

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DO RIO GRANDE DO SUL

COOPERAÇÃO INTERFEDERATIVA HIV/AIDS RS

COMPARTILHANDO
ÊXITOS

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

João Gabbardo dos Reis – Secretário
Francisco Zancan Paz – Secretário Adjunto

Departamento de Ações em Saúde – RS

Elson Romeu Farias – Diretor
Rebel Zambrano Machado – Diretora Adjunta

Cooperação Interfederativa HIV/Aids RS

Jaqueline Oliveira Soares – Coordenadora
Ana Talita Nienov
Deise da Silva Lentz
Maria do Carmo Almeida da Silva
Matheus Torres Jardim

Organização

Ana Talita Nienov
Jaqueline Oliveira Soares
Maria Isabel Barros Bellini
Rebel Zambrano Machado

Revisão de conteúdo

Ana Talita Nienov
Andrei Thayse Viegel de Ávila
Carol Cardoso Rodrigues
Deise da Silva Lentz
Elson Romeu Farias
Guilherme Barbosa Shimocomaqui
Jaqueline Oliveira Soares
Rachel Cohen
Poala Vettorato
Rebel Zambrano Machado

Revisão final

Márcio Motta Brodt

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Cooperação Interfederativa HIV/Aids

Cooperação Interfederativa HIV/Aids: compartilhando êxitos. / contrato com a Fundação Médica do Rio Grande do Sul./

112 p. il.

1. ISBN: 978-85-60517-14-5
2. ISBN: 978-85-60517-15-2 E-Book

1. HIV/ Aids

NLM WC 503

Catálogo na Fonte
Centro de Informação e Documentação em Saúde CEIDS/ESP/ETSUS/SES/RS

Todos os direitos desta edição reservados à Escola de Saúde Pública – ESP/RS
Tiragem: 1.000 exemplares

PREFÁCIO

É com muita satisfação e honra que recebemos o convite para prefaciар esta publicação, o **Livro de experiências exitosas da Cooperação Interfederativa no Rio Grande do Sul**.

Há três anos, iniciamos a Cooperação Interfederativa com o Rio Grande do Sul. A parceria faz parte de um esforço celebrado entre o governo federal – representado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde – e os estados prioritários para acelerar a resposta aos desafios da prevenção, da assistência e do controle da aids.

O estado gaúcho, Santa Catarina e Amazonas foram os primeiros a aderir a mais este esforço conjunto. E, transcorrido esse tempo, já podemos colher alguns dos resultados esperados. No caso do Rio Grande do Sul, é com alegria que celebramos a definição da linha de cuidado aos pacientes com HIV/Aids e a adesão dos 15 municípios prioritários à Carta de Paris, documento internacional em que os entes signatários comprometem-se a acelerar a resposta ao HIV. Entre as ações pactuadas, está o alcance da meta 90-90-90

do Unids até 2020, ou seja: ter 90% das pessoas vivendo com HIV sabendo que têm o vírus; 90% destas recebendo tratamento antirretroviral; e 90% das pessoas em tratamento antirretroviral tendo carga viral indetectável. Essa é uma forma de garantir a qualidade de vida do portador e a redução do risco da transmissão do vírus.

A presente publicação traz as experiências bem-sucedidas nos 15 municípios prioritários integrantes desta Cooperação – certamente, os primeiros dos muitos resultados positivos que ainda virão. Sabemos que, apesar dos avanços, ainda somos defrontados por muitos desafios; e que esses desafios só podem ser vencidos com a soma dos esforços da União, Estados, Municípios, sociedade civil e de cada um de nós, empenhados na conquista dos mesmos objetivos.

Por isso, os nossos cumprimentos pelos resultados alcançados no Rio Grande do Sul se dirigem aos gestores públicos, aos profissionais de saúde, aos ativistas e ao movimento social – que, com suas reivindicações e iniciativas, têm sido, ao longo desses anos, pioneiros em muitas das respostas posteriormente adotadas pelas políticas públicas de saúde.

Brasília (DF), 13 de dezembro de 2016.

ADELE BENZAKEN

Diretora do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST,
do HIV/Aids e das Hepatites Virais

SUMÁRIO

Coooperação Interefederativa e as estratégias para alcançar a meta 90-90-90 nos 15 municípios prioritários do Rio Grande do Sul

DEISE DA SILVA LENTZ, IVO BRITO, JAQUELINE OLIVEIRA SOARES, MÁRCIA DE ÁVILA
BERNI LEÃO, MARIA DO CARMO SILVA, REBEL ZAMBRANO MACHADO..... 12

O fortalecimento da família de crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids diante da revelação do diagnóstico

MARIA LUIZA PEREIRA, MAURENS GOULART SENNA, NORMITA BONALDO, RITA SEIXAS
BRIDDI, SABRINA GONÇALVES20

Implantação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em Cachoeirinha

CRISTINA TOSI ÁVILA, FLORENCE ZANCHETTA COELHO MARQUES,
KATIA ADRIANA MONTEIRO MEYER, VINICIUS PAIVA VANACOR26

A implantação do cuidado compartilhado da PVHA entre AB e SAE

LUCIANO ZOCH RODRIGUES.....32

O SIMC como estratégia para atingir a meta 90-90-90 em Caxias do Sul

CHRISTIAN FONTANA, ELISANE FURTADO OLIVEIRA, GRASIELA CEMIN GABRIEL,
HELEN DALLA SANTA PRUX, THAIS GONEN40

A organização do cuidado compartilhado a partir da reestruturação do SAE em Esteio

ANA LUCIA DE CARVALHO, SILVA MASSULO48

O olhar de Hórus: outra perspectiva para a coinfeção TB/HIV é possível

CÍNTIA LEON DOS SANTOS, ELIANA MAYRA DE ARAÚJO MEDEIROS,
TATIANE CRISTINA DA SILVA, TERESINHA PEREIRA DE SOUZA54

“Dia da Saúde – Um Dia de Todos”: rumo ao 90-90-90 e à linha do cuidado compartilhado em Guaíba	
ELAINE GUARALDI, JANETE GUTERRES	60
Descentralização da realização de testes rápidos de HIV e sífilis em Novo Hamburgo	
LISA GASPAR ÁVILA, RENATA REIS ALVES	66
Fique Sabendo Jovem: Porto Alegre e o acesso à testagem rápida	
SIMONE ÁVILA.....	72
Alcance da meta 90-90-90 no Presídio Estadual de Rio Grande	
EDILON DA MATTA TALAIEP, MARIA DA PENHA SILVEIRA NUNES.....	78
Controle da transmissão vertical em Santana do Livramento	
ELAINE LIZ BRITO, LUIZ HENRIQUE SOARES BRUM, SANDRA DORNELES ARAMBULA.....	86
São Leopoldo fortalece a adesão ao tratamento antirretroviral	
ALINE SCHWALM ANDRADE RATES, ANIZETE REGINA SCHERER PETRY, BEATRIZ MARIA PEREIRA DO CANTO, GABRIEL SOLDATELLI ROSSETTO, JULIANA ELISA HILLCSSESHEIM, ORACELIA LEITE, SIMONE BEATRIS DA SILVA BRUM, SIMONE JUSTO LACROIX RITTER, YAIAGINA LUCIANA GOMES	92
Uruguaiana e a experiência do Comitê Municipal de Investigação da Transmissão Vertical HIV/Aids e Sífilis	
MARIA APARECIDA DE MEDEIROS BOFILL.....	98
Tô Dentro – Viamão mais forte na luta contra a Aids	
JAQUELINE MACHADO, MARIA LETICIA RODRIGUES IKEDA	104

INTRODUÇÃO

A taxa de incidência de Aids no Rio Grande do Sul vem apresentando redução progressiva: o registro de 43,1 novos casos por 100 mil habitantes em 2012 passou para 34,7 em 2015 – o que deixa o estado do Rio Grande do Sul com a maior taxa de incidência da doença do Brasil.

Há, também, a tendência de queda da taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos no Rio Grande do Sul. O dado tem sido utilizado como indicador para monitorar a transmissão vertical (de mãe para filho) do HIV, sendo que o estado apresentou uma redução de 59,1%, passando de 13,2 para 5,2 por 100 mil habitantes, entre os anos de 2003 e 2015. No Brasil, esta taxa passou de 5,6 para 2,5/100 mil habitantes no mesmo período.

Já a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento, sendo de 2,1 casos para cada mil nascidos vivos em 2006, passando para 2,7 em 2015. O Rio Grande do Sul ocupa o primeiro lugar no ranking dos estados com a maior taxa de detecção de HIV em gestantes desde 2000, atingindo seu ápice em 2015, com 10,1 por mil nascidos vivos.

Na perspectiva do compromisso assumido na Carta de Paris, no Rio Grande do Sul, está ocorrendo uma melhora dos indicadores de saúde relacionados às 90 mil pessoas que vivem com HIV/Aids, em 2015. Deste total, 83% tiveram o diagnóstico estabelecido. Dos diagnosticados, 92% foram vinculados a um serviço de saúde. Entretanto, 77% mantiveram-se retidos no serviço. Dos 64% de usuários que possuem diagnóstico e se encontram em terapia antirretroviral, 56% atingiram a supressão da carga viral.

Os esforços para o enfrentamento da epidemia de Aids ocorrem pela dedicação das equipes de saúde, dos gestores e de todos aqueles que sistematicamente contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Nesta publicação, são apresentadas ações municipais nas cidades que concentram o maior número de casos. Este compilado apresenta a narrativa de experiências do cotidiano referentes às ações estratégicas de enfrentamento da epidemia realizadas pelos municípios.

A cidade de Alvorada apresenta sua experiência com familiares e cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids, por intermédio de seis oficinas realizadas pelo Serviço de Atendimento Especializado. Mostra a sua contribuição para a melhoria das iniquidades e o empoderamento dos responsáveis.

Em Cachoeirinha, pode-se encontrar o relato da implantação do atendimento da profilaxia pós-exposição sexual como medida de prevenção, que consiste no uso de me-

dicamentos até 72 horas após a relação sexual para reduzir o risco de transmissão do HIV.

No município de Canoas, encontra-se o relato da implantação do cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids entre a rede de Atenção Básica e o Serviço de Atendimento Especializado. Mostra os passos da construção coletiva da experiência desde o Conselho Municipal de Saúde até as equipes das unidades de saúde da Atenção Básica.

Na serra gaúcha, em Caxias do Sul, há o relato do Serviço de Atendimento Especializado para melhorar o acompanhamento das pessoas que não mantinham uma vinculação efetiva com a equipe de saúde, por intermédio da mudança no processo de trabalho do serviço.

O Serviço de Atendimento Especializado da cidade de Esteio descreve como reestruturaram suas atividades para melhorar o compartilhamento do cuidado com a rede de Atenção Básica.

A integração dos serviços de atendimento em IST/Aids, hepatites virais e tuberculose foi o relato das mudanças ocorridas na reorganização da rede no município de Gravataí.

Na cidade de Guaíba, temos o relato da criação do “Dia da Saúde – Um Dia de Todos”, que integra as equipes da rede de Atenção Básica com aquelas do Serviço de Atendimento Especializado em uma atividade mensal junto à comunidade.

Da fronteira com o Uruguai, Santana do Livramento apresenta o projeto para controle da transmissão vertical do HIV, que envolve diversos atores, como os serviços municipais de saúde, a Coordenadoria Regional de Saúde da SES-RS, hospital e Conselho Tutelar.

A descentralização da testagem para HIV e sífilis é o relato de Novo Hamburgo, com a capacitação das equipes e início das testagens na rede de Atenção Básica.

A capital gaúcha, Porto Alegre, mostra a experiência na abordagem estratégica junto à população jovem com a ação “Fique Sabendo Jovem”, chegando às comunidades e oferecendo informação, testagem e qualificação do cuidado.

No município de São Leopoldo, o Serviço de Atendimento Especializado descreve sua experiência para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral com ações junto ao hospital da cidade e articulação com a rede local.

O Comitê de Investigação da Transmissão Vertical do HIV/ Aids e Sífilis da cidade de Uruguaiana mostra sua articulação e ações na rede de saúde.

Inovação é a marca de Viamão, com propostas marcantes junto à população e articuladas com a rede de atenção. Mostra a experiência de ações educativas interativas e lúdicas, com forte impacto junto aos participantes.

Integração é a marca da experiência da cidade do Rio Grande. Apresentam a lógica de atuação da Unidade Básica de Saúde junto ao Presídio Estadual no município

em parceria com a Superintendência de Serviços Penitenciários da Secretaria de Segurança e o Hospital Universitário.

ELSON ROMEU FARIAS

Diretor do Departamento de Ações em Saúde
da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul

The background of the entire page is a repeating pattern of red ribbons, symbolizing HIV/AIDS awareness. The ribbons are arranged in a grid, with each ribbon overlapping its neighbors. The color of the ribbons transitions from a lighter red on the left to a darker red on the right.

**COOPERAÇÃO
INTERFEDERATIVA
E AS ESTRATÉGIAS
PARA ALCANÇAR
A META 90-90-90
NOS 15 MUNICÍPIOS
PRIORITÁRIOS
DO RIO GRANDE DO SUL**

DEISE DA SILVA LENTZ
IVO BRITO
JAQUELINE OLIVEIRA SOARES
MÁRCIA DE ÁVILA BERNI LEÃO
MARIA DO CARMO SILVA
REBEL ZAMBRANO MACHADO



A Cooperação Interfederativa do Rio Grande do Sul foi a primeira iniciativa de *hotspot* desenvolvida no Brasil para o enfrentamento do HIV/Aids, constituindo um novo dispositivo técnico, político e organizacional de gestão colegiada para o processo de articulação de respostas à epidemia.

De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de detecção de HIV/Aids no país, com 34,7 casos para cada 100 mil habitantes, correspondendo a quase o dobro da média nacional (19,1 casos por 100 mil). A taxa de mortalidade também é elevada. Mesmo tendo alcançado, em 2015, o seu menor índice da última década, o estado tem quase o dobro da taxa nacional (10,2/100 mil contra 5,6/100 mil). Uma terceira característica da epidemia no estado é a taxa de transmissão vertical (TV). Enquanto no Brasil esse índice chega a 2,5/100 mil, no Rio Grande do Sul o número é 5,4/100 mil.

Com a análise da situação de saúde dos 15 municípios prioritários da Cooperação e de seus indicadores epidemiológicos, foi formada essa força-tarefa para o enfrentamento do

HIV/Aids no Rio Grande do Sul, tomando como ponto de partida as diretrizes do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, considerando o Termo de Cooperação 03/2013, assinado em 1 de dezembro de 2013, entre o Ministério da Saúde e o Estado do Rio Grande do Sul, sendo o Estado o agente protagonista neste processo. A Cooperação Interfederativa (CI) é composta por 15 municípios prioritários, sendo 11 da região metropolitana (Porto Alegre, Novo Hamburgo, Esteio, Gravataí, Alvorada, Canoas, Viamão, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Cachoeirinha e Guaíba), dois municípios do interior (Caxias do Sul e Rio Grande) e dois municípios da fronteira (Uruguaiana e Santana do Livramento).

Tem como objetivo uma agenda interfederativa acordada entre as três esferas governamentais com vistas a responder à situação epidemiológica das IST/Aids e hepatites virais no estado do Rio Grande do Sul no que se refere a mortalidade por Aids, coinfeção tuberculose e hepatites virais, focalização nas ações de prevenção para populações vulneráveis, aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde, expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido e aprimoramento da gestão.

Tem ainda o objetivo de estabelecer uma agenda horizontalmente construída e pactuada com as gestões

municipais a fim de elaborar respostas focadas não só na situação epidemiológica das IST, HIV e Aids de cada município, mas também nos recursos existentes em cada um deles, sejam esses recursos de ordem da dimensão e capacidade de suas redes de atenção à saúde, sejam da potência existente nas tecnologias disponíveis. A Cooperação Interfederativa constituiu-se enquanto novo dispositivo/arranjo técnico-político e organizacional que visa a uma gestão colegiada do processo de articulação de uma resposta à epidemia de HIV/Aids no Rio Grande do Sul.

O grupo de trabalho (GT) para condução das ações da Cooperação Interfederativa foi composto por representantes do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e Departamentos e Seções da Secretaria Estadual da Saúde, representantes dos 15 municípios prioritários, por meio do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), das universidades, das agências internacionais representadas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-Aids (Unaid) e do controle social e do Movimento Social de Pessoas que Vivem com HIV-Aids, conforme Portarias nº 867 e nº 908/2015. Para a organização do processo de trabalho da Cooperação, foram constituídas quatro Câmaras Técnicas: Redes/Linha de Cuidado; Prevenção; Vigilância; e Municípios.

Antes de colocar em prática sua agenda, a CI elegeu suas cinco prioridades: a redução de novas infecções pelo HIV

nas populações-chave com implantação da estratégia de prevenção combinada; o apoio às iniciativas locais para o aprimoramento da gestão e da governança da resposta à epidemia de HIV/Aids; o aumento da capacidade e da eficiência dos serviços de saúde para atendimento das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids e coinfectadas TB/HIV/HV e sífilis; a produção de informações e conhecimento sobre a situação da epidemia do HIV/Aids no Rio Grande do Sul; e o desenvolvimento de estratégias de educação permanente, práticas de monitoramento e avaliação dos serviços.

As redes de atenção são os pilares constituintes para a integralidade do cuidado e a ampliação da cobertura, tendo como referência a rede de atenção básica como principal porta de entrada do sistema de saúde e da gestão do cuidado. A focalização por sua vez exige medições que visam responder a especificidades relacionadas às necessidades de saúde de subgrupos populacionais que se encontram mais vulneráveis. De um lado, o movimento em direção ao acesso universal e, do outro, o movimento rumo à equidade.

É essa equação que a Cooperação precisa ajustar no território de modo a alcançar a melhor assistência e prevenção possível, integral e de qualidade como elemento central de uma gestão compartilhada do desenvolvimento local, olhando para o setor saúde como um dos pilares do desenvolvimento econômico sustentável, revertendo os indicadores negativos de saúde na população.

Quanto aos avanços da Cooperação Interfederativa, destacam-se: a) as ações articuladas com a Atenção Básica, sendo o fio condutor o compartilhamento do cuidado e fortalecimento da AB como ordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde; b) elaboração da primeira linha de cuidado das PHVA do Brasil, com percurso ideal do usuário na rede, com o objetivo de orientar os municípios na organização das redes de atenção à saúde, apresentando diretrizes e recomendações gerais para subsidiar a definição das atribuições entre níveis de atenção com enfoque para o compartilhamento do cuidado entre Atenção Básica e serviço especializado; c) análise do Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC), que permite visualizar o gap de tratamento. É possível identificar as pessoas que poderiam estar em tratamento, mas não estão, buscar essas pessoas, ofertar e inserir em tratamento; d) a construção das cascatas do cuidado contínuo das PVHA, que serve para elucidar o contexto epidemiológico e caracterizar o cuidado dos indivíduos com HIV/Aids em um período específico. Esta ferramenta também tem o intuito de auxiliar nas discussões dos processos de trabalho dos serviços de saúde dos municípios; e) Profilaxia Pós-Exposição (PEP), tendo implantado o fluxo de atendimento nos 15 municípios da Cooperação Interfederativa na AB, SAE e serviços de urgência e emergência. Esta tecnologia de prevenção consiste em prevenir a infecção depois da exposição ao HIV, através do uso de medicamentos antirretrovirais por 28 dias, sem interrupção;

f) Comitês de Transmissão Vertical como estratégia para o desenvolvimento de políticas de saúde para a redução da transmissão vertical, que permitem mapear os problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido bem como visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis e apontar medidas de intervenção para sua redução; g) ter conhecimento da magnitude e tendências da epidemia no Rio Grande do Sul através de pesquisas como o estudo de prevalência do HIV e sífilis em parturientes, pesquisa sobre o subtipo C, da Profilaxia Pré-Exposição Sexual; h) articulação com a tuberculose com integração entre os dois setores, na resposta ao enfrentamento da coinfeção; i) compromisso assumido com cumprimento das metas para o tratamento, que são: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente; e 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral até 2020; j) implantação e sistematização do processo de educação permanente como uma estratégia que privilegia o espaço de trabalho como de aprendizagem.

Enfim, os desafios são ambiciosos no enfrentamento da epidemia de Aids. Iniciam com a manutenção das ações articuladas com a Atenção Básica (prevenção, avanço do diagnóstico e tratamento, pré-natal, apoio institucional/temático), a implantação e sistematização do processo de educação permanente, implementação da prevenção

com a oferta permanente de insumos, incluindo a disponibilização e orientação sobre as novas tecnologias de prevenção disponíveis, criação de observatório em Aids para o Rio Grande do Sul e produção de informações e conhecimentos sobre a situação da epidemia do HIV no Rio Grande do Sul.

SA
O
PA
R
O
Y
L
A

O FORTALECIMENTO
DA FAMÍLIA
DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES
VIVENDO COM HIV/
AIDS DIANTE DA
REVELAÇÃO DO
DIAGNÓSTICO

MARIA LUIZA PEREIRA

MAURENS GOULART SENNA

NORMITA BONALDO

RITA SEIXAS BRIDDI

SABRINA GONÇALVES

Alvorada é um município pertencente à região metropolitana de Porto Alegre, fundado em 17 de setembro de 1965, que conta com uma população de aproximadamente 175.575 habitantes. O município apresentou em 2015 uma taxa de detecção de casos de Aids de 63,8 casos/100 mil habitantes.

O HIV/Aids tem trazido muitos desafios à sociedade e aos profissionais da saúde. Revelar a uma criança ou adolescente a sua sorologia é um deles. O medo do preconceito e da discriminação tem dificultado a revelação do diagnóstico por parte de algumas famílias ou responsáveis.

O Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Alvorada diagnosticou a necessidade de buscar alternativas diferenciadas para trabalhar essa temática junto com as famílias e cuidadores. A base para o trabalho é o fortalecimento da relação entre família e SAE e a construção de uma rede social entre os familiares, possibilitando a (re) construção de novos modos de enfrentamento diante da revelação. Além do momento de falar sobre o diagnóstico, os familiares ou adultos responsáveis se deparam com outros desafios, tais como o início e a continuidade da escolarização, a adesão a um tratamento complexo e de longo prazo, a chegada da puberdade e o início da vida sexual.

O perfil epidemiológico do HIV/Aids para a faixa etária de crianças menores de um ano a 14 anos caracterizou-se por

uma redução gradual dos casos de mortalidade a partir do ano de 2003, predominando em crianças e adolescentes do sexo masculino, brancas e que se infectaram pelo vírus HIV por transmissão vertical.

O Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Pediatria (BRASIL, 2007) preconiza que a revelação do diagnóstico é um aspecto fundamental da assistência à criança e ao adolescente vivendo com HIV/Aids, que deve ser tratado como um processo gradual e progressivo. Considerando-se que a abordagem deve ser individualizada, o momento apropriado, o nível de informação e a priorização dos assuntos dependerão do contexto psicossocial da família em que a criança ou o adolescente estiver inserido.

A finalidade dessa intervenção é contemplar o melhor momento para desvelar à criança ou ao adolescente sua condição sorológica e a maneira mais adequada de fazê-la, otimizando o processo de revelação junto aos seus familiares ou cuidadores. Assim, para a criança ou o adolescente, esse momento torna-se o marco inicial para a construção de uma nova história e identidade, fortalecendo o seu protagonismo diante da adesão ao tratamento.

A metodologia da intervenção teve como instrumental o roteiro de entrevista semiestruturada e um grupo de apoio aos familiares ou cuidadores. Os encontros ocorreram a cada 15 dias num total de seis. É de suma importância nessa intervenção a sua condução por equipe multidisciplinar. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilida-

de de discorrer sobre o tema em questão. Assim, a equipe fez a coleta dos dados necessários para o prosseguimento do processo.

A primeira etapa da intervenção consistiu na elaboração do roteiro da entrevista semiestruturada realizada. Com os dados da entrevista, foi obtido um panorama da realidade social de cada família, como o grau de escolaridade, parentesco com a criança ou o adolescente, profissão, idade, localidade etc. Após contato para agendamento, foi realizada a entrevista com o familiar/cuidador, que também recebeu aconselhamento sobre a importância da revelação do diagnóstico e seus benefícios no decorrer do tratamento. Depois dessas etapas, ocorreram os encontros do grupo quinzenalmente, com duração de uma hora e 30 minutos cada, num total de seis e com número de participantes fixos.

Cada encontro teve a fala de um profissional diferente. O primeiro encontro contou com a assistente social do SAE. Um conselheiro tutelar participou do segundo encontro para orientar sobre direitos e deveres para com essas crianças e adolescentes. No terceiro encontro foi oportunizada ao grupo uma conversa com a pediatra que acompanha as crianças e adolescentes em tratamento no SAE. A farmacêutica da UDM esclareceu, no quarto encontro, dúvidas sobre horários, dosagem correta, armazenamento adequado e tudo pertinente ao tratamento medicamentoso. A quinta oficina contou novamente com a assistente social do SAE, que trouxe aos participantes esclarecimentos sobre direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/Aids. No sexto e

último encontro, pessoas que passaram pela experiência da revelação do diagnóstico conversaram com o grupo, incentivando a troca de experiências e vivências a partir de suas histórias pessoais. Também houve o momento da despedida do grupo, oportunizando a reflexão sobre os objetivos propostos e seu alcance pelos participantes.

As oficinas realizadas ajudaram a contribuir para a transformação social, diminuição das iniquidades e garantia dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids, seus filhos, familiares e cuidadores. Assim, os responsáveis por esses menores se empoderaram quanto ao binômio saúde/doença, qualificando a relação do cuidado com suas crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Pediatria**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

"(...) É de suma importância nessa intervenção (encontros) a sua condução por equipe multidisciplinar."

Que profissionais poderiam fazer parte de uma equipe multiprofissional a fim de propiciar melhor cuidado às PVHA? Será que a "engrenagem" do serviço funcionaria melhor?



CACHOEIRINHA

IMPLANTAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) EM CACHOEIRINHA

CRISTINA TOSI ÁVILA

FLORENCE ZANCHETTA COELHO MARQUES

KATIA ADRIANA MONTEIRO MEYER

VINICIUS PAIVA VANACOR

Cachoeirinha está localizada na região metropolitana de Porto Alegre e tem uma população estimada de 125.975 pessoas (IBGE, 2015). A cidade faz parte dos 15 municípios prioritários no enfrentamento à epidemia de HIV no Rio Grande do Sul, tendo assinado, em 2015, a Carta de Paris, que prevê a meta 90-90-90 da Unaid.

A cidade conta com nove Unidades Básicas de Saúde (UBSs), 15 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESFs), um Pronto Atendimento 24 horas (PA), um Centro de Especialidades Clínicas (CEC), além de Unidade de Odontologia e Centro de Especialidades Odontológicas, Unidades de Saúde Mental Adulto e Infantil e um Centro de Atenção Psicossocial. O Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS e Hepatites Virais (SAE) existe desde 2003 e, atualmente, conta com sua equipe completa e prédio próprio, onde o serviço de tuberculose é integrado.

Todas as Unidades Básicas de Saúde e o Centro de Especialidades Clínicas do município já realizam regularmente testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C há pelo menos dois anos – quando a equipe do SAE os capacitou. Anteriormente, os testes somente eram realizados mediante agendamento.

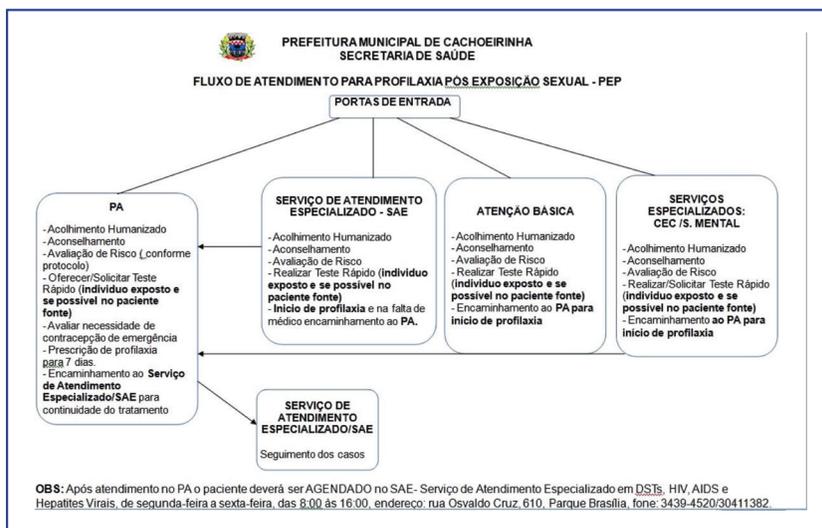
Em dezembro de 2015 começou a implantação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) com o objetivo de reduzir as novas

infecções pelo HIV/Aids. Com enfoque na Carta de Paris e no comprometimento em eliminar os níveis epidêmicos, temos intensificado as ações de prevenção e capacitação na rede de atendimento. Todas as Unidades Básicas de Saúde, equipes de ESFs e o PA foram capacitados para a realização de teste rápido e atendimento da Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

O processo começou com mapeamento, planejamento e discussão de fluxos. Em seguida, foram articuladas reuniões para viabilizar a implantação junto aos profissionais do PA. A equipe do SAE foi sendo capacitada tecnicamente para integração do processo à Rede de Assistência do município. Para isso, trabalhamos o acolhimento do usuário, a avaliação do contexto da exposição ao HIV, a identificação do risco de transmissão, a frequência de exposições ao risco e o conhecimento da prescrição da profilaxia.

Com o surgimento da PEP, além do acolhimento específico, as equipes de saúde receberam treinamento para realização imediata do teste rápido, orientação e prescrição dos medicamentos. O Pronto Atendimento passou a fazer parte deste fluxo, com seus profissionais treinados e sensibilizados para acolher os usuários que buscam a PEP.

IMPLANTAÇÃO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) EM CACHOEIRINHA



Atualmente, os testes rápidos são oferecidos para a população em todas as unidades de saúde municipais (UBSs, ESFs). Para prescrição e dispensa da PEP, o paciente é encaminhado ao SAE em horário comercial e, em horários noturnos, finais de semana e feriados, para o PA, contribuindo para integração desses serviços com todas as unidades de saúde do município.

Percebemos também que a disponibilidade para imediata realização dos testes rápidos e a inclusão do PA resultaram em uma diminuição da transmissão do HIV por via sexual, se considerarmos o número de atendimentos de PEP realizados desde a implantação, em dezembro de 2015, sendo 35 no total (24 usuários do sexo masculino e 11 do sexo feminino).

Por fim, temos como meta, para o ano de 2017, oferecer o teste rápido através da livre demanda e ampliar os horários das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **PEP Sexual**. Recomendações para abordagem da exposição sexual ao HIV. Um guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <www.saude.gov.br>.

_____. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção do HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008 Suplemento III – Tratamento e Prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

IBGE. **Censo Demográfico 2015**. População geral do município. Cachoeirinha: IBGE, 2015. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids. **Normativa de profilaxia do HIV na exposição sexual, PEP Sexual**. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2014.

"(...) o Pronto Atendimento passou a fazer parte desse fluxo, com seus profissionais treinados e sensibilizados para acolher os usuários que buscam a PEP."

Qual é o melhor caminho a se percorrer na construção dos fluxos de PEP?



SAE
AB
SAE
AB
SAE
AB

**A IMPLANTAÇÃO
DO CUIDADO
COMPARTILHADO
DA PVHA ENTRE AB
E SAE**

LUCIANO ZOCH RODRIGUES

Canoas é um município da região metropolitana de Porto Alegre com uma população estimada de 342.634 pessoas (IBGE, 2016). O município conta com 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com 63 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em todas as unidades de saúde é realizado o teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C. O SAE da cidade conta com 3.625 prontuários ativos de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA).

Pensar numa linha de cuidado para PVHA significa pensar num tratamento integral oferecido pelo posto de saúde no qual esse indivíduo está inserido. A Atenção Básica (AB) é ordenadora do cuidado, articulando com toda a rede os encaminhamentos e referenciando aos diferentes serviços numa busca integral do atendimento.

A partir da *Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST*, lançado em 2014 pelo governo do Rio Grande Sul, iniciou-se na gestão municipal uma nova discussão sobre o atendimento das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids pela Atenção Básica. Daí veio o desenvolvimento do cuidado compartilhado de PVHA entre AB e SAE.

Foi montado um grupo de trabalho (GT) no Conselho Municipal de Saúde de Canoas com o objetivo de viabilizar a aplicabilidade e realizar a implantação da “Descentralização da PVHA”. Discutiu-se sobre os conceitos de descentra-

lização e cuidado compartilhado. Dessas discussões, surgiu a certeza de que era fundamental que todos os profissionais das unidades escolhidas fossem capacitados, sem qualquer distinção. Além disso, chegou-se à conclusão de que o assunto HIV/Aids deveria estar na pauta de reuniões das equipes de saúde para que todos fossem sensibilizados quanto à importância do trabalho envolvendo noções de cuidado compartilhado.

O GT definiu que as Unidades Básicas de Saúde União (com sete equipes de ESF) e Rio Branco (com quatro equipes de ESF) seriam as unidades-piloto. Dessa forma, só a partir da implantação e avaliação dessas experiências é que se ampliaria para as outras unidades do município.

Dadas as diferenças existentes em cada unidade, cada serviço, cada região de saúde, entendeu-se que a construção da implantação desse processo só teria êxito se os profissionais se apropriassem do assunto e ajudassem em cada parte do processo de implantação. Aos poucos, junto com os profissionais de cada serviço, guiados pelas discussões acerca da linha de cuidado do Estado, foi-se construindo o passo a passo do processo: entender os motivos para se ter um cuidado compartilhado no município; verificar os fluxos a serem seguidos pelas unidades; fazer levantamento das pessoas que seriam atendidas; analisar a forma de matriciamento entre o SAE e as unidades; organizar o encaminhamento em que a definição da agenda de retorno é construída com cada unidade de saúde respeitando a particularidade de cada serviço (de forma alguma esta seria uma “agenda HIV”, já que é respeitado o sigilo ne-

cessário); e desenhar o formato da capacitação a todos os profissionais das equipes.

A partir daí foram definidas as medidas a serem tomadas. As unidades atenderiam apenas pessoas que vivessem com o HIV que fossem assintomáticas e apresentassem um CD4 maior que 350. O usuário com CD4 menor que 350 seria direcionado para o SAE, que o reencaminharia para a unidade de saúde assim que seus níveis de CD4 e carga viral ficassem positivamente estáveis. Cada unidade faria admissão apenas daquele usuário que fosse morador da sua área adstrita. Morador de outra área seria encaminhado ao SAE ou à sua unidade de origem, caso esta já fosse capacitada para o cuidado compartilhado. Gestantes e crianças até dois anos seriam encaminhadas ao SAE, mas mantendo as consultas também nas unidades. Já as crianças de dois até 12 anos vivendo com HIV/Aids seguiriam sendo atendidas no SAE.

Definiu-se também que, na admissão de PVHA, seriam solicitados exames laboratoriais e radiografia e haveria o encaminhamento para o Hospital Nossa Senhora das Graças, com um retorno mais ágil do que os exames solicitados pelo sistema de marcação de consultas. Também na admissão seria feito contato com o SAE para marcar o dia de coleta de CD4 e carga viral. Em 18 dias, a PVHA retornaria com os exames para a primeira consulta médica, que fora marcada na admissão. A partir daí, o paciente passaria a receber um atendimento junto à assistente social e, de acordo com o caso, com o psicólogo do SAE. As medicações seguiriam sendo retiradas na farmácia do SAE.

Também se criou uma agenda de encontros com as unidades para mostrar e discutir a linha de cuidado, sensibilizando os profissionais e fazendo uma construção coletiva do processo de implantação do cuidado compartilhado em cada unidade. Assim, se estabeleceu o cronograma que foi usado com as unidades-piloto e que seria seguido com todas as unidades a serem capacitadas posteriormente.

A capacitação abrangendo todos os funcionários da unidade de saúde foi construída em conjunto e teve nove módulos. Entre os palestrantes, figuraram profissionais do SAE/CTA/Hepatites Virais/Tisiologia, da Diretoria de Políticas e Ações em Saúde, da Diretoria da Vigilância Sanitária e da Diretoria da Vigilância Epidemiológica.

Em abril de 2016 iniciou-se a atividade de “Cuidado compartilhado da pessoa vivendo com HIV/Aids entre AB e SAE” nas duas unidades-piloto. O envolvimento das equipes com o tema HIV/Aids desencadeou um aumento quantitativo de testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C) realizados: no ano de 2015, por exemplo, a UBS União realizou 548 testes e, após iniciar as atividades da linha de cuidado, de janeiro a maio de 2016 foram realizados 587 testes.

A ação também possibilitou uma autonomia maior ao usuário. Dois pacientes antigos do SAE pediram para serem atendidos pelo seu médico da UBS União, por entenderem que eles já tratavam da sua diabetes e hipertensão na unidade. Por esse motivo, preferiam realizar o tratamento antirretroviral (TARV) com o médico da unidade. A UBS Rio Branco realizou três admissões desde o início do cuidado compartilhado, sendo as três usuárias gestantes.

A partir de agosto de 2016, iniciaram-se as capacitações do cuidado compartilhado em outras 26 unidades. O objetivo era de que, até o final de 2016, 100% das unidades de saúde do município estivessem preparadas para fazer o cuidado compartilhado da PVHA entre a AB e o SAE, proporcionando um atendimento de qualidade às pessoas vivendo com HIV/Aids e ajudando para alcançar a meta 90-90-90.

A experiência com as unidades-piloto foi fundamental para os ajustes necessários e para a ampliação de todas as unidades de saúde de Canoas. O sucesso desse trabalho se deu a partir da construção coletiva de cada etapa da implantação, em que foi possível promover o empoderamento dos profissionais dessa nova forma de atendimento à PVHA.

REFERÊNCIAS

IBGE. **Censo Demográfico 2016**. População geral do município. Canoas: IBGE, 2016. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e outras DST do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SES, 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1424284710_Linha%20Cuidado%20Versao%20Final.pdf>.

"O sucesso desse trabalho (linha de cuidado) se deu a partir da construção coletiva de cada etapa da implantação, em que foi possível promover o empoderamento dos profissionais dessa nova forma de atendimento à PVHA."

Será que essa experiência pode ser considerada como parte de um processo de educação permanente do município? O que você acha?



CAXIAS DO SUL

O SIMC COMO ESTRATÉGIA PARA ATINGIR A META 90-90-90 EM CAXIAS DO SUL

CHRISTIAN FONTANA

ELISANE FURTADO OLIVEIRA

GRASIELA CEMIN GABRIEL

HELEN DALLA SANTA PRUX

THAIS GONEN

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Caxias do Sul conta com aproximadamente 2.866 pacientes cadastrados atualmente, sendo estes de Caxias do Sul e região. O serviço ambulatorial em HIV/Aids realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), buscando melhorar as condições de vida e de saúde dos usuários e reduzir a morbidade e a mortalidade. O SAE encontra-se inserido no serviço municipal de infectologia (SMI) da cidade e presta atendimento integral, de forma humanizada, resolutiva e integrada às demais unidades da rede estratégica do SUS. Sempre com vistas a acolher e atender às demandas que surgem, o SAE está aprimorando a construção de estratégias que busquem resgatar casos de evasão e abandono do tratamento antirretroviral (TARV).

No último trimestre de 2014, o SAE passou a utilizar o SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids). Além de auxiliar a monitorar, o SIMC serviu inicialmente como ferramenta para identificar os casos mais críticos de abandono do TARV, já que o sistema disponibiliza dados referentes ao CD4 e à carga viral. As informações de usuários que iniciaram, abandonaram, retomaram ou ainda não começaram o tratamento com antirretrovirais estão sempre atualizadas.

Ao olhar com atenção para os dados disponibilizados pelo SIMC, em setembro de 2014, detectou-se que o SAE possuía 121 pacientes com indicação de tratamento que ainda não o haviam iniciado e 59 pacientes “pendentes”, sobre cuja situação de saúde não se tinha qualquer informação. Com o apoio de toda a equipe do SAE, iniciaram-se os trabalhos de localização dos pacientes em questão por meio de pesquisa nos sistemas informatizados da rede e nos prontuários.

O passo seguinte foi entrar em contato com os casos de evasão do tratamento para resgatá-los de volta ao serviço. Na maioria das vezes esses pacientes seguem com acolhimento psicológico para entender os motivos que levaram ao abandono do tratamento.

Em 2015, com o surgimento da meta 90-90-90, os trabalhos foram intensificados. Com o início e a adesão ao TARV se tornando o principal foco de trabalho, a localização de usuários que ainda não haviam começado o tratamento e o resgate dos casos de abandono se fortaleceram. O contato direto com o paciente em abandono estimula sua sensibilização para o retorno ao tratamento. Ao final do ano, os resultados já começaram a aparecer. O número de pacientes com indicação de tratamento que ainda não o haviam iniciado caiu de 121 para 29, baixando 76%. O número de pacientes pendentes, que era 59, baixou para 41, ou seja, promoveu-se uma diminuição de 30,5%.

Para facilitar o retorno desses usuários em situação de abandono, ficou acordado, após autorização da coordenação do SAE, que o paciente pudesse ser encaixado nos horários de

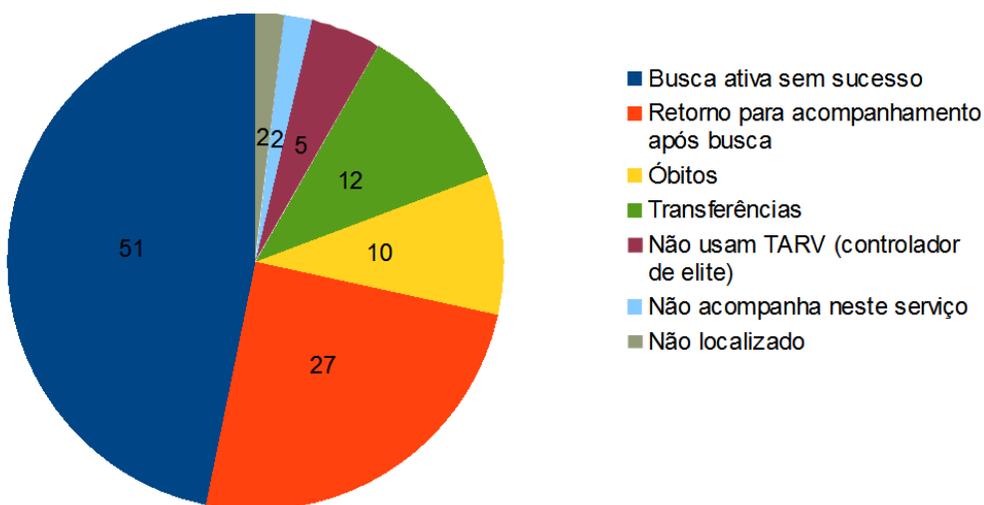
consulta mais próximos à data do contato, mesmo que as vagas já estivessem preenchidas. Dessa forma, o usuário ganharia prioridade de atendimento, visto que, em situação de abandono de tratamento, uma pessoa vivendo com HIV está colocando em risco a sua saúde e também, possivelmente, a saúde de pessoas com as quais se relaciona.

A partir de então, foi dada prioridade aos casos evadidos há mais tempo. Conforme o SIMC, 50 pacientes se encontravam nessa situação. Assim, realizou-se a atividade de busca ativa através de contato por telefone, tanto para identificação de abandono quanto para convite de retomada do tratamento. Foi possível agendar consultas ou exames de verificação de carga viral e CD4 para 19 desses pacientes, sendo que 15 retornaram para realizar os atendimentos marcados e apenas quatro não compareceram ao serviço. Entre os demais, 11 não foram encontrados nos números de telefone indicados, quatro faleceram, três estavam apenados, dois não tiveram o telefone identificado, dois passaram a realizar atendimento em instituições privadas e nove pacientes foram transferidos para atendimento em outras cidades da região ou em outros estados.

No início do segundo semestre de 2016, no mês de julho, verificou-se que 34 usuários estariam em situações mais significativas de abandono do tratamento. Entre eles, sete retornaram ao serviço, cinco faleceram, dois transferiram o atendimento para outras cidades e os outros 20 pacientes não foram encontrados.

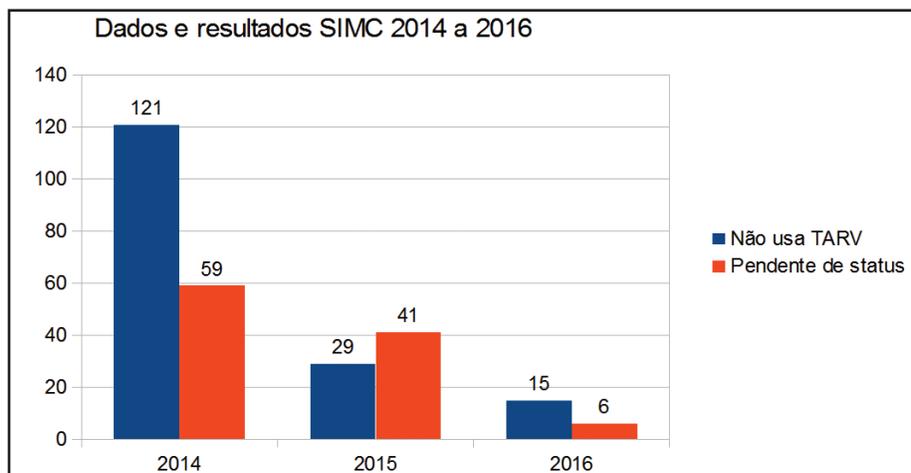
Em agosto, emitiu-se uma nova lista do SIMC, que apontou 25 usuários em situação de abandono ou que não haviam

Dados do SIMC e resultados 2016



Na última etapa da realização de busca ativa por meio dos dados do SIMC, abrangeu-se um total de 109 usuários do SAE. Calcula-se que 27 pacientes que estavam evadidos ou em abandono retomaram o acompanhamento, comparecendo às consultas e realizando os exames periódicos. Dessa forma, os resultados obtidos demonstram que foi possível resgatar e efetivar o retorno aos atendimentos de 24,77% desses usuários.

Em outubro de 2016, conforme dados do SIMC, o número de pacientes com indicação de tratamento que ainda não o iniciaram é de 15, e dos pacientes pendentes é apenas seis. Esses dados indicam um significativo progresso das atividades propostas e desempenhadas.



Um nível maior de cobertura de tratamento tem sido alcançado com sucesso após o início do uso das informações disponibilizadas pelo SIMC, configurando-se numa nova estratégia qualificadora do trabalho do SAE. Vale ressaltar que a equipe envolvida percebeu a importância de olhar para além dos pacientes que acompanham no serviço, bem como entendeu a necessidade de primar pela vigilância dos que não estão vinculados ao serviço, pensando em formas de resgatar os atendimentos e incentivar a retomada do tratamento.

"(...) a equipe envolvida percebeu a
além dos pacientes que acompanh
necessidade de primar pela vigilânci
pensando em formas de resgatar
retomada do t

a importância de olhar para
nham no serviço e entendeu a
ncia dos que não estão vinculados,
r os atendimentos e incentivar a
tratamento.”



**OS
SE
ES
ES
ES**

**A ORGANIZAÇÃO
DO CUIDADO
COMPARTILHADO
A PARTIR DA
REESTRUTURAÇÃO
DO SAE EM ESTEIO**

ANA LUCIA DE CARVALHO E SILVA MASSULO

Esteio é um município pertencente à região metropolitana de Porto Alegre e possui aproximadamente 80.669 habitantes. O município apresentou em 2015 uma taxa de detecção de casos de Aids de 65,5 casos/100 mil habitantes.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Esteio iniciou a reestruturação de seus serviços há cerca de 18 meses. Essa experiência busca possibilitar atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços, equidade no cuidado e humanização das relações estabelecidas entre usuário e o SAE. A reestruturação também visa à organização do cuidado compartilhado, um diálogo para além da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que pode estabelecer diferentes portas de entrada da rede de proteção municipal, regional e estadual. No processo dessa reestruturação, várias medidas envolvendo equipes multiprofissionais foram tomadas visando aos diferentes serviços ofertados.

Inicialmente, um diagnóstico sobre o perfil epidemiológico e etiológico do município foi levantado. Esses indicadores de saúde foram utilizados em encontros para formação teórica de agentes comunitários de saúde, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais dos CAPS, gestores, educadores e educandos das escolas municipais. A proposta teve por objetivo capilarizar e possibilitar o cuidado compartilhado do SAE com toda a rede de proteção, tratando de questões fundamentais como sexualidade, sexo, estigma, preconcei-

to, etiologia do vírus HIV/Aids, profilaxias pré e pós-exposição ao HIV/Aids (respectivamente, PrEP e PEP), aconselhamento e acolhimento para o teste rápido de HIV, sífilis e hepatites virais. Foi necessário o entendimento dos fluxos de encaminhamento dos usuários dentro da rede de atendimento do SUS para organizar o cuidado compartilhado. Esses encontros ocorreram uma vez ao mês durante dez meses, com carga horária de oito horas cada. Ao término do período de formação teórica foi realizado um planejamento com a rede de profissionais que possibilitasse um momento de vivência sobre as questões teóricas levantadas.

Outra ação envolveu os agentes comunitários de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais acompanharam a rotina de trabalho do SAE por dez dias, em que tiveram até uma escala de trabalho semanal.

O processo de reestruturação contou com um trabalho intersetorial envolvendo saúde e educação. O “Projeto de Educação em Saúde – Literatura e Arte” foi realizado com crianças e adolescentes do ensino fundamental de Esteio. Os títulos literários usados no projeto tratam sobre *bullying*, rede de proteção de crianças e adolescentes, gravidez na adolescência, transmissão vertical, estigma, preconceito, redução de danos, uso de álcool e outras drogas, relações afetivas e sexuais no mundo virtual, construção da identidade e sexualidade de crianças e adolescentes. Em consonância, o projeto vem se desenvolvendo em parceria com a ONG Espaço da Arte, que tem por objetivo dialogar com a realidade local de cada comunidade escolar.

A partir de uma pesquisa de abordagem educativa realizada em comunidades da cidade de Esteio e também em espaços como nas estações de trem durante o momento de maior fluxo de passageiros, foi diagnosticado que a população sabia pouco sobre teste rápido, tampouco onde era possível realizá-lo. Assim, partindo destas informações, o Programa Municipal de Esteio colocou faixas informativas em todas as 13 unidades de saúde de Atenção Básica informando a realização de testagem rápida sem agendamento. Com o slogan “Faça aqui seu teste rápido, em no máximo 30 minutos você tem seu resultado”, a estratégia ampliou de 50 testes por mês (realizados somente no SAE) para um quantitativo médio de 400 testes por mês (realizados por 13 Unidades Básicas de Saúde).

Atualmente, a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) é oferecida na saúde pública. Equipes multiprofissionais foram capacitadas para acolhimento, avaliação e indicação da PEP. No processo, o usuário realiza parte do primeiro atendimento e, na sequência, é acolhido e recebe a assistência para a PEP até o encerramento do caso com alta ou não do usuário.

A gestão clínica dos usuários do SAE tem sido realizada pela equipe multiprofissional do programa municipal, que faz o planejamento de ações e estratégias de trabalho partindo dos seguintes indicadores: número de testes rápidos e dispensa de preservativos por microárea de Atenção Primária (equipes de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde de Esteio); perfil clínico de CD4 e carga viral; adesão ao tratamento; coinfeções (hepatites virais e, principalmente, tuberculose); óbitos; usuários

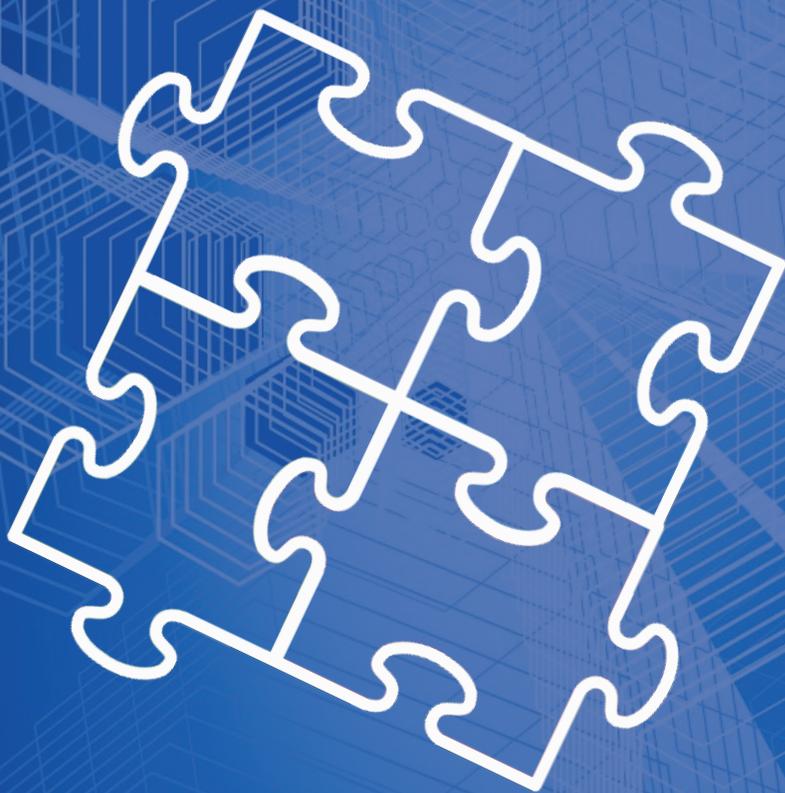
com CD4 abaixo de 200 cels/mm³; crianças até 18 meses expostas; e a quantidade de crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids.

A reorganização interna do SAE se apresentou como uma potente ferramenta de manejo clínico dos pacientes, potencializando o cuidado compartilhado com a Atenção Básica. O contexto em que cada usuário está inserido revela suas singularidades, o que permite um atendimento mais personalizado, favorecendo muito a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). A experiência tem se apresentado como uma potente estratégia para o cuidado integral dos usuários do SUS. Foi perceptível uma melhora em 20% dos casos de má adesão ao TARV durante o primeiro semestre de 2016. Em relação à qualificação do diagnóstico precoce durante o pré-natal e cuidado continuado, é possível monitorar o manejo clínico de crianças expostas ao HIV/Aids. Nos últimos 18 meses, houve alta de dez casos de crianças expostas. Com os usuários de álcool e outras drogas, estabeleceram-se consultas quinzenais com foco na redução de danos e encaminhamento para fortalecimento do TARV. Houve uma melhora na adesão ao tratamento de quatro pacientes usuários de álcool e outras drogas em um período de seis meses.

Essas experiências evidenciam os benefícios que trazem o cuidado compartilhado e o fortalecimento do vínculo dos pacientes com o SAE e a Atenção Básica: trabalho que tem possibilitado mudanças nos indicadores de saúde e na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids na cidade de Esteio.

*“O processo de reestruturação (do SAE)
contou com um trabalho intersetorial
envolvendo saúde e educação.”*

**Que outras áreas também podem
estar envolvidas em um trabalho
intersetorial em relação à pauta DST/
Aids?**



1
A
T
A
Y
B
B
C

O OLHAR DE
HÓRUS: OUTRA
PERSPECTIVA PARA
A COINFEÇÃO
TB/HIV É POSSÍVEL

CÍNTIA LEON DOS SANTOS

ELIANA MAYRA DE ARAÚJO MEDEIROS

TATIANE CRISTINA DA SILVA

TERESINHA PEREIRA DE SOUZA

Gravataí está situada na região metropolitana de Porto Alegre. Com uma população de 255.762 habitantes (IBGE, 2010), a cidade encontra-se entre os 15 municípios prioritários para ações de tuberculose (TB) e está em 16º lugar entre os municípios com maior taxa de detecção do HIV/Aids no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

O Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) foi implantado na cidade em 1999. Em dezembro do mesmo ano, foram iniciadas ações de sensibilização para a temática do HIV/Aids. Dessas demandas surgiu o ambulatório de infectologia no Centro de Ações Coletivas (CEAC). Hoje, o Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV-Aids, Hepatites Virais e Tuberculose (SAE) agrega todos os serviços, qualificando a atenção prestada aos usuários em atendimento.

A coinfeção TB/HIV é uma das principais causas do aumento da mortalidade em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). Para se ter uma ideia, uma pessoa imunocompetente infectada com o bacilo da tuberculose tem cerca de 10% de chance de desenvolver a doença ao longo da vida; já na pessoa vivendo com HIV/Aids essa possibilidade é de 10% ao longo do ano. A infecção pelo HIV aumenta a ocorrência da tuberculose, bem como a tuberculose in-

terfere diretamente na sobrevivência desta pessoa. Por isso, o PMCT segue tendo como meta a realização do diagnóstico precoce do HIV/Aids em pacientes com tuberculose, assim como o diagnóstico precoce da tuberculose ativa e também da infecção latente em PVHA.

Dados demonstram que as testagens anti-HIV em pacientes que iniciaram tratamento para tuberculose em Gravataí passaram de 70,2% em 2008 para 91,9% em 2015 (Quadro 1). A taxa de coinfeção TB/HIV também subiu na cidade, de 20,2% em 2008 para 24,6% em 2015 (Quadro 2).

Quadro 1 – Número de testagens HIV em pacientes TB

Ano	Total de casos TB	Testagem HIV	%
2008	158	111	70,2%
2009	155	111	71,6%
2010	174	122	70,1%
2011	147	128	87%
2012	162	136	83,9%
2013	206	182	88,3%
2014	189	133	70%
2015	211	194	91,9%

Fonte: Livros de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose – PMCT/SINAN

Quadro 2 – Percentual de coinfeção

Ano	Total de testagens HIV	HIV +	Proporção coinfeção
2008	111	32	20,2
2009	111	32	20,6
2010	122	31	17,8
2011	128	30	20,4
2012	136	28	17,2
2013	182	44	21,3
2014	133	42	22,2
2015	194	52	24,6

Fonte: Livros de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose – PMCT/SINAN

Um dos principais motivos para esse crescimento do número de pacientes tratando tuberculose que fizeram testagem para HIV foi a implantação do Ambulatório de Coinfeção TB/HIV em Gravataí, em 2012. A integração do tratamento de TB/HIV proporcionou um atendimento personalizado para o paciente coinfectado, fortalecendo sua adesão ao tratamento. Por exemplo, após a alta do tratamento da tuberculose, o paciente tem seu prontuário de atendimento copiado e anexado ao prontuário do Ambulatório de Infectologia, para onde é encaminhado a fim de seguir com o tratamento antirretroviral para HIV/Aids (TARV). A partir de então, a continuidade do processo de cuidados passa a ser da equipe do Ambulatório de Infectologia e, quando possível, da Atenção Básica.

Para uma integração maior do processo de trabalho, em 2015 o Ambulatório de Tisiologia passou a realizar teste rápido para HIV/Aids, hepatite B, hepatite C e sífilis. Agora, a testagem é oferecida no momento da primeira consulta, definindo o percurso do paciente dentro do ambulatório: se o resultado for não reagente, o atendimento deve ser feito pelo médico tisiologista; já no caso de resultado reagente, o paciente é encaminhado para o atendimento com o infectologista

Devido ao cuidado integral e à maior humanização no acolhimento, o atendimento personalizado reforça o vínculo dos pacientes coinfetados TB/HIV com a equipe de saúde e, principalmente, promove uma maior adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. População geral do município. Gravataí: IBGE, 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**. Porto Alegre: SES, 2015.

“Devido ao cuidado integral e à maior humanização no acolhimento, o atendimento personalizado reforça o vínculo dos pacientes coinfectados TB/HIV com a equipe de saúde e, principalmente, promove uma maior adesão ao tratamento.”

Será que existem mais alguns aspectos relevantes na atuação das equipes de saúde que fortalecem a adesão ao tratamento?



90-90-90

**"DIA DA SAÚDE
UM DIA DE TODOS":
RUMO AO 90-90-90
E À LINHA
DO CUIDADO
COMPARTILHADO
EM GUAÍBA**

ELAINE GUARALDI

JANETE GUTERRES

Guaíba é uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre com 95.230 habitantes (IBGE, 2010). A cidade está entre os 15 municípios com maior incidência de HIV/Aids no Rio Grande do Sul (em 2014, Guaíba estava em 8º lugar no ranking do estado entre os municípios com mais de 20 mil habitantes em casos novos de HIV/Aids). Devido à expansão da indústria, a cidade tem recebido muitos migrantes, elevando sua concentração urbana. O Presídio Feminino, inaugurado em 2011, também contribuiu para o crescimento dos atendimentos em saúde, aumentando os desafios na luta da prevenção e combate ao HIV/Aids.

Conforme dados da Secretaria Estadual da Saúde de 2015, o SAE de Guaíba tem um total de 890 pessoas vivendo com HIV/Aids registradas. Em 2015, a cidade assinou, juntamente com os outros municípios prioritários, a Declaração de Paris, comprometendo-se a alcançar a meta 90-90-90 (90% de indivíduos diagnosticados, 90% em tratamento e 90% com supressão viral) até 2020 e acabar com a epidemia até 2030.

Diante desses desafios e focando no cumprimento da meta, o SAE, juntamente com a Atenção Básica, criou o projeto “Dia da Saúde – Um Dia de Todos”. A ação é mensal e cada edição é realizada em uma diferente unidade de

saúde da cidade. Guaíba conta com oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Saúde Prisional, duas Estratégias da Família (ESF), uma Unidade de Saúde, um CAPS II, um CAPS AD e um Pronto Atendimento 24 horas.

No "Dia da Saúde – Um Dia de Todos", uma equipe multiprofissional com cerca de dez pessoas vai até a unidade programada e, junto com a equipe local, atende a comunidade. Há oferta de teste rápido de HIV, sífilis e hepatites B e C, realização de exame citopatológico, confecção do Cartão Nacional do SUS e orientações diversas baseadas na prevenção e promoção em saúde, tais como: prevenção às ISTs, tabagismo, tuberculose, obesidade, hipertensão, diabetes e promoção da saúde bucal. Neste dia, a agenda do médico lotado nesta UBS fica à disposição para atender à demanda gerada.

A participação e a recepção por parte da população têm sido bastante expressivas, sendo realizados, em média, 30 testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C a cada evento e 20 exames citopatológicos.

"Descobri que tenho HIV no evento que teve no posto do meu bairro... fiz um teste rápido de HIV e o resultado reagente saiu na hora. Tinha médico lá e eu consultei. Agora, já estou tomando os remédios", conta uma paciente que descobriu seu diagnóstico em uma edição da ação.

A meta para 2017 é ampliar o serviço de visitas domiciliares no "Dia da Saúde – Um Dia de Todos", com visitas aos usuários que abandonaram o tratamento no bairro onde o evento será realizado. Ainda na meta 90-90-90, o SAE utiliza e atualiza frequentemente o SIMC (Sistema de Monito-

ramento Clínico de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS). Quando é constatado algum abandono do tratamento antirretroviral (TARV), o usuário é contatado por telefone e é feita a sensibilização sobre a importância do acompanhamento médico e da adesão ao tratamento. Atualmente, as visitas domiciliares só acontecem para as gestantes.

O projeto está superando as expectativas em quesitos como o protagonismo dos profissionais em saúde. Para além das ofertas dos serviços à comunidade, o "Dia da Saúde – Um Dia de Todos" proporciona a integração entre os profissionais das Unidades de Saúde com o SAE, evidenciando o real papel da Atenção Básica na promoção da saúde: o ponto de partida na linha do cuidado compartilhado.

REFERÊNCIAS

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. População geral do município. Guaíba: IBGE, 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**. Porto Alegre: SES, 2015.

“(…) o “Dia da Saúde - Um Dia de Todos” proporciona a integração entre os profissionais das unidades de saúde com o SAE, evidenciando o real papel da Atenção Básica na promoção de saúde: o ponto de partida na linha do cuidado compartilhado.”

A integração das equipes da
Atenção Primária e Serviço
Especializado é pressuposto básico
para a implementação da linha
de cuidado para pessoas vivendo
com HIV/Aids. Como é possível
potencializá-la?
Já parou para pensar nisso?



NOVO HAMBURGO

DESCENTRALIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS EM NOVO HAMBURGO

LISA GASPAR ÁVILA

RENATA REIS ALVES

O município de Novo Hamburgo está situado no Vale do Rio dos Sinos e pertence à região metropolitana de Porto Alegre. A população estimada pelo IBGE em 2016 é de 249.113 habitantes. A cidade faz parte dos 15 municípios prioritários no estado para ações de combate ao HIV/Aids. Juntos, esses municípios concentram em média 70% dos casos notificados no Rio Grande do Sul. Dados do município de 2015 mostram que, dos 2.300 pacientes vinculados ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), aproximadamente 1.430 estavam em uso de terapia antirretroviral (TARV). No mesmo ano, o serviço especializado foi responsável por mais de 70% das testagens de HIV no município, apresentando uma taxa de positividade em torno de 5% da população testada para HIV e sífilis, 1,9% para hepatite B e 3,5% para hepatite C.

Diante desses dados, ficou clara a necessidade de intervenção, aprimoramento e descentralização do diagnóstico precoce do HIV, da sífilis e das hepatites virais. Para o diagnóstico ficar mais acessível a toda a população da cidade, diminuindo a concentração de testes rápidos realizados no SAE, foram organizadas capacitações para os profissionais da saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Os encontros com o objetivo de descentralizar o atendimento do HIV/Aids eram reali-

zados em grupos de 20 pessoas na forma de palestras e dinâmicas que enfatizavam a importância do diagnóstico precoce e a realização do pré e do pós-aconselhamento. A capacitação encerrava-se com teoria e prática da execução dos testes rápidos de HIV e sífilis.

Como resposta, num primeiro momento, observamos resistência em várias unidades de saúde, principalmente quando obtinham resultados reagentes para HIV/Aids. Algumas unidades encaminhavam para o SAE para a execução de teste confirmatório, pois não se sentiam preparadas para a entrega de um resultado positivo.

Entre os encaminhamentos, de janeiro a setembro de 2016, dos 3.249 testes realizados, 1.432 foram realizados pelo SAE (44,08%) e 1.817 foram feitos nas unidades (55,92%). A expectativa é que, até o final de 2016, tenhamos uma inversão desses percentuais.

Embora ainda sejam necessários ajustes, consideramos que obtivemos um resultado positivo com a descentralização que visa qualificar, cada vez mais, os atendimentos de testagem e tratamento da sífilis e do HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS dos municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/aids/>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. **Boletim epidemiológico** – hepatites virais. Ano IV, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58210/_p_boletim_hepatites_final_web_pdf_p__16377.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

"Num primeiro momento, observamos resistência em várias unidades de saúde, principalmente quando obtinham resultados reagentes para HIV/Aids. (...) Não se sentiam (as equipes) preparadas para a entrega de um resultado positivo."

Será que essa situação também é
uma realidade em seu município?
Por quais motivos você acha que
isso acontece?



PORTO ALEGRE

FIQUE SABENDO
JOVEM:
PORTO ALEGRE
E O ACESSO À
TESTAGEM RÁPIDA

SIMONE ÁVILA

Porto Alegre é a capital brasileira com o maior número de casos de HIV/Aids. Ações de prevenção para populações vulneráveis e expansão do acesso ao diagnóstico rápido estão entre as prioridades estabelecidas pelo Comitê Interfederativo do Rio Grande do Sul para a capital.

O projeto “Fique Sabendo Jovem” é uma estratégia de prevenção ao HIV/Aids direcionado a jovens de 15 a 29 anos de Porto Alegre. As populações-chave do programa são adolescentes e jovens em geral, com enfoque especial em jovens das Gerências Distritais Partenon-Lomba do Pinheiro, Restinga e Leste Nordeste, estudantes de ensino médio e de escolas de Educação de Jovens e Adultos (EJA), jovens gays, homens que fazem sexo com homens e jovens em medida socioeducativa da Fase. O projeto é uma parceria com o Unicef e iniciou suas atividades em Porto Alegre em abril de 2015.

O programa busca ampliar as ações de prevenção e de oferta de diagnóstico do HIV/Aids para jovens e adolescentes. Também pretende aumentar a distribuição de teste rápido e incentivar e fortalecer os pacientes para adesão ao tratamento do HIV/Aids e de outras ISTs. Outro objetivo é incluir a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) em unidades de cumprimento de medidas socioeducativas, potencializando e ampliando as ações de prevenção em ambientes es-

colares, incluindo alunos de Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Entre os resultados alcançados, um dos principais avanços é a ampliação do acesso à testagem rápida na população de 15 a 29 anos (de 2.379 pessoas, 46 (1,9%) apresentaram resultado reagente para o HIV). Como estratégia primária relacionada ao vínculo ao tratamento antirretroviral (TARV), todos os casos reagentes são encaminhados para a Atenção Básica (AB) da região do paciente, onde são solicitados os exames de carga viral e CD4. Caso o resultado do CD4 seja maior que 350, o jovem é encaminhado para acompanhamento na AB; já se o CD4 estiver abaixo de 350, o jovem é inserido no sistema Gercon para primeira consulta em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE). O monitoramento é realizado via WhatsApp, grupo no Facebook e ligações telefônicas. Como estratégia secundária, o monitoramento é realizado em bases de dados como Sinan, Siscel e Siclom.

Quanto à adesão ao tratamento, foi criado em janeiro de 2016 o grupo de acolhimento de adolescentes e jovens vivendo e convivendo com HIV/Aids. Os jovens participantes estabelecem a pauta a ser discutida nas reuniões, que são quinzenais. Os encontros do grupo de acolhimento sempre contam com a participação de profissionais da saúde e também buscam realizar a articulação com a Atenção Básica e o SAE. Através das reuniões, os integrantes do grupo criam seus grupos no WhatsApp e no Facebook, formando mais uma rede de apoio. Os jovens também passam a participar da Rede Mundial (www.redemundial.org), um gru-

po secreto virtual no Facebook para trocar experiências e encontrar mais pessoas vivendo com HIV/Aids.

Os desafios que seguem no projeto “Fique Sabendo Jovem” são: qualificar os dados de testagem rápida para o HIV/Aids de adolescentes e jovens na Atenção Básica; sensibilizar e capacitar os profissionais no acolhimento e atendimento; proporcionar espaços mais acolhedores na AB e aumentar o número de diagnóstico precoce do HIV/Aids nas populações-chave.

ALEX



RTA!!!

Estimativas do Unaid, entidade da Organização das Nações Unidas (ONU), apontam que um terço das novas infecções que ocorreram no mundo no último ano foram entre jovens dos 15 aos 24 anos. "O aumento dos casos de HIV e Aids entre jovens é um fenômeno global. Não existe uma resposta única para explicá-lo. O que falta é um pacto social em que famílias, escolas, mídia, governos e sociedade civil desenvolvam um diálogo franco e aberto sobre sexualidade e vida reprodutiva sem tabus, sem meias palavras e sem hipocrisia. A decisão de usar o preservativo, de fazer o teste de HIV, de aderir ao tratamento é individual". (Georgiana Braga-Orillard, diretora do Unaid no Brasil)

**RIO
GRANDE**

**ALCANCE DA META
90-90-90 NO
PRESÍDIO ESTADUAL
DE RIO GRANDE**

EDILON DA MATTA TALAIER

MARIA DA PENHA SILVEIRA NUNES

O município de Rio Grande está localizado no extremo sul do Rio Grande do Sul. É uma cidade marítimo-portuária, universitária e com uma população de aproximadamente 200 mil habitantes. Em decorrência das características portuárias como o atracamento de navios com tripulações oriundas de diferentes lugares do país e do mundo, Rio Grande apresenta inúmeros problemas sociais e de saúde pública, como prostituição e drogas. Esses fatores contribuem significativamente para o aumento da vulnerabilidade às doenças infectocontagiosas como o HIV/Aids.

Nesse contexto, observa-se ainda que, a partir dos grandes investimentos portuário-industriais, com a instalação em sua orla portuária de significativos projetos ligados à cadeia produtiva da indústria naval, ocorreu um aumento populacional, inclusive de população flutuante, em decorrência dos empregos temporários. Esse fator contribui para as dificuldades de adaptação na cidade, o que favorece a violência e a criminalização, refletindo conseqüentemente no aumento da população prisional do município.

A Penitenciária Estadual de Rio Grande (Perg) localiza-se na BR 392, Km 15 do município, denominada mista, de média segurança. O número total de pessoas privadas de liberdade é de aproximadamente 1.000, sendo 5% do sexo

feminino e 95% do sexo masculino. Desde 7 de março de 2013, a penitenciária dispõe de uma Unidade Básica de Saúde, uma parceria entre a Prefeitura Municipal do Rio Grande, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e a Superintendência de Serviços Penitenciários (Susepe-Perg). A partir de julho de 2014, o município aderiu à nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), através da Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde. Nessa nova modalidade, além da equipe mínima de Atenção Básica, composta por nove profissionais (médico, enfermeira, psicólogo, assistente social, odontólogo, técnicos de enfermagem e auxiliar de saúde bucal), se soma uma Equipe de Saúde Mental, com cinco profissionais, um médico com experiência em saúde mental, uma médica psiquiatra supervisora, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um educador social. Entre os profissionais, 12 são servidores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e dois são servidores da Superintendência de Serviços Penitenciários (Susepe).

Entre as ações de saúde desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde Prisional, é realizado o trabalho voltado ao cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/Aids, o que inclui triagem, diagnóstico, tratamento, controle e monitoramento da doença, contribuindo no enfrentamento da epidemia de HIV e Aids. A equipe de saúde multidisciplinar responsável pelo cuidado presta atendimento desde o momento em que as pessoas entram na instituição prisional até a sua saída, nesse caso, referenciadas à rede de saúde do município, como o Ambulatório Municipal de DSTs

(SMS-Rio Grande) e o serviço do Hospital-Dia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU/Furg-Rio Grande). Nos casos de transferências a outras casas prisionais, a comunicação é feita ao serviço de saúde do local de destino.

A triagem e o diagnóstico para identificação de casos de HIV/AIDS são feitos no atendimento de “porta de entrada”, nas consultas clínicas e por livre demanda de apenados/as, por meio do teste rápido e de exames laboratoriais. Para os casos confirmados, imediatamente iniciam-se o tratamento antirretroviral (TARV) e o acompanhamento pelo controle trimestral de carga viral (CV) e semestral dos níveis de linfócitos T CD4. Realiza-se, ainda, o monitoramento laboratorial periódico e de adesão de todos os indivíduos portadores do vírus HIV. A coleta de sangue para a realização desses exames é feita na Unidade Básica de Saúde Prisional, e as amostras são encaminhadas ao Laboratório de Carga Viral da Universidade Federal do Rio Grande (Furg). As medicações necessárias para o tratamento desses indivíduos são disponibilizadas pela farmácia do Hospital-Dia (HU/Furg-Rio Grande).

Para melhorar a adesão ao tratamento, foi criado o Ambulatório de Adesão, através da entrega mensal na Unidade de Saúde Prisional e escuta terapêutica. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) também é uma ferramenta utilizada para favorecer e melhorar a adesão ao tratamento das pessoas em uso de TARVs.

Os números atuais confirmados de HIV/Aids somam 39 casos (34 homens e cinco mulheres), entre os quais 97%

fazem uso de TARVs. Especificamente, 34 homens (100%) e quatro mulheres (80%) mantêm o tratamento com antirretrovirais. Cabe salientar que as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2014) são seguidas.

DIAGNÓSTICO (90%)

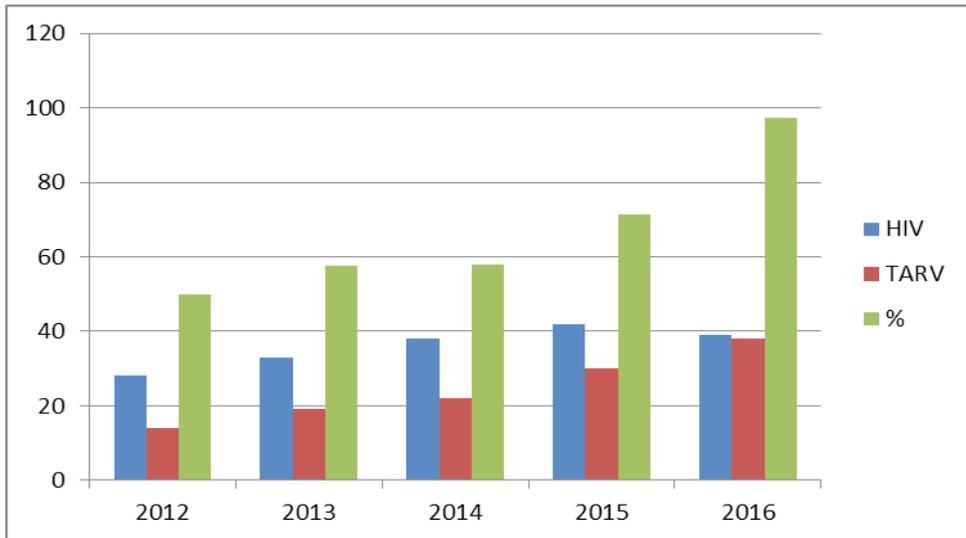
Quadro 1 – Exames de teste rápido de HIV no período 2013-2016

HIV		HIV	HIV
NÃO REAGENTE	REAGENTE	INDETERMINADO	RECUSAS
952	31	1	24
TOTAL = 1.008			

Além dos testes rápidos, são oferecidos exames laboratoriais e avaliação clínica, conforme indicação de cada caso. Desta forma, é possível diagnosticar em média 90% dos casos de HIV/Aids da população prisional.

TRATAMENTO (90%)

O gráfico a seguir ilustra a evolução dos casos de HIV/Aids desde 2012, período que antecede a Unidade Básica de Saúde Prisional, que foi implantada em março de 2013. Evidencia-se um crescimento no número de casos de HIV/Aids, uma vez que, a partir da criação do serviço de saúde, foi possível ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento dessa população.

Gráfico 1 – Casos de HIV/Aids (2012-2016)

CARGA VIRAL SUPRIMIDA (90%)

A evolução do tratamento e dos resultados de controle de linfócitos T CD₄ e carga viral no sistema carcerário em questão era insatisfatória. Alguns fatores, como a falta de um trabalho de saúde sistemático na linha de cuidado de HIV/Aids, a vulnerabilidade, a superlotação, a drogadição somada a comorbidades psiquiátricas e o baixo nível de escolaridade e/ou intelectual, contribuíam para que essa população não apresentasse boa adesão ao TARV.

Com o trabalho sistematizado desenvolvido pela Unidade Básica de Saúde, houve uma redução significativa das cargas virais, chegando próximo a 90% dos casos. Alguns fatores relativos ao sistema penitenciário de saídas por

transferências e liberdade dificultam a continuidade do trabalho realizado durante a institucionalização, pois esses indivíduos saem com carga viral indetectável, abandonam o tratamento e retornam com alteração nos índices, reiniciando assim todo o processo de cuidado e controle.

Com base na experiência apresentada acredita-se que dispor de uma Unidade Básica de Saúde é fundamental para a resolutividade e o controle dos problemas de saúde no campo prisional, bem como o comprometimento dos profissionais da equipe de saúde e segurança. Salienta-se que estratégias de cuidado como a “porta de entrada”, o Ambulatório de Adesão e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) contribuem de forma exitosa para o alcance da meta 90-90-90 na população prisional riograndina. Destaca-se ainda que o cuidado realizado na Unidade Básica de Saúde Prisional às pessoas privadas de liberdade proporciona a redução da prevalência da infecção do HIV e o controle da carga de doença, parte do plano de enfrentamento da epidemia de HIV e Aids no Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **DOU**, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Seção 1, p. 18.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

“Salienta-se que estratégias de cuidado como a ‘porta de entrada’, ‘ambulatório de adesão’ e ‘tratamento diretamente observado (TDO)’, contribuem de forma exitosa para o alcance das metas 90-90-90 na população prisional riograndina.”

**QUE FATORES VOCÊ ENTENDE
COMO DECISIVOS PARA O
ALCANÇE DA META 90-90-90
EM SEU MUNICÍPIO?**

SANTANA DO LIVRAMENTO

CONTROLE DA TRANSMISSÃO VERTICAL EM SANTANA DO LIVRAMENTO

ELAINE LIZ BRITO

LUIZ HENRIQUE SOARES BRUM

SANDRA DORNELES ARAMBULA

Santana do Livramento

está localizada na região da campanha do Rio Grande do Sul e apresenta uma população de 90.747 habitantes. O município possui 33 assentamentos rurais com 1.800 famílias, totalizando aproximadamente 7.200 pessoas. A maioria destes assentamentos é improdutiva, tem uma população muito pobre, com pouco acesso à informação e com baixo grau de escolaridade. A cidade também possui uma comunidade quilombola situada na zona de Ibicuí da Armada.

Livramento faz fronteira seca com Rivera, no Uruguai. Como as cidades são divididas apenas por uma rua, há uma população itinerante e um fluxo livre de turistas, caminhoneiros, profissionais do sexo e usuários de drogas. A região também é rota de tráfico de drogas, de mulheres e de crianças para prostituição. Ou seja, há um grande índice de populações vulneráveis ao HIV/Aids, entre essas, o grupo de gestantes vivendo com HIV/Aids.

Em 2005, a Coordenação DST/Aids implantou o projeto “Controle da Transmissão Vertical” com o objetivo de qualificar o atendimento às gestantes soropositivas. Sem haver os cuidados específicos, antes os atendimentos eram realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que levava algumas gestantes a não aderirem ao tratamento. O programa adotado pela cidade faz o acompanhamento

sistematizado, humanizado e personalizado das pacientes. Assim que a paciente descobre ser soropositiva, é encaminhada para o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde, após novos exames, segue para o serviço ginecológico de alto risco da Unidade Sanitária. Essa gestante fica sob os cuidados da equipe multiprofissional da unidade de referência e do SAE, sendo preciso, em alguns casos, busca ativa e acompanhamento em conjunto com o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), o Conselho Tutelar e o Agente Comunitário do seu território.

A rede de saúde acolhe e orienta a gestante sobre as rotinas e os fluxos de atendimento no seu contexto de vida, como realização do pré-natal e adesão à terapia antirretroviral com uma qualidade de vida adequada. Também são monitorados o uso das medicações, exames e vacinas a serem realizados pela paciente e seu bebê e o comparecimento às consultas agendadas. O projeto é realizado há 11 anos e tem como parcerias a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a Santa Casa de Misericórdia (maternidade e berçário), as equipes das UBS, das ESF e do PIM, Agentes de Saúde e o Conselho Tutelar.

Este programa de saúde trouxe uma visão abrangente em relação à prevenção e ao tratamento e acompanhamento de gestantes que vivem com HIV/Aids, conscientizando sobre a transmissão vertical e também qualificando os profissionais de saúde no atendimento, acolhimento e diagnóstico dessas usuárias do serviço.

Desde o início da realização do projeto, foram acompanhadas 37 gestantes que aderiram ao tratamento antirre-

troviral. Os bebês foram negativados para o HIV em 100% dos casos.

Com resultados comprovadamente eficientes, é de suma importância dar continuidade ao programa “Controle da Transmissão Vertical” a fim de garantir a adesão de pacientes ainda não atendidas, o oferecimento de testagem e o tratamento de 100% das gestantes e dos recém-nascidos expostos ao HIV/Aids.

"(...) é primordial
garantir a
testagem e o
tratamento de 100%
das gestantes e
dos recém-nascidos
expostos ao HIV/
Aids."

Desde 2008, Santana do Livramento
não apresenta casos de Aids em
crianças menores de 5 anos.
Já pensou que essa também
pode ser uma realidade no seu
município?



COMO???

São Leopoldo está localizada na região metropolitana de Porto Alegre e tem cerca de 230 mil habitantes. Em sua região, a cidade é referência no tratamento do HIV/Aids.

Com uma média anual de 3.063 nascimentos (BRASIL, 2015), a rede de saúde do município se orgulha de estar há três anos consecutivos sem qualquer caso de transmissão vertical do HIV/Aids. Esse resultado só foi possível a partir do funcionamento do Serviço de Assistência Especializada (SAE), há aproximadamente 20 anos, e das articulações com a rede de saúde ainda em construção. A meta agora é a melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral (TARV).

O SAE é responsável pelo atendimento, realização de exames e dispensação de medicamentos para as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) da cidade e também para a população de Portão. Composto por uma equipe multidisciplinar, o SAE oferece acompanhamento com médicos, enfermeiras, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas e farmacêuticas.

Para fortalecer a adesão, o SAE focou na personalização do tratamento. O reconhecimento das especificidades do TARV e a singularidade das experiências de vida de cada usuário do SAE possibilitam a concretização de práticas de

atendimento que valorizam a história do paciente. Com esse contato personalizado, compreende-se mais fortemente que a população que vive com HIV/Aids é atravessada por situações de vulnerabilidade social e cultural.

O público-alvo dos serviços do SAE tem em si características específicas. Para personalizar o atendimento, os olhares dos profissionais de saúde para a PVHA se atualizaram paralelamente às mudanças ocorridas nas diretrizes nacionais para o tratamento do HIV/Aids. Percebeu-se que as diferenças entre os pacientes não se resumiam à cronicidade da doença e de seu tratamento; elas abrangiam também os vínculos sociais de cada um. Por isso é de grande importância entender, ao longo do tratamento e das ações dos pacientes, questões como preconceito, medo, insegurança, falta de apoio etc. Com esse enfoque, a equipe multidisciplinar do SAE, então, debruçou-se sobre estas questões e suas consequências na adesão ao TARV.

Foi a partir da percepção da importância de toda essa articulação da rede de saúde com o paciente que uma intervenção foi proposta: realizar, em parceria com a Fundação Hospital Centenário, um processo de busca de pessoas vivendo com HIV/Aids que estivessem em internação hospitalar, independentemente do motivo.

A equipe que se construiu para a realização deste projeto é composta por um médico que desenvolve suas atividades no SAE e no hospital, por uma estagiária do Serviço Social e uma da Psicologia (ambas vinculadas ao SAE) em conjunto com os profissionais do Controle de Infecção do hospital. As visitas ao hospital nas quais são identificadas

as PVHAs são semanais. O contato com os pacientes ocorre, normalmente, no leito, com uma breve apresentação da equipe e uma investigação sobre as causas da internação. Para os pacientes diagnosticados a partir da internação, são oferecidas ações como: apoio emocional, abertura de prontuário padrão do SAE, coleta de exames de contagem de linfócitos CD4/CD8 e carga viral do HIV, encaminhamento ao laboratório especializado junto ao SAE e, quando possível, ao TARV. Para pacientes em abandono de tratamento, leva-se o prontuário já aberto no SAE e inicia-se um processo de inserção e retorno.

A realização dessa atividade vem demonstrando uma melhora significativa na adesão ao tratamento para o HIV/Aids. Esse trabalho proporciona, tanto ao paciente quanto aos profissionais de saúde, uma percepção mais ampla sobre o sujeito e seu contexto. Assim, o acolhimento se torna o principal instrumento para tomada de decisões. Esse procedimento demonstra o respeito aos princípios de equidade e de facilitação de acesso, além de estabelecer um fluxo de referência da atenção terciária para atenção secundária e/ou básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde**. Informações epidemiológicas nascidos vivos. Brasília: MS; DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 14 out. 2016.

"Percebeu-se que as diferenças entre os pacientes não se resumiam somente à cronicidade da doença e de seu tratamento; elas abrangiam também os vínculos sociais de cada um."



PARA PENSAR...

Como os vínculos sociais (ou a ausência deles) podem interferir no tratamento de PVHA?



BRUCATA

**URUGUAIANA E A
EXPERIÊNCIA DO
COMITÊ MUNICIPAL
DE INVESTIGAÇÃO
DA TRANSMISSÃO
VERTICAL HIV/AIDS
E SÍFILIS**

MARIA APARECIDA DE MEDEIROS BOFILL

Uruguaiana está localizada na região da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e tem cerca de 125.435 habitantes (IBGE, 2010). Maior porta de entrada de turistas no estado, a cidade possui uma população circulante de caminhoneiros, turistas, universitários, representantes comerciais e aduaneiros, servidores públicos federais e conscritos para o serviço militar. Em média, mais de dez mil caminhões passam mensalmente pela fronteira, tornando Uruguaiana o maior porto seco da América Latina e o terceiro maior do mundo, destacando-se também na área do comércio exterior.

A facilidade de passagem nessa aduana favorece o trânsito de pessoas, o comércio sexual, o tráfico de drogas e a suscetibilidade ao surgimento e à concentração de doenças sexualmente transmissíveis. Essas características levaram a cidade de Uruguaiana ao quarto lugar no estado e ao nono lugar na região sul do Brasil – entre os municípios com mais de 50 mil habitantes – no ranking de incidência de HIV/Aids (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

De acordo com dados do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, foram identificados na cidade de Uruguaiana, de 1980 a junho de 2015, 1.475 casos clínicos de HIV/Aids. A população da faixa etária de 20 a 49 anos foi a mais atingida da cidade, correspondendo a 76,5%.

O Serviço de Atenção Básica de Saúde em Uruguaiana conta com 20 unidades de saúde ESF (Estratégia Saúde da Família) e quatro unidades básicas no interior. Integrando essa rede, o Programa Municipal DST/Aids tem cadastradas mais de 1.400 pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) na cidade. Dessas, 1.116 estão em atendimento no SAE, das quais 600 fazem a terapia antirretroviral (TARV).

Em relação à sífilis congênita em menores de um ano de idade, em 2014 foram notificados 23 casos e, destes, 13 foram confirmados. Já em 2015, de um total de 31 casos, 14 foram confirmados. O município apresenta ainda dificuldades no diagnóstico precoce e no prosseguimento do tratamento à gestante e ao seu parceiro, ocasionando um alto índice de incidência de sífilis congênita e de mortalidade pela doença. Em 2014, foram confirmados 47 casos de sífilis em gestantes. Já em 2015 esse número subiu para 63 casos. A sífilis adquirida também vem apresentando um aumento significativo nos últimos anos: em 2014, foram notificados 83 casos; em 2015, 127 casos.

Devido a esse contexto epidemiológico e à vulnerabilidade das mulheres em idade fértil e gestantes, a Coordenação Estadual DST/Aids do Rio Grande do Sul considerou o município prioritário para a implantação do Comitê Municipal de Investigação da Transmissão Vertical HIV/Aids e Sífilis. O Comitê é formado por: Programa Municipal DST/Aids, Secretaria Municipal de Saúde, SAE/CTA, CAMMI, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde da Mulher, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Estratégia Saúde da Família, Hospital Santa Casa de Cari-

dade, Conselho Municipal de Saúde, Primeira Infância Melhor, Policlínica Infantil, Saúde Mental, CAPS II, CAPS AD, RNP + BRASIL, Núcleo 7 Uruguaiana e Universidade Federal do PAMPA.

Em maio de 2015, quando foram convocados vários serviços vitais para a construção do processo de implantação do Comitê, os casos de hepatites B e C também entraram no processo.

Em reuniões mensais, nas atividades do Comitê, analisamos e avaliamos os principais problemas observados nos casos de transmissão vertical. Por meio do trabalho de investigação realizado, constatamos as falhas na captação precoce de gestantes, na inclusão do parceiro no pré-natal e na carência de dados registrados nos prontuários e carteiras de gestante. Diante deste diagnóstico, foi apontada a necessidade de envolver e sensibilizar os profissionais da saúde para obter o maior número de informações sobre gestante, parceiro e recém-nascido. Temos como principal objetivo resolver as oportunidades perdidas de prevenção em nível local e permitir a resolução do problema nos territórios, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a situação da transmissão vertical.

O Programa Municipal DST/Aids tem realizado oficinas com profissionais de saúde da atenção básica com o objetivo de esclarecer as lacunas levantadas pelo Comitê. Além de realizar a revisão da teoria e dos protocolos de tratamento, esses encontros criam a oportunidade de trabalhar as questões que necessitam de revisão. Nas oficinas também são analisadas as relações existentes nos processos

de trabalho, abordando situações de negligência e desconhecimento por parte dos profissionais de saúde durante o pré-natal.

Ressaltamos a importância da Cooperação Interfederativa por intensificar a resposta da epidemia de HIV/Aids no Rio Grande do Sul, fortalecendo a resposta à epidemia em Uruguaiana. Como resultado desse trabalho coletivo, em 2014 o município apresentou somente um caso de HIV/Aids em menores de cinco anos de idade. Esse indicador foi zerado em 2015.

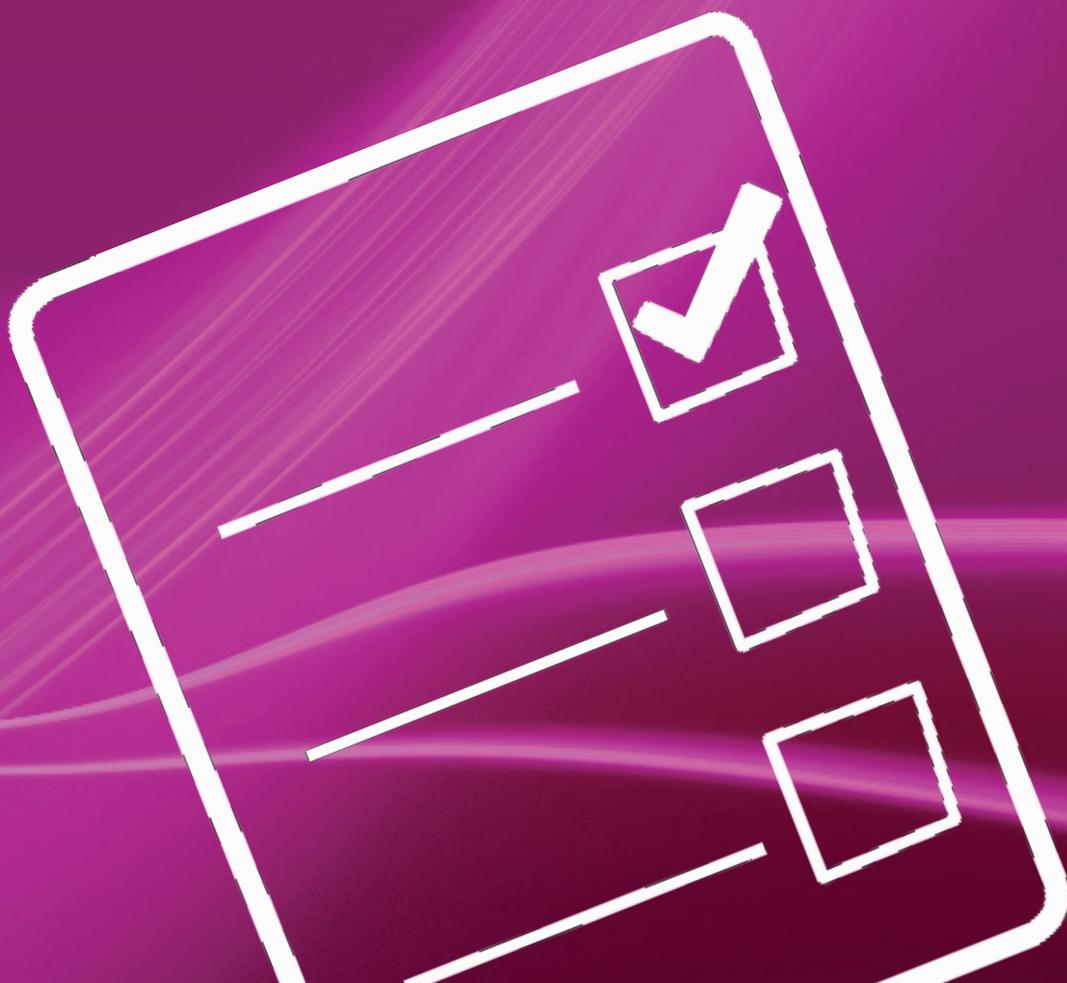
REFERÊNCIAS

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. População geral do município. Guaíba: IBGE, 2010. Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**. Porto Alegre: SES, 2015.

“Por meio do trabalho de investigação realizado, constatamos falhas na captação precoce de gestantes, na inclusão do parceiro no pré-natal e na carência de dados registrados nos prontuários e carteiras de gestante.”

SERÁ QUE UM PRÉ-NATAL DE QUALIDADE PODE LEVAR A UMA DIMINUIÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV? JÁ PENSOU NISSO? QUE ESTRATÉGIAS E ARTICULAÇÕES SÃO NECESSÁRIAS PARA QUALIFICAR O PRÉ-NATAL EM SEU MUNICÍPIO?



**2010
VIAMÃO
FORTE
NA LUTA
CONTRA
A AIDS**

**TÔ DENTRO -
VIAMÃO MAIS
FORTE NA LUTA
CONTRA A AIDS**

JAQUELINE MACHADO

MARIA LETICIA RODRIGUES IKEDA

Viamão é uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre com cerca de 230 mil habitantes. Conforme dados do Boletim Epidemiológico do Rio Grande do Sul (2015), o município teve, em 2014, uma taxa de detecção de HIV/Aids de 47,4/100.000, sendo um dos municípios prioritários na prevenção da infecção no estado. Dados da cascata do cuidado contínuo estimam que o município tenha 3.119 pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), sendo que 83,9% delas estão diagnosticadas.

A partir desses dados e entendendo a necessidade de inovação nas ações de prevenção no público de faixa etária ente 12 e 22 anos, foi desenvolvido o projeto “Prevenção #TôDentro – Viamão mais forte contra a Aids”. O objetivo principal era realizar uma atividade que unisse inovação, diálogo com a população-alvo e aprendizado significativo. O projeto utilizou duas metodologias para abordagem dos temas: exposição interativa e teatro-fórum. Nas duas atividades, foram tocados temas como infecção pelo HIV, uso de preservativos, estigma e discriminação, gerenciamento de risco e diagnóstico.

O “Tô Dentro” potencializou os participantes como multiplicadores das informações divulgadas porque dialoga com os adolescentes a respeito de estratégias em gerenciamento de risco de infecção pelo HIV e outras ISTs (infecções sexualmente transmissíveis). A ação também promo-

veu o teste rápido para HIV como estratégia de prevenção, além de distribuir e ensinar o uso correto dos preservativos masculino e feminino. As atividades tiveram como público-alvo prioritariamente adolescentes, entre 12 e 18 anos, da rede pública de ensino municipal e estadual, pertencentes às classes B, C e D; também houve acesso espontâneo da população em geral.

A exposição constituiu-se de visita guiada a cinco ambientes interativos e com diferentes abordagens sobre HIV/Aids, ISTs e prevenção. A atividade começava com um breve histórico da epidemia, com informações sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento para o HIV/Aids. Na sequência, próteses penianas e vaginais foram oferecidas para que os participantes tivessem a experiência de colocação correta dos preservativos masculino e feminino. Depois, em cabines individuais, para refletir sobre preconceito e prevenção, os visitantes assistiam a vídeos com depoimentos de jovens vivendo com HIV/Aids. A exposição terminava ilustrando como é feito o teste rápido para HIV, focando na importância de cada pessoa saber a sua sorologia com o intuito de desmistificar o teste, tornando-o um exame de rotina.

Em sua primeira edição, a exposição ficou montada por 21 dias, divididos em duas regiões da cidade. No total, foram atendidos 3.920 estudantes dos ensinos fundamental, médio e da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

A outra atividade do projeto era o teatro-fórum, uma oficina em que dois atores faziam intervenções propondo diferentes cenas do cotidiano de adolescentes em relação à sexualidade, focando na prevenção do HIV/Aids e outras

ISTs. A partir da cena exposta, os alunos podiam intervir e até participar construindo um novo final.

Os assuntos abordados tratavam de responsabilidade em relação à prevenção, diversidade sexual e relações de confiança entre parceiros. As oficinas do teatro-fórum foram realizadas em 32 escolas, com participação de aproximadamente 2.420 alunos, além, é claro, dos professores e dos enfermeiros das unidades mais próximas às escolas acessadas.

Desde o início do projeto, aumentaram as busca por testagem de HIV/Aids por jovens que relatam terem sido motivados pelo "Tô Dentro". Na sequência, propomos fazer uma avaliação com a comunidade escolar e com as equipes dos postos de saúde para discutir e ter um *feedback* do projeto.

O "Tô Dentro" propõe inovar as ações de educação em saúde, saindo de um modelo meramente informativo-expositivo para um modelo dialógico, interativo e de construção do conhecimento, tornando significativo o aprendizado sobre HIV, uso de preservativos, escolha por testagem, preconceito e discriminação.

Essa fase inicial demonstrou que é possível atingir o envolvimento conjunto dos jovens, dos professores e dos profissionais de saúde. Mesmo com eventuais barreiras, as ações foram muito bem-sucedidas. A expectativa é dar seguimento neste processo de construção de um novo modelo de prevenção ao HIV/Aids em Viamão.

REFERÊNCIAS

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids e Sífilis**. Porto Alegre: SES, 2015.







AGRADECIMENTOS

Aos municípios, às Universidades parceiras, ao Movimento Social, aos Serviços de Saúde e à equipe, pelo trabalho coletivo, permanente e sistemático na elaboração deste, no âmbito da Cooperação Interfederativa, um trabalho com a constituição de um acervo importante, como pode ser percebido nas experiências publicadas.

Assumimos o compromisso público de enfrentamento da epidemia de HIV/ Aids no Rio Grande do Sul tentando sempre inovar, ampliar e contribuir para tal; para isso, nos dedicamos e tivemos a colaboração de muitas pessoas e instituições, a fim de dar respostas aos desafios atuais e futuros.

A todos e todas, muito obrigada!

JAQUELINE OLIVEIRA SOARES

Coordenadora da Cooperação Interfederativa HIV/Aids RS

Impressão:

Evangraf

Rua Waldomiro Schapke, 77 - POA/RS

Fone: (51) 3336.2466 - (51) 3336.0422

E-mail: evangraf.adm@terra.com.br