



**Linha de Cuidado
para Pessoas Vivendo com
HIV/AIDS e Outras DST do
Estado do Rio Grande do Sul**





**GOVERNO DO ESTADO DO
RIO GRANDE DO SUL**
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras DST

Porto Alegre, outubro de 2014

2014 Secretaria Estadual da Saúde

Todos os direitos reservados à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Secretária Estadual de Saúde

Sandra Maria Sales Fagundes

Diretora do Departamento de Ações em Saúde

Károl Veiga Cabral

Diretor Adjunto do Departamento de Ações em Saúde

Ricardo Brasil Charão

Coordenadora Estadual de DST/Aids do RS

Jaqueline Oliveira Soares

Coordenador Estadual da Atenção Básica

Ricardo Souza Heinzelmann

Organização e Revisão

Aline Coletto Sortica

Bianca Bicca Franco

Marina Gabriela Prado Silvestre

Colaboradores

Adriano Caetano Costa

Ana Lúcia Massulo

Carine Zambonato Ecco

Carla Jarczewski

Danielle Pinheiro Muller

Isabel Almeida

Maria Letícia Ikeda

Mariana Vanuza Vieceli

Nalu Silvana Both

Nêmore Tregnago Barcellos

Ney Gyrão

Otávio Bittencourt

Paula Emília Adamy

Ricardo Kuchenbecker

Solange Setta Machado

Vera Lúcia Pasini

Participantes da Câmara Técnica da Linha de Cuidado

Representantes do Ministério da Saúde - MS, Representantes da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Representantes das Políticas do Departamento de Ações em Saúde – SES/DAS, Centro Estadual de Vigilância em Saúde – CEVS, Representantes do Ambulatório de Dermatologia Sanitária – ADS, Representantes do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, Representantes de Organizações Não-Governamentais – ONG.

Sumário

Introdução.....	05
1. Análise Epidemiológica.....	06
2. Câmara Técnica Gestão de Redes e Linha de Cuidado.....	08
3. Modelos de Atenção.....	09
4. Promoção e Prevenção.....	10
5. Educação Permanente.....	13
6. Redes de Atenção Integral e Estruturação de linhas de cuidado em DST/HIV/Aids.....	14
7. Linha de Cuidado para PVHA e outras DST no Estado do Rio Grande do Sul.....	15
7.1 Estratificação de Risco – Competências no cuidado às PVHA nos diferentes níveis de atenção	16
7.2 Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica.....	20
7.3 Outros pontos de atenção.....	25
7.4 Tratamento na Atenção Básica.....	31
7.5 Tratamento no SAE.....	33
8. Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança exposta ao HIV, Sífilis e Hepatite B.....	34
9. Adesão e Monitoramento das ações nos municípios.....	37
Referencial Teórico.....	39
Anexo 1	44
Resolução N° 235 / 14 – CIB/RS	
Anexo 2	47
Estratificação de Risco – Competências no cuidado às PVHA nos diferentes níveis de atenção	
Anexo 3	51
Acesso ao Diagnóstico na Atenção Básica	
Anexo 4	52
Outros pontos de atenção à saúde	
Anexo 5	53
Tratamento na Atenção Básica	
Anexo 6	54
Tratamento no SAE	

Anexo 7	55
Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante Exposta	
Anexo 8	56
Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e criança exposta ao HIV, Sífilis e Hepatite B	
Anexo 9	57
Memorando Circular N° 33 / 2013 – DVE. Vacinação de filhos da mãe HIV + e/ou HBSAg+	
Anexo 10	59
Protocolo de Aconselhamento Reprodutivo a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA)	
Anexo 11	60
Gestação de Alto Risco – SES/RS e Rede Cegonha	

Introdução

A magnitude da epidemia de Aids no Rio Grande do Sul (RS) possui características que a diferem daquelas observadas nos demais estados brasileiros. A taxa de detecção de novos casos no RS é o dobro da nacional e Porto Alegre é a capital com a maior taxa de detecção do país.

Considerando as bases de dados nacionais (Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4+/CD8+ e Carga Viral - SISCEL e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM), no período entre 2001 e 2012, e municípios com mais de 50 mil habitantes, onze cidades do estado do Rio Grande do Sul (RS)- Alvorada, Porto Alegre, Guaíba, Rio Grande, São Leopoldo, Viamão, Canoas, Cruz Alta, Gravataí, Esteio e Sapucaia do Sul - encontram-se entre os 100 municípios com maior número de casos de Aids e Porto Alegre, Alvorada e Guaíba estão entre os 4 municípios brasileiros com maior taxa de detecção (BRASIL, 2013¹).

O RS também possui a maior taxa de mortalidade do país, sendo o dobro da média nacional. Dados da Vigilância Epidemiológica de Porto Alegre registram prevalência de aproximadamente 2% da infecção pelo HIV em gestantes, indicando que a epidemia na capital – e talvez na região metropolitana de Porto Alegre – possua características de epidemia generalizada e não apenas concentrada em populações chave, com maior concentração de casos na região metropolitana da capital que possui importante vulnerabilidade estrutural.

As razões para a gravidade da epidemia no Estado, não estão completamente claras. É possível que um conjunto de fatores influenciem a situação atual, entre eles a epidemia entre pessoas que se infectaram por compartilhamento de agulhas e seringas, pode ter representado uma “ponte” para a população geral, com um componente mais proeminente de transmissão heterossexual, que o observado em epidemias concentradas. Soma-se a isso razões políticas, tais como baixo investimento em saúde observado nas últimas duas décadas e muito recentemente recuperado no nível estadual, razões programáticas como a fragilização dos Programas Estadual e Municipais de Controle de DST e Aids, baixa cobertura de Atenção Básica e Saúde da Família, centralização do cuidado em grandes hospitais, retardo na implantação de ações programáticas como a testagem rápida, centralização do Programa de Controle da Tuberculose talvez fatores relacionados a atitudes e práticas sexuais.

Diversas estratégias são recomendadas por organismos internacionais, para proporcionar impacto na epidemia. Entre elas, o diagnóstico precoce, início oportuno do tratamento antirretroviral (TARV), acesso a serviços de saúde com qualidade e o fortalecimento dos direitos humanos, incluindo o combate ao estigma e ao preconceito e o respeito a autoestima e

autodeterminação das populações afetadas.

Este documento tem como objetivo orientar os municípios a partir da Linha de Cuidado (LC), na organização das Redes de Atenção a Saúde (RAS). Apresenta diretrizes e recomendações gerais que subsidiam a definição de atribuições entre os níveis de atenção, buscando compartilhamento do cuidado entre a Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atendimento Especializado em HIV e Aids (SAE) como forma de garantir resposta global a epidemia. A implantação da LC deve ter como base a realidade de cada município, recursos, potencialidades e limitações das RAS.

1. Análise Epidemiológica

Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção da Aids no Brasil sofreu elevação de 2%, com diferenças significativas entre as regiões, sendo que na região sul observou-se uma taxa de 0,3%. A taxa de detecção nacional em 2012 foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes, já para o Rio Grande do Sul essa taxa permanece acima da média nacional, ficando em 41,4/100.000 hab. (BRASIL, 2013¹).

A taxa de prevalência nacional do HIV/Aids nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade, conforme estudos realizados em 10 municípios nos anos de 2008 e 2009, foi estimada em 5,9% em usuários de drogas (UD), 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Já na população em geral, esta taxa de prevalência encontra-se em 0,4%, o que representa um total de 718 mil indivíduos vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2013¹).

Porto Alegre desde o início da epidemia no Brasil se destacou como uma das capitais com importante concentração de casos de Aids, sendo que o primeiro caso notificado em adultos foi em 1983 e em crianças em 1985. O total acumulado até 31 de maio de 2013 é de 24.299 casos, sendo destes 96,19% em adultos e 3,81% em menores de 13 anos. Os coeficientes de incidência de Aids nos anos de 2007 a 2012 tem se mantido acima de 90 casos para cada 100.000 habitantes (PORTO ALEGRE, 2013).

A taxa de detecção nacional de casos de aids em menores de cinco anos, indicador utilizado para monitorar a redução da transmissão vertical do HIV, foi de 3,4/100mil habitantes em 2012, sendo que na região sul essa taxa foi de 5,8/100mil e no Rio Grande do Sul 9,1/100mil. Enquanto a taxa de casos de HIV em gestantes no Brasil em 2012 foi de 2,4/1000 nascidos vivos, no Rio Grande do Sul essa taxa ficou em 9,6/1000 NV, alertando a necessidade de aumentar o

monitoramento das ações para prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, bem como qualificar a atenção no pré-natal (BRASIL, 2013¹).

Na primeira fase da epidemia observou-se que as principais categorias de exposição ao HIV eram a transmissão homo/bissexual, seguida pelo uso de drogas injetáveis (UDI), porém a transmissão heterossexual começou a se sobrepôr as demais no fim da década de 90 e início do século XXI e segue até hoje como a principal forma de transmissão sexual, com aproximadamente 50% dos casos em homens e mais 90% em mulheres. Em ambos os sexos, nos últimos 10 anos, observa-se uma diminuição na proporção de casos de Aids em UDI cerca de 65% em homens e 48% em mulheres (BRASIL, 2013¹).

A taxa de mortalidade por Aids vem diminuindo no Brasil, nos últimos 10 anos, sendo que em 2012 a taxa nacional foi 5,5 óbitos/100.000 habitantes enquanto que no RS esse coeficiente foi o dobro da média nacional (11,1 / 100mil habitantes). Entre os óbitos, há elevada proporção de casos de coinfeção entre HIV, tuberculose (TB) e hepatite C. (BRASIL, 2013¹).

A TB ativa em PVHA é condição de impacto na mortalidade por Aids e por TB no país. No RS a cobertura de testagem de HIV entre os pacientes com TB está acima de 80%, embora a meta pactuada seja 100%. Com base nesse dado, verifica-se que a taxa de coinfeção TB-HIV está em torno de 20% no estado, sendo o dobro da média nacional (cerca de 9,8%). Em Porto Alegre esta taxa de coinfeção está próxima de 30%. Estes dados impactam de maneira decisiva nos indicadores da TB, uma vez que no Brasil a taxa de cura dos pacientes HIV negativos está em torno de 81% (muito próxima da meta de 85% proposta pela Organização Mundial de Saúde - OMS), enquanto nos HIV positivos não passa de 52%. O quantitativo do número de PVHA com diagnóstico de TB não está muito claro, uma vez que a medida deste indicador pressupõe o cruzamento de alguns bancos de dados (SINAN, SISCEL, SICLON), tampouco o número de pacientes coinfectados diagnosticados nos Programas de TB que iniciaram TARV em tempo adequado, idealmente em 4 semanas, no máximo em 8 semanas (BRASIL, 2013²).

Quanto a sífilis congênita, o RS vem apresentando um número crescente ano a ano de casos notificados no SINAN, chegando em 2013 a 900 casos. Destes casos, verifica-se que 74,7% das gestantes realizaram pré-natal (PN), demonstrando a fragilidade e a necessidade de qualificação do mesmo. Em 21,9% dos casos as gestantes não realizaram acompanhamento PN e em 3,4% a informação é ignorada, demonstrando a dificuldade de acesso das gestantes aos serviços de saúde. Cabe destacar, no que se refere a sífilis congênita, o **NÃO** tratamento do parceiro em 47,1% dos casos notificados e em 39,2% dos casos notificados a informação do tratamento do parceiro consta como ignorada, totalizando 86,3% dos casos de sífilis congênita

reforçando a necessidade de desenvolver estratégias para incluir o parceiro no PN (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Através da análise da Cascata do RS, que tem por objetivo avaliar o cuidado contínuo das PVHA, verificamos que do total de pessoas infectadas (cálculo com base no percentual de prevalência do HIV no estado), 83,3% tiveram diagnóstico pelos serviços de saúde. Destes, 41,2% estão em TARV e apenas 29% apresentam carga viral indetectável. Com base nesta análise, conclui-se que algumas ações são prioritárias para o combate da epidemia. Entre estas ações destacam-se a ampliação da oferta de diagnóstico para a população geral e para populações chave, sendo fundamental aumentar a cobertura de testes rápidos do HIV na Atenção Básica (AB) e a adoção por parte do estado, da diretriz nacional que propõe diagnosticar e tratar, estimulando o início de TARV precocemente nos pacientes infectados, com vista a redução da transmissibilidade e melhor qualidade de vida às PVHA.

2. Câmara Técnica Gestão de Redes e Linha de Cuidado

O acordo da Cooperação Interfederativa entre as três esferas governamentais (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do RS – SES/RS e Secretarias Municipais de Saúde) com a participação de organizações da sociedade civil e Universidade Federal do RS, nasce da necessidade de resposta a epidemia de HIV/Aids no estado. A partir da adesão da SES/RS a esse plano de cooperação construiu-se um Plano de Ação com estratégias e ações distribuídas em 5 prioridades. São elas:

Prioridade 1: Reduzir as novas infecções pelo HIV na população geral e principalmente nas populações chaves;

Prioridade 2: Apoiar as Iniciativas locais para o aprimoramento da gestão e da governança da Aids;

Prioridade 3: Aumentar a capacidade e eficiência dos serviços de saúde para atendimento das pessoas diagnosticadas com HIV e coinfetados TB/HIV e hepatites virais (HV);

Prioridade 4: Produzir informações e conhecimento sobre a situação da epidemia do HIV/Aids no RS;

Prioridade 5: Desenvolver estratégias de educação permanente, práticas de avaliação dos serviços desenvolvidas e cooperação internacional

Inserido na Prioridade 2 está a construção de 4 Câmaras Técnicas de Assessoramento aos grupos de trabalho (GT) da Cooperação. A saber:

a)Gestão de Redes e Linha de Cuidado

b) Vigilância Epidemiológica

c) Prevenção

d) Municípios Prioritários (Região Metropolitana de Porto Alegre, fronteiras e interior).

A construção da LC para as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) no RS iniciou em janeiro de 2014 tendo como diretriz a atenção básica no ordenamento do cuidado e porta principal do SUS. A LC representa um projeto geral de cuidado, servindo como orientação aos municípios que recebem recursos para as ações de enfrentamento da epidemia definidos a partir do número de casos de Aids. Esses municípios, incluídos na Resolução Nº 235 /14 - CIB /RS de 14 de maio de 2014 (ANEXO I), concentram 90% dos casos de Aids notificados no estado.

A metodologia que vem sendo utilizada para a elaboração da Linha de Cuidado se dá através da constituição de GT com representação de serviços de atenção primária, atenção especializada (média complexidade), representantes das políticas de saúde do DAS/SES, sociedade civil, universidade e profissionais especialistas. As reuniões acontecem periodicamente e por GT, sendo constituído de acordo com a necessidade do tema para discussão.

3. Modelos de Atenção

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. A atenção a saúde voltada para ações curativas, tem se mostrado insuficiente para dar conta das demandas de saúde da população. Fatores como o acesso a informação e serviços, a moradia, a renda, a escolaridade são alguns aspectos que podem produzir saúde ou doença nas populações. A organização de atenção e da gestão dos serviços de saúde expressam um cenário de fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas. Com isso, aponta-se a necessidade de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção de saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010¹).

A reorganização do modelo de saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde, a fim de garantir investimentos e recursos necessários a mudança. A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da Rede Atenção a Saúde (RAS). Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras em detrimento de tecnologias leves e leve duras no cuidado ao usuário. (MERHY;

1998). Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde.

Historicamente o cuidado às PVHA vem sendo realizado em Serviços Especializados ou serviços hospitalares seguindo um modelo de saúde centrado no enfrentamento e controle da epidemia, impactando em discretas ações de prevenção, cuidado fragmentado, diagnóstico tardio, internação hospitalar frequente e elevado número de óbitos. Estudos têm mostrado que as políticas de promoção do diagnóstico, incluindo a proposição dos serviços especializados, apresentam tímidos resultados. Dentre esses resultados, estima-se que mais de 70% da população brasileira adulta jamais realizou um teste anti-HIV; existe uma baixa participação das populações – chaves em ações de prevenção. Além disso, mais de 40% das pessoas infectadas iniciam tardiamente o seguimento clínico, apresentando importante comprometimento imunológico, e 48% das gestantes infectadas não são identificadas, perdendo a oportunidade de prevenir a transmissão vertical (GRANGEIRO, et. al., 2009). Segundo Franco et al (2004), formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas.

Entre as ações necessárias para o enfrentamento da epidemia de Aids estão a necessidade de promover o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, hepatites e outras DST e ampliar a clientela atendida para além daquelas previstas nas ações programáticas consolidadas na atenção primária, incluindo as situações e populações mais vulneráveis– HSH, travestis, trabalhadoras sexuais e usuários de drogas, população privada de liberdade – que enfrentam dificuldades no acesso e vínculo a serviços de saúde. No Estado do RS, a oferta do diagnóstico também é realizada pelos profissionais das equipes de atenção básica e unidades de saúde prisional, disponibilizando o acesso ao diagnóstico e implantação do tratamento às populações específicas.

Adequar a oferta de ações e serviços de saúde ao atual cenário epidemiológico e qualificar o cuidado às PVHA, requer uma mudança de modelo de atenção não mais baseado na oferta de serviços e procedimentos na atenção especializada, mas centrado nas necessidades dos sujeitos inseridos em seus diferentes contextos de vida. Para isso, é necessário que a população e territórios estejam definidos e que se tenha amplo conhecimento de suas necessidades e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta dos serviços. Que tenha no nível primário a capacidade de integrar e coordenar a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.

4. Promoção e Prevenção à Saúde

Ao encontro da necessidade de mudanças de modelo de atenção, de uma lógica biomédica voltada para a doença e individualidade do corpo para outra que prioriza a saúde como construção histórica e social, conceitos como o de Promoção da Saúde e Prevenção são fortemente discutidos dentro das políticas de saúde, e também fora delas. A produção de saúde como uma combinação de dimensões sociais, econômicas, políticas, históricas, espaciais e culturais amplia a possibilidade de atuação neste campo. Fatores como o acesso a informação e serviços, a moradia, a renda, a escolaridade são alguns aspectos que podem produzir saúde ou doença nas populações.

Entende-se como Ações de Promoção à Saúde aquelas que envolvem a comunidade em sua globalidade, o que demanda, portanto, uma abordagem intersetorial. Promover saúde não se dirige a uma determinada doença, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar geral da população. Isso possibilita o fortalecimento de habilidades individuais e coletivas, o respeito às diferenças e singularidades dos acontecimentos, bem como os desejos e aspirações dos sujeitos e dos grupos sociais para produzir mudanças e melhorias ambientais (WHO, 1986).

Já o conceito de Prevenção à Saúde está voltado para uma concepção de risco e vulnerabilidade a alguma doença ou condição de saúde. Espera-se o conhecimento sobre os determinantes e fatores que podem provocar alguma doença ou agravo e criar ações a fim de evitá-lo. Tanto para ações de Promoção ou de Prevenção, o conhecimento sobre os fatores que produzem saúde/doença de determinado território/população precisam ser identificados.

Quando falamos em epidemia, também é importante a análise de sua dinâmica social, ou seja, os modos sociais de produção da doença, os contatos e interações sociais que potencialmente levam a ela, suas formas de representação, além das estruturas sociais que podem tornar as pessoas mais ou menos vulneráveis (LEAL, 2008). Para isso, o mapeamento da rede de atenção a saúde, o estabelecimento de um fluxo e de uma linha de cuidado, bem como a gestão desses processos de forma continuada são imprescindíveis para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

Conhecer o território onde as pessoas vivem e os equipamentos existentes na comunidade e os dados epidemiológicos são instrumentos essenciais para qualificar a adoção de políticas públicas de saúde. Sobre este aspecto, todos os serviços e atores envolvidos podem contribuir, sejam eles serviços de saúde da Atenção Básica, Serviços especializados, bem como Organizações da Sociedade Civil.

De um modo geral, tanto a promoção da saúde como a prevenção de agravos pressupõem ações para além dos serviços de saúde em si. Trata-se da utilização de espaços públicos diversos,

com equipamentos voltados para o bem-estar da população específica e da comunidade, como a disponibilização de locais para o lazer (praças, parques, cinemas, teatros), as condições para garantia dos direitos fundamentais, como a inclusão social, promoção da cidadania e fortalecimentos de vínculos e boas práticas sociais, familiares e afetivas. Também, a oferta de espaços de participação popular nas instâncias de decisão comunitárias e municipais, assim como, todo e qualquer tipo de ação que envolva a comunidade e objetive a construção de melhorias sociais podem se configurar em ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

As ações de prevenção para DST/HIV/Aids podem ser identificadas em diversos espaços dentro do território e comunidades como por exemplo, a inclusão na rotina de trabalho das unidades de saúde como o aconselhamento, oferta de testagem anti-HIV, Sífilis e Hepatites, grupos temáticos de educação em saúde na comunidade e distribuição de insumos de prevenção para DST/Aids (preservativos femininos e masculinos, gel lubrificante, kit de redução de danos). São propostas também ações conjuntas com o setor da Educação através do Programa de Saúde na Escola (PSE), com objetivo de facilitar o acesso das crianças e dos adolescentes às ações de saúde sexual e reprodutiva, informação, insumos e atividades em grupo. Incluindo também ações intersetoriais e com a Sociedade Civil sobre a prevenção da discriminação, do estigma e do preconceito às populações-chave como os transexuais, travestis, homossexuais, profissionais do sexo, privados de liberdade e usuários de drogas etc.

A epidemia de Aids continua infectando milhares de brasileiros e a partir de dados epidemiológicos, técnicos, pesquisadores, gestores de saúde e militantes da luta contra Aids iniciou-se debates e pesquisas sobre novas metodologias de intervenção, com o objetivo de implementar práticas de prevenção de forma que atendam a população brasileira, em suas especificidades e complexidades, de modo que seja diversificado o elenco de possibilidades de diminuição da epidemia.

Nesse cenário surgem as “novas” tecnologias de prevenção no Brasil, a saber: diagnosticar e tratar na perspectiva da redução da transmissibilidade; circuncisão masculina; Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) sexual e Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP).

A circuncisão masculina é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção do prepúcio, prega cutânea que recobre a glândula do pênis. Pesquisas realizadas na África comprovaram que a circuncisão reduz entre 50 e 60% a infecção pelo HIV em homens heterossexuais. Por enquanto, a mulher sem o HIV não desfruta de nenhuma proteção se mantiver relações sexuais com um homem HIV positivo (ABIA/GIV, 2011).

A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) consiste no uso de terapia com antirretrovirais de uso oral

ou em gel por pessoas HIV negativas iniciada antes da provável exposição ao HIV para populações e grupos com alto risco de infecção.

Por fim, a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) consiste no uso de medicamentos antirretrovirais por 28 dias, sem interrupção, a não ser sob orientação médica após avaliação do risco. O início desse tratamento deve ser idealmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo até as próximas 72 horas. Tem o objetivo de prevenir a infecção depois da exposição ao HIV, como, por exemplo, em uma relação sexual com pessoa soropositiva em que houve penetração sem uso de preservativos ou no caso de acidente com o uso de preservativos, tal como ruptura ou deslizamento.

A inclusão das “novas” tecnologias possibilita também ampliar a discussão sobre os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas soropositivas. Prevenção positHIVa é uma estratégia para viabilizar ações integradas de prevenção, assistência e promoção dos direitos humanos, visando atender as necessidades das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades e promover qualidade de vida. Engloba proteção a si mesmo e ao outro, com responsabilidades mútuas, na perspectiva do direito ao exercício da sexualidade e à reprodução, o viver bem com o diagnóstico e o tratamento, tendo sempre como norte a participação das PVHA, considerando suas experiências e anseios (BRASIL, 2008).

5. Educação Permanente

A necessidade de mudança nos processos de trabalho de equipes de gestão e assistência à saúde convoca a prática da Educação Permanente como uma ferramenta de trabalho.

No contexto da política Nacional de Saúde, a Educação Permanente pode ser considerada uma prática de ensino-aprendizagem, mas também como uma prática política de educação em saúde. A resolução Conselho Nacional da Saúde - CNS nº. 335/2003 (BRASIL, 2003) e a Portaria MS/GM n. 198/2004 (BRASIL, 2004) tornam a Educação Permanente uma estratégia de formação continuada para os trabalhadores da Saúde do País. A política articula ensino, trabalho e cidadania e leva em conta as peculiaridades de cada território e de cada contexto locorregional. Em toda a prática de trabalho e de vida a dimensão de ensino e aprendizagem está presente. Estimular que esses aspectos sejam colocados em reflexão, é colocar a dimensão política, a participação, o controle social e os paradigmas vigentes em questão, para assim, buscar ações transformadoras. Portanto, tem o processo de trabalho como seu objeto de transformação.

Entende-se, também, que os profissionais se transformam, na medida em que colocam em análise as formas de pensar e agir (CECCIN, 2005). Portanto o processo de subjetivação é um

componente da Educação Permanente.

No que se refere ao tema da DST e Aids assuntos relevantes a serem trabalhados são incontáveis. Com relação à implantação da Linha de Cuidado em DST/Aids nos Serviços, principalmente na Atenção Básica, temas como sexualidade, violência, relações de gênero, exposição em populações específicas, discriminação e estigma são fundamentais. A reflexão e análise de implicação de cada profissional das equipes sobre os próprios tabus e preconceitos são essenciais para a construção de uma prática humanizada e acolhedora da população. Importante incluir como temática aos profissionais da AB e SAE ações de EP sobre abordagem das coinfeções entre HIV, TB e HV, bem como o manejo da infecção conforme atribuições de cada serviço de saúde.

A Educação Permanente possibilita a reflexão sobre a realidade, o tensionamento de novas formas de trabalho e o envolvimento entre os diversos sujeitos que compõem esta rede de encontros e de afetos produzindo sempre novas configurações nas relações. Ela pode romper com modelos instituídos e constrói novos modos de se fazer saúde. Esta é sua dimensão política, é em ato e só pode ser encontrada a cada passo, na invenção da prática, é micropolítica (GUATTARI & ROLNIK, 1986), pois leva em conta as particularidades do território e as diferenças essenciais entre as pessoas.

6. Redes de Atenção Integral e Estruturação de Linhas de Cuidado em DST/HIV/AIDS.

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e estarão compreendidas no âmbito das Regiões de Saúde, ou de várias delas, de acordo com as comissões Intergestores (BRASIL, 2010¹).

Na Rede de Atenção à Saúde a AB deve ser estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída por equipe multidisciplinar que preste atendimento a toda população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. Operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado. Com isso, um dos componentes das redes de atenção à saúde é a definição de linhas de cuidado (BRASIL, 2010¹).

As Redes de Atenção deverão operar nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de

atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema. Estudos comprovam que as RAS, com sistemas mais integrados, apresentaram maior potencial de prover um contínuo de cuidado coordenado e maior eficiência no âmbito hospitalar. As razões foram a integração de processos e serviços, a estrutura de governança, o trabalho multidisciplinar, a coordenação do cuidado, a integração clínica e os sistemas integrados de informação (OPAS, 2011).

A linha de cuidado é uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, mas não é suficiente para garantir seu funcionamento. Propõe-se a identificar os múltiplos percursos possíveis do cuidado, que devem ser organizados de forma a priorizar as sequências mais racionais, mais efetivas, aproximando a gestão e o cuidado. Ela funciona com base nos Projetos Terapêuticos, pois este aciona, ou dispara a Linha de Cuidado Integral.

As linhas de cuidado (LC) constituem uma estratégia de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção em determinado território, visando a condução adequada (oportuna, ágil e singular) das diversas possibilidades de diagnóstico e terapia, frente aos usuários do sistema de saúde, como resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

O exercício da LC pressupõe respostas globais e não-fragmentadas dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Por meio das LC se dá a coordenação do continuum assistencial, tendo como processos estruturantes a pactuação, a contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas entre diferentes pontos de atenção e os profissionais respectivos. A implantação das LC se dá, obrigatoriamente, a partir das unidades de APS, aqui consideradas como responsáveis pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da RAS (OPAS, 2011).

A efetivação da linha do cuidado requer a implicação e pactuação entre todos os atores envolvidos na coordenação dos serviços e recursos assistenciais. Além disso, ressalta-se a necessidade de disponibilizar recursos que alimentem a LC, especialmente a ampliação da oferta pontual de serviços da atenção secundária e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS, bom como dos seus fluxos e contratos com o setor privado, garantindo a contra-referência dos serviços especializados às equipes de AB/ESF responsáveis pela gestão do projeto terapêutico, de forma a assegurar o acompanhamento e responsabilização pelo usuário.

7. Linha de Cuidado para PVHA e outras DST no Estado do Rio Grande do Sul

Esta linha de cuidado tem por objetivo definir o fluxo de atenção à saúde e o cuidado às PVHA e ampliar acesso ao diagnóstico ao HIV, hepatites virais, Sífilis e outras DST. Os diagramas apresentados (figura 1) seguem a notação da simbologia empregada pela OMG/BPMN (Object

Management Group/Business Process Model and Notation), organismo internacional de padronização gráfica das representações e modelagens de processos, desenvolvido no aplicativo Bizagi Process Modeler Freeware, versão 64 bits de setembro de 2013.

Notação dos símbolos de modelagem de processos

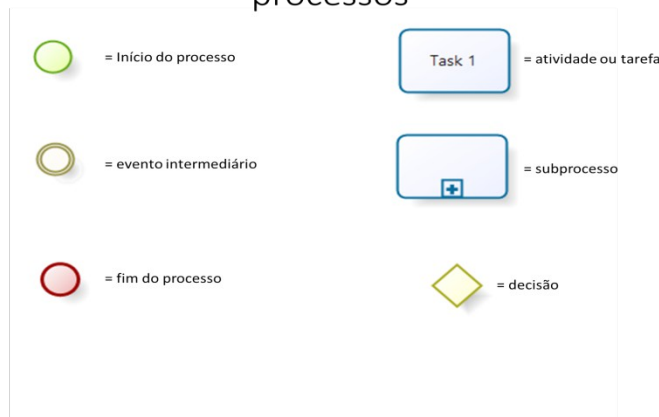


Figura 1: Notação dos símbolos de modelagem de processos

Para nortear a LC, utilizou-se a classificação de risco das situações divididas em 4 estratos estabelecendo as competências dos diferentes níveis de atenção. Para definir os níveis de atenção mais apropriados, resolutivos para o cuidado das PVHA, foram utilizados critérios relacionados a estratificação de risco. As gestantes e crianças expostas não foram estratificadas porque não tiveram critérios clínicos considerados, ou seja, são situações específicas que necessitam de acompanhamento pelo serviço especializado, independente da severidade do agravo e capacidade para o auto cuidado.

7.1 Estratificação de Risco – Competências no cuidado às PVHA nos diferentes níveis de atenção (ANEXOII):

<i>Estrato</i>	<i>Situação</i>	<i>Atenção Básica</i>	<i>SAE/CTA</i>	<i>Outros pontos de atenção</i>
I	População geral: Pessoas sem diagnóstico ou com resultados não reagentes para HIV, com a presença de fatores de vulnerabilidade individual, social e/ou programática;	<p>Ações de promoção e prevenção direcionadas a abordagem de fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida;</p> <p>Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR a população em geral;</p> <p>Acolhimento e aconselhamento;</p> <p>Orientar a população sobre novas tecnologias de prevenção;</p> <p>Acolher e encaminhar casos que</p>	<p>Ações de promoção e prevenção direcionadas a abordagem de fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida;</p> <p>Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR a populações vulneráveis;</p> <p>Acolhimento e aconselhamento;</p> <p>Matriciamento e apoio através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;</p>	<p>A AB e o SAE/CTA devem promover articulação de ações de promoção e prevenção com os demais pontos de atenção aos usuários como, por exemplo, os CAPS, CRAS, serviços de referência em TB, equipes de saúde prisional.</p> <p>Usuários atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para seus territórios de origem após alta para acompanhamento;</p>

		necessitem de PEP sexual;	Adoção de tecnologias de prevenção como a Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP).	UPAs, emergências hospitalares: primeiro atendimento de PEP Sexual e referenciar para SAE/CTA para continuidade do acompanhamento.
2	Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ \geq 500)	<p>Oferta de TARV esclarecendo riscos e benefícios;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; <p>Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento;</p>	Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;	UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;
3	Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ < 500 até 350);	<p>Indicação de TARV na AB. Apoio e matriciamento do cuidado pelo SAE;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; <p>Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento;</p>	Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;	UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;
4	<p>Portadores de HIV sintomáticos* com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeção TB e hepatites;</p> <p>Usuários com LT CD4+ < 350);</p> <p>Usuários que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou parafeitos.</p>	<p>O usuário deverá ser atendido pela AB nos cuidados que competem a esse nível de atenção à saúde.</p> <p>Encaminhamento para SAE para seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; 	<p>Atendimento pelo SAE compartilhado com a AB;</p> <p>Após estabilização clínica (dois resultados de CV indetectáveis consecutivos e CD4+ >350) o cuidado é reassumido pela AB.</p>	O atendimento em nível terciário pode ser necessário. Após alta o usuário deve ser encaminhado ao SAE de referência.

S/E**	Gestantes portadoras de HIV sem comorbidades que definam alto risco ***	<p>Cuidado compartilhado entre AB e SAE;</p> <p>Seguimento conforme: - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. - Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. - PTS;</p> <p>Orientação e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;</p>	<p>Cuidado compartilhado entre AB e SAE;</p> <p>Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012 e as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p> <p>Realizar genotipagem e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;</p>	<p>As gestantes podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme critérios de definição de gestação de alto risco.</p> <p>As maternidades devem realizar o atendimento as gestantes conforme as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p>
S/E**	Crianças expostas ao HIV	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Seguimento conforme: - Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. - PTS; - Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.</p>	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014.</p> <p>Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.</p> <p>Acompanhamento do caso até confirmação diagnóstica. Caso resultado negativo, a AB assume o caso em sua integralidade. Se resultado positivo, as crianças permanecerão em atendimento no SAE com compartilhamento do cuidado com a AB.</p>	<p>As crianças expostas podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme o quadro clínico.</p> <p>As maternidades devem realizar o atendimento as crianças expostas conforme Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p>

S/E**	Crianças e adolescentes com HIV/Aids***	Cuidado compartilhado entre SAE e AB; Seguimento conforme: - Atendimento a crianças e adolescentes com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. - PTS; - Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.	Cuidado compartilhado entre SAE e AB; Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.	Crianças e adolescentes atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para SAE após alta para acompanhamento;
-------	---	--	--	--

* Os critérios adotados para definição de portadores assintomáticos e sintomáticos estão descritos no capítulo 7 (Tratamento Antirretroviral) do *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2013³)*.

** Sem estratificação

*** Gestação de Alto-Risco: vide anexo XI

**** Considera-se como adolescência a faixa etária que compreende o período que vai dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias, conforme a defini o da Organiza o Mundial da Saúde (OMS).

Esta proposta está baseada no grau de severidade do agravo, porém deve-se avaliar a capacidade de autocuidado. Nas situa es em que o usuário tem a capacidade de auto cuidar-se muito limitada, como por exemplo na necessidade de acompanhamento ou internaq o domiciliar, deverá ser levado em considera o a potencialidade da AB em dispensar um cuidado mais individualizado e integral. Neste caso, provavelmente o cuidado será mais adequado se realizado pela AB com matriciamento per dico e contínuo pelo serviço especializado.

A capacidade de autocuidado  , em boa parte, subjetiva, e depende da percep o do profissional de saúde ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condi o de saúde, mas há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar estes aspectos. Entre as características que devem ser consideradas são: o conhecimento e as crenças sobre a condi o de saúde; as atitudes, a confiança e a motiva o frente a mudanças; a importância dada   condi o; e a presença e força das redes de suporte social (MENDES, 2012).

Mendes 2011, propõe a dicotomiza o da capacidade de autocuidado em **SUFICIENTE** ou **INSUFICIENTE**. Dentro dessa proposta, considera-se como **INSUFICIENTE** a capacidade para o autocuidado se, diante do julgamento clínico, realizado por um profissional que conhece a pessoa e o seu contexto, alguns dos aspectos do quadro abaixo são identificados.

Quadro 1. Situações da pessoa que apresenta capacidade para o autocuidado insuficiente

Dificuldade de compreensão de sua condição de vida e saúde;
Desinteresse na mudança de comportamento necessária para melhora da sua condição;
Baixo suporte social (ausência de apoio familiar, dificuldades sócio-econômicas) ;
Baixa autoeficácia, não se vendo como agente de mudança de sua saúde;
Recolhe-se em sua condição, sem ação para melhoria da mesma;
Abandona o acompanhamento porque não atingiu uma de suas metas;
Depressão grave com prejuízo nas atividades diárias.

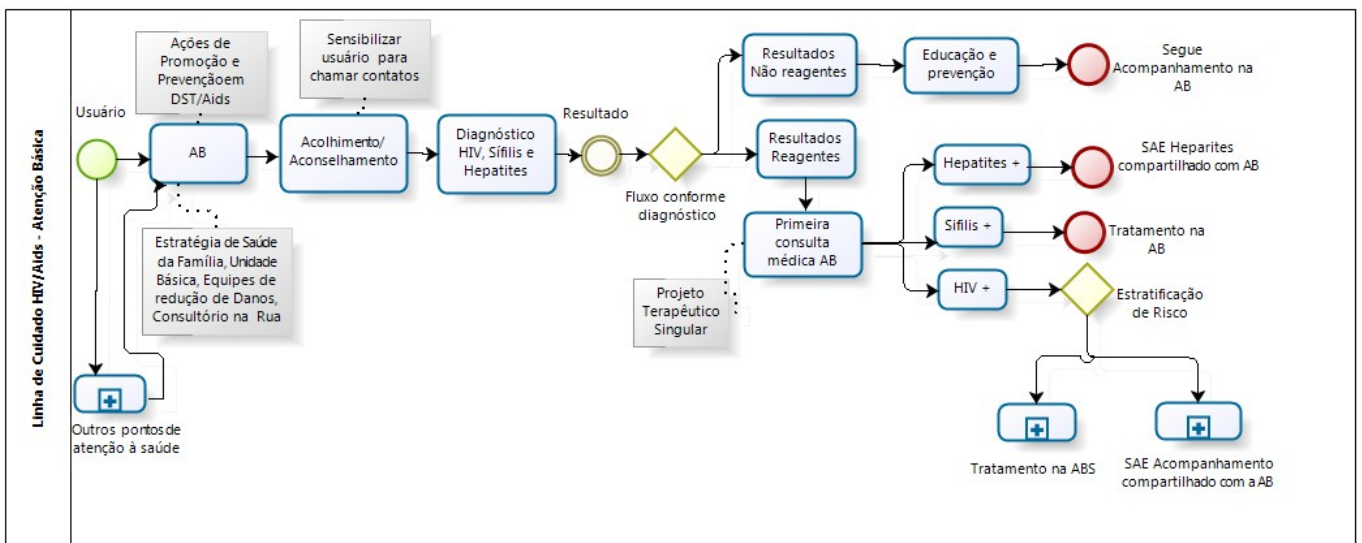
Cabe destacar que a avaliação da capacidade de autocuidado apresenta um caráter muito dinâmico e dependente da postura da pessoa diante de sua condição crônica, bem como aspectos específicos de avaliação do autocuidado. É desejável que pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente. Para isso, é fundamental o papel dos profissionais das equipes de Atenção Básica no sentido de apoiar os portadores de condições crônicas a se informarem e adotarem uma postura proativa de cuidado.

Com base no exposto sobre estratificação de risco e capacidade de autocuidado, é importante destacar as peculiaridades do atendimento a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids e outras DST. Para compreensão desse indivíduo algumas diferenças precisam ser consideradas no que diz respeito à forma e idade que ocorreu a transmissão, como avaliação de sua condição clínica, imunológica, psicossocial e cultural. Os adolescentes que se infectaram por transmissão vertical constituem um grupo que apresenta variações no comprometimento imunológico, podendo ocorrer retardo puberal, alterações de desenvolvimento neurocognitivo. Parte desse grupo atinge a adolescência exposto a múltiplos regimes ARV, apresentando vários efeitos adversos, com reduzidas opções terapêuticas.

Já os adolescentes que adquiriram HIV por transmissão horizontal geralmente são mais velhos, com pouca ou nenhuma exposição aos ARV, podendo também apresentar agravos sociais diversos. Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos e atuem auxiliando os adolescentes a compreenderem e aceitarem seu diagnóstico e tratamento, devendo ser esclarecido e informado através de linguagem acessível sobre a infecção pelo HIV e outras DST, objetivos do tratamento, adesão, saúde sexual e reprodutiva, bem como sobre vulnerabilidade, preconceito, discriminação, saúde mental, entre outros (BRASIL, 2014²).

7.2 Acesso ao diagnóstico na Atenção Básica

O primeiro fluxograma (ANEXO III) da Linha de Cuidado está relacionado ao acesso ao diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais na **Atenção Básica (AB)**, que se refere a unidades como, Estratégia de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Equipe de Atenção Domiciliar (EAD), equipes de Redução de Danos e Consultório de Rua, sendo a ordenadora do cuidado e da atenção à saúde, portanto, a porta de entrada principal do usuário.



Os serviços de AB devem ser estruturados para possibilitar o cuidado integral, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde, buscando uma atenção contínua.

A atenção integral a esse grupo de agravos necessita do fortalecimento da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde existentes no município/região. É fundamental que a organização dos serviços de saúde seja capaz de promover um melhor acesso àqueles que buscam o serviço e àqueles que identificamos como tendo dificuldades de acessá-los. Para isso, é necessário identificar as pessoas e situações de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e correspondendo as necessidades.

Também se faz necessário o desenvolvimento de ações na comunidade que promovam o aumento da percepção de risco para esses agravos, além de estimular a adoção de práticas seguras para a saúde. Com isso, ressalta-se que UBS resolutivas e de fácil acesso são capazes de promover

um forte impacto na epidemia do HIV/Aids e na incidência das DST no país (BRASIL, 2006¹).

O **usuário** é considerado como toda pessoa que busca o cuidado à saúde, em seus diversos ciclos vitais. Cabe ressaltar que quando se trata de menores de 18 anos, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2010⁴), a testagem anti-HIV deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema, conforme estabelecido no ofício **1.865/96** do **Conselho Federal de Medicina** e conforme o **Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997**, no qual a testagem e entrega de exames anti-HIV podem acontecer pelo livre-arbítrio do adolescente.

O **acolhimento** deve ser entendido como uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica e entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas, mas sim um importante momento para vincular o usuário ao serviço de saúde (BRASIL, 2013⁴).

O **aconselhamento** em DST/Aids deverá se desenvolver de forma espontânea e natural iniciado oportunamente no acolhimento, não de uma forma burocratizada e com roteiro pré estabelecido. É um momento estratégico para ações de prevenção, de educação em saúde e para a detecção precoce de agravos, necessário também reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações durante esse processo. O aconselhamento deve ser um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que identifique e avalie suas vulnerabilidades, adote práticas mais seguras, tome decisões e encontre formas de enfrentamento para os seus problemas. Os usuários devem ser esclarecidos sobre a importância de comunicar seus parceiros sexuais sobre o quadro de infecção existente, trazendo-os para o aconselhamento, diagnóstico e tratamento adequados, obedecendo aos princípios da confidencialidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação (BRASIL, 2006¹).

Cabe lembrar que esse momento deve ser utilizado para investigar sobre as demais DST, já que ter contraído uma DST significa possível exposição também ao HIV, com objetivo de prevenir e tratar tais agravos. Além disso, a ocorrência de DST é facilitadora para infecção pelo HIV. Estudos mostraram que pessoas com DST e infecções do trato reprodutivo não ulcerativas têm um risco aumentado em 3 a 10 vezes de se infectar pelo HIV, o que sobe para 18 vezes se a doença cursa

com úlceras genitais. Por outro lado, se o portador de HIV também é portador de alguma DST, mais facilmente transmitirá o vírus aos seus parceiros sexuais. Estudos comprovaram que a concentração média de HIV no líquido seminal é oito vezes maior em homens com uretrite, sem diferença na concentração sanguínea; após o tratamento, a concentração seminal volta a ser comparável. O HIV também está presente na secreção cérvicovaginal numa frequência duas vezes maior entre mulheres com gonorreia, três vezes maior na presença de clamídia e quatro vezes maior se existe ulceração no colo uterino ou na vagina (BRASIL, 2005).

Durante o aconselhamento aconselha-se utilizar da estratégia da **Abordagem Consentida**, que é o contato, mediante autorização prévia, com os usuários que não retornam às unidades de saúde para receber os resultados de testes realizados para HIV e outras DST, ou com os que não comparecem ao tratamento. Deve ser garantido ao usuário o direito de decidir pelo contato ou não, bem como o melhor meio de estabelecimento deste contato pelo serviço de saúde (BRASIL, 2007).

A escolha do **método de diagnóstico** deve ser feita levando em consideração a oportunidade, agilidade necessária e disponibilidade deste nas diversas portas de entrada/serviços de saúde. Recomenda-se a priorização do diagnóstico pela testagem rápida visto que esta tecnologia está disponível para as unidades de atenção básica e garante um resultado seguro em menor tempo, sem necessitar de encaminhamentos para realização da coleta de sangue e não requerer estrutura laboratorial.

Os testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e C deverão ser realizados por profissionais da saúde, devidamente capacitados para realização da testagem. (BRASIL, 2013⁵).

O momento de entrega de **resultados não reagentes** deve ser aproveitado para realizar ações de prevenção, discutir com o usuário a adesão ao uso do preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas, no caso de usuário de drogas injetáveis. Em conjunto com o usuário definir um plano viável de redução de riscos que levem em consideração as questões de gênero, vulnerabilidade para o HIV e outras DST, diversidade sexual, uso de drogas, situação de privação de liberdade e planejamento familiar. Explicar para o usuário que resultados não reagentes não significam imunidade e considerar também o período de janela imunológica e a realização de novo teste caso seja necessário (BRASIL, 2006¹).

Os casos de **resultados reagentes** deverão ser manejados conforme cada situação. Os testes rápidos (TR) de sífilis, hepatite B e C são testes de triagem e necessitarão de outros exames de laboratório para confirmação do diagnóstico. O tratamento de sífilis do usuário (a) e parceiro deve ser realizado na AB. O diagnóstico do HIV pode ser obtido com a realização de dois testes

rápidos de marcas diferentes validados pelo MS. O primeiro teste reagente deve ser confirmado com um segundo teste (BRASIL, 2013⁶). É importante permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos. Reafirmar com usuário que resultado reagente para HIV não significa estar doente de Aids e reforçar as possibilidades de tratamento e cuidado à sua saúde no geral. Além disso, contribuir para a construção de um plano viável de redução de riscos que leve em conta questões de gênero, vulnerabilidade, planejamento familiar, diversidade sexual e uso de drogas (BRASIL, 2006¹).

Os usuários soropositivos para HIV deverão ser testados para as hepatites virais B e C. O diagnóstico de hepatite B é estabelecido com a sorologia positiva (HBSAg), porém para o diagnóstico de hepatite C são necessárias a sorologia (anti-HCV) + a carga viral. Todos esses exames devem ser solicitados pela AB. Os pacientes coinfectados Aids/Hepatites crônicas B ou C devem ser encaminhados para Serviço Especializado para acompanhamento clínico e laboratorial, bem como para o seguimento do tratamento.

A elevada prevalência da coinfeção tuberculose e HIV no Brasil, impõe a necessidade de ampliar o acesso da população, particularmente os portadores de TB, ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, bem como o rastreamento precoce de TB nas PVHA (MS, 2011). Os profissionais devem ser capacitados para investigar sintomas sugestivos de TB (febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento) em todas consultas das PVHA, instituir o tratamento adequado e estabelecer estratégias para adesão ao tratamento de ambas patologias com enfoque para o Tratamento Diretamente Observado (TDO) para tuberculose. Lembrando sempre que as pessoas privadas de liberdade têm maior exposição a essas patologias, sendo necessário estabelecer o fluxo para testagem precoce e tratamento adequado, minimizando a transmissibilidade e melhorando a qualidade de vida (BRASIL, 2013²).

É importante reforçar que HIV/Aids, HIV em gestantes ou puérperas, crianças expostas ao risco de transmissão vertical ao HIV, hepatites virais, sífilis adquirida, congênita e em gestantes, além da tuberculose, devem ser notificados no SINAN, pois são doenças de notificação compulsória conforme estabelecido em Portaria 1.271 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Todos os usuários com resultados reagentes devem ser encaminhados para **consulta médica**. A **primeira consulta médica** é um momento fundamental para o usuário, pois além da avaliação clínica é realizada uma abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico que auxilia na avaliação da condição geral de saúde, indicação de início de TARV e a pesquisa de comorbidades. As condutas preconizadas estão descritas no **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS**. Neste momento se inicia a

elaboração do Projeto Terapêutico Singular do usuário.

O **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) é o conjunto de atos assistenciais pensados e compartilhados com o usuário com o objetivo de resolver determinado problema de saúde com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, mas é também social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, um olhar integral sobre o problema de saúde, que vai considerar todas estas variáveis na avaliação do risco. Com base na estratificação de risco é definido o Projeto Terapêutico e a partir dele o trabalhador de saúde vai orientar o usuário, conforme referência e/ou matriciamento, para utilização dos recursos necessários ao atendimento à sua necessidade na rede de serviços. Todo projeto terapêutico deve ser elaborado pela equipe com a participação do usuário, pois este é cogestor e corresponsável pelo sucesso do seu tratamento.

Um Projeto Terapêutico deve ser *Singular* e não *Individual*. O singular e o individual designam duas formas distintas de considerar a pessoa que estamos acolhendo e cuidando. Ao considerar o sofrimento, o diagnóstico e os sintomas como de ordem individual, efeito de problemas de caráter pessoal, físicos ou mentais, estamos enfocando a individualidade. O olhar sobre *individualidades* acaba por priorizar, na construção dos projetos terapêuticos, ações que não consideram o entorno social e supervalorizam as variáveis relacionadas ao indivíduo e sua “doença” no processo do cuidado.

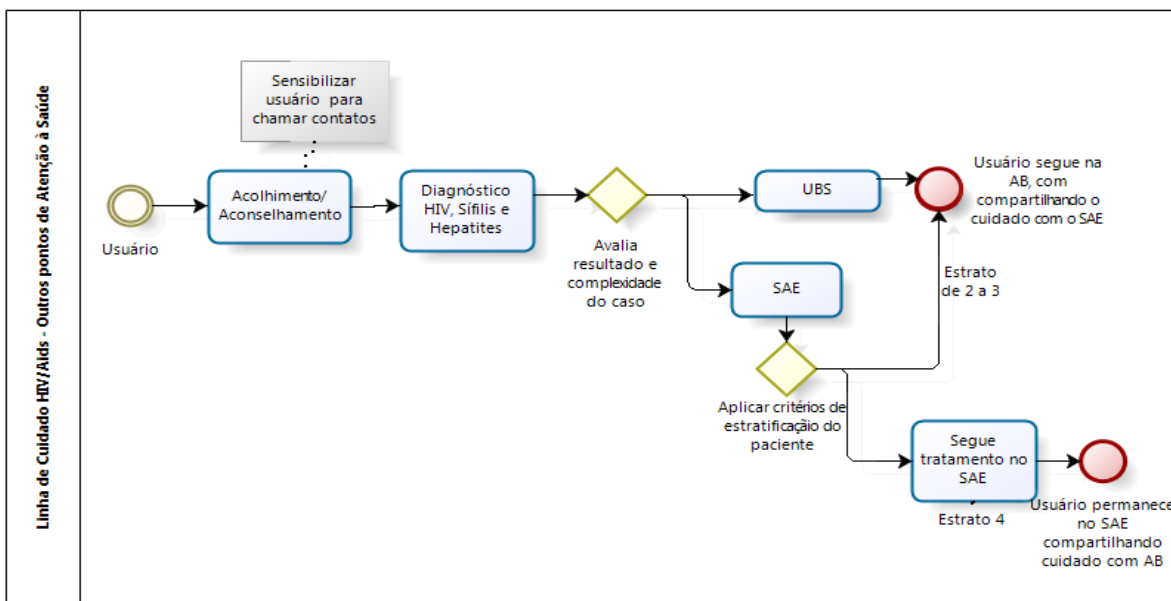
Por outro lado, quando consideramos o sofrimento, o diagnóstico e os sintomas como da ordem do que se produz no laço aos outros e, portanto, efeito do processo social, torna-se possível focar o cuidado às singularidades. Dizer que um projeto terapêutico é singular significa dizer que se pactuou com o usuário um conjunto de ações e dispositivos de cuidado diferente de qualquer outro. Singularidade é um outro nome para diferença. Nesse caso, um acompanhamento que trabalha com *singularidades* constrói estratégias não apenas para e com o usuário, isoladamente, mas para e com as famílias, os grupos, as redes de apoio social e afetivas, as comunidades. Todos estes atores passam a ser envolvidos, de algum modo, no processo de superar e/ou construir modos de se relacionar com o sofrimento, os sintomas e os diagnósticos de um usuário. Nesse sentido, aqui se incluem as ações de promoção de saúde e prevenção ao HIV/AIDS, envolvendo as comunidades e atores sociais nesse processo.

Dessa forma, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado de cada usuário, na relação de vínculo, ao identificar questões de sofrimento psíquico com relação ao seu diagnóstico/tratamento de HIV/AIDS, é preciso construir um projeto terapêutico singular que fortaleça os fatores de proteção do usuário e amplie as possibilidades de promoção de saúde, podendo contar com os diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial nessa construção

do PTS, para compartilhamento do cuidado junto a Atenção Básica e saúde mental.

7.3 Outros Pontos de Atenção à Saúde

Os **Outros Pontos de Atenção à Saúde** (ANEXO IV) tratam-se de locais, serviços e/ou instituições que também sejam portas de entrada ao SUS e/ou facilitadores de acesso aos usuários como por exemplo, os CAPS, CRAS, serviços de urgência e emergência, CTA, serviços de referência em TB, equipes atenção básica implantadas em unidades prisionais.



Powered by
bizagi
Modeler

Os **Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)** são importantes pontos de atenção à saúde, pois são espaços de acolhimento e prevenção, principalmente para segmentos populacionais mais vulneráveis. Nesse sentido, o CTA exerce papel central na efetivação do princípio da equidade no SUS, incluindo a particularidade de segmentos populacionais mais vulneráveis, levando-se em conta os contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais. Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, travestis e transexuais são segmentos populacionais reconhecidamente mais vulneráveis à infecção pelo HIV e hepatites B e C, cabendo aos CTA fazer esforços para identificá-los e promover seu acesso à testagem, aconselhamento e insumos de prevenção, bem como

possibilitar segmento longitudinal do cuidado, estabelecendo vínculo a esses usuários. (BRASIL, 2010¹). Cabe a este serviço identificar o território a qual pertence este usuário e orientá-lo a buscar atendimento e vincular-se a unidade básica de saúde de sua referência.

Os CTA colaboram com estratégias de educação permanente para o resgate da rede de atenção à saúde, no que se refere à implantação e implementação das ações de aconselhamento, diagnóstico e prevenção destes agravos nos serviços da rede. Também são espaços potentes para a adoção de tecnologias de prevenção como a Profilaxia Pós-Exposição sexual (PEP).

O atendimento ao usuário nos **Serviços de Urgência e Emergência** é outro ponto de atenção e porta de entrada, já que muitos indivíduos infectados têm procurado a assistência nesses locais em virtude de complicações/agravos da própria patologia. Esse deve ser um momento de diagnóstico de DST/HIV/Aids e hepatites virais B e C, sendo estimulado sempre que necessário a testagem dependendo do contexto clínico, já que diagnosticar prontamente a infecção pelo HIV pode redirecionar condutas (propedêuticas e/ou terapêuticas) nas intercorrências agudas. Nas situações resultados reagentes para DST/HIV/Aids é importante lembrar de sensibilizar o usuário a chamar os contatos para testagem e aconselhamento. Esses serviços também são potentes para implantação e primeiro atendimento de PEP sexual (profilaxia pós-exposição sexual), quando a situação assim indicar, referenciando para SAE/CTA para seguimento do cuidado (BELO HORIZONTE, 2012).

Com o advento da terapia antirretroviral, os portadores do HIV têm apresentado uma sobrevida cada vez mais longa, assim o perfil destes pacientes que procuram os **serviços de urgência** também vem se modificando. Antes, as complicações infecciosas e neoplásicas associadas à imunossupressão causada pelo HIV/Aids constituíam as principais causas da descompensação clínica. Atualmente, doenças não relacionadas à imunossupressão pelo HIV, como complicações cardiovasculares, renais, psiquiátricas, efeitos adversos dos medicamentos (TARV) têm sido cada vez mais frequentes, aumentando a complexidade no atendimento de urgência destes pacientes (BELO HORIZONTE, 2012).

Nos **Outros Pontos de Atenção à Saúde** também entra a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para o compartilhamento do cuidado, quando, a partir do Projeto Terapêutico Singular, isso se fizer necessário. Os componentes que fazem parte da RAPS são dispositivos importantes para trabalhar junto aos usuários e também com sua equipe de referência na Atenção Básica, as questões relacionadas ao seu processo de cuidado com relação ao DST/HIV/AIDS.

São componentes vinculados à Atenção Básica:

Os **Núcleos de Apoio a Atenção Básica – NAAB** são dispositivos criados para fortalecimento com inserção de uma equipe multiprofissional de apoiadores junto às equipes de Atenção Básica. Almeja, especialmente, a mudança de modelo de atenção, devendo estar preparadas para trabalhar nas ações de apoio matricial também as questões relacionadas ao HIV/AIDS e a ampliação dos fatores de proteção e cuidado para fortalecer esse acompanhamento junto às equipes de referência.

As **Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica** são destinadas à Promoção da Saúde e configuram-se como *lócus* de práticas coletivas, de convívio entre as pessoas das comunidades e, ainda, como espaços de inclusão social. Têm o intuito de fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. Consistem em encontros realizados no território da atenção básica em que se realizam atividades criativas, ampliando ações de promoção de saúde, também pode-se trabalhar com os usuários a relação do cuidado de si e do outro, que tem muita relação com o processo de cuidado longitudinal do DST/HIV/AIDS.

Destinadas a municípios com população superior a 16 mil habitantes, criou-se o financiamento para as **Composições de Redução de Danos**, articulados entre a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, a Política de Controle de DST/HIV/AIDS e a Política de Atenção Básica, as quais também operam nesta mesma lógica de fortalecimento do cuidado no território pela atenção básica. O trabalho de campo visa aproximar-se dos cenários e experiências do uso de drogas para criar com o usuário estratégias de cuidado singular. O cuidado singular pode compreender também estratégias como distribuição de insumos – preservativos, materiais informativos, bem como trocas de seringas com usuários de drogas injetáveis para prevenção ao HIV/AIDS e hepatites virais, e outros insumos que se fizerem necessários. Trata-se, principalmente, de construir projetos de vida nos quais o cuidado de si e do outro é possível, independentemente da presença ou ausência de abstinência. Neste dispositivo, cada equipe é formada de três profissionais de nível médio ou superior que organizam seu processo de trabalho de modo a realizar atividades de campo de redução de danos nas cenas de uso e articulam práticas de apoio matricial sobre redução de danos para outras equipes da rede de atenção psicossocial. As composições de RD contribuem para transversalizar a ética da redução de danos, da integralidade, equidade e universalidade do cuidado na rede de saúde e intersetorial.

Como dispositivo de Atenção Especializada, a RAPS conta os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, que são dispositivos de base comunitária, cujo processo de trabalho precisa ser caracterizado por plasticidade suficiente para se adequar tanto às necessidades das pessoas

em sofrimento psíquico grave, relacionados ou não ao uso de álcool e outras drogas, quanto às de seus familiares. Os CAPS, em suas diferentes modalidades, são os pontos de referência estratégicos no desenvolvimento de projetos de cuidado e proteção para usuários e familiares nos momentos mais intensos do sofrimento, sendo de sua responsabilidade a atenção à crise, o acompanhamento longitudinal a partir de planos terapêuticos singulares de reabilitação psicossocial, o apoio matricial em saúde mental para os demais pontos da rede na direção do compartilhamento do cuidado e a transferência do cuidado dos usuários que não demandem cuidado intensivo para a atenção básica (BRASIL, 2011b e 2012a).

A RAPS inclui ainda a **atenção hospitalar em hospitais gerais** como um dos pontos a ser qualificado para a efetivação das redes de cuidado. Entende-se que os leitos hospitalares são um componente importante da atenção, mas que seu funcionamento apenas é efetivo quando em articulação aos demais pontos da rede.

Como componente de moradia transitória, a RAPS conta com as **Unidades de Acolhimento–UA**, que são pontos de atenção de ambiente residencial de caráter transitório, com funcionamento 24 horas, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O tempo de permanência neste dispositivo é de até seis meses e o ingresso é definido pela equipe do CAPS de referência, conjuntamente com o usuário e familiares, a partir de um projeto terapêutico singular. Tais dispositivos destinam-se a pessoas com uso problemático de drogas, que se encontram em situação de grande vulnerabilidade social, e configuram-se como uma alternativa para evitar internações hospitalares de longa permanência. As Unidades de Acolhimento visam ainda a fortalecer a longitudinalidade e intersetorialidade do cuidado, ao se articular aos demais pontos da rede de saúde e intersetorial para garantir cuidados contínuos em saúde (nos CAPS, ESF, HG etc.), bem como acesso à educação, trabalho e renda e outros direitos sociais (BRASIL 2012b).

Desse modo, este ponto da rede se difere das **comunidades terapêuticas**, as quais o Estado conta com vagas contratualizadas e monitoradas, pelo seu caráter laico, pela não padronização do acompanhamento e do tempo de permanência do usuário e pela sua capacidade de articulação com a rede de saúde e intersetorial.

No que diz respeito às DST/HIV/Aids, é necessário identificar condições que fragilizam ou tornam a pessoa vulnerável ao adoecimento, não pelo seu comportamento de risco e, sim, pelo conjunto de aspectos de sua vida particular e coletiva, do contexto sócio- econômico e ambiental e, ainda, das respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades de saúde.

A adoção do termo **vulnerabilidade** permite traduzir a complexidade dos aspectos

individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por aids (Mann e col., 1993; Ayres e col., 2002).

Trata-se de não centrar as políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas interdependentes e cambiantes identidades. Por outro lado, não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem (AYRES, 2002).

Conforme manual sobre prevenção ao HIV, produzido pela agência internacional UNAIDS, o conceito de vulnerabilidade está definido como

A vulnerabilidade resulta de uma gama de fatores que reduzem a habilidade dos indivíduos e das comunidades de evitarem a infecção pelo HIV. Esses fatores podem incluir: (I) fatores pessoais, tais como a falta de conhecimento e das habilidades necessárias para se proteger e proteger outras pessoas; (II) fatores relativos à qualidade e a cobertura de serviços, como a falta de acesso aos serviços devido a distância, ao custo ou a outro fator; (III) fatores sociais como normas, práticas sociais e culturais, leis que estigmatizam e desempoderam certas populações, e que agem como barreiras para mensagens essenciais a respeito da prevenção ao HIV. Tais fatores, cada um por si mesmo ou a combinação destes, podem criar ou exacerbar a vulnerabilidade dos indivíduos e, conseqüentemente, a vulnerabilidade coletiva ao HIV. (UNAIDS, 2007: 4).

Compreende-se que o risco para a infecção por HIV e a prevenção à Aids passam por relações de raça, gênero, classe e de geração; relações sociais que são históricas e que, por isso mesmo, não são fixas e nem universais. Essa perspectiva ganha evidência a partir da proposta de Jonathan Mann, que explica que a vulnerabilidade pode ser determinada em três dimensões – a individual, a social e a programática (MANN, 1993).

Considerando a categoria HSH (homens que fazem sexo com homens), para além do fator individual, esse grupo sofre também do fator social, pois, existem *leis que estigmatizam e desempoderam certas populações*. A recusa a uma identidade estigmatizada, como os gays, produz indivíduos que querem se afastar dessa imagem e, portanto, *não recebem as mensagens essenciais a respeito da prevenção*, já que estas mensagens estão focadas em grupos homossexuais. A população de “gays e outros HSH” nos remete a uma diferença para o grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH), mas não se identificam com a identidade

homossexual e, portanto, não estão incluídos na categoria gay. Quando se fala “outros HSH” percebe-se um caráter de apêndice em relação à categoria gay e uma suposta homogeneidade, perdendo de vista as especificidades desse grupo (BRASIL, 2001).

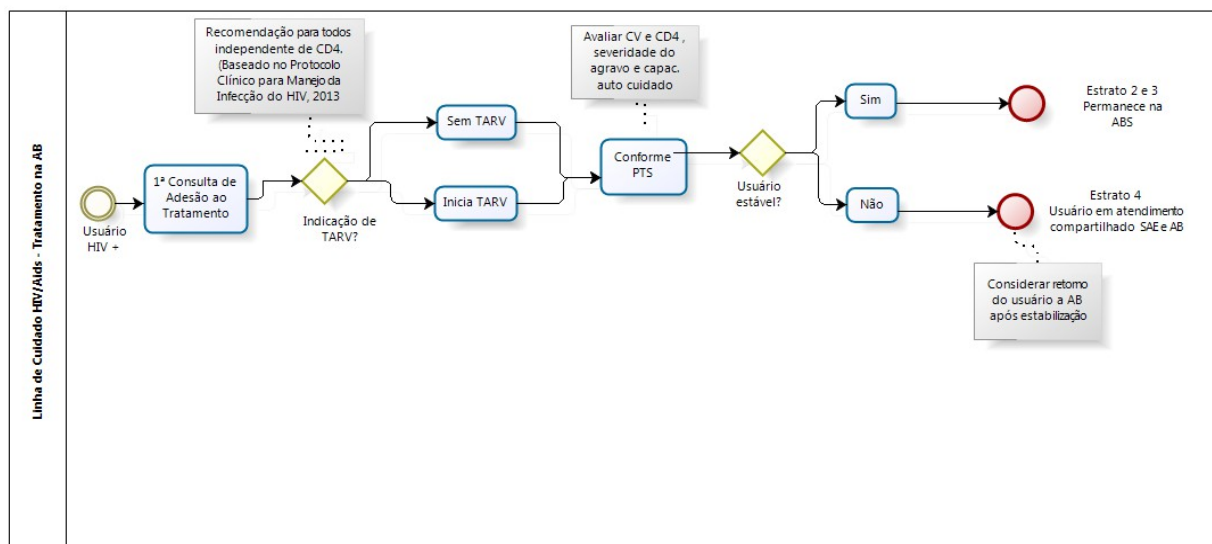
Inicialmente foi forjado o conceito de *grupos de risco*, representando a doença como a “peste gay” ou “câncer rosa” (GALVÃO, 2000), construindo uma história social da Aids através de uma trajetória complexa e caracterizada por suas relações com a questão do estigma e discriminação. Depois desse primeiro momento, a ideia de *promiscuidade*, para além das identidades sexuais, centrou-se nas práticas sexuais, dando destaque para prostitutas, travestis e michês, e no número de parceiros sexuais. Outros subconjuntos foram incluídos nos então chamados “grupos de risco”, também por suas práticas, como os usuários de drogas injetáveis (KNAUTH, 1998; VÍCTORIA & KNAUTH, 1999). Na medida em que a epidemia toma outros contornos, como sua feminização e interiorização, novas configurações sociais entram na agenda.

Assim, a formulação e execução da política de saúde, a partir do conceito de “vulnerabilidade”, está diretamente relacionada a grupos específicos, como os gays e *outros* HSH. Portanto, esses são considerados pela política de prevenção como uma população prioritária, necessitando de ações específicas para esse segmento. Para os gestores de saúde, as organizações da sociedade civil LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) são as suas principais parceiras. São pioneiras nas ações, com a distribuição orientada e gratuita de preservativos, reuniões e oficinas temáticas junto à população LGBTTT e população privada de liberdade como práticas regulares de suas agendas.

As abordagens feitas pelo profissional de saúde levando em consideração os diferentes tipos de vulnerabilidade a que os usuários estão sujeitos, durante o processo de aconselhamento, são potentes na construção de uma proposta mais efetiva de prevenção e cuidado para a pessoa que está sendo atendida.

7.4 Tratamento na Atenção Básica

O fluxograma abaixo apresenta a recomendação do tratamento do usuário HIV positivo na AB (ANEXO V).



Ao usuário com **resultado reagente para HIV** é de fundamental importância o acesso à consulta **de adesão** para que seja preparado para o início do tratamento, devendo ocorrer sempre que for necessário, para auxiliá-lo na continuidade do tratamento.

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social. É muito importante que o usuário conheça as características da doença e entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, a fim de atingir adequada supressão da replicação virológica. Ainda, é essencial que o usuário tenha conhecimentos básicos sobre a doença, as formas de transmissão, o significado e a utilidade dos exames laboratoriais (como a contagem de linfócitos T-CD4 e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazo relacionados a TARV. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento. A avaliação clínica e psicossocial do paciente permite identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com o diagnóstico positivo para HIV (BRASIL, 2013³).

A decisão de iniciar a TARV, bem como a elaboração do plano terapêutico deve ser de responsabilidade compartilhada entre o usuário e a equipe de saúde.

A avaliação de carga viral (CV) e linfócitos T CD4+ (CD4), é importante para a tomada de

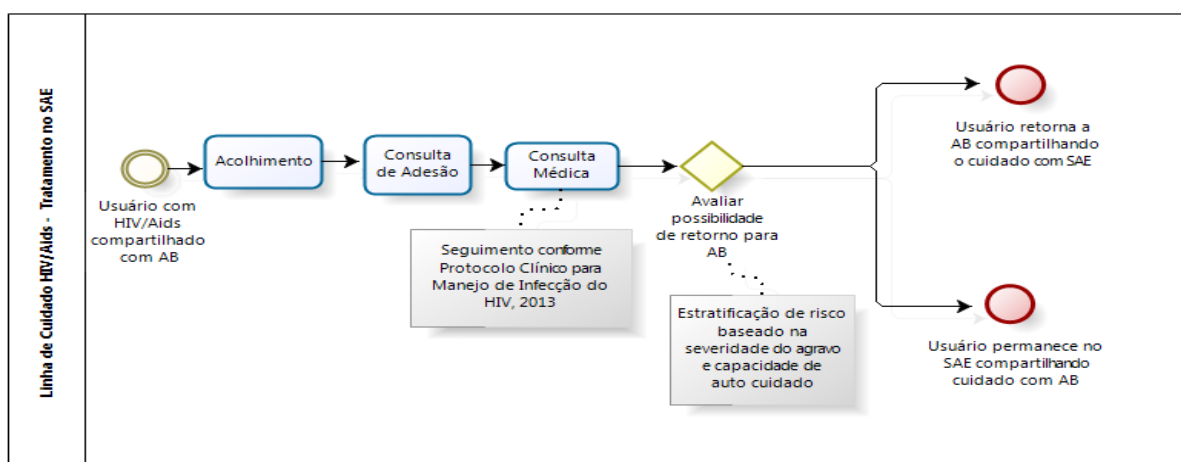
decisão e acompanhamento clínico do usuário. A contagem de CD4 no sangue é utilizada para analisar as condições imunológicas do paciente. O CD4, principalmente logo após o diagnóstico de infecção pelo HIV, tem importante papel para avaliar a urgência de início da TARV. Já a quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, ou CV, é utilizada para o monitoramento de pacientes em tratamento e definição de sucesso ou falha da terapia antirretroviral (Brasil, 2013⁴).

Usuários classificados no **estrato 2** (soropositivos assintomáticos com CD4 \geq 500) devem manter o tratamento na Atenção Básica, tanto aqueles em uso de TARV quanto os que ainda não iniciaram TARV. O início precoce de TARV é recomendado na perspectiva da redução da transmissibilidade do HIV, e deve ser considerada a motivação da pessoa. O quadro clínico do usuário deve sempre ser reavaliado para definir mudanças na conduta. Os usuários classificados no **estrato 3** (soropositivos assintomáticos com CD4 entre 500 e 350) têm indicação do início de TARV devido aos benefícios relacionados a redução de morbimortalidade em PVHA e diminuição da transmissão da infecção (BRASIL, 2013³).

O SAE tem como competência apoiar e matriciar a Atenção Básica, com objetivo de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e aos profissionais encarregados da atenção. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial, definindo os critérios para acionar apoio e o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS, 2007).

7.5 Tratamento no SAE

O fluxograma a seguir ilustra o fluxo para o tratamento do usuário HIV positivo no SAE (ANEXO VI).



Os usuários classificados no **estrato 4**, portadores de HIV sintomáticos, com CD4 menor que 350, com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeções ou que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou paraefeitos, devem ser atendidos pelo SAE com compartilhamento do cuidado com AB (cuidados inerentes a esse nível de atenção).

Pessoas em uso de TARV que não estão respondendo adequadamente ao tratamento podem estar em falha terapêutica, que é caracterizada por carga viral plasmática detectável após seis meses do início ou modificação do tratamento antirretroviral, ou por detecção da CV nos indivíduos que a mantinham indetectável na vigência do tratamento. Nestes casos, devem ser avaliados fatores que possam estar associados como baixa adesão ao tratamento, esquemas de antirretrovirais subótimos, interação medicamentosa ou resistência viral. Se forem identificadas situações de **não adesão** ao tratamento, a equipe de AB deverá intensificar o trabalho de adesão com o usuário (BRASIL, 2013³).

O retorno do usuário do SAE para a Atenção Básica ocorrerá quando o mesmo estiver estável clinicamente, ou seja, com dois resultados de carga viral indetectáveis consecutivos e CD4+ > 350.

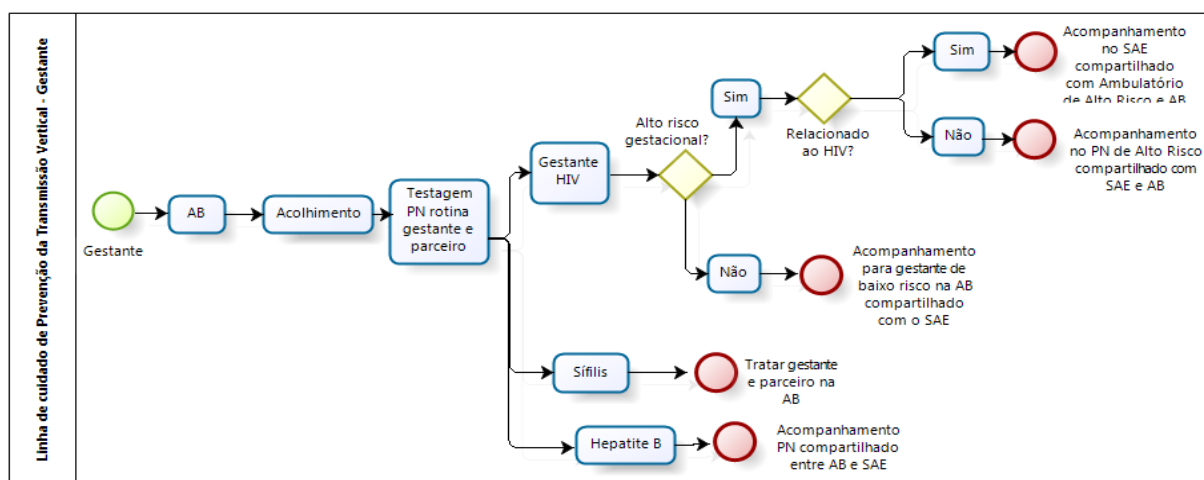
A cronicidade da doença provocada pelo vírus HIV e uso prolongado de ARV podem levar a síndrome de lipodistrofia, que é caracterizada por alterações na distribuição da gordura corporal e por mudanças metabólicas. A distribuição de gordura se dá de forma anômala, com perda do tecido adiposo subcutâneo periférico e acúmulo de gordura central. A lipodistrofia tem um impacto importante na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, causando problemas físicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2013³).

A lipodistrofia compreende: lipoatrofia – redução da gordura em regiões periféricas, podendo acarretar proeminência muscular e venosa relativa; lipo-hipertrofia – acúmulo de gordura na região abdominal, presença de gibosidade dorsal, ginecomastia (homens), aumento mamas (mulheres) e acúmulo de gorduras em outros locais; e forma mista – associação de lipoatrofia e lipo-hipertrofia. O diagnóstico da lipodistrofia associada ao HIV deve ser baseado no relato do paciente, exame físico, laboratorial e na avaliação do profissional (BRASIL, 2013³).

Cabe aos profissionais estarem atentos aos sinais e sintomas de lipodistrofia e encaminhar os usuários para os serviços de referência no atendimento, para avaliação e tratamento. Os critérios para inclusão dos pacientes para os procedimentos está definido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2013³).

8. Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e Criança exposta ao HIV, Sífilis Congênita e Hepatite B

A Linha de cuidado Materno-infantil do estado do Rio Grande do Sul já está constituída e validada. A Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita e Hepatite B, tem fluxograma (ANEXO VII e VIII) por objetivo apenas salientar os cuidados específicos no que se refere a estes agravos.



Powered by
bizagi
Modeler

A solicitação de exames de HIV e Sífilis e Hepatite B já é rotina no pré-natal. Como já descrito anteriormente, recomenda-se a priorização do diagnóstico pela testagem rápida visto que esta tecnologia está disponível para as unidades de atenção básica e garante um resultado seguro no menor tempo possível.

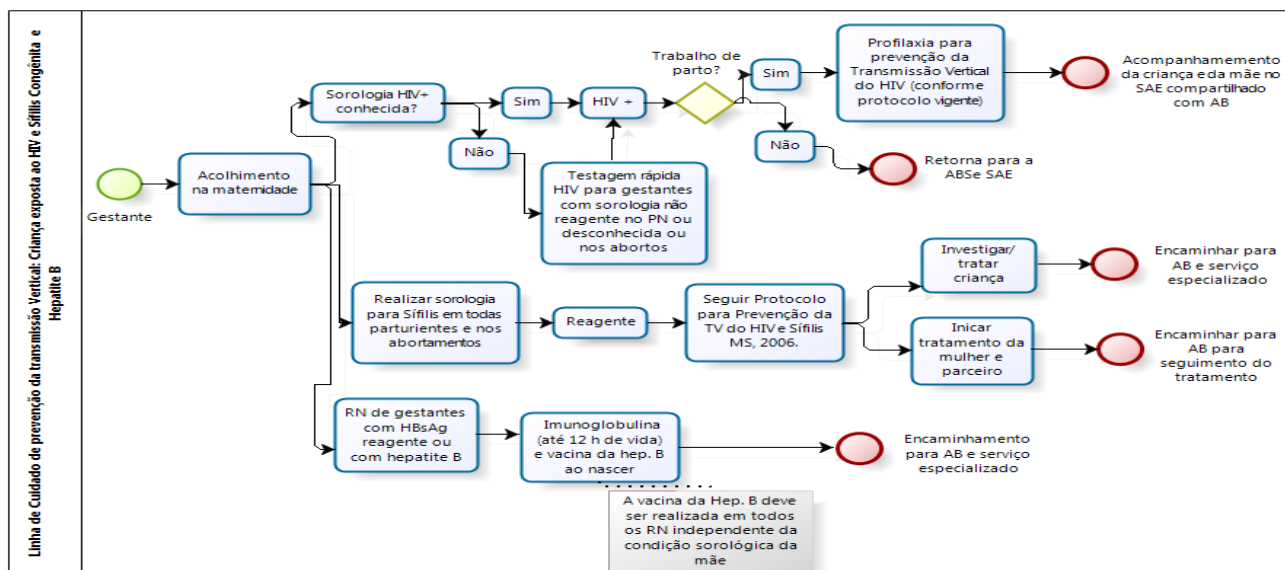
No que se refere a hepatite B, está preconizada a realização de sorologia HBsAg na primeira consulta de pré-natal e no 3º trimestre de gestação. Quanto à hepatite C, por estarmos nos referindo a gestantes com HIV, devemos pesquisar a sorologia anti-HCV na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação.

No RS recomenda-se a testagem de HIV e Sífilis em 100% das gestantes e puérperas nas maternidades, conforme Nota Técnica 01/2014 SES-RS/DAS, para que não se perca a oportunidade para diagnóstico e tratamento oportuno.

Gestantes portadoras de HIV sem comorbidades que definam pré-natal de alto risco e crianças expostas ao HIV devem ter seu atendimento compartilhado entre SAE e AB para realização do pré-natal e puericultura, prescrição de TARV e acompanhamento da adesão ao tratamento. A gestação não será considerada de alto risco apenas por ocasião da infecção pelo HIV e pelo vírus da hepatite B.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde (BRASIL, 2012²).

No que se refere à Sífilis, a AB cumpre um importante papel em seu controle devendo garantir o acolhimento, oferta de diagnóstico e garantir tratamento em tempo oportuno com a aplicação da penicilina, regulamentada pela Portaria Ministerial 3161/2011 e Parecer 003/2013/COFEN/CTAS. A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer assistência de pré-natal adequada com garantia de testagem a todas gestantes e parceiros durante o 1º e 3º trimestre da gestação e no momento da admissão para o parto. Lembrando que o início do tratamento deve ser considerado mesmo antes do resultado do VDRL/titulação (avaliar tratamento anterior, período da gestação, etc.). A testagem e o tratamento do(s) parceiro(s) é outra importante estratégia para controle da infecção em mulheres e gestantes.



O atendimento a gestante e a **criança exposta** na maternidade já são estabelecidos nas Recomendações para Profilaxia da transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes (Brasil, 2010³). Às maternidades cabe realizar teste rápido (TR) para diagnóstico de HIV, VDRL na admissão do parto em todas gestantes e nas internações por abortamento. Às parturientes com sorologia positiva para HIV e em trabalho de parto cabe implantar medidas de prevenção da transmissão vertical: como uso de AZT injetável; realização de manejo obstétrico adequado no trabalho de parto; uso de inibidor de lactação; uso de AZT xarope e nevirapina no RN nas primeiras horas de vida. A criança exposta deve ter seu atendimento compartilhado entre AB e SAE, para realização de puericultura, seguimento clínico do HIV e demais cuidados visando a integralidade do atendimento. O SAE deve acompanhar o caso até a confirmação diagnóstica, caso resultado negativo a AB reassume o caso em sua integralidade; nos casos de resultado positivo para HIV o cuidado, tanto da criança como do adolescente, deve ser compartilhado entre AB e SAE.

Para as parturientes com sorologia positiva em VDRL, deve-se seguir o **Protocolo para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis (2006)** iniciando imediatamente o tratamento na mulher e seu parceiro e encaminhá-los para seguimento do tratamento na Atenção Básica. Além disso, deve-se investigar e tratar a criança exposta ao *Treponema pallidum* e encaminhar para Atenção Básica e SAE para seguimento do tratamento e acompanhamento do quadro clínico (BRASIL, 2006²).

Recém-nascidos de mães HBsAg positivas devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IgHAHB) nas primeiras 12 horas de vida, além disso, salienta-se que a vacina da hepatite B deve ser realizada em todos recém-nascidos independentemente da sorologia materna. Importante lembrar que os filhos de mãe HIV positivo tem um esquema de vacinação para hepatite B com algumas peculiaridades conforme Memorando Circular nº 33/2013 – DVE (ANEXO IX). Essas crianças devem ser acompanhadas em consultas de rotina na AB, porém após 1 ano devem realizar novas sorologias, caso positivas, deverão ser encaminhadas a um Serviço Especializado de Gastroenterologia ou Infectologia pediátrico.

As PVHA têm o direito de planejar livremente se querem ou não ter filhos, quantos e quando tê-los. Também têm o direito ao acesso a serviços integrais de saúde e ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV e da Aids, para si e seus parceiros. O direito à saúde sexual e reprodutiva aplica-se a todos os cidadãos, independente do estado sorológico para o HIV. Considerando os avanços no diagnóstico e tratamento precoces, o HIV há muito deixou de ser uma sentença de morte e foi reclassificada como uma doença crônica. Como resultado, pessoas

portadoras do HIV estão tendo uma vida longa, com planos de gestação e com parceiros que podem ser soropositivos ou não.

Os SAE do Ambulatório de Dermatologia Sanitária e do Hospital Sanatório Partenon elaboraram um fluxograma para atendimento de PVHA centrado no aconselhamento e orientação em saúde reprodutiva que pode ser utilizado como sugestão para os demais municípios do estado (ANEXO X). O objetivo do planejamento familiar é orientar e disponibilizar métodos contraceptivos, contemplando as indicações clínicas, as interações medicamentosas com TARV. Para os casos onde o objetivo é gestação, o acompanhamento dos usuários é realizado sob supervisão e suporte de equipe multidisciplinar, possibilitando gestações seguras e minimizando o risco de transmissão do HIV entre os casais e também a prevenção da transmissão vertical.

9. Adesão e Monitoramento das ações nos municípios

Para implantação e implementação da Linha de Cuidado para PVHA e outras DST nos municípios, percebe-se a necessidade de conhecer a estrutura local, (capacidade instalada, demanda por serviços, população atendida, fluxos existentes, demanda reprimida, população geral, populações específicas e populações chave), adequar e otimizar a rede de serviços de saúde já existente, já que a realidade local é heterogênea e dependente de estruturação. Para isso será necessário a assinatura de um Termo de Adesão e elaboração de um Plano de Trabalho para os municípios prioritários, conjuntamente com a AB e coordenação DST/Aids, no qual estabeleçam os objetivos e metas para adesão a LC.

A adesão e implantação da LC acontecerão através de oficinas com os municípios para construção do Plano de Trabalho e seguirá um cronograma previsto na resolução CIB 235/2014. Desta forma, os municípios estarão aptos a receber a 2ª parcela do incentivo financeiro estadual.

O monitoramento da adesão e implantação da LC acontecerá de forma sistemática e terá como base a análise dos indicadores de saúde pactuados pelos municípios. São eles: número de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano; número de casos de Aids em menores de 5 anos; proporção de pacientes com o 1º exame de CD4 abaixo de 200mm^3 ; número de testes rápidos de Sífilis e HIV realizados na AB; número de exames anti-HIV em casos novos de TB; número de baciloscopias em pacientes sintomáticos respiratórios com HIV/AIDS; proporção de casos de sífilis com tratamento na AB; cobertura vacinal de Hepatite B em crianças menores de 1 ano; número de gestantes testadas para HIV, sífilis, HCV e Hepatite B.

Para realizar o monitoramento clínico serão utilizadas duas ferramentas para controle:

cascata e Sistema de Informação de Monitoramento Clínico (SIMC). A Cascata tem como base o cuidado contínuo às PVHA, permitindo calcular, a partir do número estimado de PVHA, a proporção de pessoas diagnosticadas com HIV, vinculadas ao serviço de saúde de HIV/aids, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral (Brasil, 2013¹). O SIMC é uma ferramenta construída pelo Ministério da Saúde para sinalizar os pacientes com CD4 < 500 que não estão em TARV, tendo como objetivo iniciar precocemente a TARV, reduzindo assim a transmissibilidade do HIV e melhorando a qualidade de vida das PVHA.

Referencial Teórico

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, Aug. 2002.

ABIA, GIV. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids/ Grupo de Incentivo à Vida. **Prevenção combinada: barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro: ABIA, GIV, 2011.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Coordenação Municipal de DTS/AIDS. **Protocolo de Atendimento Sindrômico das Intercorrências Clínicas em HIV/AIDS**. Belo Horizonte, 2012. 71pg.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. 7 ed. Brasília: Câmara de Deputados (Série Legislação: 25) 2010⁴. 225 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 27 de novembro de 2003. Aprova a “política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde” e a estratégia de “pólos ou rodas de educação permanente em saúde”.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Instrução Normativa nº 1.626, de 10 julho de 2007**. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 2010¹.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 198, 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e Travestis**. Brasília: Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de junho de 2014**¹. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 de junho de 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm.html>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 3275, de 26 de Dezembro de 2013**⁵. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013⁴. 56 p.: il. – (Cadernos de

Atenção Básica; n. 28, V. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012². 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 196 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006¹.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST. Ano II – nº 1 – até semana epidemiológicas 26º – dezembro de 2013.** Brasília, 2013¹. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010².

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico Infecção pelo HIV.** Brasília, 2013⁶.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção do HIV e Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013³.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Infecção do em crianças e adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014².

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para Profilaxia da transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes,** 2010³.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids. **Protocolo para prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis.** Brasília. Ministério da saúde, 2006².

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids. **Projetos de Intervenção para homens que fazem sexo com homens (HSH),** 2001. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/parcerias/osc/hsh.htm>>. Acesso em 26 ago 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2013².

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3089 de 23 de dezembro de 2011**. Estabelece novo tipo de financiamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111277-3089.html>

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012**. Redefine os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 h (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 121 de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. 2012b. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

CAMPOS, Gastão W. S; DOMITTI, Ana C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007

CECCIM, Ricardo Burg. Réplique. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, Feb. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 ago. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Ofício nº 1.865/96. **Resposta à consulta solicitada pelo PN-DST/AIDS do MS**. Aborda a testagem anti-HIV para menores de 18 anos.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H. M.M.; Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E.E. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, 2004-2ª edição; São Paulo, SP.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil – A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA e Editora 34, 2000.

GOFFMAN, Erwin. **Estigma**. Rio de Janeiro, LTC, 1988.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, June 2009.

GUATTARI, Félix; e ROLNIK, Sueli. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

KNAUTH, Daniela Riva. Morte Masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina. In: **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1998.

LEAL, Andréa Fachel. **No Peito e na Raça – A construção da vulnerabilidade de caminhoneiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/Aids no sul do Brasil**. Tese de Doutorado em Antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre, 2008.

MANN J; TARANTOLA DJM; NETTER T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

KNAUTH, Daniela Riva. Morte Masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina.

In: **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1998.
MERHY, Emerson Elias. In: Sistema Únicos de Saúde em Belo Horizonte – Reenscrevendo o Público. Ed: Xamã. São Paulo, 1998.

OMG/BPMN (Object Management Group/Business Process Model and Notation), organismo internacional de padronização gráfica das representações e modelagens de processos, desenvolvido no aplicativo Bizagi Process Modeler Freeware, versão 64 bits de setembro de 2013.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p.: il. (NAVEGADORSUS, 2).

Parecer 003/2013/COFEN/CTAS. Administração de Penicilina aos usuários da rede de atenção básica à saúde – ABS, pelos profissionais de enfermagem, 2013.

Parecer Técnico do PN-DST-AIDS, de 7.5.1997. **Divulgado no manual**: "Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento". (MS, B, 1999:26-28).

PARKER, R; BARBOSA, Regina. **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UFRJ, 1996.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões** – a cultura sexual no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Best Seller, 1991.

_____. **Abaixo do Equador**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

PORTO ALEGRE. **Boletim Epidemiológico**. Equipe da Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre. Ano XV. Número 51. Maio de 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do estado do rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Relatório Anual de Gestão do SUS/RS, 2013. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1410980179_Anexo%20I_RAG%202013.pdf, acesso em 26 de agosto de 2013.

_____. **Nota Técnica 01/2014**. Departamento de Ações em Saúde. Secretaria estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes, bem como em todas as internações e procedimentos ambulatoriais por abortamento, independente de internação pelo Sistema Único de Saúde, sistema privado ou outros convênios.

_____. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Programa de Imunizações. **Memorando Circular nº 33/2013 – DVE**. Vacinação de filhos de Mãe HIV + e/ou HBsAg +.

_____. **Resolução 235/2014 CIB** - Comissão Intergestores Bipartite. Cria incentivo financeiro estadual para fortalecer a ampliação e a descentralização das ações de promoção e prevenção à saúde, acesso ao diagnóstico, tratamento e compartilhamento do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) na rede de Atenção Básica em Saúde/Estratégia Saúde da Família.

_____. **Resolução CIB nº 403 de 03 de novembro de 2011a**. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) – saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. 2011b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____. **Resolução CIB nº 404 de 03 de novembro de 2011b**. Institui o Incentivo Financeiro Estadual para

implantação pelos municípios de atividades educativas – modalidade Oficinas Terapêuticas. 2011c. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____. **Resolução CIB nº 234, de 1 de março de 2014b**. Institui, dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, álcool e outras drogas, Incentivo Financeiro Estadual para a Redução de Danos em âmbito municipal. 2012a. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

_____. **Resolução CIB nº 562 de 19 de setembro de 2012**. Institui normas para organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral em Saúde Mental nos Hospitais Gerais do Estado do Rio Grande do Sul. 2012b. Disponível em: www.saude.rs.gov.br

UNAIDS. **“UNAIDS” Terminology Guidelines**. 20. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/Aids, 2007.

VÍCTORIA, Ceres; KNAUTH, Daniela. Trajetórias e vulnerabilidade masculina. **Revista Antropológica** 6, Programa de Pós-Graduação em Antropologia/UFRGS, 1999: 23-28.

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

ANEXO I

Resolução nº 235 – CIB/RS

Disponível no link - http://www.saude.rs.gov.br/upload/1400262799_cibr235_14.pdf

ANEXO II

Estratificação de Risco – Competências no cuidado às PVHA nos diferentes níveis de atenção

<i>Estrato</i>	<i>Situação</i>	<i>Atenção Básica</i>	<i>SAE/CTA</i>	<i>Outros pontos de atenção</i>
1	População geral: Pessoas sem diagnóstico ou com resultados não reagentes para HIV, com a presença de fatores de vulnerabilidade individual, social e/ou programática;	<p>Ações de promoção e prevenção direcionadas a abordagem de fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida;</p> <p>Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR a população em geral;</p> <p>Acolhimento e aconselhamento;</p> <p>Orientar a população sobre novas tecnologias de prevenção;</p> <p>Acolher e encaminhar casos que necessitem de PEP sexual;</p>	<p>Ações de promoção e prevenção direcionadas a abordagem de fatores de vulnerabilidade, de comportamento e estilo de vida;</p> <p>Ampliação da oferta ao diagnóstico com prioridade para TR a populações vulneráveis;</p> <p>Acolhimento e aconselhamento;</p> <p>Matriciamento e apoio através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;</p> <p>Adoção de tecnologias de prevenção como a Profilaxia Pós-Exposição Sexual (PEP).</p>	<p>A AB e o SAE/CTA devem promover articulação de ações de promoção e prevenção com os demais pontos de atenção aos usuários como, por exemplo, os CAPS, CRAS, serviços de referência em TB, equipes de saúde prisional.</p> <p>Usuários atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para seus territórios de origem após alta para acompanhamento;</p> <p>UPAs, emergências hospitalares: primeiro atendimento de PEP Sexual e referenciar para SAE/CTA para continuidade do acompanhamento.</p>
2	Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ \geq 500)	<p>Oferta de TARV esclarecendo riscos e benefícios;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; <p>Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento;</p>	<p>Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;</p>	<p>UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;</p>

3	<p>Soropositivos assintomáticos* (usuários com LT CD4+ < 500 até 350);</p>	<p>Indicação de TARV na AB. Apoio e matriciamento do cuidado pelo SAE;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; <p>Trabalhar questões relacionadas à adesão ao tratamento;</p>	<p>Matriciamento e apoio da AB através de educação permanente na temática DST, HIV/Aids;</p>	<p>UPAs, emergências e hospitais: devem contra-referenciar os usuários atendidos para seus territórios de origem após alta;</p>
4	<p>Portadores de HIV sintomáticos* com doenças oportunistas, condição clínica complexa, coinfeção TB e hepatites;</p> <p>Usuários com LT CD4+ < 350);</p> <p>Usuários que necessitem modificar terapia antirretroviral já em uso por falhas ou parafeitos.</p>	<p>O usuário deverá ser atendido pela AB nos cuidados que competem a esse nível de atenção à saúde.</p> <p>Encaminhamento para SAE para seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013; - PTS; 	<p>Atendimento pelo SAE compartilhado com a AB;</p> <p>Após estabilização clínica (dois resultados de CV indetectáveis consecutivos e CD4+ >350) o cuidado é reassumido pela AB.</p>	<p>O atendimento em nível terciário pode ser necessário. Após alta o usuário deve ser encaminhado ao SAE de referência.</p>
S/E**	<p>Gestantes portadoras de HIV sem comorbidades que definam alto risco***</p>	<p>Cuidado compartilhado entre AB e SAE;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guia rápido para avaliação e tratamento de pacientes com HIV na atenção primária à saúde proposto pelo Telessaúde RS (Em construção). - Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. - Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010. - PTS; <p>Orientação e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;</p>	<p>Cuidado compartilhado entre AB e SAE;</p> <p>Realizar o pré-natal conforme o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012 e as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p> <p>Realizar genotipagem e prescrição de TARV e acompanhar adesão ao tratamento;</p>	<p>As gestantes podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme critérios de definição de gestação de alto risco.</p> <p>As maternidades devem realizar o atendimento as gestantes conforme as Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p>

S/E**	Crianças expostas ao HIV	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. - PTS; - Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012. 	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014.</p> <p>Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.</p> <p>Acompanhamento do caso até confirmação diagnóstica. Caso resultado negativo, a AB assume o caso em sua integralidade. Se resultado positivo, as crianças permanecerão em atendimento no SAE com compartilhamento do cuidado com a AB.</p>	<p>As crianças expostas podem necessitar de acompanhamento em outros serviços, conforme o quadro clínico.</p> <p>As maternidades devem realizar o atendimento as crianças expostas conforme Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes, 2010.</p>
S/E**	Crianças e adolescentes com HIV/Aids***	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Seguimento conforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento a crianças e adolescentes com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014. - PTS; - Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012. 	<p>Cuidado compartilhado entre SAE e AB;</p> <p>Atendimento a criança exposta, crianças e adolescente com HIV/Aids conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes, 2014.</p> <p>Realizar consultas de puericultura, consultas de rotina e demais cuidados visando a integralidade do cuidado conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.</p>	<p>Crianças e adolescentes atendidos em UPAs, emergências e hospitais que realizem o diagnóstico de HIV, devem ser contra-referenciados para SAE após alta para acompanhamento;</p>

* Os critérios adotados para definição de portadores assintomáticos e sintomáticos estão descritos no capítulo 7 (Tratamento Antirretroviral) do **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2013³)**.

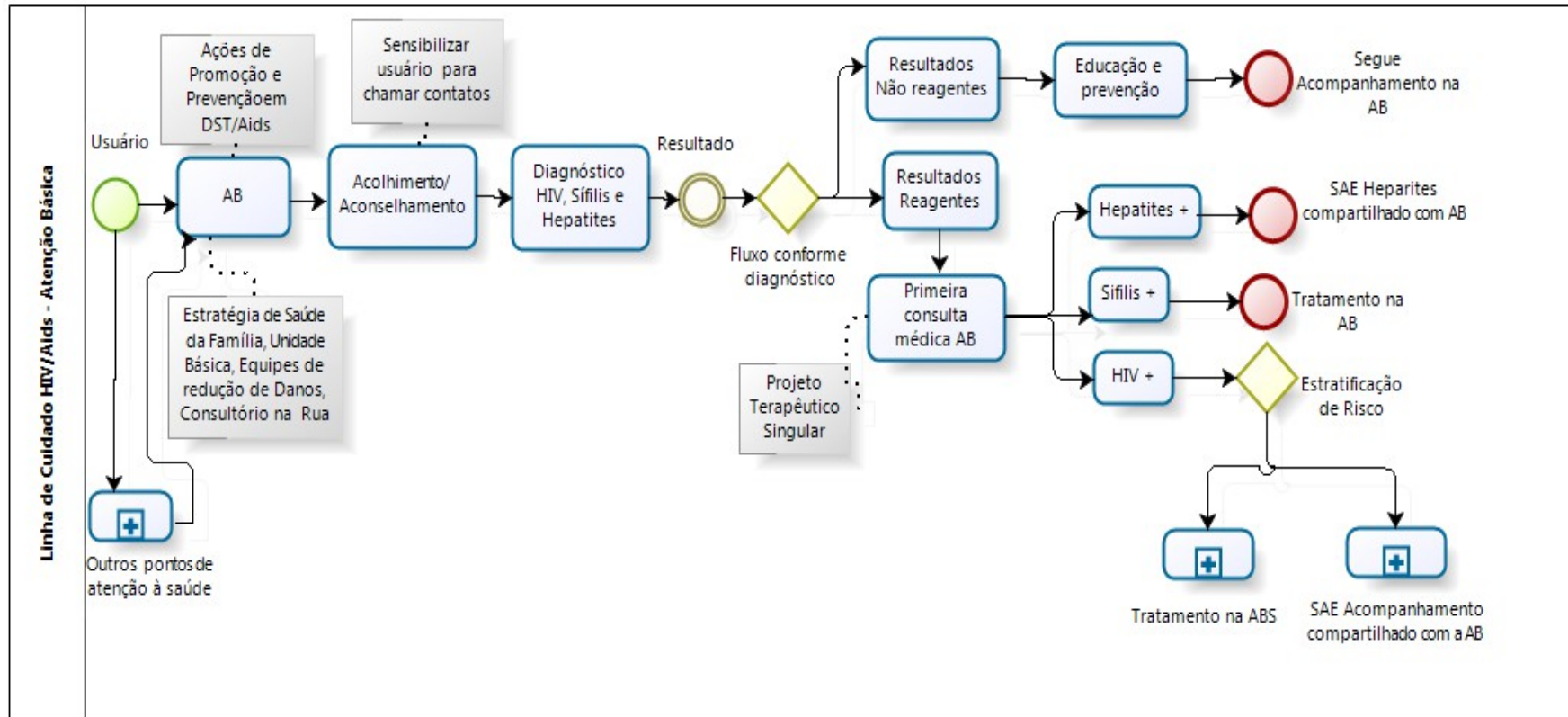
** Sem estratificação

*** Gestação de Alto-Risco: vide anexo XI

**** Considera-se como adolescência a faixa etária que compreende o período que vai dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS).

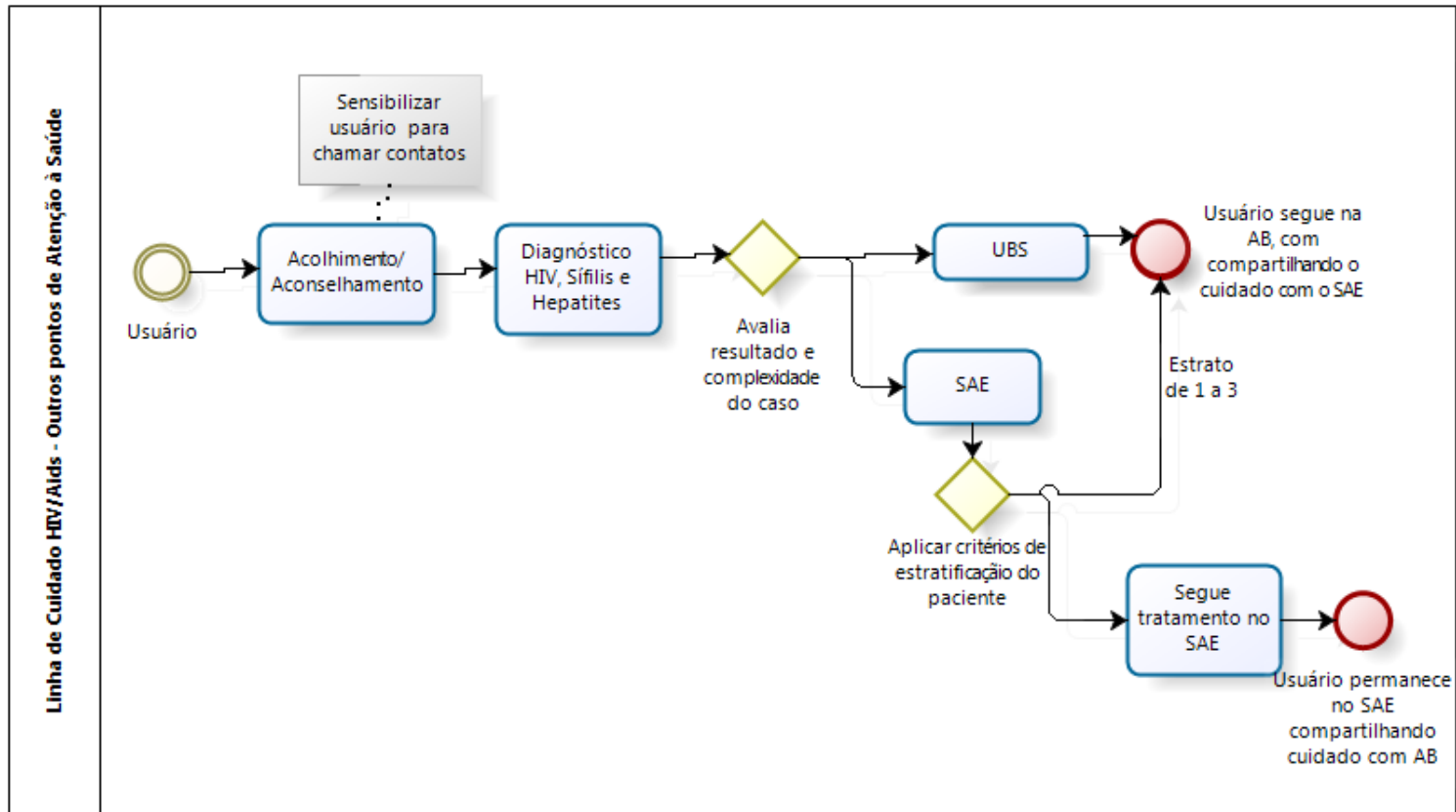
ANEXO III

Acesso ao Diagnóstico na Atenção Básica



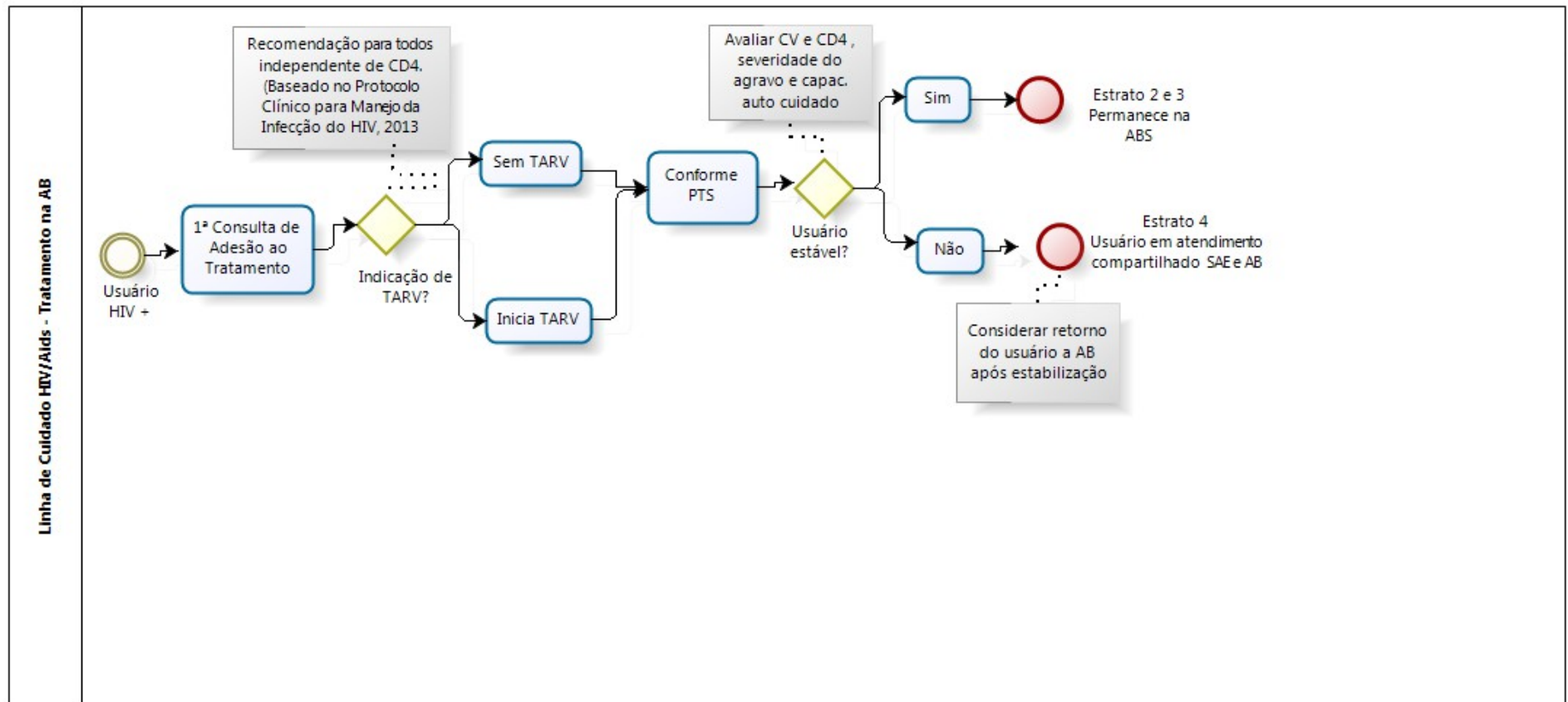
ANEXO IV

Outros pontos de atenção à saúde



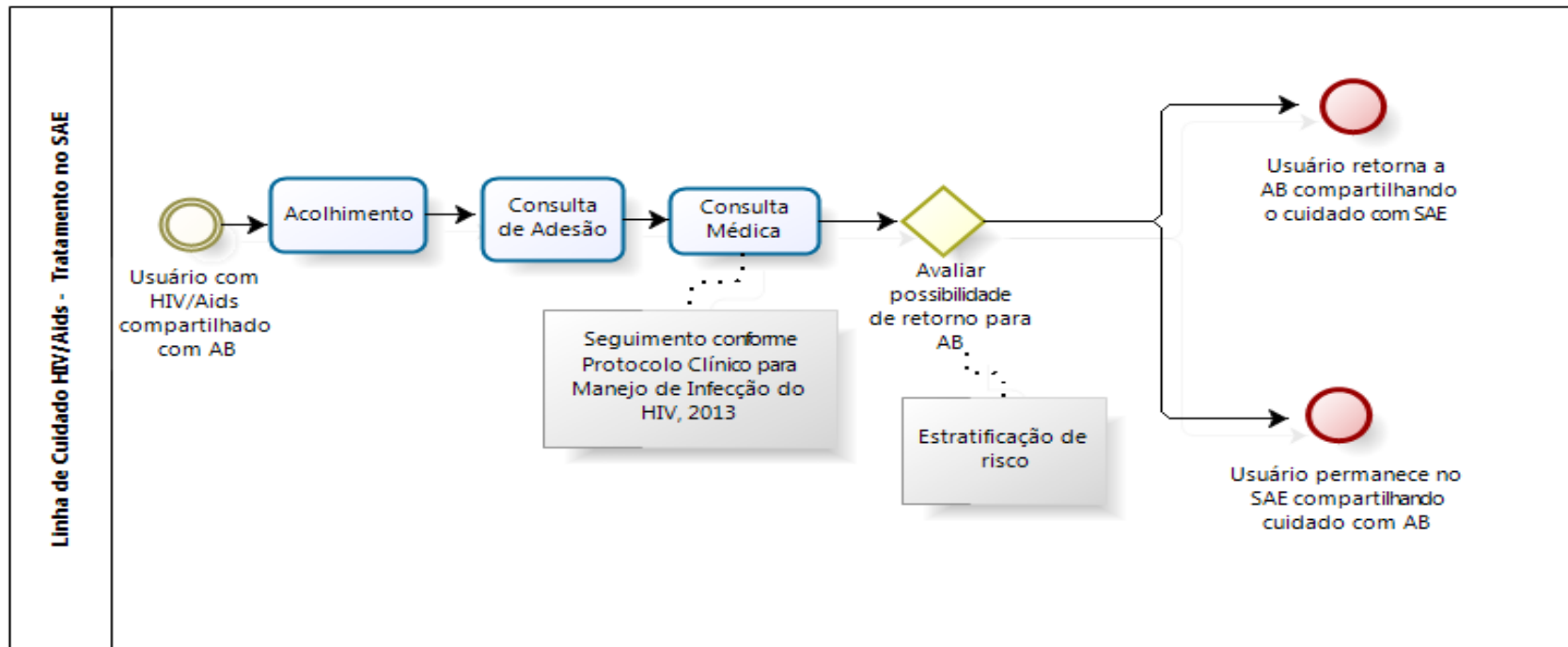
ANEXO V

Tratamento na Atenção Básica



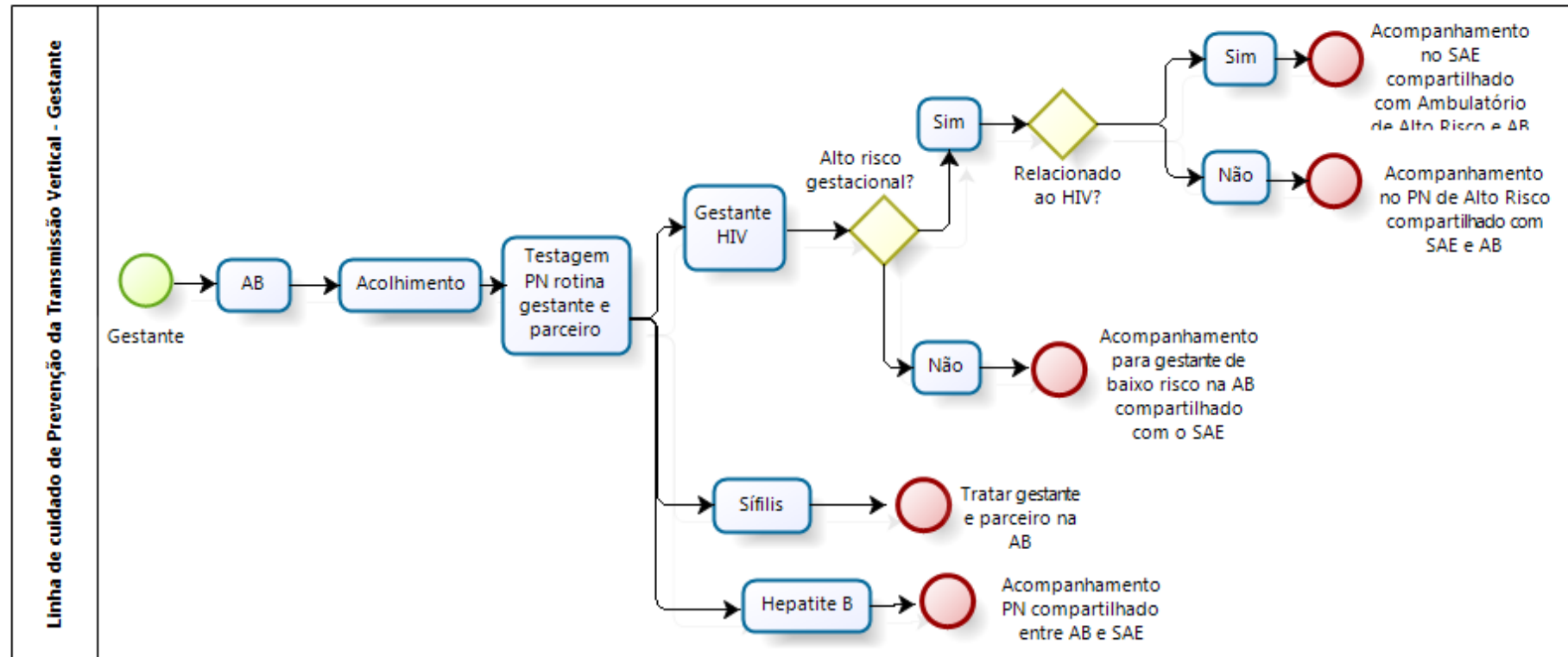
ANEXO VI

Tratamento no SAE



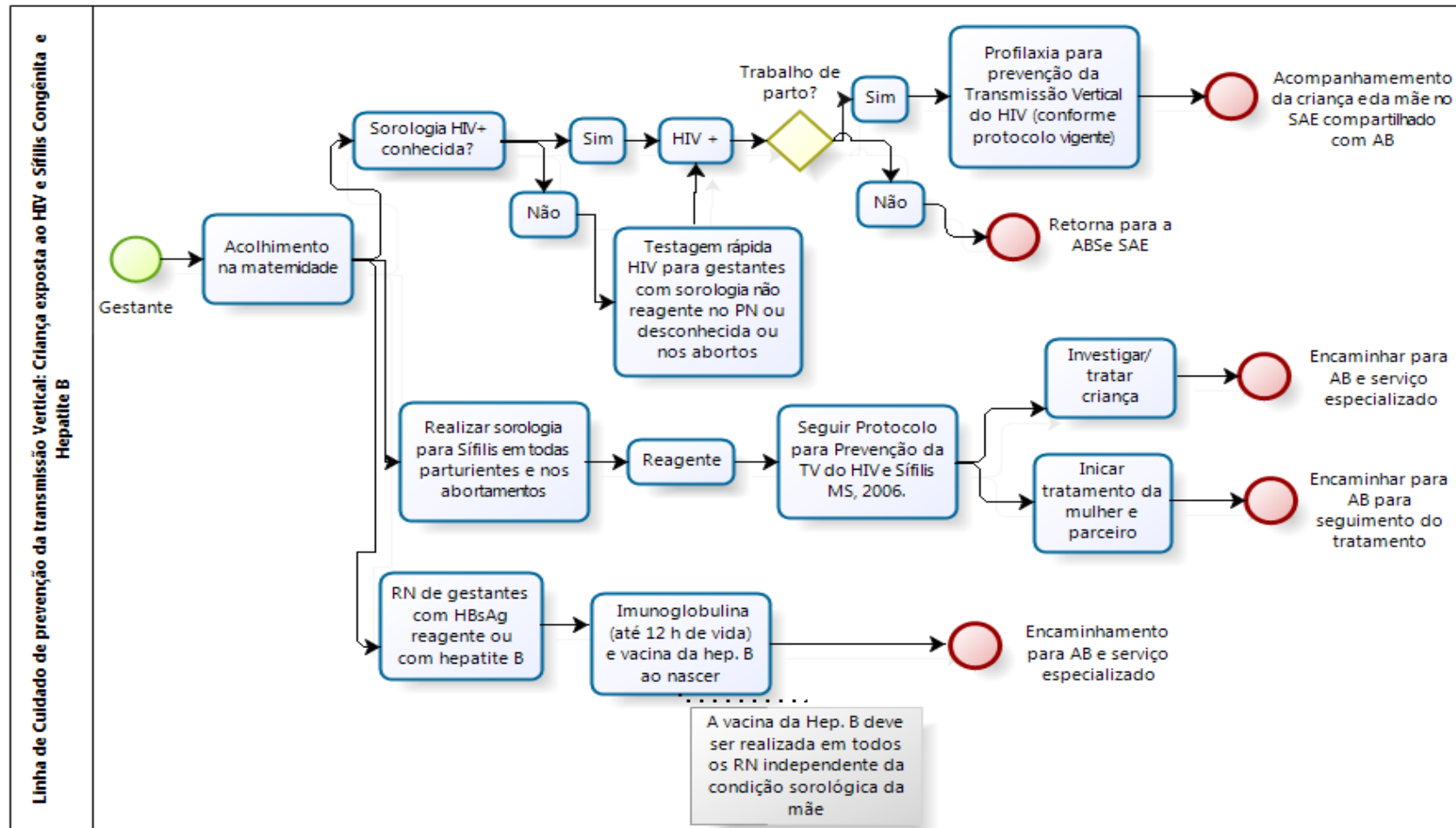
ANEXO VII

Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante



ANEXO VIII

Linha de Cuidado de Prevenção da Transmissão Vertical – Gestante e criança exposta ao HIV, Sífilis e Hepatite B



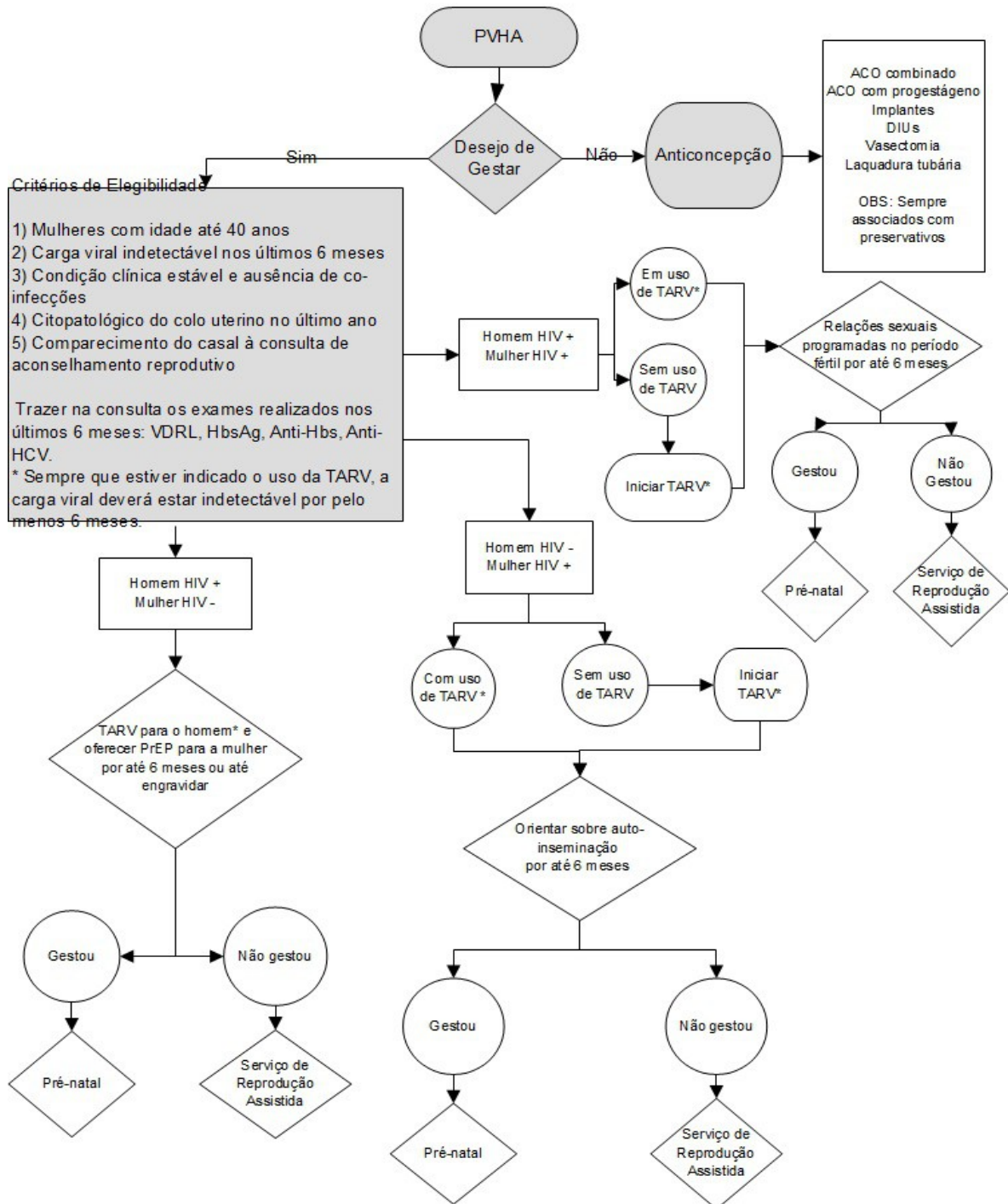
ANEXO IX

CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Divisão de Vigilância Epidemiológica
Programa de Imunizações

MEMORANDO CIRCULAR Nº 33/2013 – DVE	DATA: 11/06/2013
PARA: IMUNIZAÇÕES E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	
ASSUNTO: VACINAÇÃO DE FILHOS DE MÃE HIV + E/OU HBSAg +	
<p>Prezados Coordenadores das imunizações e Vigilância Epidemiológica:</p> <p>No Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 3ª edição, página 63, encontra-se a orientação de vacinação para filhos de mãe HIV+ e/ou HBSAg+. Na próxima edição deste manual, que será publicado ainda em 2013, essas orientações serão alteradas.</p> <p>Portanto o Programa Estadual de Imunizações adianta-se a estas mudanças orientando o que segue:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Crianças filhas de mãe HIV+</u> não necessitam mais de esquema diferenciado de vacinação para hepatite B. Devem receber as 4 doses de vacina conforme calendário básico de rotina (vacina hepatite B ao nascimento e vacina pentavalente bacteriana aos 2, 4 e 6 meses de idade). E devem receber a dose de reforço com a <u>vacina pentavalente</u> aos 15 meses de idade.• <u>Crianças filhas de mãe HIV+ e HBSAg+</u> também não necessitam mais de esquema diferenciado com o dobro da dose vacinal. Devem receber as 4 doses de vacina conforme calendário básico de rotina e imunoglobulina (vacina hepatite B e imunoglobulina IGHAHB simultaneamente, em outro grupo muscular, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida e vacina pentavalente bacteriana aos 2, 4 e 6 meses de idade). E devem receber a dose de reforço com a <u>vacina pentavalente</u> aos 15 meses de idade. Recomenda-se a realização de sorologia de 30 a 60 dias após o término do esquema vacinal. No caso de resultado < 10 UI/ml repetir o esquema de vacinação (0, 1, 2 e 6 meses) com a vacina monovalente da hepatite B com dose dobrada. <p>Atenciosamente, Tani Ranieri Coordenadora do Programa Estadual de Imunizações/RS</p> <p>Danielle Müller Coordenadora do Programa Estadual para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais/RS</p>	

ANEXO X

Protocolo de aconselhamento reprodutivo a pessoas vivendo com hiv/aids (PVHA)



ANEXO XI

Gestação de Alto Risco – SES/RS e Rede Cegonha

Disponível no link: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1342207793_YA-0009-12B%20FOLDER%2040X15.pdf



Disque Aids
0800 54 10 197
0800 61 1997



Secretaria da Saúde



Ministério da Saúde

