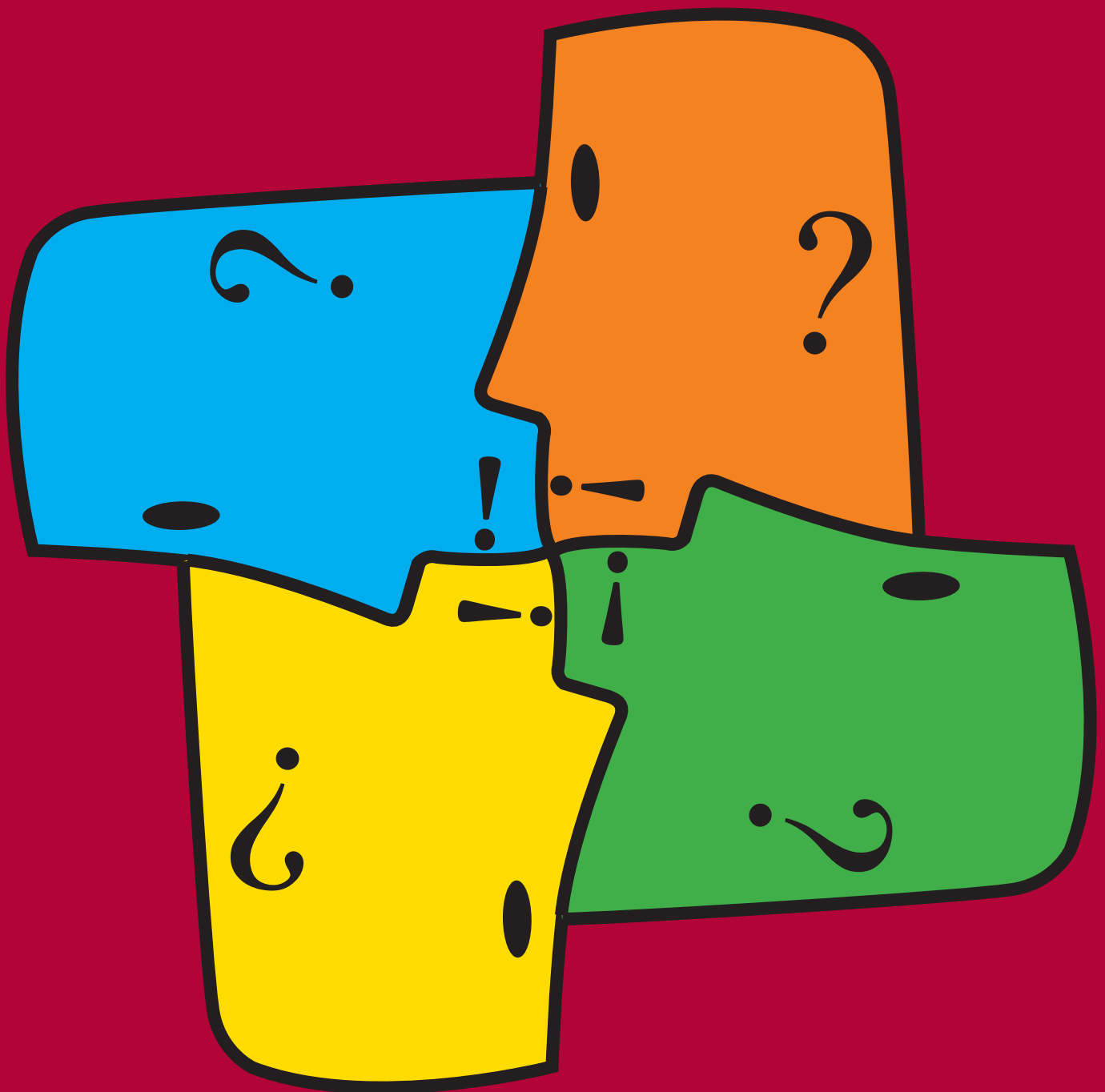


Ministério da Saúde

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO
E FUNCIONAMENTO DOS

CTA

DO BRASIL

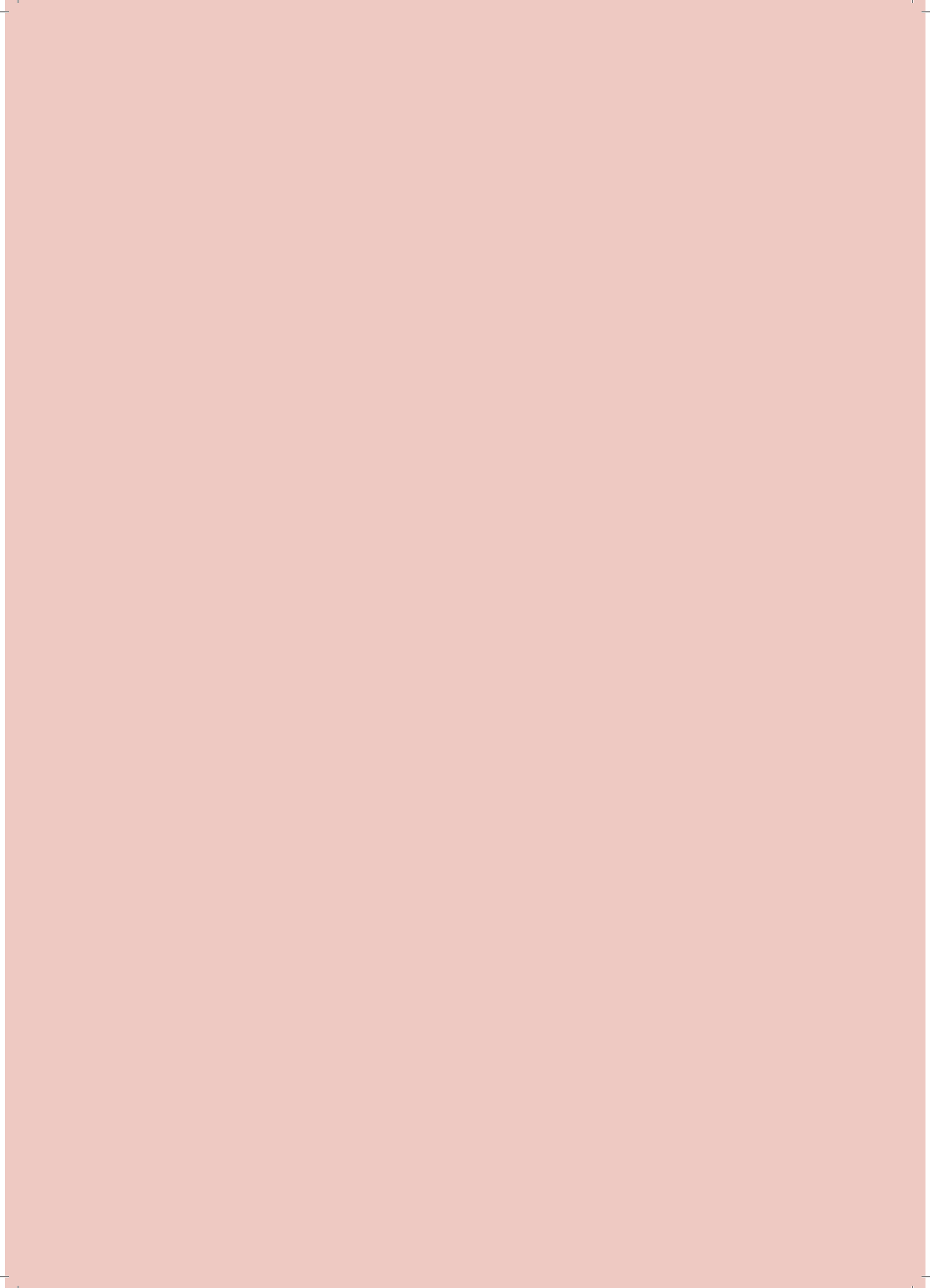


Brasília - 2010

Ministério da Saúde do Brasil
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS
CTA DO BRASIL**

Brasília, 2010



Ministério da Saúde do Brasil
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS
CTA DO BRASIL**

Brasília, 2010

© 2010. Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

1ª edição – Tiragem: 10.000 exemplares

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, Torre 1, Ed. Premium

CEP: 70.070-600, Brasília – DF

E-mail: aids@ids.gov.br / edicao@ids.gov.br

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Equipe de Elaboração:

Alexandre Domingues Grangeiro

Cathana Freitas de Oliveira

Denise Serafim

Dulce Ferraz

Fernanda Nogueira

Karina Wolffenbuttel

Lígia Rivero Pupo

Liliana Pittaluga

Maria Mercedes Loureiro Escuder

Paulo Henrique Nico Monteiro

Equipe da Assessoria de Comunicação

Ângela Gasperin Martinazzo

Dario Noletto

Myllene Müller Nunes

Telma Sousa

Projeto gráfico:

Alexsandro de Brito Almeida

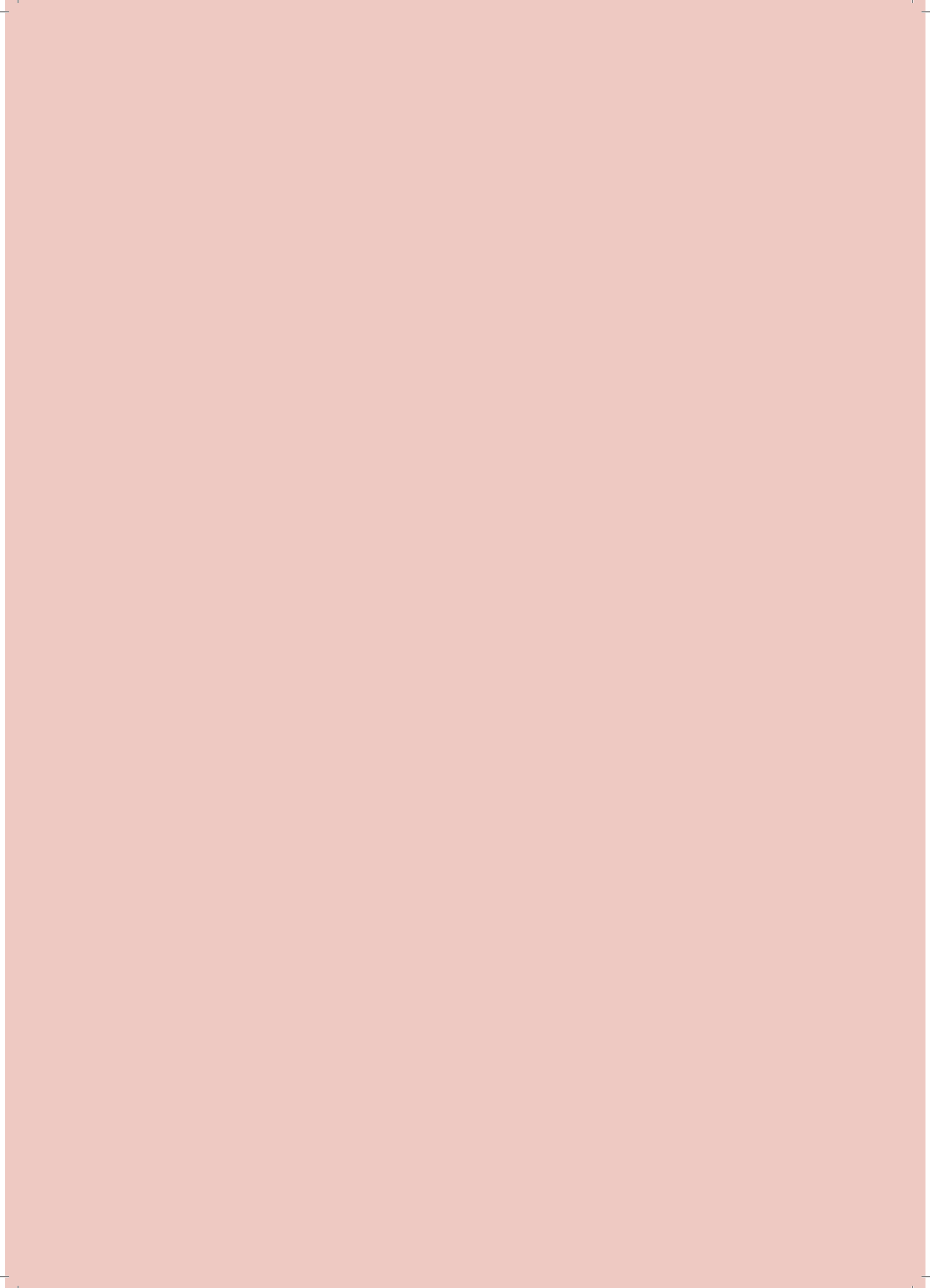
João Gonçalves

Capa e diagramação:

Alexsandro de Brito Almeida

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| Apresentação | 07 |
| Introdução | 09 |
| A história dos CTA e as mudanças no cenário da epidemia: desenvolvimento e incorporação de marcos conceituais | 11 |
| A rede de CTA no Brasil: cobertura e características | 13 |
| Princípios, objetivos e estrutura dos serviços | 17 |
| 1. Princípios | 17 |
| 2. Objetivos | 17 |
| 3. Estrutura dos CTA | 28 |
| Atividades essenciais | 21 |
| 1. Diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B e C | 21 |
| 2. Aconselhamento | 22 |
| 3. Insumos de prevenção | 23 |
| 4. Atividades de prevenção | 24 |
| 5. CTA volante ou itinerante | 26 |
| 6. Atenção às pessoas vivendo com HIV e portadores de hepatites virais | 27 |
| 7. Articulação com rede de saúde, outras instituições locais e programas de DST/aids e Hepatites Virais | 27 |
| 8. Vigilância do HIV e notificação de casos de hepatites | 28 |
| 9. Capacitações | 29 |
| 10. Produção de informação | 29 |
| Considerações sobre situações específicas de atendimento nos CTA | 33 |
| 1. Atendimento a gestantes | 33 |
| 2. Atendimento a crianças e adolescentes | 33 |
| Referências bibliográficas | 37 |
| Anexos | 39 |



APRESENTAÇÃO

A resposta nacional à epidemia de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids é marcada pela ampliação do acesso à saúde como direito de todos. Importantes avanços foram alcançados; porém, a noção da prevenção como um direito não está aplicada igualmente em todo país. Consequentemente, parte significativa da população ainda não tem acesso à prevenção. Essa questão deve ser compromisso de todos, orientando a formulação de políticas, a definição de estratégias e a organização dos serviços. Assim, a prevenção como um direito e a ampliação do acesso são os princípios fundamentais que orientaram a elaboração deste documento.

As estratégias de acesso à testagem para o HIV, hepatites virais e outras DST têm sido estruturadas, no Brasil, resguardando o sigilo, a confidencialidade e a liberdade de escolha, como valores intrínsecos ao processo.

Nesse contexto, o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais estimulou, a partir da década de 80, a estruturação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), oferecendo a testagem gratuita, confidencial e anônima, partindo da educação em saúde e do aconselhamento como abordagens de redução de risco e vulnerabilidade.

Desde então, mais de 400 CTA foram implantados em todo território nacional, de forma a ampliar o acesso da população brasileira à testagem, prioritariamente os segmentos populacionais mais vulneráveis. A partir de 2003, o processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV na atenção básica intensificou-se, possibilitando maior cobertura e acessibilidade. No caso das hepatites virais, a inclusão da testagem sorológica nos CTA se deu a partir de 2004, o que implicou a readequação destes e a reestruturação da rede de referência, a capacitação dos profissionais sobre os modos de transmissão e medidas de controle e a interpretação de marcadores sorológicos.

A necessidade de descentralizar e ampliar o acesso, aliada à introdução de novas tecnologias de testagem, a exemplo do teste rápido, estabelecem mudanças estratégicas na rotina do CTA como indutor e retaguarda desse processo no sistema de saúde, assim como executor e formador no uso de novas tecnologias e como espaço de acolhimento e prevenção, principalmente para segmentos populacionais mais vulneráveis. Nesse sentido, o CTA exerce papel central na efetivação do princípio da equidade no SUS, incluindo a particularidade de grupos prioritários – homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas e travestis, entre outros – na construção de um sistema de saúde universal.

Após vinte anos da implantação do primeiro CTA no país e treze anos de acesso universal à terapia antirretroviral, este documento realinha e atualiza as diretrizes de organização do processo de trabalho dos CTA, de forma a fortalecer a contribuição desses serviços no enfrentamento das DST, aids e das hepatites B e C. Sua construção está baseada nos dados do estudo “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil” e nas proposições amplamente debatidas no Seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos CTA do Brasil” (2007).

Esperamos que a atualização dessas diretrizes e sua incorporação em todos os CTA do país possam fortalecer essa rede de serviços, renovando a importância e a competência dos CTA como pontos estratégicos para a política de enfrentamento da epidemia da aids.

INTRODUÇÃO

SOBRE A REVISÃO DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CTA

As diretrizes apresentadas neste documento foram elaboradas a partir das recomendações do Seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil”, realizado à luz dos dados do estudo “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil”.

O estudo foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde e pelo Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids de São Paulo, ambos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por solicitação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

A necessidade de produzir informações sobre esses serviços foi derivada da diversidade de configurações que os caracteriza atualmente. Desde 1988, quando foi implantado o primeiro CTA no Brasil, importantes modificações no perfil da epidemia de aids e na organização da rede de saúde do país ocorreram e tiveram grande impacto na configuração dos CTA. Dentre elas, merecem destaque: o surgimento de novas demandas, como a testagem para hepatites virais, que agregou novas atribuições aos CTA; as tendências de feminização, interiorização e pauperização da epidemia, que determinaram a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde; o aumento do conhecimento da população brasileira sobre os modos de prevenção e transmissão do HIV, que reforça o papel desses serviços na disseminação de informações corretas e cientificamente embasadas sobre a doença; e a descentralização da gestão da saúde, que possibilitou a implantação de novos CTA por iniciativa de estados e municípios.

Reconhecendo a diversidade de organização desses serviços no país, o objetivo do estudo foi aprofundar o conhecimento sobre a rede de CTA, de modo a obter subsídios para a política de ampliação do acesso da população ao diagnóstico e às ações de prevenção das DST/HIV/aids¹. Os dados produzidos pela pesquisa subsidiaram a revisão das diretrizes de organização que haviam sido publicadas em 1999. A revisão foi feita durante o seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil”, realizado em Brasília, de 11 a 13 de setembro de 2007. O seminário contemplou a participação e a contribuição de diversos segmentos (representantes dos CTA, Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, sociedade civil organizada, áreas técnicas do Ministério da Saúde, pesquisadores e convidados), promovendo um amplo debate e o estabelecimento de parâmetros que subsidiaram a elaboração dos princípios e normas técnicas aqui apresentados.

A primeira parte do documento narra a história da construção dos CTA, sua importância e forma de inserção na rede de serviços do SUS. Também apresenta os

¹ Os dados completos do estudo estão publicados no relatório “Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a Equidade e o Acesso” (Brasil, 2008).

conceitos-chave que são utilizados para o desenvolvimento das ações de prevenção nos programas de HIV/aids no Brasil.

A segunda parte deste documento descreve a atual rede de CTA no Brasil, sua distribuição e suas principais características, apontando para a heterogeneidade desses serviços. Enfatiza a importância da atenção aos segmentos populacionais de atendimento prioritário e do fortalecimento da missão desses serviços, que têm como características principais o acesso universal à testagem e a equidade como base para o desenvolvimento das ações.

A terceira parte descreve princípios e objetivos do trabalho dos CTA, bem como a estrutura desses serviços, contendo recomendações gerais que auxiliam no delineamento das formas de trabalho.

A quarta parte contém recomendações específicas, que delineiam com maior precisão as formas de organização e diretrizes para o funcionamento dos CTA.

Na parte final, são apresentadas considerações sobre situações específicas de atendimento nos serviços. É importante observar que os serviços têm autonomia para pesquisa e adequação de suas prioridades de funcionamento de acordo com a situação epidemiológica local, sendo fundamental que os profissionais compreendam e componham os processos de organização e priorização nos seus serviços.

A HISTÓRIA DOS CTA E AS MUDANÇAS NO CENÁRIO DA EPIDEMIA: DESENVOLVIMENTO E INCORPORAÇÃO DE MARCOS CONCEITUAIS

É no final da década de 80 que se inicia o fomento para a estruturação de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), assim denominados na época, considerados modalidade alternativa de serviços de saúde, devendo oferecer sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, além de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção pelo HIV.

Recomendava-se que os CTA fossem implantados em locais de grande afluxo de população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e compostas por equipes próprias e multiprofissionais. Os segmentos populacionais prioritários eram aqueles identificados como de maior risco para a infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. O objetivo principal era interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros; absorção de pessoas que procuravam os bancos de sangue para a realização do diagnóstico; oferta do aconselhamento, do preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas; e encaminhamento de pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos organizados de base comunitária que atuavam com o tema (Ministério da Saúde, 1999).

Já na segunda metade da década de 90, tornaram-se evidentes as mudanças nas tendências da epidemia de aids, com o crescimento do número de novos casos entre os heterossexuais, mulheres, a população de baixa renda, os residentes em municípios de médio porte e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Bastos e Szwarcwald, 2000). Nesse cenário de mudança, a epidemia pôde ser ressignificada, levando à adoção de conceitos que permitiam uma compreensão mais adequada das formas de disseminação da doença.

A noção de risco para a infecção, inicialmente associada a grupos específicos, passou a ser relacionada ao comportamento individual. Ambas as concepções eram limitadas, na medida em que a primeira impulsionou o estigma e preconceito, levando alguns grupos ao isolamento social, e em que a segunda reforçou a culpabilização pela infecção e expansão da doença, responsabilizando a escolha pessoal.

A noção de vulnerabilidade, apresentada por Mann et al. (1993), permitiu uma compreensão ampliada de que fatores sociais, culturais e políticos estão na base da suscetibilidade de indivíduos e grupos à infecção pelo HIV. A partir disso, ampliam-se as diretrizes e estratégias, visando à redução dessas vulnerabilidades e a respostas às necessidades de segmentos populacionais prioritários.

Nos anos 90, os CTA se tornam referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em DST/aids, indicando a expansão da oferta do teste e de orientações de prevenção do HIV e outras DST, destinadas à população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade. O dinâmico cenário da epidemia de HIV/aids no mundo e no Brasil, somado às inovações tecnológicas para o diagnóstico do HIV e tratamento da doença - que proporciona um aumento da expectativa

de vida - exige modificações relacionadas à estrutura e organização dos serviços; as ações de testagem e aconselhamento passam a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA).

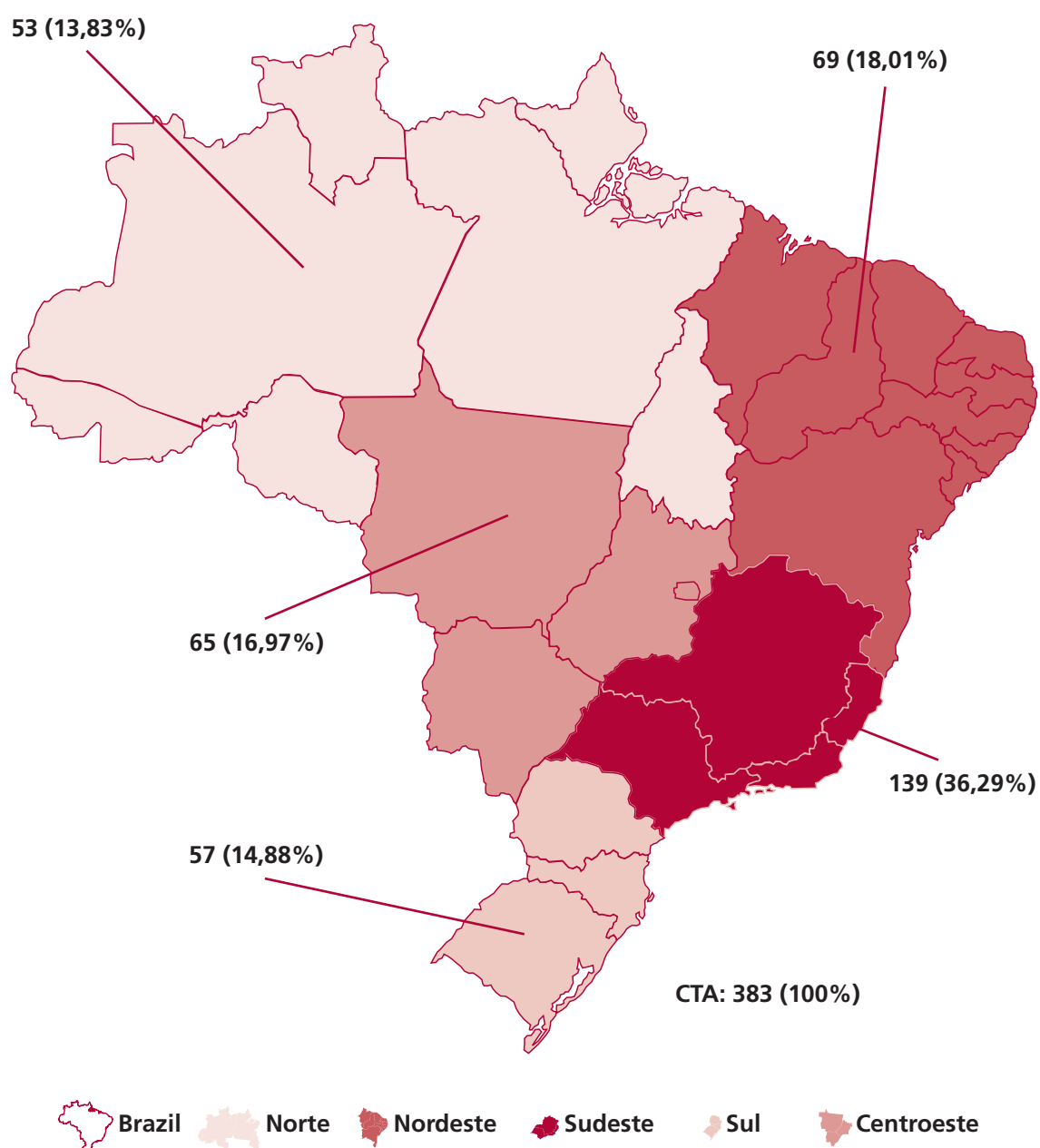
No Brasil, existem variações regionais quanto ao perfil das pessoas que buscam o teste anti-HIV, relacionadas ao sexo e a características socioeconômicas. A demanda espontânea ainda é baixa na maioria dos CTA; uma parcela considerável de indivíduos busca o teste por ter vivenciado alguma situação vinculada ao risco de infecção. A realização do diagnóstico associado a outros eventos de saúde, como o pré-natal ou doação de sangue, é a mais frequente (Ministério da Saúde, 2008).

Sabe-se que aproximadamente 41% das pessoas iniciam o tratamento em estágio avançado da doença e que o principal fator associado à chegada tardia aos serviços de saúde é o desconhecimento de sua condição sorológica (Souza Jr., 2007). Isso é um forte indicativo da necessidade de priorização e de mobilização permanente para estimular o diagnóstico precoce do HIV, sífilis e hepatites B e C.

Atualmente, em articulação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), os CTA são considerados serviços estratégicos para promoção da equidade no acesso ao diagnóstico e ao aconselhamento.

A REDE DE CTA NO BRASIL: COBERTURA E CARACTERÍSTICAS²

A rede brasileira de CTA contava em 2006 com cerca de 383 serviços implantados e distribuídos por todos os estados, sendo a maior parte na região Sudeste - que foi mais severamente afetada desde o início da epidemia e que ainda hoje concentra o maior número de casos de aids do país - e a menor na região Norte.



² Dados extraídos da pesquisa "Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil, desafios para a equidade e o acesso" (BRASIL, Ministério da Saúde, 2008).

Em 2009, esse número aumentou para 426. O quadro abaixo demonstra o quantitativo desses serviços por região:

| REGIÃO | Nº CTA |
|--------|--------|
| CO | 65 |
| N | 57 |
| NE | 77 |
| S | 61 |
| SE | 166 |
| Total | 426 |

A expansão da rede de CTA no país ocorre em três períodos distintos. Entre 1995 e 1998, o Ministério da Saúde induz a implantação de novos serviços por meio do financiamento de projetos de estados e municípios, principalmente onde a epidemia é mais importante, ou seja, as regiões Sudeste e Sul (World Bank, 1998). Nesse período, foram implantados 108 CTA. O ano de 1996, inclusive, é o que concentra o segundo maior número de CTA implantados em um único ano: 39 novas unidades.

Entre 1999 e 2000, quando outros 39 novos serviços são implantados, principalmente nas regiões Sul, Norte e Nordeste, observa-se um relativo declínio no número de novos CTA, correspondendo ao início do processo de descentralização, com recursos repassados diretamente aos estados e municípios. Nessa mesma ocasião, estabelece-se a meta prioritária de ampliação da oferta do diagnóstico para o HIV na rede básica de saúde, mediante a necessidade de promover o diagnóstico precoce e fortalecer as ações de prevenção da transmissão vertical.

Por último, detecta-se, entre os anos de 2001 e 2004, o período mais intenso de toda a série histórica analisada, quando são implantados 150 novos serviços. Esse período está relacionado ao atendimento da recomendação nacional sobre ampliação do diagnóstico do HIV, impulsionada pela campanha Fique Sabendo em 2003, com a intensificação das políticas de prevenção da transmissão vertical - o lançamento do Projeto Nascer Maternidades, em 2002 -, e da política de incentivo, com repasse financeiro para a realização de ações de DST e aids pelos estados e municípios. Esse período é o que apresenta o maior número de CTA implantados desde o início da rede, em 1988.

O processo de descentralização traz modificações na estruturação de novos serviços. Há uma flexibilização dos critérios de implantação dos CTA, tendo a gestão local maior autonomia para sua organização e funcionamento. Com a mudança na forma do repasse financeiro, não havendo mais um recurso específico da esfera federal para implantação de CTA, as gestões estadual e municipal se responsabilizam pela implantação de um grande número de CTA nas mais diversas localidades do país.

Com isso, apesar da existência de diretrizes e princípios, os serviços apresentam realidades heterogêneas que, a partir do estudo Diagnóstico Situacional dos CTA do Brasil, pôde ser representada em 4 perfis tecnológicos diferentes: básico, assistencial, atenção integral e promoção da saúde. As diferenças entre os perfis encontrados indicam que os CTA apresentam capacidades e potencialidades distintas, que respondem a demandas e necessidades específicas da realidade em que se inserem. Essas potencialidades devem

³ Os perfis tecnológicos foram definidos de acordo com a forma de organização dos CTA, considerando: composição da equipe, ações desenvolvidas e população prioritária atendida.

ser respeitadas e exploradas, reforçando-se a otimização dos recursos disponíveis e as condições e capacidades instaladas.

Segue uma breve descrição de cada um desses grupos:

- **Básico:** os CTA desse grupo têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, já que estão implantados nos municípios mais pobres e com rede de saúde mais precária, com baixa cobertura do pré-natal. São os que proporcionalmente realizam menos atividades de prevenção e assistência e que menos disponibilizam insumos de prevenção. A clientela é composta, em sua maioria, por gestantes. Sua estrutura física está inserida, principalmente, nas unidades básicas de saúde. Predominam em regiões onde a epidemia é mais recente e apresenta a menor taxa de incidência, o menor número de casos de aids e a menor cobertura populacional (55% dos CTA implantados na região Norte estão neste grupo). A taxa de produtividade, que foi medida pelo número de exames por dia por profissional, é de 1,9 e os serviços incluídos nesse agrupamento apresentam a menor taxa de positividade para o HIV. Reúne os CTA de implantação mais recente.
- **Assistencial:** nesse grupo predominam as atividades assistenciais; são os CTA com alta proporção de médicos. A clientela atendida é composta, principalmente, de segmentos populacionais mais vulneráveis e de pacientes encaminhados por outros serviços. Entretanto, é o segundo grupo de serviços que menos realiza ações de prevenção, e, quando as faz, direciona suas atividades para a população em geral. A taxa de prevalência do HIV em cerca de um quarto desses CTA é superior a 5%, mas os instrumentos de referência de pacientes infectados para os demais serviços de saúde são precários. Encontram-se principalmente em locais onde a epidemia é mais antiga (regiões Sul e Sudeste) e onde estão as maiores taxas de incidência de aids. É também o perfil mais prevalente entre os CTA que iniciaram suas atividades na primeira fase de implantação dos serviços, ou seja, aqueles instalados até 1993.
- **Atenção integral:** esse é o grupo que, proporcionalmente, mais integra atividades assistenciais e preventivas, sendo, ainda, o que mais oferece tratamento de DST e os diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites. Possui os instrumentos mais bem estabelecidos para referenciar pessoas infectadas. Entre a clientela atendida, verifica-se maior equilíbrio entre pacientes referenciados, embora com predomínio de gestantes e segmentos populacionais mais vulneráveis. É o grupo que se encontra mais bem distribuído nas regiões administrativas do país, sendo que 70% desses serviços foram implantados nos últimos oito anos. Este grupo é caracterizado por ser o segundo maior em número de serviços existentes e o segundo menor em tamanho da população abrangida e em taxa de incidência de aids.
- **Promoção da saúde:** esse grupo é o que apresenta a melhor estrutura física e o que mais incorporou as diretrizes para ampliar o acesso da população aos serviços, como a flexibilização da recomendação de anonimato, a escolha por parte do usuário em realizar o diagnóstico sem o aconselhamento pré-teste e o atendimento no período noturno. Como consequência, são os CTA que mais atendem a segmentos populacionais mais vulneráveis. A disponibilidade de insumos de prevenção também é maior nesse grupo. A maioria dos CTA deste perfil foi criada entre os anos de 1994 e 1998, período de financiamento direto do Ministério da Saúde para a implantação desses serviços. É nesse perfil que se encontram as taxas mais altas dos testes por profissional/dia: 2,28.

Nos serviços caracterizados pelo perfil tecnológico assistencial, por exemplo, atividades internas de prevenção podem estimular maior participação de indivíduos pertencentes às redes sociais dos usuários, ampliando a oferta do diagnóstico e dos insumos de prevenção aos segmentos populacionais mais vulneráveis. Em contrapartida, as atividades de prevenção extramuros terão maior potencial de desenvolvimento nos CTA que apresentam o perfil tecnológico de atenção integral ou de promoção da saúde.

Ao aplicar essas diretrizes na organização dos serviços, é importante que gestores e gerentes analisem detalhadamente a realidade de sua região e adaptem as ações dos CTA à realidade da população local, visando, especialmente, à promoção do acesso dos grupos mais vulneráveis.

Nesse sentido, as diretrizes contidas no presente documento devem servir como orientação para que os CTA possam executar sua missão, conectados com o objetivo maior de promover o acesso universal à prevenção, buscando a garantia da equidade e da integralidade do cuidado.

POPULAÇÃO PRIORITÁRIA

São os segmentos populacionais mais vulneráveis, que deverão ser definidos localmente, com participação comunitária, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais.

Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, travestis e transexuais são segmentos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis à infecção pelo HIV e pelas hepatites B e C, cabendo aos CTA fazer esforços para identificá-los e promover seu acesso à testagem, aconselhamento e insumos de prevenção.

Além disso, os CTA têm o papel de apoiar as pessoas vivendo com HIV/aids e os portadores de hepatites virais no processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e no suporte para a adesão aos cuidados e tratamentos. Para isso, devem ofertar aos usuários o acompanhamento no período que sucede o diagnóstico, incluindo ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes.

A compreensão da importância e abrangência do papel dos CTA na rede de cuidados oferecidos a segmentos populacionais específicos recoloca a missão desenvolvida para esses serviços, reforçando seu papel de promoção da equidade no acesso às ações de testagem e prevenção de DST/aids no SUS.

MISSÃO DOS CTA

Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, hepatites B e C e sífilis e à prevenção dessas e das demais DST, favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais.

PRINCÍPIOS, OBJETIVOS E ESTRUTURA DOS SERVIÇOS

1. PRINCÍPIOS:

- Universalidade, equidade e acessibilidade às ações prestadas pelos CTA e aos insumos de prevenção e diagnóstico;
- Anonimato flexível, confidencialidade e voluntariedade em todos os serviços oferecidos à população;
- Agilidade e resolutividade nas ações prestadas;
- Abordagem interdisciplinar, na perspectiva da atenção integral aos usuários dos serviços;
- Referências inter e intrasetoriais, na perspectiva da atenção integral e do acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento;
- Articulação com a comunidade em processos de definição e implantação de estratégias para a redução dos contextos locais de vulnerabilidade;
- Respeito e promoção dos direitos humanos e da diversidade sociocultural, principalmente no que se refere à diversidade étnica, de raça e cor, de orientação sexual, ao uso de drogas, à orientação religiosa e às questões de gênero;
- Acolhimento a todos os usuários que chegam ao serviço, levando em consideração a privacidade, a ética, o respeito às diferenças e as necessidades trazidas para o CTA.

2. OBJETIVOS:

- Ampliar o acesso da população em geral e, principalmente, dos segmentos populacionais mais vulneráveis, ao aconselhamento, às ações de prevenção e ao diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Contribuir para a redução das vulnerabilidades ao HIV, hepatites B e C, sífilis e outras DST;
- Promover o acesso da população geral e, especialmente dos segmentos populacionais mais vulneráveis, às informações e insumos de prevenção das DST, HIV e hepatites B e C;
- Realizar ações de aconselhamento com o fim de promover a reflexão sobre as vulnerabilidades, estimular a adoção de medidas de prevenção mais viáveis para cada usuário e reduzir o impacto emocional dos diagnósticos;
- Realizar ações de prevenção e aconselhamento que propiciem a reflexão dos usuários sobre questões relativas à sexualidade e gênero, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Realizar ações de prevenção e aconselhamento que propiciem a reflexão dos usuários sobre questões relativas ao uso de álcool e outras drogas, na perspectiva da redução de danos;
- Constituir-se como referência para a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue;

- Estimular o diagnóstico das parcerias sexuais;
- Apoiar tecnicamente a rede de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção das DST, aids, sífilis e hepatites B e C nos serviços da rede;
- Encaminhar portadores do HIV, portadores de DST e pessoas com suspeita de hepatites B e/ou C para serviços de saúde, com oferta de acompanhamento até o atendimento nos serviços de referência;
- Realizar outros encaminhamentos e orientações que se façam necessários para a resolução dos problemas de saúde dos usuários que chegam aos CTA;
- Constituir parcerias com instituições locais (ONG, OG, universidades, setor privado) visando à realização de atividades de prevenção das DST, aids, sífilis e hepatites B e C, à melhoria da qualidade da atenção, à ampliação do acesso ao diagnóstico e aconselhamento, à formação de profissionais de saúde e ao desenvolvimento de pesquisa, entre outros;
- Notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os agravos de notificação compulsória (ver anexo 1);
- Produzir informações para o planejamento das ações do serviço utilizando o SI-CTA ou outros sistemas de informação.

3. ESTRUTURA DOS CTA

3.1 Horário de funcionamento

Para a promoção do acesso da população às suas atividades, é importante que os CTA funcionem em período integral (manhã e tarde) e, quando possível, em horário estendido (à noite ou nos finais de semana).

3.2 Espaço físico

A organização de um espaço físico apropriado é importante para que os CTA possam realizar suas atividades adequadamente. Considerando que muitos dos CTA estão inseridos em outras unidades de saúde, é possível que alguns dos espaços sejam compartilhados por diferentes atividades do serviço. Alguns desses ambientes são:

- Recepção;
- Sala de coleta;
- Sala de espera;
- Espaço de arquivamento.

É importante, porém, que os CTA também contem com alguns espaços para seu uso exclusivo, de modo que estejam disponíveis para utilização durante todo o horário de funcionamento do serviço:

- Sala de aconselhamento individual;
- Sala de atendimento individual com pia, para os serviços que realizarem teste rápido;
- Sala de atividade coletiva;
- Sala de gerência/apoio (para CTA de médio e grande porte).

IMPORTANTE LEMBRAR:

- Os espaços físicos devem ser adequados para garantia da privacidade e confidencialidade.
- Os espaços de atendimento do CTA devem estar devidamente identificados para que o usuário possa localizá-los com facilidade, especialmente quando as ações do CTA estiverem inseridas em uma unidade de saúde que ofereça outros serviços.

3.3 Tamanho e composição da equipe dos CTA

Recomenda-se que as equipes dos CTA sejam formadas por um número mínimo de profissionais, com carga horária compatível com a demanda do serviço. A equipe mínima deverá ser composta de:

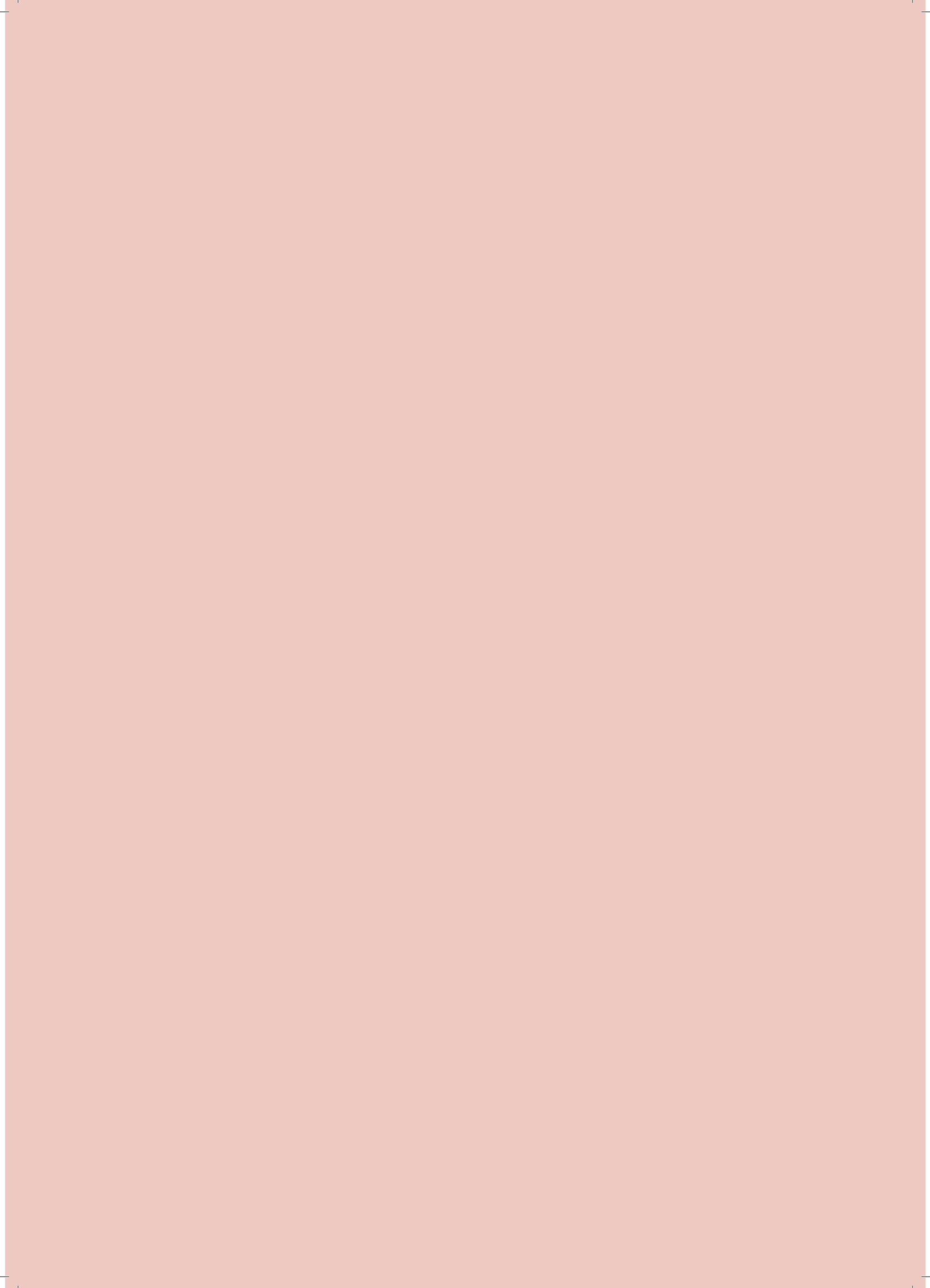
- Coordenador;
- Aconselhadores (exclusivamente para o CTA);
- Profissionais responsáveis pela coleta;
- Recepcionistas;
- Apoio administrativo (qualificado para manuseio dos sistemas de informação);
- Profissionais de limpeza;
- Segurança.

O número de profissionais da equipe deverá ser ampliado de acordo com as atividades desenvolvidas pelo serviço, a inserção dos profissionais em outros serviços de saúde no horário de funcionamento do CTA, a capacidade instalada e a demanda do serviço.

Outros profissionais também poderão fazer parte da equipe (equipe complementar), tais como um agente de prevenção capacitado em redução de danos e um profissional de apoio na área de informática para geração de informação a partir do SI-CTA.

3.4 Gerência dos serviços

É importante que os CTA possuam um coordenador exclusivo para o desenvolvimento de suas atividades (mesmo quando inseridos em outros serviços de saúde) e que este profissional esteja presente no cotidiano das atividades, podendo, a depender da estrutura do serviço, acumular mais de uma função dentro do próprio CTA.



ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES B E C

1.1 Sorologias:

Os CTA deverão oferecer à população os exames necessários para diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B, C e D, quais sejam:

- Triagem (ELISA) + confirmatório (Western Blot ou Imunoblot ou imunofluorescência indireta) para HIV e teste rápido diagnóstico para HIV (ver algoritmos constantes na Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009, no anexo 5);
- VDRL + confirmatório (hemaglutinação - TPHA ou MHA ou outro teste treponêmico: FTA ou ELISA) para sífilis (ver Documento de Recomendação, no anexo 2);
- HBsAG + anti-HBc total para hepatite B (algoritmo no anexo 3);
- Anti-HCV para hepatite C (algoritmo no anexo 4);
- Anti-HDV nos locais de alta prevalência – Amazônia Ocidental.

PRAZO DE ENTREGA DE RESULTADOS

Considerando-se os princípios de acessibilidade, agilidade e resolutividade que regem a organização dos CTA, estabelece-se, para entrega dos resultados dos exames de HIV, sífilis e hepatites B e C aos usuários, o prazo limite de 15 dias corridos, incluindo os exames confirmatórios, quando for o caso.

1.2 Uso do Teste Rápido Anti-HIV

Todos os CTA devem ter, além da metodologia de testagem tradicional, o teste rápido como método para diagnóstico do HIV. A implantação do teste rápido diagnóstico nos CTA (anexo 6) deverá contribuir, sobretudo, para a ampliação do acesso de grupos mais vulneráveis ao HIV ao diagnóstico da infecção.

A implantação dessa tecnologia é estratégica nos CTA em que os resultados dos exames anti-HIV apresentam demora em função de fragilidades da rede laboratorial. Nos locais em que os CTA apresentarem melhores condições para entrega de resultados em até 15 dias, poderão ser estabelecidas situações prioritárias para oferta do teste rápido, identificando-se, por exemplo, segmentos populacionais cujo retorno para retirada dos resultados pode representar uma importante barreira à continuidade no atendimento ou para os quais há urgência de realização do diagnóstico.

Os segmentos a serem priorizados, listados abaixo, constam da Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009 e da Nota Técnica nº 285/2009 (conforme os anexos 5 e 8, respectivamente):

- a) Segmentos populacionais móveis (flutuantes);

- b) Segmentos populacionais mais vulneráveis: HSH, usuários de drogas, profissionais do sexo e travestis, entre outros que deverão ser identificados localmente;
- c) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/aids;
- d) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- e) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- f) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- g) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- h) Violência sexual, para teste no agressor;
- i) Pessoas que apresentem diagnóstico estabelecido de tuberculose;
- j) Pessoas que apresentem alguma doença sexualmente transmissível;
- k) Pessoas que apresentem diagnóstico de hepatites virais;
- l) Pessoas com manifestações clínicas presumivelmente relacionadas à infecção pelo HIV e suas infecções oportunistas, incluindo aquelas clinicamente graves;
- m) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Cabe destacar que o estabelecimento dessas prioridades não deverá impedir que outros usuários necessitem ou solicitem a realização do teste rápido.

Por se tratar de serviços que contam com equipes capacitadas e experientes na realização da testagem e do aconselhamento para HIV/aids, os CTA que tiverem pessoal capacitado poderão contribuir, também, para a incorporação efetiva do teste rápido nos demais serviços do Sistema Único de Saúde, por meio de apoio técnico.

2. ACONSELHAMENTO

O aconselhamento é uma ação de prevenção que permite a atenção individualizada e singular, além de representar um importante componente do processo de diagnóstico do HIV, da sífilis e das hepatites virais. Sua realização, na prática dos CTA, não deve estar restrita aos momentos pré e pós testagem nem ao atendimento das pessoas que buscam o diagnóstico.

Tipos de aconselhamento a serem realizados nos CTA:

- Aconselhamento individual;
- Aconselhamento coletivo;
- Aconselhamento para casais, inclusive casais soropositivos e sorodiscordantes;
- Aconselhamento continuado para pessoas que aguardam os resultados de exames (HIV, sífilis, hepatites) e também para PVHA, portadores de hepatites e seus familiares, até que sejam encaminhados e atendidos nos serviços de referência para tratamento.

2.1 Perfil do profissional que realiza aconselhamento

O aconselhamento poderá ser realizado por profissionais com formação de nível superior ou técnico que estejam devidamente capacitados para a realização dessa atividade, devendo ter passado por formação específica e adequada para o desempenho da mesma.

2.2 Realização de aconselhamento pré-teste

O aconselhamento antes da testagem deve ser oferecido a todos os usuários dos CTA. Fazem parte desta etapa o acolhimento, o estabelecimento do vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste. É direito dos usuários optar pela realização ou não do procedimento de aconselhamento pré-teste, independentemente da metodologia diagnóstica utilizada, seja rápida ou convencional. Isso não significa suprimir o acolhimento e o diálogo sobre a motivação do teste, a metodologia a ser utilizada e as expectativas do resultado. Para os CTA que ofertam diferentes modalidades de testagem, é prerrogativa do usuário a decisão pelo método a ser utilizado.

2.3 Realização de aconselhamento pós-teste

Considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas, todas as entregas de resultados de exames realizados nos CTA, independentemente de seus resultados, devem ser acompanhadas de aconselhamento pós-teste individual.

CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Outras pessoas, como familiares ou amigos, poderão participar da sessão do aconselhamento pós-teste, caso solicitado pelo usuário.

3. INSUMOS DE PREVENÇÃO

A disponibilização dos insumos estratégicos de prevenção nos CTA é uma ação de prevenção essencial, que deve ter como prioridade a facilitação do acesso dos usuários.

3.1 Quantitativos

Os CTA devem buscar conhecer o perfil da clientela a que atendem e sua real necessidade de insumos de prevenção, a fim de demandar aos gestores os quantitativos adequados a tais necessidades.

Os quantitativos de preservativos destinados pelos Programas de DST/Aids para disponibilização nos CTA devem estar previstos nos Planos de Necessidade elaborados anualmente pelos estados e municípios para insumos de prevenção: preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante. Considerando que os Programas de Hepatites Virais não realizam levantamento de necessidades, é importante que haja articulação entre os dois programas locais para inclusão do quantitativo total de insumos necessários.

3.2 Critérios para disponibilização

Considerando-se a disponibilidade dos insumos de prevenção, estabelecem-se os seguintes critérios para sua disponibilização aos usuários:

- Preservativos masculinos de 49 e 52 mm para todos os usuários e usuárias do CTA;
- Preservativos femininos para mulheres usuárias do CTA, especialmente para aquelas vivendo com HIV/aids, profissionais do sexo, portadoras de DST, usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas;
- Gel lubrificante para profissionais do sexo, travestis e homens que fazem sexo com homens, pessoas vivendo com HIV/aids e mulheres que apresentem essa demanda específica;
- Kits para redução de danos, cuja composição deve ser feita de acordo com a realidade de uso de drogas do contexto em que o CTA está inserido.

ACESSIBILIDADE

Os preservativos masculinos devem estar disponíveis em locais de livre acesso, tais como a recepção, salas de atendimento e em displays dispostos nos serviços, para que os usuários possam retirá-los com facilidade.

Os demais insumos de prevenção devem ser disponibilizados sem barreiras, respeitando as necessidades, práticas sexuais e uso de drogas por parte de cada usuário.

Para facilitar o acesso aos insumos de prevenção, os usuários não deverão ser obrigados a passar por procedimentos prévios, tais como palestras ou consultas, nem deverá ser exigida a identificação daqueles que solicitarem tais insumos.

4. ATIVIDADES DE PREVENÇÃO

Além do aconselhamento, outras atividades de prevenção devem compor a atuação do CTA. É importante que os serviços realizem não apenas atividades dentro do serviço, mas também em outros espaços da comunidade.

OFERTA DE ATIVIDADES

Para maior efetividade do serviço, as atividades devem ser implementadas considerando-se a perspectiva de sua ampliação e diversificação.

Além disso, devem ser realizadas de forma articulada, envolvendo parcerias intra e intersetoriais, desde o planejamento até a execução.

4.1 Atividades internas de prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DST, a serem realizadas pelos CTA:

- Aconselhamento;
- Grupos para segmentos populacionais específicos;
- Disponibilização de insumos de prevenção;
- Atividades educativas;
- Disponibilização de material educativo e informativo;
- Orientação sobre uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, inclusive com disponibilização de kits para redução de danos;
- Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço.

4.2 Atividades extramuros para prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C, da sífilis e de outras DST, a serem realizadas pelos CTA:

- Ações de redução de danos em campo;
- Aconselhamento individual e/ou coletivo no pré-teste;
- Aconselhamento individual no pós-teste;
- Atividades educativas em instituições, por exemplo, escolas, instituições comunitárias de base, empresas, presídios, etc;
- Distribuição de material informativo e de insumos de prevenção em locais públicos ou eventos;
- Atividades de prevenção em campo para segmentos mais vulneráveis;
- Atividades de divulgação dos CTA;
- CTA volante;
- Outras, a serem definidas de acordo com a realidade do serviço.

ATENÇÃO PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A avaliação de vulnerabilidades específicas para o HIV e hepatites virais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas deve ocorrer em todas as ações desenvolvidas pelo serviço (intra e extramuros),

Os CTA devem abordar essa questão na perspectiva da redução de danos e adequar as orientações preventivas, no momento do aconselhamento, conforme o tipo de droga utilizada.

Os insumos de redução de danos devem estar disponíveis no serviço e nas ações extramuros.

É útil que o trabalho nessa área seja articulado com os serviços de saúde mental e demais instâncias que atuem na atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

5. CTA VOLANTE OU ITINERANTE

Consideram-se CTA volantes ou itinerantes: (1) unidades móveis vinculadas aos CTA, com estrutura para realização de testagem e aconselhamento; (2) deslocamento de equipes dos CTA para a realização desses procedimentos em outras unidades de saúde e/ou instituições (presídios, escolas, empresas, etc).

Por ter suas atividades realizadas em campo, os CTA volantes ou itinerantes devem dar especial atenção à garantia de condições adequadas à realização dos procedimentos de testagem e aconselhamento, principalmente o respeito à privacidade, sigilo e confidencialidade das informações prestadas pelo usuário, bem como a biossegurança e o encaminhamento dos casos positivos (HIV, sífilis e hepatites) aos serviços de referência para tratamento.

Recomenda-se empreender ações de sensibilização da comunidade antes da realização das atividades do CTA volante ou itinerante.

5.1 Atividades dos CTA volantes ou itinerantes:

- Realização da testagem em campo, com aconselhamento;
- Devolução dos resultados em campo, com aconselhamento;
- Atividades de orientação preventiva;
- Disponibilização de insumos de prevenção;
- Disponibilização de material informativo/ educativo.

5.2 População beneficiária

Segmentos populacionais mais vulneráveis (definidos localmente) e moradores de áreas de difícil acesso geográfico.

5.3 Uso do teste rápido anti-HIV nos CTA volantes

O uso dos testes rápidos nos CTA volantes ou itinerantes é recomendável, desde que o serviço conte com as condições estruturais necessárias à realização do procedimento e que sejam obedecidos os princípios éticos e técnicos detalhados no item 5. Deve ser dada ao usuário a possibilidade de optar pela retirada do resultado no momento da testagem ou no CTA.

LOCAL DE ENTREGA DE RESULTADO

No caso de realização de testagem convencional com entrega dos resultados em data posterior à coleta, deve-se oferecer ao usuário a possibilidade de optar pelo recebimento do resultado no local onde foi feita a coleta (campo) ou no serviço.

6. ATENÇÃO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV E PORTADORES DE HEPATITES VIRAIS

São atribuições dos CTA na atenção às pessoas vivendo com HIV e portadores de hepatites virais:

- Realizar encaminhamento resolutivo dos casos para os serviços de referência, com estabelecimento de mecanismos que busquem garantir também a contrarreferência;
- Disponibilizar acompanhamento dos usuários no período que sucede o diagnóstico, quando estes ainda não estiverem sendo acompanhados nos serviços de referência, de modo a contribuir para um melhor processo de assimilação e significação da nova condição sorológica e para adesão aos cuidados e tratamentos;
- Realizar ações de aconselhamento para casais soropositivos e sorodiscordantes.

7. ARTICULAÇÃO COM REDE DE SAÚDE, OUTRAS INSTITUIÇÕES LOCAIS E PROGRAMAS DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Os CTA devem estar plenamente articulados com a rede de saúde na qual se inserem, participando de esferas de discussão e decisão, como as comissões e conselhos de saúde locais.

O diálogo permanente das equipes dos CTA com a gestão dos programas de DST/Aids contribui para subsidiar o planejamento anual, adequando-o às necessidades e prioridades da epidemia local e permitindo a devida previsão de recursos.

Com os demais serviços da rede básica, além das razões acima apresentadas, essa articulação permite o apoio para formação das equipes de saúde e a ampliação e qualificação das ações de prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST/aids e hepatites virais nos serviços da rede.

É de suma importância que os CTA reforcem a articulação com os Bancos de Sangue, divulgando suas atividades nesses serviços e estabelecendo mecanismos formais de encaminhamento dos usuários que ainda procuram os bancos para se testar. A divulgação das atividades dos CTA nos Bancos de Sangue facilita o encaminhamento, contribuindo para a qualificação do atendimento aos usuários que desejam realizar o diagnóstico, bem como para a segurança do sangue utilizado nas transfusões no país.

A articulação com organizações ou lideranças da sociedade civil, como ONG e organizações de base comunitária, entre outras, contribui para aprimorar a compreensão das equipes dos CTA acerca das especificidades de grupos em situação de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, para a melhoria da abordagem realizada nos serviços e a maior probabilidade de adoção das medidas de prevenção recomendadas. Além disso, pode ajudar a ampliar e enriquecer as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde em campo.

As parcerias com instituições locais (ONG, OG, universidades, setor privado) podem também contribuir para a qualificação dos profissionais dos CTA e produção de conhecimento a partir do desenvolvimento de pesquisas envolvendo esses serviços.

7.1 Referência e contrarreferência

Os CTA, visando à concretização da atenção integral, deverão responsabilizar-se pelo encaminhamento resolutivo dos seguintes casos:

- Pessoas com sorologia positiva para o HIV aos serviços de referência;
- Pessoas com diagnóstico reagente para as hepatites B e C aos serviços de referência;
- Segmentos populacionais prioritários para vacinação contra hepatite B;
- Pessoas portadoras ou com queixa de sinais/sintomas de DST: os CTA deverão dar resolutividade a esses casos, seja por meio do encaminhamento a serviços de referência ou do tratamento (no caso dos CTA que tiverem estrutura para realizá-lo);
- Outros casos: os CTA devem providenciar os encaminhamentos que se façam necessários para resolução dos problemas de saúde dos usuários.

7.2 Articulações com a rede básica

A ampliação das ações de prevenção das DST e dos diagnósticos do HIV, sífilis e hepatites para os serviços da rede de atenção básica é essencial para promover o acesso da população a essas atividades e, especialmente, contribuir para o controle da transmissão vertical e das coinfeções HIV/hepatites e HIV/tuberculose.

Os CTA podem contribuir para essa ampliação por meio do apoio técnico às equipes de atenção básica – mediante capacitações e supervisões integradas, entre outras - para a implantação e implementação dessas ações.

7.3 Articulação com SAE e demais serviços de referência

A articulação com os Serviços de Atendimento Especializado (SAE) é fundamental para o aprimoramento do sistema de referência e contrarreferência, efetivação da atenção integral e atendimento pleno das demandas apresentadas pelos usuários dos CTA.

8. VIGILÂNCIA DO HIV E NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HEPATITES

8.1 Notificação⁴

Por se tratar de serviços estruturados no âmbito do Sistema Único de Saúde, os CTA têm o dever legal de notificar às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde os seguintes agravos:

- Suspeita de casos e casos confirmados de hepatites virais em instrumento específico do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
- Sífilis em gestantes.

⁴ Conforme PT/SVS/MS nº 5, de 21/02/2006 (anexo 1).

8.2 Abordagem consentida

Cabe aos CTA realizar abordagem consentida (entendida como o convite para o comparecimento ao serviço de saúde) dos usuários que não compareceram para receber os resultados dos testes realizados para HIV e outras DST, independentemente do resultado do exame, conforme a Instrução Normativa nº 1.626, de 10 de julho de 2007 (anexo 6). O contato só poderá ser feito mediante autorização prévia, obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo usuário, a quem cabe o direito de decidir pelo contato, ou não, bem como o melhor meio do estabelecimento desse contato pelo serviço de saúde.

9. CAPACITAÇÕES

Por seu acúmulo de experiência e conhecimento, os CTA podem contribuir para a capacitação de profissionais de saúde e outros atores, em temas como aconselhamento e outros definidos conforme suas habilidades. A abrangência de sua atuação nesse campo deve ser dimensionada segundo a capacidade do serviço e coordenada com as demais atividades de capacitação desenvolvidas pelos programas de aids e hepatites virais locais.

10. PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO

O CTA precisa conhecer a população que atende para melhor planejar suas ações. O uso de sistemas de informação facilita a sistematização dos dados coletados nos CTA, o planejamento do trabalho e o monitoramento dos resultados que vêm sendo alcançados pelo serviço.

10.1 Uso do SI-CTA

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais desenvolveu o Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) com o propósito de oferecer suporte às atividades de monitoramento das ações realizadas no serviço, além de compor o sistema de Vigilância Epidemiológica.

O formulário de atendimento do SI-CTA contempla quatro aspectos: características do indivíduo, aspectos sobre uso de álcool e outras drogas, comportamento sexual e testagem. Os dados fornecidos por esse sistema podem ser de grande utilidade para o gerenciamento e organização do serviço, bem como para as diversas esferas de gestão; daí a relevância da exportação dos dados coletados para a gestão municipal, estadual e federal.

10.1.1 Gerenciamento e organização do serviço:

- Produção de relatórios sobre o perfil da demanda atendida para subsidiar o planejamento das ações do serviço;
- Cadastro de requisições de exames;
- Emissão de mapas de trabalho;
- Emissão de etiquetas com código de barras para identificação do material coletado;

- Montagem dos lotes de requisições para serem encaminhados ao laboratório;
- Registro e consulta dos resultados de exames;
- Agendamento de entregas de resultados;
- Controle de produção (orientações coletivas e individuais, coletas e extramuros);
- Controle de estoque de insumos de prevenção (seringas, agulhas, materiais educativos, etc);
- Emissão de relatórios gerenciais;
- Emissão de relatórios estatísticos;
- Emissão de relatórios personalizados;
- Emissão de laudos com resultados de exames.

10.1.2 Usos do SI-CTA para a esfera federal e estadual:

- Acompanhamento dos níveis de infecção em alguns recortes populacionais;
- Enfoque nos contextos de vulnerabilidade e comportamentos de risco para o HIV, hepatites e outras DST de segmentos populacionais;
- Realização de Vigilância Comportamental, já que dados sobre comportamento auxiliam a explicação das tendências da epidemia, possibilitando elaborar um panorama mais real dos vetores potenciais de mudança ao longo do tempo;
- Possibilidade de realização da “Vigilância por Rede - Sentinela de CTA”;
- Monitoramento de metas ou atividades.

10.1.3 Usos do SI-CTA para a esfera municipal:

- Acompanhamento dos níveis de infecção em alguns recortes populacionais;
- Enfoque nos contextos de vulnerabilidade e comportamentos de risco para o HIV, hepatites e outras DST de segmentos populacionais;
- Utilização dos dados do SI-CTA para “Vigilância do HIV por Rede Sentinela”, ação que se adequaria aos princípios da “Vigilância de Segunda Geração”, o que possibilitaria o cruzamento de dados biológicos com comportamentais e um foco maior nos segmentos populacionais sob maior risco de infecção pelo HIV;
- Utilização dos registros da rotina dos CTA para tomada de decisão gerencial.

IMPLANTAÇÃO E USO DO SI-CTA

As capacitações para implantação do sistema informatizado nos CTA estão descentralizadas e são de responsabilidade dos estados e municípios, os quais contam com o suporte técnico à distância e supervisões periódicas por parte do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

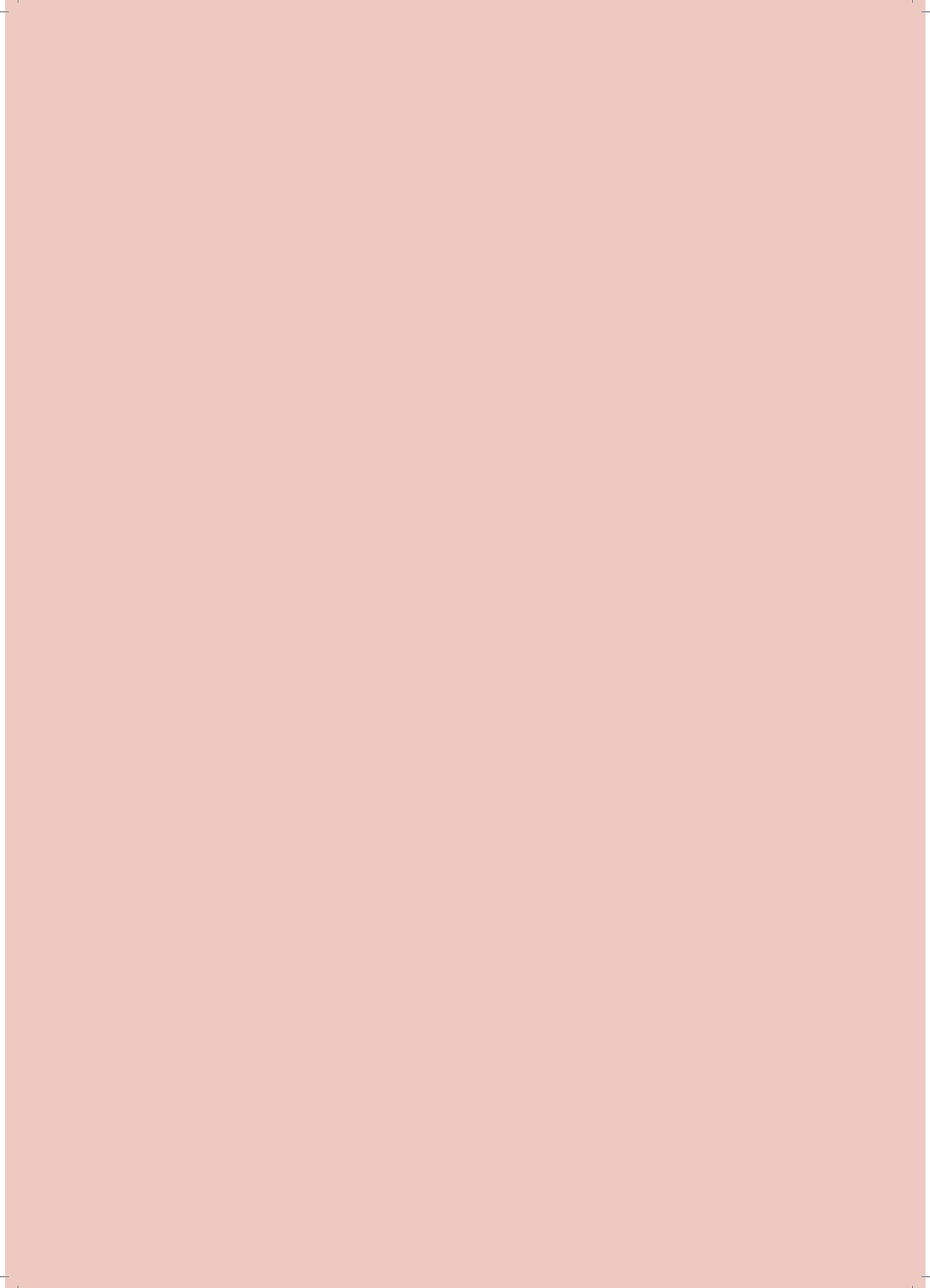
10.2 Limites da informação produzida pelo SI-CTA

Como toda fonte de informação, suas limitações devem ser consideradas, sendo as principais delas:

- Impossibilidade de se detectar diferenças sistemáticas entre o grupo submetido aos testes e a população de referência;
- A insuficiente cobertura de dados e a falta de representatividade do subgrupo populacional submetido ao teste (demanda atendida), em relação à população residente na área de abrangência de cada nível de gestão do SUS, podem resultar em vieses diferenciados;
- As informações obtidas pelo sistema não são comparáveis entre os serviços em razão das diferentes clientelas atendidas;
- As questões contidas no formulário do SI-CTA são de caráter quantitativo, não permitindo avaliação de dados qualitativos.

10.3 Uso de outros sistemas de informação

Caso os CTA disponham de outro sistema de informação, recomenda-se que o mesmo seja compatível com as informações constantes no SI-CTA para que seja possível a exportação de dados. Nesse caso, as equipes de tecnologia de informação do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e do CTA em questão devem acordar os procedimentos técnicos de exportação/importação dos dados. Os serviços que ainda não têm sistema de informação deverão implantar o SI-CTA. O sistema disponível em cada serviço deve ser utilizado como uma ferramenta de monitoramento contínuo das ações desenvolvidas.



CONSIDERAÇÕES SOBRE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DE ATENDIMENTO NOS CTA

1. ATENDIMENTO A GESTANTES

A testagem e o aconselhamento das gestantes devem ser realizados nos serviços responsáveis pela atenção integral ao pré-natal. Considerando-se 1) a existência de um importante quantitativo de CTA, no Brasil, que têm as gestantes entre os segmentos mais atendidos, 2) as possíveis dificuldades locais para realização do diagnóstico nos serviços de pré-natal e 3) a importância da garantia da realização de oferta da testagem a essas mulheres para o controle da transmissão vertical do HIV, da hepatite B e da sífilis, recomenda-se que, nos locais onde ainda não haja estrutura organizada para atendimento dessa demanda nos serviços de acompanhamento pré-natal, o encaminhamento da testagem de gestantes nos CTA seja uma **situação provisória** e que sejam feitos investimentos para a **progressiva transição** da testagem desse segmento para os serviços de atenção ao pré-natal.

Nos casos em que se fizer necessário o atendimento de gestantes nos CTA, estes serviços deverão:

- Verificar se a gestante está realizando acompanhamento pré-natal; caso não esteja, explicar-lhe a importância do mesmo e encaminhá-la para o serviço de atenção ao pré-natal ao qual o CTA estiver articulado;
- Oferecer teste rápido anti-HIV para gestantes não testadas no 3º trimestre de gravidez;
- Notificar as gestantes positivas para HIV, hepatite B e sífilis;
- Referenciar os casos positivos para tratamento e acompanhamento pré-natal no serviço de referência;
- Estimular a testagem do(s) parceiro(s);
- Articular-se com os gestores locais para demandar a transição do atendimento (diagnóstico e aconselhamento) dessa clientela para os serviços de atenção ao pré-natal;
- Apoiar tecnicamente as equipes de serviços de atenção básica para a implantação e implementação das ações de aconselhamento e testagem das gestantes.

Cabe aos coordenadores dos Programas de Aids e Hepatites Virais e aos gestores locais de saúde a adoção de medidas para que a transição do atendimento das gestantes – do CTA para o serviço de atenção ao pré-natal – se efetive.

2. ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

As ações dos CTA devem estar articuladas às demais ações que estejam acontecendo em sua região de atuação, voltadas para a prevenção das DST, aids e hepatites virais entre

os adolescentes. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), por exemplo, prevê entre suas atividades o estímulo à testagem para o HIV dos jovens escolares. Os CTA constituem, juntamente com outras unidades de saúde, importante referência para aconselhamento e testagem dessa população, junto à qual também tem papel relevante na orientação quanto à necessidade da vacinação contra a hepatite B. Além disso, os CTA podem oferecer suporte técnico para os profissionais de educação envolvidos nesse projeto.

Considerando a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei Federal nº 8.069, de 13.7.1990), que considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade incompletos, bem como a proposição do mesmo Estatuto de que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei”, estabelecem-se as seguintes diretrizes para a testagem de crianças e adolescentes nos CTA:

- No caso de bebê nascido de mãe sabidamente soropositiva ou com suspeita desse diagnóstico, o teste deverá ser realizado mediante consentimento dos responsáveis legais;
- Para crianças com clínica compatível com a infecção pelo HIV ou aids, em ambulatórios ou internações, o teste deverá ser realizado com a autorização dos responsáveis legais;
- No caso de adolescente (assim considerados aqueles entre 12 e 18 anos, conforme a legislação), este pode decidir sozinho pela realização do exame, desde que o profissional de saúde avalie que ele é capaz de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios (art. 74 do Código de Ética Médica -Anexo 9). O adolescente deverá ser estimulado a compartilhar o que lhe acontece com os seus responsáveis ou com adulto(s) em quem confie e que possa(m) servir-lhe de suporte. Para que essa avaliação possa ser feita adequadamente e para que o adolescente possa tomar a decisão da realização ou não da testagem de maneira livre e esclarecida, recomenda-se que a todos os adolescentes seja oferecida uma sessão individual de aconselhamento pré-teste. Os resultados dos exames deverão ser entregues somente ao adolescente, preservando-se seu direito à privacidade. Caso seja solicitado pelo adolescente, o momento de entrega do resultado poderá ser compartilhado com um adulto. Contudo, em face das diversidades de condições de vida às quais estão submetidos muitos jovens, importa destacar que nem sempre o apoio parte de seus responsáveis legais.
- Para crianças e adolescentes portadores de DST e/ou usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas, valem as mesmas recomendações dos itens anteriores.
- No caso de DST devidas à violência sexual, o registro da violência é obrigatório em alguns estados brasileiros, exigindo uma ação conjunta com o Conselho Tutelar.
- Nos casos de adoção, embora não haja referência explícita à triagem sorológica para o HIV e nem a outros exames clínicos para investigação de outras patologias prévias ao processo de adoção no Estatuto da Criança e do Adolescente, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV, entendendo que esse tipo de testagem serve de argumento discriminatório e que a testagem em crianças só deve ser realizada em seu benefício, além de ser grande a possibilidade de exames falso-positivos em bebês, em função da presença de anticorpos maternos.
- Com referência a crianças e adolescentes sob medida protetiva de abrigo, são válidas as mesmas recomendações supracitadas para crianças e adolescentes em

geral, ressaltando-se, ainda, que estes não são obrigados a revelar sua condição sorológica.

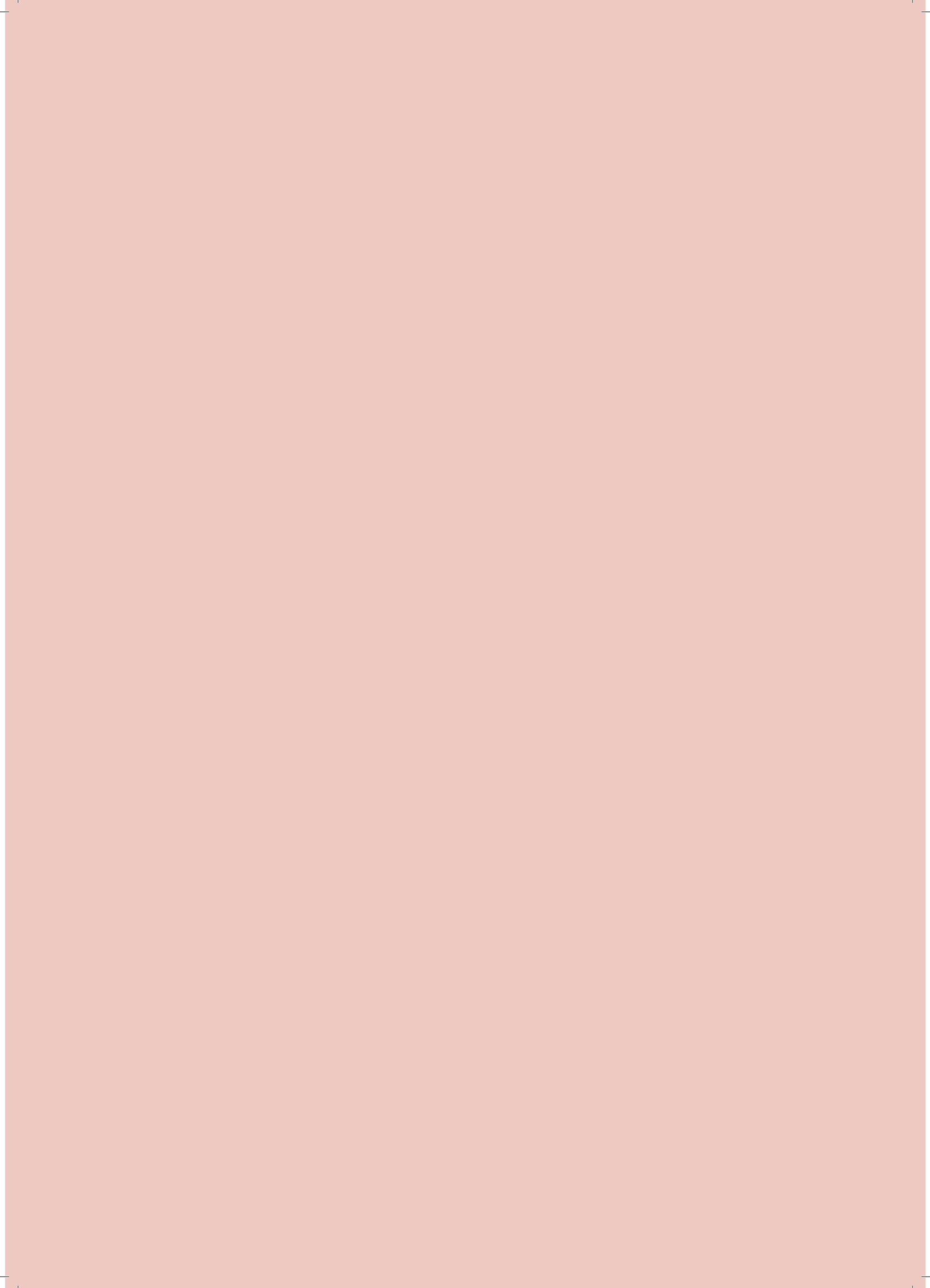
- Nas situações de cumprimento de medida socioeducativa, previstas somente para adolescentes, são válidas as mesmas recomendações feitas acima para adolescentes em geral.

ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Como em qualquer outro caso, é vedada a realização da testagem compulsória em crianças e e adolescentes, inclusive daqueles cumprindo medida socioeducativa e medida protetiva de abrigo.

As situações do atendimento de adolescentes e crianças diferenciam-se das demais pelos seguintes motivos:

- No atendimento a crianças (0 a 11 anos), o teste só pode ser realizado com autorização do responsável, e o atendimento adequado requer que o profissional tenha acesso, no momento pré-teste, ao motivo de solicitação de testagem da criança e à verificação de queixas relacionadas à presença de sinais e sintomas de infecção por HIV ou aids;
- No caso de adolescentes (12 a 18 anos, de acordo com Estatuto da Criança e do Adolescente), inclusive daqueles cumprindo medidas socioeducativas ou em medida protetiva de abrigo, estes poderão decidir sozinhos pela realização do exame, cabendo ao profissional avaliar se o adolescente em questão é capaz de entender a situação de testagem e se pode conduzir-se por seus próprios meios;
- Para realização de testagem em adolescentes (12 a 18 anos) não deve ser exigida a presença de pais ou responsáveis. O profissional de saúde deverá avaliar junto com o/a adolescente sua capacidade de entender o seu ato e conduzir-se por seus próprios meios (art. 74 do Código de Ética Médica), estimulando-o, mas não o obrigando a compartilhar esse momento com um adulto que possa apoiá-lo. Para que essa avaliação possa ser feita adequadamente e para que o adolescente possa tomar a decisão de realização ou não da testagem de maneira livre e esclarecida, deverá ser oferecida uma sessão individual de aconselhamento pré-teste a todos os adolescentes que procurarem o CTA.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, (S.l.), v. 16, p. S65 – S76, 2000. Suplemento 1.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)*: manual. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Atualização das diretrizes organizacionais dos CTA do Brasil*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 11 mar. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Contribuição dos Centros de Testagem para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. (orgs.). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- SOUZA-JR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHOS, E. A. zil, 2003 – 2006. *Clinical Science*, (S.l.), v. 62, n. 5, p. 579-84, 2007.
- WORLD BANK. *Documento de avaliação de projeto sobre empréstimo mundial proposto no montante equivalente a US\$165 milhões ao Brasil para um segundo projeto de controle de AIDS e DST*. Washington, 1998. Relatório nº 18338 – BR. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/aids2_planejamento.htm>. Acesso em 30 mar. 2001.

ANEXOS

Anexo 1

PT/SVS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006 – Define doenças de notificação compulsória. Publicada no D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 22 de fevereiro de 2006

Anexo 2

Abordagem Etiológica da Sífilis – Manual de Controle das DST (p. 41 a 43)

Anexo 3

Fluxograma para diagnóstico da infecção pelo HBV – Hepatites Virais: o Brasil está atento

Anexo 4

Fluxograma para diagnóstico da infecção pelo HCV – Hepatites Virais: o Brasil está atento

Anexo 5

PT/SVS nº 151 de 14 de outubro de 2009 - Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV.

Anexo 6

Instrução Normativa nº 1.626, de 10 de julho de 2007

Anexo 7

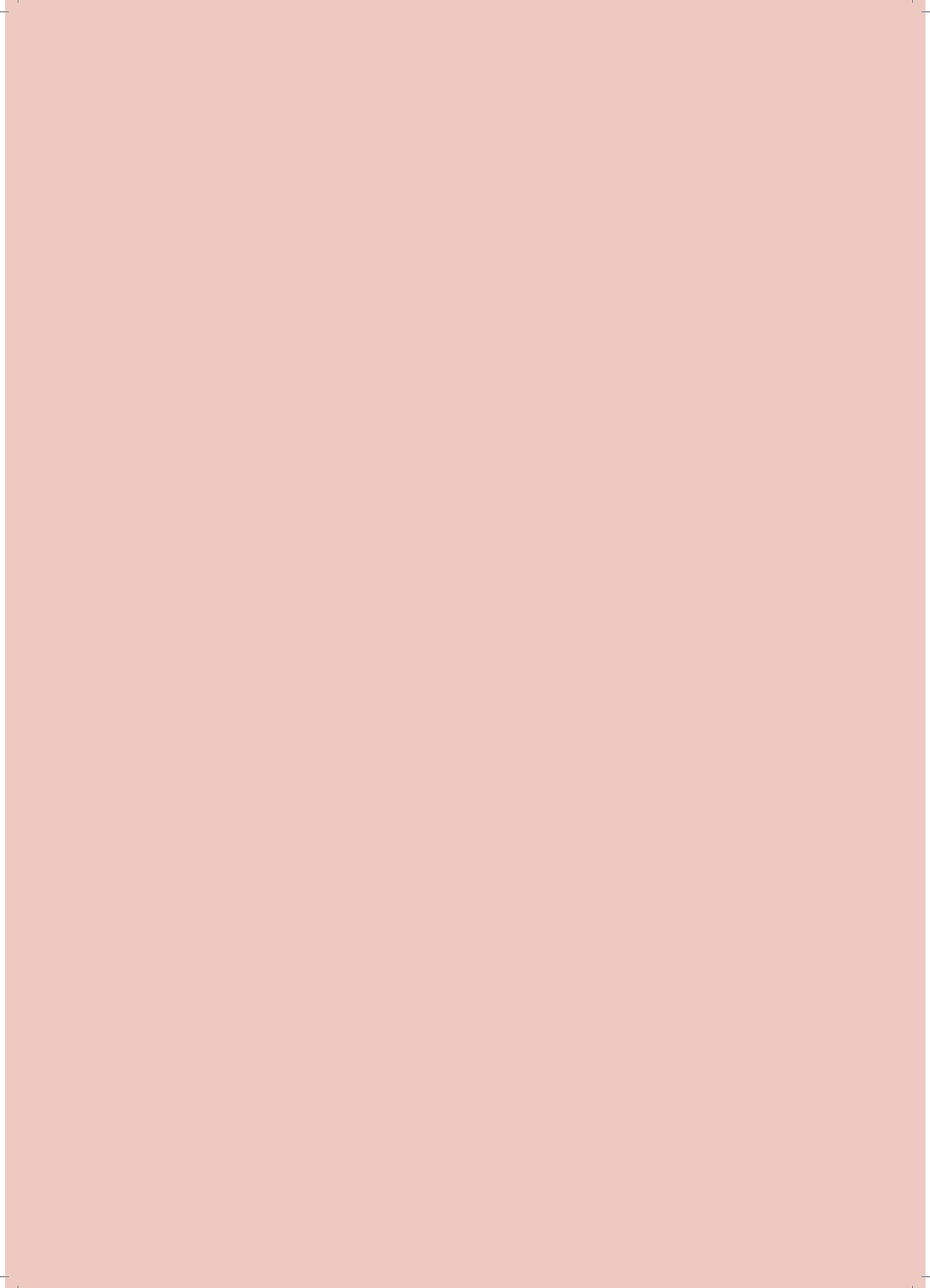
Normatizações vigentes sobre Testagem de Crianças e Adolescentes

Anexo 8

Nota Técnica Nº 285/2009 ULAB/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS - Recomendações ao uso dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV

Anexo 9

Código de Ética Médica



ANEXO 1

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PORTARIA Nº 5, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2006

Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 36 do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003, e considerando o disposto no Art. 4º da Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003, resolve:

Art. 1º Adotar a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, constante do Anexo I desta Portaria, incluindo-se a notificação de casos suspeitos ou confirmados de influenza humana por novo subtipo.

Art. 2º A ocorrência de agravo inusitado, caracterizado como a ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificada às autoridades sanitárias.

Art. 3º As doenças e agravos relacionados no Anexo II desta Portaria, para todo território nacional, devem ser notificados, imediatamente, às Secretarias Estaduais de Saúde, e estas deverão informar, também de forma imediata, à Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

Parágrafo Único: A notificação imediata deverá ser realizada por um dos seguintes meios de comunicação:

I. Serviço de notificação eletrônica de emergências epidemiológicas (e-notifica), por meio de mensagem de correio eletrônico enviada ao endereço notifica@saude.gov.br ou, diretamente pelo sítio eletrônico da Secretaria de Vigilância em Saúde, no endereço www.saude.gov.br/svs;

II. Serviço telefônico de notificação de emergências epidemiológicas, 24 horas (Disque-Notifica) por meio de ligação para o número nacional que será divulgado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, sendo este serviço destinado aos profissionais de saúde cujo Município ou Estado não possuam serviço telefônico em regime de plantão para recebimento das notificações imediatas.

Art. 4º Os agravos de notificação imediata, constantes do Anexo II desta Portaria, devem ser notificados em, no máximo, 24 horas a partir do momento da suspeita inicial.

Parágrafo único. A notificação imediata não substitui a necessidade de registro posterior das notificações em conformidade com o fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 5º Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, em conformidade com a Lei nº. 6259 de 30 de outubro de 1975, são obrigados a comunicar aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS a ocorrência de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas nos anexo I, II e III desta Portaria.

Parágrafo único. O não cumprimento desta obrigatoriedade será comunicado aos conselhos de entidades de Classe e ao Ministério Público para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

Art. 6º. Os resultados dos exames laboratoriais das doenças de notificação imediata relacionadas no Anexo III desta Portaria devem ser notificados, pelos laboratórios de referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública de cada Unidade Federada, concomitantemente às Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a SVS/MS, conforme estabelecido no Art. 3º desta Portaria.

Art. 7º. A definição de caso para cada doença relacionada no Anexo I desta Portaria obedecerá à padronização definida pela SVS/MS.

Art. 8º É vedada a exclusão de doenças e agravos componentes da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória pelos gestores municipais e estaduais do SUS.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 10 Fica revogada a Portaria nº. 33/SVS, de 14 de julho de 2005, publicada no DOU nº. 135, Seção 1, pág. 111, de 15 de julho de 2005.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO I

Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória

I. Botulismo; II. Carbúnculo ou Antraz; III. Cólera; IV. Coqueluche; V. Dengue; VI. Difteria; VII. Doença de Creutzfeldt – Jacob; VIII. Doenças de Chagas (casos agudos); IX. Doença Meningocócica e outras Meningites; X. Esquistossomose (em área não endêmica); XI. Eventos Adversos Pós-Vacinação; XII. Febre Amarela; XIII. Febre do Nilo Ocidental; XIV. Febre Maculosa; XV. Febre Tifóide; XVI. Hanseníase; XVII. Hantavirose; XVIII. Hepatites Virais; XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; XX. Influenza humana por novo subtipo (pandêmico); XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana; XXII. Leishmaniose Visceral; XXIII. Leptospirose; XXIV. Malária; XXV. Meningite por *Haemophilus influenzae*; XXVI. Peste; XXVII. Poliomielite; XXVIII. Paralisia Flácida Aguda; XXIX. Raiva Humana; XXX. Rubéola; XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita; XXXII. Sarampo; XXXIII. Sífilis Congênita; XXXIV. Sífilis em gestante; XXXV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS; XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda; XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave; XXXVIII. Tétano; XXXIX. Tularemia; XL. Tuberculose; XLI. Varíola.

ANEXO II

Doenças e Agravos de notificação imediata

I. Caso suspeito ou confirmado de:

a) Botulismo; b) Carbúnculo ou Antraz; c) Cólera; d) Febre Amarela; e) Febre do Nilo Ocidental; f) Hantavírus; g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico); h) Peste; i) Poliomielite; j) Raiva Humana; l) Sarampo, em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior; m) Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda; n) Síndrome Respiratória Aguda Grave; o) Varíola; p) Tularemia.

II. Caso confirmado de:

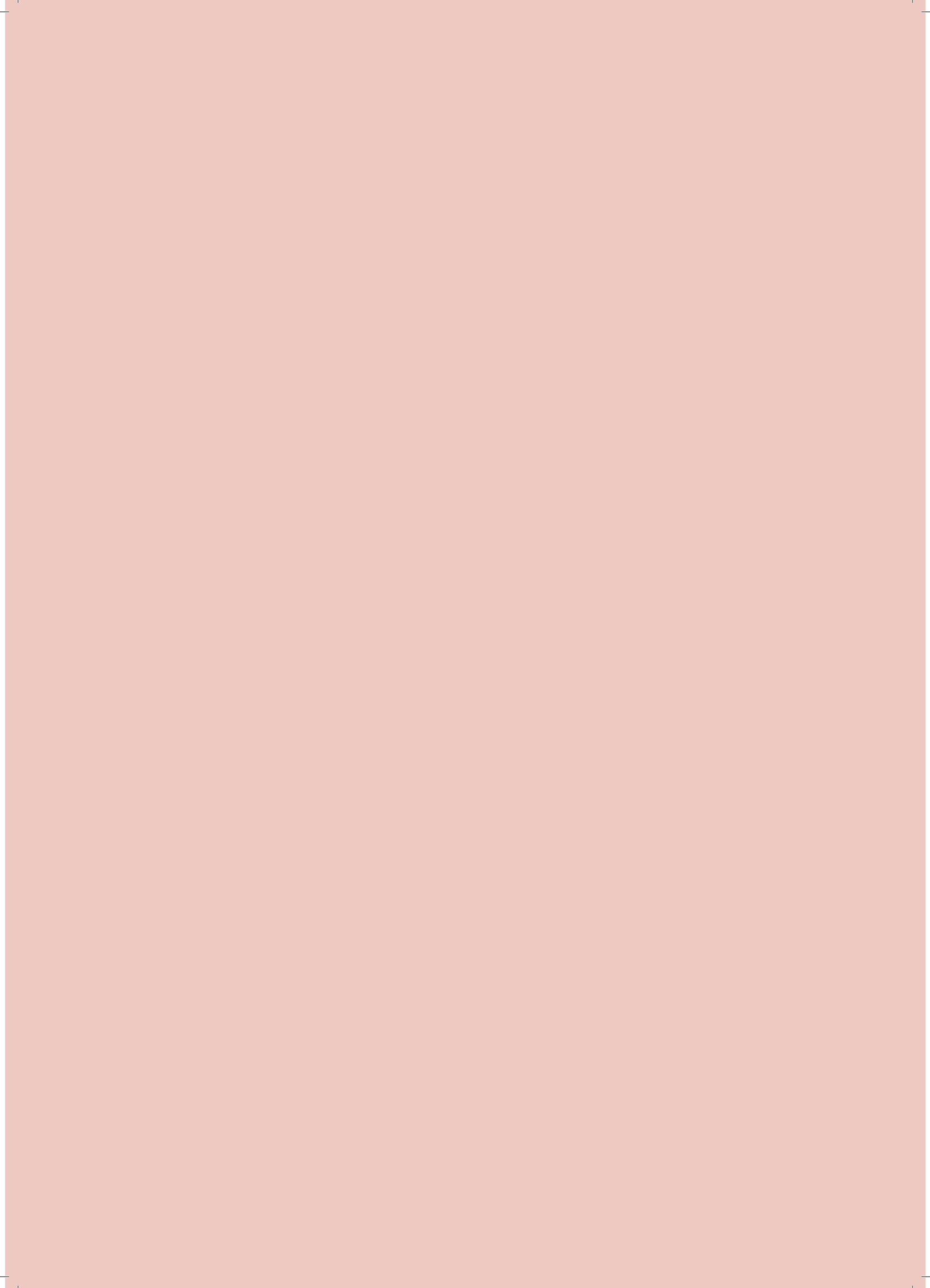
a) Tétano Neonatal

- III. Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:
 - a) Agravos inusitados; b) Difteria; c) Doença de Chagas Aguda; d) Doença Meningocócica; e) Influenza Humana.
- IV. Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos:
 - a) Epizootias em primatas não humanos; b) Outras epizootias de importância epidemiológica

ANEXO III

Resultados laboratoriais que devem ser notificados de forma imediata pelos Laboratórios de Saúde Pública dos Estados (LACEN) e Laboratórios de Referência Nacional ou Regional

- I. Resultado de amostra individual por:
 - a) Botulismo; b) Carbúnculo ou Antraz; c) Cólera; d) Febre Amarela; e) Febre do Nilo Ocidental; f) Hantavirose; g) Influenza humana por novo subtipo (pandêmico); h) Peste; i) Poliomielite; j) Raiva Humana; l) Sarampo; m) Síndrome Respiratória Aguda Grave; n) Varíola; o) Tularemia
- II. Resultado de amostras procedentes de investigação de surtos:
 - a) Agravos inusitados; b) Doença de Chagas Aguda; c) Difteria; d) Doença Meningocócica; e) Influenza Humana.



ANEXO 2

Abordagem Etiológica da Sífilis (Manual de Controle das DST)

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença.

O risco de infecção em um intercursos sexual é 60% nas lesões de cancro duro e condiloma plano.

Classifica-se em:

- Sífilis adquirida
 - recente (menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
 - tardia (com mais de um ano de evolução): latente tardia e terciária.
- Sífilis congênita
 - recente (casos diagnosticados até o 2º ano de vida);
 - tardia (casos diagnosticados após o 2º ano de vida).

O cancro duro é uma lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, indolor, com bordos endurecidos, fundo liso, brilhante e secreção serosa escassa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21) após o contato sexual infectante.

É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla.

No homem, a lesão aparece com maior frequência na glândula e sulco bálano-prepucial.

Na mulher, dificilmente é detectada nesta fase; quando aparece é mais comumente observada nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino.

Pela localização, pode passar despercebida. São raras, porém ocorrem, as lesões de inoculação em outras áreas que não a genital. A lesão é altamente infectante, sempre rica em treponemas que podem ser visualizados ao microscópio óptico com campo escuro.

De 6 a 8 semanas do aparecimento do cancro duro e após sua cicatrização espontânea, podem ocorrer lesões cutâneo-mucosas, não ulceradas, geralmente acompanhadas de micropoliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, de artralgias, febrícula, cefaleia e adinamia. Mais raramente observa-se comprometimento hepático e até ocular, como uveíte. Também são lesões ricas em treponemas como o cancro duro, mas já existem anticorpos circulantes, em seus maiores títulos, que permitem a identificação sorológica da infecção.

Dentre estas lesões, são comuns:

- manchas eritematosas (roséolas), de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme;
- pápulas de coloração eritemato-acastanhada, lisas a princípio e posteriormente escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. Sua localização nas superfícies palmo-plantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no secundarismo;
- alopecia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas;
- lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas (placas mucosas);
- lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito, também chamadas de condiloma plano.

A sífilis latente (recente e tardia) é a forma da sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos. Seu diagnóstico é feito exclusivamente por meio de testes sorológicos, com títulos menores do que na fase secundária. Sua duração é variável e seu curso poderá ser interrompido por sinais e sintomas da forma secundária ou terciária.

A sífilis tardia pode ter sinais e sintomas após 3 a 12 anos de infecção, principalmente lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (tabes dorsalis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot). Na maioria das vezes, entretanto, são assintomáticas.

Não se observam treponemas nas lesões e as reações sorológicas têm títulos baixos.

Os diagnósticos diferenciais dependem da fase da infecção:

- **Sífilis primária:** cancro mole, herpes genital, donovanose, linfogranuloma venéreo, câncer.
- **Sífilis secundária:** farmacodermias, doenças exantemáticas não vesiculosas, hanseníase virchowiana, colagenoses.

O diagnóstico laboratorial se faz por técnicas variadas, também dependentes da fase da infecção. A pesquisa direta só se aplica a lesões das fases primária e secundária. Exige colher a linfa em lâmina, adicionar algumas gotas de soro fisiológico e observar por microscopia em campo escuro o movimento dos treponemas. Indicada para material de lesão ulcerada suspeita, podendo também ser positiva para material do condiloma plano e das placas mucosas da fase secundária.

Os testes sorológicos não treponêmicos como VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasm Reagin*) são testes quantitativos, importantes para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico. Devem ser solicitados sempre que se suspeitar de sífilis em qualquer de suas fases, para todos os pacientes portadores de DST e na rotina do pré-natal. Tendem a se tornar reativos a partir da segunda semana após o aparecimento do cancro (sífilis primária) estão mais elevados na fase secundária da doença. Os títulos sofrem redução natural no primeiro ano de evolução. Instituído o tratamento correto, tende a negativar-se em 6-12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina “memória” ou “cicatriz” sorológica. Títulos baixos podem também representar reação falso-positiva (pesquisar doença do colágeno), sífilis muito recente (em ascensão) ou até muito antiga, tratada ou não.

As sorologias treponêmicas incluem a imunofluorescência com o FTAAbs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*), o MH-TP (Microhemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou TPHA, ELISA (teste imunoenzimático) e, atualmente, os testes rápidos. São testes específicos e qualitativos, importantes para a conformação da infecção. Em geral, tornam-se reativos a partir do 15º dia da infecção. O FTA-Abs é o que positiva mais rapidamente. A sorologia com anticorpos treponêmicos, que tendem a permanecer no soro mais longamente do que os anticorpos não treponêmicos ou lipídicos, não são úteis para o acompanhamento.

As dúvidas de interpretação da sorologia poderão ser esclarecidas pela anamnese, pelo exame físico e pela repetição periódica dos testes não treponêmicos. Dois títulos baixos em intervalo de 30 dias excluem sífilis recente. Se as provas de sorologia treponêmica qualitativas (FTA-Abs ou TPHA) forem negativas, exclui-se sífilis atual ou prévia e o diagnóstico é de reação falso positivo que pode ocorrer quando há hanseníase, malária, mononucleose, leptospirose, lupus eritematoso sistêmico.

Se ambas as técnicas forem positivas (não treponêmicas e treponêmicas), a dúvida sobre doença antiga ou adequadamente tratada permanece, sendo recomendável, então, repetir o tratamento. O paciente poderá receber alta e deverá ser esclarecido para o fato de que por muito tempo, ou até por toda a vida, apresentará sorologia treponêmica e não treponêmica reativa. Desta forma, em qualquer situação, fica o serviço ou o profissional de saúde com a responsabilidade, se necessário, de emitir atestado explicando o fenômeno e a inexistência de doença ativa.

Também o tratamento é dependente da fase da infecção:

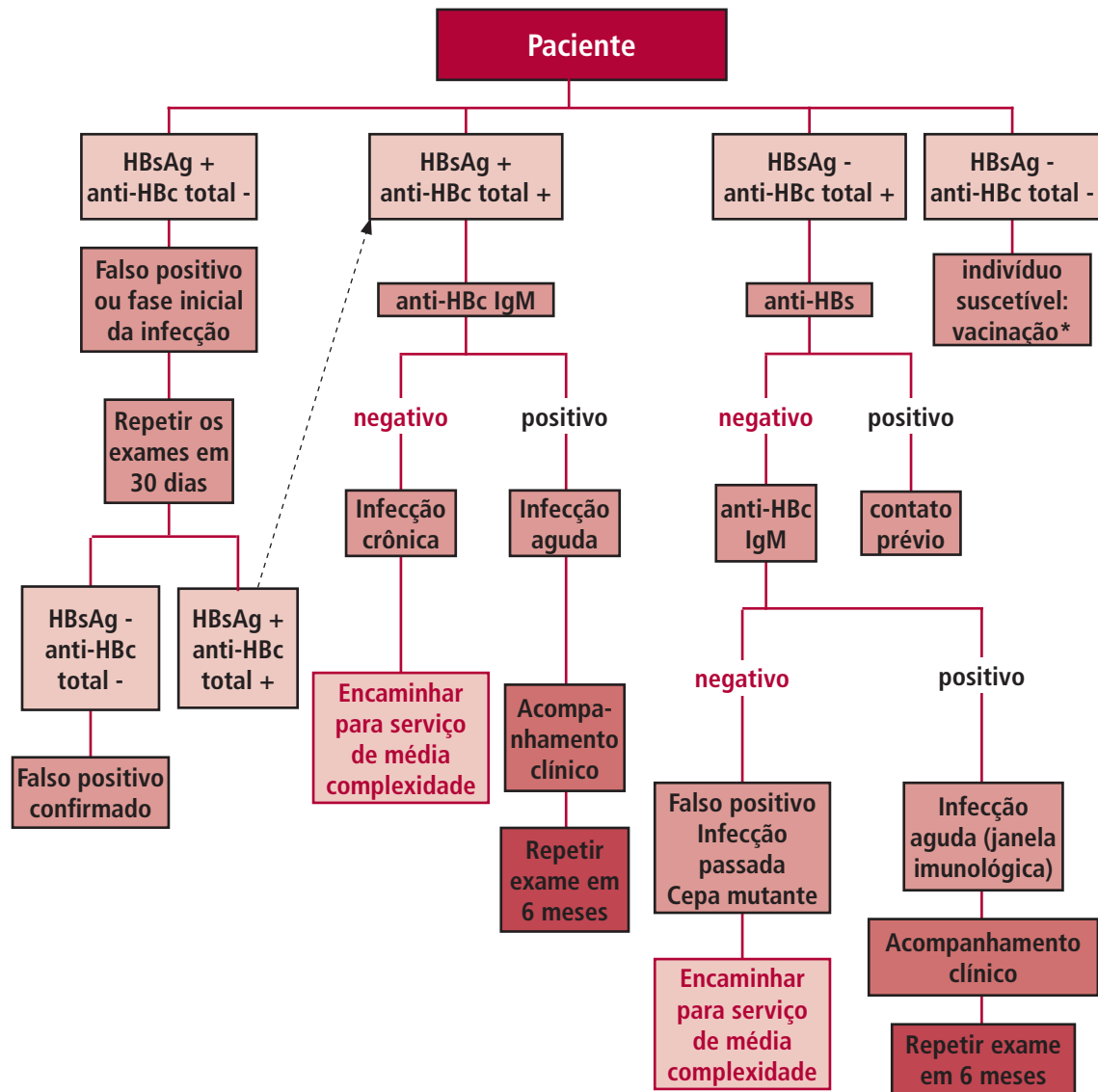
Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).

Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.

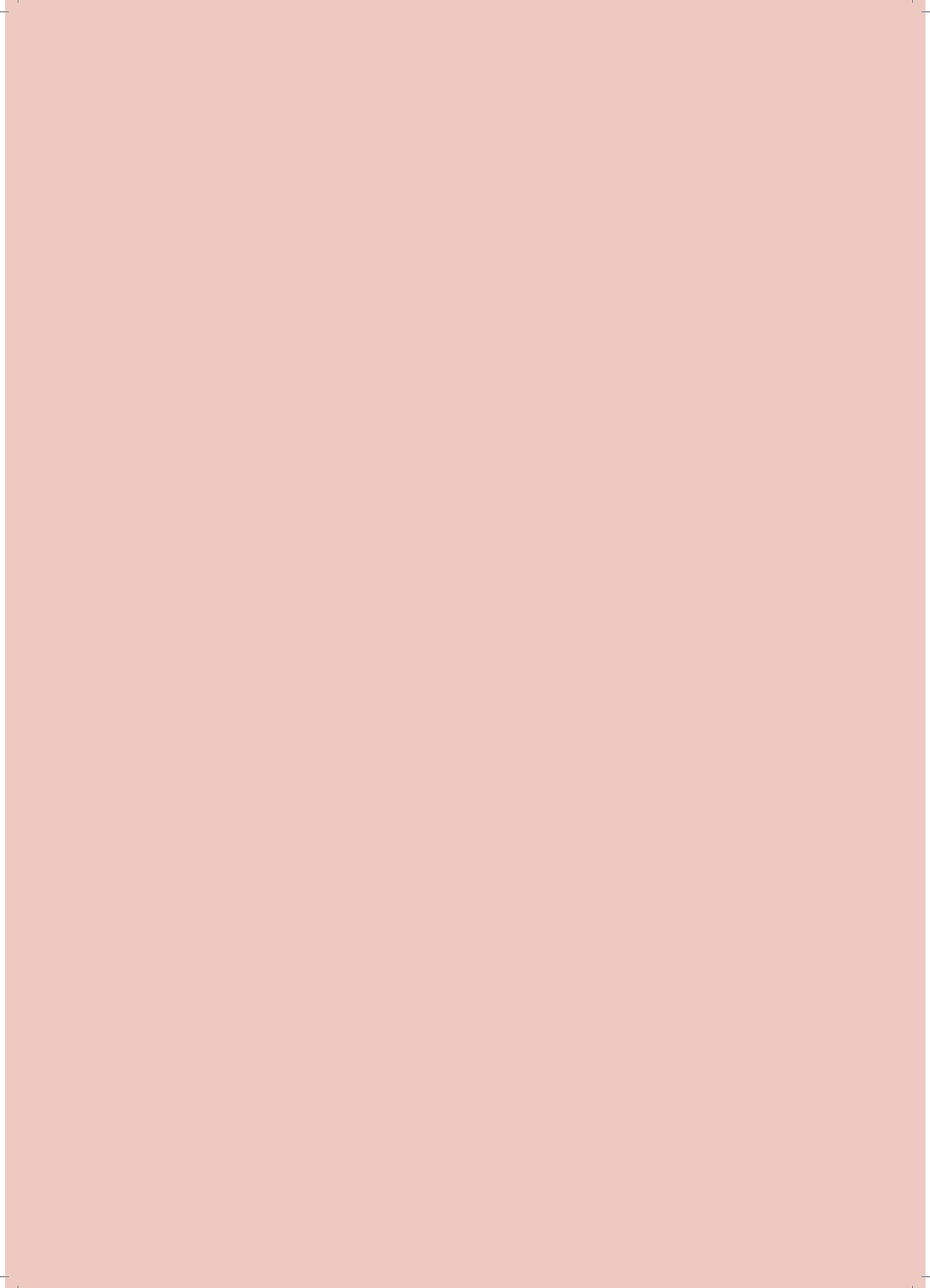
Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.

ANEXO 3

Fluxograma para diagnóstico da infecção pelo HBV – Hepatites Virais: o Brasil está atento

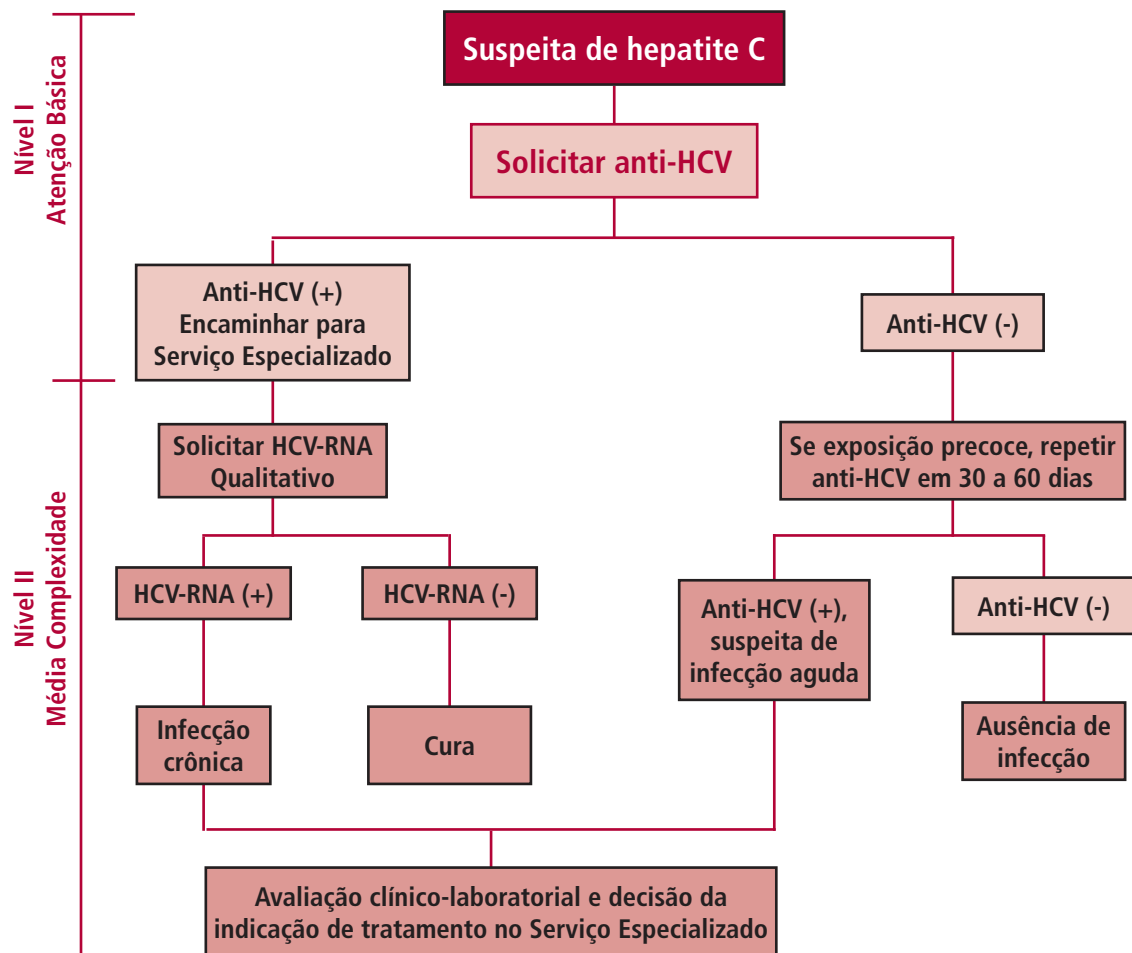


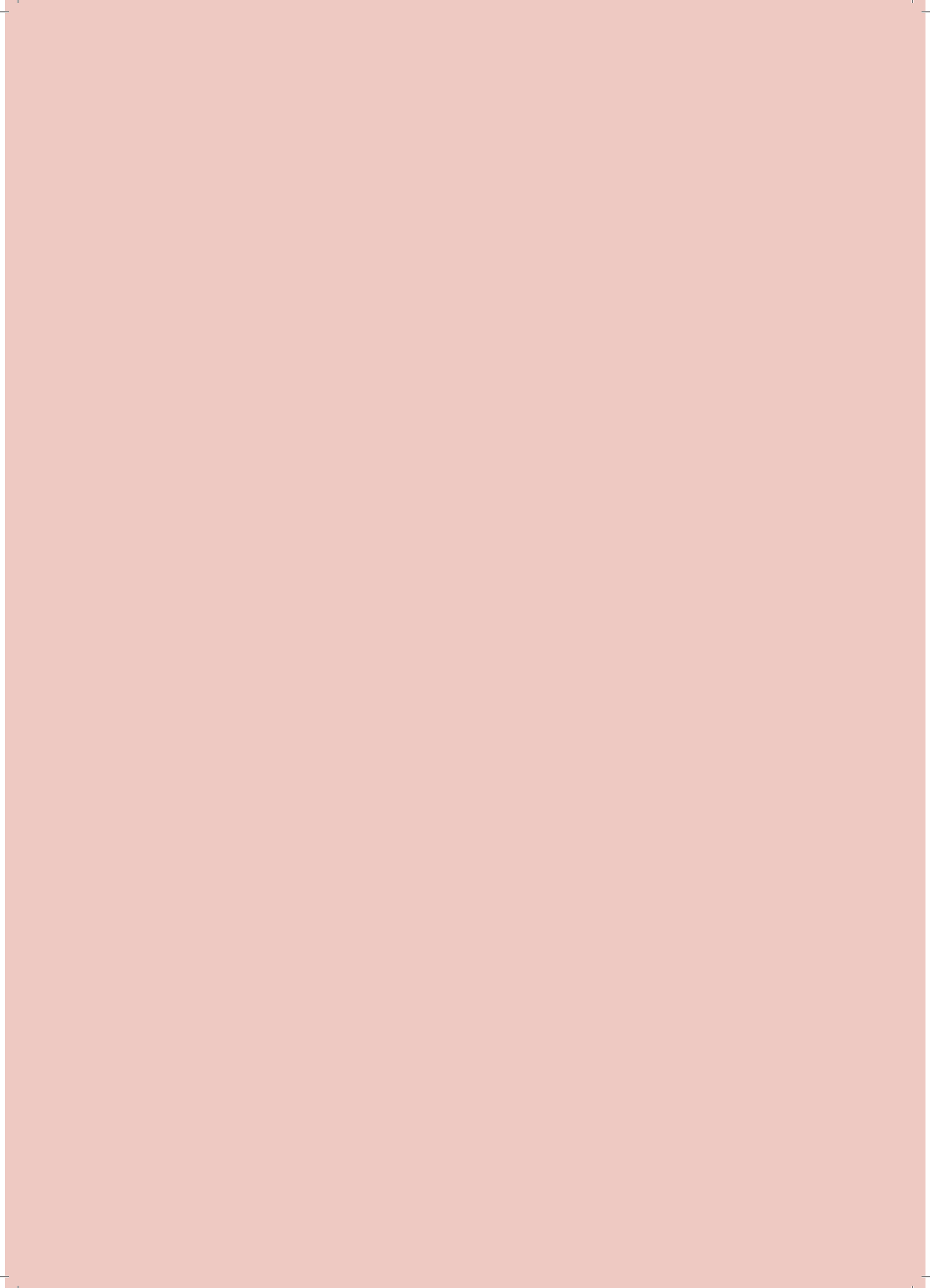
* As indicações de vacinação contra hepatite B deverão contemplar as normas do Programa Nacional de Imunizações, contidas no parecer técnico 04/2010/CGPNI/DEVEP/SVS/MS e Departamento DST-Aids e Hepatites Virais/SVS/MS. Disponível no site www.aids.gov.br.



ANEXO 4

Fluxograma para diagnóstico da infecção pelo HCV – Hepatites Virais: o Brasil está atento





ANEXO 5



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

PORTARIA Nº.151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe confere o Art. 45, do Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009,

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS;

Considerando a necessidade do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais;

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e possibilita a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua maior proteção e para o controle da infecção e da disseminação do vírus; e

Considerando que o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses;

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Art. 2º Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria.

Art. 3º Definir que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do teste a ser utilizado.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 4º Estabelecer que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com o disposto na Resolução RDC nº. 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde – DDST/AIDS/SVS/MS, definirá as normas técnicas necessárias aos programas de validação de reagentes para uso no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 6º Revogar Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no D.O.U. nº. 145, de 29 de julho de 2005, Seção 1, pág. 77.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

GERSON OLIVEIRA PENNA

ANEXO I

Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV

1 - Da Etapa I : Triagem - TESTE 1 (T1)

Para a Etapa I de triagem deverá ser utilizado um teste capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV-2. Poderão ainda ser utilizados, nessa etapa, testes que combinem a detecção simultânea desses anticorpos e de antígeno.

É permitida a utilização das seguintes metodologias, no teste da Etapa I:

- a) Ensaio imunoenzimático – ELISA;
- b) Ensaio imunoenzimático de micropartículas – MEIA;
- c) Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações – EQL;
- d) Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima – ELFA;
- e) Ensaio imunológico quimioluminescente magnético – CMIA;
- f) Testes rápidos: imunocromatografia, aglutinação de partículas em látex ou imunoconcentração;
- g) Novas metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.1- Resultado da Etapa I - Triagem - TESTE 1 (T1)

1.1.1 - O resultado da amostra será definido a partir da interpretação de um ou mais testes cujos resultados deverão ser expressos em laudo laboratorial, conforme estabelecido no fluxograma do Anexo III a esta Portaria.

1.1.2 - A amostra com resultado reagente, no teste da Etapa I, deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.3 - A amostra com resultado não reagente, no teste da Etapa I, será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”.

1.1.3.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: “Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra”.

1.1.4 - A amostra com resultado indeterminado, no teste da Etapa I, não terá resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado e uma segunda amostra deverá ser coletada, o mais breve possível, e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

1.1.4.1 – Caso a paciente seja gestante, deverá ser solicitada segunda amostra para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses e nova amostra para realização de teste molecular, conforme orientações do item 4 do ANEXO I desta portaria.

1.1.4.2 - Caso o resultado com a segunda amostra persista indeterminado, o laudo deverá ser liberado como “Amostra Indeterminada para HIV”.

1.1.4.3 - É obrigatória a liberação desse resultado.

1.1.4.4 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: “Persistindo a suspeita clínica de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, após 30 dias, para esclarecimento do diagnóstico sorológico”.

1.1.4.5 - Caso o resultado com a segunda amostra seja não reagente, o laudo deve ser liberado como "Amostra Não Reagente para HIV".

1.1.4.5.1 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".

1.1.4.6 - Caso o resultado com a segunda amostra seja reagente, esta deverá ser submetida à Etapa II do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

2 - Da Utilização dos Testes Rápidos na Etapa I

2.1 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2.2 - O teste rápido deve detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2.

2.3 - Caso o resultado do teste rápido seja positivo na Etapa I, uma nova amostra deverá ser coletada, imediatamente, para a realização da Etapa II desta Portaria.

2.4 - Caso o resultado do teste rápido seja inválido, deve-se repetir o teste imediatamente com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

2.5 - Persistindo o resultado inválido no teste rápido, deve-se utilizar outra metodologia dentre as definidas no item 1, do Anexo I desta Portaria.

3 - Da Etapa II – Complementar – Teste 2 (T2)

É permitida a utilização das seguintes metodologias no teste da Etapa II:

- a) Imunofluorescência indireta - IFI;
- b) Immunoblot – IB;
- c) Immunoblot rápido – IBR;
- d) Western Blot - WB;
- e) Outras metodologias registradas na ANVISA e validadas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3.1 - Resultados da Etapa II – Complementar – Teste 2 (T2)

3.1.1 - Para a interpretação dos resultados e liberação do laudo, deverão ser analisados, conjuntamente, os resultados obtidos nos testes das Etapas I e II. Estes poderão ser encontrados com as seguintes combinações, nos testes sequenciais das duas etapas:

A) Resultados reagentes, nos testes das Etapas I e II: a amostra é positiva para HIV;

3.1.1.1 - Esse resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para HIV".

3.1.1.2 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Para comprovação do diagnóstico laboratorial, uma segunda amostra deverá ser coletada e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses".

3.1.1.3 - Esta segunda amostra deverá ser colhida o mais rapidamente possível, e submetida à Etapa I do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, preferencialmente no mesmo local em que se realizaram os testes com a primeira amostra.

3.1.1.4 – É responsabilidade do profissional de saúde que atender o indivíduo solicitar e identificar o pedido do exame como segunda amostra, e do laboratório ou do serviço de saúde registrá-la como tal para a finalização do Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

3.1.1.5 - Quando o resultado do teste com a segunda amostra for reagente, o resultado deverá ser liberado como: "Amostra Reagente para o HIV".

3.1.1.6 - O laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: "Resultado definido com a segunda amostra, conforme estabelecido pela Portaria número e data".

B) Resultados indeterminados ou discordantes entre as Etapas I e II:

Reagente, na Etapa I, e não reagente ou indeterminado, na Etapa II, deverão ser liberados como “Amostra Indeterminada para HIV”.

- 3.1.1.7. - É obrigatória a liberação desse resultado e o laudo laboratorial deverá incluir a seguinte ressalva: “Persistindo a suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada, 30 dias após a data da coleta desta amostra”
- 3.1.1.8 - A nova amostra deverá ser colhida e submetida ao fluxograma do Anexo III a esta Portaria, preferencialmente no mesmo local em que se realizou o teste com a primeira amostra, e o resultado deve ser interpretado de acordo com o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.
- 3.1.1.9 - Caso o resultado com a nova amostra permaneça indeterminado, deve-se considerar a possibilidade da realização de testes moleculares (RNA e/ou DNA), para auxiliar na definição do diagnóstico.
- 3.1.1.10 - A ocorrência de resultados indeterminados ou falso-positivos é maior em gestantes ou portadores de algumas enfermidades. Nessas situações, a avaliação conjunta da história clínica, do risco de exposição do indivíduo à infecção pelo HIV e o resultado laboratorial devem orientar as decisões.
- 3.1.1.11 Havendo persistência de resultado indeterminado nos testes e suspeita clínica ou epidemiológica de infecção, pode-se coletar uma nova amostra para investigação da infecção pelo HIV-2 ou, ainda, para realização de outros testes indicados para o diagnóstico.

4 – Da Utilização dos testes moleculares para amostras indeterminadas em gestantes

4.1 - Os testes moleculares serão utilizados para auxiliar a definição do diagnóstico da infecção do HIV-1 em gestantes que apresentarem resultado indeterminado na primeira amostra.

4.2 - O laboratório deverá encaminhar ao médico uma solicitação de segunda amostra, que será submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, e a solicitação de uma nova amostra para a realização de teste molecular, devendo seguir o modelo de solicitação conforme anexo V a esta Portaria.

4.3 - O médico deverá encaminhar a solicitação de teste molecular, vinda do laboratório, juntamente com o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA-I ao Laboratório da Rede Nacional de Carga Viral, seguindo as recomendações de coleta de amostras para testes moleculares.

4.4 - É obrigatório o envio dos dois formulários (solicitação de nova amostra e BPA-I), devidamente preenchidos, para a realização do teste molecular.

5 - Da Interpretação dos Testes Western Blot

5.1 - A interpretação do teste de Western Blot deverá seguir os critérios:

- a) Amostra negativa: ausência de reatividade (bandas), com qualquer proteína viral utilizada no ensaio;
- b) Amostra positiva: reatividade (bandas), em pelo menos duas das seguintes proteínas: p24; gp41; gp120/gp160;
- c) Amostra indeterminada: qualquer padrão de reatividade (bandas) diferente do item anterior.

5.2 - A interpretação dos testes Imunoblot e Imunoblot rápido deverão seguir o disposto nas instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

6 - Do Laudo

6.1 - Deverá ser legível, sem rasuras na sua transcrição, escrito em língua portuguesa, datado e assinado por profissional de nível superior legalmente habilitado.

6.2 – Deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

6.3 – Deverá constar do laudo a interpretação final do resultado da amostra que será: Amostra Reagente para HIV, ou Amostra Não Reagente para HIV ou Amostra Indeterminada para HIV.

6.4 – Deverão constar do laudo, igualmente, os resultados de todos os testes realizados, inclusive quando em número superior ao determinado pelo Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses.

6.5 – Deverão ser expressos: o resultado numérico da amostra, o ponto de corte (cut-off) e a unidade de medição do método utilizado, quando os resultados forem positivos ou indeterminados, excetuando-se os resultados obtidos por testes cuja leitura é visual.

6.6 – Deverá ser reportado o resultado de todas as bandas reativas encontradas nos testes Western Blot, Imunoblot e Imunoblot Rápido.

ANEXO II

Diagnóstico da infecção pelo HIV por Testes Rápidos

1 – Do Diagnóstico Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

As instituições de saúde públicas e privadas que utilizem testes rápidos devem promover e manter os processos de qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde.

1.1 – O diagnóstico rápido poderá ser realizado nas seguintes situações especiais:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- c) Segmentos populacionais flutuantes;
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/aids;
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- g) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- h) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- i) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- j) Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

1.2 - As amostras deverão ser coletadas de acordo com as instruções dos fabricantes dos conjuntos diagnósticos.

2 - Da Realização do Teste Rápido

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV deve ser realizado com testes rápidos (TR) capazes de detectar anticorpos anti-HIV 1, incluindo o grupo O e anticorpos anti-HIV 2, de acordo com o fluxograma do Anexo IV.

2.1 - Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra e o indivíduo orientado a aguardar o resultado no local.

3- Do resultado dos testes rápidos

3.1 – A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”.

3.1.1 – O laudo deverá incluir a seguinte ressalva: “Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra”.

3.2 – A amostra com resultado reagente no TR1 deverá ser submetida ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utilizado como TR2.

3.2.1 – A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: “Amostra Reagente para HIV”.

3.3 – A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

3.4 – Caso o resultado do TR1 ou do TR2 seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.

3.5 – Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses, de acordo com o Anexo III a esta Portaria.

4 - Do Laudo

4.1 – Deverá constar, no laudo do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto diagnóstico utilizado.

4.2 – Deverá constar, no mesmo laudo, a interpretação final do resultado da amostra, que será: Amostra Reagente para HIV ou Amostra Não Reagente para HIV.

4.3 – O laudo deverá estar de acordo com o disposto na Resolução RDC nº 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

5 - Considerações e Recomendações

1 - Não existem testes laboratoriais que apresentem 100% de sensibilidade e 100% de especificidade. Em decorrência disso, resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes entre os testes distintos podem ocorrer na rotina do laboratório clínico.

2 - Janela imunológica é o tempo entre a exposição do indivíduo ao vírus e o surgimento de marcadores detectáveis no organismo (antígeno ou anticorpo). O diagnóstico laboratorial é dependente do tempo decorrido entre a infecção do indivíduo e sua resposta imunológica.

3 - Os testes de triagem que combinam em sua metodologia antígeno e anticorpo permitem a detecção precoce da infecção pelo HIV, quando comparados aos testes confirmatórios que detectam apenas anticorpos. Portanto, resultados falso-negativos na Etapa II podem ocorrer quando da utilização dos testes que detectam apenas anticorpos na Etapa II.

4 - O resultado laboratorial indica o estado sorológico do indivíduo e deve ser associado à história clínica e/ou epidemiológica do indivíduo.

5 - Testes moleculares RNA e/ou DNA, embora não sejam preconizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV, podem ser úteis para auxiliar a definição de casos indeterminados, principalmente em gestantes.

6 - Quando houver a necessidade de investigação de soroconversão, recomenda-se proceder à coleta de uma nova amostra 30 dias após a coleta da primeira amostra, e repetir o conjunto de procedimentos sequenciados descritos nesta Portaria.

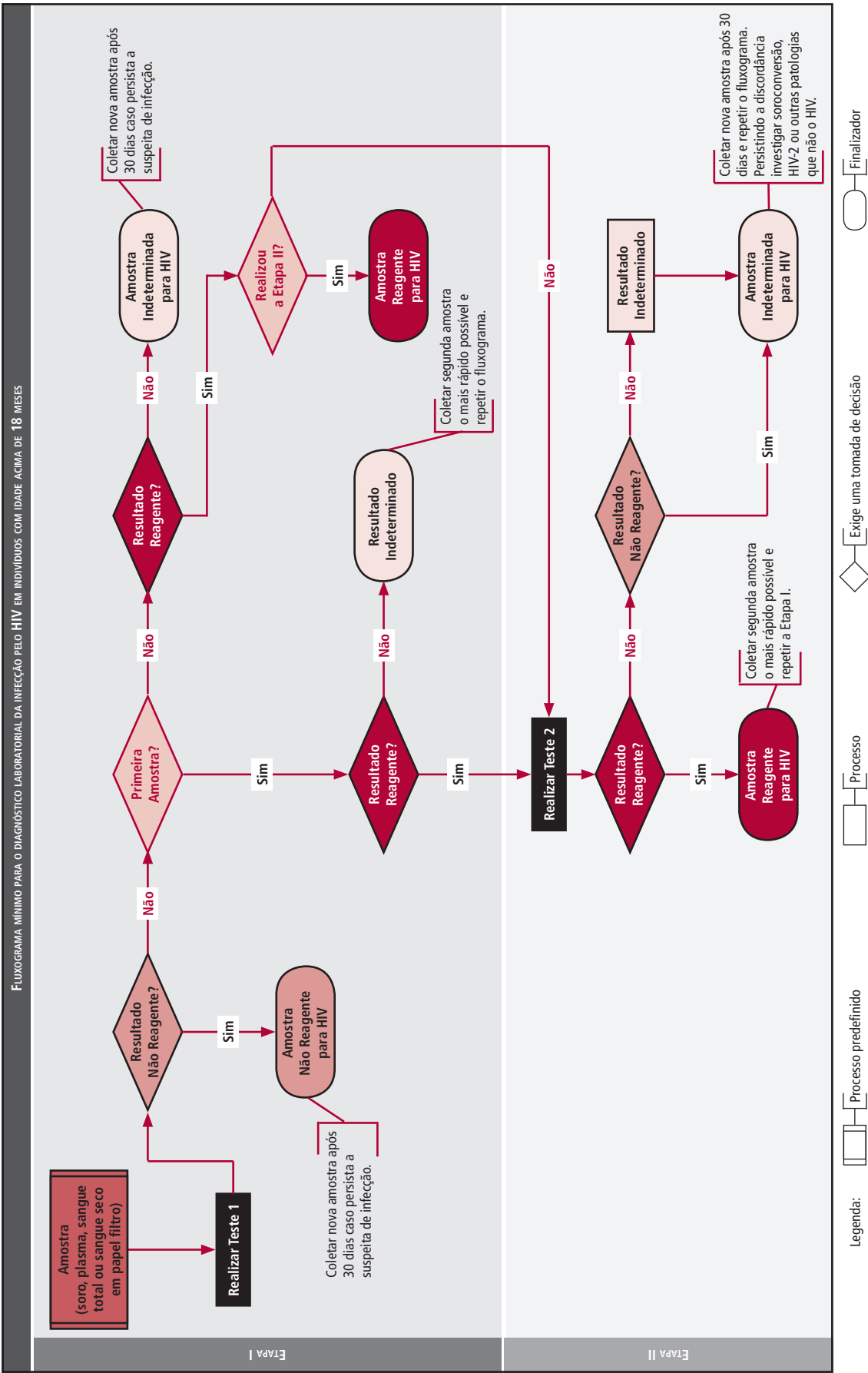
7 - A detecção de anticorpos anti-HIV, em crianças com idade inferior a 18 meses, não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV pela placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

8 - É obrigatória a solicitação de um documento oficial de identificação do indivíduo que será submetido à coleta. Esse documento deve ser conferido, tanto no momento do registro no serviço de saúde, quanto no momento da coleta da amostra.

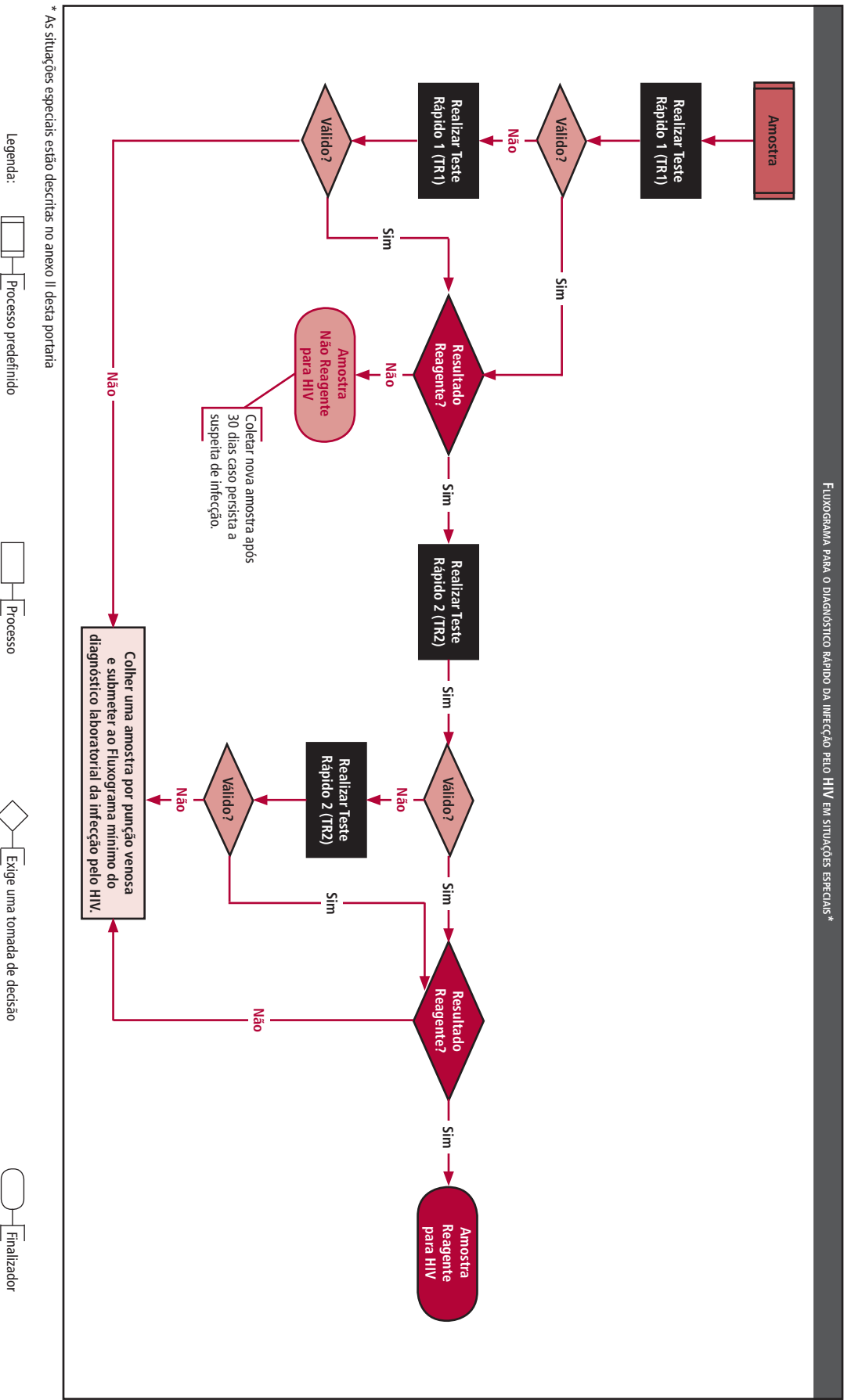
Parágrafo único. Essa exigência não se aplica aos serviços que realizam o diagnóstico anônimo da infecção pelo HIV. Nesse caso, deve-se comunicar ao indivíduo, no momento do aconselhamento pré-teste, que não será entregue cópia do laudo por escrito.

9 - É de responsabilidade dos serviços de saúde que ofertam o diagnóstico do HIV realizar o aconselhamento, informar sobre os procedimentos a serem realizados e os possíveis resultados e garantir o sigilo e confidencialidade.

ANEXO III - Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em Indivíduos com Idade Acima de 18 meses.



ANEXO IV – Fluxograma para Diagnóstico Rápido da Infecção pelo HIV em Situação Especiais.



Anexo V

Modelo de Solicitação de Teste Molecular para Gestante com Amostra Indeterminada

Timbre da Unidade Solicitante

SOLICITAÇÃO DE TESTE MOLECULAR PARA GESTANTE

Nome da gestante: _____

Data de Nascimento: _____

Laboratório Solicitante: _____

Material biológico: SANGUE TOTAL _____

Data da Coleta da Primeira amostra para sorologia do HIV- _____

Data do Resultado da Primeira amostra para sorologia do HIV - _____

Data da Coleta da Segunda amostra para sorologia do HIV - _____

Médico Solicitante: _____

Assinatura: _____

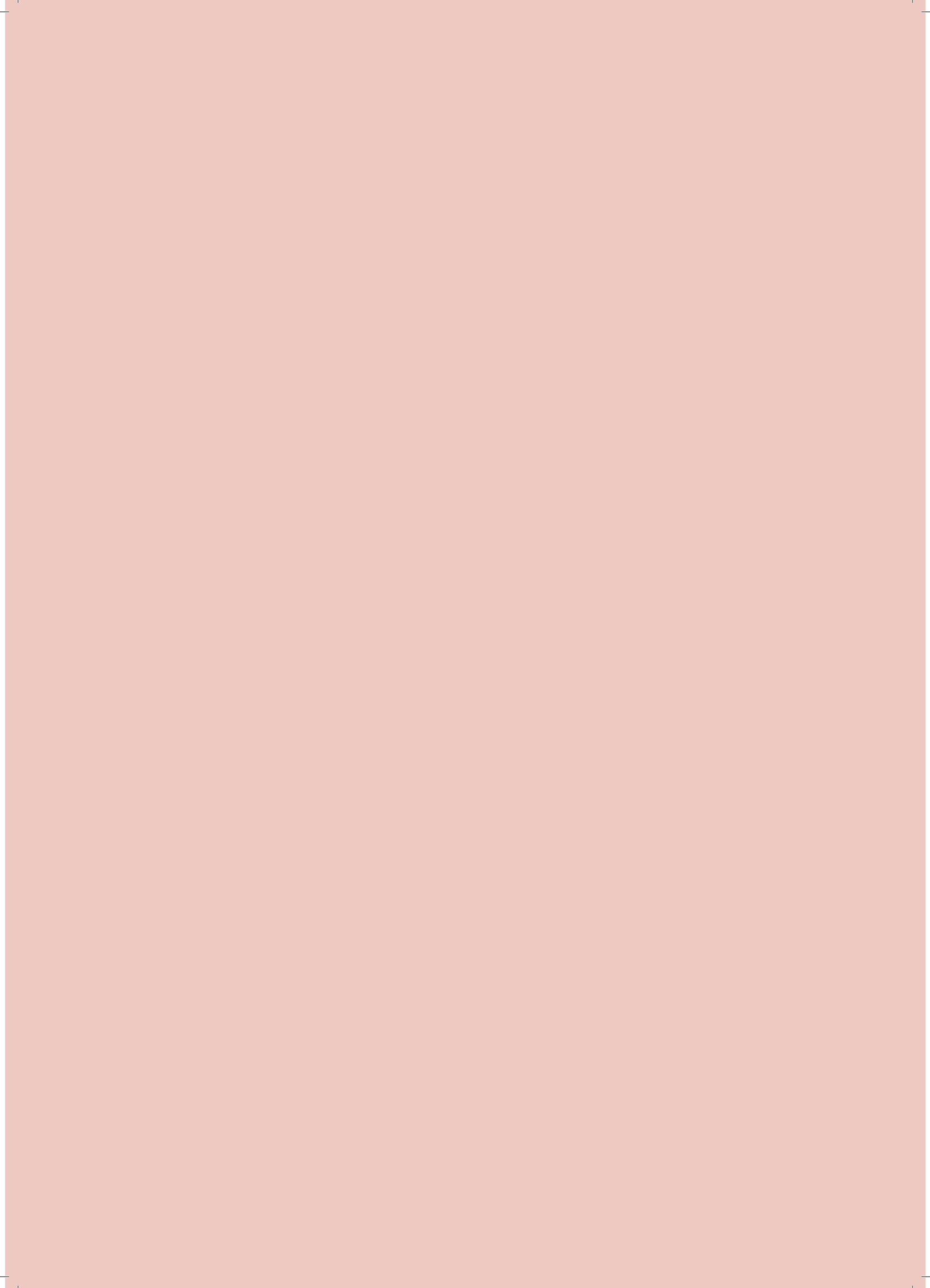
CARIMBO: _____

Nota:

Esta solicitação de teste molecular para detecção do RNA e/ou DNA do HIV-1 – Pró Viral, visa auxiliar na definição do diagnóstico da infecção pelo HIV-1 para resultado indeterminado. Sendo assim, deverá ser analisada com especial atenção e a interpretação feita juntamente com os dados clínicos e outros achados laboratoriais.

Data da Solicitação

____/____/____



ANEXO 6

GABINETE DO MINISTRO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1.626, DE 10 DE JULHO DE 2007

Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, conforme inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição Federal, e Considerando que a saúde é direito fundamental assegurado nos arts. 6º e 196 da Constituição Federal;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando que a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e acesso ao tratamento são os objetivos dos serviços de saúde;

Considerando que o acesso e incentivo ao teste para o HIV e outras DST não se limitam apenas à realização dos mesmos, mas se estende ao conhecimento do resultado do exame pelo usuário;

Considerando que o conhecimento do resultado da testagem para HIV e outras DST, possibilita a adoção de medidas preventivas e o início do tratamento precoce, melhorando a qualidade de vida do usuário;

Considerando que a realização do exame de detecção do HIV e demais DST devem contemplar o aconselhamento pré-teste e pós-teste, quando da realização do exame e da entrega do resultado ao usuário;

Considerando a necessidade de se cumprir o direito de confidencialidade do resultado do teste realizado pelo usuário;

Considerando a necessidade de facilitar o acesso do usuário ao serviço de saúde para o recebimento de resultados de exames e redução do abandono ao tratamento; e

Considerando a necessidade de agilidade no fluxo estabelecido entre a coleta do exame e a entrega dos resultados em curto espaço de tempo, resolve:

Art. 1º Esta Instrução Normativa estabelece os procedimentos e as condutas para a abordagem de pessoas submetidas a testes capazes de diagnosticar o HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, e que não retornam ao estabelecimento de saúde para dar conhecimento dos resultados dos exames, bem como às que não comparecem ao tratamento já em curso.

§ 1º A abordagem consentida é o contato, mediante autorização prévia, obtida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante no Anexo desta Instrução Normativa, com os usuários que não retornam às unidades de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV e outras DST, ou com os que não comparecem ao tratamento.

§ 2º Respeitado o direito à privacidade, será garantido ao usuário o direito de decidir pelo contato, ou não, bem como o melhor meio de estabelecimento deste contato pelo serviço de saúde.

Art. 2º A abordagem consentida, a ser executada por profissionais de saúde capacitados para essa ação e deve ser realizada junto aos usuários que não compareceram para receber os resultados dos testes realizados para HIV e outras DST, que só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

§ 1º A abordagem consentida de pessoas que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST e não retornam para conhecer os resultados dos exames deverá limitar-se ao convite para o comparecimento ao serviço de saúde.

§ 2º Os resultados dos testes a que se refere o caput deste artigo só serão conhecidos com a presença do usuário no serviço de saúde.

Art. 3º O contato para comparecimento ao serviço de saúde deve ser realizado diretamente com o usuário ou excepcionalmente com alguém previamente autorizado por este, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo desta Instrução Normativa.

Parágrafo único. Em hipótese alguma, o usuário deverá ser exposto a qualquer forma de constrangimento.

Art. 4º No processo de aconselhamento pré-teste, o serviço de saúde apresentará ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida, bem como a forma de contato com o usuário que será realizado por intermédio de correio, contato telefônico, mensagem eletrônica ou visita domiciliar, devendo ser definida pelo usuário.

Parágrafo único. Na emissão do convite ao comparecimento ao serviço de saúde deverá ser restringido o uso de logomarca, logotipo, símbolo, identificação visual, imagem corporativa.

Art. 5º O Termo de Consentimento Esclarecido deverá constar a assinatura ou impressão digital da pessoa abordada com a especificação da técnica de contato ou, se for o caso, a sua recusa em firmá-lo, atitude que não poderá motivar restrições a seu atendimento.

Parágrafo único. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser revogado a qualquer momento quando do desejo do usuário do serviço de saúde.

Art. 6º A abordagem consentida, para os casos em que não houver o comparecimento à consulta agendada para o conhecimento dos resultados, deverá ser realizada após 15 dias da referida falta.

Parágrafo único. Caso a primeira tentativa de contato consentido não alcance êxito, deverá o serviço de saúde estabelecer novos contatos com o usuário por, pelo menos, três tentativas.

Art. 7º Para os usuários em tratamento, a abordagem consentida deverá ser realizada logo após a falta à consulta.

Art. 8º Em todo o processo de abordagem consentida aos usuários que não comparecem aos serviços de saúde para conhecimento dos resultados de exames realizados para HIV e outras DST, ou que não estejam comparecendo ao tratamento, deverá ser mantida a confidencialidade das informações do usuário.

Art. 9º Fica determinado que a Secretaria de Vigilância em Saúde adote as medidas necessárias ao cumprimento efetivo do disposto nesta Instrução Normativa.

Art. 10. Em conformidade com as respectivas condições de gestão do Sistema Único de Saúde, caberá aos Estados e Municípios estabelecer normas complementares a esta Instrução Normativa para atender as especificidades regionais e locais.

Art. 11. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, fui devidamente esclarecido da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito.

Declaro que se eu não comparecer para buscar os resultados dos exames abaixo discriminados:

Ou, por algum motivo deixar de comparecer ao tratamento nas datas agendadas:

() Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;

() Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio de:

Telefone, () _____ Correio. Endereço: _____ E-mail: _____ Visita domiciliar. Endereço: _____

Outro meio de contato determinado pelo usuário: _____

Desde que respeitados os meus direitos à privacidade e sigilo das informações.

Assino esse termo em 2 (duas) vias, ficando uma cópia retida no serviço e outra comigo.

Nome do Usuário (letra de forma): _____

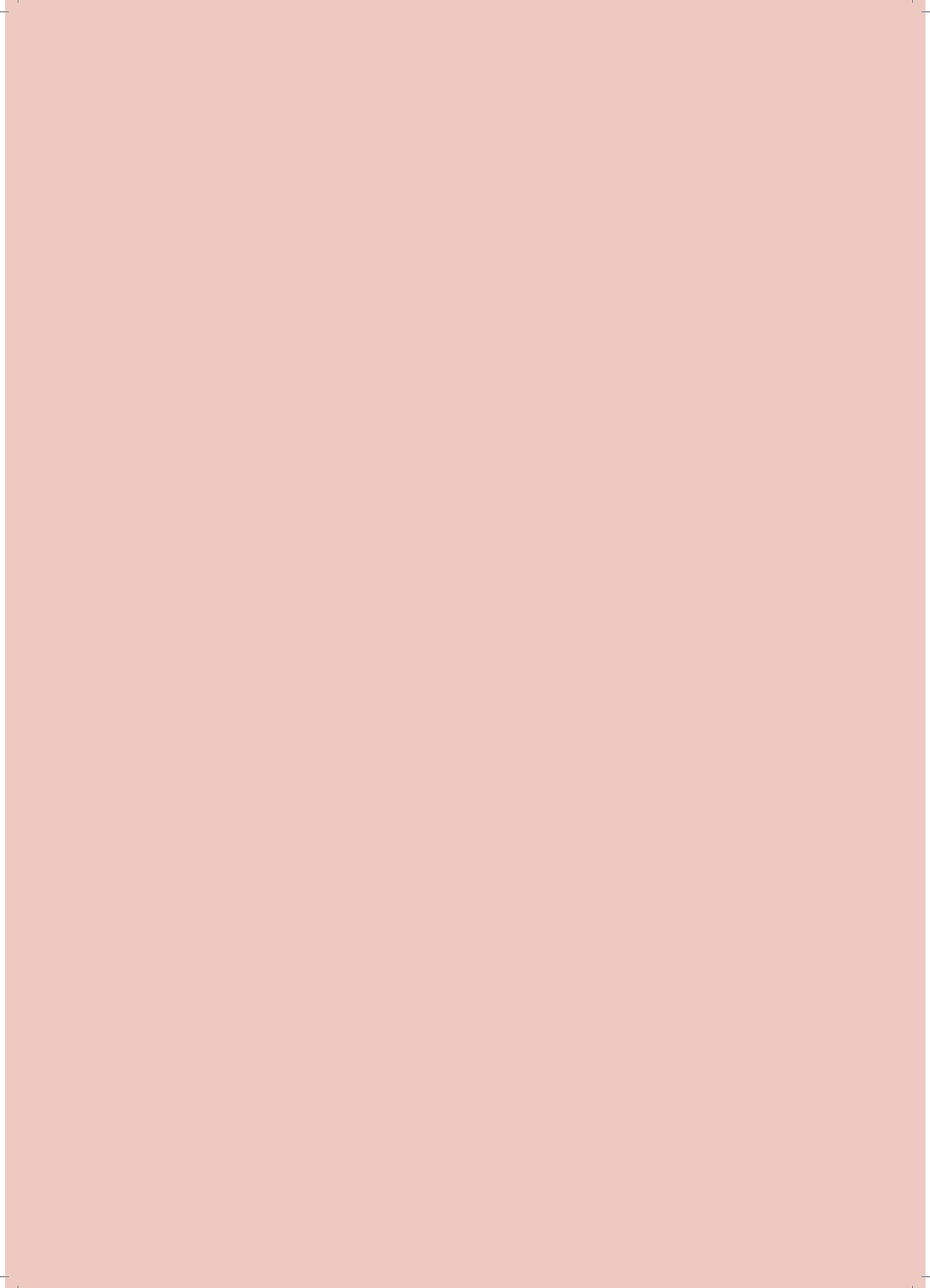
Assinatura do usuário ou impressão digital: _____

Nome do Representante Legal _____

Assinatura do Representante Legal ou impressão digital: _____

Nome do Entrevistador: _____

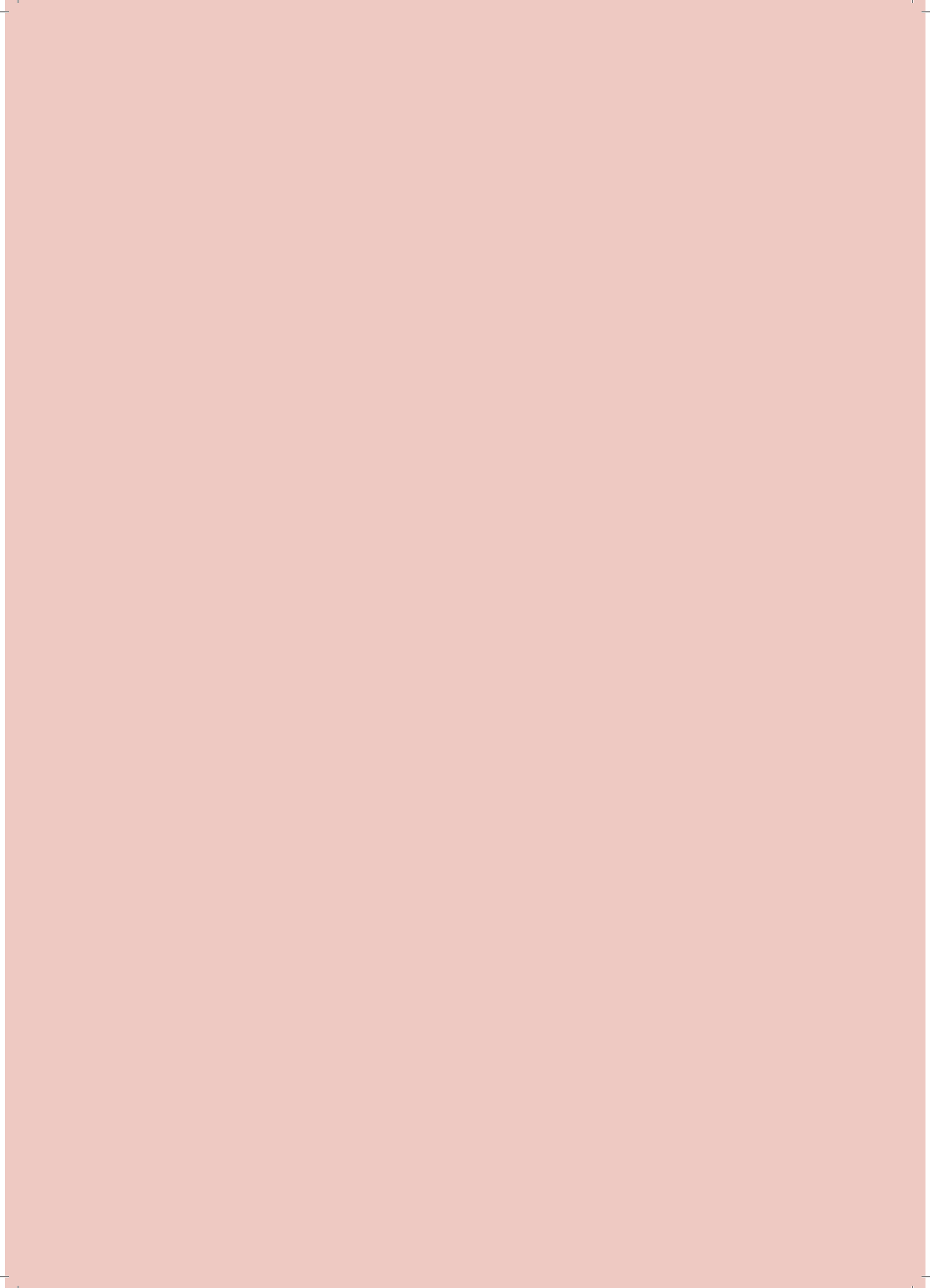
Assinatura do Entrevistador: _____



ANEXO 7

Normatizações Vigentes sobre Testagem de Crianças e Adolescentes

- **Portaria Interministerial nº 796, de 29.5.1992:** versa sobre a testagem compulsória como injustificável tanto para os alunos quanto para a admissão de professores e funcionários. Enfatiza que as pessoas soropositivas não estão obrigadas a revelar sua condição sorológica, assim como não devem existir classes ou escolas especiais para alunos soropositivos.
- **Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997:** divulgado no manual “Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento” (MS, B, 1999:26-28), remete à distinção do ECA sobre crianças e adolescentes, argumentando que a testagem e entrega de exames anti-HIV podem acontecer pelo livre-arbítrio do adolescente, segundo a delimitação de idade prevista no ECA.



ANEXO 8



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS
SAF Sul Trecho 02, Lote 05/06, Edifício Premium,
Torre 1, Bloco F, Auditório, Sala 03, ULAB
70.070-600 – Brasília/DF
Tel: (61) 3306-7036

NOTA TÉCNICA Nº. 285/2009 ULAB/D-DST-AIDS-HV/SVS/MS

Assunto: **Recomendações ao uso dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV.**

1. Esta nota tem por finalidade orientar os profissionais dos serviços de saúde na definição das situações prioritárias para a oferta do teste rápido como diagnóstico da infecção pelo HIV.
2. O diagnóstico da infecção pelo HIV por testes rápidos foi implantado no Brasil a partir do ano de 2005 com o objetivo de ampliar a testagem em regiões de difícil acesso geográfico e para populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV.
3. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 151/SVS de 14 de outubro de 2009, alterou as normas para a realização dos testes de diagnóstico da infecção pelo HIV. O diagnóstico por testes rápidos deve ser feito inicialmente com um único teste rápido. Caso o resultado seja não reagente, o diagnóstico está definido. Caso seja reagente, deve ser feito um segundo teste rápido para a conclusão do diagnóstico. Desta forma, pretende-se não somente reduzir o número de testes sem a perda da confiabilidade, como também, ampliar os locais em que o insumo possa ser utilizado, como os laboratórios de pequeno porte, CTA e as unidades básicas de saúde.
4. Para garantir a qualidade do resultado, o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV deve ser feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e sua utilização tem como objetivos ampliar o acesso da população ao diagnóstico e promover o conhecimento do estado sorológico com rapidez, em situações que proporcione impacto no prognóstico da doença.
5. Os testes laboratoriais, entretanto, continuam sendo altamente eficazes, devendo os gestores das três esferas do SUS continuar investindo na melhoria e qualificação da rede laboratorial.
6. Nos locais sem infraestrutura laboratorial, com demora na entrega dos resultados, a implantação do teste rápido na rede de serviços deve ser considerada prioritária. Além

disso, o teste rápido também deve ser implantado em todos os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do país.

7. Com o intuito de recomendar a utilização dos testes rápidos nos serviços de saúde, temos a considerar as seguintes situações especiais:

- a) Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- b) Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- c) Segmentos populacionais móveis (flutuantes);
- d) Segmentos populacionais mais vulneráveis a infecção pelo HIV e outras DST, de acordo com a situação epidemiológica local;
- e) Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- f) Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente fonte;
- g) Violência sexual, para teste no agressor;
- h) Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto, particularmente no terceiro trimestre de gestação;
- i) Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- j) Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- k) Pessoas que apresentem diagnóstico estabelecido de Tuberculose;
- l) Pessoas que apresentem alguma Doença Sexualmente Transmissível;
- m) Pessoas que apresentem diagnóstico de Hepatites Virais;
- n) Pessoas com manifestações clínicas presumivelmente relacionadas à infecção pelo HIV e suas infecções oportunistas, incluindo aqueles clinicamente graves.

8. Além dessas já citadas, outras situações especiais poderão ser definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais para ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Brasília, 11 de novembro de 2009.

Rosangela Maria M. Ribeiro
Unidade de Laboratório

Lilian Amaral Inocêncio
Unidade de Laboratório

ANEXO 9

Código de Ética Médica

Capítulo IX

SIGILO PROFISSIONAL

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente.

Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.

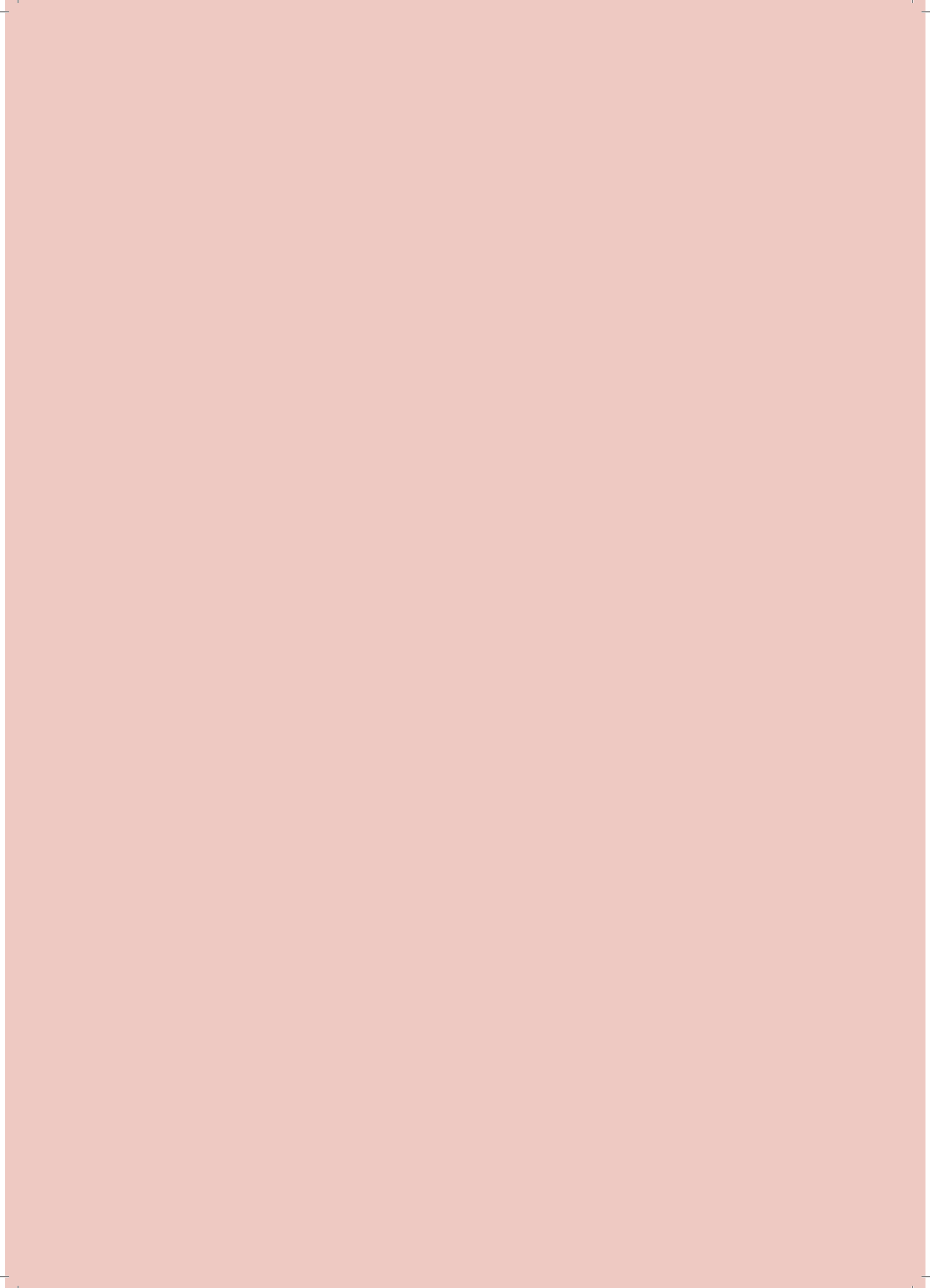
Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exhibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 77. Prestar informações a empresas seguradoras sobre as circunstâncias da morte do paciente sob seus cuidados, além das contidas na declaração de óbito, salvo por expresse consentimento do seu representante legal.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.



[illegible]

ANOTAÇÕES:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

