



REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA E VINCULAÇÃO DOS CASOS REAGENTES



IMPORTÂNCIA DA
REVELAÇÃO
DIAGNÓSTICA E
VINCULAÇÃO DOS
CASOS REAGENTES



SÍNTESE DO PROCESSO



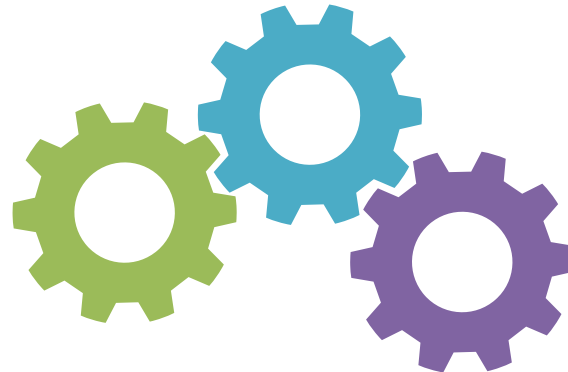
Capacitação

Articulação

Ação

Monitoramento

Revelação diagnóstica e vinculação dos Casos de HIV a ids





ANTES DA ATIVIDADE



**CAPACITAÇÃO EM REVELAÇÃO DIAGNÓSTICA E VINCULAÇÃO
DOS CASOS REAGENTE DA EQUIPE ENVOLVIDA NAS AÇÕES**



- ✓ Elaborar a capacitação
- ✓ Convidar todos os profissionais que irão participar das ações
- ✓ Convidar os parceiros que irão participar da campanha (CAPS, Unidades de internação terapêuticas , POP rua)
- ✓ Apresentar dados epidemiológicos da região
- ✓ Elaborar atividades que possibilitem discussão de casos ou vivências
- ✓ Apresentar e se, possível aplicar os instrumentos (Ex: ficha de atendimento)



Identificação da Unidade		Data: / /	
Nome da Unidade:		Nome profissional/rubrica:	
1. Nome :			
2. Nome social:		CNS () CPF () opcional: _____	
3. Nome da mãe: _____			
4. Sexo ao nascer: [] Masculino [] Feminino [] Não quis se classificar 5. É Travesti [] 6. É Transexual []			
7. Gestante: [] Sim [] Não 8. Raça/Cor (auto-referida): [] Branca [] Preta [] Parda [] Amarela [] Indígena			
9. Data de nascimento: / / 10. Idade: _____			
Local de residência		11. Município: _____ [se estrangeiro]	
12. Bairro:		13. Estado: _____ 14. País: _____	
Permissão de contato para ações de vinculação			
15. Permite contato: [] Não [] Sim, Whats app:			
[] Sim, Telefone:		[] Apenas com o(a) próprio(a) e/ou [] Falar com :	
[] Sim, Email:		16. Assinatura do usuário:	
[] Sim visita ou por correio, endereço: (no verso)			
17. Situação Conjugal :		18. Escolaridade (anos concluídos):	
[] Casado(a)/união estável [] Viúvo(a) [] Nenhuma [] de 8 a 11		[] de 1 a 3 [] 12 ou mais	
[] Separado(a) [] Não informado [] de 4 a 7 [] Ignorado		[] Solteiro(a)	
19. É a primeira vez que faz um teste de HIV na vida? [] Sim [] Não			
21. Se já fez teste de HIV antes qual foi o resultado:			
20. Você já fez um AUTOTESTE de HIV? [] Sim [] Não [] Reagente [] NÃO Reagente [] Não peguei resultado			
20.b Como obteve o AUTOTESTE de HIV? [] na farmácia [] recebeu no SUS [] ganhou de par/parceiro(a) [] Nunca realizei			
22. Tipo de parceria(s) sex. (últ. 12 m):		23. Nº de parceiros sexuais nos últimos 12 meses: [] Não informado	
[] Não teve relações sexuais [] Nenhum [] 3 a 5 [] 21 a 50		[] Só homens [] 1 [] 6 a 10 [] 51 a 100	
[] Só mulheres [] 2 [] 11 a 20 [] + de 100		[] Homens e Mulheres	
[] Travestis/Transexuais		24. Tem queixa de IST? [] Não [] Sim, Qual: [] ferida anal [] ferida genital	
[] Não informado		[] corrimento () uretral () anal () vaginal [] verruga anogenital	
25. Já teve Sífilis? [] Sim [] Não [] Não sei			
26. Tipo de exposição (resposta múltipla)			
[] Rompimento de preservativo [] Nenhuma exposição ao risco foi identificada		[] Relação sexual sem camisinha (não quis usar, achou que não tinha risco) [] Acidente com material perfuro-cortante	
[] Relação sexual sem camisinha sob efeito de álcool [] Transmissão vertical		[] Relação sexual sem camisinha sob efeito de drogas ilícitas [] Hemofílico/Transfusão	
[] Uso de droga injetável com compartilhamento de seringa [] Parceiro tem ou teve IST		[] Uso de outras drogas com compartilhamento de equipamento [] Outros, quais: _____	
27. Recorte Populacional:			
[] Homem que faz sexo com homem [] Profissional do sexo [] Faz uso de drogas		[] Parceiro(a) de portador(a) do HIV [] Travestis/Transexuais [] Faz uso de drogas INJETÁVEIS (inclui anabolizantes, hormônios)	
[] Troca/trocou sexo por dinheiro/droga/benefícios [] Outro: _____			
28. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) FIXO(a):		29. Uso de camisinha nas relações com parceiro(a) EVENTUAL:	
[] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) fixo(a)		[] Nunca [] Sempre [] Às vezes [] Não tem parceiro(a) eventual	
30. Exame		31. Resultado	
a) HIV [] Convencional [] Reagente [] Não sabia		[] Reagente [] Não sabia	
[] JTR apenas triagem [] NÃO reagente [] Sim, mas atualmente NÃO está em acompanhamento		[] NÃO reagente [] Sim, e já está em tratamento	
[] JTR realizou diagnóstico (com laudo) [] Discordante [] Não informado		[] JTR Realizado [] Indeterminado [] Não informado	
b) Sífilis [] JTR [] Não realizado		b) [] Reagente [] Não sabia	
		[] VDRL: [] Sim sabia [] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado	
		[] NÃO reagente [] Não realizou exame de sífilis [] Não informado	
c) Sífilis [] Conv [] Não realizado		b) Reagente VDRL: [] Não sabia	
		[] NÃO reagente [] Sim sabia [] Exame confirmatório de sífilis ainda não realizado	
Treponêmico: [] Reag [] Não Reag		[] Não realizou exame de sífilis [] Não informado	
33. Usuário foi encaminhado?			
[] Não por que Resultado foi negativo para HIV e SÍFILIS [] Sim, encaminhado para vacinação contra hepatite B		[] Não por que já está em acompanhamento para HIV e/ou SÍFILIS [] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite c	
[] Sim, encaminhado para realizar confirmatório de SÍFILIS -VDRL [] Sim, encaminhado para consulta/tratamento de IST		[] Sim, encaminhado para realização de PEP	
[] Sim, encaminhado para tratamento de SÍFILIS [] Sim, encaminhado para realização de PREP		[] Sim, encaminhado para tratamento do HIV [] Sim, encaminhado para realização de PEP	
[] Sim, encaminhado para investigação/tratamento de hepatite B [] Sim, Outro-qual: _____ [] Sem informação			
34. Nome da unidade e município para onde foi encaminhado(a)			





ANTES DA ATIVIDADE



ARTICULAR COM AS UNIDADES DE REFERÊNCIA E PARCEIROS

- ✓ Reunir -se com a coordenação de Atenção Básica
- ✓ Reunir -se com outros parceiros que irão realizar a testagem na campanha
- ✓ Definir os fluxos para encaminhamento
- ✓ Divulgar a realização da campanha no município





ANTES DA ATIVIDADE



DEFINIR COMO SE DARÁ O MONITORAMENTO CASOS REAGENTES

- ✓ Definir quem será o vinculador
- ✓ Definir qual instrumento será utilizado para o monitoramento
- ✓ Atualizar endereços e telefone das referencias
- ✓ Definir fluxos para o monitoramento





PARA A ATIVIDADE



- ✓ Respeitar os Princípios básicos pertinentes independente do profissional , local ou resultados
 - Postura profissional
 - Sigilo e confidencialidade
 - Acolhimento
- ✓ Quais profissionais irão entregar os resultados
- ✓ Quem entregará os resultados reagentes
- ✓ Quem fará o confirmatório ?





PARA A ATIVIDADE



INÍCIO DA ATIVIDADE : OFERTA DO TESTE

- ✓ Reforçar quais os exames serão realizados
- ✓ Reforçar sobre a permissão de contato
- ✓ Reforçar importância do acolhimento e atenção aos usuários que aguardam na sala de espera (Tem alguém muito ansioso, alguém chorando)
- ✓ Local de entrega dos resultados está adequada (Garante sigilo, contém lista de referência, lenços de papel, material Prevenção)





ENTREGA RESULTADO



Recomendações na entrega do resultado Não Reagente (Negativo para HIV)

- ✓ Rediscutir janela imunológica (repetir sorologia?)
- ✓ Lembrar que HIV negativo não significa imunidade
- ✓ Avaliar gradiente de risco
- ✓ Discutir prevenção combinada (PEP, PREP, I=I, outras)
- ✓ Verificar oferecimento de PEP E PREP
- ✓ Investigar presença de sinais e sintomas de IST



ENTREGA RESULTADO



Cuidados e recomendações na entrega de resultados discordantes (TR) e/ou indeterminado (Convencional)

- ✓ Retomar o tema janela imunológica
- ✓ Discutir a possibilidade de viragem sorológica
- ✓ Discutir possibilidade de algum cruzamento viral (falso positivo)
- ✓ Informar quais os procedimentos que serão realizados para definição do diagnóstico
- ✓ Dar Apoio Emocional
- ✓ Monitorar o caso/vincular o Caso





ENTREGA RESULTADO



Cuidados e recomendações entrega Resultado Reagente HIV

- ✓ Acolher impacto inicial do resultado positivo (respeitar o tempo do paciente)
- ✓ Permitir expressão emocional ao impacto do resultado
- ✓ Investigar o que ele sabe do HIV, identificando as fantasias e a principal preocupação diante do resultado
- ✓ Investigar apoio social
- ✓ Investigar sinais e sintomas sugestivo de aids





ENTREGA RESULTADO



Cuidados e recomendações entrega Resultado Reagente HIV

- ✓ Retomar a abordagem consentida
- ✓ Informar o nome do vinculador que irá entrar em contato
- ✓ Verificar qual a referência mais próxima da sua residência
- ✓ Oficializar o encaminhamento por escrito (usar formulário de encaminhamento)
- ✓ Anotar da ficha de atendimento o nome da unidade que ele foi encaminhado
- ✓ Dar encaminhamento por escrito e incluir o telefone e nome do vinculador que estará entrando em contato



MODELO DE INSTRUMENTO MONITORAMENTO



FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS COM RESULTADOS REAGENTES PARA HIV E SÍFILIS - 2022		
DADOS INSTITUCIONAIS		
GVE: _____		Município: _____
Nome do responsável pelas informações: _____		
E-mail de contato: _____		
Nome da unidade ou local onde foi realizado o teste: _____		Data da testagem ____/____/____
PERFIL DA PESSOA DIAGNOSTICADA		
Nome completo : _____		CPF: _____
Identificação do usuário - Nome social: _____		
Nome da mãe: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ambos		Data de nascimento: _____ Idade: _____
Município de residência: _____		
HIV		
Que tipo de exame anti-HIV foi realizado?	Resultados dos TR de HIV:	Resultado HIV Convencional
<input type="checkbox"/> Exame Convencional	<input type="checkbox"/> T1=NÃO Reagente	<input type="checkbox"/> NÃO Reagente
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO reag	<input type="checkbox"/> REAGENTE
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame anti-HIV	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2 =Reag	<input type="checkbox"/> Indeterminado
<input type="checkbox"/> Sem Info	<input type="checkbox"/> T1=Reag e T2=NÃO Realizado	<input type="checkbox"/> Exame não realizado
Conclusão do Caso:		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de HIV confirmado e foi encaminhad@ e matriculad@ na referência		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico de HIV confirmado e NÃO foi encaminhad@ e matriculad@ na referência		
<input type="checkbox"/> Aguarda exame confirmatório de HIV		
<input type="checkbox"/> Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SAE		
<input type="checkbox"/> Já sabia ser portador(a) do HIV e está em acompanhamento no SETOR PRIVADO		
<input type="checkbox"/> Já sabia ser portador(a), atualmente NÃO está em acompanhamento e foi encaminhado ao SAE		
<input type="checkbox"/> Já sabia ser portador(a), atualmente NÃO está em acompanha/o, e NÃO foi encaminhado ao SAE		
<input type="checkbox"/> Não foi confirmado o diagnóstico de HIV (não é portador)		
<input type="checkbox"/> Outra situação, especifique: _____		
Nome do MUNICÍPIO p/ o qual HIV+ foi encaminhado(a): _____		
Nome da UNIDADE p/a a qual HIV+ foi encaminhado(a): _____		
Caso a pessoa com HIV não tenha sido matriculada ou atendida na referência descreva aqui a razão: _____		
SÍFILIS		
Que tipo de exame de SÍFILIS foi realizado inicialmente?	Resultado do exame inicial de SÍFILIS:	
<input type="checkbox"/> Exame Convencional de sífilis	<input type="checkbox"/> Reagente	<input type="checkbox"/> Exame não realizado
<input type="checkbox"/> Teste Rápido de Sífilis	<input type="checkbox"/> Não Reagente	<input type="checkbox"/> Sem informação
<input type="checkbox"/> Não foi realizado exame de Sífilis	<input type="checkbox"/> Sem Info	
Foi confirmado o diagnóstico de sífilis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Exame de sífilis não realizado		
<input type="checkbox"/> Não info <input type="checkbox"/> Exame confirmatório de sífilis não foi realizado		
Pessoa sabia estar com sífilis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não está com sífilis <input type="checkbox"/> Não infor/ <input type="checkbox"/> Exame não realizado		
SÍFILIS - A pessoa diagnosticada com sífilis recebeu tratamento?		
<input type="checkbox"/> Sim, recebeu tratamento completo	<input type="checkbox"/> Sem informação sobre tratamento	
<input type="checkbox"/> Sim, iniciou, mas não completou tratamento	<input type="checkbox"/> Não é portador(a) de sífilis	
<input type="checkbox"/> Não recebeu tratamento, PERDA DE SEGUIMENTO		
<input type="checkbox"/> Não recebeu tratamento, ERA CICATRIZ	<input type="checkbox"/> Não foi realizado o exame de sífilis	
Nome do MUNICÍPIO no qual a pessoa tratou SÍFILIS: _____		
Nome da UNIDADE para qual a pessoa foi encaminhada para tratar SÍFILIS: _____		
Se a pessoa com sífilis não recebeu tratamento descreva aqui a razão: _____		

HIV

MODELO DE ENCAMINHAMENTO

SÍFILIS



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS
Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana
disque aids : 08000162550

ENCAMINHAMENTO

Encaminhamos _____
que realizou Teste Rápido de _____ e aconselhamento na ação no
_____, para avaliação e conduta neste serviço.

Motivo do encaminhamento:

Solicitamos que nos seja dada a contra referência, Tel.:

Atenciosamente,

São Paulo, ____/____/____.

Aconselhador: _____

SERVIÇO: Centro de referencia e treinamento – CRT

ENDEREÇO: Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana.

PONTO DE REFERENCIA: Próximo metrô Santa Cruz

Descer metrô Santa Cruz, sair pelo lado do colégio Arquidiocesano,
a unidade fica na rua ao lado da igreja, atrás do corpo de bombeiro.

Ao chegar à recepção apresentar este encaminhamento

Qualquer dúvida solicitar ramal 5083-8780 falar com Cida ou enf. Cris
whatsap 11-952284680



SECRETARIA DE SAÚDE
PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS
Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana
disque aids : 08000162550

ACOLHIMENTO SETOR DST/CTA

Encaminhamos _____
que realizou teste rápido de sífilis e coleta de VDRL, em ação no _____

_____, para avaliação e conduta neste serviço.

SERVIÇO: Centro de referencia e treinamento – CRT

ENDEREÇO: Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana.

PONTO DE REFERENCIA: Próximo metrô Santa Cruz

Descer metrô Santa Cruz, sair pelo lado do colégio Arquidiocesano,
a unidade fica na rua ao lado da igreja, atrás do corpo de bombeiro.

Ao chegar à recepção apresentar este encaminhamento

Qualquer dúvida solicitar ramal 5083-8780 falar com Cida ou enf. Cris
whatsap 11-952284680



ENTREGA RESULTADO



Cuidados e recomendações na entrega do **Resultado reagente de Sífilis**

- ✓ Se for TR lembrar que resultado não é diagnóstico
- ✓ Discutir com paciente possibilidade de ser uma cicatriz sorológica, ou possível recente contaminação
- ✓ Sempre encaminhar para avaliação médica
- ✓ Discutir a convocação de parceria x sexo mais seguro
- ✓ Informar sobre o tratamento e cura.
- ✓ **Monitorar/vincular o caso**

ATENDIMENTO A ADOLESCENTE



Brochura N° 2
Subsídios éticos e
legais para o
atendimento de
adolescentes e jovens
nos serviços de saúde

Publicação do programa
estadual de IST AIDS
de São Paulo



BROCHURA 2 SUBSÍDIOS LEGAIS PARA O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Responsáveis pela produção do texto:

Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans – Coordenação Estadual de DST/aids, Secretaria Estadual de Saúde – SP

Colaboradores:

Mirian Ventura

Raul José de Felice (Juiz de direito em São Paulo)

Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde – SP)

Edna P. Kakhale (Conselho Regional de Psicologia – 6ª região)

Regina Guise de Almeida (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)



ATENDIMENTO A ADOLESCENTE



<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/LIVRO-Etica%20e%20HIV%20Aids.pdf>

O adolescente pode ir sozinho ao serviço realizar o teste de HIV?

Quando um adolescente manifesta o desejo de realizar um exame anti-HIV, este deve ser solicitado, mesmo que a indicação, aparentemente, não esteja clara.

Tratando-se de adolescentes entre 12 e 18 anos, após avaliação de suas condições de discernimento, a realização Do exame fica restrita ao respeito da sua vontade, assim como a participação do resultado a outras pessoas.

Na prática diária dos serviços ambulatoriais, os profissionais de saúde costumam orientar os adolescentes para virem acompanhados de um adulto de sua confiança para a realização do teste rápido, ou de sorologia, para o resultado do exame. Caso ele deseje, após receber seu resultado, o profissional de saúde também poderá conversar com esse adulto. Conjuntamente, deve ser realizada para qualquer situação em que o exame de HIV for requerido para menores de 18 anos, a investigação de situações de abuso e violência, de exploração sexual, de exposição à gravidez não planejada e a outras IST





PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Sobre a realização da testagem e revelação diagnóstica do HIV para menores de idade, o Comitê de Direitos da Criança, da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, da qual o Brasil é signatário, afirma que se devem garantir direitos ao adolescente (acima de 12 anos e menor de 18), nos serviços de saúde, independentemente da anuência de seus responsáveis. Este é um elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Nesse sentido, o documento "Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescentes", publicado pelo Ministério da Saúde²⁰, recomenda que:

- › Quando se tratar de criança (0 a 12 anos incompletos), a testagem e a entrega dos exames anti-HIV devem ser realizadas exclusivamente com a presença dos pais ou responsáveis legais.
- › Quando se tratar de adolescente (12 a 18 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame, assim como a revelação do resultado a outras pessoas. Isso significa que, se o adolescente assim desejar, e se for constatado que ele está em condições físicas, psíquicas e emocionais de receber o resultado do exame, a testagem poderá ser realizada mesmo sem a presença dos responsáveis legais.



PÓS - ATIVIDADE

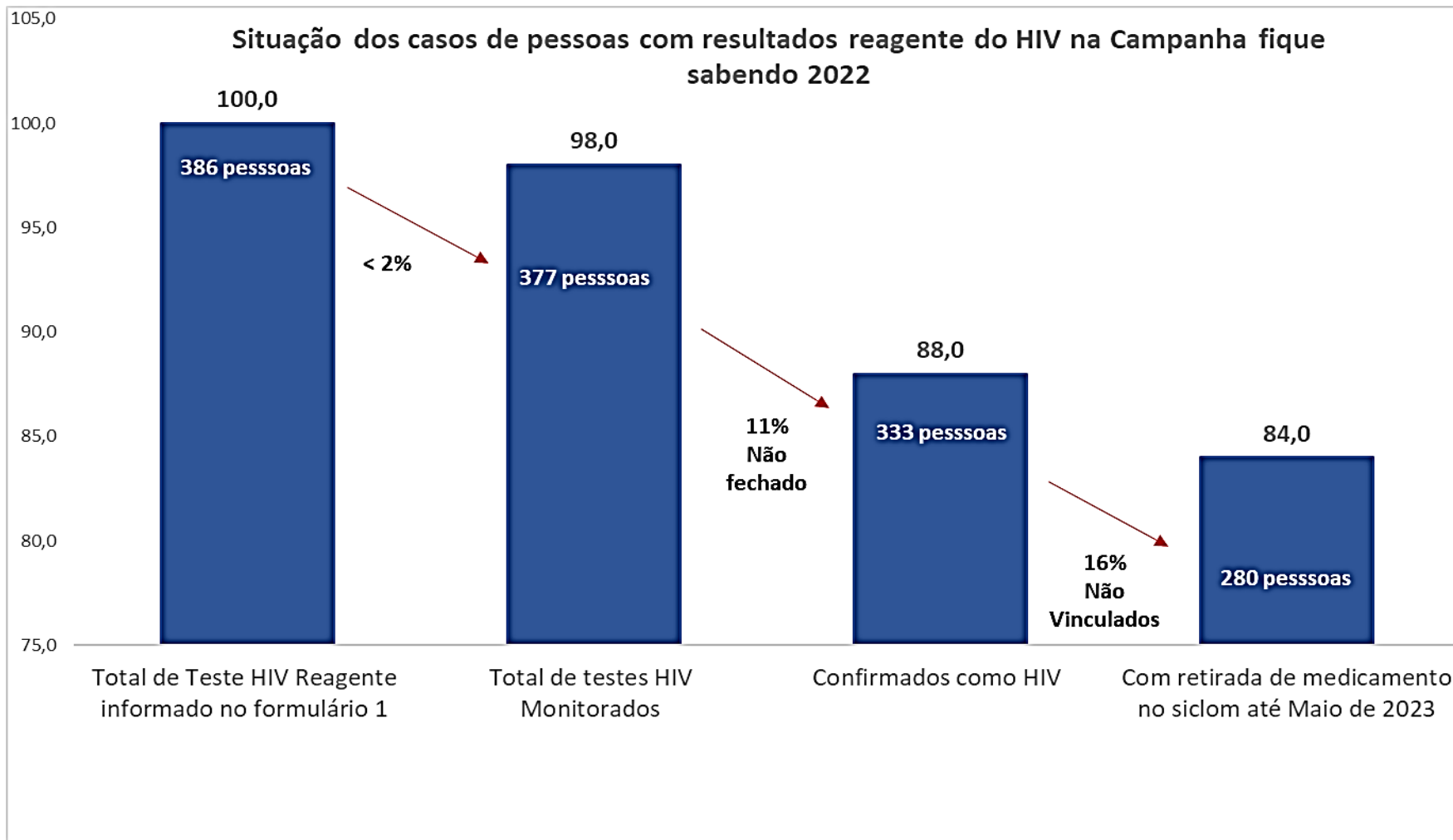


vinculação na revelação diagnóstica do HIV e da Sífilis ?



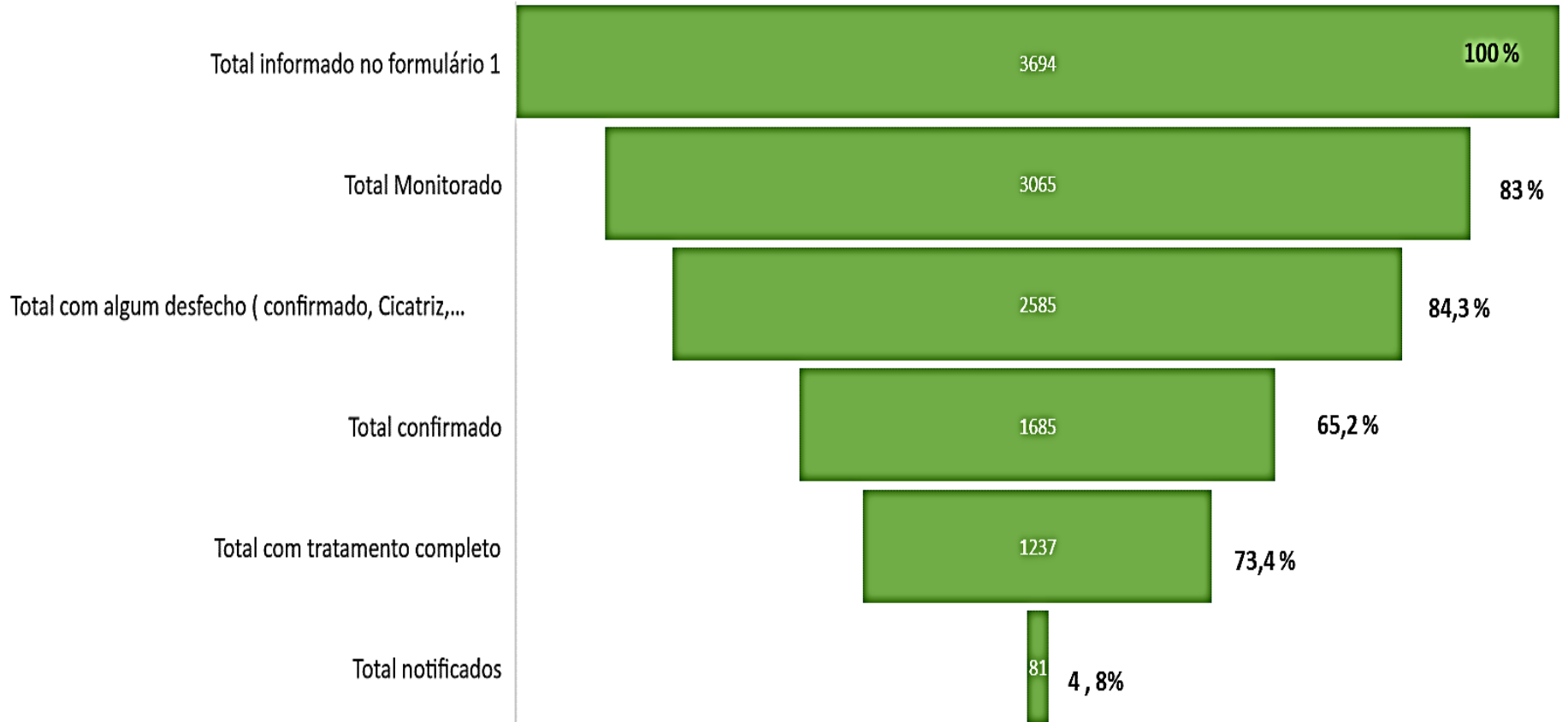
- ✓ Tratamento precoce, resulta no aumento e melhora da qualidade de vida
- ✓ Quebra da cadeia epidemiológica .
- ✓ Meta : 100% das pessoas diagnosticadas em tratamento

MONITORAMENTO CAMPANHA FS 2022



MONITORAMENTO CAMPANHA FS 2022

Situação da Sífilis Adquirida na Campanha fique Sabendo 2022





METAS DA VINCULAÇÃO



HIV - Acompanhar TODOS os casos até que cheguem à unidade de referência para seguimento e tratamento

SÍFILIS - Acompanhar TODOS os casos até a confirmação do diagnóstico (exame VDRL) e tratamento completo quando necessário.



PÓS - ATIVIDADE



- ✓ Utilizar um instrumento de monitoramento contendo: Nome, preferência de contato, local de encaminhamento, data do diagnóstico
- ✓ Entrar em contato com o usuário, se apresentar e se colocar à disposição para dúvidas e dificuldades
- ✓ Tomar os devidos cuidados no contato com o usuário
- ✓ Digitar o caso no formulário de monitoramento
- ✓ Encerrar o caso no formulário de monitoramento



PRINCIPAIS DÚVIDAS NO MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS



- ✓ Resultados para HIV com T1 reagente, discordantes ou indeterminados que foram descartados (após os exames complementares), devem ser digitados?

Resposta: Sim, pois demonstra que o caso foi monitorado e encerrado como não infectado.

- ✓ Casos de pessoas com resultado reagente que estão de passagem na cidade, morador de rua ou em clínica de dependência precisam ser monitorados ?

Resposta: Sim, se solicitamos um diagnóstico precisamos saber se ele chegou ao serviço.



PRINCIPAIS DÚVIDAS NO MONITORAMENTO E VINCULAÇÃO DOS CASOS EM 2021



- ✓ *A pessoa informa que já teve sífilis na vida, é necessário monitorar e digitar o caso no formulário de monitoramento?*

Resposta: SIM -Se houve situações de riscos, é importância o encaminhamento, realização de exames complementares e monitoramento do caso. Deve ser digitado com encerramento do caso.

- ✓ *Realizei o monitoramento, mas a pessoa se nega a fazer o tratamento, preciso digitar o caso ? Se sim como encerro este caso ?*

Resposta: O caso precisa ser digitado e na conclusão do caso explique a razão da PERDA DE SEGUIMENTO (ATENÇÃO! ESGOTAR TODAS AS ESTRATÉGIAS PARA A VINCULAÇÃO)



Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP

A A Tamanho do texto

LEMBRETE
BOTÃO FIQUE
SABENDO,
ESTÁ ATIVO!

Chamada para submissão de artigos para edição temática do BEPA:
Transexualidade no SUS

Prazo final: 30/11/2022 | www.bit.ly/submissao_bepa

1 2 3 4 5 6

Transexualidade no SUS é tema de edição especial do BEPA

Acesso Rápido

Busca de Serviços para Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. (PrEP)

Onde Fazer o Teste de HIV ?
São mais de 4.000 serviços de saúde cadastrados

Informações sobre PrEP
Evitar uma infecção pelo HIV caso ocorra uma exposição.

Ambulatório de Saúde Integral para Travestis

Busca de Serviços para Profilaxia Pós Exposição (PEP Sexual)

PREGÃO 192.2021 - PROCESSO 2021-44074

PREGÃO 191.2021 - PROCESSO 2021.37223

Indetectável = Intransmissível
Não transmissão sexual do HIV

Destaques

2ª WEBINAR DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV
No dia 11/05/2022 das 9h às 11h acontece 2ª Webinar do ciclo de 4 Webinar de TVHIV para 2022, promovido e realizado pelo Centro de Referência e Treinamento em

Clique aqui

Sancionada lei que garante sigilo a portadores de HIV, Tuberculose, Hepatites e Hanseníase

LEI Nº 14.289, DE 3 DE JANEIRO DE 2022, torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

SP registra queda superior a 42% nos casos e mortes por Aids na

Plano Estratégico CRT DST/Aids

PrEP HIV

PEP SEXUAL
Profilaxia Pós Exposição Sexual

fiquesabendo

Testes Rápidos

Juntos na PREVENÇÃO.

Rede de Cuidados

Webconferências

JUVENTUDES

| Fique Sabendo

Campanha de Testagem de HIV e Sífilis - FIQUE SABENDO 2021

Onde Fazer o Teste de HIV ?
São mais de 4.000 serviços de saúde cadastrados

Cadastro de unidades de saúde que realizam exames de HIV e Sífilis
Prazo para cadastrar as Unidades de Saúde: 15 de novembro

Modelos de laudos de HIV e SÍFILIS

Documentos de Referência

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2021 - Arquivos para Download

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2020 - Links

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2020 - Arquivos para Download

Monitoramento - Links para digitação

Monitoramento - Formulários para download

Ações extramuros - Link para digitação

Ações extramuros - Formulário para download

Ficha de atendimento Fique Sabendo 2022 - Link para digitação

Fichas de atendimento Fique Sabendo 2022 - Download

Artes e Materiais da Campanha - 2022

Campanha Fique Sabendo em fotos e vídeos

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2022 - Links

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2022 - Arquivos para Download

Reuniões virtuais de organização da Campanha Fique Sabendo 2021 - Links

Maria Aparecida da Silva
Assistente Social

Contato: cida@crt.saude.sp.gov.br

Centro de Referência de Treinamento
Programa Estadual de DST/AIDS-SP

**OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO!**

