

I - Facilitar o acesso, visando à ausência de barreiras ao serviço, profissionais e insumos:

a. acolhimento "porta aberta": todos os usuários que chegam a um SAE, espontaneamente ou encaminhados por outra unidade de saúde, devem ser acolhidos no mesmo dia por profissional da equipe multiprofissional para avaliação de exposição a risco e encaminhamentos necessários;

b. atendimento não regionalizado: o usuário pode se matricular em qualquer serviço da RME, sem necessidade de morar na região;

II - Consulta Médica:

a. atendimento imediato: Sintomáticos, Gestantes, PEP, PrEP, Intercorrências clínicas e tuberculose recém-diagnosticada;

b. antecipação do atendimento: pacientes recém-diagnosticados, egressos de internação ou em abandono que apresentem CD4 > 350;

c. tempo de duração da consulta:

1. consulta nova – 30 a 40 minutos;
2. retorno – 20 minutos;

d) periodicidade de consultas médicas:

1. mensal ou bimestral até adaptação da TARV e estabilização da resposta terapêutica;
2. semestral em PVHIV com supressão viral e assintomática;
3. individualizada nas demais situações: sintomáticos, pessoas em TARV sem supressão viral, comorbidades não controladas e pessoas que ainda não iniciaram TARV;

V - Durante a consulta médica abordar:

a. vida afetiva, sexual e reprodutiva;

b. contexto de vida e relações sociais;

c. causas de abandono de tratamento e falta às consultas;

d. uso de álcool e drogas/ redução de danos / antirretrovirais;

e. desejo de filhos;

f. situação vacinal;

g. sinais de lipodistrofia/risco vascular;

h. impacto da terapia antirretroviral na vida (positivo e negativo);

i. significado e resultado de carga viral e CD4/CD8;

j. prevenção e redução de danos;

k. vacinação;

l. tratar ILTB (quando necessário);

m. instituir profilaxias primárias e secundárias de acordo com as recomendações do PCDT vigente do Ministério da Saúde;

VI - Avaliar necessidade de genotipagem pré-tratamento;

VII - Frequência de solicitação de exames subsidiários:

a. carga viral – antes da introdução e oito semanas após uso da TARV; na modificação do esquema antirretroviral por falha virológica; a cada seis meses no seguimento clínico. Quando detectável, realizar nova carga viral com intervalo de quatro semanas para confirmar falha virológica.

b. CD4/CD8 – Semestral: para pessoas em TARV se menor que 350 cels/mm3; para pessoas sem TARV ou com evento clínico ou em falha virológica. Não solicitar CD4 quando resultados forem acima de 350 cels/mm3 em dois exames consecutivos (com intervalo maior ou igual a 6 meses).

c. semestral: Hemograma, ALT, AST, creatinina, sódio, potássio, VDRL/RPR, lipídeos, glicemia de jejum, clearance de creatinina, urina 1.

d. anual: Anti HCV, HBSAg, repetir sorologias inicialmente negativas, Fosfato sérico; PT em pessoas com CD4 > 350 cel/mm³ se exame inicial > 5mm.

e. avaliação de risco cardiovascular (escala de risco de Framingham): na abordagem inicial e nas mudanças na TARV. Repetir anualmente. Para mais informações sobre a avaliação de risco, diagnóstico, tratamento e manejo de doença cardiovascular e metabólica, consultar o PCDT do Ministério da Saúde.

f. rastreamento para neoplasias: mamografia bianual para mulheres entre 50 e 69 anos; colpocitologia oncológica de colo uterino semestral no primeiro ano e se normal fazer anual (consultar PCDT para CD > 200); toque retal e preventivo anual em pessoas com relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal (anuscopia com citologia oncológica na presença de alterações patológicas); dosagem de alfa-fetoproteína e realização de ultrassom semestral em pacientes cirróticos e portadores de HBSAg positivos.

g. a cada 2 ou 5 anos: densitometria óssea (mulheres menopausadas e homens após 50 anos)

VIII - Avaliação Odontológica: semestral.

IX- Fundo de Olho se CD4 > 50: semestral.

Art. 10. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

IV - Consulta Médica: Todos os médicos, sejam clínicos ou infectologistas, devem atender pacientes com IST/HIV/Aids;

a. atendimento imediato - Sintomáticos, Gestantes, PEP, PrEP, Intercorrências clínicas e tuberculose recém-diagnosticada;

b. antecipação do atendimento: pacientes recém-diagnosticados, egressos de internação ou em abandono que apresentem CD4 > 350;

c. tempo de duração da consulta:

1. consulta nova – 30 a 40 minutos;
2. retorno – 20 minutos;

d) periodicidade de consultas médicas:

1. mensal ou bimestral até adaptação da TARV e estabilização da resposta terapêutica;
2. semestral em PVHIV com supressão viral e assintomática;
3. individualizada nas demais situações: sintomáticos, pessoas em TARV sem supressão viral, comorbidades não controladas e pessoas que ainda não iniciaram TARV;

V - Durante a consulta médica abordar:

a. vida afetiva, sexual e reprodutiva;

b. contexto de vida e relações sociais;

c. causas de abandono de tratamento e falta às consultas;

d. uso de álcool e drogas/ redução de danos / antirretrovirais;

e. desejo de filhos;

f. situação vacinal;

g. sinais de lipodistrofia/risco vascular;

h. impacto da terapia antirretroviral na vida (positivo e negativo);

i. significado e resultado de carga viral e CD4/CD8;

j. prevenção e redução de danos;

k. vacinação;

l. tratar ILTB (quando necessário);

m. instituir profilaxias primárias e secundárias de acordo com as recomendações do PCDT vigente do Ministério da Saúde;

VI - Avaliar necessidade de genotipagem pré-tratamento;

VII - Frequência de solicitação de exames subsidiários:

a. carga viral – antes da introdução e oito semanas após uso da TARV; na modificação do esquema antirretroviral por falha virológica; a cada seis meses no seguimento clínico. Quando detectável, realizar nova carga viral com intervalo de quatro semanas para confirmar falha virológica.

b. CD4/CD8 – Semestral: para pessoas em TARV se menor que 350 cels/mm3; para pessoas sem TARV ou com evento clínico ou em falha virológica. Não solicitar CD4 quando resultados forem acima de 350 cels/mm3 em dois exames consecutivos (com intervalo maior ou igual a 6 meses).

c. semestral: Hemograma, ALT, AST, creatinina, sódio, potássio, VDRL/RPR, lipídeos, glicemia de jejum, clearance de creatinina, urina 1.

d. anual: Anti HCV, HBSAg, repetir sorologias inicialmente negativas, Fosfato sérico; PT em pessoas com CD4 > 350 cel/mm³ se exame inicial > 5mm.

e. avaliação de risco cardiovascular (escala de risco de Framingham): na abordagem inicial e nas mudanças na TARV. Repetir anualmente. Para mais informações sobre a avaliação de risco, diagnóstico, tratamento e manejo de doença cardiovascular e metabólica, consultar o PCDT do Ministério da Saúde.

f. rastreamento para neoplasias: mamografia bianual para mulheres entre 50 e 69 anos; colpocitologia oncológica de colo uterino semestral no primeiro ano e se normal fazer anual (consultar PCDT para CD > 200); toque retal e preventivo anual em pessoas com relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal (anuscopia com citologia oncológica na presença de alterações patológicas); dosagem de alfa-fetoproteína e realização de ultrassom semestral em pacientes cirróticos e portadores de HBSAg positivos.

g. a cada 2 ou 5 anos: densitometria óssea (mulheres menopausadas e homens após 50 anos)

VIII - Avaliação Odontológica: semestral.

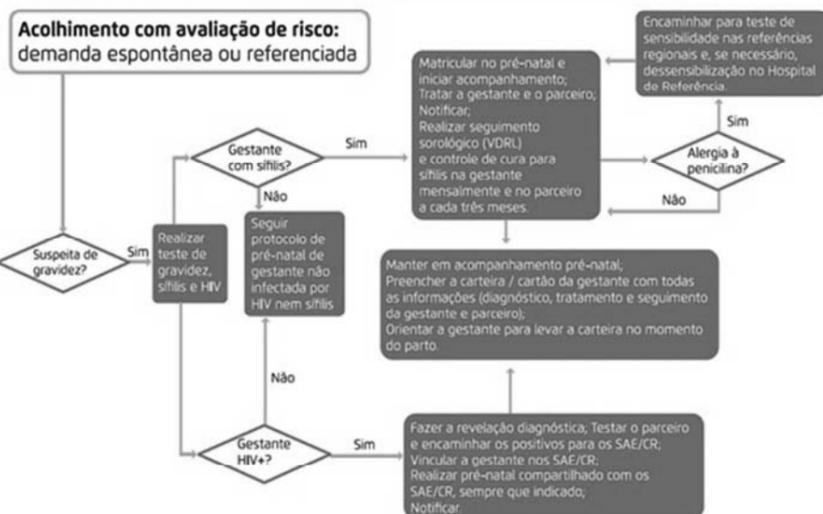
IX- Fundo de Olho se CD4 > 50: semestral.

Art. 10. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

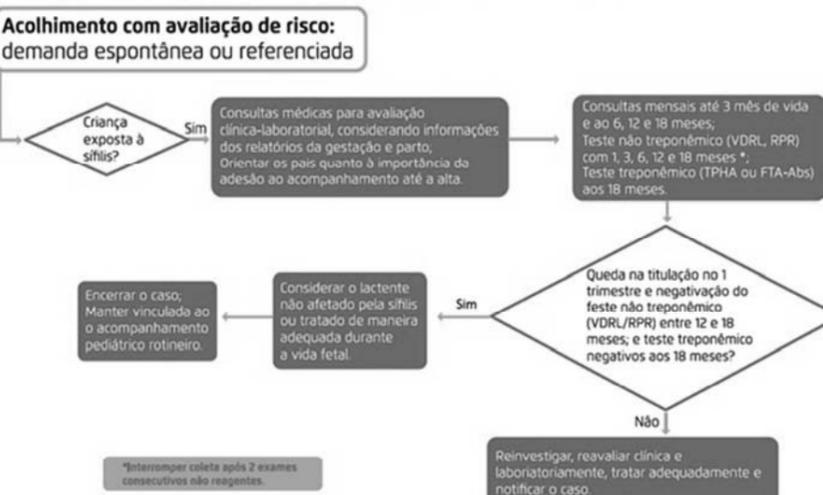
Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 2



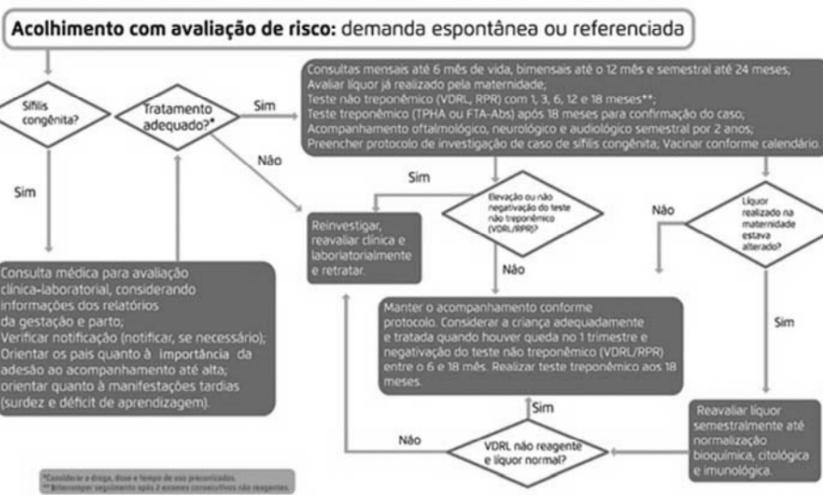
Atenção às IST, HIV e Aids na Atenção Básica - Macrofluxo 3



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



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



ANEXO 1

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



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

