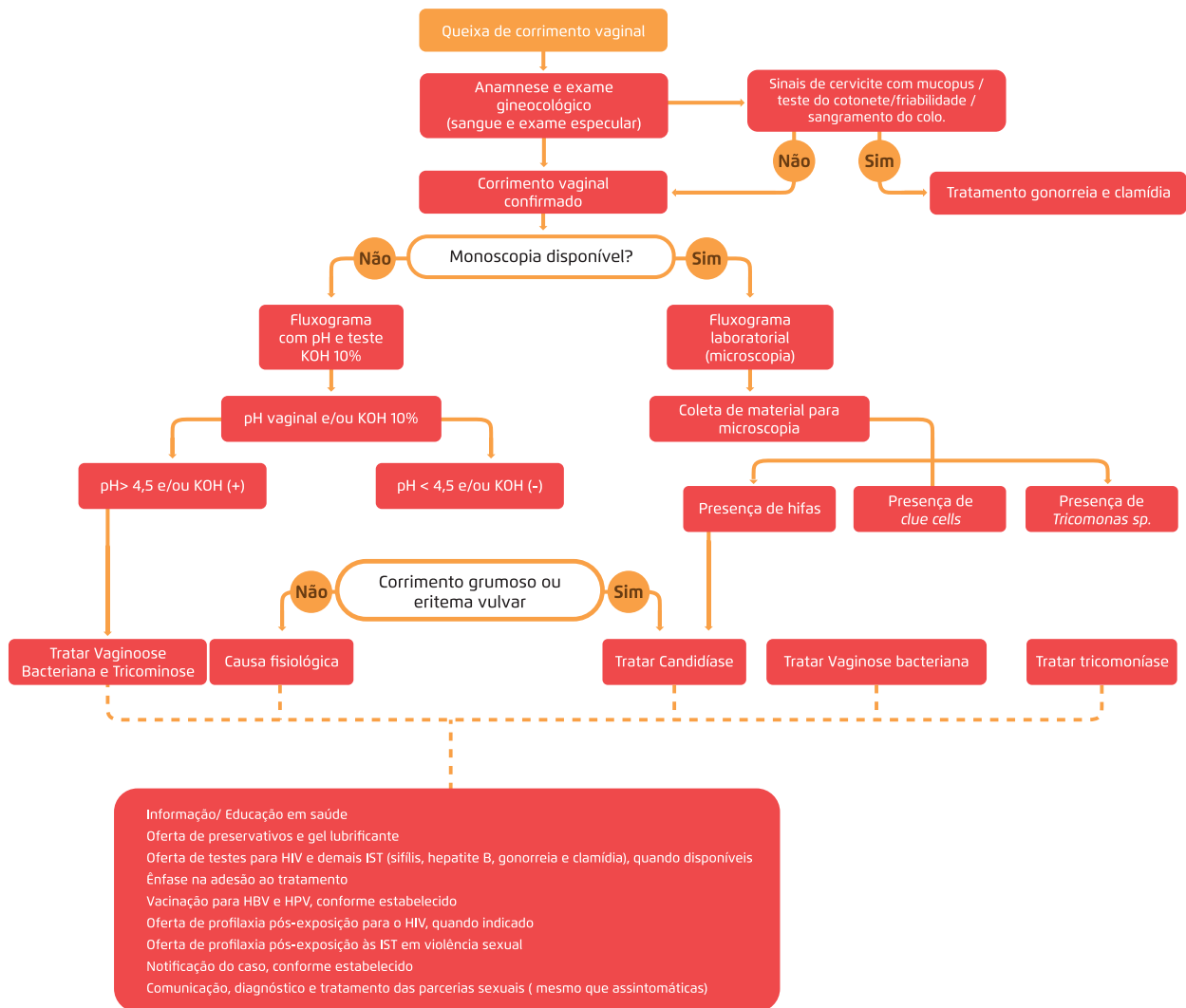
Sinais e sintomas:

- corrimento abundante, amarelado/esverdeado, bolhoso. com prurido e/ou irritação vulvar ;
- dor pélvica (ocasionalmente);
- disúria, polaciúria;
- hiperemia da mucosa (colpite focal e/ou difusa com aspecto de framboesa).

Diagnóstico: exame bacterioscópico a fresco ou pela coloração de Gram, Giemsa, Papanicolau, entre outras.

A figura 6 mostra o fluxograma para o manejo das queixas de corrimento vaginal.

Figura 6. Manejo de corrimento vaginal com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016, modificado

Tratamento Cervicite

Tratar gonorreia e clamídia:

Ceftriaxone 500mg IM, DU

+

**Azitromicina 500mg,
2 comprimidos VO, DU**

DU = Dose única

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

O Quadro 4 apresenta o tratamento para corrimentos vaginais.

Quadro 4. Tratamento para corrimentos vaginais

	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TRATAMENTO EM GESTANTES	CASOS RECORRENTES	COMENTÁRIOS
CANDIDÍASE VULVOVAGINAL	Miconazol creme a 2% via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação via vaginal ao deitar-se, por 14 dias	Fluconazol 150mg, VO, dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dia	Durante a gravidez, o tratamento deve ser realizado somente por via vaginal. O tratamento oral está contraindicado na gestação e lactação	Mesmas opções do tratamento da candidíase vaginal, por 14 dias OU Fluconazol 150mg, VO, 1x dia, dias 1, 4 e 7, seguido de terapia de manutenção: fluconazol 150 mg, VO, 1x semana, por 6 meses	As parcerias sexuais não precisam ser tratadas, exceto as sintomáticas. É comum durante a gestação, podendo apresentar recidivas pelas condições propícias do pH vaginal que se estabelecem nesse período.
VAGINOSE BACTERIANA	Metronidazol 250mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 7 dias. OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias.	Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias.	Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias. Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias	Metronidazol mg, 2 comprimidos VO, 2x dia, por 10 a 14 dias OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio, via intravaginal, 1x dia por 10 dias, seguido de tratamento supressivo com duas aplicações semanais, por 4 a 6 meses	O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.
TRICOMONIASE	Metronidazol 400mg, 5 comprimidos VO, (dose total de tratamento 2g) OU Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 7 dias		Primeiro trimestre: Clindamicina 300mg, VO, 2x dia, por 7 dias. Após primeiro trimestre: Metronidazol 250mg, 1 comprimido VO, 3x dia, por 7 dias		As parcerias sexuais devem ser tratadas com o mesmo esquema terapêutico. O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital em RN. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

DIP – Doença Inflamatória Pélvica (modificado de DIAHV)

A DIP constitui uma das mais importantes complicações das IST. É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior.

É mais comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida podendo ocasionar: endometrite, miometrite, salpingite, ooforite, parametrite, pelviperitonite. A DIP se associa com morbida des reprodutivas que incluem: infertilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica (em 18% dos casos).

Mulheres com DIP aguda devem ser rastreadas para Gonococo e Clamídia e testadas para HIV, sífilis e hepatites virais.

Etiologia da DIP:

Os principais microrganismos sexualmente transmissíveis são: *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*. Entretanto, a *G. vaginalis*, *H. influenza*, *S. agalactiae*, entre outros, que compõem a flora vaginal, também têm sido associadas à DIP. Ainda, CMV, *M. genitalium*, *M. hominis* e *U. urealyticum* podem ser associados com alguns casos de DIP.

Os fatores de risco para DIP incluem:

- IST prévias ou atuais: a cervicite por Clamídia pode levar a DIP em até 30% dos casos bem como micoplasmas e/ou gonococos na cérvix uterina apresentam um risco aumentado de DIP;
- Múltiplas parcerias sexuais e parceria sexual atual com uretrite;
- DIU: pode aumentar três a cinco vezes o risco DIP em paciente com cervicite;
- Salpingite prévia: chance de 23% para novo episódio.

Diagnóstico clínico de DIP:

Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- Três critérios maiores MAIS um critério menor;
- OU
- Um critério elaborado.

Critérios maiores:

- Dor no hipogástrico;

- Dor à palpação dos anexos e
- Dor à mobilização de colo uterino.

Critérios menores:

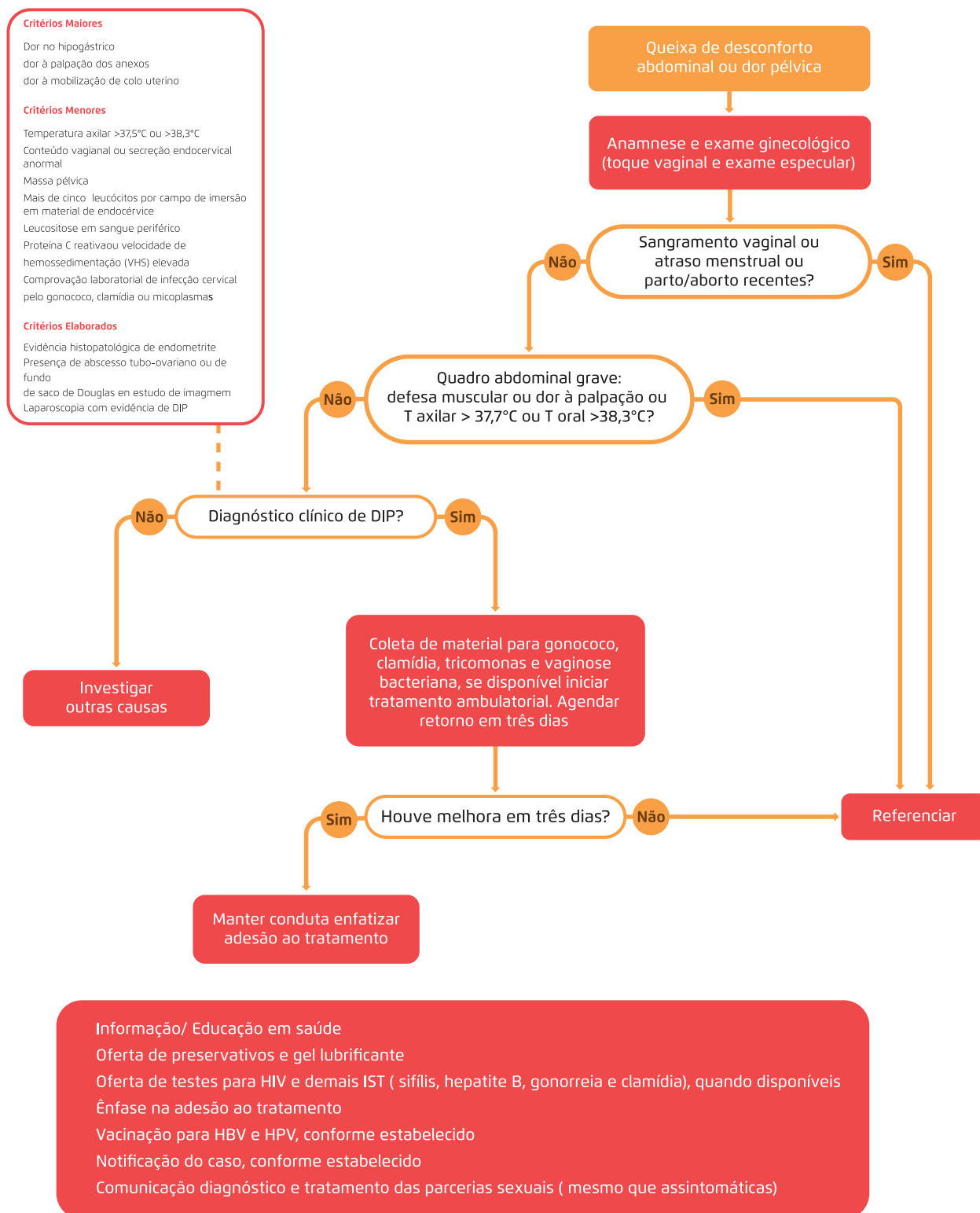
- Temperatura axilar $>37,5^{\circ}\text{C}$ ou $>38,3^{\circ}\text{C}$;
- Conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal;
- Massa pélvica;
- Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice;
- Leucocitose em sangue periférico;
- Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada;
- Comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasmas.

Critérios elaborados:

- Evidência histopatológica de endometrite;
- Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem e
- Laparoscopia com evidência de DIP.

A figura 7 mostra o fluxograma para o manejo da DIP.

Figura 7. Manejo da DIP com uso de fluxograma



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

O Quadro 5 apresenta o tratamento para DIP.

Quadro 5. Tratamento para DIP

TRATAMENTO	PRIMEIRA OPÇÃO	SEGUNDA OPÇÃO	TERCEIRA OPÇÃO
AMBULATORIAL	<p>Ceftriaxona 500mg, IM, dose única</p> <p>MAIS</p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias</p> <p>MAIS</p> <p>Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias</p>	<p>Cefotaxima 500mg, IM, dose única</p> <p>MAIS</p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias</p> <p>MAIS</p> <p>Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 1 dias</p>	
HOSPITALAR	<p>Cefoxitina 2g, IV, 4x dia, por 14 dias</p> <p>MAIS</p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias</p>	<p>Clindamicina 900mg, IV, 3x dia, por 14 dias.</p> <p>MAIS</p> <p>Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 m/kg dose de manutenção: 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias</p>	<p>Amplicilina/sulbactam 3g, IV, 4x dia, por 14 dias</p> <p>MAIS</p> <p>Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias</p>

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2016

- 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*

Verrugas anogenitais

Etiologia:

DNA-vírus que pode induzir várias lesões proliferativas anogenitais.

Há mais de 200 tipos, sendo que 40 tipos infectam o trato anogenital e pelo menos 20 subtipos se associam ao câncer de colo uterino.

São divididos em dois subgrupos, de acordo com o risco oncogênico e o tipo de lesão:

- baixo risco: seis, 11, 40, 42, 43,44, 54, 61, 70, 72, 81 2 CP6108;

- alto risco: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 (e provavelmente 26, 53 e 66) detectados em lesões intraepiteliais de alto grau e carcinomas e
- indeterminados: 34, 57 e 83.

A maioria das infecções são assintomáticas ou subclínicas. Outras podem apresentar-se sob a forma de lesões exofíticas (condilomas acuminados, verrugas genitais ou “crista de galo”).

Aspecto epidemiológicos:

- O risco estimado para exposição ao HPV é de 15 a 25% a cada nova parceria;
- Em grande parte dos casos a infecção é autolimitada e transitória;
- 1 a 2% da população em geral apresentam verrugas genitais;
- 2 a 5% das mulheres tem alterações do Papanicolau por HPV;
- Prevalência maior em mulheres jovens, quando comparadas com mulheres com mais de 30 anos;
- A maioria das infecções por HPV (sobretudo quando adolescentes) resolve espontaneamente em cerca de 24 meses;
- Nos homens, a prevalência se mantém constante nas diversas faixas etárias;
- Infecção persistente por tipos oncogênicos aumenta o risco de lesão intraepitelial escamosa (NIC);
- Associação HPV e câncer: cervical (~100%), ânus (85%), vulva (40%), vagina (70%), pênis (50%), orofaringe (35%), laringe (10%) e boca (23%).

O tempo médio entre a infecção HPV e CA cervical é de aproximadamente 20 anos.

Formas de apresentação da Infecção:

Latente: Não existe manifestação clínica, citológica ou histológica, só demonstrada por biologia molecular (detecção do DNA viral). Pode persistir por toda a vida.

Subclínica: microlesões diagnosticadas por meio de exame de Papanicolaou e/ou colposcopia (lesões acetobranças, após aplicação de ácido acético à 5%), com ou sem biópsia. As mais frequentes são: lesões intraepiteliais escamosas de baixo ou alto grau (NIC).

Clínica: a apresentação mais comum é a verruga genital ou condiloma acuminado.

Diagnóstico das verrugas anogenitais:

O diagnóstico do condiloma acuminado é clínico, podendo ser confirmado por biópsia.

Entre as técnicas utilizadas no auxílio diagnóstico das lesões anogenitais, recomenda-se:

- colpocitologia oncótica de colo uterino;
- citologia oncótica anal;
- colposcopia;
- anoscopia
- histopatologia.

Indicação de biópsia de lesões sugestivas de HPV:

- dúvida no diagnóstico da lesão;
- lesão atípica, suspeita de neoplasia (lesões pigmentadas, endurecidas, fixas ou ulceradas);
- ausência de resposta ao tratamento padrão;
- aumento das lesões durante o tratamento;
- pacientes com imunodeficiência (HIV, entre outros).

O tratamento para as verrugas anogenitais pode ser ambulatorial ou auto administrado, apresentado no quadro 6.

Quadro 6. Tratamento para verrugas anogenitais

Tratamento auto - administrado

TRATAMENTO	MODO DE USAR	OBSERVAÇÕES
 <p>Proibido usar na gestação</p> <p>Imiquimod 0,5% creme</p>	<p>Aplicar 1 vez por dia, ao deitar, três vezes por semana por até 16 semanas.</p>	<p>Lavar à área tratada com água sabão depois de 6-10horas.</p> <p>Endurecimento, ulceração, erosões e vesículas são comuns e hipopigmentação também foi descrita.</p> <p>O imiquimod pode enfraquecer preservativos e diafragmas vaginais.</p>

Tratamento ambulatorial

TRATAMENTO	MODO DE USAR	OBSERVAÇÕES
 <p>Proibido usar na gestação</p> <p>Podofilina 9 a 10% - 25% (Solução)</p>	<p>Aplicar em cada verruga e deixar secar. Usar uma vez por semana até o desaparecimento das lesões</p>	<p>Recomenda-se a utilização de até 0,5ml em cada aplicação ou a limitação da área tratada a 10cm² por sessão.</p> <p>Além de irritação local, a absorção em grandes quantidades pode ser tóxica para o coração, rins e sistema nervoso.</p>
<p>Ácido tricloroacético (ATA) a 80% - 90% (solução)</p>	<p>Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas e deixar secar, quando a lesão esbranquiçar 1 vez por semana até 8 a 10 semanas.</p>	<p>Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco.</p>
<p>Eletrocirurgia</p>	<p>Bisturi eletrônico/ eletrocauterização</p> <p>ou</p> <p>eletrocoagulação de lesões isoladas sob anestesia local</p>	<p>Não é indicado para lesões vaginais, cervicais e anais, pois pode causar necrose tecidual, com estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vaginal.</p> <p>Os principais efeitos colaterais são dor, sangramento, ulceração e cicatrizes deformantes.</p>
<p>Crioterapia</p>	<p>Nitrogênio líquido ou CO₂/ citólise pelo frio, quando há poucas lesões ou em lesões muito queratinizadas.</p> <p>Raramente necessita anestesia</p>	<p>Pode ser necessária mais de uma sessão com intervalo de 1 e 2 semanas.</p> <p>Os principais efeitos colaterais são dor, eritema e bolhas no local da aplicação.</p>

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 outras IST;
- Não existem dados que indiquem que a reinfecção tenha papel nas recorrências;
- Testes de DNA não são recomendados para diagnosticar infecção em parcerias sexuais.

Lesões orais por HPV

A cavidade bucal é um importante reservatório e fonte de infecção do HPV. As lesões são geralmente de crescimento exofítico e proliferam em projeções papilares. Podem ser pediculadas ou sésseis, apresentando-se como múltiplas, pequenas, avermelhadas, rosadas ou embranquecidas, que aumentam ao longo do tempo e são frequentemente confluentes, normalmente demonstradas pelo seu aspecto “couve-flor” (GILLISON et al, 2012).

A transmissão do HPV para a mucosa bucal ocorre pela auto-inoculação, embora a prática do sexo oral, multiplicidade de parceiros, falta de higiene e hábitos nocivos, como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, influenciem como fatores modificadores e facilitadores da transmissão da doença, interferindo negativamente na resposta aos tratamentos recomendados (STOOPLER et al, 2011; HUBBERS et al, 2015).

Etiologia:

Dos mais de 200 subtipos de HPV identificados, 24 foram associados a lesões orais (HPV-1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 16, 18, 30, 31, 32, 33, 35, 45, 52, 55, 57, 59, 69, 72, 73). Os subtipos 16 e 18 são os mais prevalentes em lesões orais e genitais e podem significar transmissão oro-genital. Os pares 6 e 11 também são os mais encontrados, afetando áreas queratinizadas ou não queratinizadas, lembrando também que os HPV 16 e 18 são os mais oncogênicos, e têm se mostrado responsáveis pelo câncer de colo do útero e carcinomas na região da cavidade oral. Na mucosa bucal, a prevalência do HPV e seu papel na patogênese das displasias e do câncer têm sido cada vez mais elucidados, sugerindo que a cavidade bucal seja um reservatório desse vírus e infecção em combinação com outros fatores, como cigarros e álcool, favorecem o desenvolvimento tardio de neoplasias (MILLER et al, 1996; BOUDA et al, 2000; CASTRO et al, 2006; SCHLEHT, 2012; CANDOLFO et al, 2017; ABREU et al 2018).

Diagnóstico da lesão oral pelo HPV:

Exame clínico, citologia, biópsia, imunohistoquímica, hibridização de DNA, captura híbrida e PCR.

A biópsia permite o estudo histopatológico de uma amostra representativa da lesão, entretanto não identifica o tipo de HPV, que é obtido apenas por técnicas de biologia molecular (hibridização in situ, captura híbrida e PCR), (MACHADO et al, 2010; LINGEN et al, 2013).

Tratamento:

Remoção cirúrgica: é o mais aconselhável para as lesões localizadas na boca, pois oferece a possibilidade de eliminar o problema e confirmar o diagnóstico por meio do exame histopatológico.

Uso de substâncias ceratolíticas: deve ser reservado aos casos em que houver presença de lesões múltiplas ou disseminadas.

Outras formas de tratamento como CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA (CAF), cirurgia a laser CO₂, creme de 5-fluorouacil 5%, aplicação tópica de solução de podofilina 2 a 25%, ácido tricloroacético (ATA) a 70-90%, creme de podofilotoxina 0,15%, creme de imiquimod 250 mg, crioterapia, eletrocauterização podem ser consideradas.

Podofilina: a aplicação tópica sempre apresenta resultados satisfatórios. É de fácil execução e baixo custo. A coloração acastanhada facilita a visualização da área aplicada. Procedimento: embeber um cotonete na solução, remover o excesso e aplicar com leves toques sobre a área afetada. Observar a coloração acastanhada e após 3 minutos lavar a cavidade com muita água. Lembrar de orientar o paciente a cuspir, pois o gosto é muito ruim. Essa terapia é realizada uma vez por semana até a regressão da lesão e aplicada exclusivamente pelo Cirurgião Dentista.

Ácido tricloroacético (ATA) de 70% a 90%: tem sido utilizado em casos de lesões extensas. Procedimento: com um cotonete embebido na solução, remover o excesso e aplicar com leves toques sobre a área afetada. Ao observar a coloração esbranquiçada, deixar a substância por 3 minutos e lavar a cavidade com muita água, sempre orientando o paciente a cuspir. Este procedimento tem o inconveniente de ser doloroso. Essa manobra deve ser realizada uma vez por semana, exclusivamente pelo Cirurgião Dentista, observando se não ocorreram ulcerações.

Laser de alta potência: a ablação a laser tem sido usada, mas este procedimento tem levantado alguns questionamentos, como o transporte de HPV pelo ar por meio das microgotas aerosolizadas, criadas pela vaporização do tecido lesional.

Evidências indicam que o uso de outras substâncias imunomoduladoras tópicas atuais, dentre elas o creme imiquimod, e o creme podofilotoxina 0,15% podem ser de grande valia no tratamento das lesões causadas pelo HPV. Os estudos realizados preconizam a utilização desses medicamentos sob a forma de creme três vezes por semana, em dias alternados, aplicados com cotonetes. No entanto, faltam ainda es-

tudos prospectivos, controlados, com séries maiores de pacientes, comparando o uso desses medicamentos com outros métodos já estabelecidos, tais como a eletrocauterização, exérese cirúrgica, a podofilina e o do ácido tricloracético, inclusive avaliando a relação custo benefício. Talvez essas possam ser terapias adjuvantes eficazes após a ressecção dessas lesões. Provavelmente estudos futuros poderão responder tais questões.

Todos esses medicamentos de uso tópico não devem ser utilizados por gestantes ou mulheres que planejam engravidar e durante o período de amamentação, em bebês ou crianças pequenas. A escolha da terapia é baseada no número, tamanho, local e morfologia das lesões, bem como da preferência do paciente, custo, conveniência, efeitos adversos, e experiência clínica, pois as lesões muito numerosas ou volumosas podem não responder adequadamente aos tratamentos preconizados (CARDAMAKIS et al, 1997; BEUTNER et al, 1997; BAKER et al, 1997; SÃO PAULO, 2010; LINGEN et al, 2013; LORDUY et al 2018).

Prevenção da infecção pelo HPV:

- Preservativo masculino protege as áreas cobertas do pênis;
- Preservativo feminino protege a área da vulva, a vagina e o colo;
- Higiene pessoal em boas condições;
- Vacina (faixa etária meninas de nove a 14 anos, meninos de 12 a 13 anos, e mulheres e homens vivendo com HIV na faixa etária de nove a 26 anos);
 - A vacina contra HPV (tipos 6, 11, 16 e 18) no calendário vacinal é realizada com duas doses (0 e 6 meses) para meninas e meninos e com 3 doses para homens e mulheres vivendo com HIV (0, 2 e 6 meses - devido a maior frequência de neoplasias anogenitais e lesões intraepiteliais);
- Colpocitologia oncótica: Detecta as lesões oncogênicas decorrentes da infecção pelo HPV no colo uterino. O exame deve ser feito, preferencialmente, por mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo de um ano e, se os resultados forem normais, deverá ser realizado a cada três anos, exceto nas mulheres vivendo com HIV que devem manter exame anual.

Sífilis adquirida, na gestação e sífilis congênita

Sífilis adquirida:

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, causada pelo *T. pallidum*. A doença é exclusiva do ser humano e é curável. Se não tratada, pode

evoluir para formas mais graves ao longo de muitos anos, costumando comprometer especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular.

A sífilis é transmitida predominantemente por via sexual e vertical. O risco está diretamente relacionado à presença de lesões mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária). A infectividade da sífilis por transmissão sexual é maior (cerca de 60%) nos estágios iniciais (primária, secundária e latente recente), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (latente tardia e terciária). Os sítios de inoculação do *T. pallidum* são, em geral, os órgãos genitais (pênis, vulva, vagina, colo uterino e ânus), podendo ocorrer também manifestações extragenitais (lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade).

A ausência ou escassez de sintomatologia, dependendo do estágio da infecção, faz com que a maioria das pessoas não tenham conhecimento da infecção, e podem transmitir aos seus contatos sexuais. A transmissão por transfusão de sangue ou derivados tornou-se rara, devido ao controle realizado pelos hemocentros.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical) por via transplacentária.

O período de incubação da sífilis varia de 10 a 90 dias, com média de 21 dias, a partir do contato sexual infectante. Como a doença não causa imunidade o indivíduo pode se reinfectar sempre que se expuser ao *T. pallidum*.

Classificações para as formas clínicas da sífilis:

Segundo o tempo de infecção:

- Sífilis adquirida recente (até um ano de evolução);
- Sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução).

Segundo as manifestações clínicas:

- Sífilis primária
- Sífilis secundária
- Sífilis latente:
 - Latente recente (até dois anos de infecção)
 - Latente tardia (mais de dois anos da infecção)
- Sífilis terciária

Manifestações clínicas (Quadro 7)

- Sífilis primária – apresenta no local de entrada da bactéria uma mácula ou pápula vermelha escura que progride rapidamente para uma erosão ou úlcera (0,5 a 2,0 cm), denominada “cancro duro”. Em geral, a lesão é única, indolor, com bordos endurecidos, bem delimitados e com fundo liso e limpo. A lesão é rica em treponemas e pode ser acompanhada de linfadenopatia inguinal. Esse estágio pode durar entre 2 a 6 semanas e desaparece de forma espontânea, independentemente de tratamento, sem deixar cicatriz.
- Sífilis secundária – as manifestações ocorrem de 6 semanas a 6 meses após o aparecimento do cancro duro e duram entre 4 a 12 semanas; porém, as lesões podem recrudescer em surtos subentrantes por até 2 anos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco, não pruriginosas; lesões eritematosas-escamosas palmo-plantares (essa localização sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. A sintomatologia pode desaparecer de forma espontânea em poucas semanas, independentemente de tratamento. As lesões secundárias são ricas em treponemas. Mais raramente, observam-se comprometimento hepático e quadros meníngeos e/ou até oculares, em geral como uveíte. Nesse estágio, há presença significativa de resposta imune, com intensa produção de anticorpos contra o treponema. Os anticorpos circulantes resultam em maiores títulos nos testes não treponêmicos e também implicam resultado reagente nos testes treponêmicos.
- Sífilis latente – não se observam sinais e sintomas clínicos, sendo o diagnóstico realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos. É dividida em latente recente (até 2 anos de infecção) e latente tardia (mais de 2 anos de infecção). Aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção. Se não for possível identificar a duração da infecção (sífilis latente de duração ignorada), o tratamento deve ser realizado como sífilis latente tardia.
- Sífilis terciária – ocorre aproximadamente em 30% das infecções não tratadas, após um longo período de latência (entre 2 a 40 anos). A sífilis terciária é rara e, quando presente, manifesta-se na forma de inflamação e destruição tecidual. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, ver-

fica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido. As lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatais. Para o diagnóstico, devem ser consideradas as lesões: cutâneas (gomosas e nodulares, de caráter destrutivo); ósseas (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares); cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias); neurológicas (meningite aguda, goma do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, paralisia geral, tabes dorsalis e demência).

Importante: A neurosífilis acomete o sistema nervoso central (SNC), o que pode ser observado já nas fases iniciais da infecção. Esse acometimento precoce ocorre por reação inflamatória da bainha de mielina, não havendo destruição anatômica das estruturas neurais. Estatisticamente, ocorre em 10% a 40% dos pacientes não tratados, na sua maioria de forma assintomática, diagnosticada somente pelo exame do líquido, exteriorizando-se clinicamente em apenas 1% a 2% como meningite asséptica.

Quadro 7. Manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
SÍFILIS RECENTE (MENOS DE 2 ANOS DE DURAÇÃO)	Primária 10-90 dias (média de 21 dias) após o contato	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também pode ocorrer no períneo, ânus, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas.
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-aczentadas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da cobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas.
SÍFILIS TARDIA (MAIS DE 2 ANOS DE DURAÇÃO)	Latente recente Nos primeiros 2 anos da infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção.
	Latente tardia Após 2 anos de infecção	
	Terciária	Menos frequente na atualidade. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido.

Fonte: DIAHV/SVS/MS, 2017

Exames Laboratoriais

CATEGORIA	TIPO	CARACTERÍSTICA
EXAMES DIRETOS (pesquisa direta T. pallidum)	Microscopia de campo escuro	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade de 74 a 86% Na sífilis recente (primária e secundária)
	Imunofluorescência direta	
TESTES IMUNOLÓGICOS	TREPONÊMICOS (TPHA, FTA-Abs, EQL, Elisa, testes rápidos).	<ul style="list-style-type: none"> 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)	<ul style="list-style-type: none"> 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, uso de droga; por isso, para confirmação do diagnóstico é necessário um teste treponêmicos

Fonte: CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP (2017)

Definição do diagnóstico laboratorial da sífilis.

01 teste treponêmico
(teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA)

+

01 teste não treponêmico
(VDRL ou RPR ou TRUST)

A ordem de realização fica a critério do serviço de saúde.

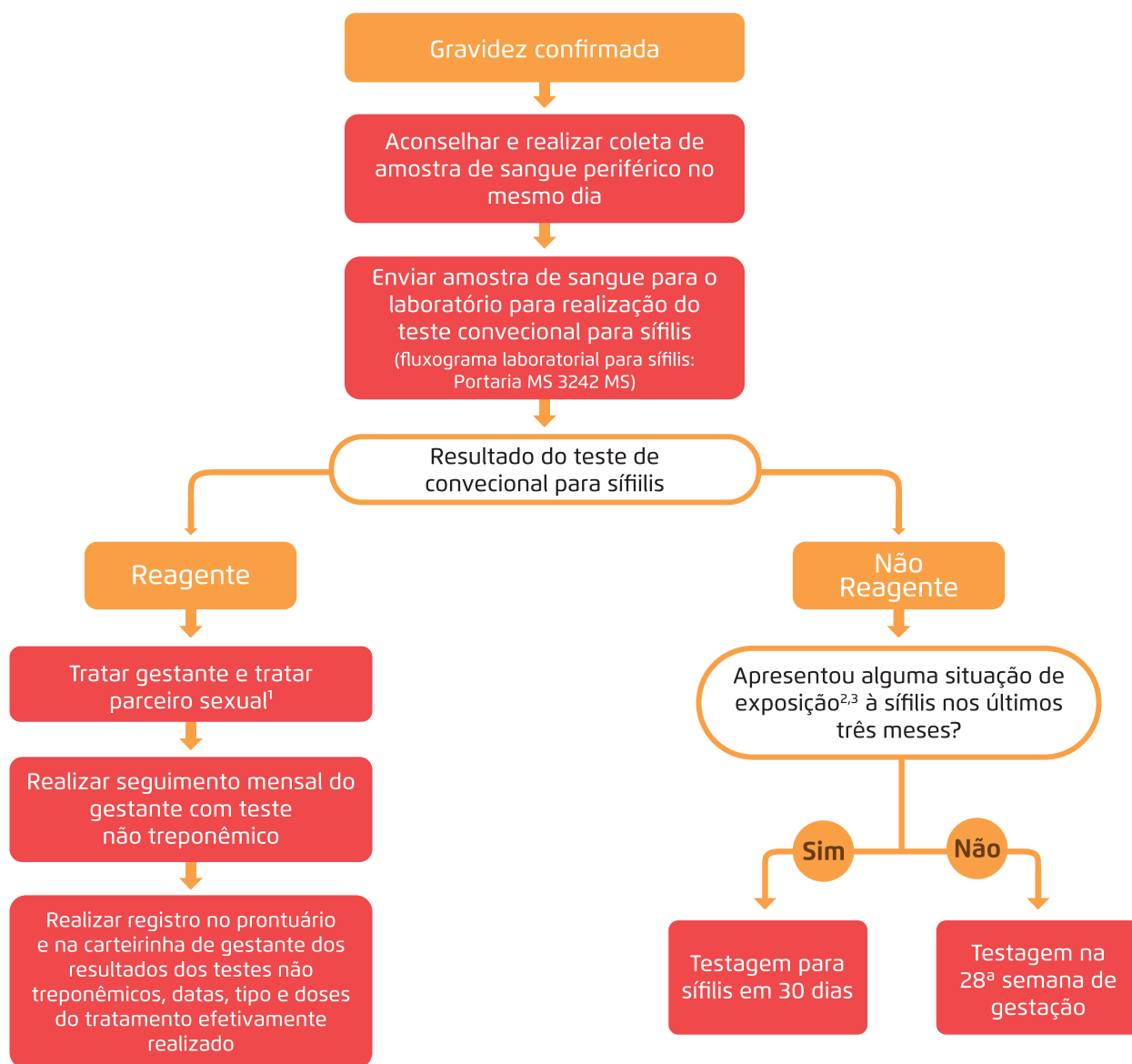
Quando o teste rápido for utilizado como triagem, nos casos reagentes, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste não treponêmico.

Em caso de gestante, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste. Os fluxogramas laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento da sífilis, conforme Portaria nº 3.242/DIAHV/MS, de dezembro de 2011, dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para a triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.

Nas gestantes, tanto durante o pré-natal quanto na internação para o parto, a escolha do fluxograma pode ser feita pelo serviço ou gestão municipal, segundo a sua conveniência, que deverá levar em consideração a infraestrutura laboratorial disponível, inclusive nos finais de semana, a disponibilidade de profissionais para a pronta execução dos testes escolhidos e finalmente, o tipo de testes disponíveis na instituição.

As figuras 8 e 9, apresentam os fluxogramas para diagnóstico de sífilis, com as diversas possibilidades.

Figura 8. Fluxograma da atenção à gestante para investigação e tratamento de sífilis, utilizando algoritmo de teste convencional.



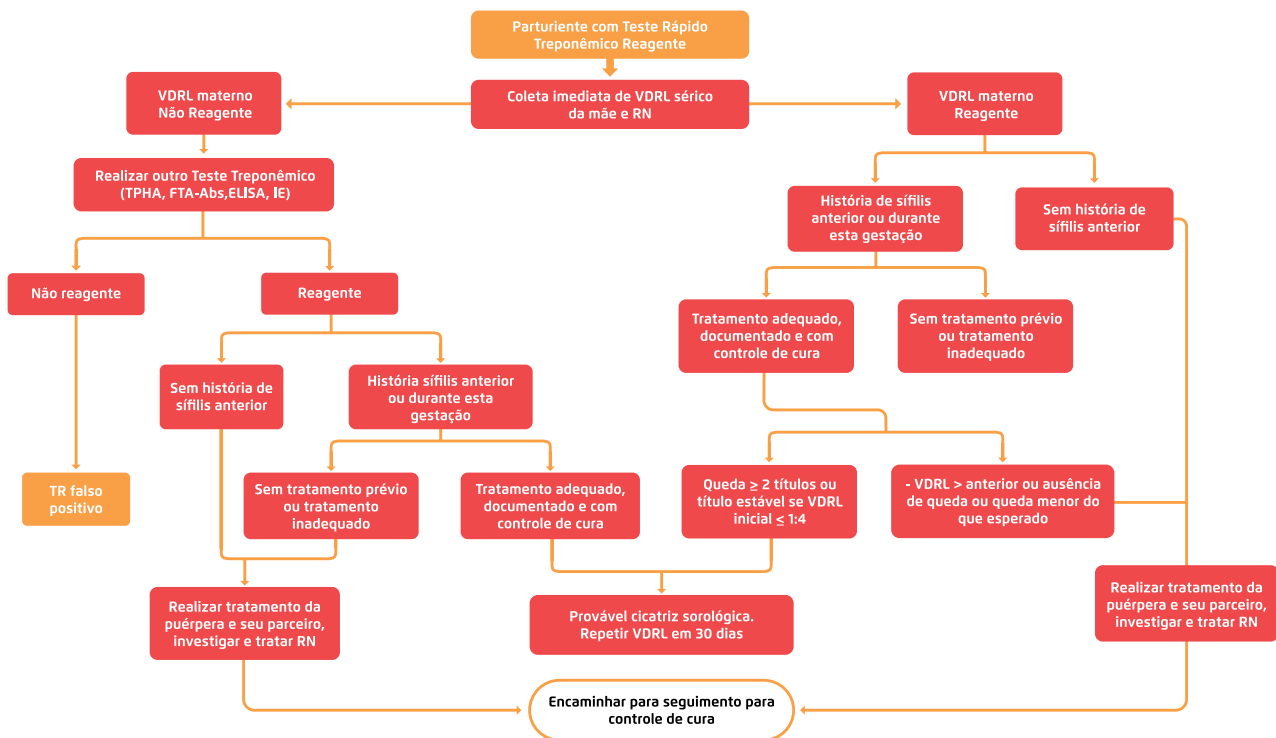
Nota 1: O tratamento da gestante parceiro sexual deverá ser iniciado preferencialmente até 20ª semana da gestação.

Nota 2: São considerados exposição a sífilis às seguintes situações: mais de um parceiro sexual no último ano, parceiro sexual vulnerável³, parceiro sexual com mais de uma parceria sexual no último ano, entre outras.

Nota 3: São consideradas vulneráveis gestantes e parceiros sexuais em situação de rua, privadas(os) de liberdade, uso de drogas, entre outras.

Fonte: CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP, 2017

Figura 9. Algoritmo para manejo da parturiente com TR reagente na triagem para sífilis



Fonte: CRT-DST/AIDS – CCD – SES/SP, 2017

Situações e locais recomendados para utilização de testes rápidos e tratamento imediato:

- Localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial e/ou regiões de difícil acesso;
- Programas do Ministério da Saúde (MS), tais como Rede Cegonha, Programa de Saúde da Família, Consultório na Rua, entre outros;
- CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento;
- Laboratórios que realizam pequenas rotinas (rotinas de até cinco amostras diárias para o diagnóstico da sífilis);
- Populações-chave (pessoas que apresentam risco acrescido à infecção do agente etiológico em questão, no caso o *T. pallidum*, quando comparadas com a população geral);
- Populações flutuantes;
- Populações ribeirinhas e indígenas;
- Pessoas atendidas em prontos-socorros;

- Pessoas atendidas em unidades básicas de saúde;
- Pessoas vivendo com HIV/Aids;
- Pessoas em situação de violência sexual, como prevenção das IST/Aids;
- Pessoas com diagnóstico de hepatites virais;
- Gestantes e parcerias sexuais em Unidades Básicas de Saúde, principalmente, no âmbito da Rede Cegonha;
- Gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades;
- Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- Parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis e
- Outras situações especiais definidas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais - Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/ MS) para ampliação do diagnóstico da sífilis.

O quadro 8 apresenta o resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adulto não gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.

QUADRO 8. Esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em adulto não gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.

SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE (ATÉ 2 ANOS 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 Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2 ANOS 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.	Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas, por 30 dias OU Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • 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).

NEUROSSÍFILIS**

ESQUEMA TERAPÊUTICO	ESQUEMA ALTERNATIVO	SEGUIMENTO
Penicilina G cristalina 18 a 24 milhões UI/dia, por EV, doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxone 2 g, IV OU IM, 1x/dia, por 10 a 14 dias.	<ul style="list-style-type: none"> • 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).

Fonte: CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP (2017)

*TNT – Teste não-treponêmico

**Se líquido inicial alterado (células e/ou proteínas), realizar exame de líquido a cada 6 meses até normalização.

O quadro 9 apresenta o resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.

QUADRO 9. Esquemas terapêuticos para sífilis adquirida em gestante e seguimento ambulatorial pós-tratamento.

SÍFILIS PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E LATENTE RECENTE		
ESQUEMA TERAPÊUTICO	ESQUEMA ALTERNATIVO	SEGUIMENTO
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas Dose total: 4,8 milhões UI, IM	Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.	• Seguimento mensal, com testes não treponêmicos.
SÍFILIS LATENTE TARDIA (MAIS DE 2 ANOS 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.	Ceftriaxone 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias.	• Seguimento mensal, com testes não treponêmicos.

Fonte : CRT-DST/AIDS, CCD, SES/SP (2017)

*Algumas evidências sugerem que uma terapia adicional é benéfica para gestantes. 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.

Gestantes com alergia confirmada à penicilina

Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina;

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 e

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.

Controle de cura:

- Realizar testes não treponêmicos mensalmente nas gestantes, e na população geral, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano e
 - Redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negativação após seis a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção.

É importante ressaltar que a completa negativação dos testes não treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento.

No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após seis meses).

Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.

- A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64), em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado.
- Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica (incluindo HIV) em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Sífilis na gestante

Toda a gestante deverá ser testada para sífilis na sua primeira visita ao serviço de saúde (idealmente no primeiro trimestre de gestação), no terceiro trimestre de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, independentemente dos exames realizados durante o pré-natal.

Nas unidades que dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis, o mesmo deverá ser realizado imediatamente após o diagnóstico da gestação.

Nas unidades que não dispõem de teste rápido, a coleta da amostra sanguínea deverá ser encaminhada para o laboratório de referência.

Unidades de saúde com pré-natal devem:

- captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada;
- realização de testagem para sífilis no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta e em torno da 28ª semana (3º trimestre);

- realizar busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta ou aquelas com resultados reagentes;
- priorizar a coleta e envio de exames das gestantes;
- monitorar o retorno dos resultados das sorologias de sífilis, HIV, dentre outras;
- garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não treponêmicos;
- incentivar a implantação do pré-natal do homem;
- viabilizar o tratamento do parceiro sexual;
- preencher a carteira/cartão da gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante;
- orientar a gestante para levar a carteira/cartão da gestante na admissão ao parto e
- notificar os casos de sífilis na gestação.

Solicitar o comparecimento da(s) parceria(s) sexual(is), para atendimento e tratamento:

- As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes sorológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina G benzatina, IM, (2.400.000 UI).
- As parcerias sexuais expostas há mais de um ano a paciente com sífilis latente devem ser avaliadas clínica e sorologicamente e tratadas de acordo com o diagnóstico. Na ausência de sinais e sintomas e quando for impossível estabelecer a data da infecção, deverão ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia (penicilina G benzatina, IM, 2.400.000 UI em três doses, sendo uma dose por semana – dose total de 7.200.000UI).

Sífilis congênita (SC)

A sífilis congênita é resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária.

A maioria dos RN com sífilis congênitas são assintomáticas ao nascer ou apresentam manifestações clínicas menos intensas, vindo a manifestar a doença mais tardiamente (meses ou anos depois), quando sequelas graves e irreversíveis podem se instalar.

O quadro clínico pode variar, dependendo: do tempo de exposição fetal ao treponema (duração da sífilis na gestação sem tratamento); da carga treponêmica materna; do tratamento da infecção materna; da coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Esses fatores podem levar a aborto, natimorto ou óbito neonatal, bem como sífilis congênita “sintomática” ou “assintomática” ao nascimento.

A sífilis congênita é dividida em precoce (diagnosticada até dois anos de vida) ou tardia (diagnóstico após os dois anos de vida).

Sífilis congênita precoce:

Mais da metade das crianças podem ser assintomáticos ao nascer ou ter sinais muito discretos ou pouco específicos. Quando a criança apresenta sinais e sintomas, estes surgem logo após o nascimento ou nos primeiros 2 anos de vida, comumente nas cinco primeiras semanas. Os principais sintomas são, além da prematuridade e do baixo peso, hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), periostite ou osteíte ou osteocondrite (com alterações características ao estudo radiológico), pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia, anemia e linfadenopatia generalizada (principalmente epitrocLEAR). Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal (rágades periorais), síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite.

Sífilis congênita tardia:

Os sinais e sintomas são observados a partir do segundo ano de vida, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração. Essa fase caracteriza-se pelo aparecimento de estigmas que, em geral, resultam da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema.

As principais características da sífilis congênita tardia são: tibia em “lamina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson), molares em “amora”, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, surdez neurológica e dificuldade no aprendizado.

A remissão espontânea da doença é improvável. O tratamento adequado dos casos promove a remissão dos sintomas em poucos dias. No entanto, as lesões tardias já instaladas, a despeito da interrupção da evolução da infecção, não serão revertidas com a antibioticoterapia.

Diagnóstico da sífilis congênita:

Não existe um teste sorológico específico e o diagnóstico deve ser: clínico + epidemiológico + laboratorial

- Clínico: principalmente as manifestações clínicas da SC precoce, descritas acima.
- Epidemiológico: história materna de sífilis na gestação, sem tratamento ou tratamento inadequado.
- Laboratorial: pesquisa direta do *T. pallidum*, provas sorológicas, exame radiológico, exames hematológicos e de líquido.

O diagnóstico laboratorial pode ser por:

- Pesquisa direta: identificação do treponema, por meio do campo escuro, em material coletado de lesão cutaneomucosa, secreção nasal, biópsia ou necropsia, placenta e de cordão umbilical.
- Testes sorológicos: não treponêmicos (VDRL ou RPR) e treponêmicos (FTA-Abs, TPHA, Elisa) – podem ser passados passivamente da mãe – RN:

Testes Não Treponêmicos:

- Realizar em todo RN de mãe com sífilis no PN, no parto ou suspeita SC;
- Comparar título do RN com o materno realizado no parto;
- Realizar coleta de sangue periférico do RN (o sangue de cordão apresenta baixa sensibilidade)
- Negatividade do teste não exclui a infecção no RN (infecção materna próxima do parto) e - RN de mães com sífilis, mesmo os não infectados, podem apresentar anticorpos maternos transferidos passivamente pela placenta. RN com títulos de VDRL superior ao da mãe (mais de duas diluições) tem suspeita de sífilis congênita. RN com sorologias não reagentes, mas com suspeita epidemiológica, devem repetir estes testes após o terceiro mês, devido à possibilidade de positividade tardia.

Testes Treponêmicos:

- realizar após os 18 meses de idade;
- não é preconizado FTA-Abs IgM (não tem boa sensibilidade) – podem apresentar resultados falsos negativos;
- PCR - amplificação e detecção de DNA do *T. pallidum* no sangue, líquido ou em

tecidos. (Não disponível comercialmente, limitado a centros de pesquisa). Aumenta a sensibilidade, mas custo elevado;

- exame de líquido: VDRL reagente no líquido e/ou alteração na celularidade e/ou na proteinorraquia:
 - RN <28 dias: >25 células/mm³ e/ou proteínas >150 mg/dl
 - RN >28 dias: >5 células/mm³ e/ou proteínas >40 mg/dl
- Raio-X de ossos longos: metafisite bilateral e simétrica (alternância de zonas de maior ou menor densidade), periostite, osteíte, osteocondrite etc.;
- Raio X de tórax: nos casos de pneumonia Alba;
- hemograma completo;
- outros: dosagem de bilirrubinas, transaminases etc.

Manejo do recém-nascido na maternidade:

- 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 Raio X de ossos longos, hemograma e análise do líquido 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 RN 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 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.

Tratamento:

O tratamento do RN irá depender do tratamento materno adequado ou não.

Tratamento adequado para a gestante:

- tratamento completo, com Penicilina G benzatina, adequado para a fase da doença;
- instituição do tratamento até 30 dias antes do parto.

Importante: a elevação de títulos em sorologia não treponêmica ou ausência de queda (exceto quando o título inicial for menor ou igual a 1:4), após tratamento considerado adequado, pode ser devido à reinfecção da gestante, falha terapêutica ou a tratamento inadequado.

Tratamento da sífilis congênita no período neonatal (<28 dias) – (quadro 10).

QUADRO 10. Tratamento da sífilis congênita, de acordo com a situação clínico-laboratorial da mãe

A - Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN, realizar: hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar^(a), além de outros exames, quando houver indicação clínica.

SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
A1 - Presença de alterações clínicas e/ ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A2 - Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina ^(b) , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 - Ausência de alterações clínicas, radiológicas hematológicas e/ ou líquóricas, e teste não treponêmico não reagente no sangue periférico	Penicilina G benzatina ^(c) , na dose única de 50.000 UI/kg, IM. O acompanhante é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhante, o RN deverá ser tratado com o esquema: Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg, dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias.

B - Para todos os **RN de mães adequadamente tratadas**, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN

Se reagente e com título maior em duas diluições quando comparado ao título materno e/ou na presença de alterações clínicas, realizar hemograma, radiografia de ossos longos e análise LCR.

SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
B1 - Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas, sem alterações líquóricas	Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
B2 - Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina ^(b) , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias

C - Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN

SITUAÇÃO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
C1 - Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico e o teste não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico - laboratorial	Na impossibilidade de garantir o seguimento ^(d) , deve-se proceder ao tratamento do RN com o esquema: Penicilina G benzatina , IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2- Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo alterações líquóricas	LCR normal e exames alterados Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias OU Penicilina cristalina , 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
	LCR alterado Penicilina cristalina ^(c) , na dose de 50.000UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
	LCR normal e exames normais Penicilina G benzatina ^(c) , na dose única de 50.000UI/kg, IM O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento

Fonte: DIAH/SVS/MS, 2017

^(a)Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neuros sífilis.

^(b)Níveis líquóricos treponemicidas de penicilina não são alcançados em 100% dos casos quando utilizada a penicilina G procaína, justificando-se o uso da penicilina cristalina. No entanto, em situações extremas, a penicilina procaína pode ser considerada uma alternativa à penicilina cristalina.

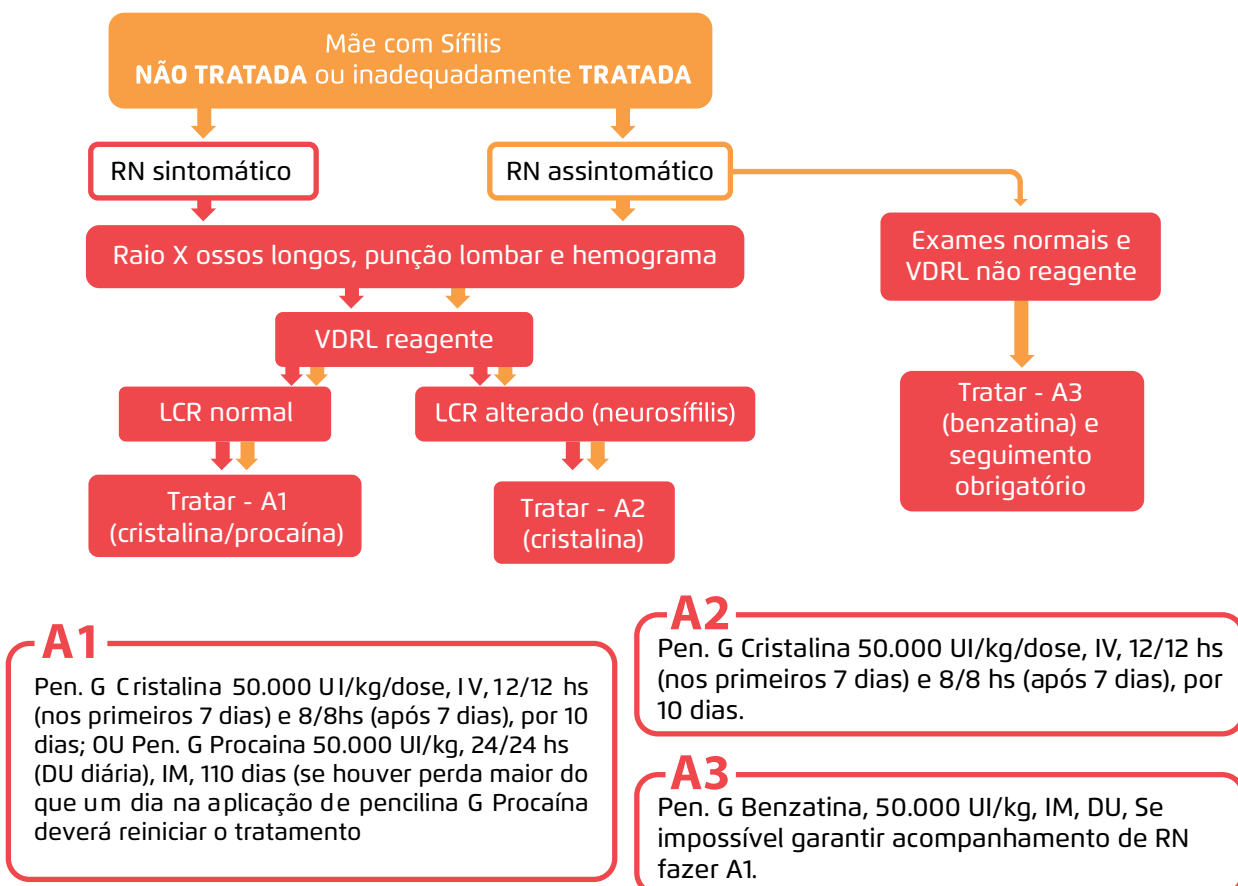
^(c)O tratamento com penicilina G procaína por 10 dias em crianças assintomáticas, com exames complementares normais, não mostrou nenhum benefício adicional quando comparado ao esquema de penicilina G benzatina.

^(d)O acompanhamento é imprescindível e deve ser realizado na puericultura para a detecção de sinais e sintomas e clínicos.

A figura 10 apresenta o Algoritmo para abordagem do RN de gestante com sífilis Não Tratada ou Inadequadamente Tratada

Figura 10 - Abordagem do RN de gestante com sífilis Não Tratada ou Inadequadamente Tratada

Tratamento da sífilis congênita no período neonatal (<28 dias)

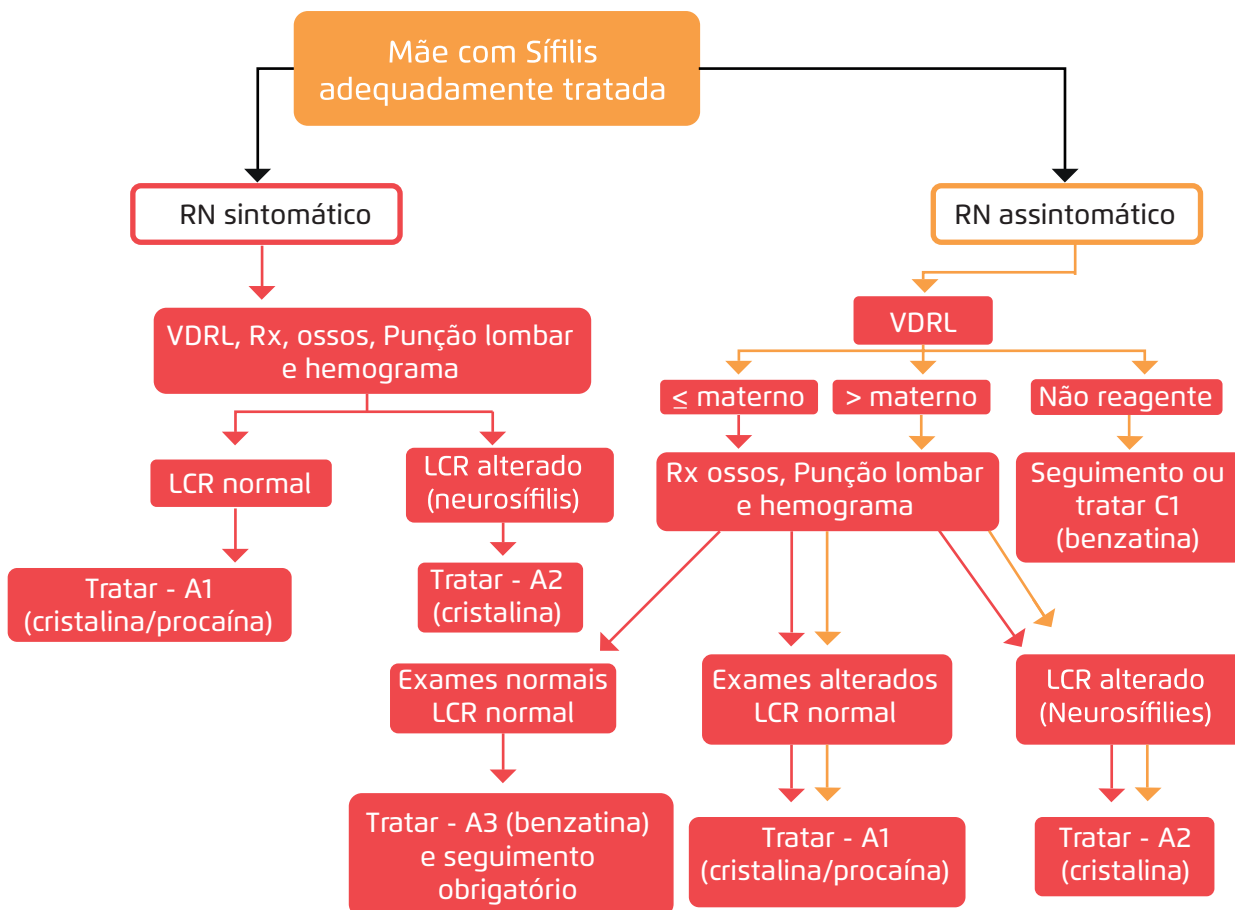


Fonte: CRT-DST/AIDS – CCD – SES/SP, 2017, modificado.

Nota: Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

A figura 11 apresenta o Algoritmo para abordagem do RN de gestante com sífilis Adequadamente Tratada

Figura 11 - Abordagem do RN de gestante com sífilis Adequadamente Tratada



Fonte: CRT-DST/AIDS – CCD – SES/SP, 2017, modificado.

Nota: Na impossibilidade de realização de punção lombar, tratar o caso como neurosífilis.

Seguimento e controle da sífilis congênita (clínico e laboratorial):

- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida, bimensais do sexto ao 12º mês e semestral até 24 meses, com exames clínicos minuciosos;
- Realizar teste não treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com um, três, seis, 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 semestralmente, por dois anos.
- Em crianças cujo resultado de líquido tenha se mostrado alterado inicialmente, deve-se fazer reavaliação líquórica a cada seis 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 sexto mês de vida e que o líquido esteja normal ao fim do segundo ano. Alterações líquóricas persistentes indicam necessidade de reavaliação clínico-laboratorial completa e retratamento;
- 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 seis e 18 meses de vida, a criança foi tratada de maneira adequada.

Seguimento ambulatorial de RN expostos à sífilis materna:

- Realizar exame clínico minucioso com um, dois, três, seis, 12 e 18 meses de vida;
- Realizar teste não treponêmico (VDRL/RPR), com titulação, com um, três, seis, 12 e 18 meses de vida;
- Pode-se interromper a coleta do teste não treponêmico (VDRL/RPR) seriado após a obtenção de dois exames consecutivos negativos;
- Com 18 meses, é recomendável realizar também um teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs);

Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal (>28 dias) – (quadro 11).

QUADRO 11 - Tratamento da sífilis congênita no período pós-neonatal (>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)

Fonte: CRT-DST/AIDS – CCD – SES/SP, 2017.

Referências Bibliográficas

ABREU, PM; CÓ, ACG; AZEVEDO, PL; VALLE, IB; OLIVEIRA, KG; GOUVEA, SA; SILVA, MFC; LOURO, ID; PODESTÁ, JRV; LENZI, J; SENA, A, MENDONÇA, EF; VON ZEIDLER, SLV. Frequency of HPV in oral cavity squamous cell carcinoma. **BMC Cancer**. 2018;18:324.

BAKER, GE; TYRING, SK; Therapeutic approaches to papillomavirus infections. **Derma-
tol Clin**. 1997;15(2):331-40.

BEUTNER, KR; FERENCZY, A. Therapeutic approaches to genital warts. **Am J Med**. 1997;102(5A):28-37.

BOUDA, M; GORGOLIS, VG; KASTRINAKIS, NG; et al. "High risk" HPV types are frequently detected in potentially malignant oral lesions, but not in normal mucosa. **Mod Pathol**. 2000;13(6):644-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 120p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Preven-**

ção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 252p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

CANDOTTO, V; LAURITANO, D; NARDONE, N; BAGGI L, CI; GATTO, R; GAUDIO, RM; SPADARI, F; CARINCI, F. HPV infection in the oral cavity: epidemiology, clinical manifestations and relationship with oral cancer. **Oral Implantol (Rome)**. 2017 Jul-Sep; 10(3): 209–220.

CARDAMAKIS, E; RELAKIS, K; GINOPOULOS, P; et al. Treatment of penile intraepithelial neoplasia (PIN) with interferon alpha- 2a, CO2 laser (vaporization) and 5- fluorouracil 5%.(5-FU). **Eur J Gynaecol Oncol**. 1997;18(5):410-3.

CASTRO, TPPG; BUSSOLOTI, FILHO I. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. **Rev Bras Otorrinolaringol**. 2006;72(2):272-82.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases – Treatment Guidelines, 2015. **MMWR Recomm Rep** 2015;64(RR-3):45-49. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

GILLISON, ML; BROUTIAN, T; PICKARD, RK; et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009–2010. **JAMA** 2012;307(7):693-703

HÜBBERS, CU; AKGÜL, B. HPV and cancer of the oral cavity **Virulence**. 2015 Apr; 6(3): 244–248.

LINGEN, MW; XIAO, W; SCHMITT, A; et al. Low etiologic fraction for high-risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas. **Oral Oncol**. 2013; 49(1):1-8.

LORDUY, MC; RICARDO, JH; ARENAS, YH; CARMONA, WM. Use of trichloroacetic acid for management of oral lesions caused by human papillomavirus. **GENERAL DENTISTRY**. March/April 2018.

MACHADO. J; REIS, PPR; ZHANG, T; et al. Low prevalence of human papillomavirus in oral cavity carcinomas. **Head Neck Oncol**. 2010;2:6.

MILLER, CS; WHITE, DK; Human papillomavirus expression in oral mucosa, premalignant conditions, and squamous cell carcinoma: a retrospective review of the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. 1996;82(1):57-68.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. **Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids** – Manual de Assistência, 1ª. edição. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde. 2017. 415p. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_aids_-_vol_iii_-_manual_de_assistencia.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. Setor de Assistência. **Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento do HPV na Rede Municipal Especializada em DST/AIDS** - Revisão da 3ª Ed. – Setembro, 2010.

SCHLECHT HP. Oral human papillomavirus infection: hazard of intimacy. **JAMA** 2012;307(7):724-5.

STOOPLER ET, BALASUBRAMANIAM R. Human papillomavirus lesions of the oral cavity. **N Engl J Med**. 2011;365: e 37.

7.2 Abordagem de Pessoas Vivendo com HIV e aids

Em pessoas vivendo com HIV e aids não tratadas com antirretrovirais, estima-se que o tempo médio entre a infecção e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos. Nesta evolução, a infecção pelo HIV pode se apresentar com variadas formas clínicas, que didaticamente compreendem a infecção aguda, fase assintomática e fase sintomática e aids.

7.2.1 Fases da infecção HIV

a. Infecção Aguda

A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas do contágio, usualmente duas a seis semanas após a infecção, quando o vírus está se multiplicando intensivamente nos tecidos linfóides.

Esta fase se caracteriza por intensa viremia e diminuição linfocitária, especialmente dos linfócitos T-CD4+. A pessoa está altamente infectante. Entre 50 a 90% das vezes ocorre a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), com febre, sudorese, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia. Também pode haver esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão (BRASIL, 2017a). Raramente há comprometimento hepático e pancreático. Raramente pode ocorrer síndrome de Guillan-Barré, meningite asséptica e neurite periférica, sendo que cefaleia e dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns.

A Síndrome Retroviral Aguda é autolimitada com remissão dos sintomas em três a quatro semanas, embora a linfadenopatia e astenia possam persistir por longo período.

O diagnóstico deve sempre ser considerado nas situações com epidemiologia sugestiva, uma vez que os sintomas não são característicos (são muito semelhantes a outras infecções virais). Assim, diante de um quadro viral agudo é importante considerar a infecção aguda pelo HIV e investigar potenciais fontes de exposição ao vírus. Como as sorologias podem vir negativas nesta fase (a produção de anticorpos anti-HIV leva em torno de 30 a 60 dias após a infecção), devem ser considerados a ocorrência de exposição de risco nos últimos seis meses; a detecção do HIV no plasma (antígeno p24 e/ou RNA), e monitoramento da evolução da sorologia anti-HIV de negativo ou indeterminado para positivo.

b. Fase assintomática

Após a infecção aguda (com ou sem sintomas) a doença entra em fase de latência clínica na qual não ocorrem sintomas que possam remeter à presença de infecção pelo HIV. É conhecida por infecção HIV assintomática.

Não há alterações significativas do exame físico, exceto pela linfadenopatia que pode permanecer por longo período. A linfadenopatia generalizada persistente é frequente e o diagnóstico diferencial inclui tuberculose ganglionar e doenças linfoproliferativas. Podem ocorrer infecções bacterianas, especialmente respiratória. As alterações laboratoriais mais comuns nesta fase (plaquetopenia, anemia e leucopenia), são usualmente leves e sem repercussão clínica.

Embora o HIV ainda esteja ativo, se replicando, ele se reproduz em níveis muito baixos, insuficientes para levar a imunossupressão rápida, mas suficiente para manter uma contínua e lenta depleção linfocitária (linfócitos T CD4+). Quando não tratada, essa fase pode durar cerca de uma década, apesar de algumas pessoas passarem rapidamente por ela. Durante todo este período a pessoa está infectante (caso não esteja sob tratamento).

Com a progressão da infecção há maior replicação viral e consequente diminuição da contagem de células T CD4+, e o final deste período é marcado pelo aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias relacionadas à infecção pelo HIV.

O uso de antirretrovirais nesta fase tem a capacidade de manter as pessoas assintomáticas por várias décadas.

c. Fase Sintomática e aids

Os sintomas constitucionais surgem na medida em que a infecção progride, podendo acontecer febre baixa, perda de peso (mais de 10% do peso corporal), sudorese noturna e astenia. Inicialmente são comuns a ocorrência de candidíase oral, leucoplasia pilosa, herpes simples recorrente, herpes zoster e dermatoses.

Com a evolução podem surgir quadros de diarreia crônica e intermitente (acima de um mês), febre de origem indeterminada (acima de um mês), infecções bacterianas das vias aéreas superior e inferior (sinusite, bronquite e pneumonia) e outras manifestações indicativas de imunodeficiência como, por exemplo, Linfadenopatia acima de 1 cm em dois ou mais sítios por mais de 30 dias, Leishmaniose visceral em adultos, Sarcoma de kaposi, Paracoccidioidomicose disseminada e carcinoma ano-retal invasivo. Nesta fase a contagem de células T CD4+ está abaixo de 350 células/mm³.

A ocorrência de infecções oportunistas, infecções neurológicas e neoplasias são indicativas de evolução para aids. Neste período a contagem de células T CD4+ está abaixo de 200 células/mm³. São consideradas doenças definidoras de Aids: criptococose extrapulmonar; pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*; micobacteriose disseminada, exceto tuberculose e hanseníase, em outros órgãos que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares; histoplasmose em outro órgão que não pulmões e linfonodos cervicais/hilares; criptosporidíase intestinal crônica; candidose de esôfago, traqueia, brônquios ou pulmões; câncer cervical invasivo; isosporíase intestinal crônica com mais de um mês de duração; leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP); toxoplasmose cerebral; linfoma não Hodgkin de células B e outros, como linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não), ou linfoma maligno imunoblástico; linfoma primário do cérebro; doença por citomegalovírus (CMV) em outro órgão que não baço, fígado e linfonodos; herpes simples muco-cutâneo acima de um mês ou visceral; sepsis recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifoide); e reativação da doença de Chagas (miocardite e/ou meningoencefalite).

Durante toda a evolução da infecção pelo HIV, em qualquer fase da doença, o vírus também pode causar morbidade por danos diretos à órgãos ou devido a processos inflamatórios, como por exemplo, nefropatia (devido a agressão glomerular), neuropatia (alterações neurocognitivas, perda de memória, lentificação psicomotora e déficit de atenção), e miocardiopatia.

7.2.2. Controlador de elite

Menos de 1% das pessoas vivendo com HIV mantém níveis plasmáticos de carga viral HIV indetectáveis durante anos, sem uso de TARV. São os chamados controladores de

elite. Nestas condições ainda não está claro o uso de TARV. Entretanto, a TARV passa a ser recomendada a todo controlador de elite que apresente sinais de progressão clínica e imunológica da doença, seja com diminuição das células LT CD+ ou com ocorrência de complicações clínicas relacionadas ao HIV.

Nas situações em que a TARV não é prescrita, deve haver monitoramento mais próximo tanto clínico, quanto de LT CD4+ e carga viral.

Para o Ministério da Saúde “dado o claro benefício da TARV, independentemente da contagem de LT-CD4+, o atraso do tratamento para observar se um paciente se tornará um controlador de elite após o diagnóstico inicial é fortemente desencorajado.” (BRASIL, 2017a)

7.2.3. Acompanhamento ambulatorial das pessoas vivendo com HIV e aids

Todas as pessoas que buscam o SAE/CR pela primeira vez devem passar pelo acolhimento, espaço que avalia as demandas, vulnerabilidades e situação de risco, para melhor direcionamento (dentro ou fora da unidade), agilidade e resolubilidade.

O profissional do acolhimento, técnico da equipe multidisciplinar, por meio de uma escuta qualificada, deve verificar as expectativas, identificar as necessidades, esclarecer dúvidas, receios, orientar e aconselhar na perspectiva da redução de danos e gestão de risco.

O acolhimento favorece a criação de vínculo da pessoa com o profissional, a equipe e o serviço de saúde, favorecendo seu comparecimento à unidade e adesão ao tratamento medicamentoso.

Realizar acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade possibilita melhor compreensão do contexto social, cultural e histórico para avaliar, juntamente com a pessoa, quais as estratégias são mais pertinentes e precisas de acordo com suas necessidades e demandas. Considerar parâmetros clínicos no acolhimento é essencial para avaliar o desconforto e definir atendimento imediato, prioritário, agendamento ou remoção para outro serviço.

No acolhimento devem ser abordados a doença, tratamento, qualidade de vida, parcerias, significado de uma adesão plena e impacto em sua vida, entre outras questões. A garantia de confidencialidade e sigilo são vitais para um bom acolhimento.

Ao final, devem ser solicitados exames conforme protocolo estipulado, agendada consulta médica (de acordo com a avaliação) e para a equipe multidisciplinar a fim de

iniciar o tratamento medicamentoso no menor tempo possível. A terapia antirretroviral (TARV) está indicada a todas as pessoas que têm o vírus HIV independentemente da contagem de células LT CD4+.

Ressalta-se que todos que chegarem ao acolhimento com sintomas, gestantes, crianças e sintomáticos respiratório devem passar em avaliação com enfermeiro ou médico imediatamente, para avaliação clínica e laboratorial, instituição de tratamento ou profilaxia para infecção oportunista quando necessário, ou ser encaminhado para referência de urgência, com orientação de retornar após alta.

A periodicidade das consultas médicas de retorno devem ser adequadas ao quadro clínico e fase de tratamento. Todos os usuários devem ter dia e hora marcadas nos seus agendamentos. Intervalos de retorno:

- Em até 15 dias após o início dos antirretrovirais para avaliação de efeitos adversos, dificuldades nas tomadas e orientações para ajustes necessários. Esta consulta pode ser realizada pelo enfermeiro ou farmacêutico.
- Mensal na vigência de instabilidade clínica, até a estabilização.
- Semestral para todos com estabilidade clínica.

Na rotina do acompanhamento ambulatorial pela equipe multidisciplinar deve-se avaliar e monitorar sistematicamente a frequência às consultas, retirada de medicamentos, uso de álcool e outras drogas, sofrimento mental, desejo reprodutivo, parcerias sexuais, gravidez, intercorrências clínicas e laboratoriais, efeitos colaterais e reações adversas a fim de intervir com a busca de faltosos, atendimento compartilhado com Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Atenção Básica, grupo de adesão, encaminhamento para outras especialidades e elaboração de plano terapêutico singular (PTS). O atendimento compartilhado e/ou individualizado da equipe multidisciplinar, médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, dentista e farmacêutico é de suma importância para promover sua participação no autocuidado.

Oferta de TARV

A terapia antirretroviral (TARV) está indicada a todas as pessoas que têm o vírus HIV independentemente da contagem de células LT CD4+ e/ou carga viral e deve ser iniciada desde que a pessoa que vive com HIV esteja esclarecida sobre benefícios e riscos, motivada e preparada, respeitando sua autonomia. Deve-se enfatizar que uma vez iniciada não deverá ser interrompida, e em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para seu início.

Além dos benefícios clínicos individuais, a pessoa deve também ser esclarecida quanto ao significado da indetectabilidade viral proporcionada pelos medicamentos, para

sua vida privada, particularmente sua vida sexual. O aconselhamento com gestão de riscos, explorando parcerias e práticas sexuais deve ser realizado sempre.

Os serviços devem assegurar a disponibilização imediata dos medicamentos para o tratamento e profilaxia da infecção pelo HIV, profilaxia primária e secundária de infecções oportunistas, tratamento de outras IST e também para os distúrbios metabólicos relacionados ao tratamento antirretroviral. Ressalta-se ainda que a farmácia deve estar disponível durante todo o horário de funcionamento da unidade.

No conjunto de ações de cuidados às PVHA um dos elementos da qualidade assistencial é a garantia de acesso aos medicamentos, com ética, equidade, respeito às singularidades, excelência técnica e uso racional. Preceitos da assistência farmacêutica. A seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos estão pactuadas nas três esferas de governo, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade sobre os antirretrovirais e para as infecções oportunistas; e IST ao Estado e Município. Os Serviços da RME, responsáveis pela inclusão de dados no SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), constituem parte importante desta programação.

No Brasil, o esquema inicial preferencial da TARV deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt (inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo/nucleotídeo) – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG).

Exceção para os casos de coinfeção TB-HIV, gestantes e situações especiais de intolerância ou contraindicação que devem fazer uso de outros esquemas.

Para informações sobre manejo das PVHA, frequência de solicitação de exames e terapêutica antirretroviral com doses, efeitos adversos, etc., consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

Assistência farmacêutica às PVHA

Dentro da equipe multiprofissional, o farmacêutico tem papel especial a desempenhar na promoção e manutenção da adesão aos antirretrovirais, haja visto sua aptidão para acolher, acompanhar, aconselhar, dispensar medicações e orientar os usuários, focalizado no uso dos mesmos.

Adicionalmente, a farmácia é um locus privilegiado para desenvolvimento de ações de adesão por possibilitar que os farmacêuticos não apenas orientem e repassem informações ao usuário, mas que o façam em um processo de troca (BRASIL, 2010).

Na introdução da TARV, quando o usuário chega à farmácia para cadastramento no SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), o farmacêutico deve in-

vestir atenção para acolhê-lo neste momento em especial. O acolhimento deve ser realizado de forma individualizada e respeitosa, criando e fortalecendo laços de confiança e apoio.

A dispensação dos antirretrovirais deve ser sempre acompanhada de orientações, permitindo ao usuário expressar suas dificuldades e dúvidas.

Aspectos abordados na orientação:

- Motivo da utilização da TARV e conscientização do comprometimento com seu tratamento;
- Apresentação dos medicamentos a serem utilizados, nome, forma farmacêutica (comprimido, cápsula, etc.), características físicas que possam causar confusão durante o uso (cor, formato, tamanho, etc.);
- Conservação e forma de transporte;
- Modo de utilização, uso adequado quanto a posologia, horários, interação com alimentos, antes durante ou após as refeições; explicar as possíveis interações com outros medicamentos, álcool e outras drogas e possíveis reações adversas;
- Avaliação do grau de compreensão das orientações fornecidas, por meio de perguntas, para verificar se o que foi informado foi entendido;
- Utilização de uma linguagem clara e simples.

Cuidados semelhantes devem ser adotados sempre que houver mudanças no esquema de tratamento, no sentido de discutir causas mais frequentes de falência terapêutica e esclarecer ao usuário a utilização do novo esquema terapêutico, reforçando a adesão.

Principais atividades realizadas pelo farmacêutico (BRASIL, 2010):

- Dispensação de medicamentos segundo a prescrição;
- Aconselhamento individual ou coletivo, seguimento farmacoterápico e atenção farmacêutica;
- Estudo de caso com o médico prescritor para subsidiá-lo para adequações necessárias;
- Capacitação dos profissionais envolvidos;
- Conhecimento, interpretação e estabelecimento de condições para cumprimento da Legislação pertinente, relativa à prescrição médica e dispensação de medicamentos;

- Fortalecimento do vínculo de confiança e responsabilidade entre o dispensador e o usuário;
- Estabelecimento de meios de comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar e compartilhamento de informações para promoção da adesão do usuário ao tratamento;
- Produção de informações sobre atraso de dispensa e abandono dos antirretrovirais;
- Compartilhamento das informações sobre adesão e abandono com a equipe multidisciplinar e responsável pela unidade.
- Orientação focalizada nas dificuldades expressas relacionadas ao uso de antirretrovirais, procurando construir estratégias de superação juntamente com o usuário favorecendo a adesão;
- Identificação, manejo e notificação de eventos adversos;
- Gerenciamento e abastecimento logísticos para garantir acesso aos medicamentos e insumos necessários à demanda, inclusive em outros estabelecimentos que utilizam antirretrovirais, como maternidades e unidades de referência para Profilaxia Pós-Exposição.

O farmacêutico possui um papel chave na promoção e manutenção da adesão. Sua orientação e aconselhamento pode prevenir irregularidades na adesão e mesmo, abandono da terapia. O monitoramento do atraso na retirada e do abandono no SI-CLOM é uma importante ferramenta para vigilância da adesão, busca e resgate dos usuários.

7.2.4. Gestantes vivendo com HIV e Aids

A transmissão vertical do HIV ocorre devido a passagem do vírus da mãe para a criança durante a gestação, parto ou amamentação. Aproximadamente 35% das transmissões acontecem durante a gestação, 65% no puerpério e a amamentação contribui com 7% a 22% por mamada.

Sem as medidas de prevenção a taxa de transmissão vertical é de aproximadamente 25% a 30%. Entretanto, pode chegar a menos de 2% quando empregadas todas as intervenções preconizadas: uso de TARV durante a gestação; uso de AZT injetável durante o trabalho de parto; uso de AZT xarope no recém nascido e não amamentação (inibição da lactação e fornecimento de fórmula láctea infantil).

Todas as gestantes vivendo com HIV devem iniciar a TARV a partir da 14ª semana de gestação, independentemente de critérios clínicos ou imunológicos. Os antirretrovi-

rais devem ser mantidos após o parto à despeito dos níveis de LT CD4+.

Antes de iniciar a TARV todas devem coletar material para genotipagem, contagem de LT CD4+ e carga viral, mas a **TARV deve ser instituída antes da chegada dos resultados.**

A supressão viral sustentada é determinante na prevenção da transmissão vertical e a carga viral deve estar abaixo de 50 cópias/ml próximo ao parto. A taxa de transmissão vertical é inferior a 1% na vigência de TARV e carga viral abaixo de 1000 cópias/ml e muito baixa quando é indetectável.

Durante o pré-natal devem ser realizados três exames de carga viral, iniciando na primeira consulta, entre um a dois meses após início da TARV, e a terceira a partir da 34ª semana de gestação para avaliar indicação da via de parto (BRASIL, 2017b). Cargas virais adicionais devem ser realizadas sempre que ocorrerem mudanças no esquema de antirretrovirais, sendo igualmente em um a dois meses após a troca para avaliar a resposta virológica.

Além destes exames, a testagem de gestantes para prevenção da transmissão vertical deve incluir os testes para (BRASIL, 2017b):

- **Sífilis:** preconiza-se a solicitação do teste em pelo menos três momentos: na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre (28ª semana) e no momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores. Na vigência de resultado positivo, deve ser iniciado tratamento conforme protocolo (capítulo 7).
- **Hepatite C:** realizar o teste de acordo com o histórico de comportamento de risco para exposição ao HCV.
- **Hepatite B:** o teste deve ser realizado na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre). Se o resultado for não reagente e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Caso a gestante apresente-se no momento do parto sem ter realizado todas as doses da vacina, deve-se proceder à testagem dessa gestante para hepatite B na maternidade.
- **Gonorreia e infecção por clamídia:** na primeira consulta do pré-natal, quando disponível.
- **Vaginose bacteriana:** na primeira consulta do pré-natal em mulheres com alto risco de prematuridade; realizar coleta de colpocitologia oncótica (se necessário).
- **Estreptococo do grupo B:** da 35ª à 37ª semana gestacional; realizar coleta de cultura de secreção vaginal, quando disponível.

Importante preencher adequadamente a carteira/cartão da gestante com todas as informações pertinentes, em especial os diagnósticos, resultados de sorologias, carga

viral, TARV e outros tratamentos que facilite seu manejo na maternidade; bem como orientar a gestante para levar a carteira/cartão da gestante na admissão ao parto.

A maternidade deve se articular com os SAE/CR para agendar o retorno antes da liberação da criança, bem como fornecer resumo de alta com informações sobre o tipo de parto, uso de AZT na mãe e no recém-nascido (e nevirapina), cabergolina, Intercorrências clínicas e outras pertinentes.

Para mais informações consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais” disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

7.2.5. Crianças e adolescentes

A assistência às crianças expostas e/ou vivendo com HIV é prestada por profissionais treinados, que realizam acompanhamento clínico, laboratorial e nutricional, e seguem esquema vacinal preconizado pelo Ministério da Saúde para os mesmos.

O ambulatório de infectologia pediátrica dos SAE/CR tem como proposta atender filhos (expostos ou infectados) de mulheres vivendo com HIV, além de crianças e adolescentes com suspeita de infecção pelo HIV, independentemente da via de exposição.

O SAE/CR deve ter uma enfermeira de referência para os casos pediátricos. Essa estratégia facilita não só a comunicação entre os pais e/ou responsáveis legais, a equipe e, eventualmente, outros serviços de saúde. É um importante profissional colaborador na adesão do usuário ao serviço e ao tratamento.

Com relação aos recém-nascidos, filhos de mães vivendo com HIV e aids, estes já devem sair da maternidade com a consulta agendada no SAE/CR, no período de 7 a 10 dias e devem levar o resumo de alta hospitalar.

Situações clínicas pediátricas que serão avaliadas e/ou acompanhadas no SAE:

- Recém-nascidos ou lactentes filhos de mãe portadoras do HIV
- Lactentes/crianças/adolescentes com suspeita de infecção pelo HIV, independentemente da via de exposição

Todos os casos, suspeitos ou confirmados, devem passar pelo acolhimento para:

- Avaliação de risco e vulnerabilidades considerando a demanda (espontânea ou encaminhada), apresentada pelos pais ou responsáveis legais;
- Realização do Teste Rápido para HIV nos casos suspeitos de infecção pelo HIV, para maiores de um ano;
- Investigação inicial da situação social da criança;
- Realização do cadastramento da criança;
- Arquivamento no prontuário dos documentos encaminhados pela unidade de saúde (pública ou privada) de origem, quando for o caso;
- Acolhimento, aconselhamento, revelação e orientação dos pais e/ou responsáveis legais sobre o diagnóstico de infecção da criança/adolescente (quando pertinente);
- Orientação dos pais e/ou responsáveis legais (quando pertinente) sobre o seguimento e tratamento da criança/adolescente no serviço, assim como sobre os documentos necessários para a primeira consulta;
- Orientação e reforço para não amamentar, no caso de criança exposta ao HIV, e fornecimento da fórmula láctea. A amamentação é contraindicada para mulheres vivendo com HIV e aids;
- Agendamento da primeira consulta do lactente ou da criança com o pediatra infectologista e nutricionista o mais breve possível, sendo no mesmo dia dependendo da avaliação de risco e vulnerabilidade realizada. No caso do adolescente, sugerimos a primeira consulta com o hebiatra, quando houver ou pediatra infectologista ou até mesmo infectologista de adulto, que tenha experiência no atendimento do adolescente. Além disso, agendar consulta com psicólogo, nutricionista e serviço social.

Criança exposta ao HIV

Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV e aids deverão receber antirretroviral e fórmula láctea ainda na maternidade, como medidas complementares de profilaxia da transmissão vertical.

Idealmente o AZT oral deve ser iniciado na sala de parto após os cuidados imediatos (ou nas primeiras 4h de nascimento), e mantido por quatro semanas. A nevirapina deve ser associada ao AZT em até 48h após o nascimento se a mãe não usou antirretrovirais na gestação; a carga viral materna for desconhecida ou acima de 1000 cópias/ml no 3o trimestre; houver história de má adesão mesmo com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml no terceiro trimestre; presença de IST, especialmente a sífilis; parturiente com resultado reagente no momento do parto (BRASIL, 2017b).

As consultas médicas devem ser mensais nos primeiros seis meses e, no mínimo bimestrais a partir do primeiro ano de vida. Idealmente a consulta deve ser realizada de forma compartilhada ou no mesmo dia, com a equipe de nutrição ou enfermagem com fornecimento de fórmula láctea.

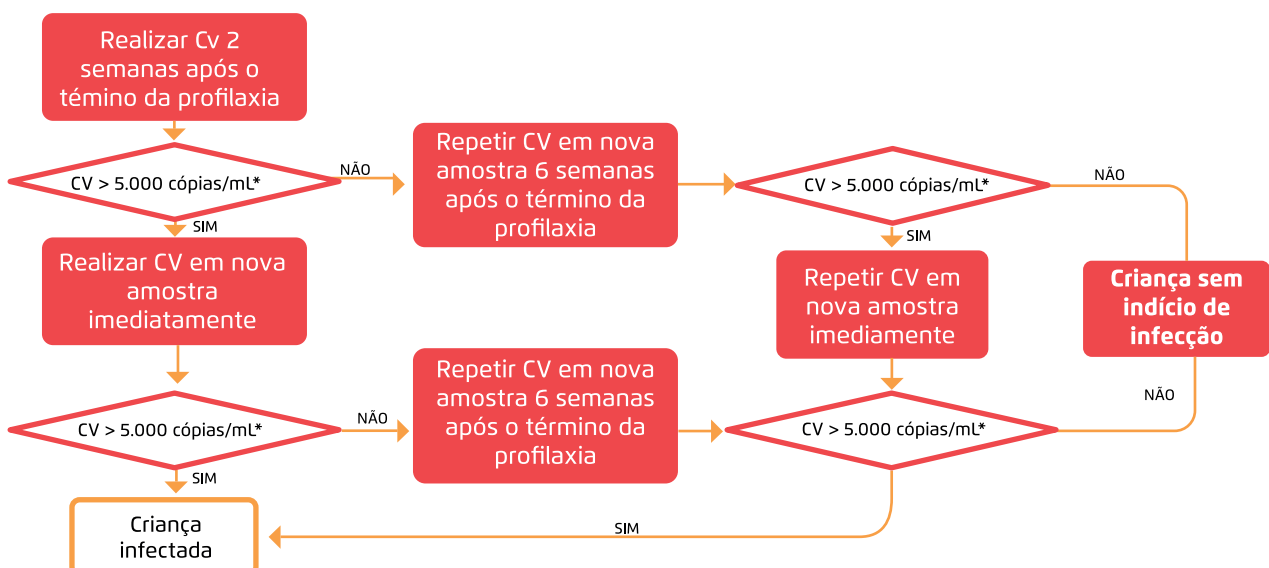
A Secretaria Municipal da Saúde é responsável pela dispensação da fórmula infantil e do leite integral para os filhos de mães soropositivas. Os SAE/CR são responsáveis pelo fornecimento da fórmula láctea de acordo com a idade da criança.

Constantemente orientar sobre as medicações profiláticas (Zidovudina xarope ou Sulfametoxazol-trimetoprima suspensão), uso correto, efeitos colaterais e investigar a adesão. É muito importante a participação concomitante da equipe farmacêutica neste processo.

Deve-se monitorar a ocorrência de sinais de déficits de crescimento e desenvolvimento.

Para o diagnóstico da infecção é necessário realizar pelo menos duas cargas virais de acordo com o algoritmo abaixo (BRASIL, 2018):

Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral – Carga Viral HIV em crianças entre um e 18 meses, após uso de profilaxia com ARV par criança



Fonte: DIAHV/SVS/MS (2018)

Nota: *Valores até 5.000 cópias/mL sugerem resultados falso-reagentes e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação assim que possível.

Observações:

1 Este algoritmo foi elaborado para o uso de testes de quantificação do RNA viral plasmático – CV-HIV.

2 Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando 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 Recomenda-se realizar a sorologia anti-HIV nas crianças com mais de 18 meses para documentar o resultado da sorologia.

O seguimento deve ser mantido até a definição do caso. Se o caso for definido como não infectado pelo HIV, deverá receber alta do SAE/CR e encaminhado para seguimento na UBS. Todas as crianças expostas e com dois resultados de cargas virais consecutivas indetectáveis devem realizar sorologia após 18 meses de idade para documentar que houve sororreversão. Quando o resultado da sorologia for não reagente, concluir a notificação da criança exposta como **não infectada**.

As crianças que receberam alta do SAE deverão retornar uma vez por ano até o final da adolescência (18 anos de idade), para avaliação dos possíveis efeitos no feto, do vírus HIV e dos antirretrovirais durante a gestação.

Recém-nascidos, crianças ou adolescentes infectados pelo HIV

- Inicialmente, as consultas médicas serão semanais ou quinzenais. Nessas primeiras avaliações serão analisados os aspectos: social, psicológico e clínico do lactente, da criança ou do adolescente, iniciada TARV e profilaxias de acordo com o PCDT de Criança e Adolescente do Ministério da Saúde. Avaliar constantemente a adesão à TARV;
- Consultas mensais para crianças e adolescentes com dificuldades relacionadas à TARV e para crianças até cinco anos. Podem ser agendadas consultas com enfermagem em intervalos menores para manejo da adesão;
- Consultas bimensais para crianças e adolescentes aderentes a TARV com carga viral indetectável;
- Consulta de preferência compartilhada ou no mesmo dia, com a nutricionista e/ou profissional da enfermagem para o fornecimento da fórmula láctea;
- Os exames laboratoriais serão realizados de acordo com o PCDT HIV Criança e Adolescente 2018 observando a rotina do laboratório de referência do Município de São Paulo. A Genotipagem deverá ser agendada conforme o estabelecido acima, nesta primeira consulta;
- A imunização deverá ser realizada na unidade de saúde mais próxima à residência ou no próprio SAE, caso tenha sala de vacina, seguindo o protocolo PCDT HIV

Criança e Adolescente 2018;

- A fórmula láctea será fornecida de acordo com idade e/ou necessidade da criança.

Exames solicitados no seguimento:

- Carga Viral – a cada três meses.
- CD4/CD8 – de acordo com o resultado da Carga Viral.
- Bioquímicos (Hemograma, glicemia, ureia, creatinina, TGO e TGP) – a cada três meses.
- Bioquímico (Colesterol) – a cada seis meses ou anualmente.
- Sorologias de HBV, HCV e Sífilis – solicitado para adolescente com vida sexual ativa a cada seis meses ou anualmente.
- Raio X de tórax – solicitado se criança ou adolescente apresentar tosse há mais de 15 dias.
- BK – solicitado se adolescente apresentar tosse há mais de 15 dias.

Para mais informações consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes”, disponível em <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília – DF, 2010. 224 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF. 2017a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF. 2017b. Disponível

em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

7.2.6. Coinfecções

a. Coinfecção com tuberculose

Rastreamento de tuberculose ativa em Pessoas Vivendo com HIV/Aids

As PVHA tem risco aumentado para adoecer por tuberculose (TB), e esta é a principal causa de morte nesta população. O óbito na coinfecção TB-HIV ocorre principalmente no início do tratamento da TB, tornando urgente o diagnóstico e o início de tratamento.

Todas as PVHA, independentemente de tratamento prévio para TB devem ser questionadas sobre febre, tosse, perda de peso ou sudorese noturna por qualquer profissional de saúde toda vez que for ao SAE.

Na presença de quaisquer destes sintomas, ou qualquer outro que sugira TB, iniciar investigação, solicitando exames específicos, a depender da sintomatologia e/ou órgão acometido:

- Raio X de tórax, sempre.
- Teste rápido molecular para TB (TRM-TB): método molecular que detecta DNA do Complexo *Mycobacterium tuberculosis* e cepas resistentes à rifampicina, pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real. Demanda somente uma amostra de escarro e cerca de duas horas para resultado. Como o teste identifica material genético de bacilo vivo ou morto, não está indicado para acompanhamento do tratamento de TB e nem para diagnóstico de casos de retratamento (recidivas e reingressos após abandono).

Indicações do teste rápido molecular para TB (TRM-TB):

- Prioritariamente para diagnóstico de TB pulmonar e laríngea, em materiais respiratórios: escarro, escarro induzido, lavado broncoalveolar, secreção traqueal.
- Em pacientes com suspeita de falência ao esquema básico, para identificação

precoce de resistência à rifampicina;

- Nos casos de retratamento, para triagem de resistência à rifampicina;
- Pode ser utilizado para diagnóstico de algumas formas extra-pulmonares em: líquido, material de gânglios linfáticos e outros tecidos, em laboratórios especiais e através de técnicas específicas de preparo.

Observações:

- Concomitantemente à solicitação de TRM-TB, deve-se solicitar também cultura, identificação e teste de sensibilidade para os demais fármacos, tanto para casos novos de TB quanto para retratamentos, para qualquer forma de tuberculose.
- Para amostras de sangue e aquelas oriundas de punções e biópsias - e caso não tenha sido feito o TRM-TB, solicitar baciloscopia (quando indicado), cultura para micobactérias, identificação e teste de sensibilidade;
- Outros exames de imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada), a depender de cada caso;
- Anatomopatológico.

Rastreamento de Infecção Latente da Tuberculose (ILTB) em PVH

O tratamento da ILTB diminui o risco de TB ativa.

Devem ser rastreados todos os pacientes assintomáticos:

- No início do seguimento;
- Na reconstituição imunológica;
- Anualmente, para os pacientes com teste tuberculínico negativo e sem tratamento prévio para ILTB ou TB ativa.

Como fazer o rastreamento:

- Certificar-se de que o paciente é assintomático.
- Solicitar: Raio X de tórax e prova tuberculínica com derivado proteico purificado (PPD) como exames de rastreamento inicial, lembrando que:
 - Se a contagem de CD4 for baixa, PPD abaixo de 5mm (não reator) deverá ser repetido quando da recuperação imunológica
 - Com qualquer contagem de CD4, PPD não reator deverá ser repetido anualmente

- Se PPD atual ou progresso $\geq 5\text{mm}$, não há necessidade de se repetir este teste; prosseguir conduta para tratamento de ILTB.

Tratamento da ILTB

Somente após ter sido descartada TB ativa deve-se instituir tratamento para ILTB. O tratamento de ILTB não é urgência e, portanto, enquanto não houver dados clínicos e laboratoriais que assegurem que o paciente não está doente com tuberculose ativa, não se deve ser iniciado.

Para tanto, observar se:

1. Radiografia de tórax normal, **E**:
 - PPD $\geq 5\text{mm}$ **OU**;
 - contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente do PPD; **OU**
 - PPD $< 5\text{mm}$ com registro documental de ter tido PPD $\geq 5\text{mm}$ e não submetido a tratamento de TB ativa ou latente, na ocasião.
2. Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (afastada possibilidade de TB ativa por meio de exames de escarro, radiografias anteriores e, se necessário, tomografia computadorizada de tórax), independentemente do resultado do PPD.

Preenchidos os critérios acima, iniciar isoniazida 10mg/kg dia, na dose máxima de 300mg/dia, por 6 a 9 meses.

Priorização de atendimento:

O tratamento da TB ativa é urgente e imediato ao diagnóstico. Em casos graves, o tratamento pode ser instituído empiricamente, após coleta de todos os materiais cáveis para baciloscopia, TRM-TB, cultura e exame histopatológico.

Pacientes que chegam ao serviço já com diagnóstico de TB devem ser atendidos de forma prioritária e, caso tratamento de TB ainda não iniciado, isto deve acontecer já na primeira visita ao serviço.

Os pacientes devem ser reavaliados periodicamente, idealmente em duas semanas após o início do tratamento e em tempo não inferior a 30 dias subsequentemente. Quando necessário, deverão ser reavaliados em intervalos menores, de acordo com as necessidades de cada caso.

O tratamento pode ser realizado através do TDO (Tratamento Diretamente Observado), na unidade da rede municipal especializada ou na UBS da escolha do paciente, desde que a Vigilância Epidemiológica controle e supervisione esta atividade, além de ser acionada para realizar a busca ativa dos comunicantes e do paciente faltoso.

Em pacientes virgens de TARV, o tratamento da TB ativa sempre precede o início da TARV.

Para pacientes em uso de antirretrovirais no momento do diagnóstico da TB, a TARV não deve ser interrompida, e sim apenas ajustada, quando necessário.

Tratamento:

A introdução do Tratamento de HIV deve ocorrer entre duas a oito semanas após o início do tratamento de TB.

Em pacientes com CD4 < 200 cel/ml, a TARV deve ser iniciada após duas semanas de tratamento da TB.

Em pacientes com CD4 > 200 cels/ml, a TARV deve ser iniciada após 8 semanas de tratamento da TB.

O Esquema preferencial para TARV em pacientes com TB/HIV é: **Raltegravir 400mg 12/12 h + Tenofovir 300 mg/Lamivudina 300 mg/dia.**

Em pacientes que já estão em uso de TARV:

- RHZE + esquema contendo efavirenz;
- RHZE + lamivudina + tenofovir + raltegravir, dependendo do histórico de uso de ARV ou de acordo com a genotipagem;
- Rifabutina HZE + esquema contendo Inibidor da Protease.

Acompanhamento e alta:

O acompanhamento do paciente TB/HIV deve ser mensal para a avaliação da evolução de queixas, sintomas clínicos, ganho de peso. O controle de peso é importante para o ajuste de medicações realizadas. A monitorização de função renal, função hepática deve ser periódica. O Raio X de tórax deve ser realizado no início do tratamento e periodicamente a partir do segundo mês de tratamento.

A baciloscopia e cultura de controle deve ser mensal, sendo indispensável no segundo e sexto mês do esquema básico.

A decisão do momento de encerramento por cura do paciente deve ser feita pelo médico de acompanhamento da unidade de referência através da avaliação da quantidade de doses da medicação e da ausência ou presença de sintomas e resultados de baciloscopia e cultura dos escarros.

b. Coinfecção com Hepatite B

Todas as PVHA devem ser investigadas para hepatite B. A história natural da evolução da hepatite B é muito afetada pela infecção HIV. Ocorre maior replicação do vírus B com progressão mais rápida da doença hepática, risco mais elevado de cronificação que em monoinfetados (cinco a seis vezes maior), alta viremia, menores taxas de soroconversão espontânea do HBeAg/anti-HBe e HBsAg/anti-HBs, pior resposta ao tratamento, reativação da hepatite e aparecimento precoce do hepatocarcinoma (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b). O risco de mortalidade por causas hepáticas, principalmente por hepatocarcionoma, é três vezes maior.

O impacto da hepatite B crônica na evolução da infecção HIV é pouco compreendido. Recomenda-se tratar todas as PVHA para hepatite B e vacinar as susceptíveis (BRASIL, 2017b). A vacina produz imunidade superior a 90%, mas a resposta é mais baixa quando o LT CD4+ está abaixo de 200 células/ml.

Ambas as infecções podem ser tratadas pelo esquema inicial da TARV, na forma como proposta atualmente, com dois análogos. Tanto o tenofovir quanto a lamivudina possuem atividade contra o HIV e o HBV. Entretanto, se a infecção pelo HIV não estiver sendo tratada por qualquer motivo, sugere-se poupar o tenofovir e a lamivudina, pois seu emprego em monoterapia poderá levar a resistência ao HIV.

Por sua vez, na contra-indicação de tratamento da hepatite B, deve-se iniciar rapidamente a TARV para tratar o HIV, incluindo tenofovir no esquema.

Para mais informações sobre diagnóstico e tratamento da coinfecção consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes” e o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções”, disponíveis em < www.aids.gov.br/pcdt>.

c. Coinfecção com Hepatite C

Anualmente todas as PVHA devem realizar sorologia para hepatite C e quando positiva, a carga viral HCV deve ser solicitada. Os coinfectados devem ser vacinados para hepatite A e B.

A infecção pelo HIV pode facilitar a transmissão parenteral e sexual do HCV e acelerar

a evolução da doença hepática. A hepatite C progride mais rapidamente em pessoas coinfectadas, com aproximadamente 30% evoluindo para cirrose em menos de 20 anos ou doença hepática descompensada, apresenta menores taxas de clareamento viral espontâneo e pior resposta ao tratamento.

O tratamento da hepatite C é uma prioridade na coinfeção, e está indicado independentemente dos LT CD4+ ou do grau de fibrose hepática (BRASIL, 2018). Orienta-se tratar primeiro a infecção pelo HIV até a supressão viral antes de se iniciar o tratamento da hepatite C, principalmente quando há imunossupressão grave.

Com o emprego dos medicamentos mais novos no tratamento da hepatite C é possível atingir taxas de Resposta Viroológica Sustentada (RVS) semelhantes a dos moínfectados.

Os Antivirais de Ação Direta (DAA) apresentem interação com alguns antirretrovirais e os esquemas devem ser compatibilizados, bem como realizados ajustes de dose, quando indicado.

Embora a tolerabilidade aos novos medicamentos seja melhor, a adesão deve ser estimulada e monitorada durante o tratamento.

Para mais informações sobre diagnóstico e tratamento da coinfeção consultar o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes” e o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções”, disponíveis em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfeções**. Brasília, DF. 2017a. 120 p.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF. 2017b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções**. Brasília – DF. 2018. 89 p.

8 ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL

Adesão ao tratamento é atualmente entendida como a utilização ideal dos antirretrovirais da forma mais próxima do prescrito, respeitando as doses e horários (BRASIL, 2017).

É fundamental para o sucesso do tratamento, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Além de trazer inúmeros benefícios para a saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, suprime a carga viral a níveis indetectáveis, previne a resistência e reduz de modo importante o risco de transmissão sexual do vírus.

A adesão permanece como o maior determinante da resposta terapêutica e também como um grande desafio para sua manutenção, sendo uma das principais causas de falha de tratamento. Tem como finalidade suprimir a carga viral para níveis **indetectáveis**, que resultará em benefícios imediato para a saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids e se isto se der de forma sustentada (duas cargas virais indetectáveis num período de seis meses) irá prevenir o aparecimento de resistência viral aos ARV e reduzir o risco de transmissão do vírus por via sexual a níveis insignificantes (Indetectável = Intransmissível – I = I).

Trata-se de é um processo dinâmico, que varia de pessoa para pessoa e na mesma pessoa ao longo do tempo. É multidimensional, abrangendo aspectos do usuário (clínicos, psicossociais, culturais e comportamentais) e do serviço (acesso, existência de atividades de promoção da adesão, equipe multidisciplinar, trabalho em conjunto com o usuário, atendimento humanizado, etc.), fruto de uma aliança terapêutica entre usuário e profissional (CARACIOLO, 2007).

Ao longo do acompanhamento ambulatorial, a retenção ao cuidado possui papel central na supressão viral sustentada, sendo essencial para manutenção do acesso à TARV. As PVHA com retenção abaixo do ideal levam o dobro do tempo para atingir

supressão viral (CRAWFORD, 2017). Sem retenção não há adesão.

O sucesso na adesão aos antirretrovirais envolve sua tomada na dose e frequência prescritas, comparecimento às consultas agendadas, realização de exames e a retirada dos medicamentos na data prevista (a não retirada de TARV após sete dias da data prevista é sinal de alerta e a não retirada de TARV a partir de três meses após a data prevista caracteriza abandono de tratamento) (BRASIL, 2009).

Humanização, integralidade e equidade (reconhecer e respeitar as diferenças individuais) são fundamentais no desenvolvimento de ações para promoção da adesão ao tratamento do HIV/Aids.

O tratamento antirretroviral deve ser iniciado desde que a pessoa que vive com HIV e aids esteja esclarecida sobre benefícios e riscos, motivada e preparada, respeitando sua autonomia. Deve-se enfatizar que uma vez iniciada não deverá ser interrompida, e em nenhuma situação deverá haver qualquer tipo de coerção para seu início.

São aspectos que podem prejudicar a adesão (BRASIL, 2017):

- Efeitos colaterais da medicação antirretroviral;
- Irregularidade na frequência ao serviço, por qualquer motivo;
- Complexidade do regime terapêutico, que inclui o número de doses e de comprimidos que precisam ser ingeridos diariamente;
- A precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é insuficiente;
- Baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento;
- Não aceitação do diagnóstico, não reconhecer que a condição de infecção pelo HIV é uma realidade;
- Presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade;
- Relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde;
- Crenças negativas, informações inadequadas e falta de conhecimento sobre a infecção e o tratamento;
- Uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Dificuldade de adequação à rotina do tratamento;
- Medo da discriminação;
- Exclusão.

A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica, por isso a compreensão desses aspectos dificultadores é o primeiro passo para o seu manejo e superação. As dificuldades devem ser identificadas e compreendidas caso a caso, uma vez que a vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, difere de uma pessoa para outra.

Considerando essa singularidade, o Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta importante para o sucesso da adesão. Deve ser elaborado junto ao usuário, pois, quando este entende seu tratamento e participa das decisões a respeito do mesmo, torna-se mais propenso a aderir com mais facilidade ao tratamento.

Conversar sobre o que são HIV e Aids, os períodos assintomáticos e sintomáticos da infecção, o que o HIV afeta no organismo, como o vírus se multiplica nos linfócitos T CD4, a ação dos medicamentos antirretrovirais para impedir a replicação viral e seus efeitos colaterais são temas fundamentais para que a PVHA compreenda a cronicidade de sua doença e seu tratamento.

São estratégias importantes para adesão (SÃO PAULO, 2017a; SÃO PAULO, 2017b):

- Adaptar o esquema de medicação ao estilo de vida do usuário;
- Realizar abordagem em equipe interdisciplinar para prescrição da TARV, com a finalidade de facilitar a adesão adequada desde o início;
- Agendar retorno ao serviço em no máximo 15 dias após início da medicação para observação e manejo de eventos adversos e outras dificuldades relacionadas à adesão;
- Manter a motivação do usuário para a adesão;
- Identificar os fatores relacionados à não adesão;
- Orientar e esclarecer as dúvidas a respeito do tratamento, detectadas na dispensação de medicamentos – assistência farmacêutica;
- Facilitar o acesso aos ARV sempre que o usuário procurar a unidade de saúde sem os medicamentos. O usuário não pode ir embora da unidade sem os antirretrovirais. Deve ser atendido no mesmo dia pelo médico e/ou outro profissional de nível superior que possa fornecer os medicamentos previamente, prescritos após orientações;
- Realizar atendimentos individuais e coletivos focalizados na adesão, como consulta de enfermagem, consulta farmacêutica, grupos terapêuticos, grupos focais, etc.;
- Monitorar continuamente a adesão visando a identificação precoce de irregularidades para intervir mais rapidamente, prevenindo a não adesão e o abandono

do tratamento. Isto envolve acompanhar a retirada das medicações, o comparecimento às consultas médicas e os resultados da carga viral;

- Estruturar espaços de reuniões e trocas entre a equipe multi, para discussão de casos, atualização e encaminhamentos necessários.

Avaliação e monitoramento da adesão:

Todos os profissionais da equipe multidisciplinar são responsáveis por avaliar a adesão no cotidiano do atendimento.

Atualmente, estão recomendados para monitorar a adesão à TARV o autorrelato do usuário, o monitoramento da carga viral, da retirada dos antirretrovirais e do comparecimento às consultas médicas. São métodos diretos e indiretos de aferição do uso dos medicamentos, que podem facilmente ser incorporados pelo serviço.

Indagar sobre a rotina de uso dos medicamentos, efeitos colaterais, dificuldades e como o usuário maneja o tratamento é essencial para detectar e sanar irregularidades. O autorrelato é um dos métodos mais utilizados para estimar a adesão ao tratamento na prática ambulatorial (BRASIL, 2017).

A carga viral HIV é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia da TARV e pode ser utilizada para detectar precocemente problemas na adesão, sempre que se tornar detectável e/ou em contínua elevação. A falha virológica é definida pela ocorrência de carga viral detectável após seis meses do início (ou mudança) do tratamento ou quando a carga viral se torna detectável em pessoas que mantinham supressão viral (carga indetectável) com o tratamento.

O monitoramento da dispensação dos antirretrovirais por meio do SICLOM é um instrumento gerencial, simples e potente para vigilância da adesão, busca e resgate dos usuários. Possibilita a identificação de retiradas irregulares e do abandono de tratamento. É necessário estabelecer fluxos para detecção dos atrasos e estratégias de intervenção, com levantamento mensal no sistema.

A identificação de faltas às consultas pode ser obtido por meio do acompanhamento do agendamento pelo Sistema Integrado de Gestão de Atendimento (SIGA) e pela informação da equipe (incluindo a recepção) das faltas no dia. Deve-se construir fluxo de informação dos usuários que faltaram às consultas e a gerência e/ou profissionais que desencadearão ações de contato e busca.

Existem outros métodos de avaliação da adesão ao tratamento, mas que são utilizados de forma mais restrita como contagem de pílulas, utilização de questionários, frascos com dispositivo para monitoramento eletrônico.

Alerta de má adesão e abandono:

São considerados sinais de alerta para a má adesão a não retirada de TARV após sete dias da data prevista para uma nova retirada e/ou falta às consultas médicas (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que sejam considerados casos de abandono ao tratamento, os usuários que não retirarem os antirretrovirais a partir de 100 dias após a data prevista e não retornarem às consultas em seis meses (BRASIL, 2009).

Recomendações:

- Todos os serviços devem instituir estratégias de monitoramento e de promoção da adesão aos antirretrovirais;
- Manter a equipe capacitada para avaliar a adesão aos antirretrovirais em todas as consultas;
- Valorizar o autorrelato, especialmente quando há referência de dificuldades;
- Realizar avaliação sistemática da farmácia sobre a retirada dos ARV – avaliar mensalmente usuários em atraso e em abandono;
- Manter o SIGA atualizado;
- Instituir consulta de adesão sempre que for detectado falta de supressão viral, falta às consultas, atraso na retirada dos ARV;
- Implantar a busca e resgate dos casos em abandono de tratamento e/ou do serviço.

Para promover e manter a adesão aos antirretrovirais é necessário acompanhar as tomadas dos medicamentos, o comparecimento às consultas e exames agendados e especialmente, a retirada das medicações na data prevista. É útil perguntar sempre, investigar problemas e dificuldades relacionadas às tomadas, ficar alerta e conversar com o usuário sempre que não comparecer às consultas e coleta de exames sem aviso prévio, principalmente, sempre que houver atraso na retirada dos antirretrovirais.

A importância de identificar os usuários faltosos e em abandono, permite ao serviço estabelecer estratégias para promoção e manutenção da adesão ao tratamento e também de prevenção da má retenção ou abandono do serviço.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica nº 208. 2009 - UAT/DST/AIDS/SVS/MS**. Orientações para abordagem consentida, alerta de má adesão aos antirretrovirais e critério de abandono ao tratamento. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-tecnica-no-2082009>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

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. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF. 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

CARACIOLO, JMMC; SHIMMA, E. (Org.). **Adesão** - da teoria à prática: Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. 2007. 289 p. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/Adesao.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.

CRAWFORD, TN; 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.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, CCD, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS** - Manual de Assistência. Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS. 2017a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, CCD, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS** - Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde. Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS. 2017b.

9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação de dados clínicos e de produção das unidades possibilitam o acompanhamento de objetivos, metas e funcionamento do serviço. O processo avaliativo viabiliza a identificação de falhas, revisão e estabelecimento de fluxos e estratégias para sua correção.

Deve-se estabelecer rotina de avaliação periódica nos SAE para subsidiar a reorientação das atividades. Para tanto, é produtivo utilizar diferentes fontes de informação, com escolha de indicadores e dados que melhor traduzam e verifiquem as prioridades estabelecidas. É igualmente importante conhecer os sistemas de informação (limites e possibilidades), definir as informações prioritárias e o conjunto mínimo de indicadores que serão utilizados.

O coordenador do SAE deve discutir na equipe e definir atribuições e responsabilidades no processo de coleta e fluxo das informações e dados, de modo a estabelecer uma rotina de monitoramento e avaliação. O acesso aos sistemas de informação em tempo oportuno, deve estar garantido.

Ressalta-se que o modo como as informações são produzidas e analisadas no cotidiano dos serviços e o quanto possibilitam a reflexão do processo de trabalho, é essencial para o estabelecimento de um processo adequado de monitoramento e avaliação (SÃO PAULO, 2017).

A forma e a sistematização do registro de informações são cruciais para sua produção e análise. A existência e disponibilidade dos dados são condições para o processo de monitoramento e avaliação.

As informações geradas nos SAE servem para subsidiar a tomada de decisão por permitirem avaliação da estrutura do serviço, de resultado e do processo de trabalho em aspectos como o absenteísmo, perfil epidemiológico, transmissão vertical, taxa de abandono, usuários em TARV com carga viral suprimida, etc.

A análise das informações deve sempre ser apresentada e discutida com a equipe, de modo a possibilitar a reflexão sobre o diagnóstico realizado e busca de formas de reorientação do trabalho.

Recomenda-se que os serviços se estruturam para monitorar e avaliar a vinculação, retenção, adesão e supressão viral, comparecimento às consultas, usuários em TARV (também o gap de tratamento), ocorrência de transmissão vertical, IST e tuberculose.

Ferramentas de apoio ao monitoramento

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais gerencia quatro sistemas - o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), o Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO) e o Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC), quase todos podem ser acessados e utilizados pelos serviços em seu processo de monitoramento e avaliação.

Adicionalmente, os SAE podem apoiar suas análises em outros sistemas de saúde do Ministério, como o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ambos fornecidos pelo DATASUS.

- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Utilizado para notificar casos de aids, hepatites virais e algumas doenças sexualmente transmissíveis, além de controlar o registro e o processamento desses dados em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>.
- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade. Sistema sobre mortalidade desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, produto da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos até então utilizados. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.
- SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos. É o sistema de informação que controla o estoque e a distribuição de ARV para os serviços do SUS. Além destas informações, fornece relatórios sobre o número de usuários em TARV, bem como os que estão em atraso e em abandono. Usuários em PEP e em PrEP. É acessível a todos os serviços. Disponível em: <https://siclom.aids.gov.br> e <http://azt.aids.gov.br>.
- SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de LT CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV. Sistema informatizado que facilita o controle dos processos de cadastramento de usuários e armazenagem do histórico dos exames realizados.

Pode ser acessado via internet, utilizando criptografia de dados, pelos laboratórios que realizam exames de CD4+/CD8+ e carga viral do HIV, coordenações estaduais e municipais de IST e aids. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pagina/2010/sistema-de-controle-deexames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de-lymfocitos-c>.

- Sistema LAUDO - Impressão de Laudos e Resultados do SISCEL, SISGENO e Histórico Terapêutico: Consiste em sistema web desenvolvido para facilitar o acesso de médicos e enfermeiros aos resultados da carga viral do HIV, contagem LT CD4+/CD8 e genotipagem do HIV. É possível imprimir a ficha de solicitação (laudo) para o próximo exame. Neste sistema também é disponibilizado o histórico terapêutico do paciente. Para ter acesso ao Sistema LAUDO, o profissional deverá preencher e assinar o "Termo de Responsabilidade" e outros procedimentos.
- SISGENO – Sistema e Informação para Rede de Genotipagem. É o sistema sobre os usuários com falha terapêutica aos antirretrovirais. Este sistema armazena informações geradas a partir dos exames realizados para facilitar futuras análises; e também é uma ferramenta de acompanhamento desses exames para os Médicos de Referência em Genotipagem e para laboratórios credenciados. Disponível em: <https://sisgeno.aids.gov.br>.
- SIMC – Sistema de Monitoramento Clínico: criado em 2014 pelo o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a partir do relacionamento dos bancos de dados do SISCEL e SICLOM, para promover a identificação e o monitoramento de usuários em gap de tratamento pelos serviços. Está em contínua implementação e atualmente podem ser obtidos relatórios dos usuários em gap de tratamento (nunca iniciaram antirretroviral); usuários em TARV há mais de seis meses que apresentam carga viral detectável (provável falha terapêutica - em implementação) e usuários em abandono de TARV (em implementação).

Cabe aos SAE monitorar o gap avaliando e informando suas causas. O relatório é nominal de modo a possibilitar seu monitoramento, com verificação do status atual de cada um ("já em tratamento", "óbito", "recusa de tratamento", "não localizado", "não permite contato", "criança exposta", "transferido", "abandono de TARV", "HIV negativo" e "não acompanhado nesta unidade"). Ao final, um caso poderá permanecer ou sair do gap de tratamento, contribuindo para o gap atualizado de cada unidade aonde foi inicialmente identificado. O monitoramento deve ser realizado rotineiramente pelos serviços, visto que os benefícios do uso da TARV são dependentes da supressão viral máxima e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos é uma evolução natural da replicação viral. Disponível em: <https://simc.AIDS.gov.br>.

- SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Atendimento. É um software para a gestão dos recursos e serviços prestados pelo SUS desenvolvido pela Prefeitura de São Paulo. Atualmente também implantado em outros municípios. É possível

verificar as consultas realizadas e agendadas nos serviços do município de São Paulo.

- Outros registros dos serviços: cadastros, fichas de aprazamento, comparecimento, agendamento de exames, etc. Todos são fontes de informação, desde que sejam acordadas as formas de coleta e os fluxos.

A supressão viral é fundamental para o sucesso do tratamento, sendo seu o objetivo primário. Sua obtenção depende da adequada vinculação, retenção e adesão. A identificação de usuários não vinculados, faltosos, em abandono, em gap ou em falha de tratamento está na governabilidade da RME, bem como no seu âmbito de atuação.

Estes sistemas de informação são ferramentas potentes de gestão e devem ser utilizados para conhecimento da realidade, identificação de fragilidades e inadequações, estabelecimento de metas e implementação de estratégias de prevenção e resolução de suas ocorrências. Além disto, também fornecem subsídios para acompanhamento clínico e laboratorial dos usuários em acompanhamento.

Recomendações para monitoramento:

- Vinculação: todos os serviços que fizeram o diagnóstico da infecção pelo HIV devem acompanhar a trajetória de vinculação até comprovação do atendimento pela referência. Podem ser utilizados: contato com usuário (sempre por um dos meios previamente combinados); contato com a referência; procura nos sistemas SISCEL, SICLOM e SIGA.
- Absenteísmo: todos os serviços da RME devem monitorar as faltas dos usuários, especialmente às consultas médicas. Podem ser utilizados o SIGA e registros locais da informação;
- Retenção: todos os SAE devem identificar o abandono no SIGA, SIMC, SICLOM e em registros locais. Recomenda-se discussão dos casos e elaboração de PTS em equipe;
- Adesão: todos os SAE devem utilizar os sistemas para detectar irregularidades nas retiradas dos medicamentos e também o surgimento de detectabilidade viral na vigência da terapia. Utilizar o SIMC, SICLOM e SISCEL. Também utilizar as avaliações dos profissionais e prontuários. Recomenda-se discussão dos casos e elaboração de PTS em equipe;
- Manter a equipe motivada e capacitada para o registro adequado das informações nos diferentes sistemas/planilhas. A formulação de indicadores, tais como concentração de consultas, taxas de absenteísmo e abandono, taxas de transmissão vertical, etc., requer registros de boa qualidade.
- Estruturar reuniões sistemáticas de equipe. A prática de discussão de casos, in-

cluindo a não adesão, abandono e óbito, é promotora de contínua alteração das estratégias, fluxos e atividades implantadas nos serviços como, por exemplo, a busca de faltosos, consulta farmacêutica e contato com usuários em abandono;

Referências bibliográficas

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, CCD, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. **Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS** - Manual Gestão da Rede e dos Serviços de Saúde. Série: Diretrizes para Implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/AIDS. 2017.

10

FLUXOS DA LINHA DE CUIDADO: ELABORADOS A PARTIR DE DEMANDAS RELACIONADAS AOS PRINCIPAIS PONTOS DE ATENÇÃO

Na concepção de Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Primária é a porta de entrada preferencial, mas não é a única. Acredita-se que a entrada no sistema de saúde não deve ser rígida ou única, e que o usuário pode utilizar qualquer ponto da rede para suprir sua necessidade em saúde. A partir daí, a unidade que recebeu o usuário é responsável por avaliar e orientar a demanda, realizando procedimentos diagnósticos para facilitar seu acesso ao(s) serviço(s) que ele necessita.

Os fluxos da linha de cuidado desenhados abaixo foram elaborados considerando as demandas de IST/HIV/Aids que os usuários podem apresentar ao chegar aos diferentes equipamentos de saúde. Descrevem seu percurso no sistema a partir da proposição de ações e atividades mínimas (de promoção, prevenção, cura e reabilitação), que devem ser desenvolvidas em cada ponto de atenção. Ressalta-se que as propostas foram elaboradas respeitando a competência e governabilidade de cada ponto em questão.

Demandas mais frequentes dos principais pontos de atenção

Demandas do SAE:

- **Demanda espontânea:**
 - Intercorrências de pacientes já em acompanhamento (clínica/social/psicológica)
 - Testagem
 - IST
 - PEP
 - PrEP

- Desejo de retomar o acompanhamento (abandono)
- Pegar receitas
- **Demanda encaminhada:**

Pacientes HIV positivos, recém diagnosticados ou não, provenientes da rede privada (hospitalar e consultórios) ou da pública (UBS, policlínicas, AMA, UPA, CAPS, Hospitais, Consultório na Rua, etc.):

- Seguimento clínico
- Cadastro para retirada de TARV (pacientes da rede privada)
- Testagem
- Tratamento de IST
- Ações extramuros
- **Convocado:**
 - Abandono de serviço e/ou da TARV
 - Faltas no acompanhamento
 - Alterações nos exames (BAAR +, CD4 baixo?)

Demandas do CTA:

- **Demanda espontânea:**
 - Testagem
 - IST
 - PEP
 - PrEP
- **Demanda encaminhada:**
 - Testagem

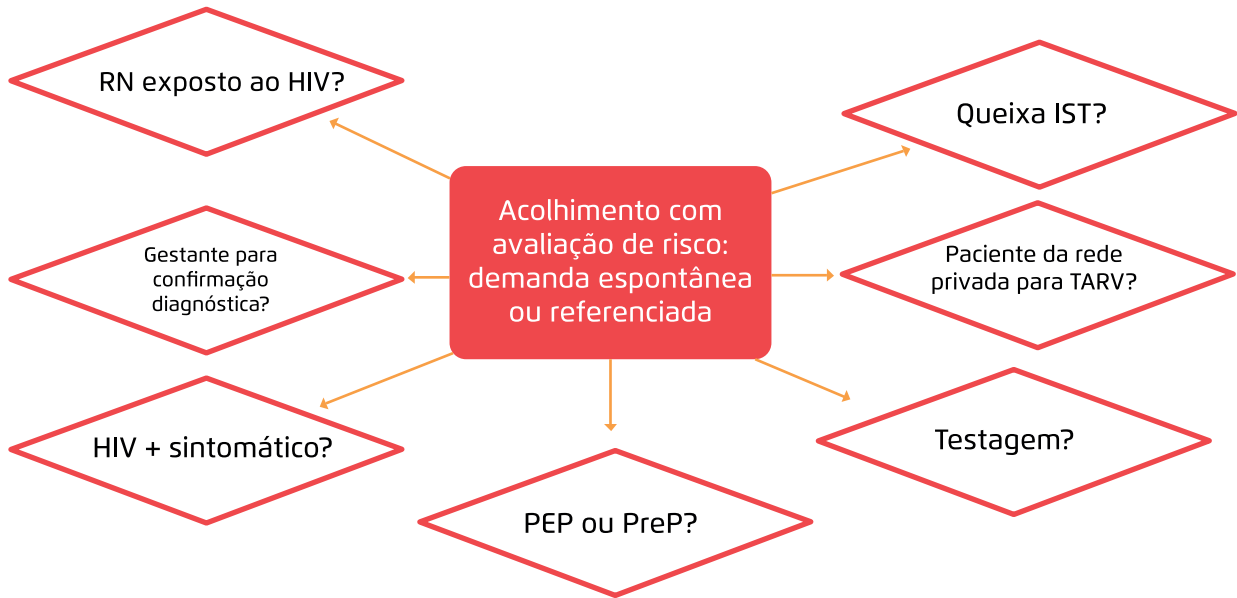
Atenção Básica

- IST
- Sífilis congênita
- Criança exposta à sífilis
- Gestante
- Tuberculose

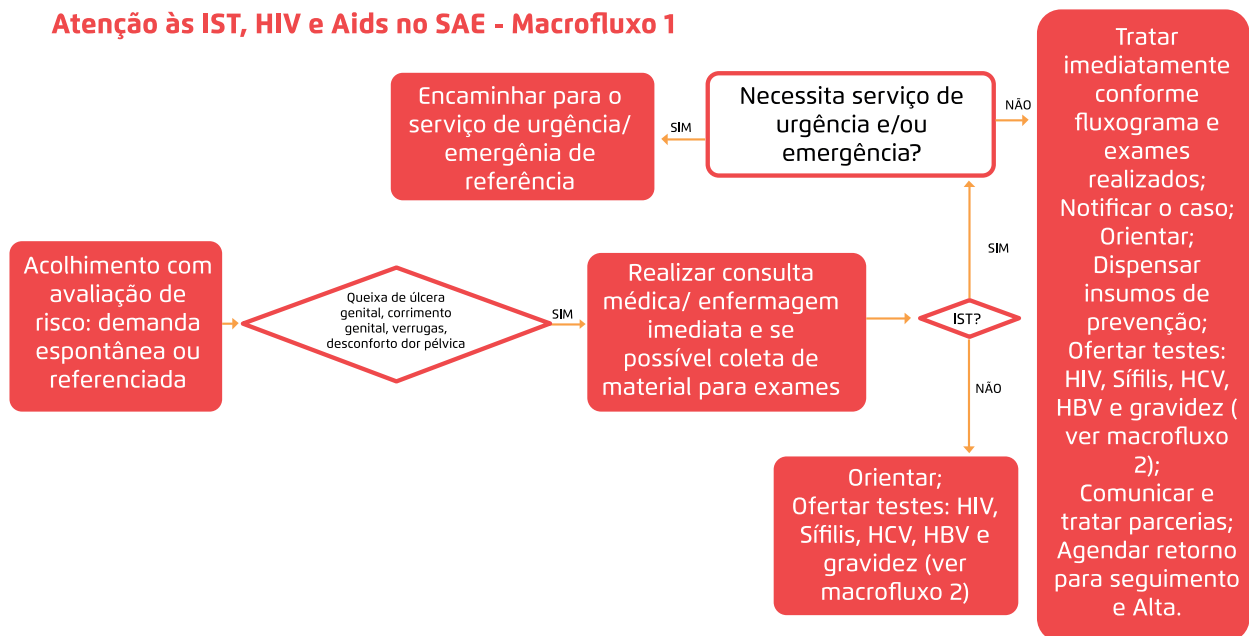
Maternidade

- Gestante HIV positiva
- Gestante com sífilis
- Gestante sem testagem realizada

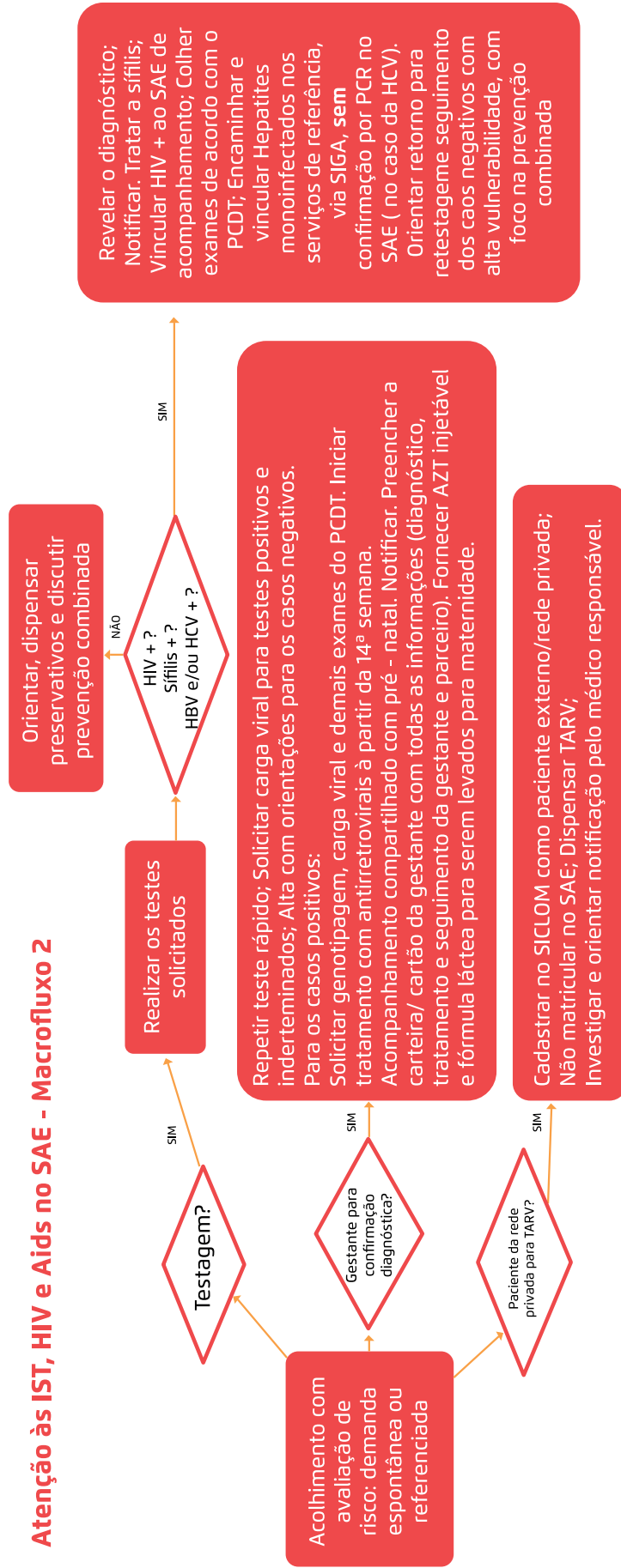
Atenção às IST, HIV e Aids no SAE - Principais demandas



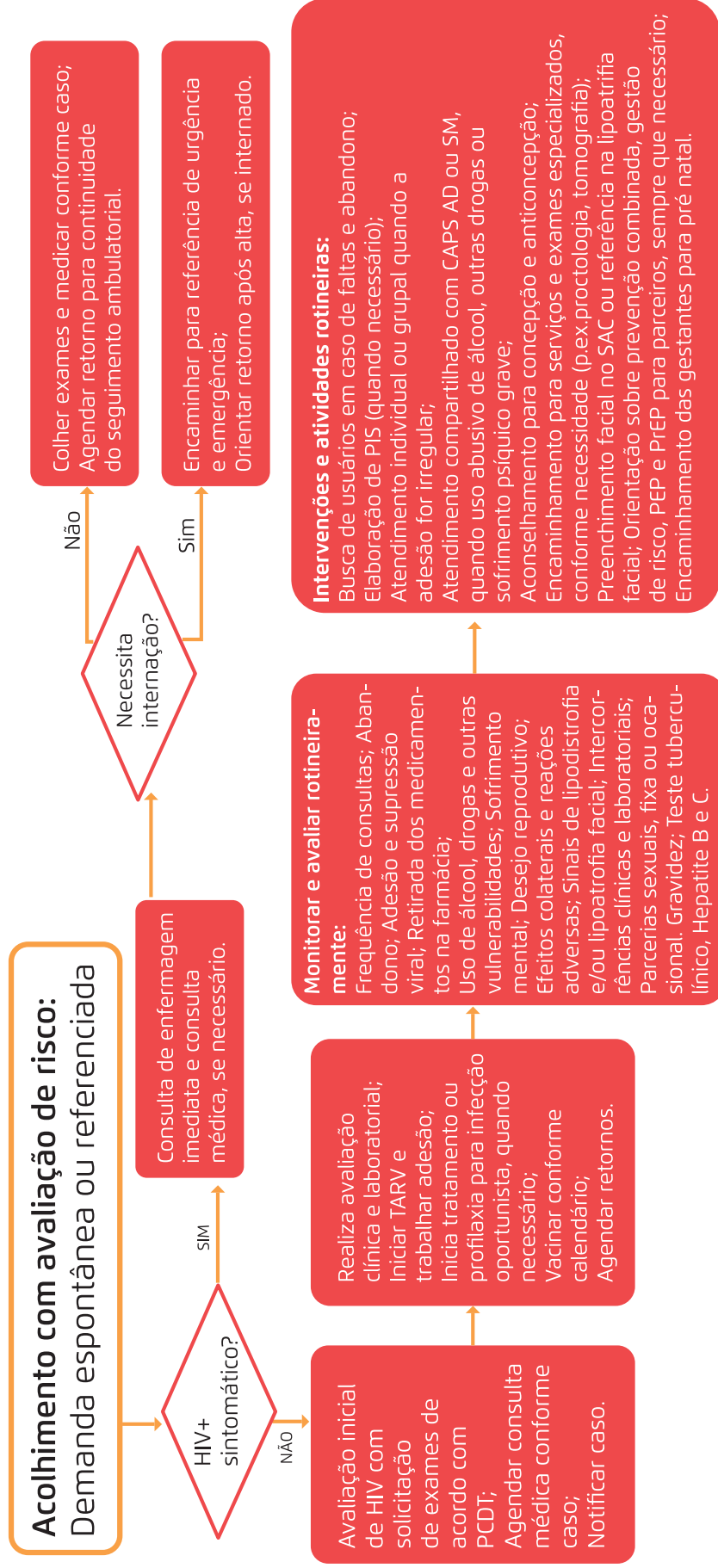
Atenção às IST, HIV e Aids no SAE - Macrofluxo 1



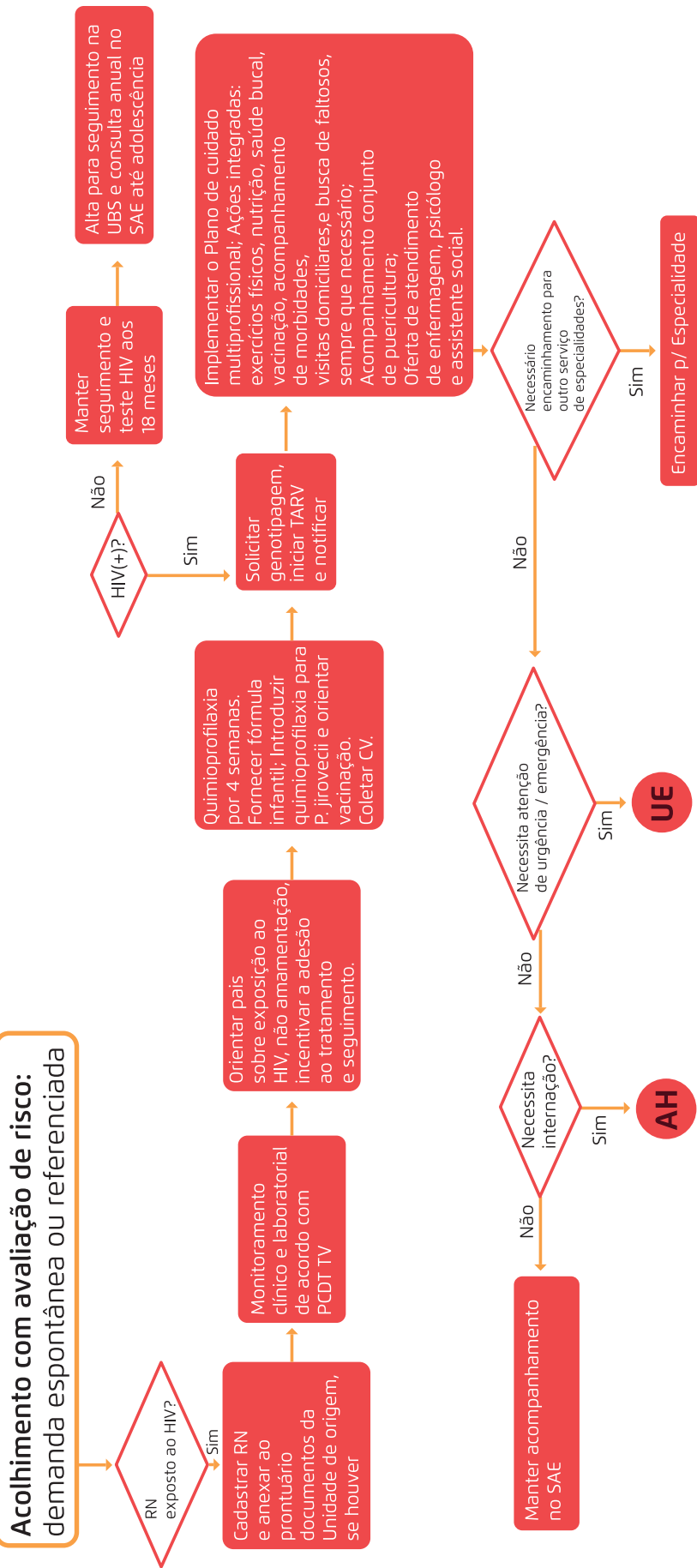
Atenção às IST, HIV e Aids no SAE - Macrofluxo 2



Atenção às IST, HIV e Aids no SAE - Macrofluxo 3

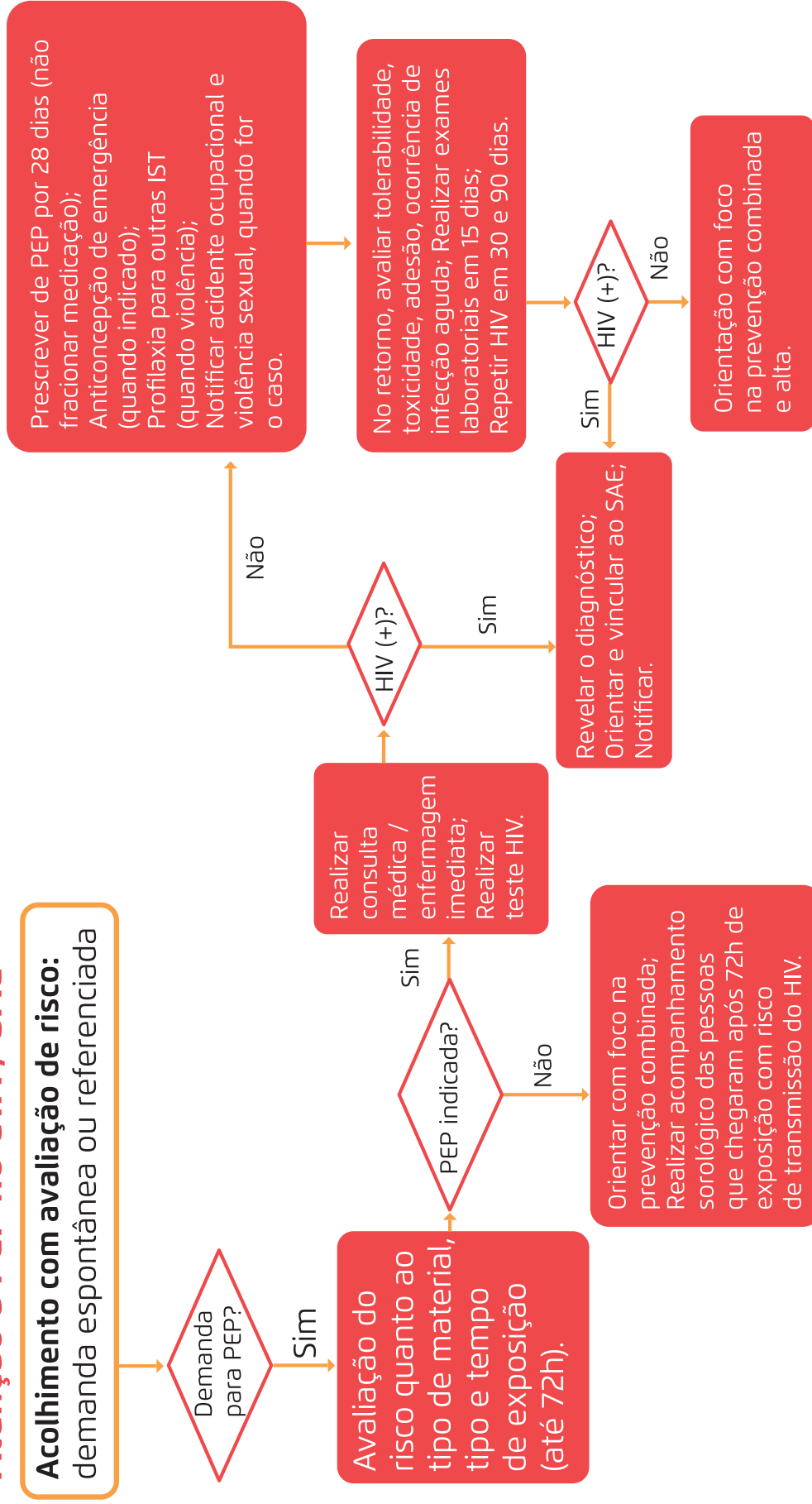


Atenção às IST, HIV e Aids no SAE - Macrofluxo 4



Atenção à PEP no CTA / SAE

Acolhimento com avaliação de risco:
demanda espontânea ou referenciada



Atenção à PrEP no CTA / SAE

Acolhimento com avaliação de risco:
demanda espontânea ou referenciada

Realizar consulta médica /
enfermagem imediata;
Realizar teste rápido para HIV, sífilis.

HIV (+)?

Não

Sim

Demanda para PrEP?

Sim

Realizar avaliação dos critérios para indicação de PrEP; Afastar necessidade de PrEP imediata. Se PrEP indicada, realizar imediatamente de acordo com o fluxograma "PrEP no CTA/SAE" e PCDT; Orientar retornos e possibilidade de PrEP posterior ao término da PrEP.

PrEP indicada?

Sim

Não

Orientar com foco na prevenção combinada e gerenciamento de risco; Dispensar insumos de prevenção.

Revelar o diagnóstico; Orientar e vincular ao SAE; Notificar.

HIV (+)?

Sim

Não

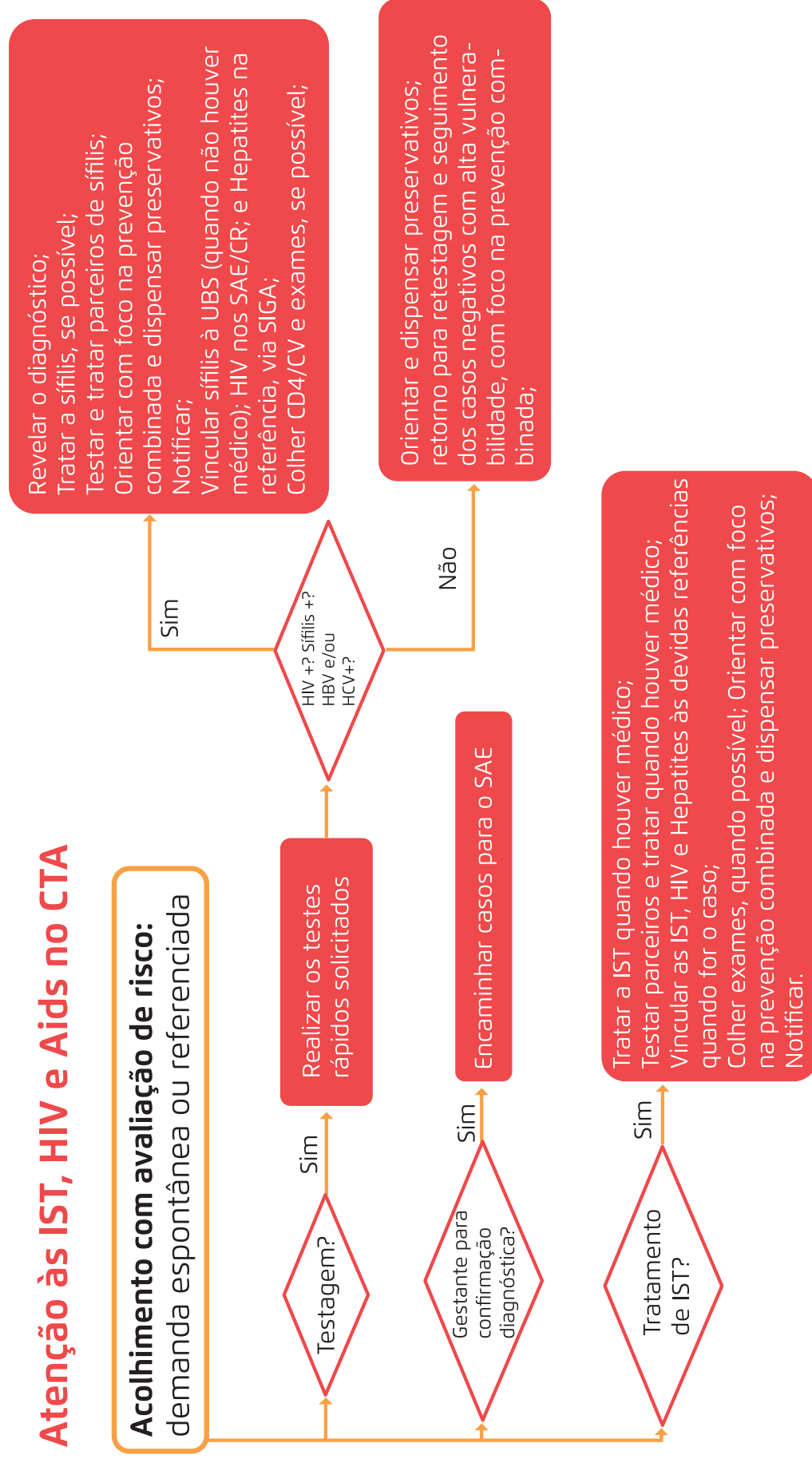
Manter em acompanhamento clínico e laboratorial trimestral

Avaliação clínica e laboratorial, em especial identificar e tratar IST, realizar função renal e hepática; Testar para Hepatites B e C; Vacinar suscetíveis para hepatite B; Encaminhar e vincular Hepatites monoinfectados para avaliação com especialista nas referências, via SIGA, sem confirmação por PCR no SAE (no caso da HCV).

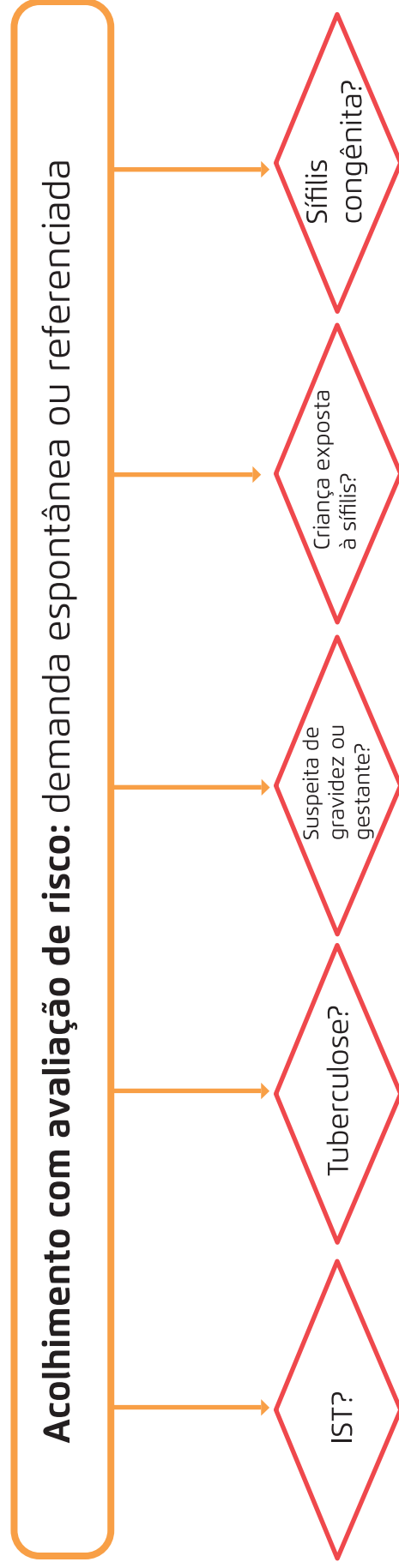
Dispensar medicação para 30 dias na primeira prescrição. A segunda pode ser para 60 ou 90 dias e então trimestral.

Nos retornos avaliar: tolerabilidade, adesão (motivar), toxicidade, eventos adversos, ocorrência de infecção aguda; avaliação clínica e laboratorial de acordo com PCDT, teste de HIV, ocorrência de IST; gerenciamento de risco e prevenção combinada; reavaliar indicação de PrEP; necessidade de interrupção da PrEP. Prescrição e retornos trimestrais na estabilidade, dependendo da avaliação e do resultado do TR HIV.

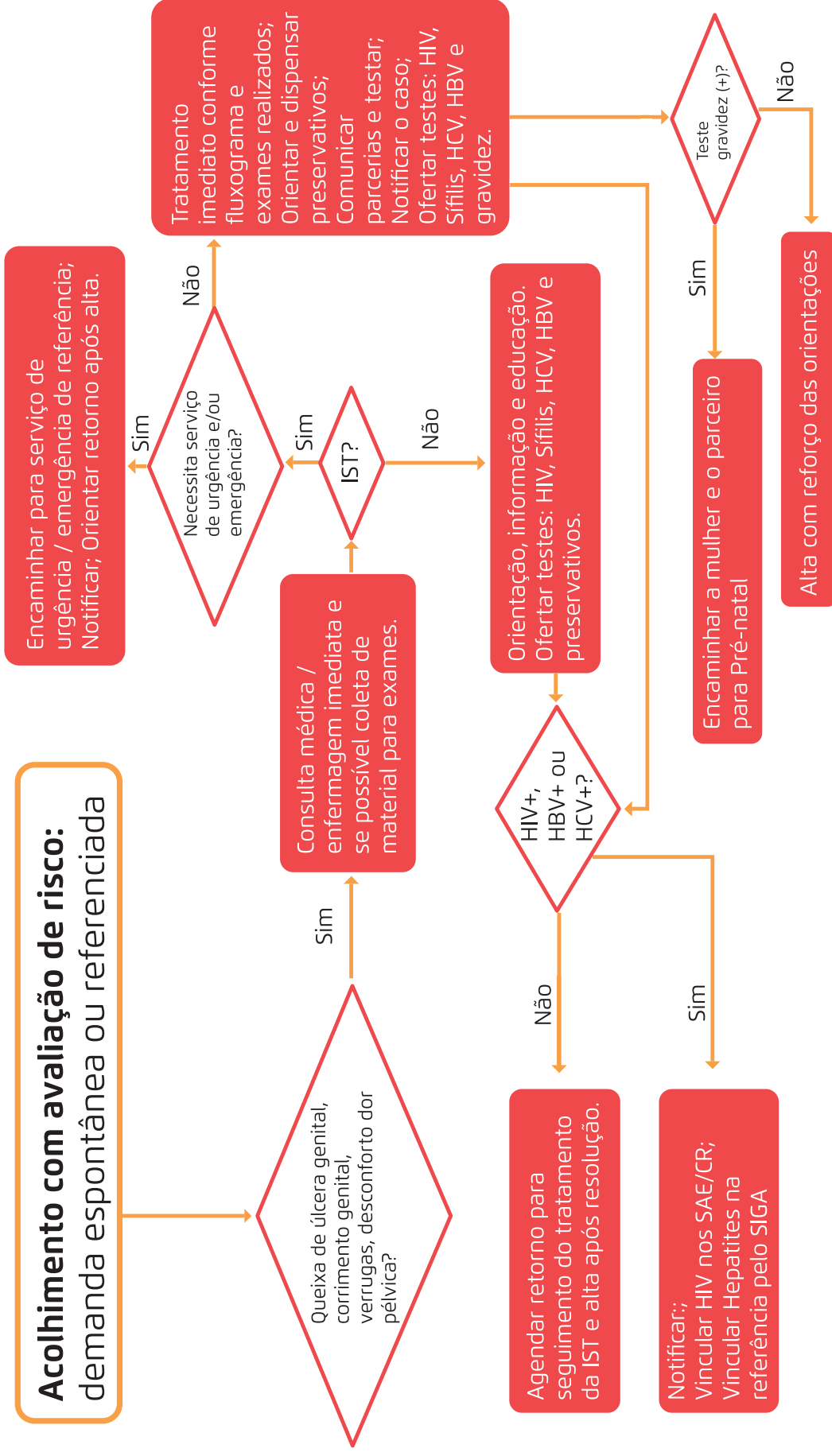
Atenção às IST, HIV e Aids no CTA



Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Principais demandas

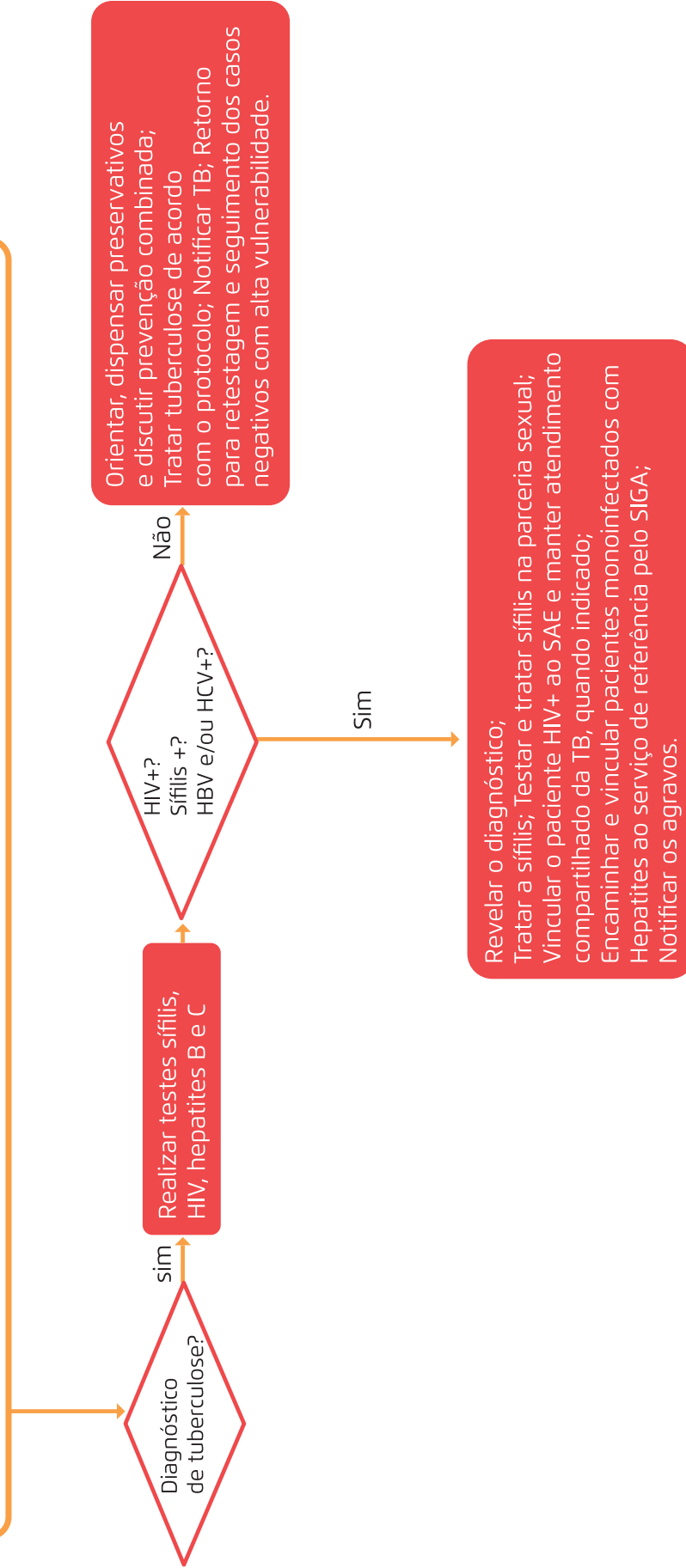


Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 1

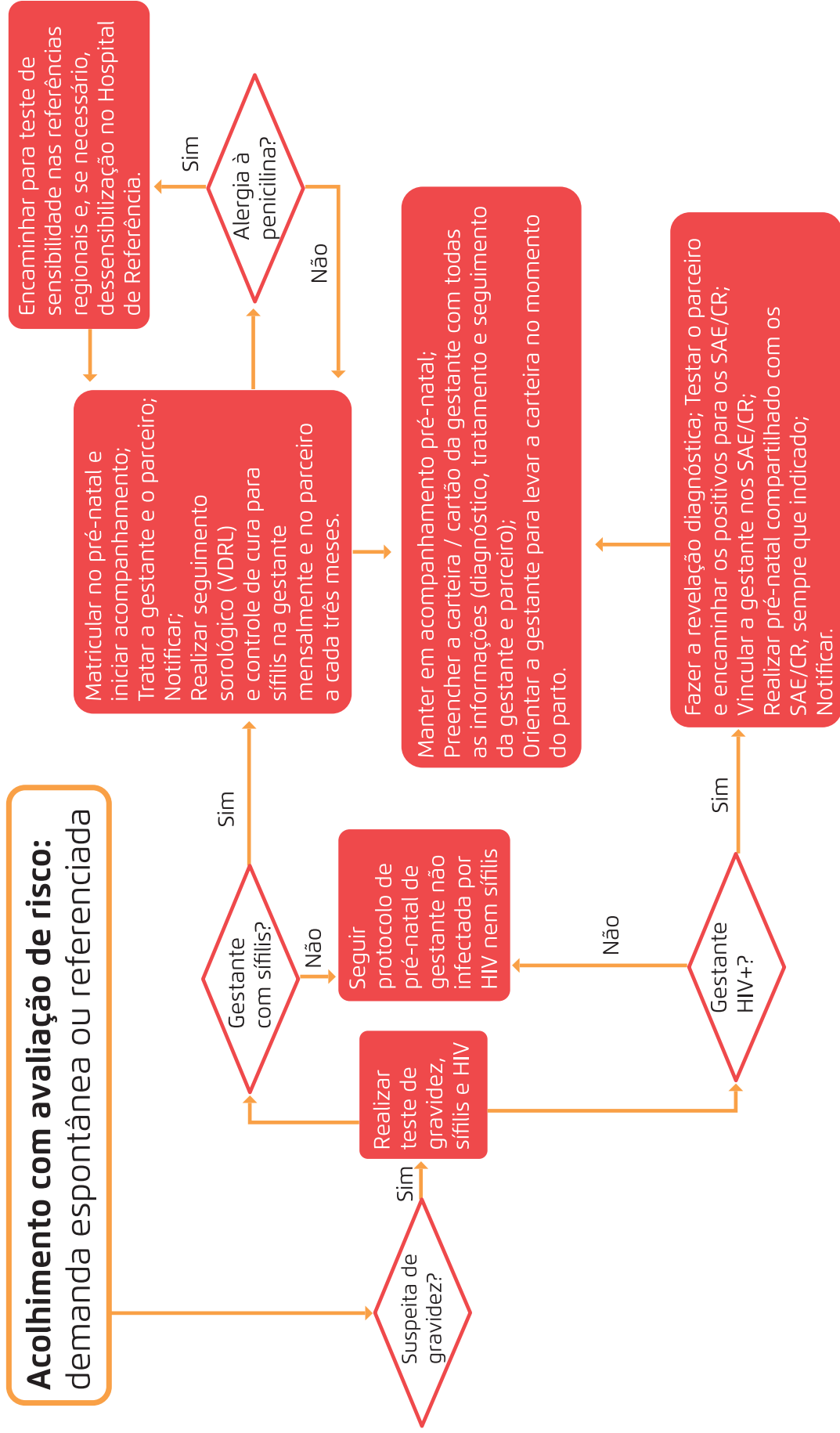


Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 2

Acolhimento com avaliação de risco: demanda espontânea ou referenciada

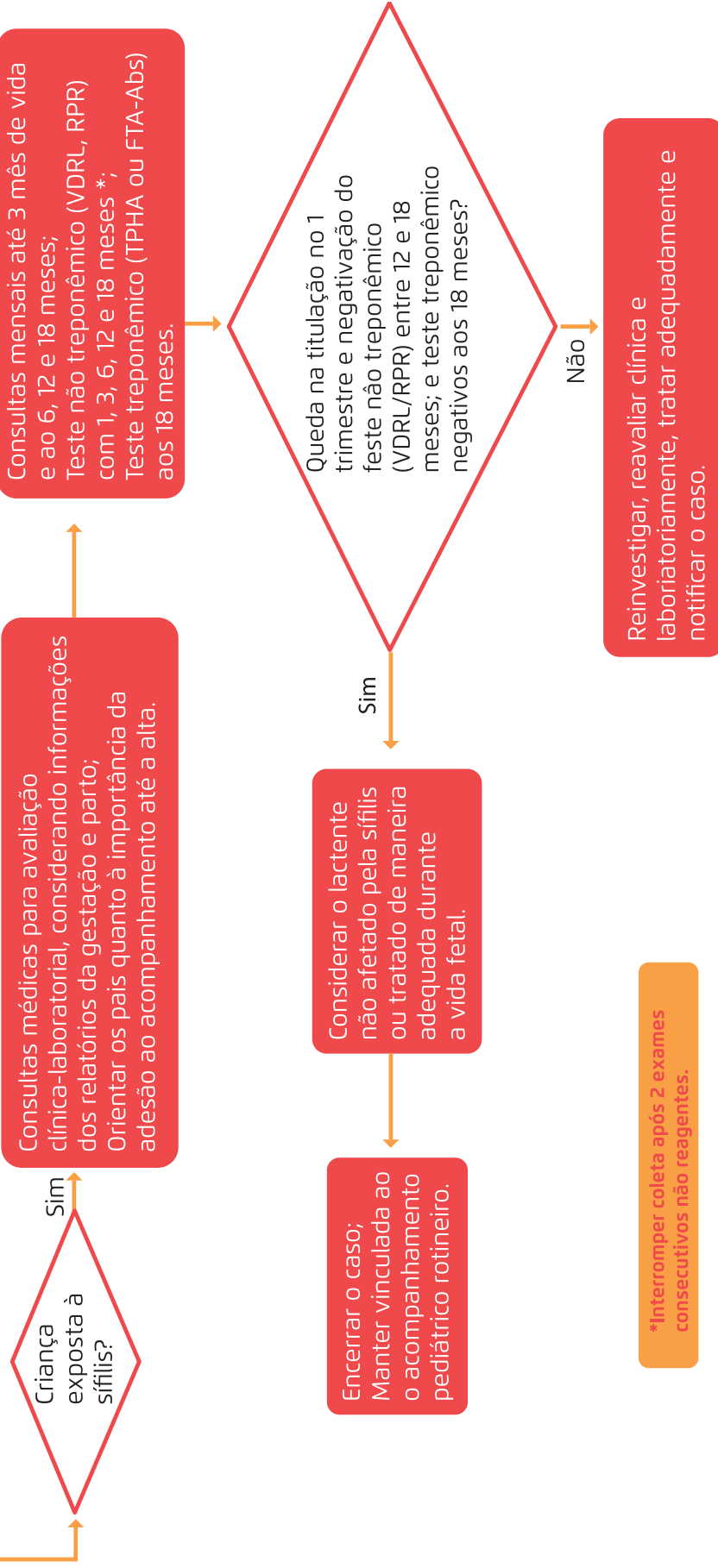


Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 3



Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 4

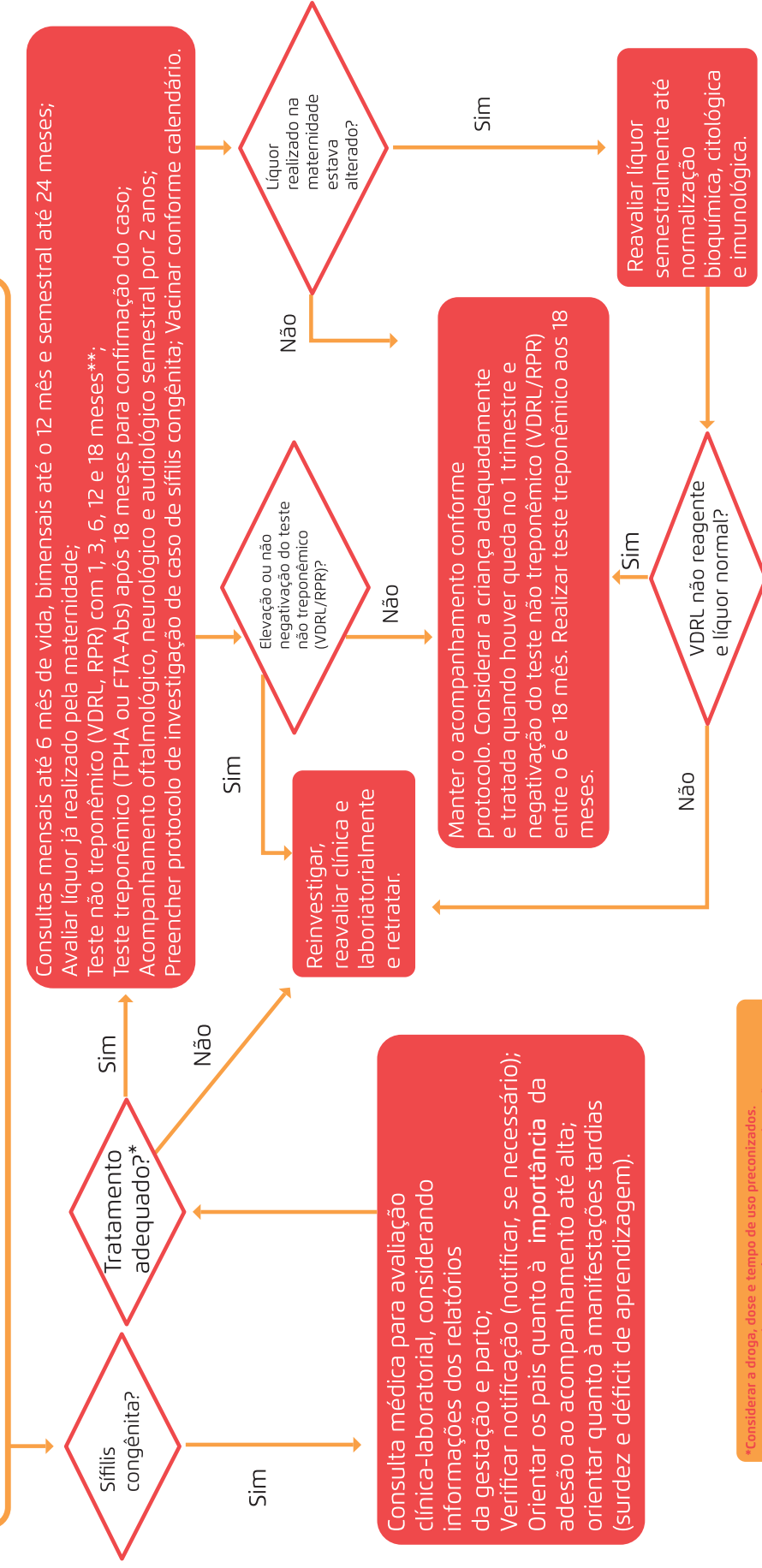
Acolhimento com avaliação de risco:
demanda espontânea ou referenciada



*Interromper coleta após 2 exames consecutivos não reagentes.

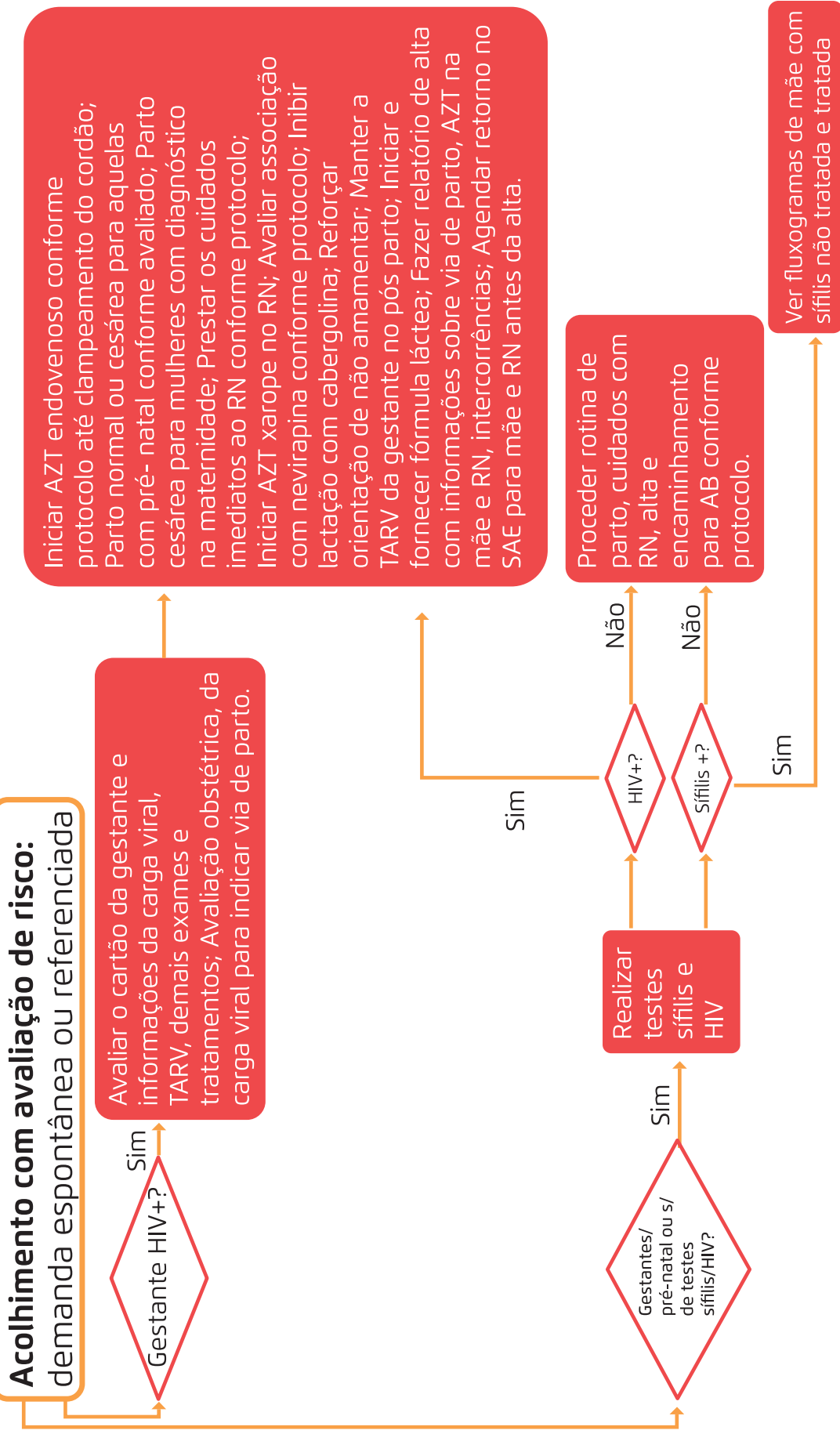
Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 5

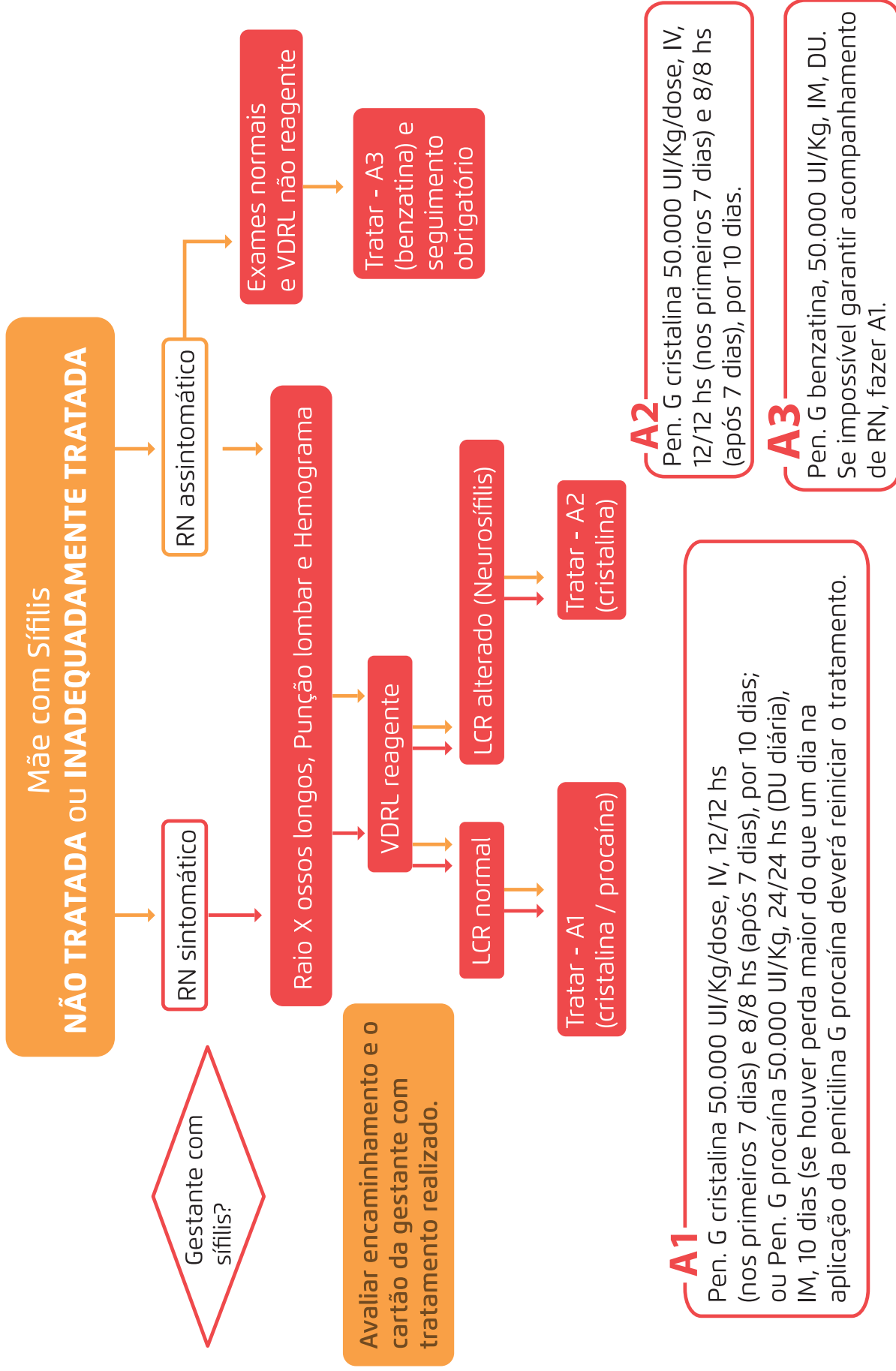
Acolhimento com avaliação de risco: demanda espontânea ou referenciada



*Considerar a droga, dose e tempo de uso preconizados.
** Interromper seguimento após 2 exames consecutivos não reagentes.

Atenção às IST, HIV e Aids na Maternidade





Mãe com Sífilis ADEQUADAMENTE TRATADA

RN sintomático

VDRL, Rx ossos, Punção lombar e Hemograma

LCR normal

Tratar - A1
(cristalina / procaína)

LCR alterado (Neurosífilis)

Tratar - A2
(cristalina)

Exames normais LCR normal

Tratar - A3
(benzatina) e seguimento obrigatório

RN assintomático

VDRL

< materno

> materno

não reagente

RX ossos, Punção lombar e Hemograma

Seguimento ou tratar C1 (benzatina)

Exames alterados LCR normal

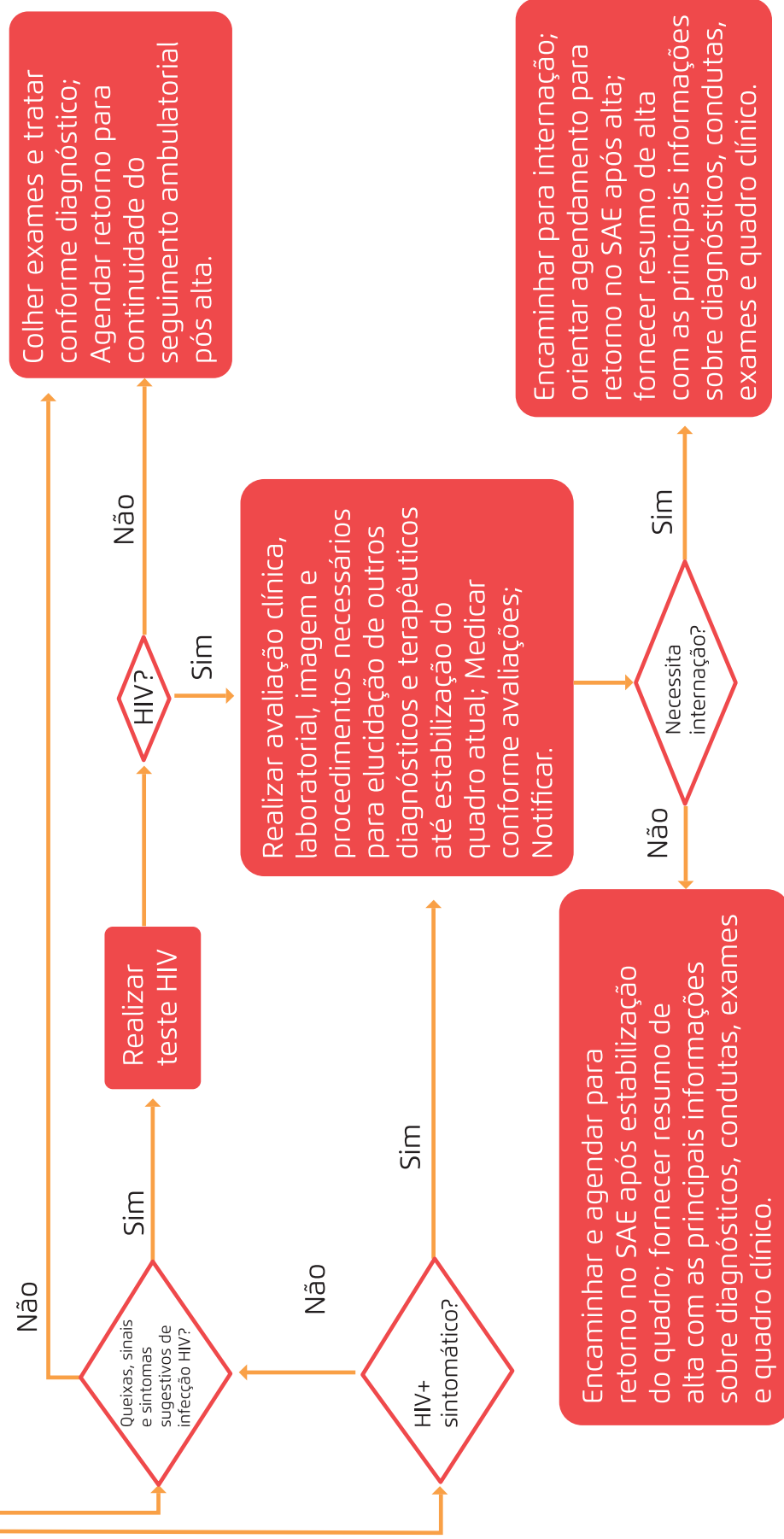
Tratar - A1
(cristalina / procaína)

LCR alterado (Neurosífilis)

Tratar - A2
(cristalina)

Atenção às IST, HIV e Aids nos serviços de urgência e emergência

Acolhimento com avaliação de risco: demanda espontânea ou referenciada



Anexo 1 - Relação e endereço das unidades da Rede Municipal Especializada

Região Centro

CTA Henfil (Henrique de Sousa Filho)

R. Líbero Badaró, 144 - Centro

Tel.: 3241-2224

SAE DST/AIDS Campos Elíseos

Al. Cleveland, 374 - Santa Cecília

Tel.: 3331-1216

Região Sudeste

AE Dr. Alexandre Kalil Yazbeck (SAE Ceci)

Av. Ceci, 2.235 - Jabaquara

Tel.: 2276-9719

AE Vila Prudente

Pç. Centenário de Vila Prudente, 108 - Vila Prudente

Tel.: 2061-7836

SAE Penha

Pç. Nossa Senhora da Penha, 55 - Penha

Tel.: 2295-0391

SAE Herbet de Souza - Betinho

Av. Arquiteto Vilanova Artigas, 515 - Teotônio Vilela

Tel.: 2704-0833

SAE José Francisco de Araújo - Ipiranga

R. Gonçalves Ledo, 606 - Ipiranga

Tel.: 2273-5073

CTA Mooca (UBS Mooca)

R. Taquari, 549 - salas 9 e 10 - Mooca

Tel.: 2694-3338

Região Norte

SAE Nossa Senhora do Ó

Av. Itaberaba, 1.377 - Freguesia do Ó
Tel.: 3975-2032

CTA Pirituba

Av. Dr. Felipe Pinel, 12 - Pirituba
Tel.: 3974-8569

SAE Marcos Lottenberg - Santana

R. Dr. Luis Lustosa da Silva, 339 - Mandaqui
Tel.: 2950-9217

Região Oeste

SAE DST/AIDS Butantã

Av. Corifeu de Azevedo Marques, 3.596 - Butantã
Tel.: 3768-1523

SAE Paulo César Bonfim/ Lapa

R. Tomé de Souza, 30 - Lapa
Tel.: 3832-2551

Região Sul

SAE Santo Amaro - Dra. Denize Dornelas de Oliveira

R. Padre José de Anchieta, 640 - Santo Amaro
Tel.: 5686-1613

CTA Santo Amaro

R. Mário Lopes Leão, 240 - Santo Amaro
Tel.: 5868-9960/ 5868-1475

SAE Jardim Mitsutani/ CTA Parque Ipê

R. Vittório Emanuele Rossi, 97 - Jd. Bom Refúgio

SAE Cidade Dutra

R. Cristina de Vasconcelos Ceccato, 109 - Cidade Dutra
Tel.: 5666-8386

SAE M'Boi Mirim

R. Deocleciano de Oliveira Filho, 641 - Parque Santo Antônio
Tel.: 5515-6207

Região Leste

CTA Cidade Tiradentes

R. Luis Bordese, 96 – Cidade Tiradentes
Tel.: 2282-7055

CTA Dr. Sérgio Arouca - Itaim

R. Valente Novais, 131 - Itaim Paulista
Tel.: 2561-3052

CTA São Mateus

Av. Mateo Bei, 838 - São Mateus
Tel.: 2919-0697

CTA São Miguel

R. Engo. Manuel Osório, 151 – São Miguel Paulista
Tel.: 2297-6052

CTA Guaianases

R. Centralina, 168 - Guaianases
Tel.: 2554-5312

SAE Cidade Líder II

R. Médio Iguaçu, 86 - Cidade Líder
Tel.: 5748-0255

SAE Fidélis Ribeiro

R. Peixoto, 100 - Vila Fidélis Ribeiro
Tel.: 2621-4753



DST/AIDS
PROGRAMA MUNICIPAL
DE SÃO PAULO SMS - PMSF



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

   @programadstaid
prefeitura.sp.gov.br/saude/dstaid