

Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV

no Sistema Prisional Paulista



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO
Secretaria da Administração Penitenciária



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria da Administração Penitenciária

Polícia Penal do Estado de São Paulo

TARCÍSIO GOMES DE FREITAS

Governador do Estado de São Paulo

MARCELLO STREIFINGER

Secretário de Estado da Administração Penitenciária

MARCO ANTÔNIO SEVERO

Secretário Executivo

JOEL MARCOS LUNA

Chefe de Gabinete

RODRIGO SANTOS ANDRADE

Diretor-Geral da Polícia Penal

ALEXANDRE LAZINHO SANTOS

Coordenador de Saúde do Sistema Penitenciário



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria da Administração Penitenciária

Polícia Penal do Estado de São Paulo

ÁREA TÉCNICA

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

ELABORAÇÃO

Secretaria da Administração Penitenciária

Polícia Penal do Estado de São Paulo

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

Serviço de Referência Técnica em Saúde do Sistema Prisional

Alexandre Lazinho Santos - Coordenador - Enfermeiro

Ana Paula Rodrigues D'Agostino - Chefe de Serviço - Farmacêutica

Bruna Luiza Roim Varotto - Cirurgiã Dentista

Valéria Aparecida da Costa Lima - Nutricionista

Secretaria de Estado da Saúde

Coordenadoria de Controle de Doenças

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - Programa Estadual de IST/Aids

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo - Médica Infectologista

COLABORAÇÃO

Delmir Souza Soares - Coordenadoria de Execução Penal da Região

Metropolitana de São Paulo - PPESP

EDITORACÃO

Cilene Fernanda Sant'Ana

REVISÃO

Eliana Dalla Vecchia

Renata Correia de Andrade

REVISÃO FINAL

Simone Pacheco Gomide da Silva - Chefe do Departamento de Planejamento e Gestão de Atenção à Saúde da População Prisional

Alexandre Lazinho Santos - Coordenador

SAP. Secretaria da Administração Penitenciária. PPESP. Polícia Penal do Estado de São Paulo. CSSP. Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV no Sistema Prisional Paulista. 1ª Versão. Junho, 2026, São Paulo. Disponível em: <https://www1.sap.sp.gov.br/cssp/manuais-guias-protocolos.html>

A Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV no Sistema Prisional Paulista, destinada à aplicação no âmbito da Polícia Penal do Estado de São Paulo, constitui instrumento técnico-normativo voltado à padronização das ações e à orientação das equipes de saúde do sistema penitenciário paulista quanto à assistência, acompanhamento e manejo clínico das pessoas que vivem com HIV, garantindo a prestação de cuidados em conformidade com as legislações e diretrizes vigentes.

Este material pode ser reproduzido, total ou parcialmente, para fins institucionais e educativos, desde que citada a fonte.

Elaboração, distribuição e informações:

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário – CSSP, por meio do Serviço de Referência Técnica em Saúde do Sistema Penitenciário – SRTSSP.

CONTATO



www.sap.sp.gov.br



www.policiapenal.sp.gov.br



@ppesp_oficial



coordenadoriadesaudesap@sp.gov.br



(11) 2221-0889



Av. Gal. Ataliba Leonel, 556 – São Paulo – SP



MENSAGEM DO COORDENADOR

É com satisfação que apresentamos a Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV no Sistema Prisional Paulista, instrumento elaborado com o propósito de fortalecer e qualificar a assistência em saúde prestada no âmbito da Polícia Penal do Estado de São Paulo.

A construção deste documento reflete o compromisso permanente da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário com a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a garantia do acesso integral aos cuidados previstos pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Mais do que estabelecer fluxos e diretrizes técnicas, esta publicação busca apoiar os profissionais que atuam diariamente nas unidades prisionais, oferecendo orientações que contribuam para uma assistência segura, humanizada e baseada em evidências.

O enfrentamento do HIV exige uma atuação articulada, contínua e comprometida com a identificação precoce, o acompanhamento adequado e a adesão ao tratamento. Nesse contexto, a padronização das ações e o fortalecimento das práticas assistenciais são fundamentais para assegurar a qualidade do cuidado e a proteção da saúde das pessoas privadas de liberdade.

Esperamos que esta Linha de Cuidado se consolide como uma ferramenta de apoio às equipes de saúde, contribuindo para o aprimoramento dos processos de trabalho e para a efetivação do direito à saúde no sistema prisional paulista.

Agradecemos a todos os profissionais e instituições que colaboraram para a elaboração deste material, reafirmando nosso compromisso com a construção de um sistema de saúde prisional cada vez mais qualificado, resolutivo e humanizado.

Alexandre Lazinho
Coordenador

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART Antirretroviral
AZT Zidovudina
BAAR Bacilo Álcool-Ácido Resistente (Baciloscopia Direta)
BT Bilirrubina Total
C Creatinina
CIB Comissão Intergestores Bipartite
CD4 Linfócitos T CD4+ (células T auxiliaadoras)
CDP Centro de Detenção Provisória
CTA Centros de Testagem e Aconselhamento
CFM Conselho Federal de Medicina
CHSP Centro Hospitalar do Sistema Penitenciário
CSSP Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário
CTA Centro de Testagem e Aconselhamento
CMV Citomegalovírus
DNA Ácido Desoxirribonucleico
DPGASPP Departamento de Planejamento e Gestão de Atenção à Saúde da População Prisional
FA Fosfatase Alcalina
FTC Entricitabina
GVE Grupo de Vigilância Epidemiológica
HCTP Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HCV Vírus da Hepatite C
HDL Lipoproteína de Alta Densidade
HIV Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV Human T-Lymphotropic Virus
HSH Homens que fazem sexo com homem
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG Imunoglobulina G
IGRA Teste de Liberação de Interferon GAMA (Interferon-Gamma Release Assay)
ILTB Infecção Latente por Tuberculose
IMC Índice de Massa Corporal
IOs Infecções Oportunistas
IST Infecção Sexualmente Transmissível
K Potássio
LDL Lipoproteína de Baixa Densidade
LF-CrAg Teste Rápido de Fluxo Lateral para Detecção de Antígeno Criptocócico
LF-LAM Teste Rápido de Fluxo Lateral para Detecção de Antígeno Lipoarabinomanano
LGBTQIAPN+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais e Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Agêneros e Arromânticos, Pansexuais, Não-binárias, (Mais)

ABREVIATURAS E SIGLAS

Na Sódio

OMS Organização Mundial de Saúde

OSS Organização Social de Saúde

PCDT Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PEP Profilaxia Pós-Exposição

PP Polícia Penal

PPD (Prova Tuberculínica) Derivado Proteico Purificado

PPESP Polícia Penal do Estado de São Paulo

PPL Pessoa/População Privada de Liberdade

PrEP Profilaxia Pré-Exposição

PVHA Pessoa Vivendo com HIV/Aids

PT Prova Tuberculínica

RAM Relatório de Atividade Mensais

SAC Serviço de Atendimento ao Consumidor

SAE Serviço de Atenção Especializada

SAP Secretaria da Administração Penitenciária

SES Secretaria de Estado da Saúde

SICLOM Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIMC Sistema de Monitoramento Clínico

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIRI Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune

SISLOGLAB Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Serviço Único de Saúde

SR Sintomático Respiratório

SRASPP Serviços Regionais de Atenção à Saúde da População Prisional

SRTSSP Serviço de Referência Técnica em Saúde do Sistema Penitenciário

TARV Tratamento Antirretroviral

TB Tuberculose

TC Tomografia Computadorizada

TDF Tenofovir (Fumarato de Tenofovir Desoproxila)

TDO Tratamento Diretamente Observado

TFGe Taxa de Filtração Glomerular Estimada

TGL Exame de Triglicerídeos

TGO – ALT Alanina Aminotransferase

TGP – AST Aspartato Aminotransferase

TPT Tratamento Preventivo da Tuberculose

TR Teste Rápido

TRM Teste Rápido Molecular

U Uréia

ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS Unidade Básica de Saúde

UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

UVIS Unidade de Vigilância em Saúde

VLDL Lipoproteína de Muito Baixa Densidade

FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1	Oferta de PREP	25
Fluxograma 2	Profilaxia Pós Exposição	27
Fluxograma 3	Teste Rápido HIV	29

TABELAS

Tabela 1	Distribuição de unidades prisionais por região e municípios	15
Tabela 2	Atribuições dos diferentes setores na Linha de Cuidado – Equipes de Saúde	95

QUADROS

Quadro 1	Periodicidade de exames complementares no seguimento clínico de pessoas vivendo com HIV	43
Quadro 2	Vacinas prioritárias para Adultos vivendo com HIV Privados de Liberdade	46
Quadro 3	Antirretrovirais comumente envolvidos na TARV inicial, PrEP e PEP	48
Quadro 4	Esquemas iniciais do TARV para adultos	50
Quadro 5	Rastreamento e conduta para ILTB	56
Quadro 6	Esquemas de Tratamento da ILTB para adultos vivendo com HIV/Aids	57
Quadro 7	Esquema básico para o tratamento da TB em adultos vivendo com HIV	64
Quadro 8	Considerações sobre tratamento da TB e o uso do TARV	65
Quadro 9	Esquemas antirretrovirais na presença de tuberculose	66
Quadro 10	Interações medicamentosas da Rifampicina com ARV	66
Quadro 11	Indicações de profilaxia primária	79
Quadro 12	Indicação de profilaxia secundária das principais infecções oportunistas	80
Quadro 13	Atividades que facilitam a prestação do cuidado	89
Quadro 14	Ações estratégicas da gestão da Unidade Prisional para fortalecer o cuidado em HIV/Aids e IOs	90

SUMÁRIO

Apresentação	12
Objetivos	13
Estrutura da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário	14
Política de saúde no sistema penitenciário	15
Diretrizes gerais para a atenção ao HIV/Aids nas unidades prisionais	17
Prevenção do HIV/Aids	19
Estratégias de Prevenção Combinada	20
Diagnóstico do HIV	35
Acompanhamento ambulatorial da pessoa vivendo com HIV/Aids	37
Tratamento Antirretroviral	47
1 – Recapitulando	54
Infecção Latente Tuberculosa	55
Tuberculose ativa	60
Tratamento da tuberculose nas pessoas vivendo com HIV/Aids	63
2 – Recapitulando	68
Infecções oportunistas	71
Profilaxia	79
Retenção ao cuidado	81
Adesão e supressão viral do HIV	83
Especificidades e desafios do cuidado em HIV/Aids no sistema prisional para a gestão	86
Atribuições	92
Perspectivas e desafios para o cuidado em HIV no sistema prisional	96
Referências Bibliográficas	98

APRESENTAÇÃO

Este protocolo é resultado da parceria entre a Secretaria da Administração Penitenciária e a Secretaria de Estado da Saúde, com o objetivo de qualificar e fortalecer a atenção integral à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) privadas de liberdade no Estado de São Paulo. Sua elaboração envolveu áreas técnicas estratégicas da SAP e da SES, visando reduzir a heterogeneidade das práticas assistenciais e promover maior padronização dos processos de cuidado no sistema prisional.

A Linha de Cuidado propõe a organização de fluxos, protocolos clínicos e responsabilidades institucionais, respeitando as especificidades territoriais e operacionais das unidades prisionais, ao mesmo tempo em que busca eliminar barreiras de acesso, ampliar a resolutividade da atenção básica e fortalecer a articulação com a Rede de Atenção à Saúde.

Além de qualificar a assistência, a implementação desta Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV representa um esforço estruturante para fortalecer a resposta do Estado de São Paulo à epidemia de HIV/Aids, em consonância com as metas globais estabelecidas pela UNAIDS, conhecidas como 95-95-95. Essas metas preveem diagnosticar 95% das pessoas vivendo com HIV, tratar 95% das diagnosticadas e manter supressão viral em 95% das pessoas tratadas até 2030, com potencial impacto na redução de novas infecções, da mortalidade e da discriminação.

No contexto das unidades prisionais, o enfrentamento da epidemia requer estratégias integradas de prevenção, diagnóstico oportuno, assistência e educação em saúde, com melhoria da qualidade do cuidado, tratamento adequado e acompanhamento contínuo. Também envolve o fortalecimento da articulação com a rede de saúde, a redução do estigma, a humanização das abordagens e a continuidade da assistência após a liberdade ou transferência.

Estruturada em sínteses, fluxogramas e protocolos técnicos, esta Linha de Cuidado se destina a gestores, profissionais de saúde, equipes de segurança e demais atores envolvidos na execução penal, constituindo-se como instrumento orientador para a qualificação da atenção às IST/HIV/Aids. Espera-se que contribua para a integração e consolidação de uma resposta institucional ao enfrentamento da epidemia de aids no sistema prisional paulista, de forma integrada, equânime e baseada em evidências.

OBJETIVOS

Objetivos assistenciais:

- 🚫 Qualificar a assistência prestada às pessoas vivendo com HIV/Aids no sistema prisional, garantindo um cuidado mais assertivo, eficiente e humanizado;
- 🚫 Ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo;
- 🚫 Contribuir para a prevenção de novas infecções e para redução da morbimortalidade;
- 🚫 Fortalecer a adesão ao tratamento, promovendo a conscientização sobre sua importância para a saúde individual e coletiva.



Objetivos de gestão e suporte:

- ⚙️ Apoiar a gestão técnica e administrativa na organização dos processos assistenciais;
- ⚙️ Aumentar a autonomia dos profissionais de saúde das unidades prisionais;
- ⚙️ Apoiar os gestores e equipes na implementação da Linha de Cuidado, promovendo a integração entre saúde e segurança pública;
- ⚙️ Oferecer suporte técnico e estratégico à gestão e aos profissionais de saúde no planejamento, implantação e monitoramento das ações.

ESTRUTURA DA COORDENADORIA DE SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO

A Polícia Penal do Estado de São Paulo administra 180 unidades prisionais, distribuídas em:

97

Penitenciárias

16

Centros de Progressão Penitenciária

42

Centros de Detenção Provisória

03

Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

21

Centros de Ressocialização

01

Centro de Readaptação Penitenciária

Atualmente, essas unidades prisionais custodiam 229.427 pessoas privadas de liberdade (SAP: 19 jun 2026), distribuídos em 163 masculinos, 14 femininos e 3 hospitais de custódia, localizados em 100 municípios do Estado.

A CSSP, da PPESP, no âmbito da execução penal é responsável pela organização e gestão da assistência à saúde da população privada de liberdade, garantindo a estruturação dos serviços ambulatoriais no nível de atenção básica. Suas atribuições incluem:

- Promoção, prevenção, assistência e vigilância à saúde no ambiente prisional;
- Implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (Brasil, 2020);
- Articulação com as instâncias do SUS para garantir o acesso integral aos serviços de saúde.



POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

As unidades prisionais possuem atendimento básico de saúde e odontológico, além do CHSP. Embora o atendimento ocorra principalmente nas UPs, parcerias com a rede municipal e estadual garantem acesso a outros serviços de saúde. Para fins demográficos, o IBGE considera os presídios como domicílios coletivos e contabiliza as PPL na população do município onde estão localizados.

Tabela 1. Distribuição de unidades prisionais por região e municípios

Região	Nº unidades prisionais	Nº municípios com UP
Metropolitana	29 e 02 HCTP	11
Vale e Litoral	20 e 01 HCTP	12
Central	34	18
Noroeste	30	17
Oeste	36	23
Norte	28	19
TOTAL	180	100

Fonte: SAP, Maio de 2026

Cidades com unidades prisionais

Veja a seguir as cidades, conforme legenda:

1 - Região Metropolitana

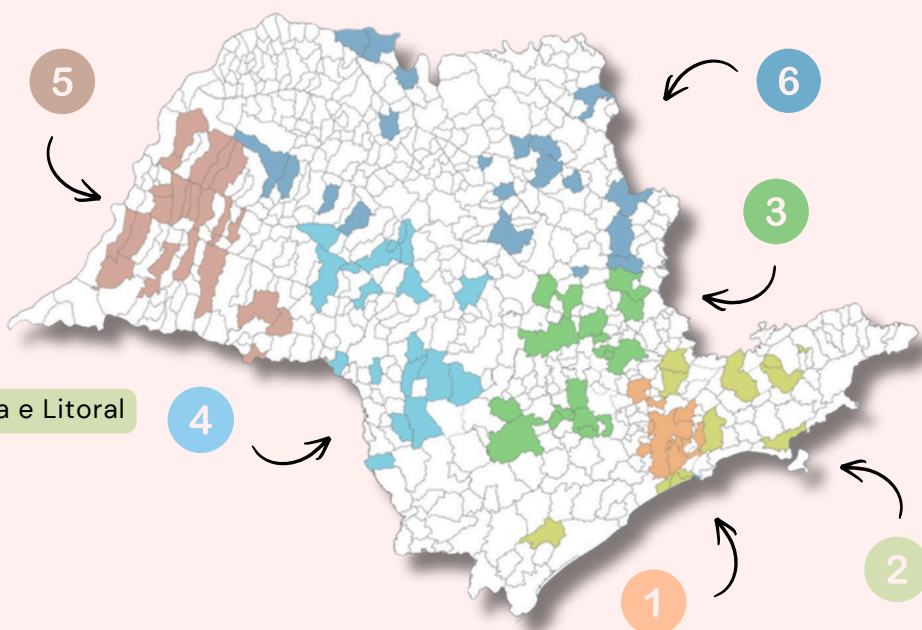
2 - Região do Vale do Paraíba e Litoral

3 - Região Central

4 - Região Noroeste

5 - Região Oeste

6 - Região Norte



POLÍTICA DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO

1 - Região Metropolitana

Diadema	Jundiaí	São Bernardo do Campo
Franco da Rocha	Mauá	São Paulo
Guarulhos	Osasco	Suzano
Itapequerica da Serra	Santo André	

2 - Região do Vale do Paraíba e Litoral

Atibaia	Mogi das Cruzes	Praia Grande	São Vicente
Bragança Paulista	Mongaguá	Registro	Taubaté
Caraguatatuba	Potim	São José dos Campos	Tremembé

3 - Região Central

Americana	Iperó	Mogi Guaçu	Sorocaba
Campinas	Itapetininga	Mogi Mirim	Sumaré
Capela do Alto	Itirapina	Piracicaba	Votorantim
Guareí	Limeira	Porto Feliz	
Hortolândia	Mairinque	Rio Claro	

4 - Região Noroeste

Álvaro de Carvalho	Cerqueira César	Itaí	Ourinhos
Avaré	Gália	Itatinga	Pirajuí
Balbinos	Getulina	Jaú	Reginópolis
Bauru	Iaras	Marília	Taquarituba
Bernardino de Campos			

5 - Região Oeste

Andradina	Irapuru	Mirandópolis	Presidente Bernardes
Assis	Junqueirópolis	Nova Independência	Presidente Prudente
Caiuá	Lavínia	Osvaldo Cruz	Presidente Venceslau
Dracena	Lucélia	Pacaembu	Tupi Paulista
Flórida Paulista	Marabá Paulista	Paraguaçu Paulista	Valparaíso
Florínea	Martinópolis	Pracinha	

6 - Região Norte

Aguai	Casa Branca	Lins	Riolândia
Araçatuba	Franca	Mococa	São José do Rio Preto
Araraquara	Guariba	Paulo de Faria	Serra Azul
Avanhandava	Icém	Pontal	Taiúva
Birigui	Jardinópolis	Ribeirão Preto	

DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO AO HIV/AIDS NAS UNIDADES PRISIONAIS

As UPs devem conhecer, adotar e operar conforme os protocolos estabelecidos, resoluções e diretrizes programáticas relacionadas ao HIV/Aids, com o objetivo de atender as necessidades da PPL em uma linha de cuidado adequada. Por meio dos Serviços Regionais de Atenção à Saúde da População Prisional (SRASPP), essas unidades prisionais podem estabelecer e manter articulação com os Programas Municipais de IST/Aids e com a rede especializada em HIV/Aids, como os SAE e os CTA, para maior resolutividade na resposta às demandas apresentadas, sempre em conformidade com as diretrizes e recomendações dessas redes.

Pautadas por valores humanos, éticos e técnicos, pelos princípios do SUS, pela política de humanização e por outras políticas públicas de saúde, as diretrizes orientam tanto as ações dos profissionais quanto a organização do cuidado.

As diretrizes gerais para atenção às IST/Aids incluem:

- + Integralidade do cuidado;
- + Desenvolvimento de ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- + Acesso facilitado a insumos de prevenção e tratamento;
- + Trabalho em equipe multidisciplinar;
- + Intersetorialidade;
- + Estabelecimento de parcerias;
- + Trabalho em rede e educação permanente;
- + Gestão de risco e prevenção combinada;
- + Abordagem na perspectiva da redução de danos;
- + Combate ao estigma e discriminação;
- + Respeito à diversidade, à orientação sexual e ao sigilo;
- + Adoção do nome social;
- + Estímulo ao protagonismo, participação e controle social.



DIRETRIZES GERAIS PARA A ATENÇÃO AO HIV/AIDS NAS UNIDADES PRISIONAIS

Práticas e atividades no âmbito do sistema prisional

As práticas nas UPs devem ser orientadas pela integralidade do cuidado, com ênfase no trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional. Essa abordagem deve ter como eixos a elaboração de projetos terapêuticos, a gestão da clínica e a organização do trabalho em rede, tanto dentro quanto fora do sistema prisional.

A atenção deve ser humanizada e centrada nas necessidades das pessoas privadas de liberdade, promovendo acolhimento, vínculo e responsabilização, sempre com base nos protocolos clínicos vigentes em todos os pontos de atenção.

Um ponto de atenção deve ser o recorte racial referente aos diagnósticos de HIV/Aids na população brasileira. Entre 2023 e 2025, 33% das pessoas diagnosticadas eram pardas e 11% negras. Observa-se uma tendência de aumento do diagnóstico em pessoas pardas proporcionalmente. No âmbito do sistema prisional a equidade e humanização devem ser norteadoras para evitar desigualdades de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento.



Entre as atividades essenciais destacam-se:

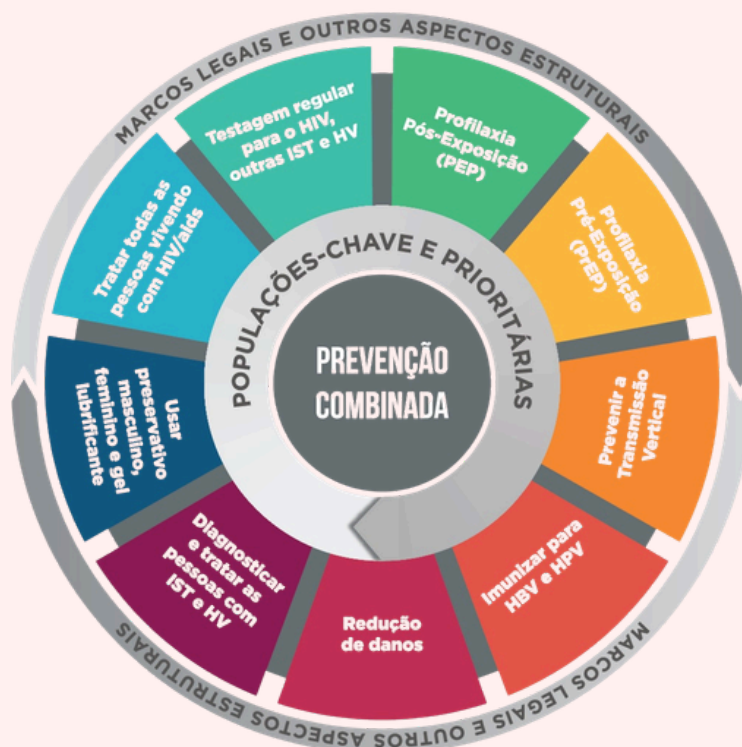
- » Prevenção, acolhimento e aconselhamento com avaliação de risco e vulnerabilidade;
- » Diagnóstico com testagem rápida para HIV e outras IST;
- » Tratamento do HIV/Aids e adesão;
- » Retenção ao tratamento e busca de faltosos;
- » Utilização de sistemas (SISLOGLAB, SICLOM, SIMC – Sistema de Monitoramento Clínico);
- » Treinamento de profissionais para atenção às IST/Aids intramuros, incluindo a testagem;
- » Vigilância em saúde.

PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Existem diversas formas para prevenir a infecção pelo HIV, e a utilização simultânea dessas estratégias aumenta significativamente sua eficácia, ampliando a proteção individual e coletiva.

Denomina-se **Prevenção Combinada** a utilização simultânea de diferentes estratégias – biomédicas, comportamentais e estruturais – aplicadas de forma integrada, com o objetivo de reduzir o risco de infecção do HIV de maneira mais abrangente e eficaz.

O Ministério da Saúde representa esse conceito por meio de uma mandala, na qual as diversas estratégias de prevenção estão interligadas e sustentadas por marcos legais e por elementos estruturais da organização do SUS.



Fonte: Ministério da Saúde <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/o-que-e-prevencao-combinada>

Essas abordagens visam atingir principalmente as populações mais vulneráveis como pessoas privadas de liberdade, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, trabalhadores do sexo e pessoas trans. Também contemplam populações prioritárias, como pessoas negras, jovens em situação de rua e indígenas, considerando os determinantes sociais que impactem o risco de exposição e o acesso aos serviços de saúde.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

São estratégias que integram a prevenção combinada:

1. Ações educativas em saúde;
2. Aconselhamento com gerenciamento de riscos;
3. Preservativos e gel lubrificante;
4. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP);
5. Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP);
6. Testagem regular para HIV, IST e hepatites virais;
7. Imunização para hepatite B e HPV;
8. Tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV;
9. Diagnóstico e tratamento das pessoas com IST;
10. Prevenção da transmissão vertical;
11. Redução de danos.

1. Ações educativas em saúde



As ações educativas constituem a base da prevenção combinada, devendo promover acesso à informação, ampliação da percepção de risco e fortalecimento da autonomia para o autocuidado.

Devem abordar:

- Formas de transmissão do HIV/IST;
- Métodos de prevenção;
- Diagnóstico e tratamento;
- Práticas sexuais seguras;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Riscos da automedicação;
- Higiene e cuidados pessoais.

No contexto prisional, essas ações devem ser:

- Contínuas, participativas e adaptadas ao ambiente;
- Realizadas por meio de rodas de conversa, oficinas e atendimentos individuais;
- Voltadas também à redução do estigma e ao fortalecimento do protagonismo dos usuários.

Ações educativas em saúde para pessoas privadas de liberdade

As ações educativas destinadas à PPL devem ser contínuas, participativas e adaptadas às especificidades do ambiente prisional, com foco na prevenção

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

combinada do HIV, adesão ao tratamento, autocuidado e redução de danos. Estratégias como rodas de conversa, oficinas temáticas e orientações individuais possibilitam a abordagem de práticas sexuais seguras, uso correto de preservativos, importância do diagnóstico precoce e do tratamento antirretroviral, além de aspectos relacionados à saúde mental e aos direitos à saúde.

Essas ações devem incluir, de forma clara e contextualizada, informações sobre as formas de transmissão sexual e não sexual do HIV, destacando os riscos associados ao compartilhamento de objetos perfurocortantes, como lâminas de barbear, agulhas e materiais improvisados para tatuagem. Ao estimular comportamentos protetivos e a busca ativa pelos serviços de saúde, as atividades educativas contribuem para a redução do estigma, o fortalecimento do protagonismo dos usuários e a qualificação da linha de cuidado às pessoas vivendo com HIV no sistema prisional.

2. Aconselhamento com gerenciamento de riscos



O aconselhamento baseado na gestão de riscos visa promover a autonomia da PPL, favorecendo a identificação de estratégias preventivas condizentes com os riscos da pessoa, aumentando seu conhecimento para escolha do método mais adequado a cada situação.

A gestão de riscos para o HIV/Aids e autocuidado em ambientes prisionais demandam uma abordagem integrada, que considere as condições estruturais, sociais e individuais que aumentam a vulnerabilidade dessa população. Uma vez que contribuem para a maior incidência de infecções, a superlotação, o acesso limitado a serviços de saúde, o uso compartilhado de objetos cortantes e a prática de sexo sem preservativo são alguns aspectos que devem ser considerados, personalizando o aconselhamento.

Aconselhamento para gestão de riscos no contexto do HIV/Aids

O processo deve ser contínuo, confidencial e individualizado, promovendo o acesso à testagem voluntária, à profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP), ao tratamento antirretroviral, redução de danos e à educação em saúde.

Para melhor favorecer a percepção dos riscos e ampliar o repertório de práticas protetivas o processo de aconselhamento deve contemplar orientações claras, atualizadas e baseadas em evidências sobre testagem regular, acesso à profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP), adesão ao

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

tratamento antirretroviral e práticas de redução de danos, como o não compartilhamento de objetos perfurocortantes e materiais de uso pessoal. Ressalta-se a importância da equipe de saúde investigar e conhecer os hábitos, práticas, comportamentos e contextos das pessoas.

Levantamento de demandas

O levantamento de demandas deve ocorrer de forma contínua e sistemática, iniciando-se na entrevista de inclusão no momento do ingresso da pessoa privada de liberdade no sistema prisional e sendo aprofundado por meio da busca ativa e dos atendimentos de saúde ao longo do cumprimento da pena. A entrevista inicial é fundamental para identificar comportamentos de risco e vulnerabilidades, possibilitando intervenções precoces e direcionadas.

A busca ativa complementa esse processo ao permitir a atualização das informações, o acompanhamento contínuo e a identificação oportuna de novas demandas relacionadas à prevenção, testagem e tratamento do HIV e de outras ISTs. A identificação dessas necessidades subsidia o planejamento de ações de educação em saúde, prevenção combinada e acompanhamento clínico, considerando as especificidades do contexto prisional.

Realizado de forma acolhedora, individualizada e com garantia de confidencialidade, o levantamento de demandas fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e a PPL, favorece a adesão às ações preventivas e terapêuticas e organiza o acesso à PrEP, à PEP, ao tratamento antirretroviral e aos encaminhamentos necessários na rede de atenção à saúde. Assim, constitui um eixo importante para a efetivação do cuidado integral às pessoas vivendo com HIV no sistema prisional.

3. Preservativos e gel lubrificante



Os preservativos interno e externo (antigamente referidos como feminino e masculino) são métodos de barreira que impossibilita a troca de fluídos e o contato do esperma com mucosas e pele. Quando íntegros e utilizados adequadamente são extremamente eficazes na prevenção da infecção pelo HIV e de outras ISTs. O gel lubrificante reduz o atrito durante a relação sexual (principalmente anal), prevenindo lesões nas mucosas e o rompimento do preservativo podendo ser usado conjuntamente com os preservativos interno ou externo.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

Distribuição dos insumos

Insumos preventivos, como géis lubrificantes e preservativos devem estar disponíveis para retirada e/ou serem distribuídos para a PPL com o incentivo ao uso em todas as relações sexuais, sejam elas insertivas ou receptivas. Independentemente do perfil da população, as unidades prisionais devem garantir a disponibilidade tanto de preservativos internos (femininos) quanto externos (masculinos), além de gel lubrificante, de forma a atender a diversidade da população prisional.

4. Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)



A PrEP é a prevenção que se faz antes que ocorra uma exposição de risco. Este método está baseado no uso de antirretrovirais por pessoas que ainda não vivem com HIV, mas que estão em risco aumentado de exposição ao vírus. É uma estratégia altamente eficaz para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo HIV, mas sua eficácia está diretamente ligada à adesão da pessoa privada de liberdade ao uso dos medicamentos.

Atualmente a PrEP está indicada para pessoas com vulnerabilidade acrescida para a aquisição da infecção pelo HIV. Para tanto devem ser considerados a frequência de práticas sexuais com parcerias eventuais, sem uso regular de preservativos, histórico de IST, busca repetida por PEP, parceria com pessoa vivendo com HIV, contextos de troca de sexo por dinheiro (objetos, drogas, moradia ou outros) e compartilhamento de agulhas, seringas ou outros equipamentos para injetar drogas.

Antes de iniciar a PrEP é necessário descartar que a pessoa já esteja infectada pelo HIV por meio de testagem rápida e investigação clínica. O intervalo máximo entre o teste de HIV negativo e o início da PrEP deve ser de 7 dias, sendo que o indicado é que a profilaxia seja iniciada no mesmo dia da realização do exame de HIV.

Após a exclusão do HIV, a PrEP pode ser iniciada. Existem duas possibilidades de utilizar a PrEP: uso diário ou sob demanda.

Na PrEP diária, o esquema medicamentoso indicado é de Fumarato de Tenofovir desoproxila 300mg + Entricitabina 200mg (TDF/FTC), na dose de 1 comprimido ao dia, todo dia.



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

A pessoa privada de liberdade deve estar ciente de que a adesão regular ao uso do medicamento é fundamental para o sucesso da profilaxia, sendo o compromisso com a administração diária essencial para alcançar a eficácia esperada. Entretanto, para os homens cis, admite-se que tomar o medicamento 4 vezes por semana pode garantir a eficácia da proteção. No caso de mulheres cis e mulheres trans que utilizam hormônio, a dose mínima de tomadas para ter eficácia é de 6 vezes por semana.

Caso a pessoa tenha tomado o medicamento por menos tempo que o recomendado e tenha tido uma relação sexual desprotegida há menos de 72 horas deve-se interromper a PrEP e iniciar a PEP, pois não estava com a cobertura profilática adequada.

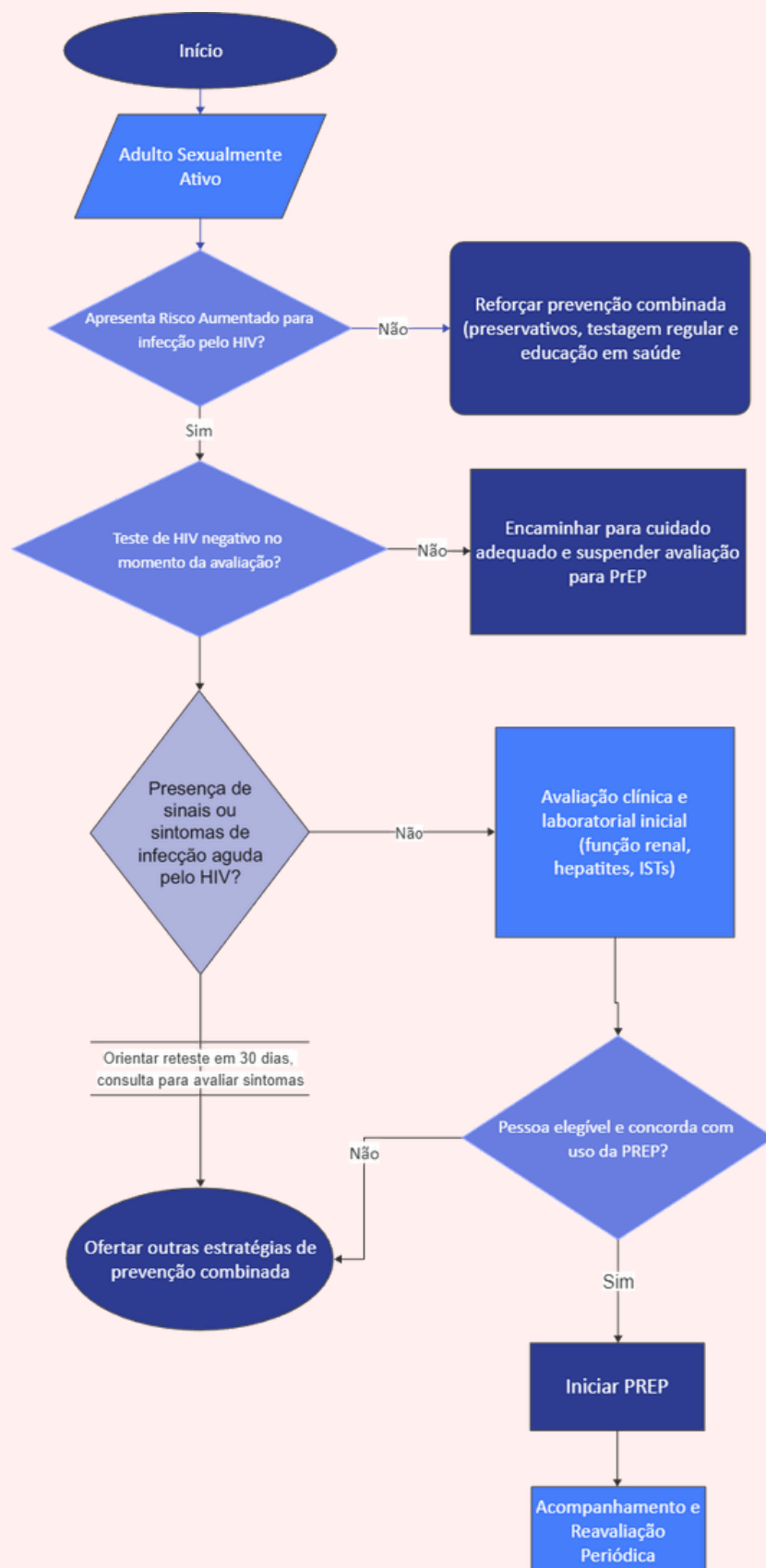
A outra modalidade de uso é a PrEP sob demanda, que se destina apenas para quem tem relações sexuais com frequência menor que duas vezes por semana e que consigam planejar o uso de antirretrovirais.

Pode ser utilizada por homens cis heterossexuais, bissexuais, gays e outros homens cis que fazem sexo com homens, pessoas não binárias designadas como do sexo masculino ao nascer, travestis e mulheres transexuais que **não** estejam em uso de hormônios à base de Estradiol. Não pode ser utilizada por mulheres cis nem mulheres que utilizam hormônios à base de Estradiol. Pela condição do acesso logístico, essa prática sob demanda não é viável no contexto prisional.



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

FLUXOGRAMA 1- OFERTA DE PREP



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

5. Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP)

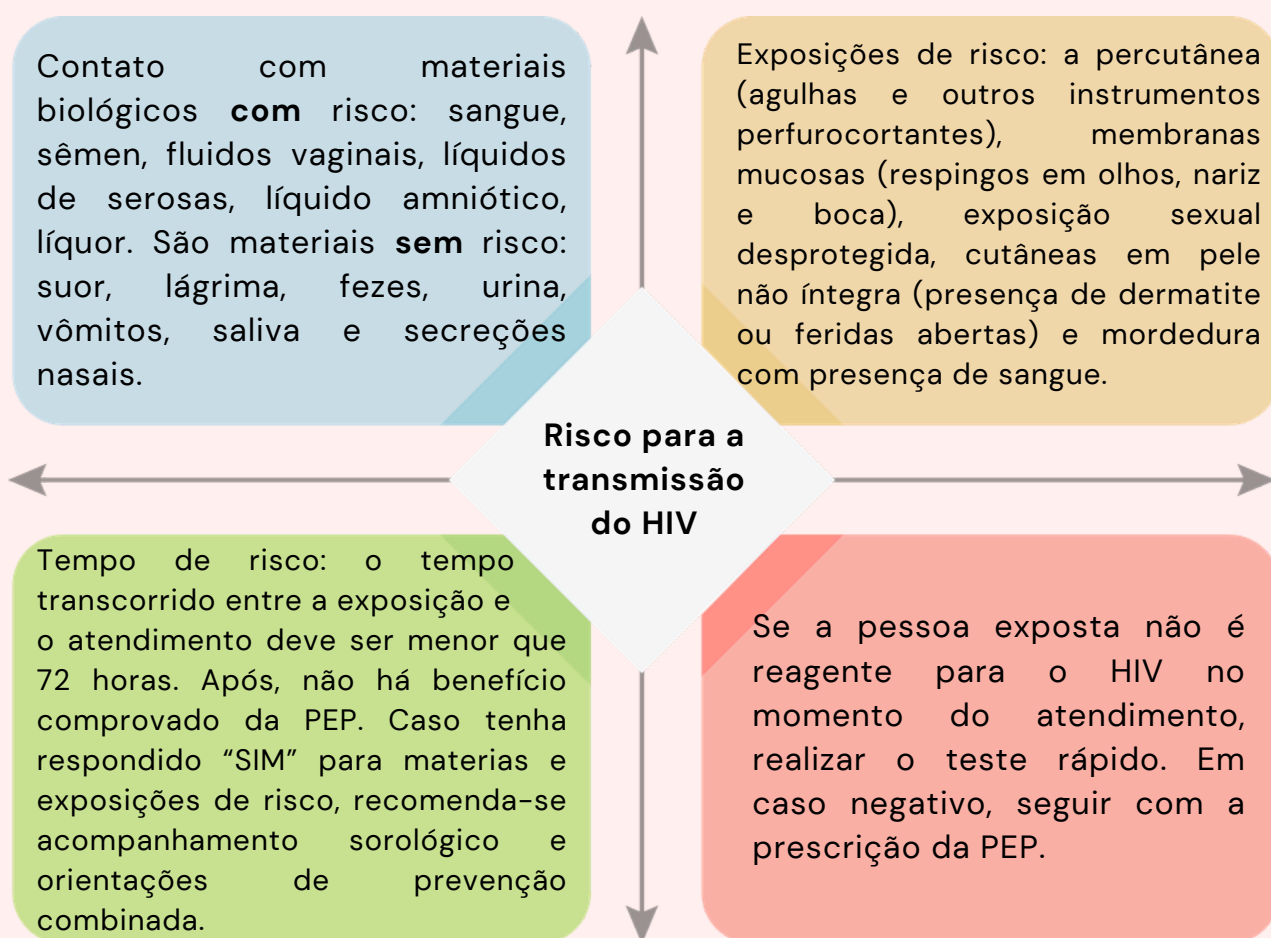


A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por 28 dias, para reduzir a possibilidade de aquisição da infecção HIV após ter ocorrido a exposição de risco.



A PEP **deve ser iniciada em até 72h após a exposição**, em todas as pessoas que tiveram contato com material biológico de risco nas situações de: sexo consentido, violência sexual e acidente com material biológico.

A avaliação da elegibilidade para a PEP deve considerar os seguintes critérios, conforme orientações do Ministério da Saúde:

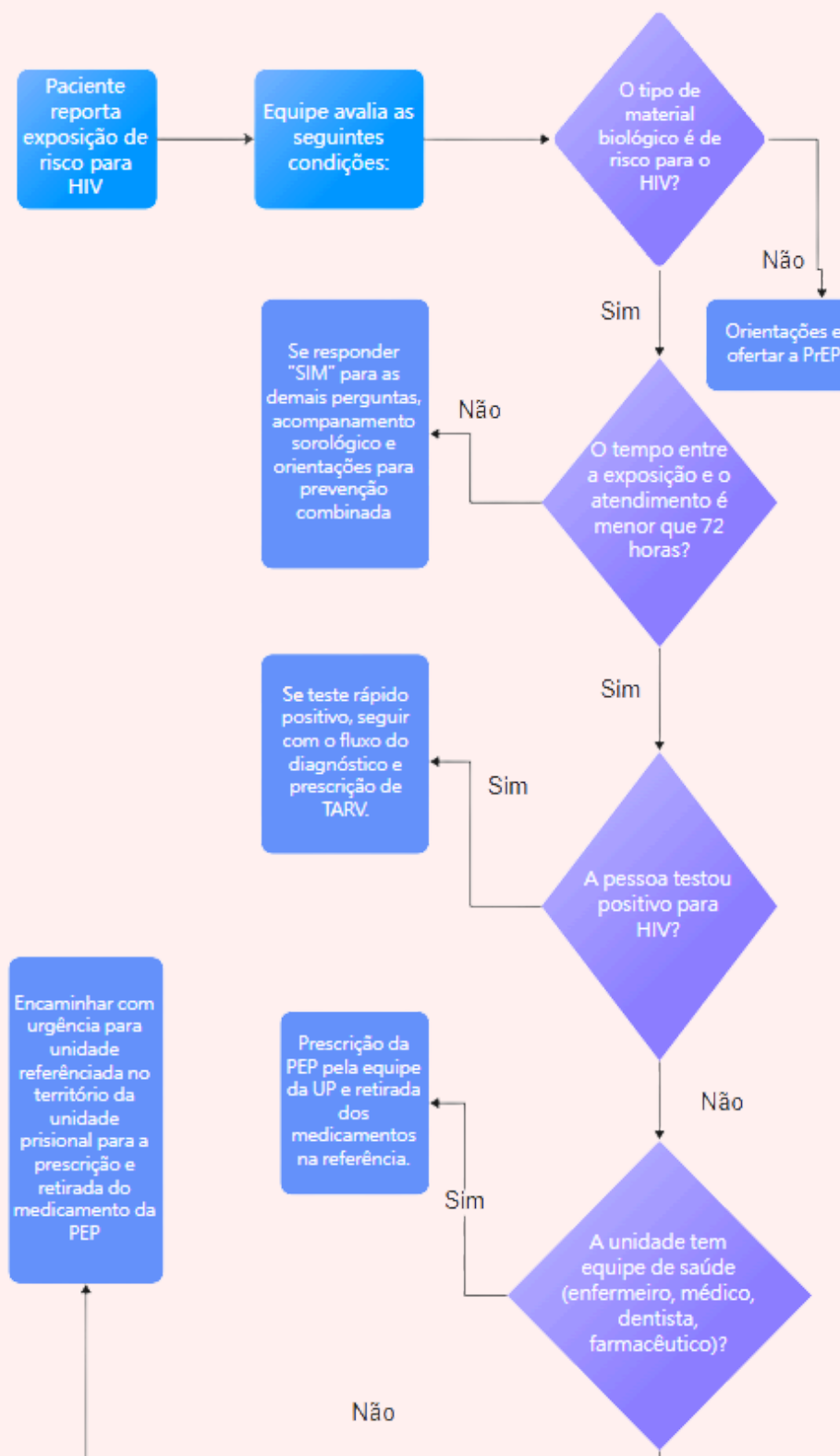


Se todas as respostas forem "SIM", a pessoa é elegível para a PEP.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

O fluxo de atendimento elaborado para a população privada de liberdade envolve o atendimento tanto intra quanto extramuros:

FLUXOGRAMA 2 – PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

6. Testagem regular para HIV, IST e hepatites virais



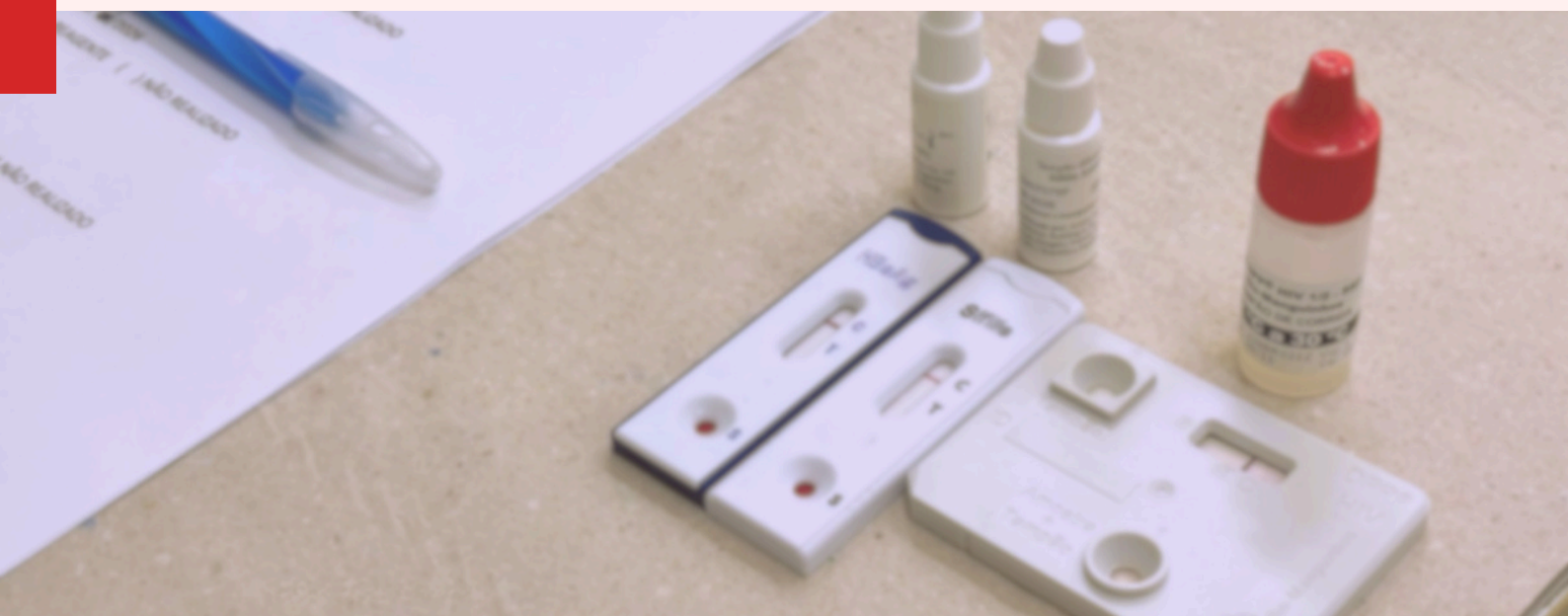
A testagem periódica para o HIV configura uma importante forma de prevenção. O diagnóstico precoce permite o início imediato e oportuno do tratamento antirretroviral, o que reduz a progressão da doença, melhora a qualidade de vida, evita a transmissão para outras pessoas e auxilia no planejamento de ações de prevenção e tratamento.

Os TR para testagem periódica devem, sempre que possível, ser ofertados em demanda espontânea, durante as campanhas como por exemplo a Campanha Fique Sabendo e nas entrevistas de inclusão.

Ação continuada de testagem

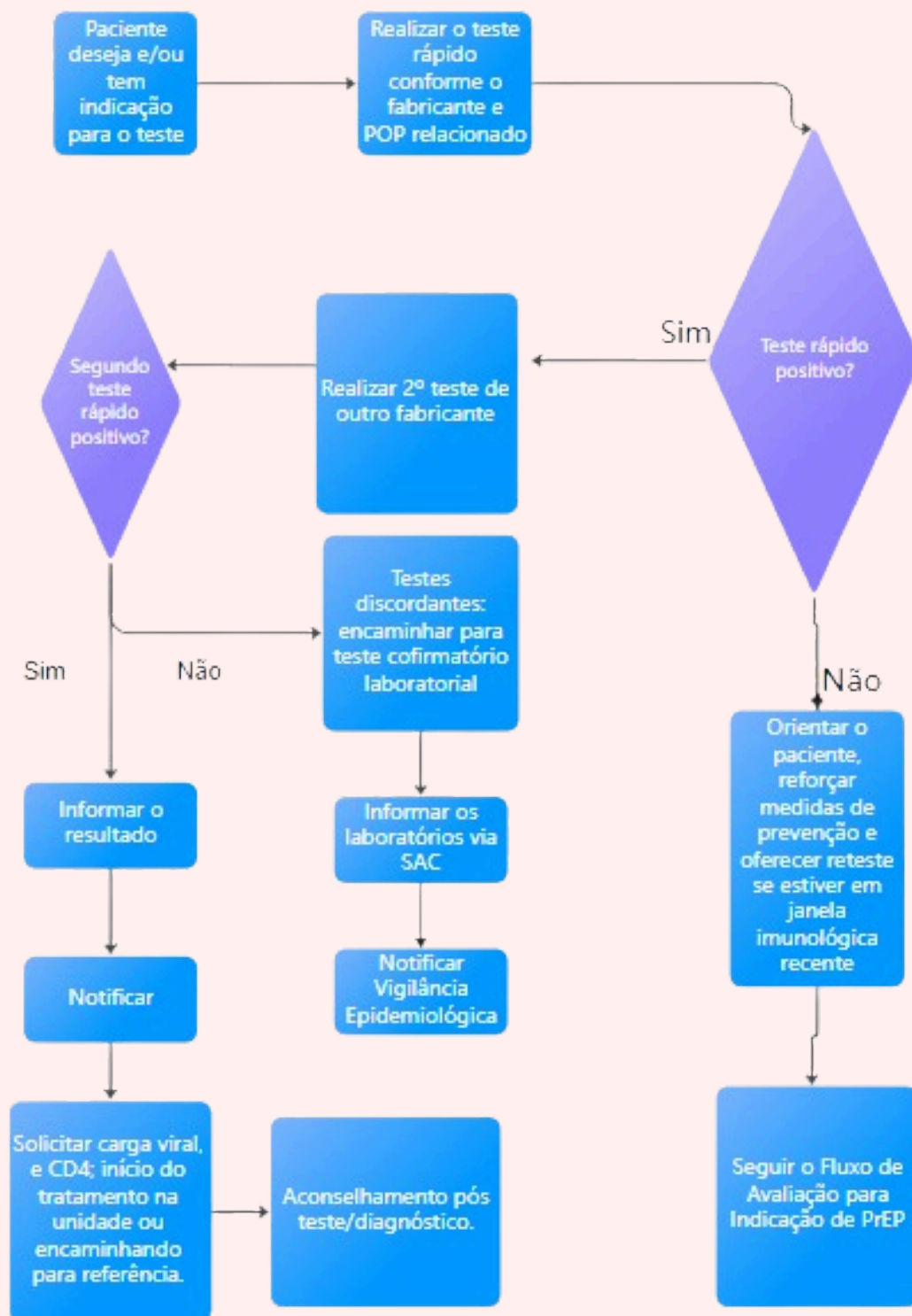
As unidades prisionais devem manter em sua rotina, materiais expositivos e de fácil compreensão em pontos de maior fluxo de pessoas, como por exemplo nas enfermarias e/ou salas de espera, com o objetivo de incentivar a testagem por demanda espontânea.

Além disso, é possível realizar ações de testagem, pela equipe de saúde da unidade prisional, com apoio de equipe de saúde do território ou em campanhas como o Fique Sabendo.



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

FLUXOGRAMA 3 – TESTE RÁPIDO HIV



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

7. Imunização para hepatite B e HPV



A vacinação é um componente importante da prevenção combinada, ampliando a proteção da pessoa em relação a outros agravos, reduzindo as ocorrências e favorecendo a saúde individual e coletiva.

Recomenda-se que a população vulnerável seja vacinada para hepatite B (se anti-HBS não reagente) e HPV – (até 45 anos), além das demais vacinas que compõem o calendário de imunização.

Ressalta-se que campanhas de vacinação são oportunidades estratégicas para a elaboração de ações educativas sobre IST/HIV/Aids.

8. Tratamento de todas as pessoas vivendo com HIV



O TARV é uma das principais estratégias de prevenção, pois a supressão viral impede a transmissão do HIV por via sexual.

Essa abordagem, conhecida como "Tratamento como Prevenção", baseia-se na evidência científica de que pessoas vivendo com HIV, em uso regular da medicação antirretroviral e com carga viral menor que 200 há pelo menos seis meses, não transmitem o vírus por via **sexual**. Embora seja resumido pela expressão "Indetectável = Intransmissível" (I=I), atualmente sabe-se que a carga viral do HIV abaixo de 200 cópias representa risco zero de transmissão sexual do HIV. Os benefícios dessa estratégia vão além do bem-estar individual, gerando um impacto positivo na coletividade e protegendo toda a comunidade.

9. Diagnóstico e tratamento das pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis



A presença de uma IST favorece a aquisição de outras, incluindo o HIV. As lesões provocadas pelas IST aumentam o risco de transmissão e aquisição do HIV, o que torna o diagnóstico e tratamento das IST uma estratégia essencial para prevenção do HIV.

A ampla oferta de testes e o tratamento por fluxogramas devem ser práticas rotineiras nas unidades prisionais, que devem ter profissionais capacitados para reconhecer os sinais, sintomas e tratar as pessoas diagnosticadas com IST.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

10. Prevenção da transmissão vertical

A transmissão vertical do HIV ocorre quando há a passagem do vírus da mãe para o bebê, podendo acontecer durante a gestação, no parto ou na amamentação. Essa forma de transmissão pode ser evitada por meio da aplicação integral do protocolo preconizado, que atualmente contempla a testagem e o tratamento antirretroviral da gestante, o uso de antirretrovirais durante o parto e pelo recém-nascido, bem como a substituição da amamentação pelo uso de fórmula láctea.

O Estado de São Paulo mantém compromisso com a eliminação da transmissão vertical do HIV, e a SAP tem atuado de forma contínua para contribuir com o alcance desse objetivo no âmbito do sistema prisional. Nesse sentido, foi publicado, em 2024, o “Protocolo de Atendimento às Gestantes, Puérperas e Bebês no Sistema Penitenciário do Estado de São Paulo” e em 2026, foi lançado o Manual de Atenção às Gestantes e Puérperas, instrumento que orienta a organização da assistência integral a esse público específico, fortalecendo a padronização das práticas de cuidado e a qualificação das ações desenvolvidas intra e extramuros.

De forma complementar, a SAP tem promovido, de maneira recorrente, a capacitação das equipes de saúde para a realização do teste rápido diagnóstico do HIV nas unidades prisionais, além de articular fluxos assistenciais com a rede externa de saúde, garantindo que a atenção às gestantes, puérperas e neonatos ocorra conforme as diretrizes preconizadas pelo SUS.

Essas iniciativas estão alinhadas aos avanços nacionais no enfrentamento da transmissão vertical do HIV. Recentemente, a OMS reconheceu que o Brasil eliminou a transmissão vertical do HIV, certificando os esforços do país na implementação de políticas públicas eficazes voltadas à eliminação da transmissão vertical do HIV, o que reforça a importância da continuidade e do fortalecimento dessas ações também no contexto do sistema penitenciário.



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

11. Redução de danos como cuidado integral

A redução de danos é uma estratégia de saúde pública que visa minimizar os impactos negativos de práticas de risco, sem exigir a interrupção imediata delas. Essa abordagem reconhece as singularidades dos sujeitos, respeita sua autonomia e considera seus contextos de vida como elementos centrais para a efetividade do tratamento, contribuindo para:

- ✓ Prevenção de agravos físicos e mentais relacionados ao encarceramento;
- ✓ Fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde dentro e fora da UP;
- ✓ Promoção da equidade no acesso à saúde, especialmente para populações vulnerabilizadas, como mulheres, pessoas LGBTQIAPN+ e pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Diversas práticas cotidianas nas unidades prisionais podem representar riscos à saúde, especialmente no que se refere à transmissão de infecções, como por exemplo:

- ✗ Compartilhamento de lâminas de barbear e objetos cortantes, frequentemente utilizado por múltiplas pessoas, sem esterilização adequada;
- ✗ Tatuagens improvisadas realizadas com instrumentos artesanais e tintas não seguras, elevando o risco de transmissão de HIV, hepatites B e C e outras ISTs;
- ✗ Relações sexuais sem proteção;
- ✗ Ambientes insalubres e superlotação que favorecem a disseminação de doenças transmissíveis como tuberculose, sífilis e escabiose;
- ✗ Uso de tabaco, álcool e outras drogas.



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

Os profissionais das unidades prisionais podem implementar ações concretas para mitigar riscos, compondo a integralidade do cuidado prestado, respeitando os direitos e a dignidade das pessoas privadas de liberdade:

-  Educação sobre práticas seguras de tatuagem, autocuidado, riscos da automedicação, entre outros, com linguagem acessível e não punitiva;
-  Capacitação das equipes de saúde e de segurança para abordagem humanizada, com foco na escuta qualificada e no cuidado integral;
-  Orientação sistemática sobre importância do uso individual de itens de higiene pessoal, como lâminas descartáveis, escovas de dentes e sabonetes;
-  Oferta regular de preservativos e lubrificantes, acompanhada de ações educativas sobre prevenção de IST/Aids;
-  Testagem voluntária e sigilosa para HIV, hepatites e sífilis, com garantia de acompanhamento clínico;
-  Promoção de espaços de cuidado e escuta, que reconheçam a subjetividade e os contextos de vulnerabilidade dos indivíduos;
-  Promoção de estratégias de cuidado que respeitem a autonomia e a realidade das pessoas atendidas;
-  Acolhimento de pessoas que usam tabaco, álcool, outras drogas ou hormônios.

Pessoas trans privadas de liberdade com silicone industrial e auto-hormonização, também apresentam riscos à saúde. A abordagem de redução de danos nesta população deve ser entendida como uma estratégia de cuidado afirmativo, que reconhece os impactos da transfobia institucional e da exclusão social. Isso inclui a promoção da saúde mental, do bem-estar corporal e do acesso equitativo aos serviços de saúde. Exemplos de riscos:

-  Silicone industrial – pode causar necrose, embolia pulmonar, infecções sistêmicas e deformidades permanentes;
-  Hormonização sem supervisão – pode levar a trombose, alterações hepáticas, cardiovasculares e emocionais.

A motivação para essas práticas está frequentemente ligada à exclusão dos serviços de saúde e à busca por afirmação de gênero.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA

Estratégias de redução de danos

- 🎯 Escuta qualificada e acolhimento sem julgamento, respeitando nome social e identidade de gênero;
- 🎯 Mapeamento e registro clínico de pessoas com silicone industrial, com acompanhamento periódico;
- 🎯 Oferta segura de terapia hormonal, conforme protocolos e com monitoramento laboratorial;
- 🎯 Educação em saúde sobre riscos e alternativas seguras, com linguagem acessível e culturalmente sensível;
- 🎯 Articulação com redes externas e serviços especializados, para continuidade do cuidado após o cumprimento da pena.



DIAGNÓSTICO DO HIV

O rastreamento do HIV é uma estratégia importante de prevenção. O diagnóstico precoce do HIV permite o início oportuno do tratamento, o que evita a progressão da doença, melhora a expectativa e a qualidade de vida e, também, interrompe a cadeia de transmissão do vírus.

As unidades prisionais devem garantir o acesso à testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites virais, conforme os protocolos do Ministério da Saúde. A vinculação imediata ao cuidado após o diagnóstico é essencial para garantir o início do tratamento e o acompanhamento clínico adequado.

A testagem deve ser ofertada de forma voluntária, com garantia de sigilo, aconselhamento pré e pós-teste e respeito à autonomia da pessoa privada de liberdade.

Testagem nas unidades prisionais

O cuidado em saúde na unidade prisional inicia-se com a entrevista de inclusão, momento em que a equipe de saúde levanta o histórico clínico, hábitos e tratamentos em curso da pessoa privada de liberdade. Nessa etapa, devem ser ofertados testes rápidos para ISTs como estratégia de rastreamento e diagnóstico.

A testagem deve ser voluntária, sigilosa e considerar seu impacto na adesão ao tratamento. Em caso de resultado positivo, é essencial garantir o acesso aos exames confirmatórios, ao tratamento para supressão viral e à vinculação ao cuidado. A equipe também deve orientar sobre prevenção do HIV e a importância da testagem regular.

Sempre que disponíveis, os testes rápidos devem ser realizados e devidamente laudados, independentemente do resultado. Na ausência desses testes, deve-se coletar amostra de sangue para sorologia e encaminhá-la ao laboratório de referência do município, comunicando a situação aos SRASSP.

A seguir, está resumido um passo a passo da conduta a ser tomada dependendo do resultado dos testes rápidos:

Procedimentos quando negativo

Quando o resultado dos TRs for negativo, o teste deve ser registrado no prontuário da pessoa privada de liberdade. No momento da revelação do resultado negativo, a PPL pode ser orientada sobre os métodos de prevenção, incluindo a PEP, a PrEP e o uso regular de preservativos.

DIAGNÓSTICO DO HIV

Também é importante informar à PPL que ela pode solicitar uma nova testagem sempre que quiser – esta prática faz parte da prevenção.

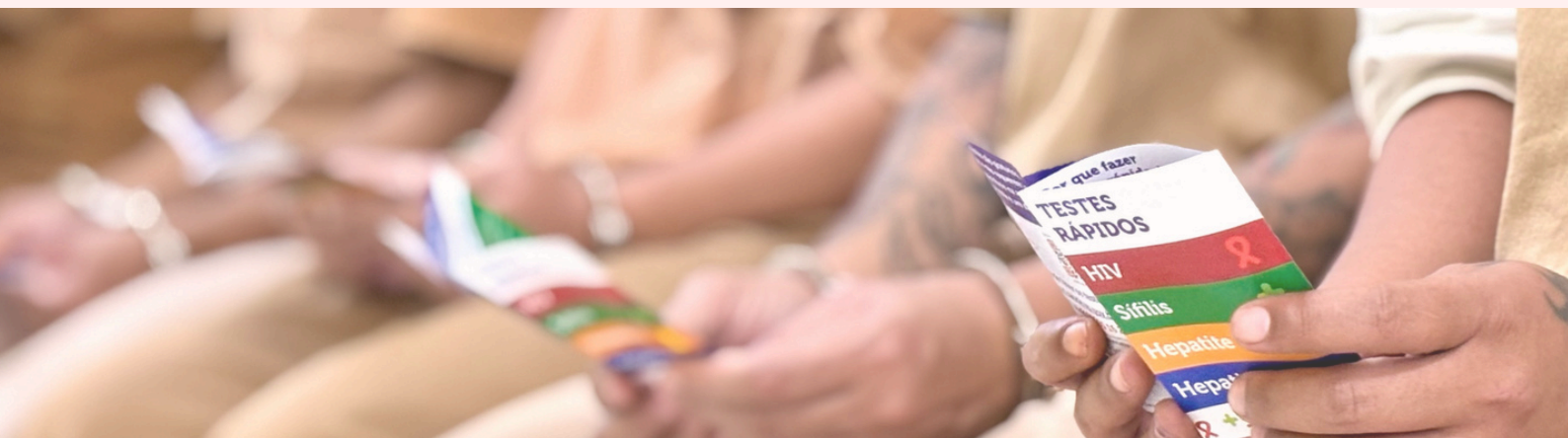
Procedimentos quando indeterminado

Quando houver resultado positivo em um dos testes e negativo no outro, deve-se repetir os testes com kits da mesma marca e lote. Caso o resultado divergente persista, considerar o caso como indeterminado e encaminhar para confirmação laboratorial. Em caso de resultados divergentes entre os testes, deve-se seguir o procedimento de intercorrência e encaminhar o caso para o SAC do fabricante e ao GVE. Nesse cenário, também deve ser solicitada a coleta ambulatorial.

Procedimentos quando positivo

Caso o resultado do primeiro teste rápido seja positivo, deve-se realizar um segundo teste, de outro fabricante. Se ambos os testes forem positivos, é necessário realizar o laudo dos testes, a consulta de revelação diagnóstica, notificar o agravo e agendar uma consulta médica para o seguimento e início do tratamento, preferencialmente em até 7 (sete) dias.

Após o diagnóstico, é preciso sensibilizar o paciente sobre as vantagens de alcançar a indetectabilidade viral, o que evita o desenvolvimento de doenças oportunistas e propicia melhor qualidade de vida.



ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

O acompanhamento ambulatorial é fundamental para garantir o acesso ao tratamento, monitorar a saúde e promover a qualidade de vida. Ele envolve consultas regulares, acompanhamento laboratorial, apoio psicossocial e, quando necessário, profilaxias e tratamento de IO.

Deve ser pautado por uma abordagem integral, humanizada e contínua, considerando as especificidades do ambiente prisional e os determinantes sociais que impactam a saúde dessa população. A privação de liberdade impõe desafios específicos à adesão, à manutenção do paciente no seguimento clínico (retenção) e à garantia do acesso à terapia antirretroviral, exigindo estratégias adaptadas ao contexto de cada unidade prisional.

Avaliação inicial

O acompanhamento ambulatorial deve iniciar com uma consulta clínica abrangente, que contemple anamnese detalhada, avaliação da situação vacinal, exame físico completo e solicitação de exames laboratoriais. O objetivo é tentar identificar o estágio da infecção HIV, a presença de coinfeções, comorbidades e conhecer as vulnerabilidades presentes para estabelecer diagnóstico inicial e parâmetros para o seguimento clínico.

Sempre que possível deve ser realizado por profissionais de diferentes categorias devido à complexidade da infecção e suas múltiplas repercussões na saúde física, mental e social do indivíduo.

Vínculo e confiança

Estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre a PVHA e a equipe de saúde é fundamental para o sucesso do tratamento e para a qualidade de vida. Essa relação fortalece a adesão, facilita a comunicação sobre as necessidades e preocupações do paciente e promove um ambiente de cuidado mais acolhedor e eficaz.

Uma abordagem ética, acolhedora e livre de preconceitos, com garantia do sigilo diagnóstico é um dos pilares fundamentais, assegurando que as informações de saúde sejam tratadas com discrição, o que protege a privacidade da pessoa e reduz o estigma associado ao HIV.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

O atendimento deve ser pautado no respeito, na escuta qualificada e no reconhecimento da autonomia da pessoa privada de liberdade, promovendo sua participação ativa nas decisões sobre o próprio tratamento. A comunicação não-verbal, como o contato visual, a linguagem corporal e o tom de voz, também desempenha um papel importante na construção do vínculo e da confiança.

O fortalecimento dos vínculos se dá também por meio de ações educativas, acesso regular aos medicamentos antirretrovirais, testagem voluntária, distribuição de preservativos e o planejamento da continuidade do cuidado após a libertação.

Consulta clínica

A consulta deve abordar presença de queixas, sinais e sintomas atuais, histórico pregresso de saúde incluindo IST, tuberculose e hepatites virais, existência de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, etc), vacinação, transtornos mentais, uso de tabaco, álcool e outras drogas, tempo de privação de liberdade, rotina intramuros como tatuagens e visita íntima e uso de medicamentos.

Os aspectos psicossociais também devem ser investigados como reação emocional ao diagnóstico, conhecimento sobre a convivência com o HIV e importância do tratamento, nível educacional e rede de apoio. Caso o diagnóstico de HIV seja antigo, investigar histórico de TARV utilizadas, exames e doenças oportunistas prévias.

A situação vacinal deve ser investigada e atualizada conforme o calendário para pessoas vivendo com HIV, com prioridade para vacinas contra hepatite B, hepatite A, influenza, pneumocócica e tétano (ver item "Imunização").

Exame físico

Uma anamnese bem feita e exame físico completo devem ser realizados, com atenção especial para sinais e sintomas que se correlacionam com a infecção HIV, doenças oportunistas e IST como lesões cutâneas, candidíase oral, corrimento ou úlceras genitais. O exame deve incluir a avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, abdominal e neurológico.

Na anamnese é relevante indagar ativamente sobre alterações cutâneas, perda de peso, febre, diarreia, vômitos, suores noturnos, tosse, falta de ar, dor

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

torácica, linfadenopatias (ínguas), dor de cabeça, alteração de comportamento, além dos antecedentes mórbidos (especialmente tuberculose), histórico de drogas e práticas sexuais. É importante avaliar a saúde mental, mesmo que de modo não especializado neste momento, por meio de perguntas sobre o estado emocional e mental para identificar possíveis problemas.

No exame físico é importante avaliar:

- **Geral** – o estado geral, incluindo pele, mucosas, estado nutricional e de hidratação;
- **Sinais vitais** – pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e frequência respiratória;
- **Peso** – aferir o peso – perda de peso significativa pode indicar progressão da doença;
- **IMC** – calcular o índice de massa corporal para avaliar o estado nutricional;
- **Extremidades** – em busca de edemas ou outros sinais de problemas circulatórios, incluindo pés e tornozelos;
- **Pele** – procurar presença de manchas, lesões, rash e irritações;
- **Cabeça e pescoço** – olhos, ouvidos, nariz, boca, garganta e tireoide, buscando por alterações. Atenção especial à presença de candidose oral;
- **Sistema cardiovascular** – frequência e ritmo cardíaco, bem como a presença de sopros, sinais de insuficiência cardíaca como edema, dispneia e taquicardia;
- **Sistema respiratório** – ausculta pulmonar para identificar sons que possam indicar afecções pulmonares como, pneumonia, bronco espasmo, etc;
- **Abdômen** – palpação para identificar reação à dor, massas ou alterações no fígado e baço;
- **Sistema linfático** – palpar linfonodos especialmente na região cervical, axilar e inguinal, para identificar aumento de tamanho, consistência, mobilidade e sensibilidade;
- **Sistema nervoso** – verificar reflexos, força muscular e coordenação.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Avaliação laboratorial

Os exames laboratoriais solicitados neste momento objetivam complementar a investigação do estado de saúde, comorbidades e estabelecer parâmetros para acompanhamento do TARV. A investigação deve incluir no mínimo os seguintes exames:

-  Hemograma, função renal (U, C, Na, K) e hepática (TGO, TGP, FA, BT e frações), glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides;
-  Contagem de CD4 e exame de carga viral;
-  Sorologias para: sífilis, hepatites B e C, toxoplasmose (IgG), HTLV 1 e 2;
-  Prova tuberculínica (PPD) ou IGRA (teste de liberação de interferon-gama) para avaliar infecção latente por tuberculose;
-  Testes rápidos para:
 - Sífilis, hepatites B e C;
 - Tuberculose ativa: LF-LAM (teste de fluxo lateral para detecção de lipoarabinomanano) em urina, sempre que $CD4 \leq 100$ cels/mm³;
 - Criptococose: LF-CrAg (teste de fluxo lateral para detecção de antígeno criptocócico) sempre que $CD4 \leq 200$ cels/mm³.
-  Radiografia de tórax.

Outros exames podem e devem ser adicionados para investigar queixas, sinais, sintomas e eventuais quadros apresentados no primeiro atendimento.

Terapia Antirretroviral

O TARV deve ser oferecido a todas as pessoas vivendo com HIV, tanto àquelas que já realizavam acompanhamento fora do sistema prisional e passam a se encontrar sob custódia, quanto aos casos novos diagnosticados nas unidades prisionais.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

O TARV inibe a replicação viral, promove a recuperação da função imunológica, reduz a morbimortalidade, diminui a incidência de tuberculose, melhora a qualidade de vida e previne a transmissão do HIV por via sexual quando a carga viral está suprimida (I=I).

Na **entrevista de inclusão**, quando identificado que se trata de pessoas vivendo com HIV, é imprescindível investigar se a PPL já faz uso de terapia antirretroviral, qual o esquema em uso, o local de acompanhamento anterior e a regularidade do tratamento. Essas informações são fundamentais para que a unidade prisional possa solicitar prontamente a dispensação dos antirretrovirais e assegurar a continuidade do tratamento, evitando interrupções que possam favorecer a resistência medicamentosa e impactar negativamente o prognóstico clínico.

Sempre que possível, os antirretrovirais devem ser iniciados na própria unidade prisional, mesmo na ausência dos resultados laboratoriais iniciais, desde que a pessoa privada de liberdade esteja assintomático. Idealmente, o início do tratamento deve ocorrer em até sete dias após o diagnóstico. A prescrição da terapia antirretroviral inicial poderá ser realizada pelo enfermeiro, conforme a SMS nº 65/24, ou pelo médico, devendo ser mantida de forma ininterrupta.

Ao final da avaliação inicial, a pessoa vivendo com HIV deve ser orientada de forma clara e acessível sobre a evolução da infecção, favorecendo a apropriação do cuidado e a autonomia em relação ao tratamento. O esclarecimento de dúvidas e a redução de inseguranças são etapas essenciais do acompanhamento.

Acompanhamento ambulatorial de rotina

O acompanhamento de rotina da pessoa privada de liberdade vivendo com HIV deve ser conduzido pela equipe de saúde da UP. Durante esse acompanhamento é importante verificar o aparecimento de quaisquer sintomas de saúde, como ínguas ou linfonodos e sinais e sintomas indicativos de tuberculose. Adicionalmente, presença de efeitos adversos, adaptação ao esquema medicamentoso e a rotina de uso também devem ser checadas a cada consulta.

Esses acompanhamentos periódicos pela equipe da UP são essenciais para criar e manter o vínculo com a PPL, facilitar a adesão ao tratamento com a

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

tomada do TARV de forma adequada e monitorar possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, que devem ser manejados pela equipe de saúde.

Além da tuberculose, é fundamental verificar os sinais e sintomas para outras condições infecciosas como sinusites, otites e amigdalites que costumam ser recorrentes, além de micoses, candidíase, herpes, diarreia e febre. Também é importante monitorar sintomas bucais, tais como úlceras orais, candidíase oral, queilite angular e herpes labial/oral. Portanto, é recomendável o acompanhamento odontológico de rotina nas unidades prisionais que dispõem de cirurgião dentista ou em atendimento da rede em ambiente externo.



Figura 19. Candidose pseudomembranosa – CEO Alto da Boa Vista

O acompanhamento também inclui apoio psicossocial para lidar com o impacto emocional do diagnóstico e promover a adesão ao tratamento. A avaliação da adesão aos medicamentos e reforço das orientações devem ocorrer em todos os atendimentos. Esses momentos podem ocorrer desvinculados da consulta médica, de acordo com a necessidade de cada caso.

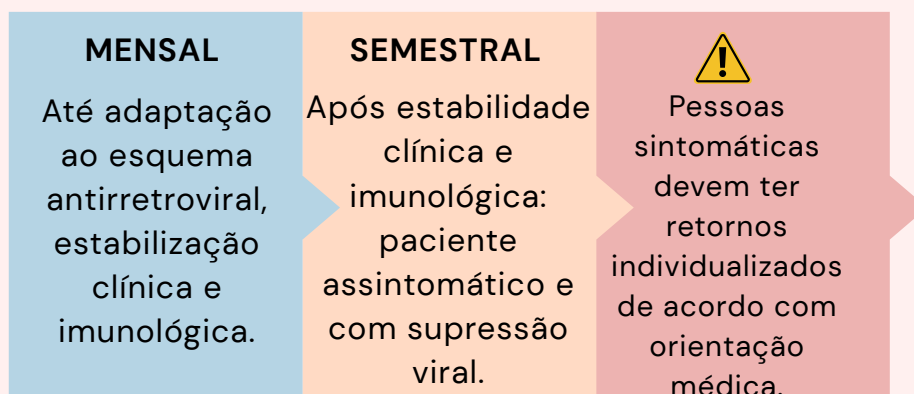
Sigilo do tratamento

Visando a preservação do sigilo, a equipe de saúde poderá dispensar diariamente a medicação, seja ela administrada na enfermaria ou no pavilhão.

Periodicidade das consultas

Consultas periódicas devem ser agendadas para checar os exames, monitorar a resposta ao tratamento, a adesão, eventos adversos, avaliar a saúde geral e identificar a necessidade de ajustes. A periodicidade das consultas está relacionada à fase do tratamento e geralmente deve ocorrer:

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS



Ressalta-se que é importante manter a disponibilidade para atendimento de intercorrências, sem necessidade de agendamento prévio.

O monitoramento laboratorial da infecção HIV, com CD4, carga viral e exames do seguimento devem ser realizados de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 1. Periodicidade de exames complementares no seguimento clínico de pessoas vivendo com HIV		
Exame	Intervalo de solicitação	OBS
Hemograma completo	6 a 12 meses	A cada 2 a 8 semanas após início ou troca para AZT. Repetir de 3 a 6 meses no uso de AZT ou outros medicamentos mielotóxicos.
Creatinina sérica e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) ^a	Anual	Repetir de 3 a 6 meses se uso de Tenofovir, outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto, diabetes e hipertensão.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Quadro 1. Periodicidade de exames complementares no seguimento clínico de pessoas vivendo com HIV		
Exame	Intervalo de solicitação	OBS
Exame de urina	Anual	Repetir de 3 a 6 meses se uso de Tenofovir, outros medicamentos nefrotóxicos, TFGe abaixo de 60 mL/minuto, diabetes e hipertensão.
TGO, TGP, FA, BT e frações	3 a 12 meses	Intervalos menores se uso de hepatotóxicos, doença hepática ou coinfeção hepatites B ou C.
Colesterol, LDL, HDL, VLDL e TGL	Anual	Repetir em 6 meses se o último resultado estiver alterado.
Glicemia de jejum	Anual	Se resultado entre 100 e 125 mg/dL, considerar teste de tolerância a glicose. A hemoglobina glicada (Hb1Ac) não deve ser utilizada para o diagnóstico de diabetes nas PVHA.
25-hidroxivitamina D, Vitamina B12, Ferro sérico, Ferritina, Calcio e Zinco	6 meses	Repetir a cada 6 meses se resultado dentro dos parâmetros de normalidade, as alterações devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento médico.
Prova Tuberculínica ou IGRA	Anual, se exame inicial < 5 mm ou negativo	Tratar infecção latente (ILTb) quando PT ≥ 5 mm ou IGRA positivo, após exclusão de TB ativa.
Teste para Sífilis	Semestral	Repetir em intervalo menor após exposição de risco.
Anti HCV	Anual	Intervalo menor se exposição de risco.
		Solicitar carga viral HCV se anti HCV positivo.

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Imunização

A vacinação é essencial para as pessoas vivendo com HIV, uma vez que elas apresentam maior risco de evolução para formas graves de diversas doenças infecciosas. Pessoas privadas de liberdade fazem parte de um grupo com maior risco para certas doenças infecciosas, devido às condições do confinamento. A vacinação ajuda na proteção individual e coletiva, prevenindo surtos dentro das unidades prisionais, por isso, é fundamental que pessoas vivendo com HIV mantenham seu esquema vacinal atualizado.

Adultos vivendo com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, exceto quando apresentam imunodeficiência significativa. Entretanto, alguns reforços são realizados com maior frequência e é utilizado o dobro da dose em algumas vacinas. A vacinação deve seguir apreciação individual do histórico vacinal.

Nas situações de imunodeficiência significativa a vacinação com agentes vivos atenuados (febre amarela, varicela, sarampo, caxumba, rubéola e BCG) pode apresentar riscos clínicos aumentados e comprometer a eficácia da resposta imunológica. Portanto, estas vacinas devem ser realizadas de acordo com a avaliação imunológica, indicação e risco-benefício:

-  CD4 $\geq$ 350 cels/mm³ – vacinar;
-  CD4 entre 200 e 350 cels/mm³ – decidir vacinação com base na avaliação clínica e risco epidemiológico;
-  CD4 < 200 – não vacinar.



Idealmente deve-se realizar campanhas para atualizar o esquema vacinal, mas enquanto não for possível, priorizar as vacinas para hepatite B, hepatite A, influenza, pneumocócica e tétano de acordo com o próximo quadro:

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS

Quadro 2 - Vacinas prioritárias para Adultos vivendo com HIV Privados de Liberdade			
Vacina	Esquema Vacinal	Motivo da Indicação	Observações
Hepatite B	4 doses (0, 1, 2, 6, 12 meses)	Alta exposição a sangue, objetos cortantes, contato sexual e drogas injetáveis.	Utilizar a dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em 4 doses em todos os suscetíveis à hepatite B. Realizar sorologia um a dois meses após a última dose do esquema.
Hepatite A	2 doses (0 e 6 meses)	Transmissão fecal-oral em locais com saneamento precário.	As duas doses podem ter intervalo de 6 a 12 meses nos suscetíveis (anti-HAV total não reagente).
dT (difteria e tétano)	3 doses (0, 2, 4 meses) + reforço a cada 10 anos	Ferimentos e lesões são comuns no ambiente prisional, aumentando risco de tétano.	Gestantes: 1 ou 2 doses a qualquer momento da gestação em caso de vacinação incompleta.
Influenza (gripe)	1 dose anual	Alta transmissibilidade em ambientes fechados.	Indicada anualmente para todos os privados de liberdade.
Pneumo 13 (VPC13)	Uma dose	Superlotação e falta de higiene aumentam o risco de infecções por pneumococos e facilitam a disseminação (por gotículas respiratórias).	Protege contra 13 tipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i> . Após intervalo de 2 meses, aplicar pneumo 23. Se a vacinação anterior com pneumo 23, aplicar uma dose de pneumo 13 com intervalo de 12 meses entre as vacinas.
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Duas doses com intervalo de 5 anos	Superlotação e falta de higiene aumentam o risco e a disseminação de infecções por pneumococos de uma pessoa para outra pelas gotículas respiratórias.	Protege contra 23 tipos de <i>S. pneumoniae</i> . Observar 1 ano de intervalo entre a pneumo 23 e a pneumo 13.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

O TARV está indicado para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente do resultado do CD4. O TARV deve ser iniciado preferencialmente no mesmo dia ou em até 7 (sete) dias após o diagnóstico da infecção pelo HIV.

É essencial que a pessoa privada de liberdade seja informada sobre a necessidade do uso regular e dos benefícios do tratamento, como a melhora da qualidade de vida, aumento da expectativa de vida, prevenção da progressão para aids e redução da morbimortalidade. Além disso, deve ser esclarecida que a carga viral indetectável elimina o risco de transmissão do HIV para parceiros sexuais.

A adesão ao tratamento deve ser avaliada e incentivada em todas as consultas. Recomenda-se discutir frequentemente os benefícios do TARV tanto para a saúde individual quanto para a prevenção da transmissão sexual.



Esquema inicial do TARV

O objetivo do TARV é suprimir a carga viral até níveis indetectáveis, combinando medicamentos de diferentes classes para aumentar a eficácia e prevenir o surgimento de resistência viral. Cada classe tem um mecanismo de ação que atua numa etapa diferente do ciclo de vida do HIV. Em geral, utiliza-se uma combinação de três antirretrovirais, sendo dois de diferentes classes.

Os tipos de antirretrovirais estão descritos no próximo quadro.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Quadro 3- Antirretrovirais comumente envolvidos na TARV inicial, PrEP e PEP

Classe de Medicamentos	Mecanismo de Ação	Medicamento	Coformulações
Inibidor da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos ou Nucleotídeos (ITRN ou ITRNt)	Inibe a enzima transcriptase reversa, impedindo a conversão do RNA viral em DNA e a subsequente replicação do vírus.	Abacavir – ABC 300mg Emtricitabina – FTC Lamivudina – 3TC 150mg Tenofovir disoproxil – TDF Zidovudina – AZT	TDF/3TC (300mg/300mg) FTC/TDF (300mg/200mg) AZT/3TC (300/150mg)
Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Inibe a enzima transcriptase reversa, mas de forma diferente dos ITRN, atuando em um local diferente da enzima.	Efavirenz – EFV	EFV/ TDF/3TC (600/300/300)
Inibidor da Protease (IP)	Inibe a protease, uma enzima necessária para a maturação do vírus, impedindo a produção de partículas virais infecciosas.	Atazanavir – ATV Darunavir – DRV Lopinavir – LPV Ritonavir (r): usado como potenciador	DRV/r não coformulado(800mg+100mg)
Inibidor de Fusão/Inibidor de Entrada	Impede a entrada do vírus nas células humanas, bloqueando a interação entre o envelope viral e as proteínas da célula hospedeira.	Enfuvirtida Maraviroc	Não tem

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Quadro 3- Antirretrovirais comumente envolvidos na TARV inicial, PrEP e PEP

Classe de Medicamentos	Mecanismo de Ação	Medicamento	Coformulações
Inibidor da Integrase (INI)	Inibe a enzima integrase, responsável por inserir o DNA viral no DNA da célula hospedeira.	Dolutegravir Raltegravir Cabotegravir	DTG/3TC (50mg/300mg)
Inibidor de Capsídeo	Inibe a montagem do capsídeo viral, uma estrutura que protege o material genético do vírus.	Lenacapavir	Não tem

Genotipagem pré-tratamento

A genotipagem é indicada em algumas situações antes do início do TARV, mas não deve retardar a prescrição e o início do tratamento. Este exame ajuda a determinar se há medicamentos resistentes aos antirretrovirais. O resultado pode orientar eventual ajuste do esquema medicamentoso. Entre adultos, a genotipagem pré-tratamento está indicada nas seguintes situações:

-  Pessoas que tenham se infectado com parceria (atual ou pregressa) em uso do TARV;
-  Gestantes recém-diagnosticadas com HIV;
-  Pessoas com tuberculose recém diagnosticadas com HIV;
-  Pessoas com história de uso de PrEP durante ou após o período de provável infecção.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Escolha do esquema antirretroviral

Além da eficácia, a escolha do esquema deve levar em conta a história clínica, resistência prévia, tolerabilidade, facilidade (dose única diária, comprimidos coformulados) e disponibilidade dos medicamentos. Preferencialmente o esquema inicial deve conter Dolutegravir por proteger contra resistência viral.

O esquema antirretroviral preferencial é a associação de Tenofovir (TDF) com Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG). Esse esquema de fácil aplicação, são dois comprimidos diários, sendo um comprimido de TDF 300 mg/3TC 300 mg e um comprimido de Dolutegravir 50 mg, uma vez ao dia. Na vigência de tuberculose há necessidade de dobrar a dose do Dolutegravir para 50mg a cada 12 horas, voltando para dose habitual 15 dias após o final do tratamento da TB. A seguir estão disponibilizadas outras possibilidades de esquemas para início do tratamento antirretroviral.

Quadro 4 - Esquemas iniciais do TARV para adultos

TARV	Esquema	Dose	Observações
Preferencial	Dolutegravir 50mg + Tenofovir 300mg/Lamivudina 300 mg	2 comp/dia: DTG 1 comp/dia + TDF/3TC 1 comp/dia	Pode ser usado na gestação e na confecção Hepatite B. Dobrar Dolutegravir se uso de Rifampicina, Carbamazepina, Oxcarbazepina e Fenitoína ou Fenobarbital para 1comp 12/12h.
Intolerância ou contraindicação a Dolutegravir	Darunavir 800mg/Ritonavir 100mg + Tenofovir 300 mg/Lamivudina 300mg	2 comp/dia: DRV/r 1 comp/dia + TDF/3TC 1 comp/dia	DRV tem interação com Rifampicina. Gestantes: usar DRV 600mg com RTV 100mg 12/12h.
	OU	OU	
	Tenofovir 300mg/Lamivudin a 300mg/ Efavirenz 600 ("3 em 1")	1 comp/dia: TDF + 3TC + EFV 1 comp/dia	EFV: tomar à noite, estômago vazio; cuidado com efeitos neuropsiquiátricos. Evitar em histórico psiquiátrico.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Quadro 4 - Esquemas iniciais do TARV para adultos

TARV	Esquema	Dose	Observações
Intolerância ou contraindicação a Tenofovir	Dolutegravir 50 mg + Abacavir 300 mg + Lamivudina 150 mg	5 comp/dia: DTG 1 comp/dia + ABC 2 comp/dia + 3TC 2 comp/dia	Usar ABC em caso teste HLA-B*5701 negativo.
	OU	OU	
	DTG - Dolutegravir 50 mg + AZT - Zidovudina 300mg/Lamivudin a 150mg 1 comp 12/12h	3 comp/dia: DTG - Dolutegravir 1 comp/dia + AZT- Zidovudina/3TC- Lamivudina 1 comp 12/12h	Mais efeitos adversos (anemia, lipoatrofia). Evitar se Hb < 10 g/dL.
Impossibilidade de uso do Dolutegravir	Tenofovir 300mg/Lamivudin a 300mg/ Efavirenz 600 ("3 em 1")	1 comp/dia: TDF + 3TC + EFV 1 comp/dia	Reavaliar troca de Efavirenz por Dolutegravir após término do tratamento da TB.
Outros esquemas	Consultar o PCDT HIV adulto		Para manejo na hepatite, ajustes em casos como resistência ou disfunção renal.

Fonte: Modificado do PCDT DATHI MS

OBS: Tenofovir está contraindicado na doença renal pré-existente, TFGe < 60 mL/min ou disfunção renal aguda.

ABC + 3TC + EFV: Contraindicado se carga viral > 100.000 cópias/mL.

Monitoramento do tratamento antirretroviral

-  Realizar avaliação clínica e laboratorial periódica para monitorar a eficácia e segurança do TARV;
-  Monitorar a carga viral e a contagem de CD4 conforme protocolo;
-  Avaliar adesão ao tratamento em todas as consultas, identificando e tratando dificuldades, incluindo efeitos adversos e questões psicossociais;
-  Prescrever suporte nutricional e psicossocial quando indicado para promover a continuidade e o sucesso do tratamento.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Manejo de efeitos adversos

-  Informar a PPL sobre os possíveis efeitos colaterais dos antirretrovirais e tuberculostáticos;
-  Investigar sintomas sugestivos de toxicidade em consultas regulares (ex.: sintomas neurológicos, hepáticos, dermatológicos);
-  Realizar exames laboratoriais para detecção precoce de hepatotoxicidade, neuropatias e outras reações adversas;
-  Ajustar o tratamento sempre que necessário, com suporte especializado;
-  Utilizar sintomáticos sempre que necessário.

Troca de esquema do TARV

Em casos de perda da eficácia do TARV, serão observadas alterações clínicas ou nos exames laboratoriais de CD4 e, especialmente, da carga viral. Nestes casos, pode ser necessário alterar o esquema do TARV. Para isso, deve-se solicitar consulta especializada na referência, para análise dos exames anteriores e necessidade de solicitar novos exames (p. ex. genotipagem) para definir o esquema terapêutico.

Saídas temporárias e trânsito

Caso a pessoa privada de liberdade tenha saídas temporárias ou tenha que se deslocar, por motivos de consultas médicas ou outros (Trânsito), o TARV deve ser disponibilizado para acompanhar a PPL nesta saída programada.

Transferências e liberdades

Quando da transferência para outra unidade prisional, a pessoa privada de liberdade deve levar consigo seus medicamentos ARV. Após a chegada na nova unidade, na entrevista de inclusão e com base nas informações em prontuário, a equipe da unidade prisional de destino fica responsável pela condução do tratamento da PPL, solicitando os exames de rotina, prescrevendo o TARV. Solicitar consulta na referência quando necessário.

Já em casos de liberdade, a PPL também deve ser liberada acompanhada da sua medicação, de um relatório e orientado a procurar o serviço especializado mais próximo a sua residência para continuidade do tratamento.

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Os endereços dos SAE do Estado de São Paulo podem ser consultados em <https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/>.

Descarte de medicamentos

O descarte de medicamentos deve obedecer aos protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do território onde a unidade prisional está localizada. Medicamentos com frascos já abertos, vencidos ou em condições inadequadas de uso devem ser descartados conforme orientação do serviço regional e/ou fluxo municipal vigente, considerando que os antirretrovirais integram a Lista C4 da Portaria nº 344/1998.

Nos casos em que o medicamento não atenda às condições adequadas de utilização, recomenda-se o encaminhamento para descarte em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outro serviço indicado pelo município, observando rigorosamente os fluxos locais estabelecidos.



1 - RECAPITULANDO



- 1**
 - Início rápido da TARV (não aguardar resultado de exames), exceto se paciente sintomático;
 - TDF 300 mg/3TC 300 mg 1 comprimido/dia + DTG 50 mg 1 comprimido/dia;
 - Aumentar dose de Dolutegravir para 50 mg a cada 12 horas durante tratamento da tuberculose com Rifampicina. Diminuir para dose padrão após término;
 - Perguntas úteis: Avaliou função renal (TFGe)? Gestante? Coinfecção com hepatite B? Com TB?
- 2** Realizar sempre quando diagnosticado HIV em gestantes, pessoas com tuberculose e usuários recentes de PrEP. Também, na infecção por parceiro em uso de TARV.
- 3**
 - Avaliação clínica e laboratorial periódica para eficácia e segurança;
 - Monitorar carga viral e CD4 conforme protocolo;
 - Avaliação da adesão em todas as consultas.
- 4** Encaminhar para avaliação especializada.
- 5**
 - Saídas temporárias e trânsito: fornecer a quantidade necessária de medicamentos;
 - Transferências e liberdades: a PPL deve levar consigo os antirretrovirais;
 - Liberdade: fornecer os medicamentos, relatório e orientar procurar serviço especializado em SIT/Aids.
- 6** Seguir os protocolos municipais.

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSA

A tuberculose é a principal causa de óbito entre as PVHA. A infecção pelo HIV aumenta em cerca de 20 vezes o risco de adoecimento e óbito por tuberculose, especialmente na imunossupressão avançada. Mesmo em uso de TARV, as PVHA apresentam risco três vezes maior de óbito durante o tratamento da tuberculose. Há maior ocorrência de reações adversas aos tuberculostáticos, falha terapêutica, recidiva e resistência medicamentosa, em comparação às pessoas sem infecção pelo HIV.



Nas pessoas privadas de liberdade o diagnóstico é mais difícil, a progressão é mais rápida e há mais formas atípicas e graves da doença. Essa população apresenta risco ainda mais elevado de adoecimento por tuberculose, devido à combinação de imunossupressão e condições ambientais que favorecem a transmissão, como superlotação, ventilação inadequada e circulação constante de pessoas.

Importância da busca ativa e tratamento

A busca sistemática por tuberculose ativa e o tratamento da infecção latente por tuberculose (ILT) são as medidas com maior impacto para reduzir a morbimortalidade por tuberculose nas PVHA.

Investigação e tratamento da Infecção Latente Tuberculosa

A Infecção Latente por Tuberculose (ILT) ocorre quando a pessoa está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, mas não apresenta a doença ativa. Pessoas com ILT não transmitem tuberculose e a maioria mantém-se saudável por longos períodos. Por esse motivo, todas devem ser tratadas para que não desenvolvam tuberculose.

O tratamento da ILT, também chamado de Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), reduz significativamente o risco de desenvolvimento de tuberculose. Por isso, todas as PVHA devem ser investigadas e tratadas para ILT após a exclusão da tuberculose ativa.

Recomenda-se que todas as pessoas em tratamento da ILT sejam notificadas e encerradas no Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILT – (IL-TB).

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSA

Investigação da ILTB

O rastreamento da ILTB deve ser realizado em todas as pessoas vivendo com HIV, de acordo com o grau de imunocompetência, delineado no quadro abaixo:

Quadro 5 - Rastreamento e conduta para ILTB				
CD4	Exame	Resultado	Periodicidade	Conduta
> 350 cels/mm ³	PPD ou IGRA	< 5mm OU IGRA não reagente	Anual	Não tratar. Manter rastreio anual.
		≥ 5mm OU IGRA reagente	Não repetir	Tratar ILTB após afastar tuberculose ativa.
≤ 350 cels/mm ³	Nenhum	-	-	Tratar ILTB após afastar tuberculose ativa.

Indicações de tratamento da ILTB

O tratamento da ILTB está indicado para todas as PVHA que apresentem alguma das situações abaixo, sempre após descartar presença de TB ativa.

Atualmente, o tratamento preferencial é o esquema 3HP (Rifapentina + Isoniazida), devido à curta duração, menor toxicidade, melhor adesão e eficácia semelhante. Também podem ser usados Isoniazida isolada ou Rifampicina em situações específicas, conforme detalhado abaixo. Ressalta-se que antes de tratar a ILTB é necessário afastar a possibilidade de tuberculose ativa.

3HP (Isoniazida + Rifapentina)

Combina altas doses de Isoniazida (H) e de Rifapentina (P) nas apresentações: dose fixa combinada (DFC 3HP) ou das drogas isoladas (3HP). Esquema preferencial, administrado por 3 meses, tem maior conveniência na realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) uma vez que a administração do medicamento é uma vez por semana, tomados sempre no mesmo dia da semana. **Não utilizar em gestantes.**

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSA

Isoniazida (H)

O número total de doses tomadas é mais importante do que o tempo exato de tratamento. Recomenda-se 270 doses tomadas entre 9 a 12 meses. Também é aceitável 180 doses, tomadas em 6 a 9 meses. Pode ser utilizada em gestantes.

Associar piridoxina (vitamina B6), mínimo 50 mg/dia durante todo o tratamento para prevenção de neuropatia.

Rifampicina (4R)

Uso preferencial em pessoas com mais de 50 anos, hepatopatas, contatos de monorresistentes à H e intolerância à H. Evitar uso com inibidores de Protease ou de Dolutegravir, nessas situações preferir a utilização da H, se o 3HP não for possível. Devem ser administradas no mínimo 120 doses no intervalo de 4 a 6 meses. Pode ser utilizada em gestantes.

Quadro 6 - Esquemas de Tratamento da ILTB para adultos vivendo com HIV/Aids

Esquema	Posologia e Dose	Duração do tratamento	Perda de seguimento	Interações com antirretrovirais	OBS
Dose Fixa Combinada (DFC 3HP) Rifapentina 300mg + Isoniazida 300mg/comp	900mg H + 900 mg P, semanal, em adultos a partir de 30 kg. 3 comprimidos 1 vez por semana.	12 semanas (3 meses)	Perda de 3 doses, consecutivas ou não.	Contraindicado com Inibidores de Protease, Nevirapina e TAF. Pode ser utilizado com Tenofovir, Efavirenz, Dolutegravir e Raltegravir sem ajuste da dose.	Não recomendado em gestantes e lactantes. Tomar todos de uma vez, junto com alimento, sempre no mesmo dia da semana. Não usar na intolerância à H e em contatos de pessoas com TB monorresistente à H e R.

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSA

Quadro 6 - Esquemas de Tratamento da ILTB para adultos vivendo com HIV/Aids

Esquema	Posologia e Dose	Duração do tratamento	Perda de seguimento	Interações com antirretrovirais	OBS
Isoniazida (H)	1 comprimido de 300mg por dia. Cálculo: 5 a 10mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia.	6 a 9 meses - 180 doses tomadas. OU 9 a 12 meses - 270 doses tomadas.	3 meses sem tomar medicação, consecutivos ou não.	Sem interações importantes, usar na dose habitual.	Pode ser utilizada em gestantes. Não utilizar: - Intolerância à H; - Contato de pessoas com TB monorresistente à H; - Hepatopatas; - > 50 anos. Associar piridoxina.
Rifampicina (4R)	4 comprimidos de 150mg por dia. Cálculo: 10mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600mg/dia.	4 meses - 1 dose diária. São 120 doses totais entre 4 e 6 meses.	2 meses sem tomar medicação, consecutivos ou não.	Contraindicado com Inibidores de Protease.	Pode ser utilizada em gestantes. Utilizar: - Na intolerância à H; - Contatos com TB monorresistente à H; - >50 anos; - Hepatopatas.

Fonte: modificado da Nota Informativa PMCT: 05/2024 – atualizada da SMS de SP.

*DFC: Dose Fixa Combinada



Recomenda-se que todas as pessoas em tratamento da ILTB sejam notificadas e encerradas no Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB – (IL-TB).

INFECÇÃO LATENTE TUBERCULOSA

Especificidades da ILTB e da coinfecção HIV/TB no cuidado de PVHA privadas de liberdade

O risco de adoecimento por tuberculose é ainda mais elevado na população prisional devido à combinação de imunossupressão e condições ambientais que favorecem a transmissão, como superlotação, ventilação inadequada e circulação constante de pessoas. Por isso:

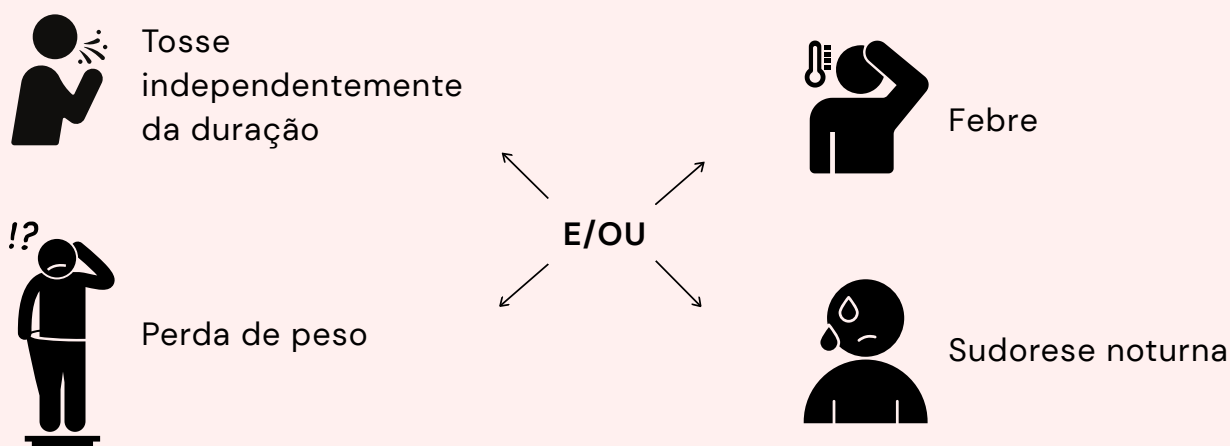
- ⑤ O rastreamento da ILTB nas PVHA deve ser sistemático e periódico, com prioridade para testagem na entrada no sistema prisional, mas também com avaliação durante a permanência e antes da liberação;
- ⑤ A triagem regular de sintomas respiratórios deve ser implementada de forma sistemática para detecção precoce de tuberculose, com testagem imediata dos sintomáticos respiratórios. O diagnóstico deve ser priorizado com uso do Teste Rápido Molecular (TRM-TB) e do teste de urina LF-LAM quando indicado;
- ⑤ O TDO é altamente recomendado, especialmente com o esquema 3HP, que facilita a adesão por ser semanal;
- ⑤ Devem ser implantadas estratégias de monitoramento ativo do tratamento e das doses administradas, para evitar interrupções ou abandono dos tratamentos (HIV e TB);
- ⑤ A continuidade do tratamento da TB e o TARV devem ser garantidas em casos de transferência entre unidades ou progressão de pena;
- ⑤ Nas transferências, a comunicação entre os Serviços de Assistência à Saúde das unidades prisionais do sistema penitenciário deve ser ágil e a UP de origem deve comunicar o caso à UP receptora. Ressalta-se que a consulta na UP receptora deverá ser realizada nos sete primeiros dias após o ingresso e o prontuário de saúde sempre deve ser enviado junto a pessoa privada de liberdade;
- ⑤ Os casos de TB devem ser notificados nas fichas do SINAN com encaminhamento das fichas para a UVIS do território;
- ⑤ A notificação no sistema IL-TB é recomendada.

TUBERCULOSE ATIVA

Investigação e tratamento da tuberculose ativa

A imunossupressão modifica a apresentação clínica e a evolução da tuberculose nas PVHA, que comumente apresentam maior perda de peso e febre e menor frequência de tosse e hemoptise, em comparação às pessoas não infectadas pelo HIV. Além disso, pode se manifestar de forma extrapulmonar com mais frequência, o que também pode dificultar sua identificação.

A apresentação singular, com sintomas menos evidentes e padrão radiológico atípico, contribui para o atraso no diagnóstico e maior morbimortalidade. Por isso, deve ser ativamente rastreada em todas as visitas, por meio da investigação ativa dos seguintes sintomas:



A presença de qualquer desses sintomas deve motivar a investigação de tuberculose e/ou outras doenças oportunistas.

Exames diagnósticos

Baciloscopia Direta (BAAR) e Teste Rápido Molecular (TRM-TB)

A coleta de escarro para BAAR e TRM-TB com cultura, teste de sensibilidade e identificação de espécie devem ser solicitados rotineiramente na suspeita de tuberculose. Quando necessário, o escarro induzido ou broncoscopia devem ser solicitados e realizados na rede SUS. Fazer diagnóstico bacteriológico é importante para confirmar a presença de TB ativa e realizar o controle do tratamento, além de proporcionar o perfil de sensibilidade aos tuberculostáticos.

TUBERCULOSE ATIVA

O TRM-TB é um teste molecular que detecta DNA dos bacilos do complexo *M. tuberculosis* e também indica cepas resistentes à Rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR).

Fluxo Lateral para Detecção do Antígeno Liporabionomano (LF-LAM)

É um teste rápido de urina, fácil de ser realizado e deve ser utilizado rotineiramente em todas as PVHA que apresentam $CD4 \leq 100$ (ou $CD4 \leq 200$ se paciente estiver internado), independentemente de apresentarem sintomas. O LF-LAM está disponível para ser utilizado, basta solicitá-lo por meio de referência local estabelecida.

- PVHA assintomáticas (rastreo) com $CD4$ igual ou inferior a 100 células/mm³.
- PVHA com sinais e/ou sintomas de TB pulmonar ou extrapulmonar, independentemente do $CD4$.
- PVHA gravemente doentes, independentemente do $CD4$ (frequência respiratória ≥ 30 rpm; frequência cardíaca ≥ 120 batimentos/minuto; incapacidade para deambular; temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$).

Nos casos em que o LF-LAM for não reagente, mas ainda há suspeita de tuberculose, devem ser realizados outros exames como exames de imagem, exames microbiológicos em diferentes materiais biológicos e exame anatomopatológico.

Imagem

Radiografia de tórax

Deve ser solicitada em toda PPL com suspeita clínica de tuberculose pulmonar, mesmo quando já houver diagnóstico bacteriológico confirmado. O exame radiológico auxilia na exclusão de doenças pulmonares associadas e no monitoramento da evolução do tratamento.

Não há um padrão radiológico predominante, uma vez que as alterações nas imagens variam de acordo com o grau de imunossupressão do paciente. Infiltrados nos lobos superiores, com ou sem cavitação, podem ser observados; contudo, o padrão mais frequente é o infiltrado intersticial micronodular. Outras alterações possíveis incluem linfonodomegalia mediastinal e/ou hilar, derrame pleural, nódulos centrolobulares e áreas de consolidação. Em alguns casos, especialmente em pacientes com contagem de $CD4 < 100$ células/mm³, a radiografia de tórax pode ser normal.

TUBERCULOSE ATIVA

Tomografia computadorizada (TC) do tórax

É mais sensível que a radiografia e pode ser indicada para avaliação mais detalhada, principalmente quando a radiografia inicial é normal ou inconclusiva. A TC permite melhor caracterização das lesões, avaliação da extensão da doença e diferenciação com outras patologias pulmonares, além de facilitar a detecção de alterações sutis, como pequenas lesões e linfonodomegalias.



TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

O tratamento da tuberculose em PVHA segue o mesmo esquema de medicamentos do tratamento da tuberculose na população geral, mas pode exigir um acompanhamento mais próximo devido à imunodeficiência, interações medicamentosas, possibilidade maior de falha, resistência e recidiva.

Esquema terapêutico

O esquema medicamentoso de tuberculostáticos é composto por uma combinação de quatro fármacos que atuam em duas fases: intensiva e de manutenção. Os medicamentos da fase intensiva possuem alto poder de eliminação bacteriana que reduzem rapidamente a quantidade de bacilos e, conseqüentemente, a contagiosidade da doença. O tratamento é longo, sendo a fase de manutenção necessária para eliminar as micobactérias latentes ou resistentes e prevenir a recidiva.

O esquema padrão preconizado é constituído pela Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol, é conhecido como RHZE ou RIPE e é utilizado por pelo menos 6 meses, sendo:

Fase intensiva

2 meses com as quatro drogas: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E), em formulações com doses fixas combinadas (RHZE "4 em 1").

Fase de manutenção

4 meses apenas com Rifampicina + Isoniazida (RH).

Observação: usar Piridoxina 50mg/dia (vitamina B6) durante todo o tratamento para prevenir neuropatia periférica na pessoa privada de liberdade em uso de Isoniazida.

ATENÇÃO

- ⚠ Na tuberculose osteoarticular e meningoencefalite a fase de manutenção deve durar 10 meses.
- ⚠ Na meningoencefalite, associar Prednisona de 1 a 2 mg/kg/dia, por quatro semanas ou Dexametasona injetável de 0,3 a 0,4 mg, por quatro a oito semanas nos casos graves.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Quadro 7 - Esquema básico para o tratamento da TB em adultos vivendo com HIV

Fase do tratamento	Medicamentos	Peso	Posologia	Duração
Intensiva (2RHZE)	Comprimido com dose fixa combinada de: Rifampicina 150mg (R) Isoniazida 75mg (H) Pirazinamida 400mg (Z) Etambutol 275mg (E)	20 a 35 kg	2 comprimidos/dia	2 meses
		36 a 50 kg	3 comprimidos/dia	
		51 a 70 kg	4 comprimidos/dia	
		Acima de 70 kg	5 comprimidos/dia	
Manutenção (4RH)	Comprimidos em dose fixa combinada de: Rifampicina 300/Isoniazida 150 mg ou Rifampicina 150/Isoniazida 75 mg	20 a 35 kg	1 comprimido de 300/150mg ao dia - ou - 2 comprimidos de 150/75 mg ao dia.	4 meses
		36 a 50 kg	1 comprimido de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg ao dia - ou - 3 de comprimidos de 150/75 mg ao dia.	
		51 a 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg ao dia - ou - 4 comprimidos de 150/75 mg ao dia.	
		Acima de 70 kg	2 comprimidos de 300/150 mg + 1 comprimido de 150/75 mg ao dia - ou - 5 comprimidos de 150/75 mg ao dia.	

Fonte: Modificado do PCDT HIV adulto, DATI, MS

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

TARV em pessoas vivendo com HIV e tuberculose

Início do TARV

Toda pessoa coinfectada TB-HIV deve ser tratada simultaneamente para ambas condições. A conduta varia de acordo com o momento do diagnóstico, detalhada no quadro abaixo:

Quadro 8 – Considerações sobre tratamento da TB e o uso do TARV		
Momento do diagnóstico	Conduta	Observações
Diagnóstico simultâneo de TB e HIV	Tratar TB imediatamente e iniciar TARV em até 7 dias	Em casos de meningite tuberculosa, adiar início do TARV por 4 a 6 semanas.
TB já em tratamento com diagnóstico recente de HIV	Iniciar TARV imediatamente	Desnecessário aguardar, se tratamento TB há > 7 dias.
PVHA já em TARV recém diagnosticada com TB	Iniciar tratamento para TB imediatamente	Compatibilizar os esquemas, priorizando o tratamento padrão da TB. Se necessário, avaliar substituir ARV.

Considerações para o tratamento de pessoas vivendo com HIV e tuberculose

A tuberculose impõe algumas adaptações no tratamento antirretroviral devido às interações medicamentosas. A Rifampicina reduz a concentração dos inibidores de protease e de integrase, mas, por ser essencial ao tratamento da tuberculose, sua manutenção deve ser priorizada. A escolha do regime antirretroviral deve considerar essas interações para manter a eficácia de ambos os tratamentos.

O esquema antirretroviral recomendado é, preferencialmente, com Tenofovir/Lamivudina associado ao Dolutegravir, que deve ter sua dose dobrada para 50mg de 12/12h durante o tratamento da tuberculose.

Caso o uso de inibidores de protease seja indispensável, recomenda-se substituir a Rifampicina por Rifabutina (150 mg/dia), que apresenta menor potencial de interação medicamentosa.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Quadro 9 - Esquemas antirretrovirais na presença de tuberculose		
TARV	Esquema	Observações
Utilizar o esquema preferencial com Dolutegravir em dose dobrada	Dolutegravir 50 mg 1comp 2x/dia + Tenofovir 300 mg/ Lamivudina 300 mg 1 comp 1x/dia	Reduzir Dolutegravir para 50 mg/dia após 15 dias do término do tratamento para TB.
Impossibilidade de uso do Dolutegravir	Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/ Efavirenz 600 1 comp ao dia mg ("3 em 1")	Reavaliar troca de Efavirenz por Dolutegravir após término do tratamento da TB.
Esquemas alternativos	Consultar o PCDT HIV adulto	Para ajustes em casos específicos, como resistência ou intolerância.

No quadro abaixo constam as condutas mediante interações com o esquema antirretroviral indicado com a Rifampicina:

Quadro 10 - Interações medicamentosas da Rifampicina com ARV		
Antirretroviral	Impacto	Conduta
Dolutegravir	Reduz concentrações	Manter Rifampicina. Dobrar a dose do Dolutegravir.
Inibidores de protease	Reduz concentrações	Evitar. Substituir Rifampicina por Rifabutina se necessário.

Acompanhamento clínico e laboratorial

PVHA têm maior risco de eventos adversos, falhas terapêuticas e recidivas. Monitoramento da função hepática, avaliação de efeitos colaterais (como neuropatia periférica, hepatotoxicidade, rash cutâneo), adesão e resposta clínica são essenciais. O acompanhamento deve ser mensal e, além da consulta, deve incluir o controle bacteriológico e radiológico dos casos pulmonares.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIRI)

Pode ocorrer em pessoas com coinfeção TB-HIV após o início do TARV. Trata-se de uma resposta inflamatória exacerbada, provocada por antígenos da micobactéria, que pode agravar lesões já existentes ou causar novos sintomas clínicos e/ou radiológicos. Essa reação não indica falha no tratamento da tuberculose ou do HIV.

Casos moderados a graves devem ser tratados com Prednisona, 1 a 2 mg/kg/dia por 15 dias, seguida de desmame com 0,75 mg/kg/dia por mais 15 dias. Não há indicação de interrupção do TARV ou do tratamento da tuberculose.

Monitoramento durante o tratamento da tuberculose

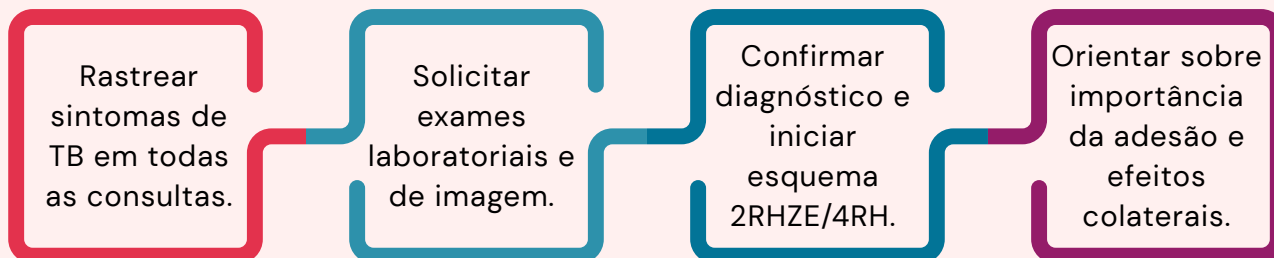
-  Avaliação mensal da clínica: atenção à evolução (queixas, sinais e sintomas), peso, alergias, reações adversas e adesão medicamentosa;
-  Exames laboratoriais regulares (hemograma, função hepática, renal e glicemia de jejum);
-  Radiografia de tórax e exames complementares conforme evolução clínica;
-  TDO: estratégia valiosa para apoiar o tratamento simultâneo da TB e HIV;
-  Baciloscopia mensal na TB pulmonar: deve negativar após a segunda semana de tratamento;
-  Investigação de outras infecções oportunistas.

Manejo de efeitos adversos comuns

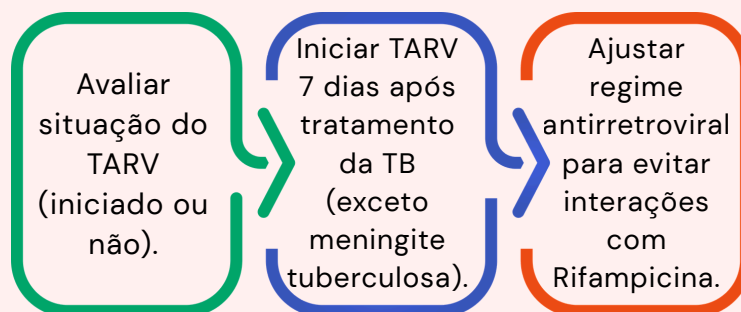
- Hepatotoxicidade: manifesta-se por elevação das transaminases, icterícia, náuseas e vômitos. A hepatotoxicidade é mais frequente em PVHA. Suspende drogas hepatotóxicas, se necessário e reintroduzir conforme protocolos.
- Neuropatia periférica: pode ser prevenida e tratada com vitamina B6.
- Reações de hipersensibilidade e rash: avaliar gravidade e necessidade de suspensão temporária.

2 - RECAPITULANDO

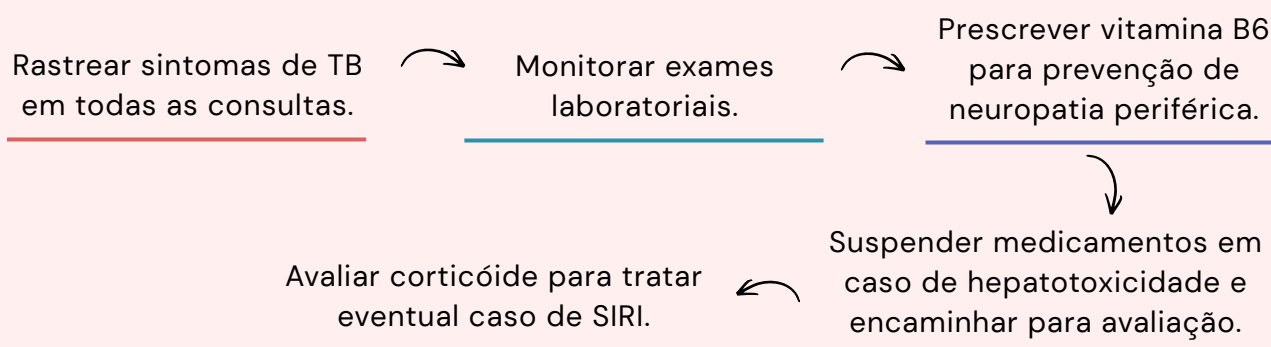
Diagnóstico e início do tratamento da TB



Integração com TARV

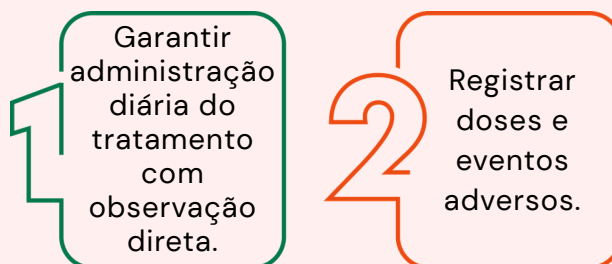


Acompanhamento clínico e laboratorial

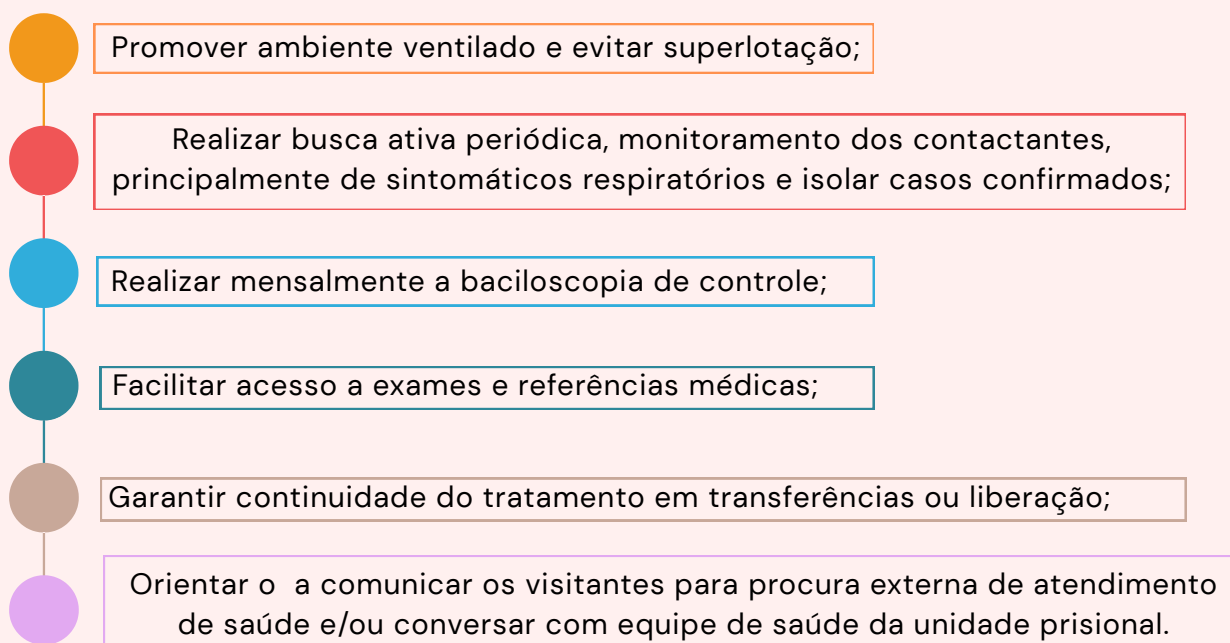


2 - RECAPITULANDO

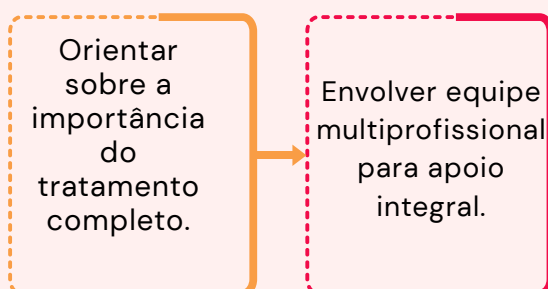
Estratégia TDO



Cuidados nas unidades prisionais



Educação e apoio



2 - RECAPITULANDO

Atenção à coinfeção HIV-TB

Atenção especial na coinfeção HIV-TB, pois há necessidade de ajustes no TARV devido às interações medicamentosas, especialmente com a Rifampicina, que é um potente indutor enzimático e pode reduzir a concentração de alguns antirretrovirais:

-  Dolutegravir (DTG): deve ter aumento da dose para 50 mg duas vezes ao dia durante o tratamento com Rifampicina.
-  Efavirenz (EFV): pode ser utilizado em dose padrão (600 mg uma vez ao dia) e é uma alternativa quando o ajuste do Dolutegravir não for possível.
-  Outros inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNNs) ou inibidores de protease (IPs): geralmente são desaconselhados com a Rifampicina devido ao risco de interações significativas e falha virológica.

Escolha do esquema

Além da eficácia, a escolha do esquema deve levar em conta a história clínica, resistência prévia, tolerabilidade, facilidade (dose única diária, comprimidos coformulados) e disponibilidade dos medicamentos. Preferencialmente o esquema inicial deve conter Dolutegravir por proteger contra resistência viral.



INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Infecções oportunistas mais frequentes

A imunossupressão decorrente da agressão viral propicia o aparecimento de infecções oportunistas (IO) e neoplasias. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a pessoa privada de liberdade deve ser referenciada para acompanhamento especializado.

Infecções oportunistas são aquelas que se aproveitam da imunidade enfraquecida para se desenvolver. Microorganismos como bactérias, vírus, fungos e parasitas, que geralmente são controlados pelo sistema imunológico, podem causar doenças em PVHA.

Avaliação de infecções oportunistas

Avaliação clínica

Realizar avaliação clínica sistemática, com história focada em:

- sintomas respiratórios;
- neurológicos;
- digestivos;
- febre e perda de peso.

Exames

- Monitorar CD4, carga viral, hemograma, função renal e hepática;
- Sorologias: toxoplasmose, hepatites, sífilis, HTLV;
- Radiografia de tórax; exame de escarro e TRM-TB conforme necessidade.

Rastreamento com testes rápidos

- LF-LAM urinário: em todas as PVHA com $CD4 \leq 100$ mesmo sem sintomas respiratórios;
- LF-CrAg em sangue: em todas as PVHA com $CD4 \leq 200$, independentemente de sintomas.

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Tuberculose

Causa Mycobacterium tuberculosis. Principal causa de óbito em PVHA.	Diagnóstico O rastreamento deve ser feito sistematicamente, mesmo em assintomáticos.	Busca ativa De sinais e sintomas.
Teste rápido LF-LAM na urina Notificar e tratar quando positivo.	TRM-TB ou baciloscopia Notificar e tratar quando positivo.	Tratamento RIPE
TARV Interação com Rifampicina; Dobrar dose do Dolutegravir (50 mg 12/12h); Retornar para dose habitual 15 dias após o término do tratamento da TB. Na tuberculose meníngea, iniciar TARV após 6 a 8 semanas do início do tratamento da TB.	Profilaxia primária Após afastar TB ativa usar Rifapentina + Isoniazida (3HP) quando: - PT > 5mm ou IGRA positivo - CD4 ≤ 350 cels/mm ³ .	Profilaxia secundária Não indicado.

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Toxoplasmose cerebral

Causa A neurotoxoplasmose é causada pelo protozoário <i>Toxoplasma gondii</i> e ocorre na imunodepressão com $CD4 < 200$ céls/mm ³ .	Manifestações clínicas Geralmente cefaleia, convulsão e sinais focais (hemiparesia, disfasia e outras alterações motoras). Pode cursar com febre e alteração do estado mental.	Diagnóstico Quase sempre é presuntivo com base no quadro clínico sugestivo e tomografia computadorizada com lesão cerebral indicativa. Se disponível, realizar ressonância nuclear magnética. Raramente necessária, a biópsia cerebral é o exame que faz a confirmação diagnóstica.
Tratamento Iniciar empiricamente. Há dois esquemas possíveis: Sulfadiazina + Pirimetamina + Ácido Folínico por 6 semanas ou Sulfametoxazol + Trimetoprima também por 6 semanas. Consultar o PCDT do Ministério da Saúde para doses e manejo.	TARV Sem interações.	Profilaxia primária Deve ser realizada sempre que $CD4 < 200$ céls/mm ³ com Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprima 160mg com 1 comprimido, três vezes por semana.
Profilaxia secundária Após o tratamento da toxoplasmose cerebral, utilizar Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprima 160mg, 1 comprimido, três vezes por semana. Suspender 3 meses após elevação do $C4 > 200$.	Observação Solicitar avaliação neurocirúrgica para biópsia cerebral se ausência de melhora clínica e radiológica entre 10 e 14 dias após início do tratamento e na forte suspeita de diagnóstico alternativo.	Monitorar rigorosamente gestantes no pré-natal.

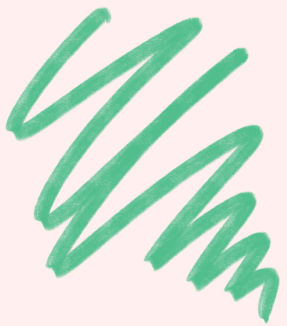
INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Meningite criptocócica

Causa Oportunista grave, com elevada mortalidade, causada pelo fungo do gênero <i>Cryptococcus</i> (<i>neoformans</i> e <i>gatti</i>). A meningite é a manifestação mais grave da criptococose. Ocorre geralmente com CD4 < 100 céls/mm ³ .	Manifestações clínicas Sintomas neurológicos com cefaleia, febre, mal-estar geral, náuseas e/ou vômitos, sinais de irritação meníngea, rebaixamento do nível de consciência, convulsões e coma. Pode haver disseminação sistêmica com quadro pulmonar e cutâneo.	Diagnóstico Coleta de líquido com tinta da China, aglutinação do látex e cultura; teste rápido de fluxo lateral para detecção de antígeno criptocócico (LF-CrAg) no sangue e líquido.
Tratamento Realizado em três fases, pode durar até um ano. Usa-se a Anfotericina B Lipossomal + Flucitosina, seguida de Fluconazol, de acordo com os protocolos para a fase de indução, consolidação e manutenção. Manter tratamento até CD4 > 200 céls/mm ³ e carga viral indetectável.	TARV Só deve ser iniciada entre quatro a seis semanas após o início do tratamento da neurocriptococose e melhora neurológica inequívoca para evitar risco de SIRS (Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune).	Profilaxia primária CD4 < 200 realizar o teste rápido sanguíneo de LF-CRAG. Se positivo, fazer o tratamento preemptivo (profilático) após obrigatoriamente afastar meningite por punção líquórica e hemocultura mesmo em assintomáticos.
Profilaxia secundária Não indicado.	Observação Pacientes com histórico de meningite criptocócica devem receber atenção extra e acompanhamento neurológico.	

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Pneumocistose (PCP)

Causa O fungo <i>Pneumocystis jirovecii</i> é uma importante causa de pneumonia, principalmente nas PVHA com $CD4 < 200$ céls/mm ³ .	Manifestações clínicas Início insidioso com febre, tosse seca e dispneia progressiva. Também podem ocorrer fadiga, desconforto torácico e perda de peso. A expectoração purulenta indica presença de infecção bacteriana secundária, que também pode ser tratada.	Diagnóstico Geralmente é presuntivo baseado na história clínica, exame físico (taquipnéia e/ou taquicardia), imagem radiológica (geralmente com infiltrado intersticial peri-hilar e simétrico), DHL elevada. Usualmente não realizado devido a baixa sensibilidade, o diagnóstico definitivo é feito pela identificação do <i>P jirovecii</i> em secreções respiratórias por meio de colorações de azul de toluidina, Grocott, Giemsa ou imunofluorescência.
Tratamento Sulfametoxazol + Trimetoprima 400 mg/80 mg ou 800 mg/160 mg a cada 6 ou 8 horas, por 21 dias, nos quadros leves.	TARV Sem interações.	Profilaxia primária Realizar sempre que $CD4 < 200$ céls/mm ³ com Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprima 160 mg – Tomar 1 comprimido, três vezes por semana.
Profilaxia secundária Após o tratamento da pneumocistose, manter Sulfametoxazol 800mg + Trimetoprima 160mg, Tomar 1 comprimido, VO, três vezes por semana. Suspender 3 meses após elevação do C4 > 200 .	Observação Consultar o PCDT do Ministério da Saúde para doses e manejo com esquema alternativo ou nos casos graves.	

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Candidíase Orofaríngea e Esofágica

Causa O fungo Candida albicans usualmente com CD4 < 200 céls/mm ³ .	Manifestações clínicas A forma orofaríngea se manifesta com placas removíveis e esbranquiçadas na língua, palato e amígdalas, com queilite angular ou pápulas eritematosas na mucosa. A candidíase esofágica geralmente acontece com CD4 < 100; surgem também dor retroesternal difusa, disfagia e/ou odinofagia.	Diagnóstico Prioritariamente clínico. Realizar endoscopia digestiva alta se persistirem sintomas após o tratamento.
Tratamento Na orofaríngea leve usar Nistatina 100.000UI bochechando e engolindo de 6/6horas; em casos graves usar Fluconazol 100 mg 1 cápsula ao dia por 7 a 14 dias. Na esofágica a dose é Fluconazol 200 a 400 mg/dia (2 a 4 cápsulas de 100 mg), por 7 a 14 dias.	TARV Sem interações.	Profilaxia primária Não indicado.
Profilaxia secundária Não indicado.	Observação Utilizar Fluconazol injetável endovenoso nos casos de disfagia importante.	

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Doença citomegálica

Causa Decorrente do citomegalovírus (CMV), surge geralmente com CD4 < 50 céls/mm ³ e acomete vários sítios como retina e aparelho digestivo (principalmente), além de pulmões, SNC, fígado e vias biliares.	Manifestações clínicas Estão relacionadas à localização. A retinite por CMV cursa com diminuição da acuidade visual, escotomas e pode levar à cegueira. No aparelho digestivo podem estar presentes esofagite, gastrite, enterite ou colite.	Diagnóstico Exame de fundo de olho com dilatação pupilar, exame endoscópico para visualização de ulceração da mucosa e biópsia.
Tratamento Ganciclovir ou Valganciclovir de acordo com protocolo.	TARV Sem interações.	Profilaxia primária Não indicado.
Profilaxia secundária Valganciclovir 900 mg, 1 vez ao dia, via oral ou Ganciclovir 5 mg/kg a uma vez ao dia, IV, 5 dias por semana. Suspende quando CD4 > 100 e carga viral indetectável por período superior a 3 meses.	Observação Recomenda-se a realização de exame de Fundo de olho em todas as PVHA com CD4 < 100 para diagnóstico e tratamento precoces da doença citomegálica.	

INFECÇÕES OPORTUNISTAS

Histoplasmose disseminada

Causa É uma oportunista causada pelo fungo <i>Histoplasma capsulatum</i> em PVHA com CD4 < 150 céls/mm ³ .	Manifestações clínicas Apresentação variável. Podem estar presentes febre alta, adinamia, anorexia, perda de peso, lesões mucocutâneas, tosse, pneumonia, hepatoesplenomegalia, diarreia e vômito, além de sinais neurológicos. Pode ser progressiva e fatal.	Diagnóstico Atualmente o mais comum é combinar análise clínica, epidemiológica, laboratorial e de imagem, conforme apresentação clínica. Consultar o PCDT HIV adulto do Ministério da Saúde.
Tratamento Anfotericina B Lipossomal + Itraconazol realizados de acordo com a gravidade clínica e com o PCDT do Ministério da Saúde.	TARV Interações com Itraconazol. Substituir nas fases de indução e manutenção pela de Anfotericina B Lipossomal até a recuperação imunológica.	Profilaxia primária Quando CD4 < 150 céls/mm ³ apenas nas PVHA em áreas hiperendêmicas (mais de 10 casos/100 pessoas ano) ou que exerçam atividade ocupacional de risco para o fungo.
Profilaxia secundária O tratamento de manutenção deve ter duração de, no mínimo, 1 ano, ausência de sintomas e CD4 > 150 céls/mm ³ por mais de 6 meses.	Observação Há associação com tuberculose em 20% dos casos, portanto, investigar ambos os agravos.	

PROFILAXIA

A vulnerabilidade às infecções oportunistas impõe a adoção rotineira de medidas preventivas para evitar sua ocorrência (profilaxia primária) e recidivas (profilaxia secundária).

Profilaxia primária

As profilaxias primárias devem ser instituídas e suspensas conforme critérios imunológicos. Para tratamento alternativo consultar PCDT HIV adulto módulo II.

Quadro 11 - Indicações de profilaxia primária				
Infecção	CD4+	Critérios adicionais	Medicação	Suspensão
Pneumocistose	< 200	Candidíase oral, ou febre indeterminada > 2 semanas de duração, ou doença definidora de aids, independentemente do CD4.	SMX (Sulfametoxazol) 800-TMP (Trimetoprima) 160 mg 1 cp/dia, 3 vezes por semana	Até CD4 > 200 por ≥3 meses
Toxoplasmose	< 100	Não se aplica.	SMX 800-TMP 160 mg 1 cp/dia, 3 vezes por semana	Até CD4 > 200 por ≥3 meses
Tuberculose (ILTB)	>350	Sem TB ativa + PPDPPD ≥ 5mm ou IGRA reagente. Contato/risco + sem TPT prévio + sem TB ativa.	Rifapentina + Isoniazida (3HP)	3 meses
Criptococose	Não indicado.			
Micobactérias não tuberculosas	< 50 sem TARV	Não se aplica.	Azitromicina 1.250 a 1.500 mg (até 3 cápsulas de 500 mg)/semana	Após o início da TARV
Histoplasmose	< 150	Apenas PVHA em áreas hiperendêmicas (> 10 casos/100 pessoas ano).	Itraconazol 200 mg (2 cápsulas de 100 mg) 1x/dia	CD4 > 150 e carga viral indetectável por 6 meses

PROFILAXIA

Profilaxia secundária

As profilaxias secundárias devem ser realizadas após ocorrência de algumas infecções oportunistas para evitar sua recidiva e devem ser suspensas conforme reconstituição imunológica.

Quadro 12 - Indicação de profilaxia secundária das principais infecções oportunistas

Doença	Critérios	Medicação	Suspensão
Pneumocistose	Episódio prévio.	SMX 800-TMP 160 mg 1 cp/dia, 3 vezes por semana	CD4 > 200 por > 3 meses e carga viral indetectável sob TARV
Toxoplasmose	Episódio prévio.	SMX 800-TMP 160 mg 1 cp/dia, 2 vezes por semana	CD4 > 200 por > 6 meses e carga viral indetectável sob TARV
Citomegalovírus	Apenas se diagnóstico prévio de retinite por CMV.	Ganciclovir IV, 5mg/kg/dia, 5 vezes por semana	CD4 > 100 por > 3-6 meses
Criptococose	Diagnóstico prévio	Fluconazol 200 mg/dia (fase de manutenção após tratamento inicial)	CD4 > 200 por > 6 meses e carga viral indetectável, após mínimo de 12 meses de terapia antifúngica e ausência de sintomas.
Micobactérias não tuberculosas	Diagnóstico prévio	Claritromicina 500 mg 2x/dia + Etambutol 15 mg/kg/dia (máx. 1.200 mg/dia – 3 comprimidos/dia)	Após um ano de tratamento, ausência de sintomas e CD4 > 100 por > 6 meses. Reintroduzir em caso de CD4 < 100.
Histoplasmose	Diagnóstico prévio de doença disseminada ou infecção do SNC	Itraconazol 200 mg (2 cápsulas de 100 mg) 1x/dia	Tempo indeterminado. Considerar após 1 ano de tratamento, ausência de sintomas e CD4 > 150 e carga viral indetectável por 6 meses. Reintroduzir em caso de CD4 < 150.
Tuberculose	Não há profilaxia secundária; manter vigilância.	Não se aplica	Não se aplica.
Herpes simples	Infecção recorrente: mais de 6 episódios ao ano.	Aciclovir 400 mg (2 comprimidos de 200 mg) 2x/dia	Não se aplica.

RETENÇÃO AO CUIDADO

A retenção no cuidado refere-se à capacidade do sistema de saúde de manter a pessoa vivendo com HIV (PVHA) em acompanhamento clínico contínuo. Trata-se de um dos pilares para o sucesso do tratamento do HIV, sendo especialmente desafiador em contextos como o sistema prisional, onde barreiras estruturais, logísticas e institucionais podem comprometer a continuidade do cuidado em saúde.

Nas unidades prisionais, é fundamental assegurar o acompanhamento ambulatorial regular das PVHA, com garantia de consultas médicas periódicas, coleta e análise de exames laboratoriais e acesso ininterrupto ao TARV. Situações frequentes como deslocamentos entre pavilhões, transferências intra ou interinstitucionais não programadas e falhas logísticas podem interromper o tratamento, devendo ser contempladas em protocolos que assegurem a continuidade do cuidado mesmo diante dessas situações.

A manutenção da disponibilidade contínua dos medicamentos antirretrovirais e o registro adequado das informações no SIMC, são essenciais para a retenção. Como alternativa, a articulação com farmácias de referência, aliada ao monitoramento sistemático da dispensação de ARV, são estratégias que auxiliam a retenção ao tratamento.

A equipe de saúde deve estar capacitada para o manejo de efeitos adversos do TARV, para o fortalecimento do vínculo terapêutico e para a oferta de acolhimento e escuta qualificada, considerando as especificidades do contexto prisional. Essas estratégias contribuem de forma decisiva para a adesão ao tratamento e para melhorar a permanência da pessoa no cuidado.

Para tentar superar os desafios que comprometem a adesão e a manutenção das PVHA no tratamento, recomenda-se:

-  Garantia do acesso contínuo ao TARV, com controle de estoque, dispensação regular e realização de exames de carga viral e CD4;
-  Ações educativas regulares, com foco na importância da adesão e no enfrentamento do estigma relacionado ao HIV;
-  Ambiente de cuidado sigiloso e acolhedor, que respeite a privacidade e promova o vínculo entre profissionais e pessoas privadas de liberdade;
-  Acompanhamento psicossocial, com escuta qualificada e suporte emocional, especialmente para casos de abandono ou baixa adesão;

RETENÇÃO AO CUIDADO

- ✚ Busca ativa e estratégias de reintegração ao cuidado, como entrevistas, agendamento de consultas e articulação com a rede de saúde local;
- ✚ Planejamento da continuidade do tratamento após a liberdade, com encaminhamento para serviços especializados em HIV/Aids e entrega de medicação para o período de transição para evitar a interrupção do tratamento.

A atuação integrada entre equipes de saúde, de segurança, direção das unidades prisionais e gestores do sistema prisional é fundamental para garantir o direito à saúde das PVHA e fortalecer a resposta ao HIV no sistema penitenciário.



ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL DO HIV

A adesão ao TARV é determinante para o controle da infecção pelo HIV e para o sucesso da cascata de cuidado. O uso contínuo, correto e no intervalo prescrito dos medicamentos possibilita a supressão viral sustentada, caracterizada por níveis indetectáveis de carga viral, o que reduz de forma significativa o risco de transmissão do HIV, previne a progressão da doença e melhora a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHA).

No contexto do sistema prisional, a promoção da adesão à TARV demanda estratégias específicas, incluindo acompanhamento clínico individualizado, ações permanentes de educação em saúde — com utilização de linguagem acessível e recursos educativos visuais — e o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde, os profissionais de segurança e a pessoa privada de liberdade.



A regularidade na administração dos antirretrovirais pode ser comprometida por múltiplos fatores, tais como falhas no abastecimento de medicamentos, transferências intra ou interunidades, mudanças frequentes de cela, ausência de rotinas estruturadas, bem como condições de saúde mental (depressão, ansiedade), histórico de uso de álcool e outras substâncias e o estigma associado ao HIV. Esses elementos devem ser reconhecidos como determinantes relevantes da adesão ao tratamento.

Adicionalmente, barreiras de natureza social e estrutural — como o racismo estrutural, a LGBTfobia, precariedade alimentar e a ausência de privacidade para o uso dos medicamentos — impactam diretamente a adesão e precisam ser consideradas no planejamento e na execução do cuidado. Cabe à equipe de saúde identificar essas vulnerabilidades e adotar estratégias éticas, sensíveis e antidiscriminatórias para sua superação.

Após, em média, seis meses de uso regular da TARV, a maioria das PVHA alcança carga viral indetectável, configurando o melhor desfecho clínico esperado, pois indica controle da infecção e menor risco de progressão da doença.

ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL DO HIV

Nesse sentido, uma abordagem empática, centrada na pessoa e atenta às especificidades do contexto prisional, é essencial para promover adesão sustentada à TARV e alcançar melhores desfechos clínicos e epidemiológicos.

Monitoramento

O monitoramento clínico contínuo é essencial para avaliar a resposta ao tratamento antirretroviral, a adesão terapêutica e a permanência no cuidado ao longo do tempo. Para facilitar esta atividade, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC), ferramenta que pode ser utilizada pelos profissionais que acompanham as PVHA. O sistema fornece relatórios nominais das pessoas que estão em alguma lacuna do cuidado: iniciaram a TARV (estão em gap de tratamento), interromperam a TARV, estão com carga viral detectável (falha do tratamento), possuem $CD4 < 350$ e devem ser avaliados quanto ao tratamento preventivo da tuberculose (ou ITLB), e estão gestantes com carga viral detectável ou em interrupção da TARV.

A utilização sistemática do SIMC possibilita a identificação precoce de falhas assistenciais e intervenções oportunas, mais estruturadas e eficazes. No contexto das unidades prisionais, o uso regular e qualificado deste sistema é de grande utilidade no acompanhamento longitudinal para uma análise rápida e integrada das informações clínicas, laboratoriais e assistenciais das PVHA.

Na impossibilidade de utilização do SIMC recomenda-se que o monitoramento destas variáveis seja realizado manualmente, por planilhas que poderão conter dados de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, registro da regularidade das consultas, datas das próximas consultas, agendamento ou retirada de exames externos e dispensação da TARV.

Em um ambiente complexo como o sistema prisional, o uso estratégico das informações em saúde é fundamental para promover uma atenção equitativa, contínua, resolutiva e centrada na pessoa.

Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica é fundamental para o controle das IST/HIV/Aids no sistema prisional, permitindo a detecção oportuna de casos e a adoção de medidas de prevenção e controle.

ADESÃO E SUPRESSÃO VIRAL DO HIV

As unidades prisionais devem notificar os casos de HIV, sífilis e hepatites virais conforme os fluxos e critérios técnicos vigentes estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde.

A definição de casos deve seguir os critérios técnicos vigentes.

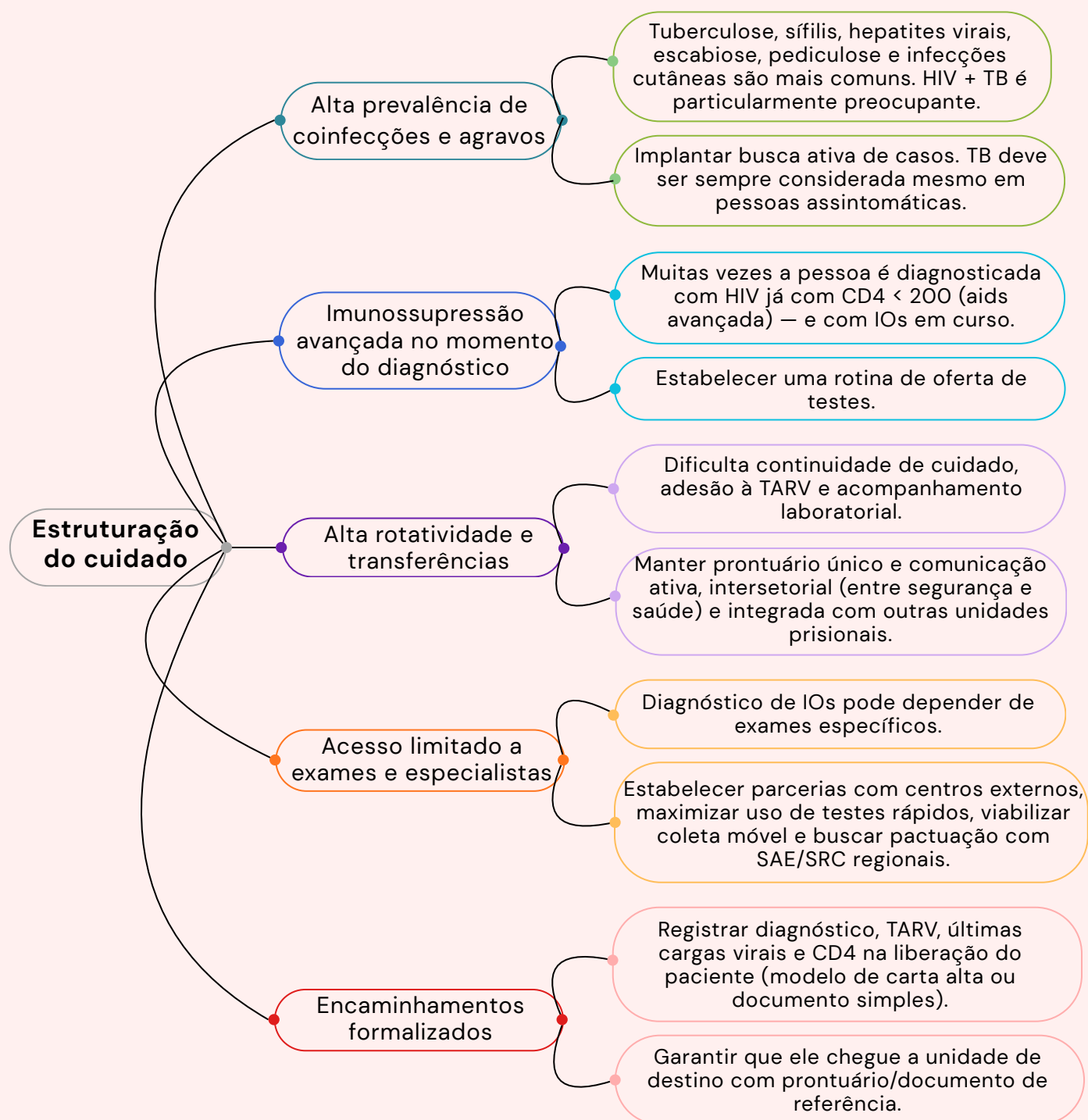
As medidas de controle devem ser adotadas de forma oportuna, incluindo o rastreamento de contatos, a oferta de testagem e o tratamento adequado.

A articulação com os serviços de vigilância municipal e estadual, além do CHSP, é essencial para garantir a resposta integrada.



ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

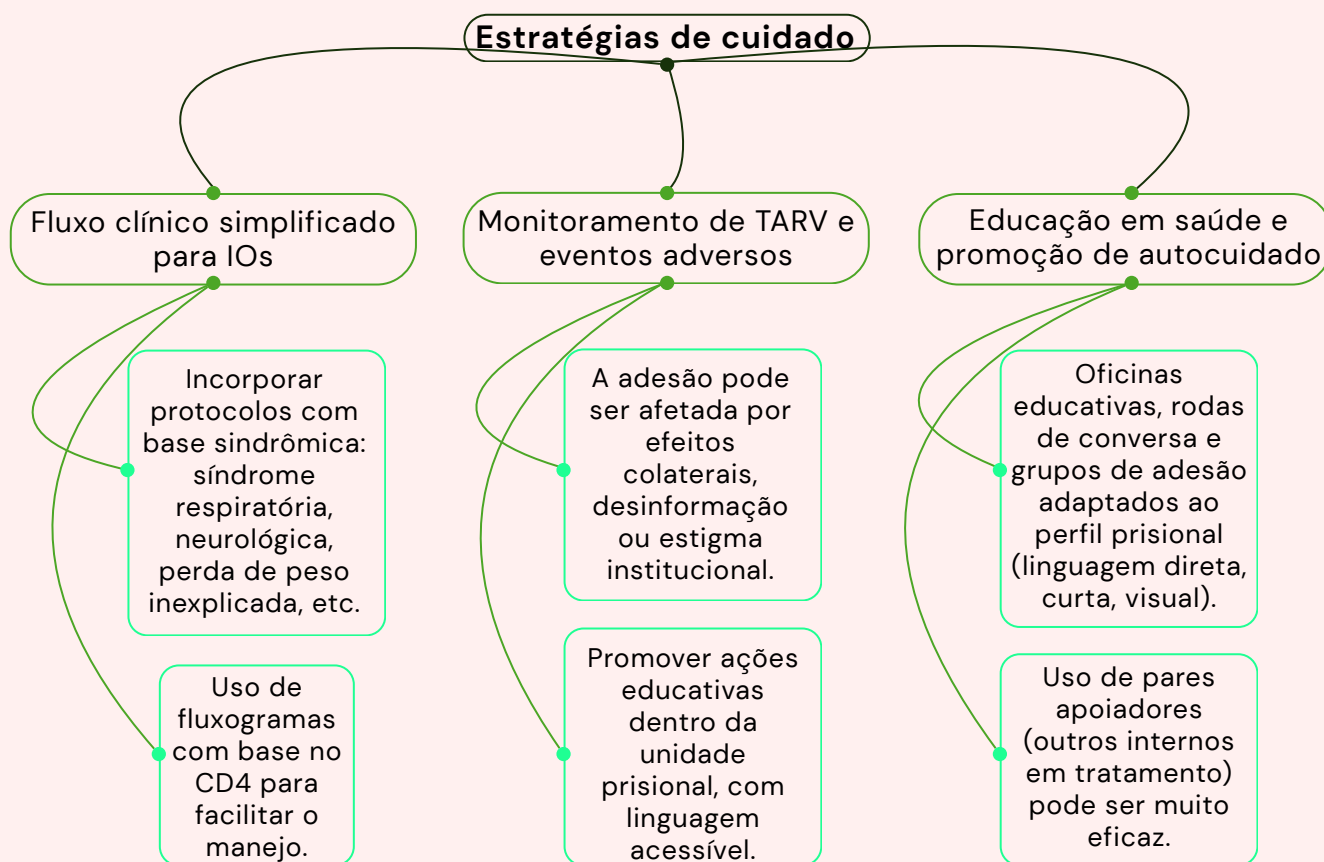
O cuidado à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids no sistema prisional envolve especificidades clínicas e organizacionais que exigem uma abordagem adaptada à realidade institucional. A seguir, apresentamos aspectos fundamentais que a gestão deve considerar para qualificar esse cuidado.



ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

Estratégias de cuidado e manejo clínico adaptado à prisão

Diante dos desafios estruturais e clínicos, a adoção de estratégias de manejo adaptadas ao contexto prisional é essencial. Protocolos clínicos simplificados e ações educativas direcionadas favorecem o diagnóstico precoce, o início oportuno da TARV e a adesão sustentada ao tratamento.



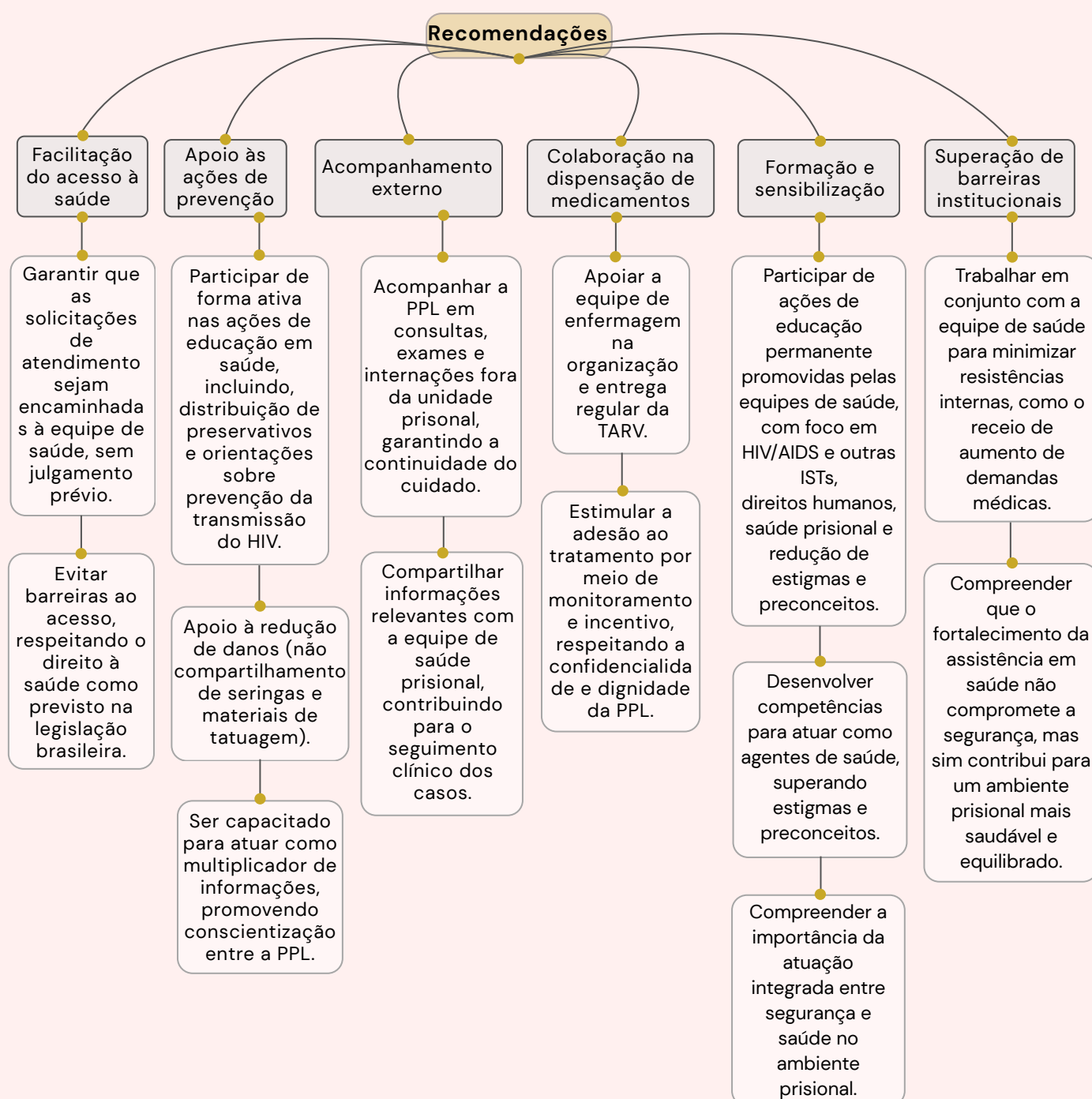
Recomendações para Policiais Penais na assistência em HIV/AIDS

Os policiais penais desempenham um papel estratégico na assistência à saúde da PPL, especialmente no cuidado relacionado ao HIV/AIDS. Na prática, eles são um elo entre a população privada de liberdade e as equipes de saúde intra ou extramuros.

ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

É imprescindível investir mais esforços nesta categoria e municiá-los com ferramentas para que possam atuar sinergicamente na melhoria da resposta do sistema prisional na atenção às IST/Aids.

No acompanhamento ambulatorial existem muitas possibilidades práticas de atuação dos policiais penais, como:



ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

Sugestões práticas de ações institucionais

A seguir, são apresentadas sugestões de ações institucionais que podem ser incorporadas de forma programada e rotineira. Essas atividades fortalecem o cuidado contínuo e reduzem perdas de seguimento, contribuindo para melhores desfechos em saúde.

Quadro 13 - Atividades que facilitam a prestação do cuidado		
Ação	Objetivo	Frequência
Rastreio de TB em todas as entradas	Detectar casos precocemente	Contínuo
Teste rápido HIV e sífilis na triagem	Diagnóstico oportuno	Entrada e anualmente
Coleta laboratorial agendada (em bloco)	Viabilizar CD4/carga viral	Mensal ou conforme disponibilidade pactuada
Capacitação periódica da equipe	Atualizar condutas	Semestral
Cartilha do paciente com HIV	Apoiar adesão e autocuidado	Entrega no diagnóstico

Síntese de intervenções adaptadas à prisão com foco nas infecções oportunistas

Para apoiar a implementação efetiva dessas diretrizes, sintetizamos ações estratégicas organizadas por áreas de gestão. Essa tabela tem como objetivo facilitar o planejamento, a priorização de recursos e a articulação com parceiros locais e regionais.

ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

Quadro 14 - Ações estratégicas da gestão da unidade prisional para fortalecer o cuidado em HIV/Aids e IOs

Área	Ação	Objetivo	Observações
1. Articulação intersetorial	Estabelecer vínculo formal com a coordenação municipal de IST/HIV/Aids.	Viabilizar acesso a exames, TARV, profilaxias e fluxo de referência sempre que necessário.	Utilizar instrumento como reuniões com ata.
	Pactuar referências.	Definir locais para exames e atendimentos especializados.	Formalizar fluxos em conjunto.
	Dialogar com a coordenação da imunização municipal.	Atualizar caderneta vacinal dos internos.	Garante campanhas contra hepatite B, influenza, COVID-19, etc.
2. Organização dos processos clínicos	Criar cronograma mensal para coletas em bloco (CD4, CV, bioquímicos).	Minimizar perdas de seguimento e uso de escolta.	Pode ser quinzenal ou mensal, conforme fluxo.
	Organizar listas ativas de pessoas com HIV.	Garantir monitoramento de TARV, adesão, exames e agendamentos.	Pode ser controlado por prontuário local ou planilha.
	Implantar protocolo de triagem clínica + testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C, CrAg, LF-LAM, TRM-TB).	Detectar IOs precocemente (TB, Criptococo, etc).	LF-LAM e CrAg devem ser solicitados pelo SISLOGLAB.
3. Infraestrutura e materiais	Manter estoque regular de insumos básicos.	Ex.: SMX-TMP, Isoniazida, Fluconazol, testes rápidos.	Acompanhamento junto à coordenação de saúde local/estadual.
	Garantir espaço reservado e seguro para atendimento clínico.	Preservar confidencialidade e sigilo.	Alinha-se com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP).

ESPECIFICIDADES E DESAFIOS DO CUIDADO EM HIV/AIDS NO SISTEMA PRISIONAL PARA A GESTÃO

Quadro 14 - Ações estratégicas da gestão da unidade prisional para fortalecer o cuidado em HIV/Aids e IOs

Área	Ação	Objetivo	Observações
4. Educação e capacitação da equipe	Oferecer treinamentos periódicos com apoio dos Programas Municipais e Estadual.	Atualizar condutas clínicas e de manejo de IOs.	Pode ser remoto, presencial ou via material impresso.
	Sensibilizar agentes penitenciários e chefias de segurança.	Reduzir estigma e discriminação institucional.	Evita interferência indevida no acesso à saúde.
5. Promoção da saúde e adesão	Criar campanha anual ou semestral de atualização vacinal.	Prevenir doenças imunopreveníveis.	Pode ser feita junto com busca ativa de HIV, sífilis e hepatites.
	Promover ações educativas internas sobre HIV, ISTs e adesão.	Estimular o autocuidado e reduzir abandono de TARV.	Envolver educadores sociais, pares apoiadores e equipes de saúde.
6. Continuidade do cuidado após a saída	Padronizar entrega de documento com relatório e endereços de referências na soltura ou transferência.	Evitar interrupções da TARV e seguimento clínico.	Modelo simples com: nome, IO, última CV/CD4, esquema e datas.
	Orientar diretamente a pessoa privada de liberdade sobre onde buscar atendimento após saída.	Facilitar vínculo com SAE.	Se possível, já indicar endereço do SAE de destino.

ATRIBUIÇÕES

É importante salientar que todos os servidores, sejam eles de carreira da SAP, Policial Penal, ou contratados através das pactuações PNAISP e CIB, têm um papel essencial na efetivação desta linha de cuidado. Um resumo das atividades inerentes a cada atuação está disposto na tabela 1 e detalhados abaixo:

Equipe de saúde das unidades prisionais – incluindo equipes CIB 62 e PNAISP

Além das medidas de prevenção, rastreio, diagnóstico e tratamento, as UP devem manter um acompanhamento nominal, de todas as pessoas privadas de liberdade vivendo com HIV em acompanhamento na UP e quantitativamente o número de testes rápidos retirados e realizados mensalmente.

No início de cada mês, os dados referentes ao mês anterior devem ser enviados para as chefias dos Serviços Regionais através da planilha de Relatório de Atividades Mensais (RAM). Preferencialmente, o RAM deve ser preenchido pelo chefe de saúde na UP, com o apoio da equipe. As informações referentes ao HIV presentes no RAM são:

-  Servidores aptos a realizar o teste rápido;
-  Número de testados para HIV;
-  Total de pessoas privadas de liberdade com diagnóstico para HIV;
-  Número total de pessoas privadas de liberdade diagnosticadas com HIV que apresentam carga viral indetectável;
-  Número total de pessoas privadas de liberdade com HIV que estão em uso de ARV.

Estas atribuições também fazem parte do rol de atividades realizadas pelas equipes municipais que aderiram à Deliberação CIB 62 de 2012, no que diz respeito às IST/HIV/AIDS.

Chefia de saúde da unidade prisional

Compete à chefia do Serviço de Assistência à Saúde coordenar a linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV, garantindo acompanhamento clínico contínuo e integral.

Ela deve assegurar o acesso regular à testagem, ao monitoramento clínico e laboratorial e à terapia antirretroviral, sem interrupções.

ATRIBUIÇÕES

Cabe, ainda, articular-se com a Polícia Penal e com a rede do SUS para viabilizar fluxos, encaminhamentos e a continuidade do tratamento.

É responsável também pelo preenchimento do RAM, registro e monitoramento dos dados clínicos e por apoiar a assistência, atuando como ponte entre as equipes de saúde das UPs (incluindo PNAISP e CIB) e a Polícia Penal.

Deve promover cuidado ético, confidencial, livre de estigma e com capacitação permanente das equipes.

Policial Penal

Os policiais penais exercem papel essencial na articulação e no apoio às ações de saúde nas unidades prisionais, contribuindo diretamente para a viabilização do acesso das PPL aos serviços de saúde e para a continuidade do cuidado.

Compete aos policiais penais apoiar a organização logística das rotinas assistenciais, incluindo o acompanhamento do deslocamento interno/externo para consultas, exames, procedimentos e a viabilização dos encaminhamentos necessários na rede de atenção à saúde, conforme planejamento conjunto com a equipe de saúde.

A atuação da segurança é fundamental para a otimização dos fluxos institucionais, especialmente em situações de transferências, mudanças de pavilhão, saídas temporárias ou intercorrências, prevenindo atrasos, faltas e interrupções no acompanhamento clínico e no tratamento.

Essa atuação deve ocorrer de forma integrada com a equipe de saúde, respeitando a autonomia técnica, a confidencialidade das informações em saúde e os princípios dos direitos humanos, contribuindo para uma atenção em saúde contínua, segura e resolutiva no sistema prisional.



ATRIBUIÇÕES

Chefes de Departamento das unidades prisionais

Facilitador das ações de saúde, atuando como ponte importante entre a segurança (Polícia Penal) e as ações das equipes de saúde.

Serviços Regionais de Atenção à Saúde da População Prisional

Os SRTSSP realizam o acompanhamento quantitativo dos itens referentes aos testes rápidos e tratamentos para pessoas vivendo com HIV incluídos no RAM, além de suporte técnico e logístico às unidades prisionais colaborando com o alinhamento de fluxos junto à rede quando necessário.

Estão incumbidos também de organizar os treinamentos de reciclagem e capacitação de servidores aptos a aplicação dos testes rápidos, bem como para manejo das IST/Aids. Estas ações podem ser realizadas com o apoio da SES.

Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário

Através do SRTSSP e do DPGASPP, são atualizados os fluxos, protocolos e a gestão estadual de saúde da pessoa privada de liberdade através de articulações com a rede e com a Secretaria de Estado da Saúde.



ATRIBUIÇÕES

Tabela 2. Atribuições dos diferentes setores na Linha de Cuidado Equipes de Saúde

Unidade Prisional	Equipes de Saúde (incluindo CIB e PNAISP)	Assistência à saúde, com ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e registro das informações assistenciais.
	Chefias de Saúde	Apoio à assistência em saúde, com planejamento e supervisão de ações, gestão de informações, controle de insumos, apoio logístico, articulação com a segurança e acompanhamento da continuidade do cuidado.
	Policial Penal	Apoio às ações e fluxos de saúde, com acompanhamento e movimentação da população privada de liberdade para atendimentos internos e externos.
Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário	Serviços Regionais de Saúde	Planejamento, coordenação e monitoramento das ações de saúde, com apoio técnico às unidades prisionais, articulação com a rede municipal e supervisão da atenção básica. Gestão de medicamentos, insumos e testagens, acompanhamento de IST/HIV e agravos transmissíveis, além da vigilância epidemiológica. Realização de análises, resposta a surtos, promoção de campanhas de saúde, distribuição de insumos e capacitação de profissionais.
	Serviço de Referências Técnicas em Saúde	Coordenação técnica das ações de saúde, com elaboração e atualização de protocolos, normas e diretrizes. Desenvolvimento de indicadores, análises epidemiológicas e estratégias para qualificação dos serviços, além da promoção de boas práticas, capacitação profissional, articulação institucional e fortalecimento das políticas de saúde.
	Departamento de Planejamento e Gestão de Atenção à Saúde da População Prisional	Coordenação, monitoramento e avaliação das ações de saúde prisional, incluindo atenção básica, vigilância em saúde, imunização, capacitação profissional, gestão de informações, apoio à pesquisa, articulação institucional e acompanhamento da distribuição de medicamentos e insumos. Produção de estudos e análises para qualificação dos serviços e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO EM HIV NO SISTEMA PRISIONAL

Os avanços científicos e as políticas públicas implementadas nas últimas décadas transformaram o HIV em uma condição crônica manejável, permitindo que as pessoas vivendo com o vírus alcancem melhor qualidade e expectativa de vida quando diagnosticadas precocemente e vinculadas ao tratamento. No entanto, o contexto prisional ainda apresenta desafios importantes para a prevenção, o diagnóstico oportuno, a adesão terapêutica e a continuidade do cuidado, exigindo esforços permanentes para o fortalecimento das ações de saúde.

Entre as principais perspectivas para os próximos anos está a ampliação do acesso à testagem voluntária e periódica, garantindo que todas as pessoas privadas de liberdade tenham a oportunidade de conhecer seu estado sorológico e acessar, de forma tempestiva, as medidas de prevenção e tratamento disponíveis. O diagnóstico precoce permanece como uma das estratégias mais efetivas para reduzir a morbimortalidade associada ao HIV e interromper a cadeia de transmissão do vírus.

Nesse cenário, destaca-se a importância do compromisso com as metas globais propostas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), conhecidas como metas 95-95-95: diagnosticar 95% das pessoas vivendo com HIV, garantir que 95% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento antirretroviral e assegurar que 95% das pessoas em tratamento alcancem a supressão viral. O alcance desses objetivos no sistema prisional representa uma oportunidade concreta de promover impactos positivos tanto para a saúde individual quanto para a saúde coletiva.

Outro desafio permanente é a manutenção e o fortalecimento das ações voltadas à eliminação da transmissão vertical do HIV. Os avanços já alcançados demonstram que a articulação entre as equipes de saúde, os serviços especializados e a rede de atenção do SUS é capaz de assegurar o acompanhamento adequado de gestantes e puérperas privadas de liberdade, contribuindo para a proteção da saúde materno-infantil e para a sustentabilidade dos resultados obtidos pelo país.

A integração entre a saúde prisional e a rede de atenção à saúde constitui, igualmente, um elemento fundamental para a efetividade da linha de cuidado. O compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes pontos da rede, aliado à construção de fluxos assistenciais bem definidos, favorece a continuidade do tratamento durante a privação de liberdade e após a reinserção social, reduzindo riscos de abandono terapêutico e fortalecendo o cuidado longitudinal.

PERSPECTIVAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO EM HIV NO SISTEMA PRISIONAL

Paralelamente, permanece indispensável o enfrentamento do estigma e da discriminação relacionados ao HIV. A promoção de ambientes acolhedores, o respeito à confidencialidade, a qualificação das equipes e a educação em saúde contribuem para a construção de relações de confiança, ampliam a adesão ao tratamento e fortalecem o protagonismo das pessoas no cuidado com sua própria saúde.

Por fim, o fortalecimento da atenção integral deve permanecer como eixo estruturante das ações desenvolvidas no sistema prisional. Isso implica reconhecer que o cuidado às pessoas vivendo com HIV vai além do tratamento medicamentoso, abrangendo aspectos físicos, psicológicos e sociais que influenciam diretamente os resultados em saúde. A consolidação de práticas humanizadas, baseadas em evidências científicas e articuladas com as políticas públicas vigentes, representa o caminho para a construção de uma assistência cada vez mais qualificada, equitativa e resolutive.

Dessa forma, esta Linha de Cuidado reafirma seu papel como instrumento orientador das ações de saúde no sistema prisional paulista, ao mesmo tempo em que sinaliza os desafios e compromissos que devem nortear a permanente qualificação da atenção às pessoas vivendo com HIV.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blank, A. E. et al. Factors Associated with Retention and Viral Suppression Among a Cohort of HIV+ Women of Color. *AIDS Patient Care and STDs*, v. 29, n. S1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0272>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2 jan. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 31 jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, ISTs e Hepatites Virais [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pcdt_pep_hiv_ist_hepatites.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fluxogramas para o Diagnóstico de HIV utilizando testes rápidos. Brasília, DF, 18 maio 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/2a-oficina-sobre-as-estrategias-de-ampliacao-do-uso-e-distribuicao-dos-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-b-e-c-no-brasil-dia-08-05-6-diagnostico-do-hiv-nazle-veras>. Acesso em: 21 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 2/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Distribuição do medicamento Rifapentina + Isoniazida (300/300 mg) para infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2025/nota-informativa-no-2_2024-cgtm_dathi_svsa_ms.pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 376/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://infectologia.org.br/wp-content/uploads/2023/12/SEI_MS-0038034169-Nota-Tecnica-NOTA-TECNICA-No-376-2023-CGAHV-DATHI-SVSA-MS.pdf. Acesso em: 21 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids: número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_hiv_aids_2025.pdf/view. Acesso em: 3 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. 364 p. ISBN 978-85-334-2696-2. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- BRAVO, O. A. Avaliação de ações de redução de danos no sistema penitenciário brasileiro. *Psicologia para América Latina*, n. 18, nov. 2009. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000200002. Acesso em: 20 ago. 2025.
- KERBAUY, G. et al. Pessoas vivendo com HIV em abandono do tratamento: resgate e promoção da saúde. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 26, supl. 2, p. 102441, 2022. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-pessoas-vivendo-com-hiv-em-articulo-S1413867022001507>. Acesso em: 30 jul. 2025.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Administração Penitenciária. Estrutura da Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário. São Paulo, 2024a. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/cssp.html>. Acesso em: 1 ago. 2024.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Administração Penitenciária. Mapa das Unidades Prisionais. São Paulo, 2024b. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/uni-prisionais-mas/pen-.html>. Acesso em: 10 jan. 2026.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Nota Informativa PMCT nº 05/2024. Diagnóstico de infecção latente de tuberculose (ILTb) e tratamento preventivo da tuberculose (TPT). São Paulo, 2024. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/documents/d/saude/ni-5_2024-iltb_atualizada-06-12-24-pdf. Acesso em: 10 jul. 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT-DST/AIDS). Coordenadoria de Controle de Doenças. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS: manual de gestão da rede e dos serviços de saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/publicacoes/publicacoes-download/diretrizes_para_implementacao_da_rede_de_cuidados_em_ist_hiv_aids_-_vol_i_-_manual_de_gestao_2.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Linha do cuidado para complicações do uso de silicone líquido industrial (SLI) em pessoas transgênero. [S.l.: s.n.], [2025]. Disponível em: SÃO PAULO. Linha do cuidado para complicações do uso de silicone líquido industrial (SLI) em pessoas transgêneros. Disponível em: <https://sites.usp.br/guiacseb/wp-content/uploads/sites/943/2025/08/LINHA-DO-CUIDADO-PARA-COMPLICACOES-DO-USO-DE-SILICONE-INDUSTRIAL.pdf>. Último acesso em 20/08/2025. Acesso em: 20 ago. 2025.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria da Atenção Básica. Estomatologia para clínicos da Atenção Básica do Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2017. 66 p.: il.

SOUSA, K. D.; ANDRADE, R. L.; BONFIM, R. O.; SAITA, N. M.; FARIA, M. G.; REZENDE, C. E.; et al. Agente penitenciário na assistência em HIV/aids no sistema prisional: revisão de literatura. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE002182, 2022.

SOUSA, K. D. L.; ANDRADE, R. L.; BONFIM, R. O.; SAITA, N. M.; FARIA, M. G.; REZENDE, C. E.; et al. Agente penitenciário na assistência em HIV/aids no sistema prisional: revisão de literatura. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, eAPE02183, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ARO2183>. Último acesso em 06/08/2025.

UNAIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS, 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 28 jun. 2024.

UNAIDS. Prevailing against pandemics by putting people at the centre: World AIDS Day Report 2020. Genebra: UNAIDS, 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.

UNAIDS. Indetectável = Intransmissível: saúde pública e supressão da carga viral do HIV: nota explicativa. Genebra: UNAIDS, 2018. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetectável-intransmissível_pt.pdf. Acesso em: 21 mar. 2023.

UNODC. Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela). Viena: United Nations Office on Drugs and Crime, [s.d.]. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 8 ago. 2025.



COORDENADORIA DE SAÚDE
DO SISTEMA PENITENCIÁRIO



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO
Secretaria da Administração Penitenciária