

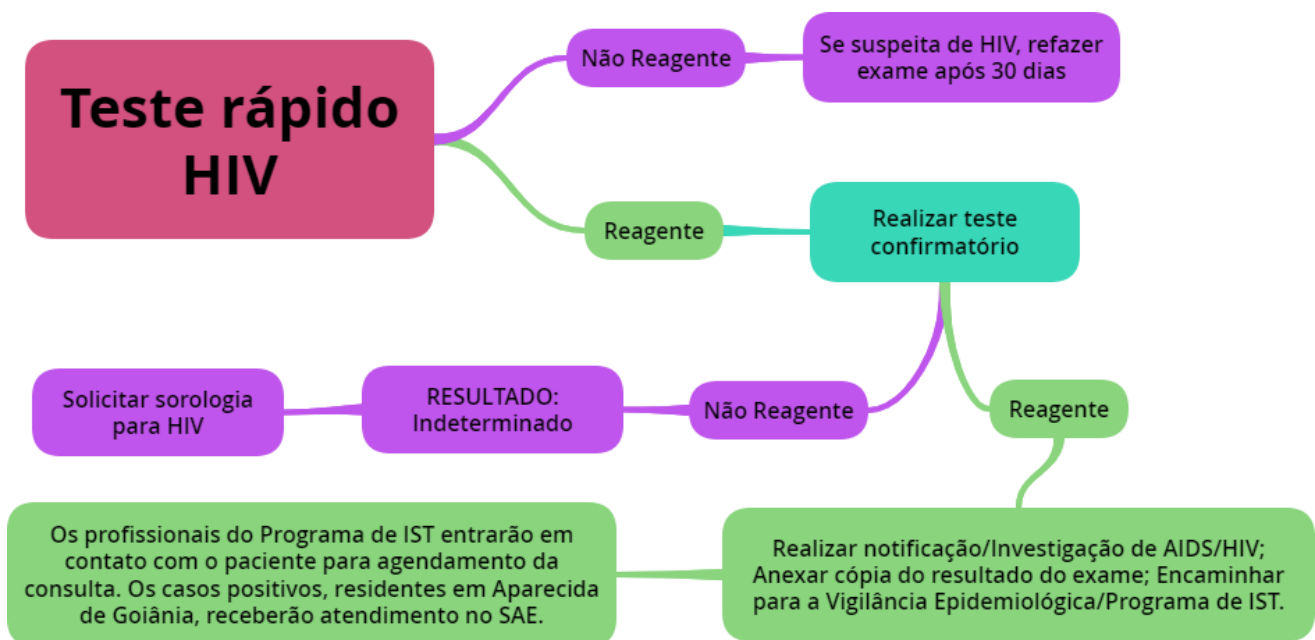


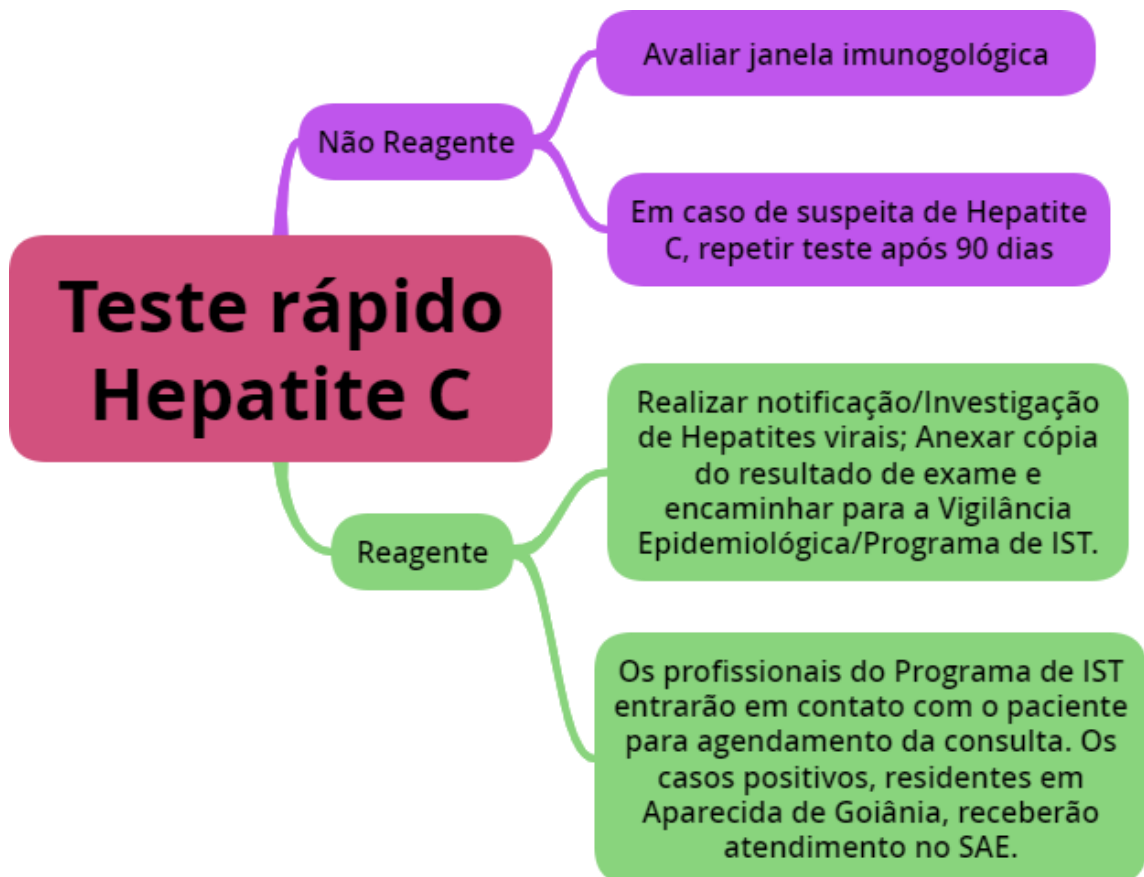
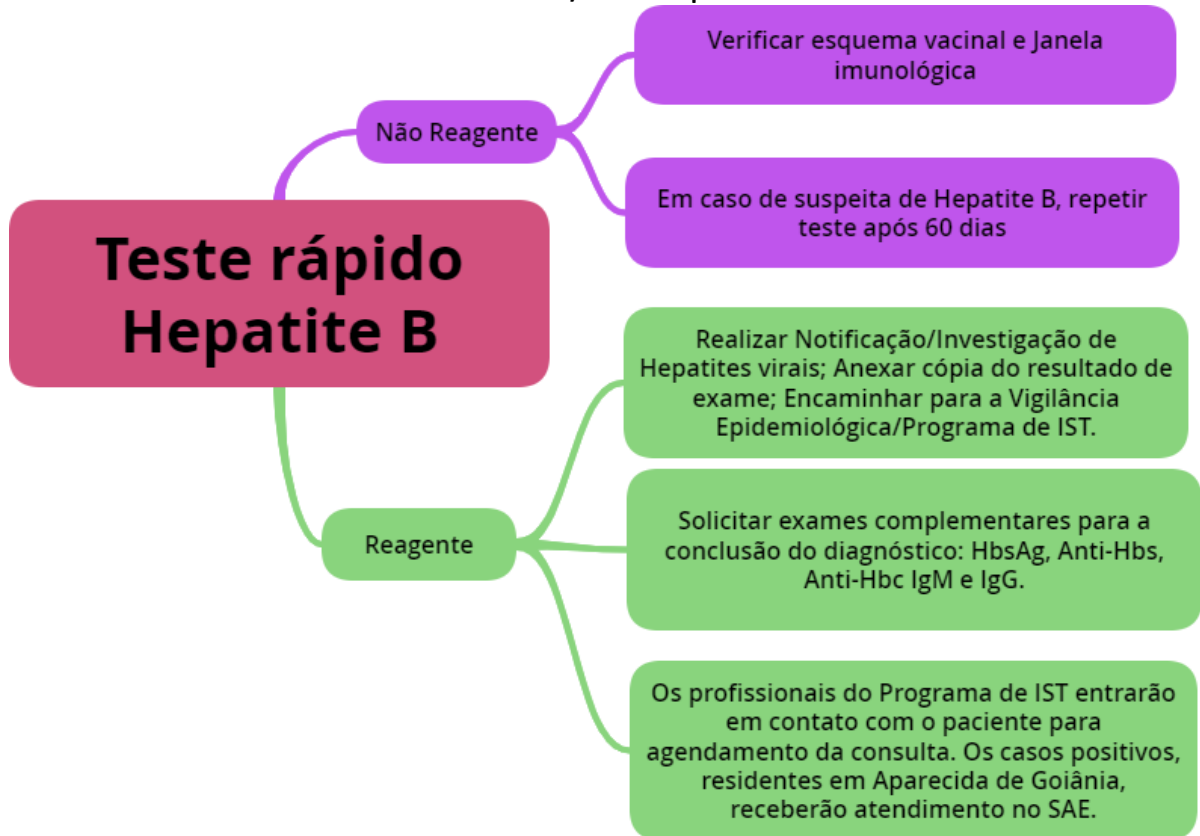
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO
PROGRAMA DE IST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Todos os pacientes diagnosticados com HIV, HEPATITES VIRAIS (B e C), Sífilis em gestante e congênita, em todas as Unidades de Saúde deverão ser notificados e investigados. As notificações devem ser encaminhadas para Vigilância Epidemiológica e os profissionais do Programa são responsáveis por entrar em contato com os pacientes para agendamento da consulta com especialista (Infectologista e/ou Hepatologista), nos casos em que forem necessários.

O paciente deverá ser informado do seu diagnóstico na própria Unidade de Saúde pelos profissionais responsáveis pelo atendimento, e orientado que receberá uma ligação para o agendamento da Consulta especializada.

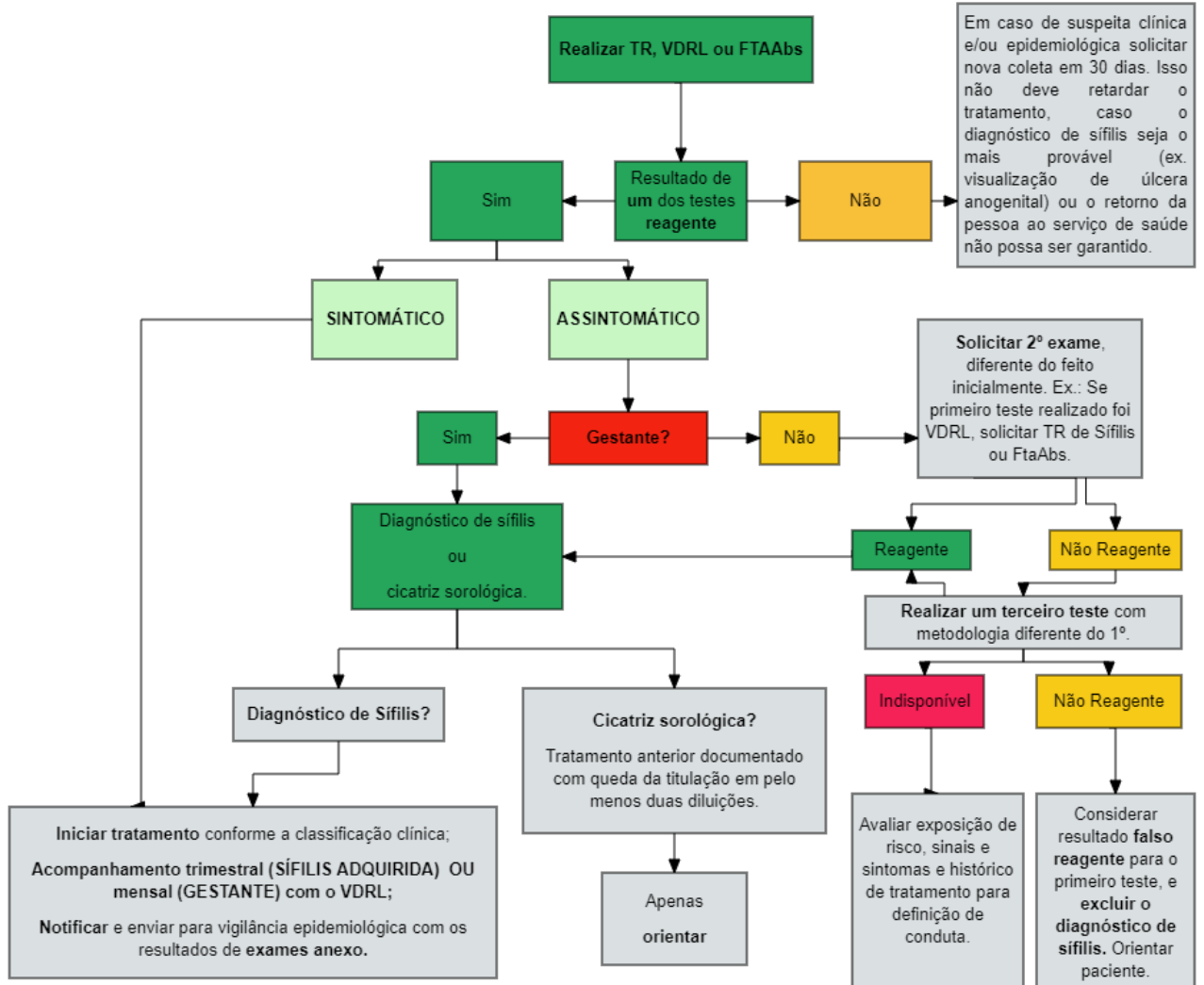
As condutas referentes aos agravos estão detalhadas abaixo, em formato de fluxograma, a partir do resultado dos testes rápidos de IST.







FLUXOGRAMA SÍFILIS - APARECIDA DE GOIÂNIA/GO



*Gestante: SEMPRE Preencher notificação, investigação, ficha de acompanhamento gestante e maternidade. Tratar parceria sexual, independente do resultado de exame.

Toda mulher que for diagnosticada com SÍFILIS durante o pré-natal, parto e puerpério deverá ser notificada como SÍFILIS EM GESTANTE.

Para as gestantes é necessário o preenchimento da **Ficha de seguimento da gestante** e **Ficha de seguimento de gestante para maternidade**, que deverá ficar como comprovante para a gestante.

Para os casos de sífilis congênita é necessário o preenchimento da **Ficha de seguimento de RN com sífilis congênita**.



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica



Rua Vitória Qd.40 Lt.04 Jd. Belo Horizonte
Aparecida de Goiânia
Fone: 3545-6514

1. Nome: _____

2. DN: ____/____/____

3. Unidade que realizou o Pré-Natal: _____

4. Data do primeiro teste treponêmico reagente
(teste rápido ou FTA Abs): ____/____/____

5. Data do primeiro teste treponêmico: ____/____/____

6. VDRL inicial: 1/____

7. Classificação clínica da sífilis:

() Primária; () Secundária; () Latente recente;

() Latente tardia; () Terciária

8. Tratamento: _____

9. Data do Tratamento:

1ª dose: ____/____/____

2ª dose: ____/____/____

3ª dose: ____/____/____



SEGUIMENTO DE GESTANTE (PARA MATERNIDADE)

**OBS: Levar esta ficha para
Maternidade no dia do parto**

SEGUIMENTO		
Mês	VDRL	Data
1º mês		
2º mês		
3º mês		
4º mês		
5º mês		
6º mês		
7º mês		
8º mês		
9º mês		

9. Teste treponêmico do parceiro: _____

10. VDRL do parceiro: 1/____

11. Tratamento do parceiro: _____

Observação: _____

Contra Referência Maternidade-UBS

VDRL mãe momento do parto: 1/____

VDRL RN: 1/____

Coleta de LCR do RN: _____

RX ossos longos do RN: _____

Tratamento do RN: _____



**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA DE IST/AIDS e Hepatites Virais**

SEGUIMENTO DE GESTANTE COM SÍFILIS

Nome da gestante:

DN: ___/___/___

Unidade responsável:

Data do primeiro teste treponêmico (teste rápido ou FTA Abs): ___/___/___

VDRL inicial:

Data do primeiro teste não treponêmico: ___/___/___

Classificação clínica da sífilis: () Primária; () Secundária; () Latente; () Terciária.

Tratamento:

Data do tratamento: 1ª dose: ___/___/___ 2ª dose: ___/___/___ 3ª dose: ___/___/___

Seguimento	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês
VDRL									
Data									

Observações importante _____

Responsável pelo preenchimento: _____

SEGUIMENTO DE RN COM SÍFILIS CONGÊNITA

Nome do RN:

Nome da mãe:

DN: ___/___/___

Unidade responsável:

VDRL da mãe no parto:

VDRL do RN ao nascer:

Resultado de LCR:

Rx de ossos longos:

Tratamento:

Consulta mensal (até o 6º mês)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Consulta bimestral (do 6º ao 12º ano)	8º mês	10º mês	12º mês	Retorno	Retorno	Retorno
VDRL de Seguimento (Resultado e data)	1º mês	3º mês	6º mês	12º mês	18º mês	>18 meses
Consultas com especialistas	Oftalmologista		Neurologista		Otorrinolaringologista	
	1º ano	2º ano	1º ano	2º ano	1º ano	2º ano
	1ª sem:	1ª sem:	1ª sem:	1ª sem:	1ª sem:	1ª sem:
	2ª sem:	2ª sem:	2ª sem:	2ª sem:	2ª sem:	2ª sem:

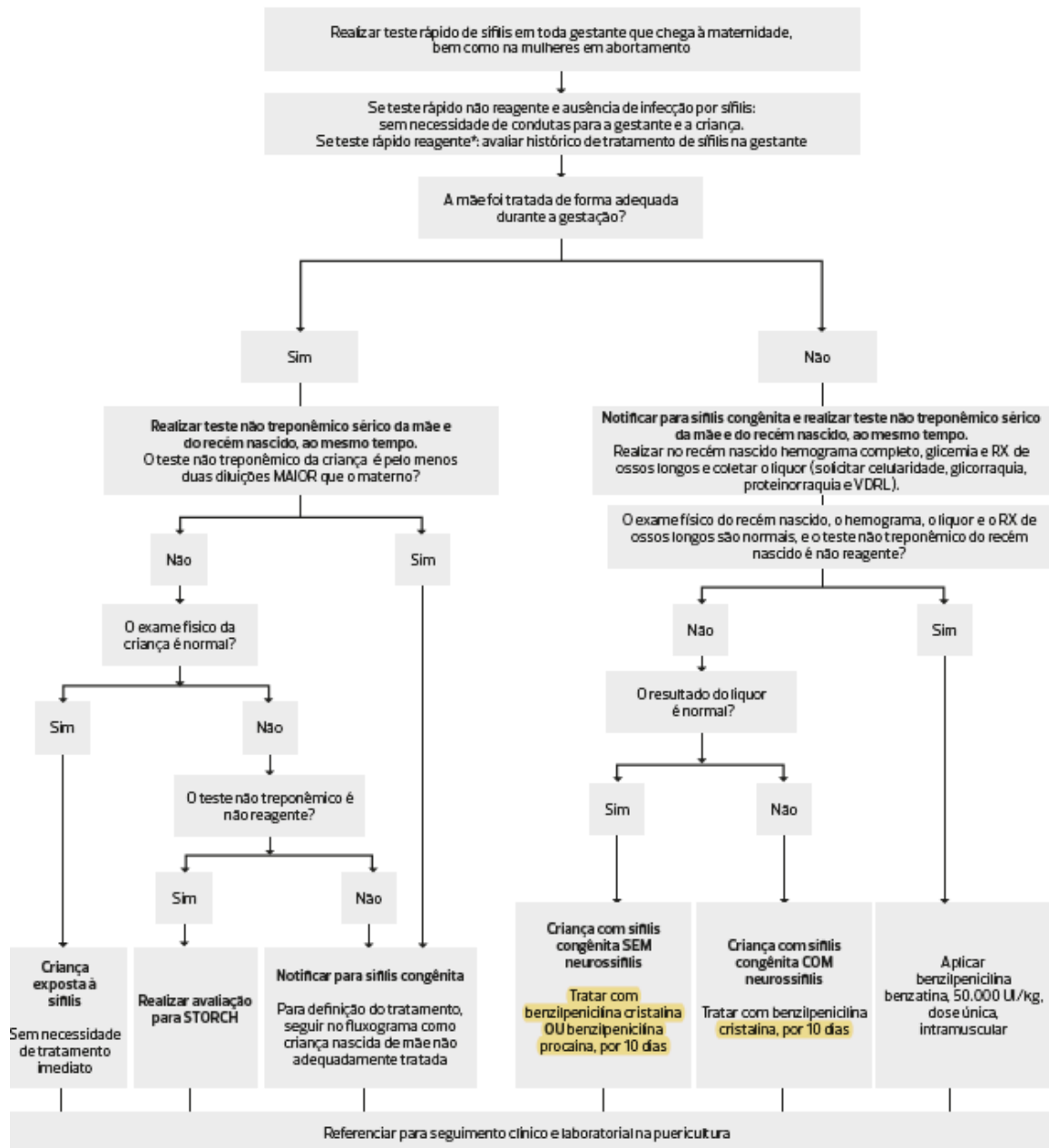
Observações importante _____

Responsável pelo preenchimento: _____

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA DE IST/AIDS e Hepatites Virais

As Maternidades deverão realizar o tratamento inicial da criança conforme preconizado no Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para o tratamento das Infecções Sexualmente transmissíveis (2020). Deverá ser coletado o líquido e realizado Raio-X de ossos longos.

Figura 9 – Fluxograma para avaliação e manejo na maternidade das crianças nascidas de mães com diagnóstico de sífilis na gestação atual ou no momento do parto



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Legenda: TNT – Teste não treponêmico periférico.

*Crianças nascidas de mulheres diagnosticadas com sífilis antes da gestação atual, com histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação, com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes, 1:16, depois, menor ou igual a 1:4), e que durante a gestação atual se mantiveram com títulos de teste não treponêmico baixos e estáveis, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisam coletar VDRL no momento do parto.



HPV - CAUTERIZAÇÃO DE VERRUGAS

Mulheres que necessitem de atendimento para a realização de Colposcopia e/ou cauterização de verrugas genitais.

Encaminhar e regular via INOVART para GINECOLOGISTA.

Homens que necessitam de cauterização de verrugas penianas.

Encaminhar para o SAE com encaminhamento em mãos para agendamento com o UROLOGISTA.

Verrugas no ânus

Encaminhar e regular via INOVART para PROCTOLOGISTA.

Exposição sexual CONSENTIDA Atendimento UBS

Realizar todos os testes rápidos de IST (HIV, Sífilis, Hepatite B e C)

A exposição tem mais de 72 horas?

Resultado de HIV REAGENTE

Realizar notificação de AIDS (seguir fluxo de atendimento para HIV)

Resultado de HIV NÃO REAGENTE

Solicitar consulta de seguimento pelo telefone: 3594-1018 (não será necessário encaminhar o paciente para a Unidade Sentinela).

A exposição tem 72 horas ou menos?

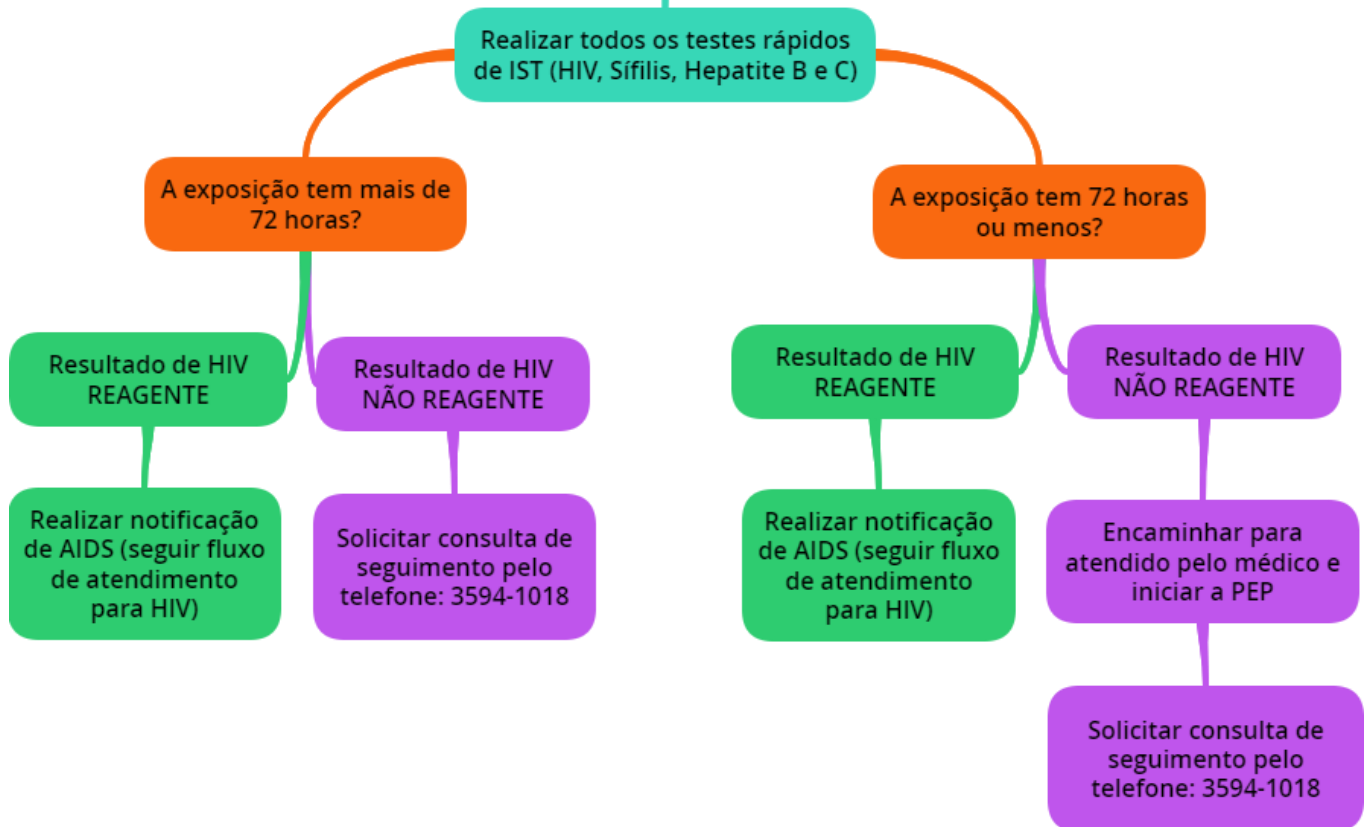
Resultado de HIV REAGENTE

Realizar notificação de AIDS (seguir fluxo de atendimento para HIV)

Resultado de HIV NÃO REAGENTE

Encaminhar para a Unidade Sentinela mais próxima (com o resultado do teste rápido).

UNIDADES SENTINELAS:
UPA Flamboyant; UPA Buriti Sereno; Cais Nova Era; UPA Brasicon.

**Exposição sexual
CONSENTIDA
Unidades sentinelas**

O paciente deverá ser acompanhado pelo Infectologista por 6 meses, este acompanhamento de seguimento será realizado no SAE.

O profissional de saúde deverá agendar a consulta de seguimento no SAE através do telefone 3594-1018 de Segunda à Sexta-feira das 08-17:30h. Finais de semana, feriado e período noturno o paciente deverá ser orientado a ligar para agendar a consulta no primeiro dia útil após o início da PEP. As Unidades Sentinelas deverão informar semanalmente ao Programa de IST/AIDS os nomes dos pacientes que sofreram exposição sexual de risco, para confirmação do atendimento de seguimento.

IMPORTANTE: O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), não possui atendimento médico para dispensação de PEP, portanto o paciente NÃO deverá ser encaminhado para atendimento de Exposição de Risco no CTA.

1. QUANDO OS TESTES DEVERÃO SER REALIZADOS:

- EMERGÊNCIA:
 - Solicitação médica para fechamento de diagnóstico (suspeita diagnóstica);
 - Exposição de Risco;



- Acidente com material biológico.

- **AMBULATÓRIO:**
 - **DEMANDA ESPONTÂNEA (SEM DIA AGENDADO);**
 - Solicitação médica para fechamento de diagnóstico (suspeita diagnóstica);
 - Gestantes (início e/ou final de pré-natal);
 - Pacientes com diagnóstico de Tuberculose.

- **UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:**
 - **DEMANDA ESPONTÂNEA (SEM DIA AGENDADO);**
 - Solicitação médica para fechamento de diagnóstico (suspeita diagnóstica);
 - Gestantes (início e final de pré-natal);
 - Exposição de Risco;
 - Acidente com material biológico.

- **MATERNIDADE**
 - O teste deverá ser realizado em todas as pacientes no momento do parto.

2. NOTIFICAÇÕES

Para o envio das Notificações as mesmas deverão constar:

NOTIFICAÇÃO DE HIV/AIDS

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação de AIDS:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsAdulto/Aids_adulto_v5.pdf

Cópia do resultado de exame ou resultado do teste rápido.

NOTIFICAÇÃO DE HEPATITES VIRAIS

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação de Hepatites Virais:

[https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites Virais/Ficha Hepatites Virais.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Hepatites_Virais/Ficha_Hepatites_Virais.pdf)

Cópia do resultado de exame.

NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM ADULTO/ADQUIRIDA



**SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA DE IST/AIDS e Hepatites Virais**

Ficha de Notificação:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf

Cópia do resultado de exame.

NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS EM GESTANTE

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação de Sífilis em Gestante:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Ges/Sifilis_Gestante.pdf

Ficha de seguimento da gestante;

Cópia do resultado de exame.

NOTIFICAÇÃO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação;

Cópia do resultado de exame: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Sifilis-Con/Sifilis_Congenita.pdf

Ficha de seguimento de sífilis congênita;

NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE COM HIV

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação de Gestante com HIV:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/GestanteHIV/Gestante_HIV_v5.pdf

Cópia do resultado de exame.

NOTIFICAÇÃO DE CRIANÇA EXPOSTA AO HIV

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação de Criança Exposta ao HIV;

Cópia do resultado de exame.

NOTIFICAÇÃO DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS

Ficha de Notificação;

Ficha de Investigação:

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/AidsCrianca/Aids_crianca_v5.pdf

Cópia do resultado de exame.

OUTRAS IST

Ficha de Notificação.

Os Mapas de fechamento dos testes rápido deverão ser realizados via SISLOGLAB **até o dia 02 de cada mês**, para fechamento do mês anterior e solicitação do mês em vigência. O atraso no envio implica no atraso da chegada dos testes na Coordenação, e conseqüentemente no envio destes para as Unidades executantes.

Todos os casos positivos para HIV, Hepatites B e C de pacientes, residentes no município de Aparecida de Goiânia, que forem notificados serão tratados no SAE. Estes casos **NÃO** devem ser Rua Vitória Qd. 40 Lt. 04 – Jardim Belo Horizonte – Aparecida de Goiânia – Goiás CEP: 74.976-140 Telefone: (62)3545-4875/6704 E-mail: epidemiologiaapgyn@gmail.com



SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA DE IST/AIDS e Hepatites Virais

regulados via INOVARTI e **NÃO** precisam de Encaminhamento médico, pois o agendamento será realizado com a chegada da Notificação, desta forma a mesma deverá ser preenchida de forma adequada e completa, pois as informações contidas são fundamentais para o início do tratamento.

As outras IST deverão ser tratadas na própria Unidade de Saúde que realizou o diagnóstico, tais como gonorreia, candidíase, herpes genital, cancro mole, donovanose, entre outras infecções sexualmente transmissíveis.

Não encaminhe ou realize orientações quando estiver em dúvida do Fluxo de Atendimento. Em caso de dúvidas:

- Consulte o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 2020. Acesso através do link: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
- E-mail do Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais de Aparecida de Goiânia: dstaids.aparecida@gmail.com
- Telefone do Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais de Aparecida de Goiânia: 3545-6514

DANIELE PRATES

Chefe do Programa de IST/AIDS e Hepatites Virais de Aparecida de Goiânia